

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

A Saúde dos Portugueses 2016
ISSN: 2183-5888
Periodicidade: Anual

EDITOR

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

RELATORES E COLABORADORES

A Saúde dos Portugueses 2016

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Nogueira
Carla Sofia Farinha
Maria Isabel Alves
Ana Lisette Oliveira

Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020

Rui Portugal

Equipa de Apoio ao PNS e Programas Nacionais de Saúde Prioritários

Ana Cristina Portugal
Carla Andrade

Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

Emília Nunes
Lara Monteiro
Nuno Lopes

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

Pedro Graça
Sofia Mendes de Sousa
Maria João Gregório
José Camolas
Beatriz Ferreira
Inês Aparício

Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

Pedro Teixeira
Adilson Marques
Catarina Santos Silva
Joana Carvalho
Marlene Nunes Silva
Rita Tomás

Programa Nacional para a Diabetes

Cristina Valadas
Joana Costa
Ana Matilde Cabral
Filipa Sabino

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Rui Cruz Ferreira
Rui César das Neves

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

Nuno Miranda

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

Cristina Bárbara
Elisabete Melo Gomes

Programa Nacional para as Hepatites Virais

Isabel Aldir
Kamal Mansinho
Joana Bettencourt
Teresa de Melo

Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose

Isabel Aldir
Kamal Mansinho
Raquel Duarte
Joana Bettencourt
Teresa de Melo

Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

Paulo André
Paula Cruz

Programa Nacional para a Saúde Mental

Álvaro Andrade de Carvalho
Pedro Mateus

Índice

SIGLAS E ACRÓNIMOS	8
SUMÁRIO EXECUTIVO	10
NOTA INTRODUTÓRIA	15
I - A SAÚDE DOS CIDADÃOS NA PERSPETIVA GLOBAL	17
1. QUANTOS SOMOS	17
2. ESPERANÇA DE VIVER	18
3. COMO NOS SENTIMOS	20
3.1. AUTOAPRECIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	20
3.2. SATISFAÇÃO COM A VIDA	21
3.3. LIMITAÇÕES FÍSICAS E SENSORIAIS	22
3.4. AUSÊNCIA LABORAL POR RAZÕES DE SAÚDE	22
3.5. CUIDADOS PESSOAIS E ATIVIDADES DOMÉSTICAS (65 OU MAIS ANOS)	23
4. DETERMINANTES, FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES DA SAÚDE	24
4.1. HÁBITOS ALIMENTARES	25
4.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL	26
4.3. FUMO DE TABACO	26
4.4. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	27
4.5. GLICEMIA	27
4.6. ÁLCOOL	28
4.7. DISLIPIDÉMIA	29
4.8. ATIVIDADE FÍSICA	29
5. MORBILIDADE/CARGA GLOBAL DA DOENÇA	30
6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE (MORTALIDADE GERAL)	31
7. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE PREMATURA (MORTALIDADE ANTES DOS 70 ANOS)	32
II - MONITORIZAÇÃO E COMPROMISSOS	36
1. PNS 2020 – MONITORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES	36
2. OMS 2025 – COMPROMISSO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÓNICAS	38
2.1. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO	38
2.2. DIABETES MELLITUS	39
2.3. TUMORES MALIGNOS	39
2.4. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS	40
2.5. DOENÇAS CRÓNICAS	40
III - PROGRAMAS NACIONAIS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS	42
PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO	43
1. NOTA INTRODUTÓRIA	44

2. MORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO TABACO	45
3. PERDA DE ANOS DE VIDA SAUDÁVEL ATRIBUÍVEL AO TABACO	46
4. CONSUMO E EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO EM PORTUGAL	47
5. EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM PORTUGAL	51
6. EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO	52
8. CESSAÇÃO TABÁGICA	53
PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	55
1. DISPONIBILIDADE ALIMENTAR	56
2. HÁBITOS ALIMENTARES NA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 15 OU MAIS ANOS	59
3. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	62
3.1. CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 18 OU MAIS ANOS	62
3.2. OBESIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE ENTRE OS 25 E OS 74 ANOS	63
4. REGISTO DO ESTADO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	64
4.1. OBESIDADE EM UTENTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	64
4.2. EXCESSO DE PESO EM UTENTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	65
PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA	66
1. INTRODUÇÃO	67
2. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS	67
2.1. CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA	67
2.2. EXERCÍCIO FÍSICO	69
2.3. MARCHA / CAMINHADA	70
2.4. UTILIZAÇÃO DA BICICLETA E OUTRAS FORMAS DE ATIVIDADE FÍSICA	70
3. COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM ADULTOS	71
4. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES	72
4.1. CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA	72
4.2. ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO	72
5. DETERMINANTES DA ATIVIDADE FÍSICA	73
5.1. MOTIVAÇÕES E BARREIRAS	73
5.2. MEIO AMBIENTE E OPORTUNIDADES PARA A ATIVIDADE FÍSICA	74
PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES	76
1. MORTALIDADE	77
2. DOENÇA RENAL CRÓNICA	80
3. RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA	81
4. A DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	82
4.1. REGISTO DE UTENTES COM DIABETES	82
4.2. AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES	83
4.3. AVALIAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO	84
5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS	85

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES	88
1. MORTALIDADE	89
2. MORBILIDADE HOSPITALAR	93
3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS	94
PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS	95
1. INCIDÊNCIA DE TUMORES	96
2. RASTREIOS ONCOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL	98
3. CUIDADOS HOSPITALARES	101
3.1. RADIOTERAPIA	101
3.2. QUIMIOTERAPIA	102
4. CIRURGIA ONCOLÓGICA	103
5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS	104
5.1. VENDA E DISPENSA DE MEDICAMENTOS NO SNS	104
5.2. ENCARGOS NO 1.º SEMESTRE (ANOS 2014 A 2016)	105
6. MORTALIDADE ASSOCIADA AOS TUMORES MALIGNOS	106
7. CONCLUSÕES	107
PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	108
1. INTRODUÇÃO	109
2. MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	109
2.1. EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE EM PORTUGAL POR TODAS AS CAUSAS DE MORTE	109
2.2. ÓBITOS POR PATOLOGIA RESPIRATÓRIA	111
2.2.1. Indicadores de mortalidade relativos a asma	112
2.2.2. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas	113
3. MORBILIDADE ASSOCIADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	114
3.1. CUIDADOS HOSPITALARES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	114
3.2. REGISTO DE UTENTES COM ASMA E DPOC EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	117
4. TRATAMENTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	119
PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS	121
1. INTRODUÇÃO	122
2. NOVOS CASOS	122
4. MORBILIDADE	126
5. TERAPÊUTICA	131
PROGRAMA NACIONAL PARA A INFEÇÃO VIH, SIDA E TUBERCULOSE	132
1. INFEÇÃO POR VIH E SIDA	133
1.1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFEÇÃO EM PORTUGAL	133
1.1.1. Gravidez e transmissão vertical da infeção por VIH	136
1.1.2. Mortalidade	137
1.1.3. Morbilidade	137

2. SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO DAS PESSOAS INFETADAS POR VIH	138
2.1. A SITUAÇÃO EM 31 DE OUTUBRO DE 2016	138
2.2. TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL	139
3. TUBERCULOSE	140
3.1. INTRODUÇÃO	140
3.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS CASOS	141
3.3. FATORES DE RISCO PARA TUBERCULOSE	141
3.3.1. Tuberculose em pessoas nascidas fora do país	141
3.3.2. Co-morbilidades	142
3.3.3. Fatores de risco sociais	143
3.4. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E BACTERIOLÓGICA DOS CASOS	143
3.4.1. Manifestação clínica de doença	143
3.4.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento	143
3.4.3. Resistência aos fármacos antibacilares	143
3.5. RETRATAMENTOS	144
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS	145
1. ESTRUTURA, VISÃO E VETORES DE INTERVENÇÃO	146
2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO	146
2.1. HIGIENE DAS MÃOS	147
3. RESULTADOS: INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE	149
4. RESULTADOS: CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS	151
5. RESULTADOS: RESISTÊNCIAS A ANTIBIÓTICOS	154
6. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE, AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIBIÓTICOS E A SAÚDE DOS PORTUGUESES	157
PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL	158
NOTA PRÉVIA	159
1. MORBILIDADE HOSPITALAR	159
1.1. POR NOSOLOGIA	162
1.2. PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA	164
2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DDD	165
2.1. ESTIMULANTES INESPECÍFICOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	166
2.2. ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS	167
2.3. ANTIDEPRESSIVOS	168
2.4. ANTIPSICÓTICOS	168
2.5. LÍTIO	169
3. CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM ESTUDANTES	169
3.1. CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR ESTUDANTES DOS 13 AOS 18 ANOS	169
3.2. CONSUMO DE CANNABIS EM ESTUDANTES DO ENSINO PÚBLICO ENTRE OS 13 E OS 18 ANOS	170

4. CONSUMO OCASIONAL DE RISCO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (<i>BINGE DRINKING</i>)	171
5. CONCLUSÃO	172
ANEXOS	173
ANEXO I GRÁFICO DE ÁREAS PROPORCIONAIS SOBREPOSTAS	174
UMA VISUALIZAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE CARACTERÍSTICAS DA MORBILIDADE HOSPITALAR	174
IDEIA ELEMENTAR	174
GENERALIZAÇÃO	174
ANEXO II LISTA DE DOENÇAS DA PRODUÇÃO HOSPITALAR	175

SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACSS** Administração Central do Sistema de Saúde
- AIM** Autorização de Introdução no Mercado
- APVP** Anos Potenciais de Vida Perdidos
- ARS** Administração Regional de Saúde
- AUE** Autorização de Utilização Especial
- CCPUC** Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores
- CH** Centro Hospitalar
- CHLC** Centro Hospitalar Lisboa Central
- CHNM** Código Hospitalar Nacional de Medicamentos
- CHUC** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- CID** Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CID-10** Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.ª revisão
- CID-9-MC** Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9.ª revisão - Modificação Clínica
- COSI** *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil)
- CSP** Cuidados de Saúde Primários
- DALY** Anos de vida ajustados à incapacidade (*Disability-Adjusted Life Year*)
- DC** *Day Case*
- DDD** Dose Diária Definida (*Defined Daily Dose*)
- DDI/URVE** Departamento de Doenças Infecciosas / Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica
- DGS** Direção-Geral da Saúde
- DHD** Dose Diária Definida por 1 000 habitantes e por dia
- DPS** Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde
- EARS-Net** *European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*
- ECDC** *European Centre for Disease Prevention and Control*
- EEA** Espaço Económico Europeu (*European Economic Area*)
- EFTA** Associação Europeia de Comércio Livre (*European Free Trade Association*)
- EPE** Entidade Pública Empresarial
- ESPAD** *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*
- EUROSTAT** Autoridade estatística da União Europeia
- GBD** Carga global da doença (*Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors*)
- GDH** Grupos de Diagnósticos Homogéneos
- GOPA** *Global Observatory for Physical Activity*
- HBSC** *Health Behaviour in School-aged Children* (Comportamentos de saúde em crianças de idade escolar)
- HSH** Homens que fazem sexo com outros homens
- HTA** Hipertensão arterial
- ICPC** Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários
- ICS MRSA** Infecção da corrente sanguínea (bacteriemia) por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina
- ICSRCVC** Infecção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central
- ICSRCVC UCI** Infecção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central em unidades de cuidados intensivos de adultos
- IHME** *Institute for Health Metrics and Evaluation*
- IMC** Índice de Massa Corporal
- INE** Instituto Nacional de Estatística
- INFARMED** Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- INS** Inquérito Nacional de Saúde
- INSA** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- INSEF** Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
- IP** Instituto Público
- LVT** Lisboa e Vale do Tejo
- MRSA** *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina
- NCD** Doenças crónicas (*Non-communicable diseases*)
- NCOP** Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
- NUTS** Nomenclatura das Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
- OCDE** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS** Organização Mundial da Saúde
- ONU** Organização das Nações Unidas
- ONU-SIDA** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
- p.p.** Pontos percentuais
- P12M** Prevalência de consumo nos últimos 12 meses
- P30D** Prevalência de consumo nos últimos 30 dias
- PAI** Pneumonia Associada à Intubação endotraqueal
- PLV** Prevalência de consumo ao longo da vida
- PND** Programa Nacional para a Diabetes
- PNDCCV** Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
- PNDO** Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
- PNDR** Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
- PNHV** Programa Nacional para as Hepatites Virais
- PNPAF** Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física
- PNPAS** Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
- PNPCT** Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
- PNS** Plano Nacional de Saúde
- PNSIDA** Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose
- PNSM** Programa Nacional para a Saúde Mental

- PNV** Programa Nacional de Vacinação
- PP** Programas Nacionais de Saúde Prioritários
- PPCIRA** Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
- PPP** Parceria Público-Privada
- RORENO** Registo Oncológico Regional do Norte
- SACVC UCIN** Sepsis associada a cateter vascular central em unidades de cuidados intensivos de neonatologia
- SI.VIDA** Sistema de Informação de Controlo do HIV / SIDA
- SIARS** Sistema de Informação das ARS
- SICA** Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento
- SICAD** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SIGIC** Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SINAVE** Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
- SNC** Sistema Nervoso Central
- SNS** Serviço Nacional de Saúde
- SPMS** Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- SVIG – TB** Sistema de Vigilância de Tuberculose
- UDI** Utilização de Drogas Injetáveis
- UE** União Europeia
- VIH/SIDA** Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- WHO** Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)
- WHO/Euro** idem para a Região Europa
- YLD** Anos vividos com incapacidade (*Years Lived with Disability*)
- YLL** Anos de vida perdidos (*Years of Life Lost*)

SUMÁRIO EXECUTIVO

A presente publicação descreve a Saúde dos cidadãos residentes no território nacional com base nas estatísticas disponíveis e na perspetiva do Plano Nacional de Saúde (PNS) – revisão e extensão a 2020 e nos Programas Nacionais de Saúde Prioritários definidos.

O quadro seguinte resume os principais Indicadores de Saúde, desde 2009 a 2015.

Principais Indicadores da Saúde, Portugal (2009-2015)

ANOS	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
População residente (x 1 000)	10 573,5	10 572,7	10 542,4	10 487,3	10 427,3	10 374,8	10 341,3
Número de nados-vivos	99 491	101 381	96 856	89 841	82 787	82 367	85 500
Número de Óbitos a)	104 434	105 954	102 848	107 612	106 554	104 843	108 511
Saldo Fisiológico	-4 943	-4 573	-5 992	-17 771	-23 767	-22 476	-23 011
Saldo Migratório	15 408	3 815	-24 331	-37 352	-36 232	-30 056	-10 481
Índice Sintético de Fecundidade (descendência média/mulher)	1,35	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23	1,30
Taxa Bruta de Natalidade (/1 000 habitantes)	9,41	9,59	9,17	8,54	7,92	7,92	8,25
Taxa de Mortalidade Infantil (/1 000 nados-vivos)	3,64	2,53	3,12	3,37	2,94	2,87	2,92
Taxa de Mortalidade Neonatal (/1 000 nados-vivos)	2,29	1,67	2,37	2,20	1,93	2,11	2,05
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (/1 000 nados-vivos)	1,65	1,14	1,52	1,48	1,23	1,52	1,37
Taxa de Mortalidade Pós-neonatal (/1 000 nados-vivos)	1,18	0,86	0,74	1,17	1,00	0,75	0,88
Taxa de Mortalidade Perinatal (/1 000 nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 sem)	4,56	3,51	3,85	4,24	3,40	4,11	3,66
Mortalidade Fetal (/1 000 nados-vivos e fetos mortos ≥ 28 sem)	2,92	2,37	2,34	2,76	2,17	2,59	2,30
Mortalidade antes dos 5 anos de idade (/1 000 nados-vivos)	4,53	3,22	3,84	4,08	3,82	3,53	3,60
Mortalidade Materna (/100 000 nados-vivos)	7,04	7,89	5,16	4,45	6,04	7,28	-
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (/100 000 habitantes)	314,9	317,5	300,0	312,6	301,6	310,4	-
Taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares (/100 000 habitantes)	134,4	135,3	125,5	128,8	117,4	113,5	-
Taxa de mortalidade por tumores malignos (/100 000 habitantes)	229,5	234,8	242,4	245,0	247,9	252,1	-
Taxa de mortalidade por tumor maligno do cólon e reto (/100 000 habitantes)	34,0	35,1	35,9	36,0	36,4	36,2	-
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (/100 000 habitantes)	114,8	110,8	113,0	132,3	120,8	116,9	-
Taxa de mortalidade por acidentes de transporte (/100 000 habitantes)	10,0	9,5	9,2	6,8	7,3	7,8	-
Óbitos prematuros (antes de 70 anos) (n°)	25 660	25 035	24 724	24 408	24 250	23 466	23 260
Proporção de óbitos prematuros (Óbitos de menos de 70 anos/total de óbitos) (%)	24,57%	23,63%	24,04%	22,68%	22,76%	22,38%	21,44%
Anos potenciais de vida perdidos/todas as causas de morte, antes 70 anos (x 1 000)	383	367	355	343	329	315	-

Triénios	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013	2012-2014	2013-2015	2014-2016
Esperança média de vida à nascença (HM)	79,29	79,55	79,78	80,00	80,24	80,41	-
Esperança média de vida à nascença (H)	76,17	76,47	76,67	76,91	77,16	77,36	-
Esperança média de vida à nascença (M)	82,19	82,43	82,59	82,79	83,03	83,23	-
Esperança média de vida aos 65 anos (HM)	18,59	18,75	18,84	18,97	19,12	19,19	19,31
Esperança média de vida aos 65 anos (H)	16,74	16,92	16,94	17,07	17,23	17,32	-
Esperança média de vida aos 65 anos (M)	20,03	20,20	20,27	20,40	20,55	20,69	-

a) Óbitos de indivíduos residentes em Portugal

Fonte: DGS e INE (por data corrente), 2016

Como prometido em “A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015” dá-se seguimento a publicação regular, procurando aqui contribuir para a reflexão da evolução dos indicadores de progresso do PNS 2020.

O primeiro capítulo explicita, no plano quantitativo e qualitativo, as principais estatísticas da evolução demográfica, das condições de Saúde e de bem-estar, os principais determinantes da Saúde, a Carga da Doença e as causas de mortalidade geral. É dado, igualmente, destaque à mortalidade prematura. O segundo capítulo perspetiva o futuro expectável de cumprimento dos compromissos assumidos pelo PNS 2020 e com a Organização Mundial de Saúde. No capítulo três apresentam-se sumariamente os dados mais recentes e mais relevantes por cada um dos 11 Programas Nacionais de Saúde Prioritários.

Globalmente os indicadores apontam para uma evolução positiva no que respeita à Saúde dos cidadãos residentes no território nacional. Tal é demonstrado pelas tendências progressivas de cada vez maior esperança de viver à nascença e aos 65 anos até 2016, pela melhoria do índice sintético de fecundidade (1,30 crianças por mulher em idade fértil), assim como pelo acréscimo da taxa de natalidade (8,25 nados vivos por 1 000 habitantes em 2015) e decréscimo da taxa de mortalidade infantil (2,9 óbitos por 1 000 habitantes em 2015).

Relativamente à forma como os cidadãos percecionam a sua saúde, cerca de 50% dos homens classificam-na como “boa” ou “muito boa” face a cerca de 42% das mulheres, sendo que as características sociodemográficas apontam uma maior satisfação com a saúde na população mais jovem, escolarizada e empregada. Verifica-se, igualmente, uma melhoria no que se refere à evitabilidade da morte antes dos 70 anos de idade, com consequente redução dos anos de vida potencialmente perdidos entre 2009 e 2014.

Salientam-se ganhos de anos de vida, nomeadamente nas doenças do aparelho digestivo, nas doenças do aparelho respiratório e em algumas doenças infecciosas e parasitárias. Porém existem indicadores cujos resultados carecem de uma abordagem intersectorial que envolva entidades públicas e privadas, associações profissionais, sociedades científicas, organizações governamentais e não-governamentais, bem como o próprio cidadão.

Portugal apresenta uma taxa de crescimento efetivo negativa (saldo natural negativo desde 2009 e saldo mi-

gratório negativo desde 2011) e dados mais recentes indicam que o número de anos de vida saudável, quer no sexo masculino quer no sexo feminino, sofreu um decréscimo assinalável em 2014 relativamente a 2013.

No que se refere aos fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa, são relevantes os hábitos alimentares inadequados (16%), a hipertensão arterial (13%), o tabagismo (12%) e o índice de massa corporal elevado (12%). Comprovadamente, a alimentação influencia o estado de Saúde. Em termos de riscos, os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, rica em carnes processadas, açúcar e gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o principal problema. Contribuem para os hábitos alimentares inadequados o excesso de consumo de sal e carne processada bem como a insuficiente ingestão de fruta e de vegetais, de cereais integrais, de frutos secos e sementes, de ácidos gordos ómega 3 (provenientes do pescado) e de fibras. A ingestão excessiva de sal constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, estimando-se em mais de 77 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2015.

Quanto à mortalidade geral, em 2014, em Portugal, as mortes são devidas a doenças do aparelho circulatório (33%), tumores malignos (27%), doenças do aparelho respiratório (13%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (6%). No mesmo período, as principais causas de mortalidade prematura devem-se a tumores malignos (45%), doenças do aparelho circulatório (20%), causas externas de lesão e envenenamento (11%) e doenças do aparelho digestivo (6%). Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida e, em 2015, esta proporção atingiu cerca de 21%.

Maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania é a visão do PNS. E, neste âmbito, estão assumidas quatro metas para 2020 como compromissos nacionais: A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%; B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%; C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental; D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020.

No que respeita aos objetivos A e B, os dados permitem antever que se venha a cumprir o objetivo da redução da mortalidade prematura para valor abaixo dos 20%, mas tal, a ser alcançado, parece só ser possível de observar no ano 2020. Por sua vez, no objetivo de aumento de 30% da vida saudável aos 65 anos, os dados mais recentes mostram um retrocesso da respetiva evolução nos homens e nas mulheres: é incerta a evolução futura, nas mulheres parece ainda possível o alcance da meta tendo em conta a evolução atual; por sua vez nos homens é pouco provável conseguir alcançar um aumento de 30%. Em ambos os casos será sempre necessário um alinhamento de toda a saúde e de toda a sociedade para se cumprirem estes objetivos.

Em termos de compromisso internacional, Portugal subscreveu o compromisso no âmbito do enquadramento de monitorização das doenças crónicas de, até 2025, reduzir em 25% a probabilidade incondicional de morte associada a estas doenças entre os 30 e os 69 anos de idade. Os dados disponíveis de momento, a uma década de distância, indiciam que não é plausível que se venha a cumprir este objetivo. São consideradas metodologicamente como doenças crónicas: Doenças do aparelho circulatório, Diabetes *Mellitus*, Tumores malignos, Doenças respiratórias crónicas. De momento, por esta ordem, parecem ser as evoluções da mortalidade por tumores malignos e por doenças do aparelho circulatório que tornam improvável o alcançar do compromisso internacional. Obviamente, a uma distância de aproximadamente dez anos é ainda plenamente possível o alinhamento de estratégias, políticas e sociedade para conseguirmos o cumprimento do compromisso assumido.

Os Programas Nacionais de Saúde Prioritários (PP) são instrumentos de implementação do Plano Nacional de Saúde, devendo assim abordar os quatro Eixos Estratégicos já mencionados. Nesse sentido foram delineados os principais eixos de ação de cada PP.

Fumar é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, da perda de qualidade de vida e da mortalidade prematura. Reduz a fertilidade e tem graves consequências para a saúde da mulher grávida, do feto e da criança. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos nocivos imediatos e a longo prazo, não existindo um limiar seguro de exposição. Em 2015, o tabaco contribuiu para a morte de mais de 11 000 pessoas em Portugal; 17% do total dos óbitos nos homens e 4% nas mulheres. Estima-se que o tabaco tenha sido responsável por cerca de 20% dos óbitos por neoplasias, 45% por doenças respiratórias crónicas, 11% por infe-

ções respiratórias, 6% por doenças cérebro e cardiovasculares e 1% por diabetes. No conjunto dos fatores de risco avaliados, fumar foi a primeira causa de perda de anos de vida saudável no sexo masculino (12,8% DALY) e a sétima causa no sexo feminino (2,9% DALY). Cerca de 9% da população, com 15 ou mais anos, ainda refere exposição ao fumo ambiental. A prevenção do consumo nos jovens, a promoção da cessação tabágica, a proteção da exposição ao fumo ambiental e a redução das desigualdades constituem os principais eixos de ação do Plano Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) até 2020.

A avaliação do estado alimentar e nutricional dos portugueses, em função dos dados disponíveis, revelam 3 conclusões principais. A disponibilidade dos principais grupos de alimentos nesta última década parece revelar alguma estabilidade. A crise económica e social parece modificar as escolhas no interior de cada categoria (por ex. aves de capoeira substituem a carne de vaca) ou aumentam os produtos de pastelaria que substituem refeições completas, mas estas modificações só serão visíveis quando estiverem disponíveis os dados do Inquérito Alimentar Nacional. Outra conclusão, da mudança social e económica, é que o excesso de peso (pré-obesidade e obesidade) que afeta mais de metade da população portuguesa, é bastante influenciado pela condição social dos cidadãos em que os mais desfavorecidos são, cada vez mais, os principais afetados por este grave problema de saúde pública. Por fim, continua a ser evidente a pouca capacidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para reportar os casos de obesidade e, principalmente, de pré-obesidade, existentes nas diferentes regiões de Portugal Continental.

Em 2016, a Direção-Geral da Saúde criou um programa prioritário dedicado exclusivamente à promoção da atividade física. A este facto não são alheias a estreita associação entre a inatividade física e as principais causas de morbidade e mortalidade (por exemplo a diabetes), bem como o reconhecido papel preventivo da atividade física em doenças como o Alzheimer e a obesidade. Em Portugal, estima-se que apenas 15-20% dos adultos (e um valor inferior dos adolescentes) cumprem as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a atividade física.

A Diabetes *Mellitus* é considerada pela OMS como a pandemia do século XXI e constitui um grave problema de saúde pública, a nível mundial com números crescentes e com cerca de 40% de casos não diagnosticados. Portugal foi considerado em 2014 no relatório de saúde da OCDE, como o País da Europa com a mais alta

taxa de prevalência da Europa. A OMS desenvolve um programa específico para a diabetes e pede aos países membros que desenvolvam medidas de vigilância epidemiológica, prevenção e controlo da diabetes e suas complicações. Para se combater de forma eficaz esta epidemia, há que conhecer os números, estudar os resultados e daí partir para a estruturação de programas de intervenção que se querem eficazes.

A análise dos dados de mortalidade relativos a doenças cérebro cardiovasculares referentes ao ano de 2014 demonstra uma inversão da tendência de declínio verificada na última década. Merece uma particular atenção o inesperado incremento da mortalidade prematura por doença isquémica cardíaca, parcialmente compensado por um decréscimo da mortalidade por doença cerebrovascular, mais expressivo no acidente vascular cerebral isquémico. Desta forma verifica-se uma aproximação dos padrões de mortalidade cardiovascular em Portugal ao perfil mais frequente na generalidade dos países europeus e da OCDE. Nesta evolução será certamente relevante a expansão do uso dos anticoagulantes orais não dicumarínicos.

O peso relativo da Oncologia, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), tem aumentado de forma gradual, como esperado e previsto, tanto pelo aumento da incidência como da complexidade necessária aos novos diagnósticos e tratamentos. Notavelmente, a capacidade de resposta do SNS tem permitido acomodar mais doentes e mais necessidades de cada doente. Os programas de rastreio retomaram a dinâmica de expansão. Os custos associados à oncologia estão a subir, de forma preocupante, colocando uma ameaça séria à sustentabilidade do sistema.

A análise da mortalidade por doença respiratória demonstra que afeta sobretudo as faixas etárias acima dos 70 anos, não sendo, portanto, mortalidade prematura. As taxas bruta e padronizada de mortalidade por doença respiratória têm vindo a decrescer desde 2012, sendo particularmente relevantes nas doenças obstrutivas crónicas como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC). Constata-se uma tendência para a estabilização dos internamentos hospitalares devidos a asma brônquica e DPOC, apontando para a necessidade de uma maior intervenção a nível dos Cuidados de Saúde Primários, dado que alguns destes internamentos são evitáveis, se forem tomadas medidas de carácter preventivo ou terapêutico. Os indicadores dos Cuidados de Saúde Primários evidenciam uma evolução positiva para a asma e DPOC, com aumento muito notório destes diagnósticos na lista de utentes ativos. A

caracterização da evolução do consumo de fármacos inalados é indiciadora de mais doentes tratados e de melhores práticas clínicas.

A ausência de harmonização das definições de caso para as diversas hepatites virais, a baixa taxa de notificação em consequência do carácter assintomático de uma parte das infeções agudas, as dificuldades relacionadas com a documentação de algumas vias de transmissão, a distinção entre a infeção aguda e crónica e as especificidades relacionadas com infeções simultâneas por outros vírus, contribuem, em parte, para as dificuldades de gestão epidemiológica e clínica das hepatites virais, enquanto problema de saúde pública. Simultaneamente, o estigma associado às hepatites crónicas virais persiste, remetendo para a necessidade de informar e educar a comunidade, incluindo os profissionais de saúde, sobre a transmissão, prevenção, assistência e tratamento das infeções por vírus das hepatites, particularmente das infeções por vírus da hepatite C (VHC) e por vírus da hepatite B (VHB).

Vivemos um momento decisivo da resposta à infeção por VIH, tuberculose e outras infeções transmitidas por via sexual e parentérica: o conhecimento e os dispositivos que dispomos torna exequível o fim da infeção como um importante problema de saúde pública. Portugal precisa de acelerar o ritmo de atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) para alcançar as metas preconizadas pela ONUSIDA para o ano de 2020 “Diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção por VIH e desconhecem o seu estado serológico; destas, assegurar que 90% estão em tratamento antirretrovírico e, destas, que 90% apresentam carga viral suprimida”. Alcançar as metas 90-90-90 contribuirá igualmente para o controlo da tuberculose.

As infeções associadas aos cuidados de saúde, que constituem o principal efeito adverso dos internamentos, e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos, são problemas relacionados e preocupantes, a nível mundial, que afetam a saúde dos portugueses. Progressos importantes têm sido conseguidos, os quais importam consolidar, enquanto em algumas áreas subsistem problemas cuja previsível evolução exige resposta adequada.

Os poucos dados de produção disponíveis são apenas de morbilidade hospitalar, surgindo como entidades patológicas mais representadas duas de natureza não psicótica. Regista-se com apreço o impacto da *Joint Action on Mental Health and Wellbeing* da União Europeia,

coordenada por Portugal e a aprovação na respetiva Comissão da ONU da resolução sobre Direitos Humanos no sector, de iniciativa de Portugal e Brasil. Na área da infância e adolescência foi finalmente inaugurada a unidade de internamento da Região Centro e reforçou-se a lotação e melhoram-se as condições da que serve as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em termos de consumos de substâncias psicotrópicas (medicamentos, bebidas alcoólicas e ilícitas) a situação manteve-se muito preocupante, em particular quanto ao consumo de benzodiazepinas e de estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central (SNC), respetivamente em adultos e adolescentes e em crianças. Aguarda-se a implementação dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, o 3º pilar do Plano Nacional de Saúde Mental.

Fica patente que apesar de nem sempre a perceção dos portugueses ser a mais favorável sobre a sua própria saúde, esta se consubstancia de forma positiva em muitos indicadores e estatísticas de saúde, ora apresentando mesmo inversão de tendências menos positivas que se vinham a observar. Todos os programas nacionais de saúde prioritários dão nota de evoluções positivas e de desafios que se colocam para garantir a melhor saúde de todos os portugueses. Todos alinhados com o Plano Nacional de Saúde, cumpriremos os nossos compromissos e alcançaremos as metas fixadas com mais e melhor saúde.

NOTA INTRODUTÓRIA

A Direção-Geral da Saúde prossegue, novamente, a ambição de apresentar um retrato fiável sobre a Saúde dos portugueses em todas as suas dimensões, na perspetiva do Plano Nacional de Saúde (PNS) e dos Programas Nacionais de Saúde Prioritários (PP). Foi assumido o desafio de dar voz a todos os Programas Prioritários e, com esta oportunidade, apresentar dados e resultados de interesse para análise posterior. O exercício foi de concisão e contenção para todos.

A Saúde dos Portugueses 2016 estrutura-se com três capítulos: o primeiro sobre a caracterização da Saúde dos cidadãos na perspetiva global, independentemente dos grandes eventos da vida, da idade e dos Programas Nacionais de Saúde; o segundo analisa a perspetiva futura do cumprimento dos objetivos assumidos nacionalmente no PNS e internacionalmente no âmbito da OMS e no enquadramento da redução do impacto das doenças crónicas; e o terceiro caracteriza a Saúde balizada por cada um dos Programas Nacionais de Saúde Prioritários.

DADOS E MÉTODOS

Recorreu-se à informação disponível mais recente. Para a caracterização da produção hospitalar recorreu-se à base de dados de resumos de alta dos internamentos hospitalares de Portugal Continental (Morbilidade Hospitalar/GDH), da ACSS, e para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), o Sistema de Informação e Monitorização do SNS (SIM@SNS) e, ainda, o SVIG-TB na caracterização da Tuberculose com atualização a 2015.

No que respeita à Carga Global da Doença foram usadas as estimativas para 2015 fornecidas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). A medida para a estimar na população foi o indicador “anos de vida ajustados à incapacidade” (DALY, da designação em língua inglesa, *Disability-Adjusted Life Years*), que representa os anos perdidos de vida saudável devido a doença, lesão ou fator de risco e resulta da soma de dois indicadores distintos:

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

Para quantificar a componente de morbilidade e incapacidade devida a doenças e lesões suportadas pela população, no contexto dos estudos de carga da doença, utiliza-se como indicador os anos vividos com incapacidade (YLD) que é estimado através de ponderação da prevalência de diferentes condições de Saúde com base na respetiva gravidade.

I - A SAÚDE DOS CIDADÃOS NA PERSPETIVA GLOBAL

Neste capítulo do relatório apresentam-se, numa perspetiva atual, os aspetos relacionados com as estatísticas demográficas, vitais (nados-vivos e óbitos) e de bem-estar como sejam a autoapreciação do estado de saúde e satisfação com a vida dos cidadãos residentes em Portugal.

1. QUANTOS SOMOS

Portugal tem uma população residente superior a 10 milhões de habitantes (10 341 330 em 2015) a nível continental e regiões autónomas (Figura 1).

A população residente decresceu 2,2% de 2009 para 2015, e em 31 de dezembro a estimativa era de 10 341 330 pessoas. Este resultado traduziu-se numa

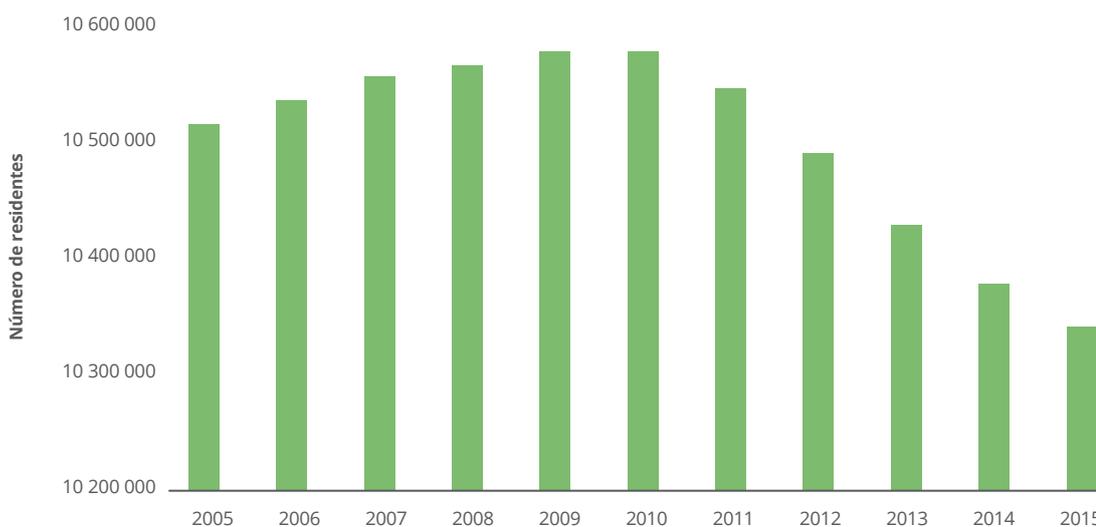
taxa de crescimento efetivo negativa de -0,32%, reflexo da conjugação de saldos natural e migratórios negativos.

O saldo natural (ou fisiológico) mantém-se negativo desde 2009 (óbitos superam os nados-vivos).

E, por sua vez, o saldo migratório é igualmente negativo, uma vez que a emigração ultrapassa a imigração desde 2011, ainda que 2015 tenha atenuado face a 2014.

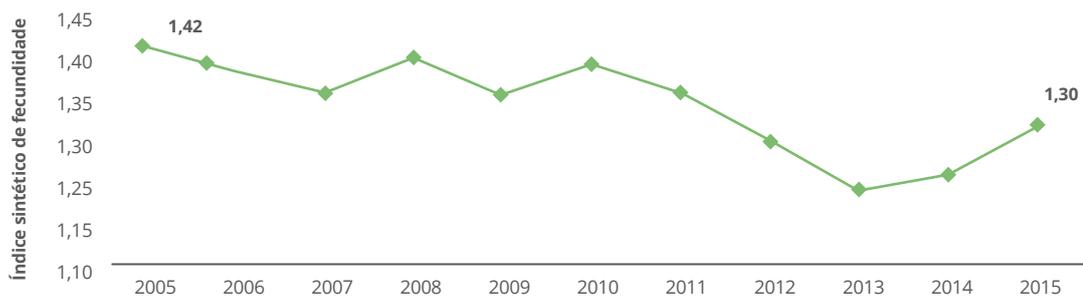
Já no que se refere à evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil, dos 15 aos 49 anos), este apresenta um decréscimo substancial até 2013,

Figura 1. População residente em Portugal, 2005 a 2015



Fonte: INE, 2016

Figura 2. Índice sintético de fecundidade, Portugal, 2005 a 2015



Fonte: INE, 2016

exibindo uma ligeira recuperação desde então, sendo em 2014, de 1,23 e em 2015 de 1,30. No entanto, este índice ainda se encontra abaixo do índice de renovação geracional, idealizado no valor de 2,1.

Indícios semelhantes de recuperação podem ser detetados na série da natalidade observada entre 2005 e 2015, que continua baixa, mas denota ligeiro sinal de retoma desde 2013 (Figura 3).

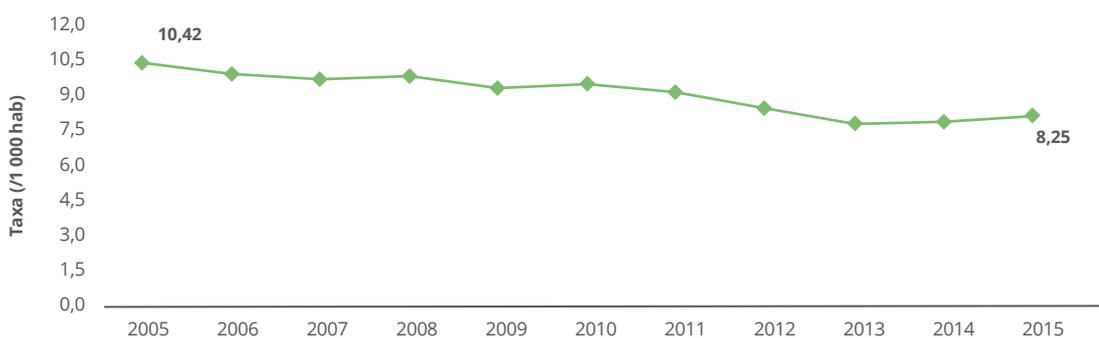
Tendo em conta a população média, a natalidade atingiu a taxa de 8,25 nados-vivos por 1 000 habitantes. O caminho de transição demográfica a que o país tem vindo a assistir, associando baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 ou mais anos, mostra sinais de começar a mudar.

Portugal regista uma das melhores taxas de mortalidade infantil em todo o mundo, tendo alcançado o melhor valor no ano de 2010 (2,53 óbitos/1 000 nados-vivos). Em 2015, 2,9 foi o valor registado.

2. ESPERANÇA DE VIVER

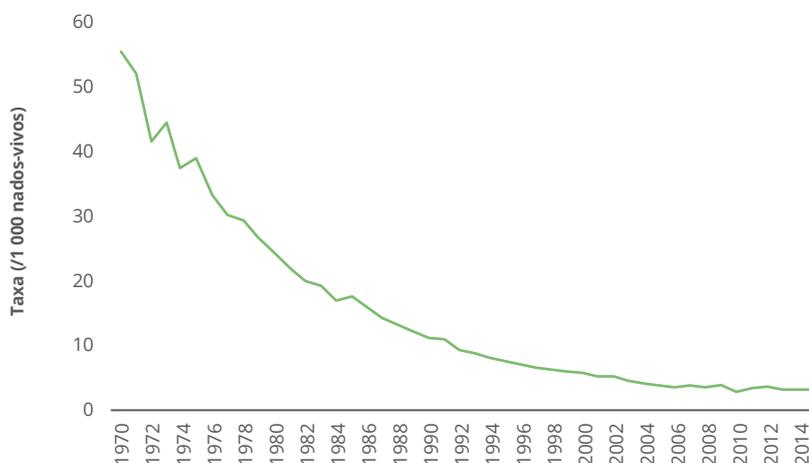
Em Portugal continua a registar-se aumento da esperança de vida ao nascer. Na última década, de 2006 a 2015, esta variação foi superior a dois anos de vida, sendo mais pronunciada no sexo masculino. Assim, a esperança de vida ao nascer de homens e mulheres em Portugal continua a aproximar-se.

Figura 3. Taxa bruta de natalidade (/1 000 habitantes), Portugal, 2005 a 2015



Fonte: INE, 2016

Figura 4. Taxa de mortalidade infantil (/1 000 nados-vivos) Portugal, 1970 a 2015

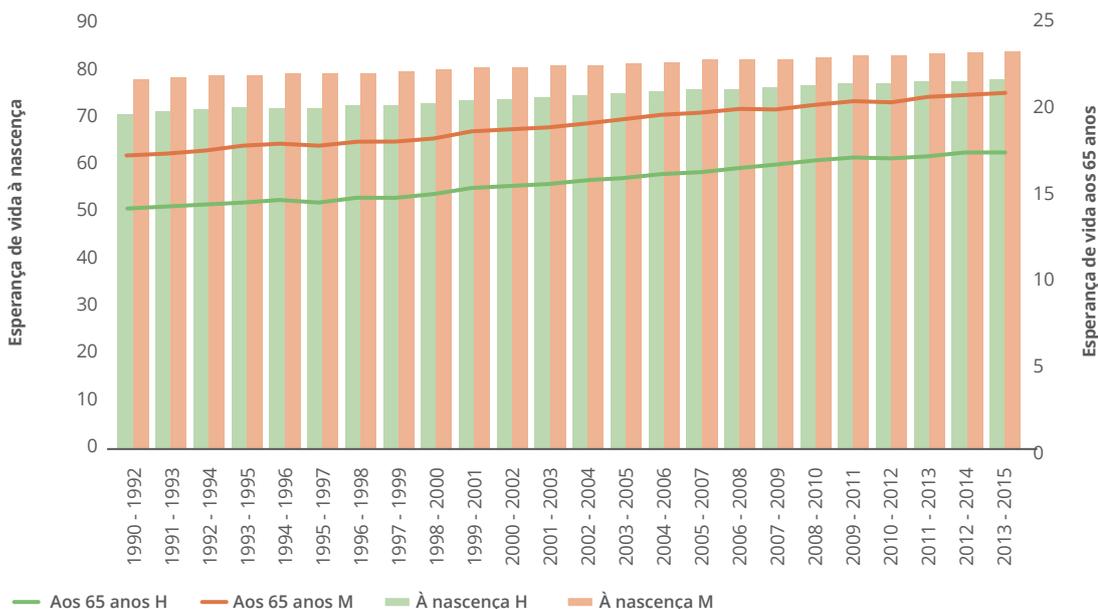


Fonte: INE, 2016

Para a população que atingiu 65 anos, o aumento da esperança de vida no mesmo período de referência é um pouco menos acentuado representando, ainda assim, um ganho que ultrapassa um ano de vida. A diferença entre sexos é, igualmente, menos relevante para a população que completou 65 anos, mantendo-se próxima dos três anos de vida no período analisado.

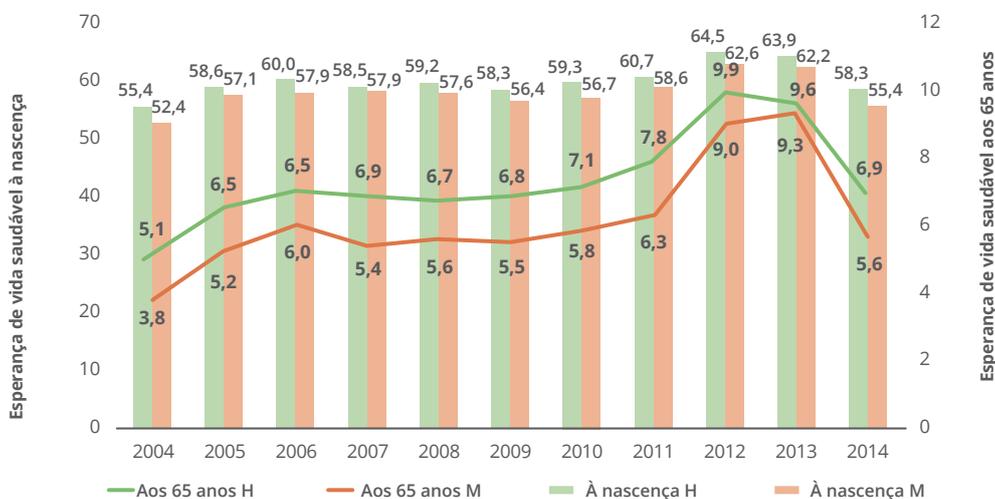
A esperança de vida saudável calculada aos 65 anos, em 2014, é de 6,9 anos para homens e de 5,6 anos para mulheres. Repare-se, a este propósito que Portugal ficou abaixo da média da União Europeia (8,6 em ambos os sexos em 2014).

Figura 5. Esperança de vida (anos) à nascença e aos 65 anos de idade, por sexo, Portugal, 1990 a 2015



Fonte: INE, 2016

Figura 6. Esperança de vida saudável (anos) à nascença e aos 65 anos de idade, por sexo, Portugal, 2004 a 2014



Nota: Quebra de série devida à formulação da pergunta subjacente ao indicador em 2005 e 2012.

Fonte: EUROSTAT, 2016

3. COMO NOS SENTIMOS

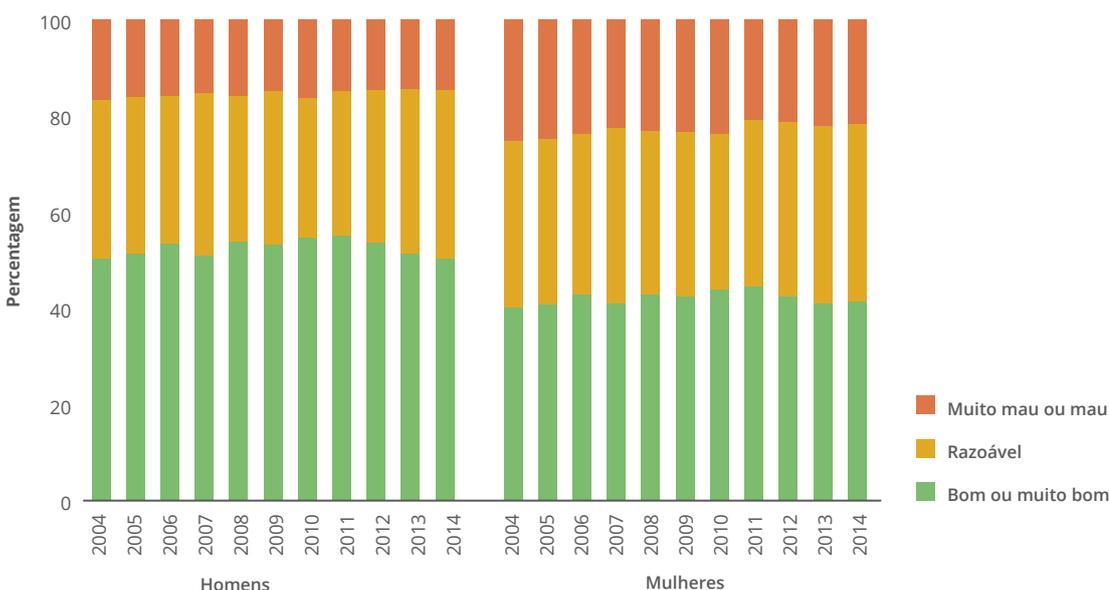
3.1. AUTOAPRECIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A apreciação do estado de saúde dos cidadãos pelos próprios tem sido motivo de estudos recentes. Ao longo do período 2004-2014, o gráfico da Figura 7 demonstra que 85% dos homens auto classificaram a sua própria saúde como razoável, boa ou muito boa, ao

passo que essa proporção nas mulheres, no mesmo período, foi de 78%.

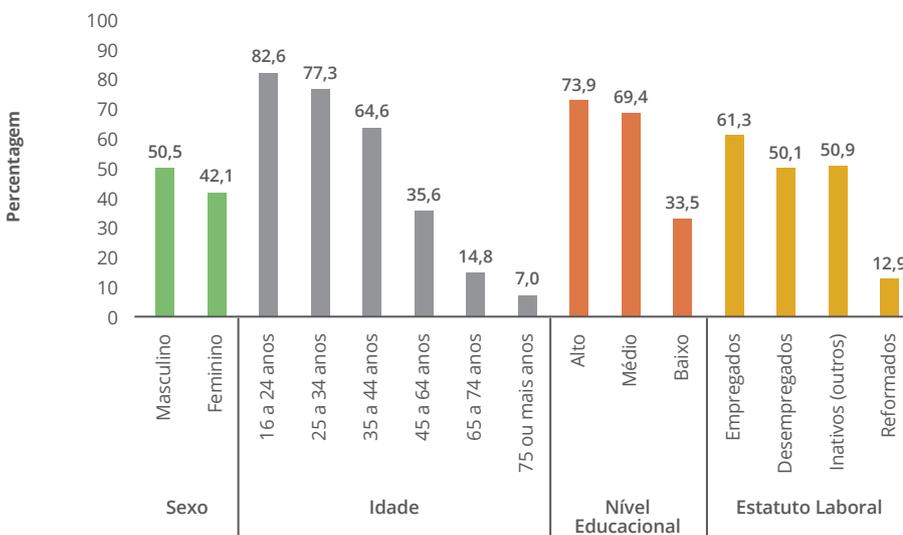
Em Portugal, de acordo com os dados mais recentes recolhidos no Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias, a proporção da população de 16 ou mais anos de idade que refere o seu estado de saúde como Bom ou Muito bom é de 46%.

Figura 7. Distribuição da autoapreciação do estado de saúde na população residente com 16 e mais anos de idade (%), por sexo, Portugal, 2004 a 2014



Fonte: EUROSTAT, 2015

Figura 8. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Muito bom ou Bom) na população residente com 16 e mais anos de idade (%), por determinantes sociodemográficos, Portugal, 2014



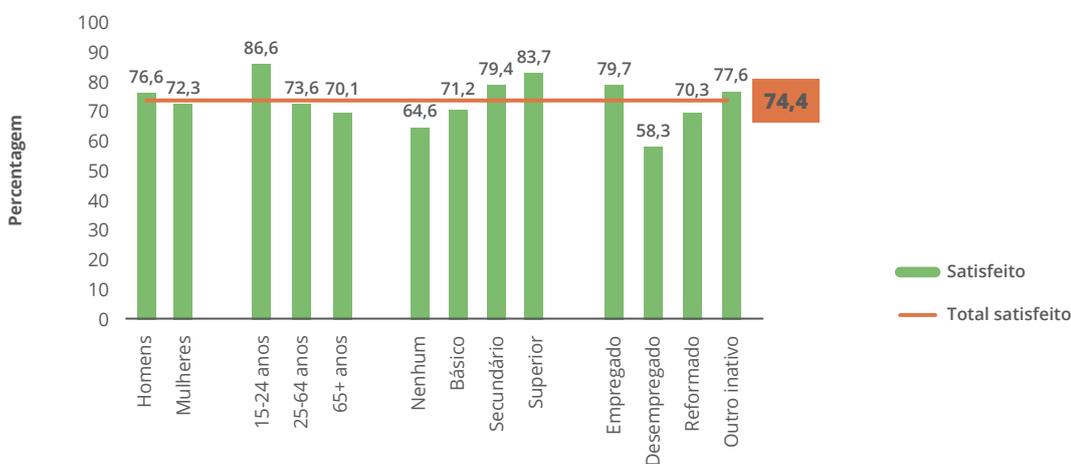
Fonte: EUROSTAT, 2016

No entanto, quando se analisa este indicador tendo em conta características demográficas e sociais, observa-se uma tendência para maior proporção de autoavaliação positiva do estado de Saúde entre a população masculina (51%), nos grupos etários mais jovens (superior a 70% na população abaixo dos 45 anos) e nos mais escolarizados (76% entre detentores de licenciatura ou grau superior). Relativamente ao estatuto laboral, a população empregada é a que refere mais frequentemente o seu estado de Saúde como Bom ou Muito bom (61%).

3.2. SATISFAÇÃO COM A VIDA

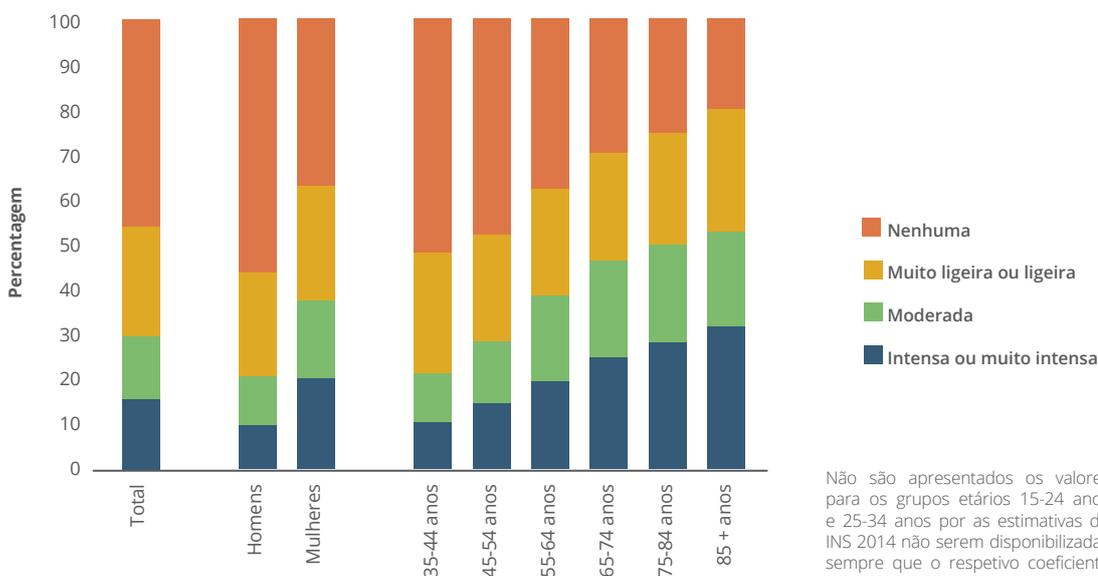
Quase 75% da população residente está satisfeita com a sua vida embora quando se analise este indicador tendo em conta as características demográficas e sociais exista tendência para maior proporção de autoavaliação positiva de satisfação com a vida no sexo masculino, nos mais jovens (15-24 anos), nos mais escolarizados (superior e secundário) e nos empregados.

Figura 9. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário, nível de escolaridade, condição perante o trabalho e grau de satisfação com a vida, Portugal, 2014



Fonte: EUROSTAT, 2016

Figura 10. Proporção (%) da população residente com 35 ou mais anos, por sexo, grupo etário e grau de intensidade da dor física sentida nas 4 semanas anteriores à entrevista, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Não são apresentados os valores para os grupos etários 15-24 anos e 25-34 anos por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respetivo coeficiente de variação é superior a 20%.

3.3. LIMITAÇÕES FÍSICAS E SENSORIAIS

No que diz respeito às intensidades da dor física, 30% da população residente revela ou dor moderada ou dor intensa ou muita intensa. No entanto, homens e mulheres reportam intensidades da dor física diferentes. Somente 20% dos homens referem sentir dor moderada, intensa ou muito intensa enquanto no caso do sexo feminino, este valor duplica (Figura 10).

3.4. AUSÊNCIA LABORAL POR RAZÕES DE SAÚDE

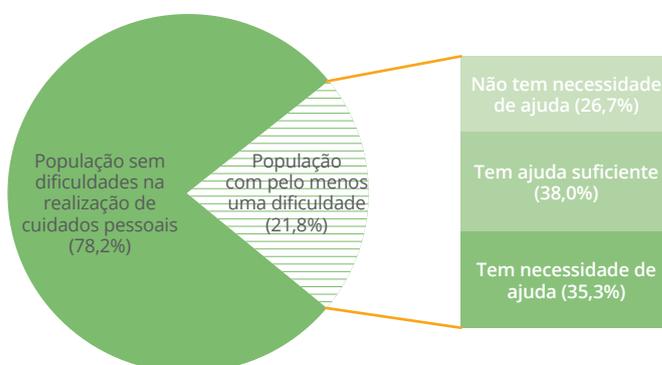
A população feminina empregada ausenta-se por um maior número de dias ao trabalho devido a problemas de saúde que a população masculina. Cerca de 16,3% das mulheres ausentam-se entre 1 a 7 dias (e os homens, 12,9%). Nos períodos de ausência mais alargada (de 1 a 6 meses) o padrão entre sexos não é semelhante.

Figura 11. Proporção (%) da população empregada ausente ao trabalho devido a problemas de saúde pelo menos um dia nos 12 meses anteriores à entrevista por sexo e escalão de dias de absentismo, Portugal, 2014



Não são apresentados os valores para o escalão 181 ou mais dias por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respetivo coeficiente de variação é superior a 20%.
Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura 12. Proporção (%) da população residente com 65 ou mais anos que referiu pelo menos uma dificuldade na realização de cuidados pessoais, por necessidade de ajuda nestes cuidados, Portugal, 2014



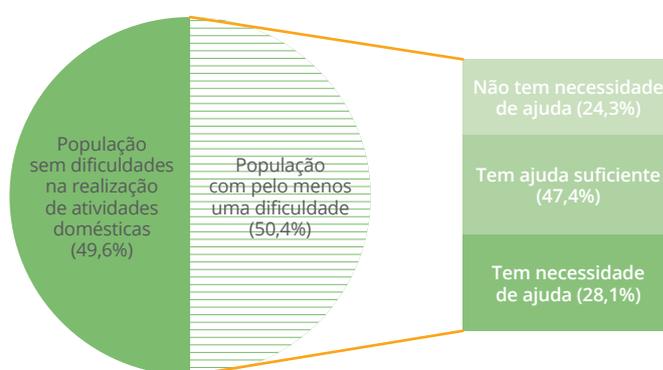
Cuidados pessoais: alimentar-se sozinho; deitar-se, sentar-se ou levantar-se da cama ou de uma cadeira; vestir-se ou despir-se; utilizar os sanitários; Tomar banho ou duche; lavar as mãos e a cara.
Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

3.5. CUIDADOS PESSOAIS E ATIVIDADES DOMÉSTICAS (65 OU MAIS ANOS)

Mais de 75% da população residente com 65 ou mais anos refere que não tem quaisquer dificuldades na realização de cuidados pessoais. A restante população que tem pelo menos uma dificuldade, 38% refere que tem ajuda suficiente, 35% que tem necessidade de ajuda e 27% diz não necessitar de ajuda na realização de cuidados pessoais.

Já no caso da realização de atividades domésticas, 50% população residente com 65 ou mais anos refere que não tem qualquer dificuldade. Da população que refere ter pelo menos uma dificuldade, 47% tem ajuda suficiente, 28% que tem necessidade de ajuda e 24% diz não necessitar de qualquer ajuda na realização de atividades domésticas.

Figura 13. Proporção (%) da população residente com 65 ou mais anos que referiu pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas, por necessidade de ajuda nestes cuidados, Portugal, 2014



Atividades domésticas: preparar refeições; usar o telefone; ir às compras; gerir a medicação; realizar tarefas domésticas ligeiras; realizar tarefas ocasionais pesadas; gerir o dinheiro e realizar tarefas administrativas.

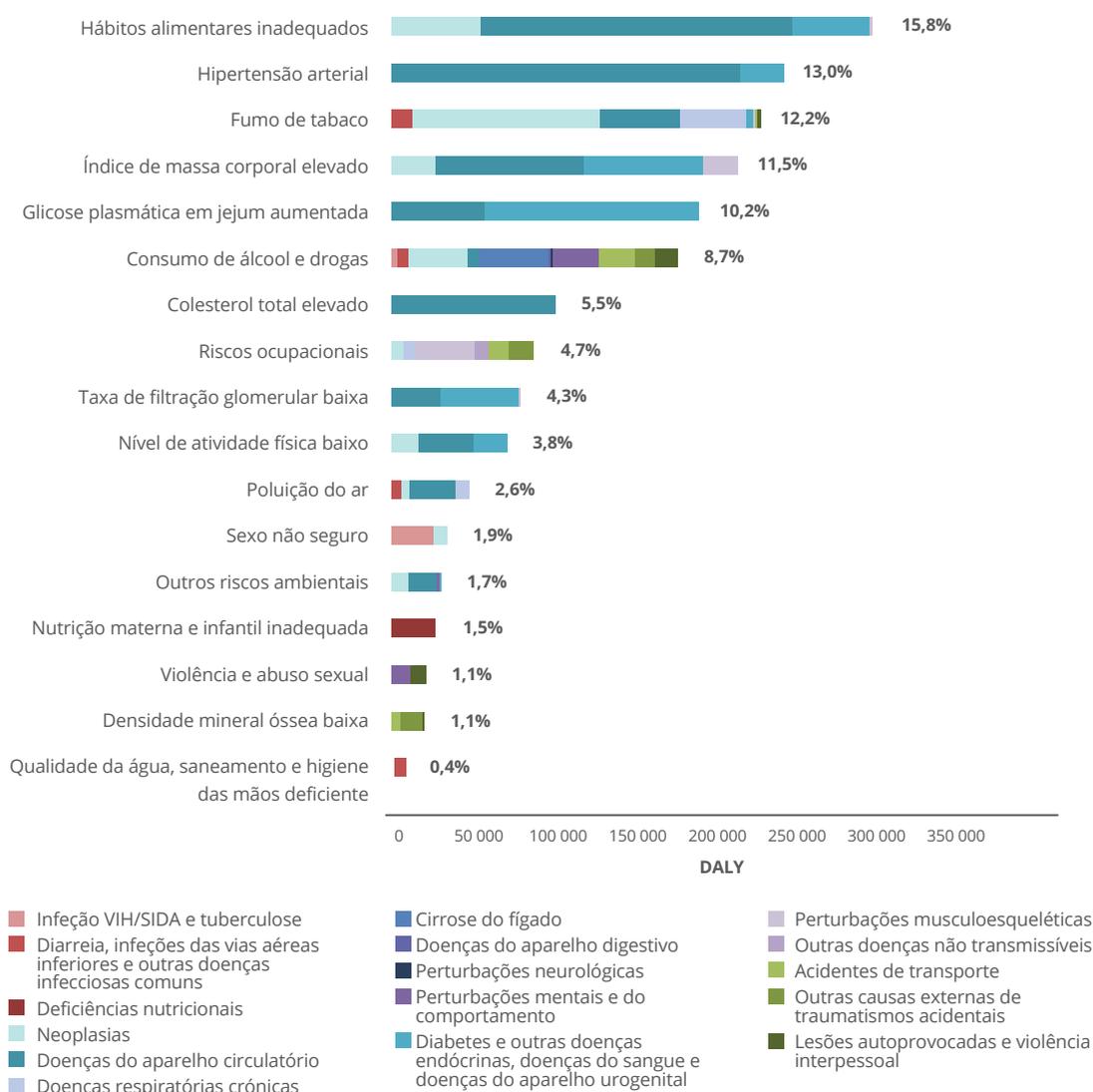
Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

4. DETERMINANTES, FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES DA SAÚDE

Segundo as estimativas obtidas para Portugal, no âmbito do estudo *Global Burden of Diseases* (GBD), resultados de 2015, os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos (DALY) pela população portuguesa são: hábitos alimentares inadequados (15,8%), hipertensão arterial (13,0%), fumo de tabaco (12,2%), índice de massa corporal elevado (11,5%), glicose plasmática em jejum aumentada (10,2%), consumo de álcool e drogas (8,7%), colesterol total elevado (5,5%), riscos ocupacionais (4,7%), taxa de filtração glomerular baixa (4,3%), nível de atividade física baixo (3,8%), poluição do ar (2,6%), sexo não seguro (1,9%), outros riscos ambientais (1,7%), nutrição materna e infantil inadequada (1,5%), violência e abuso sexual (1,1%), densidade mineral óssea baixa (1,1%) e qualidade da água, saneamento e higiene das mãos deficiente (0,4%).

(10,2%), consumo de álcool e drogas (8,7%), colesterol total elevado (5,5%), riscos ocupacionais (4,7%), taxa de filtração glomerular baixa (4,3%), para além de nível de atividade física baixo (3,8%). Estes fatores de risco, que representam cerca de 90% dos DALY, são muitas vezes modificáveis e, por isso, evitáveis para as doenças do aparelho circulatório, doenças oncológicas e para um grupo de doenças constituído por diabetes e outras (endócrinas, hematológicas e doenças do aparelho genito-urinário).

Figura 14. Fatores de risco ordenados por peso na carga de Doença (DALY em valor absoluto e %) segundo as doenças associadas, ambos os sexos, Portugal, 2015



Fonte: elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (acedido em 09/11/2016)

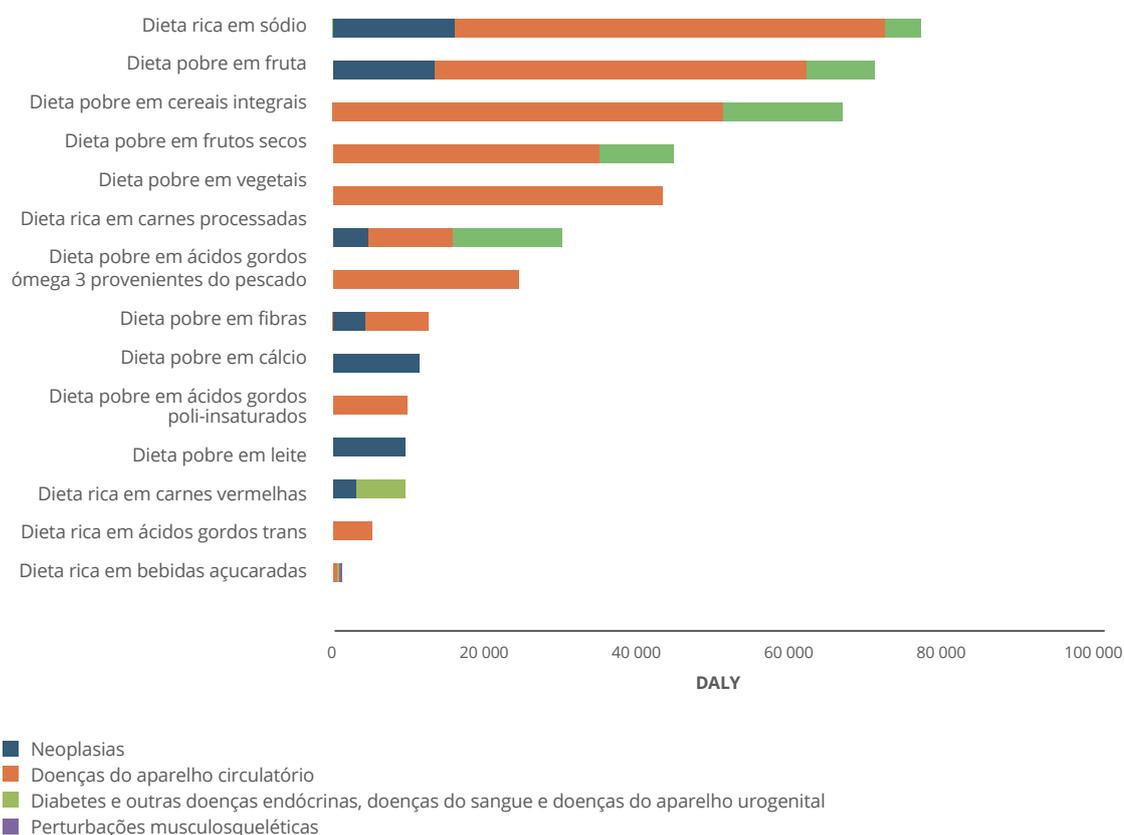
4.1. HÁBITOS ALIMENTARES

Comprovadamente, a alimentação influencia o estado de Saúde. Em termos de riscos, os alimentos com excesso de calorias e em particular com altos teores de sal, assim como dietas ricas em carnes processadas, açúcar e gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o principal problema.

No estudo citado os hábitos alimentares inadequados incluem 14 diferentes componentes, tais como: excesso de consumo de sal e carne processada bem como a insuficiente ingestão de fruta e de vegetais, de cereais

integrals, de frutos secos e sementes, de ácidos gordos ómega 3 (provenientes do pescado) e de fibras (Figura 15). Para Portugal estimou-se que o excesso de consumo de sal constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável: estimam-se em 77 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2015, devido a morbilidade ou mortalidade prematura maioritariamente por doenças do aparelho cardiovascular e doenças oncológicas, em proporções de 72% e 21%, respetivamente.

Figura 15. Estimativas da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressa em DALY, Portugal, 2015



Fonte: elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016.
Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (acedido em 09/11/2016)

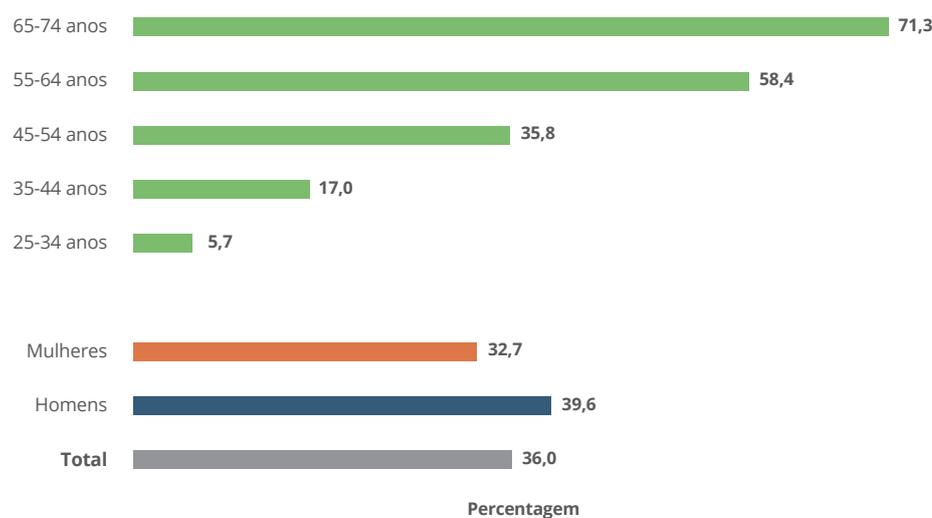
4.2. HIPERTENSÃO ARTERIAL

De acordo com o 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015 (INSEF, 2015), a prevalência de Hipertensão Arterial (HTA) foi de 36%. A prevalência de HTA aumentou com a idade e foi superior no sexo masculino, 39,6%.

4.3. FUMO DE TABACO

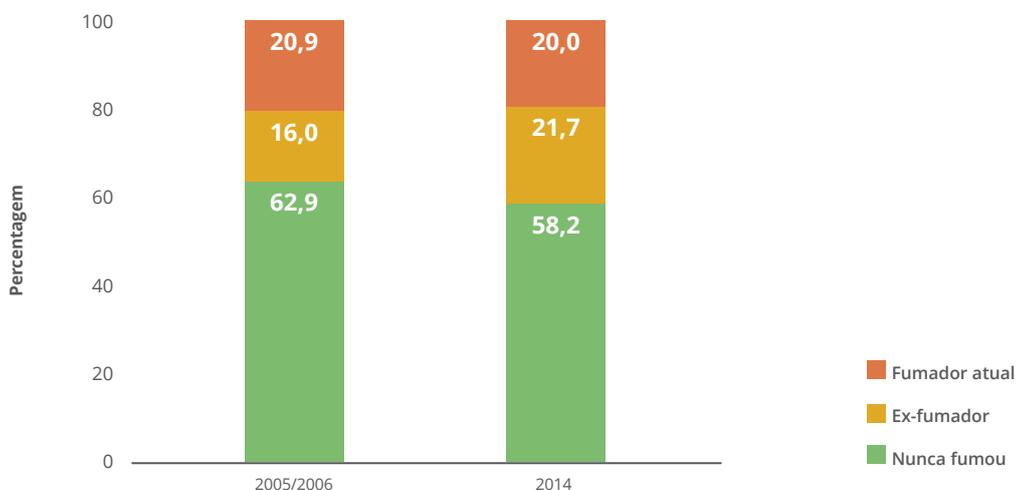
De acordo com o 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS), realizado entre 2014 e 2015, pelo INE e INSA, numa década (entre 2005/2006 e 2014/2015) 500 mil portugueses tornaram-se ex-fumadores (+6 pontos percentuais) e 58% da população com 15 ou mais anos nunca fumou.

Figura 16. Proporção (%) da população residente entre os 25 e os 74 anos com hipertensão arterial, por sexo e grupo etário, Portugal, 2015



Definição de hipertensão arterial: tensão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou tensão arterial diastólica ≥ 90 mmHg ou medicação anti-hipertensora.
Fonte: INSA, 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015

Figura 17. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por condição perante o consumo de tabaco, Portugal, 2005/2006 e 2014



Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

4.4. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Numa década (entre 2005 e 2014/2015) a população residente portuguesa manteve um padrão de pré-obesidade semelhante, sendo que no caso da obesidade verifica-se um acréscimo de 1 ponto percentual (p.p.) mercê do aumento no grupo etário dos 18 aos 24 anos, dado que nos restantes grupos etários ou manteve-se ou regrediu.

Quando se analisa a pré-obesidade, é nos grupos etários mais elevados, acima dos 65 anos e no grupo etário 18-24 anos que urge tomar medidas desde logo dado o aumento registado numa última década.

4.5. GLICEMIA

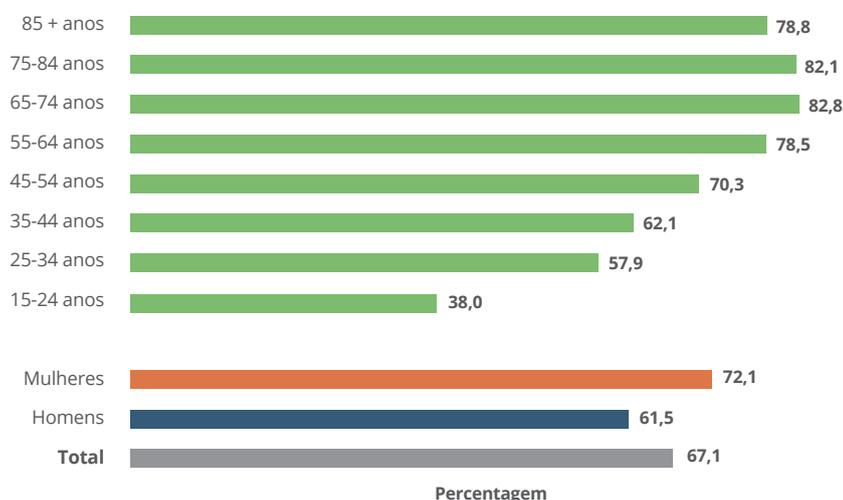
Mais de 2/3 dos cidadãos portugueses referiram ter medido a glicemia por um profissional de saúde no último ano, tendo comportamentos diferentes entre sexos: existe uma maior percentagem de mulheres que refere tê-lo feito (72,1%). Este é um indicador que aumenta com a idade, registando um retrocesso nos residentes com mais de 65 anos.

Figura 18. Proporção (%) da população residente com 18 ou mais anos com excesso de peso, por grupo etário, Portugal, 2005/2006 e 2014



Classes de índice de massa corporal: Excesso de peso (IMC ≥ 25 Kg/m²); Pré-obesidade (IMC ≥ 25 Kg/m² e <30 Kg/m²); Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²).
Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura 19. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos com última medição do nível de glicémia por um profissional de saúde realizada nos últimos 12 meses, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014



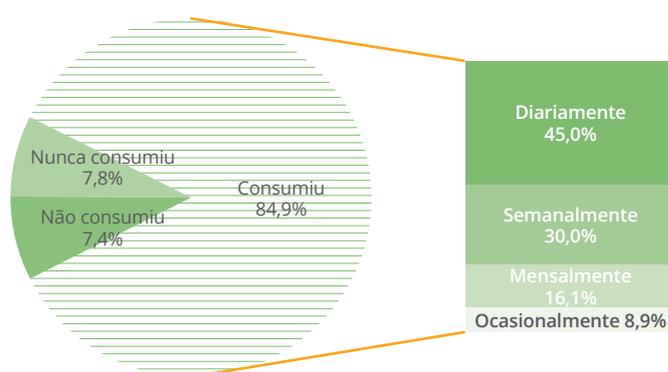
Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

4.6. ÁLCOOL

A população residente masculina e feminina apresenta padrões comportamentais perante o consumo de bebidas alcoólicas. De acordo com o INS 2014, 84,9% dos homens que consumiram bebidas alcoólicas (mulheres, 56,8%), cerca de 45% fizeram-no diariamente (mulheres, 20,7%) e 30% semanalmente (mulheres, 23,7%) e 30% semanalmente (mulheres, 23,7%) e 30% mensalmente (mulheres, 27,8%) e 30% ocasionalmente (mulheres, 27,8%).

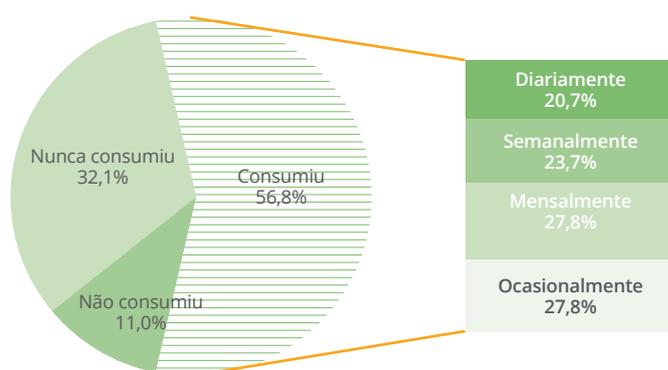
Saliente-se que 7,6% (mulheres, 32,1%) nunca consumiu (ou só, ocasionalmente para provar) e os restantes 7,4% (mulheres, 11%) não consumiram (nos últimos 12 meses, por ter deixado de consumir álcool).

Figura 20. Proporção (%) da população residente masculina com 15 ou mais anos, por condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura 21. Proporção (%) da população residente feminina com 15 ou mais anos, por condição perante o consumo de bebidas alcoólicas nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

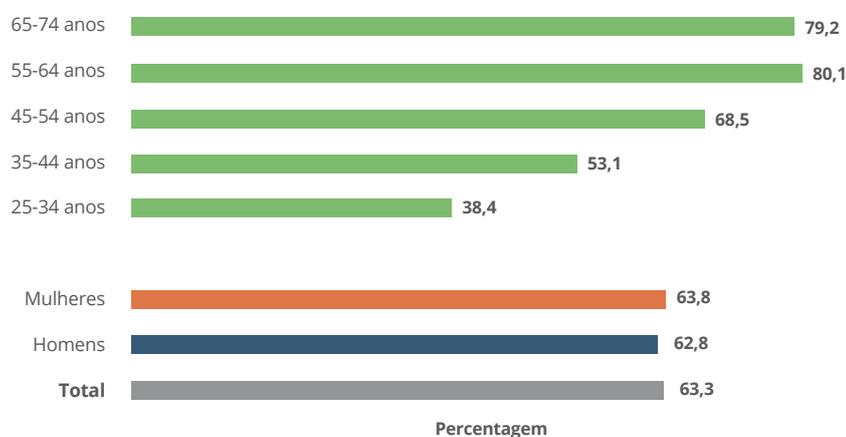
4.7. DISLIPIDÉMIA

A taxa de prevalência de colesterol total elevado é de 63,3% de acordo com 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015, sendo que entre a população residente masculina e feminina entre os 25 e 74 anos não existem padrões comportamentais diferentes. No entanto, quando se analisa o grupo etário a taxa de prevalência de colesterol total elevado aumenta, exceto no grupo acima de 55 anos.

4.8. ATIVIDADE FÍSICA

A inatividade física contribui diretamente para a carga global de doença sendo igualmente um fator de risco para as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes, entre outros fatores de morbilidade. De acordo com as recomendações da OMS e considerando as atividades realizadas nos tempos de lazer (p.ex., 'exercício físico', prática de um desporto), apenas cerca de 1 em cada 5 adultos portugueses atinge atualmente os valores recomendados de atividade física moderada ou vigorosa.

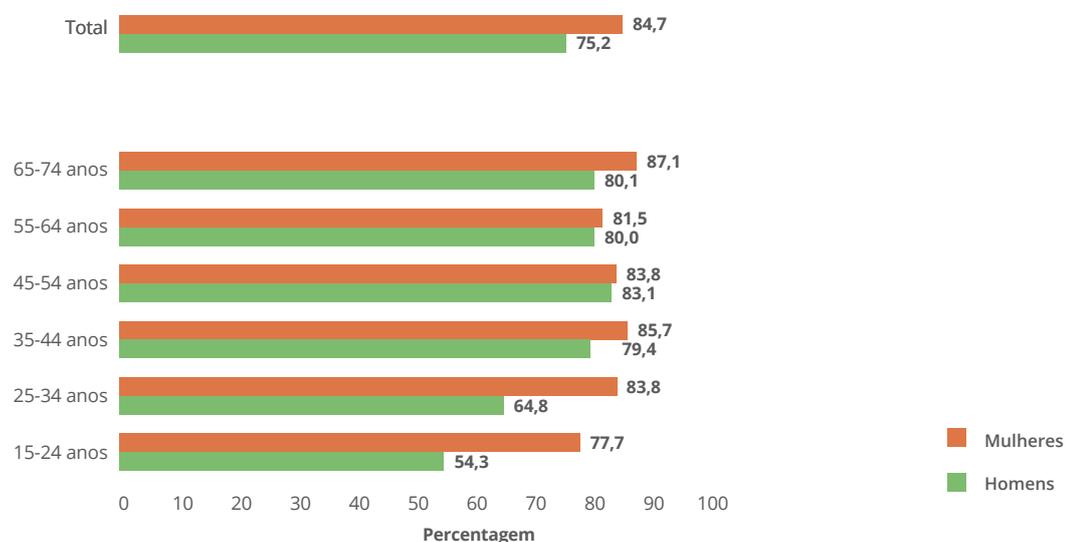
Figura 22. Distribuição da prevalência de colesterol total elevado na população residente entre os 25 e os 74 anos, por sexo e grupo etário, Portugal, 2015



Definição de colesterol total elevado: valores de colesterol total iguais ou superiores ao valor recomendado (190 mg/dL) ou toma de medicamentos para reduzir os níveis de colesterol

Fonte: INSA, 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015

Figura 23. Proporção (%) da população residente entre 15 e 74 anos com nível reduzido de exercício físico (duas ou menos vezes por semana) em atividades desportivas ou de lazer numa semana normal, por sexo e grupo etário, Portugal, 2014



Fonte: INSA, 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015

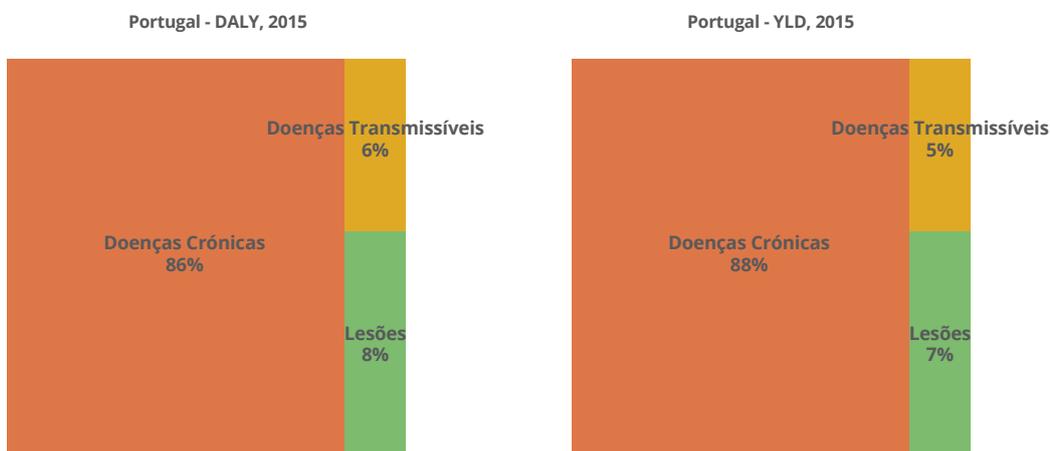
5. MORBILIDADE/CARGA GLOBAL DA DOENÇA

A carga da doença (DALY, 2015) é atribuída em 86% às doenças crónicas, em 8% a lesões e 6% a outras condições, nomeadamente infeções das vias respiratórias superiores e VIH/SIDA e tuberculose. Este fenómeno não é só português, verifica-se em outros países ocidentais e é designado como transição epidemiológica devido à importância relativa assumida pelas doenças crónicas não transmissíveis quando comparada com a expressão reduzida de doenças infecciosas. Quando as

estimativas do estudo GBD 2015 são relativas aos anos vividos com incapacidade (YLD) os valores não diferem dos anteriores (Figura 24).

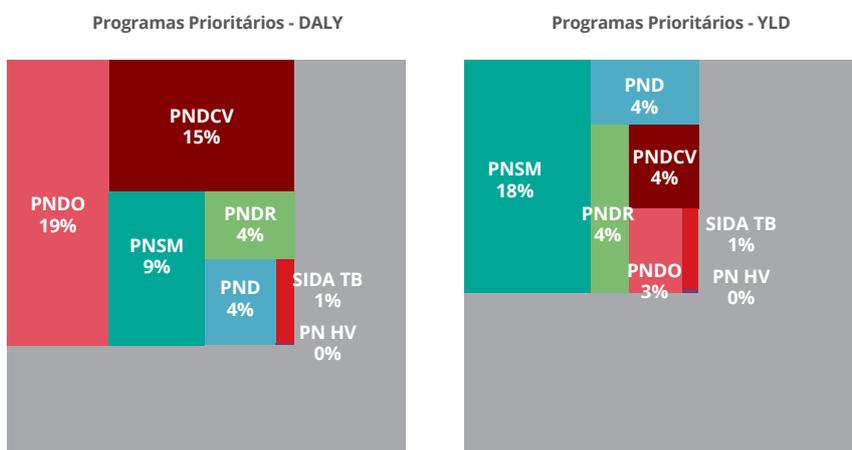
Tendo em conta os Programas Nacionais Prioritários, no conjunto das doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura (DALY) destacam-se as neoplasias (18,5%), as doenças cérebro-cardiovasculares (15,4%), as doenças do foro mental e do comportamento (8,9%), as doenças respiratórias (4,1%) e a diabetes (3,58%).

Figura 24. Estimativas da carga global de doença atribuída a doenças e lesões, expressa em DALY (%), e da carga de morbilidade e incapacidade atribuída a doenças e lesões, expressa em YLD (%) Portugal, 2015



Fonte: elaborado pela DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (acedido em 09/11/2016)

Figura 25. Estimativas da carga global de doença atribuída a doenças e lesões, expressa em DALY (%), e da carga de morbilidade e incapacidade atribuída a doenças e lesões, expressa em YLD (%), por Programa Prioritário, Portugal, 2015



Fonte: elaborado pela DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (acedido em 09/11/2016)

Considerando apenas a componente de morbilidade (YLD) observa-se uma alteração na ordenação das doenças com maior impacto na Saúde dos cidadãos. As doenças do foro mental e do comportamento assumem maior relevância, sendo responsáveis por 17,7% do total de anos vividos com incapacidade. Seguem-se as doenças oncológicas e as doenças cérebro-cardio-vasculares, que representam 4,2% e 3,7% da carga de morbilidade e incapacidade dos portugueses, respetivamente (Figura 25).

De acordo com o estudo *Global Burden of Diseases* (GBD) as perturbações músculo-esqueléticas em Portugal têm uma expressão substancial na morbilidade (25%).

6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE (MORTALIDADE GERAL)

Em 2014, mais de 70% das mortes, em Portugal, foram devidas a:

- Doenças do aparelho circulatório (31%);
- Tumores malignos (25%);
- Doenças do aparelho respiratório (12%);
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%).

Figura 26. Número de óbitos pelos 10 principais grupos de causas de morte, Portugal, 2014



Nota: Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte".

Fonte: INE, 2016

7. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE PREMATURA (MORTALIDADE ANTES DOS 70 ANOS)

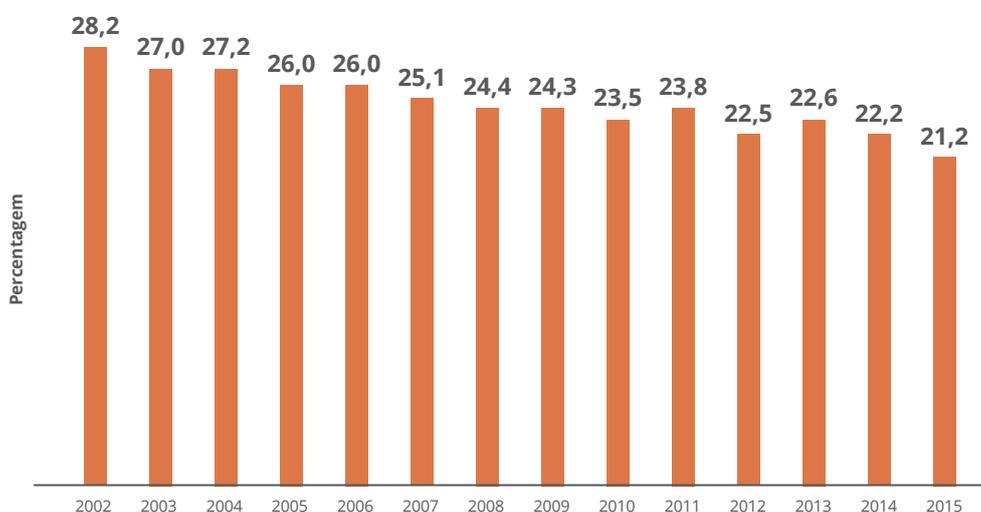
Em 2002 cerca de 28% do total de óbitos registados em Portugal ocorreram antes dos 70 anos. Esta proporção tem vindo a diminuir e, em 2015, atingiu cerca de 21%.

Como visto no capítulo II, no Plano Nacional de Saúde está assumido o compromisso nacional de redução da

mortalidade prematura para um valor inferior a 20% até 2020.

A proporção de mortes prematuras corresponde à percentagem de cidadãos que não atingem os 70 anos de idade em relação a todos os óbitos ocorridos no mesmo período de tempo. Em 2014, mais de 70% das mortes ocorridas em idades inferiores a 70 anos em Portugal são devidas a:

Figura 27. Proporção (%) de óbitos prematuros (antes dos 70 anos) no total de óbitos, Portugal, 2002 a 2015



Fonte: INE, 2016

Figura 28. Número de óbitos abaixo dos 70 anos pelos 10 principais grupos de causas de morte, Portugal, 2014



Nota: Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte".

Fonte: INE, 2016

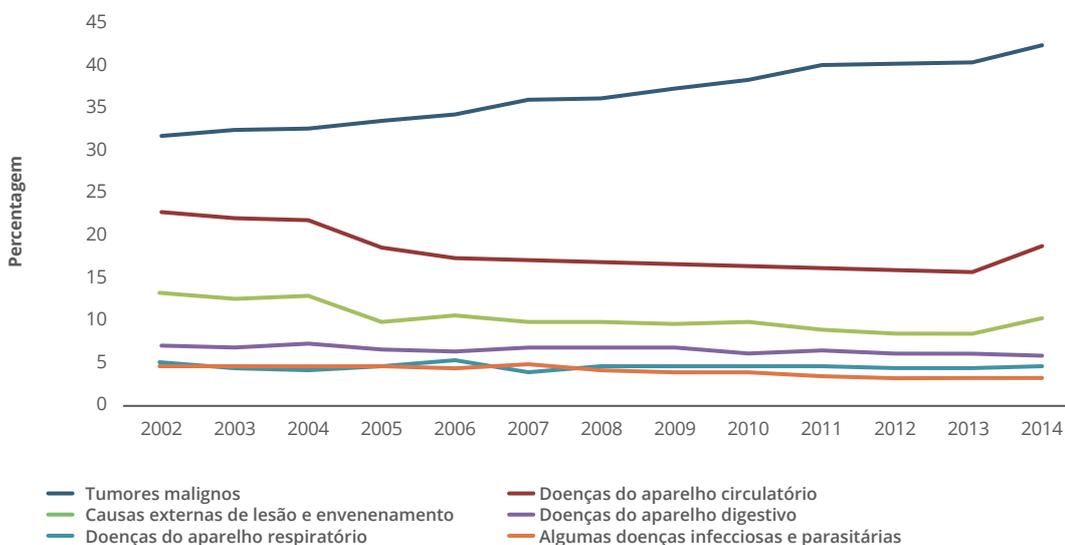
- Tumores malignos (42%),
- Doenças do aparelho circulatório (19%),
- Causas externas de lesão e envenenamento (10%),
- Doenças do aparelho digestivo (6%) (Figura 29).

Os tumores malignos são as causas de morte que registam desde 2002 até 2014 um aumento de óbitos abaixo dos 70 anos, tendo sido acompanhados de 2013 para 2014 pelas doenças do aparelho circulatório

e pelas causas externas e de lesão e envenenamento (Figuras 30 e 31).

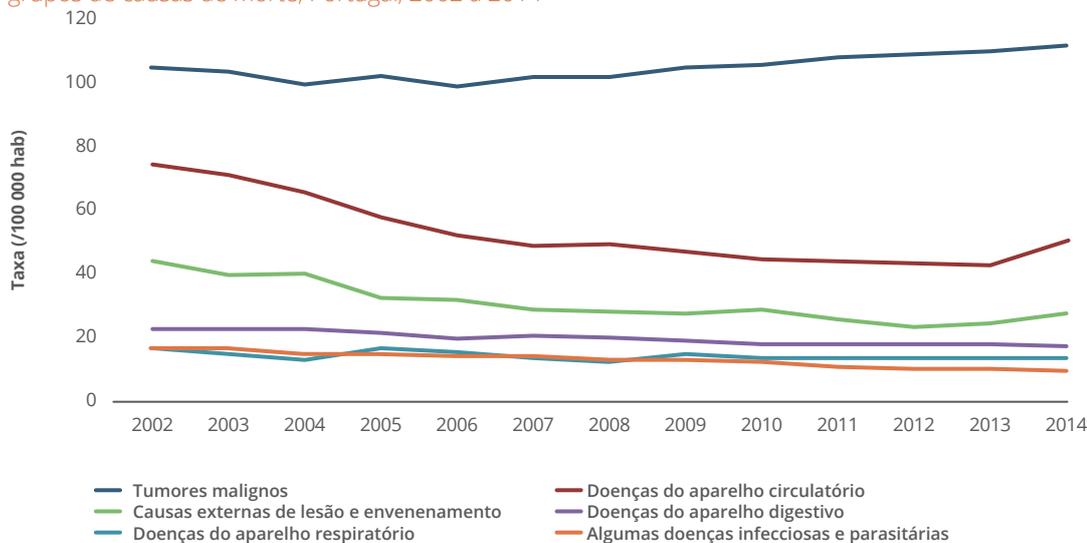
Os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) refletem o que se atrás se referiu. Portugal tem assistido a ganhos em saúde maioritariamente devidos à diminuição dos APVP nas doenças do aparelho circulatório e nas causas externas de lesão e envenenamento.

Figura 29. Proporção (%) de óbitos abaixo dos 70 anos pelos principais grupos de causas de morte, Portugal, 2002 a 2014



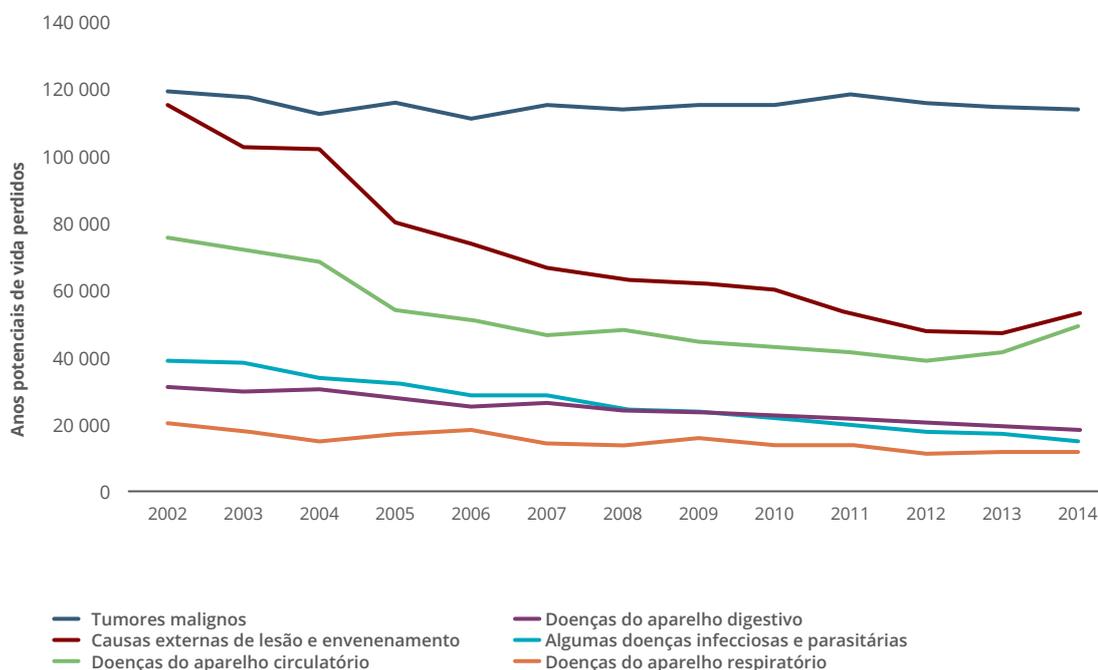
Nota: Foi excluída desta lista a causa de morte “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”.
Fonte: INE, 2016

Figura 30. Taxa de mortalidade prematura (/100 000 habitantes com menos de 70 anos) pelos principais grupos de causas de morte, Portugal, 2002 a 2014



Nota: Foi excluída desta lista a causa de morte “Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte”.
Fonte: INE, 2016

Figura 31. Anos potenciais de vida perdidos (antes dos 70 anos) pelos principais grupos de causas de morte, Portugal, 2002 a 2014



Nota: Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte".

Fonte: INE, 2016

II.

MONITORIZAÇÃO E COMPROMISSOS



II - Monitorização e Compromissos

Neste capítulo fazemos uma sumula do que é possível perspetivar para o futuro, nomeadamente 2020 e 2025, com base nos dados agora disponíveis e nos compromissos assumidos pelo país no âmbito do Plano Nacional de Saúde e da Organização Mundial de Saúde.

1. PNS 2020 – MONITORIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS INDICADORES

O documento “Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020” da DGS veio alinhar o PNS com o plano de saúde Europeu e com as orientações da OMS. Constituiu-se como um documento orientador da saúde em Portugal continuando a integrar todos os elementos da sociedade e tendo uma metodologia de monitorização mais simplificada que teve já um documento publicado recentemente “Portugal Plano Nacional de Saúde em números – 2015”. Seguindo a metodologia aí apresentada, fazemos aqui o ponto de situação dos dois principais indicadores com os dados mais recentes disponíveis e perspetivamos o cumprimento das metas estabelecidas para 2020.

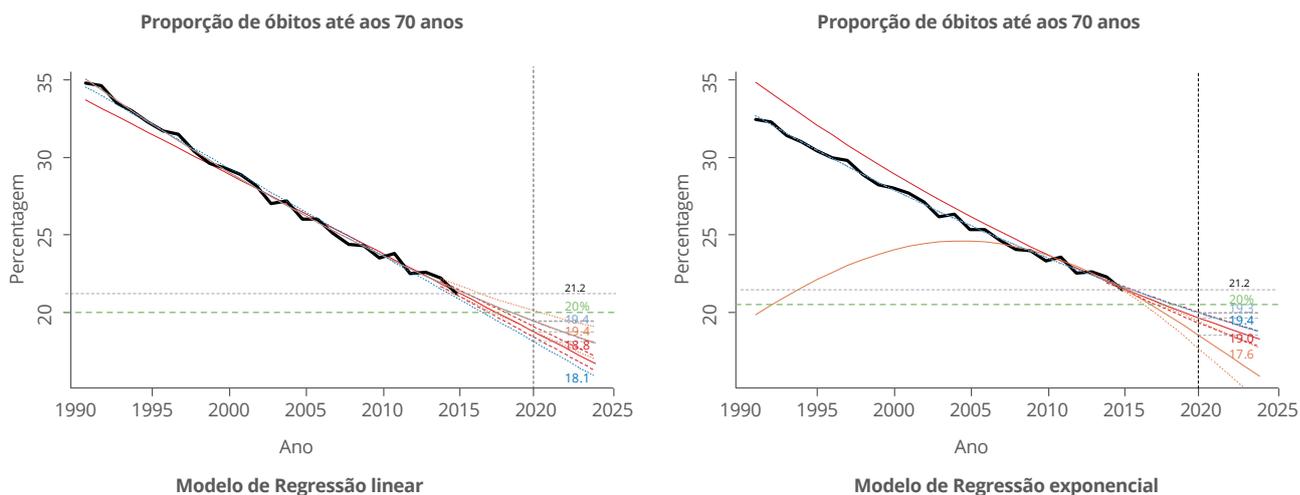
Essas metas são:

1. Redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos de idade) para uma percentagem inferior a 20%;
2. Aumento da esperança de vida saudável das mulheres aos 65 anos em 30%.

O exercício que aqui se faz agora, de antever qual é a proporção esperada de mortalidade abaixo dos 70 anos de idade em Portugal em 2020, depende muito do valor agora disponível para 2015. Os valores disponíveis nos dois anos anteriores apontavam para um cenário em que o cumprimento desta meta estaria em causa. Neste momento, nas condições atuais, esta meta parece ser atingível até 2020. Os dois modelos ensaiados apontam para valores atingíveis em 2020 muito semelhantes, diferindo um pouco apenas nas margens de incerteza. Ambos parecem indiciar que só se atingirá o objetivo no ano de 2020. Dados os avisos dos anos anteriores, é importante continuar a haver um alinhamento nacional com este objetivo.

1) Proporção de óbitos até aos 70 anos

Figura 32. Projeção da proporção de óbitos até aos 70 anos



1.2. Anos de vida saudável aos 65 anos

Os dados mais recentes disponibilizados pelo Eurostat mostram uma acentuada quebra na esperança média de vida saudável aos 65 anos, quer nas mulheres quer nos homens portugueses. Este inesperado retrocesso nos indicadores coincide com uma quebra da série estatística subjacente, devida a alteração da respetiva metodologia. Pode agora não ser realista o alcance da mesma meta, pressentindo-se que o indicador pode agora estar a medir algo diferente.

No entanto, em termos de projeções do futuro, os novos valores impõem tendência incerta (de continuado acréscimo no modelo de regressão linear e de decréscimo, sem significância estatística, no modelo de regressão exponencial) no presente. Ou seja, os valores mais recentes contribuíram para uma variabilidade maior do que a que o indicador tinha anteriormente. Assim, mesmo nestas condições, o objetivo estabelecido para as mulheres parece ser ainda alcançável embora com probabilidade reduzida. O mesmo não acontece nos homens, onde a mesma probabilidade é quase nula.

Figura 33. Projeção do número de anos saudáveis aos 65 nas mulheres

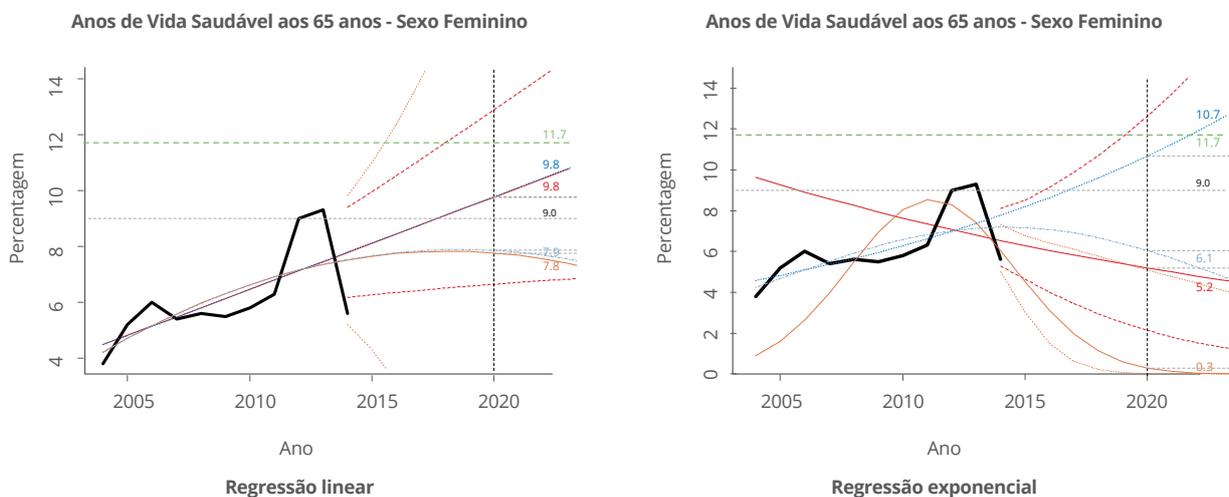
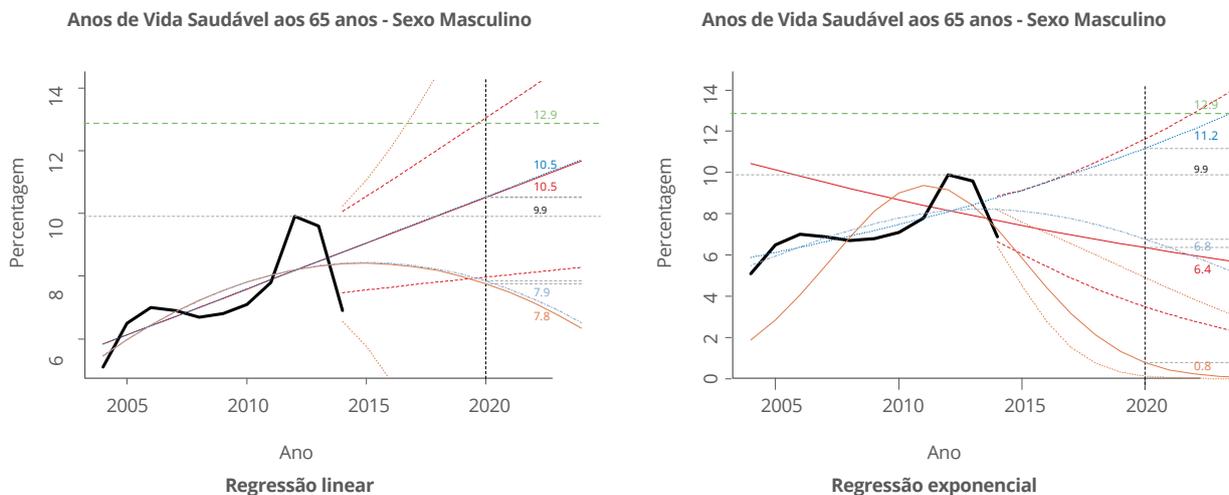


Figura 34. Projeção da do número de anos saudáveis aos 65 nos homens



Significa isto que apesar de ser incerto como o indicador vai evoluir, com algum esforço, parece ainda ser possível cumprir também este objetivo sem recalibração para a nova versão do indicador (que ainda não é possível, sem mais valores disponíveis, e que não será mesmo possível se este refletir também alterações havidas em simultâneo nas condições de saúde da população).

2. OMS 2025 – COMPROMISSO DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR DOENÇAS CRÓNICAS

Depois da adoção da Declaração sobre as Doenças Crónicas (Non-communicable Diseases – NCD) pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2011, a OMS desenvolveu um enquadramento de monitorização global (*global monitoring framework*) visando o seguimento global do progresso na prevenção e controle das principais Doenças Crónicas (englobando as doenças cardiovasculares, os tumores, doenças respiratórias crónicas e a diabetes). Este enquadramento inclui nove metas globais e 25 indicadores e foi adotado pelos Estados-Membros durante a Assembleia Mundial da Saúde em maio de 2013. As nove metas globais incluem como nú-

mero 1: uma redução relativa de 25% na mortalidade global por doenças cardiovasculares, tumores, diabetes, ou doenças respiratórias crónicas;

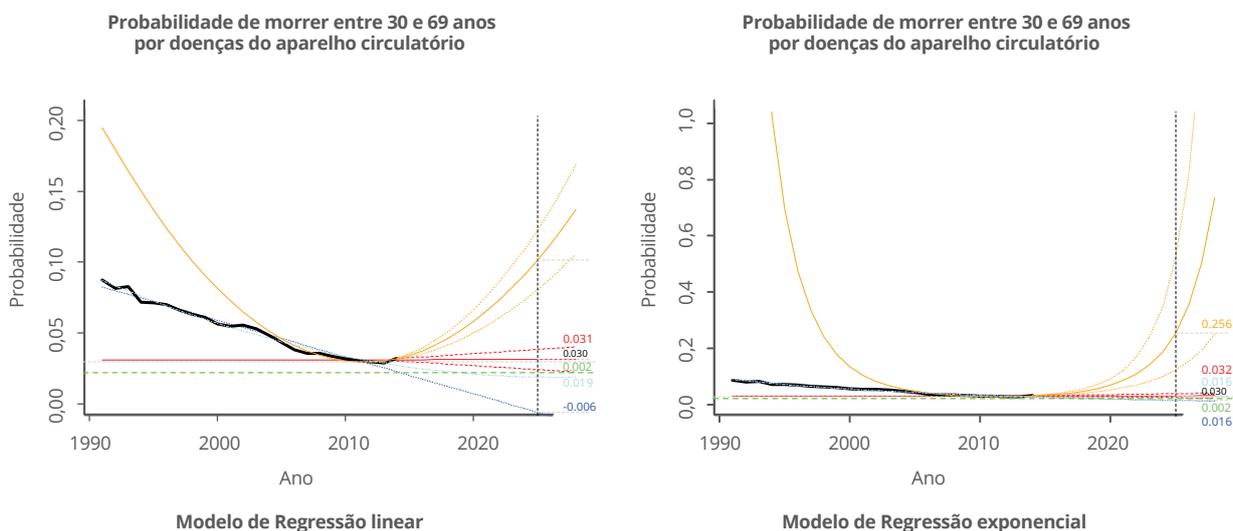
As 9 metas voluntárias globais visam combater a mortalidade global a partir das quatro principais doenças crónicas, acelerando a ação contra os seus principais fatores de risco e fortalecendo as respostas dos sistemas nacionais de saúde.

Portugal foi um dos Estados-Membros que subscreveram estes objetivos voluntários. Assim a uma distância de uma década (pelo menos em termos dos dados disponíveis) faz sentido perspetivar se o estado de saúde dos Portugueses em 2016 permite perspetivar desde já o cumprimento do compromisso assumido.

Foi aqui seguida a metodologia de projeções descrita no documento Portugal Plano Nacional de Saúde em Números, 2015 da DGS. São apresentadas graficamente as projeções (obtidas por dois modelos; regressão linear e regressão exponencial) para cada doença considerada e para o seu conjunto

2.1. DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO

Figura 35. Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças do aparelho circulatório

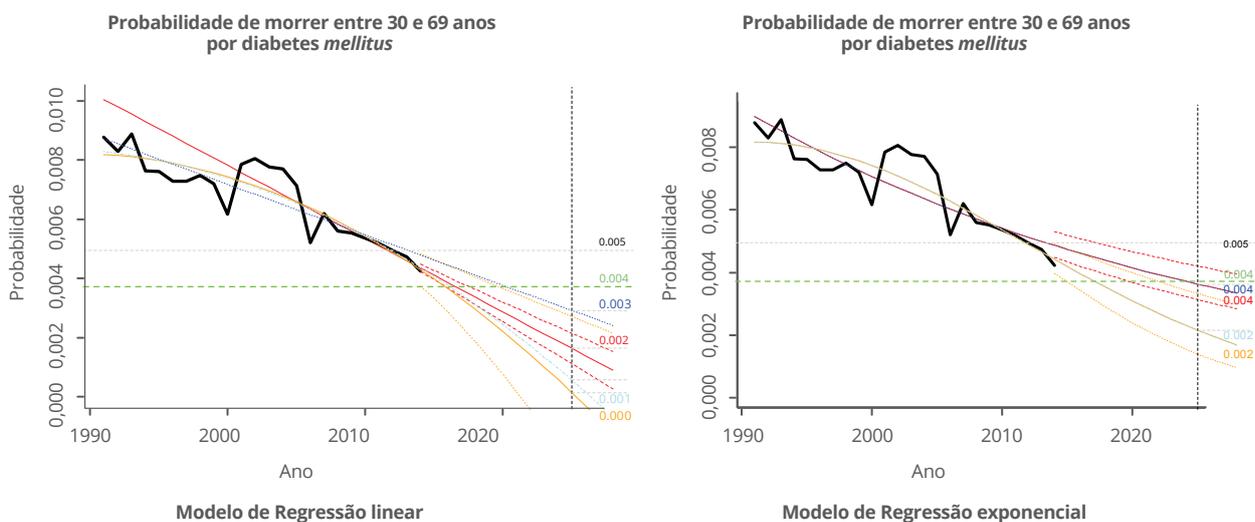


A probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças do aparelho circulatório apresenta uma evolução continuada de decréscimo até 2013 e em 2014 teve um recrudescimento que torna incerta a evolução desta probabilidade. Existe neste momento forte possibilidade de a atual probabilidade de morte se manter no mesmo nível até 2025. O modelo de regressão exponencial mostra-se menos sensível ao valor de 2014 e

indica um cenário em que é plausível a continuação da tendência decrescente desta probabilidade de morte pelas doenças do aparelho circulatório entre os portugueses. No global, não existem neste momento evidências que indiquem que nestas doenças em particular alcançamos a redução de 25% até 2025, embora pareça ser possível ficarmos muito perto dessa marca.

2.2 DIABETES MELLITUS

Figura 36. Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por diabetes *mellitus*

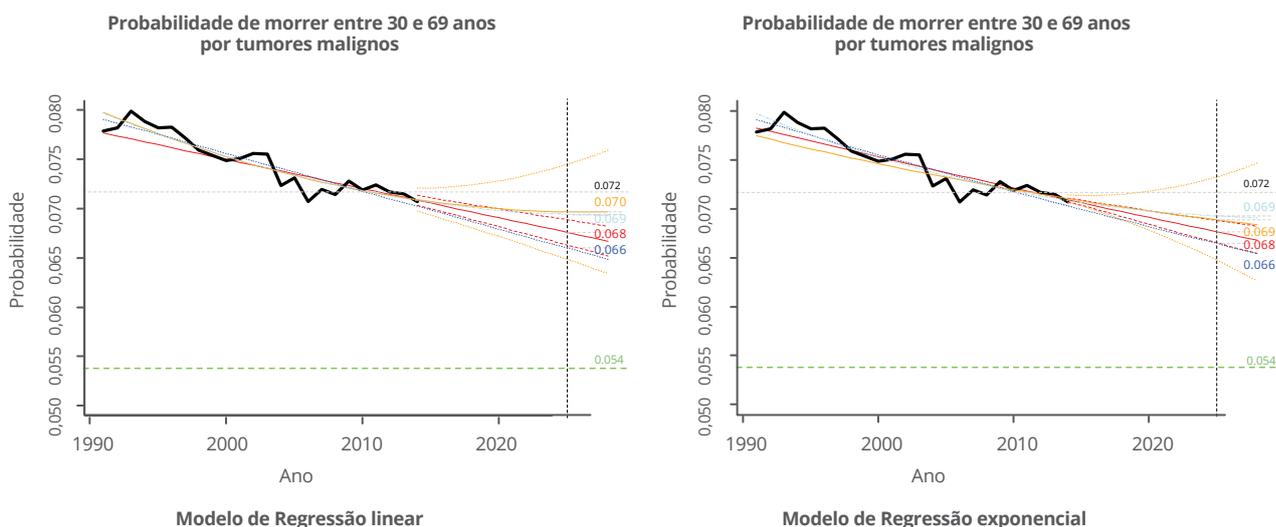


A probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por diabetes *mellitus* em Portugal mostra uma tendência global de decréscimo que se acentuou no valor mais recente em 2014. Com este valor o país situa-se já muito próximo da marca da redução de 25%. O modelo de regressão linear mostra-se muito otimista e o modelo

de regressão exponencial menos (mas aparentemente ainda otimista). Apesar disso, tudo indica neste momento, que a marca de redução de 25% da probabilidade de morte por diabetes *mellitus* em Portugal será alcançada alguns anos antes de 2025.

2.3. TUMORES MALIGNOS

Figura 37. Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por tumores malignos

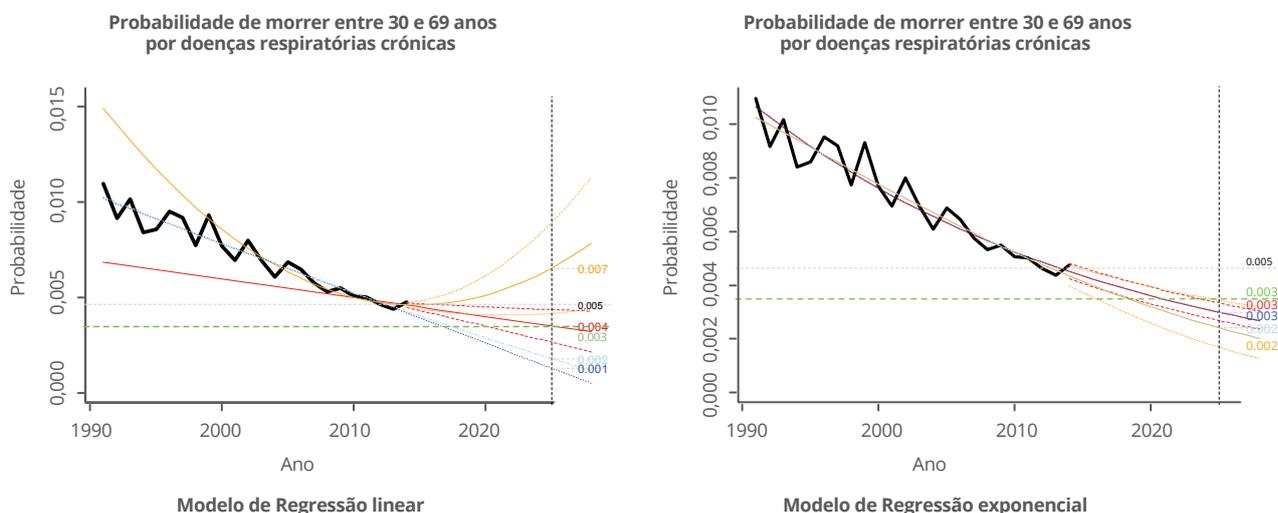


A probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por tumores malignos em Portugal apresenta globalmente uma tendência de decréscimo. Situando-se a probabilidade nos anos mais recente, relativamente estável, próxima dos 7% de toda a mortalidade. Todos os modelos elaborados apontam para que esta probabilidade

de morte se venha a reduzir até 2025. No entanto, neste momento, nas condições atuais, é quase certo que Portugal ficará muito aquém de conseguir a redução de 25% da mortalidade nestes grupos etários por este conjunto de doenças.

2.4. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS

Figura 38. Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças respiratórias crónicas

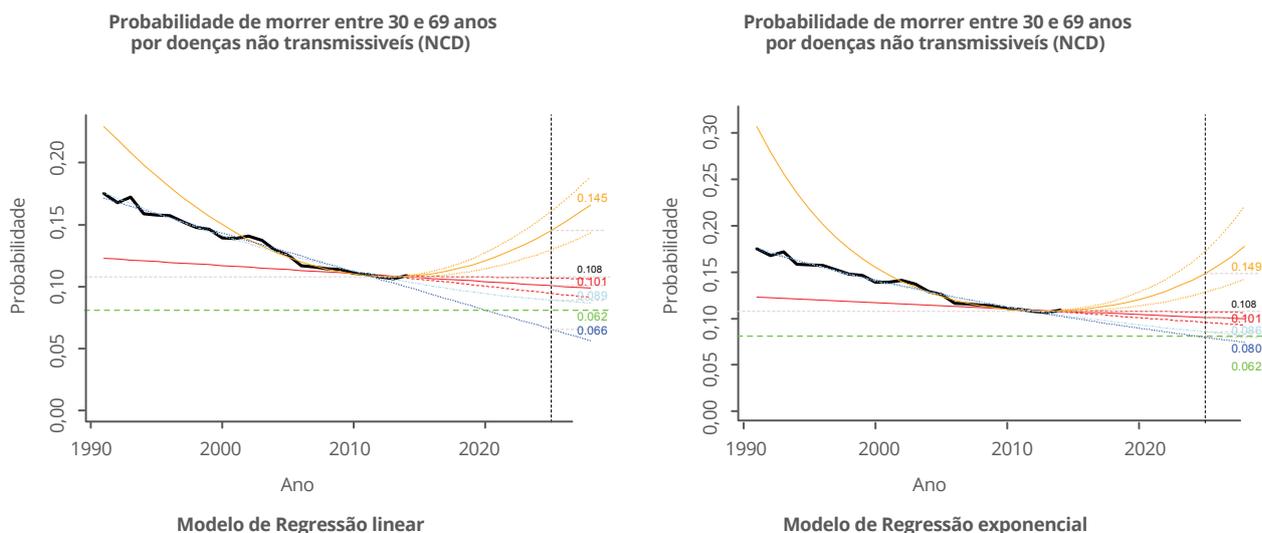


A probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças respiratórias crónicas apresenta uma tendência global de decréscimo, com comportamento cíclico com dimensão de múltiplos anos. É de esperar que o

comportamento cíclico se mantenha, mas os modelos apontam que existe uma probabilidade de cerca de 50% de que o objetivo de redução 25% da morte por estas doenças nestes grupos etários seja alcançado.

2.5. DOENÇAS CRÓNICAS

Figura 39. Projeções lineares e quadráticas da probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por doenças crónicas (NCD) – Doenças do aparelho circulatório + Diabetes *mellitus* + Tumores malignos + Doenças respiratórias crónicas

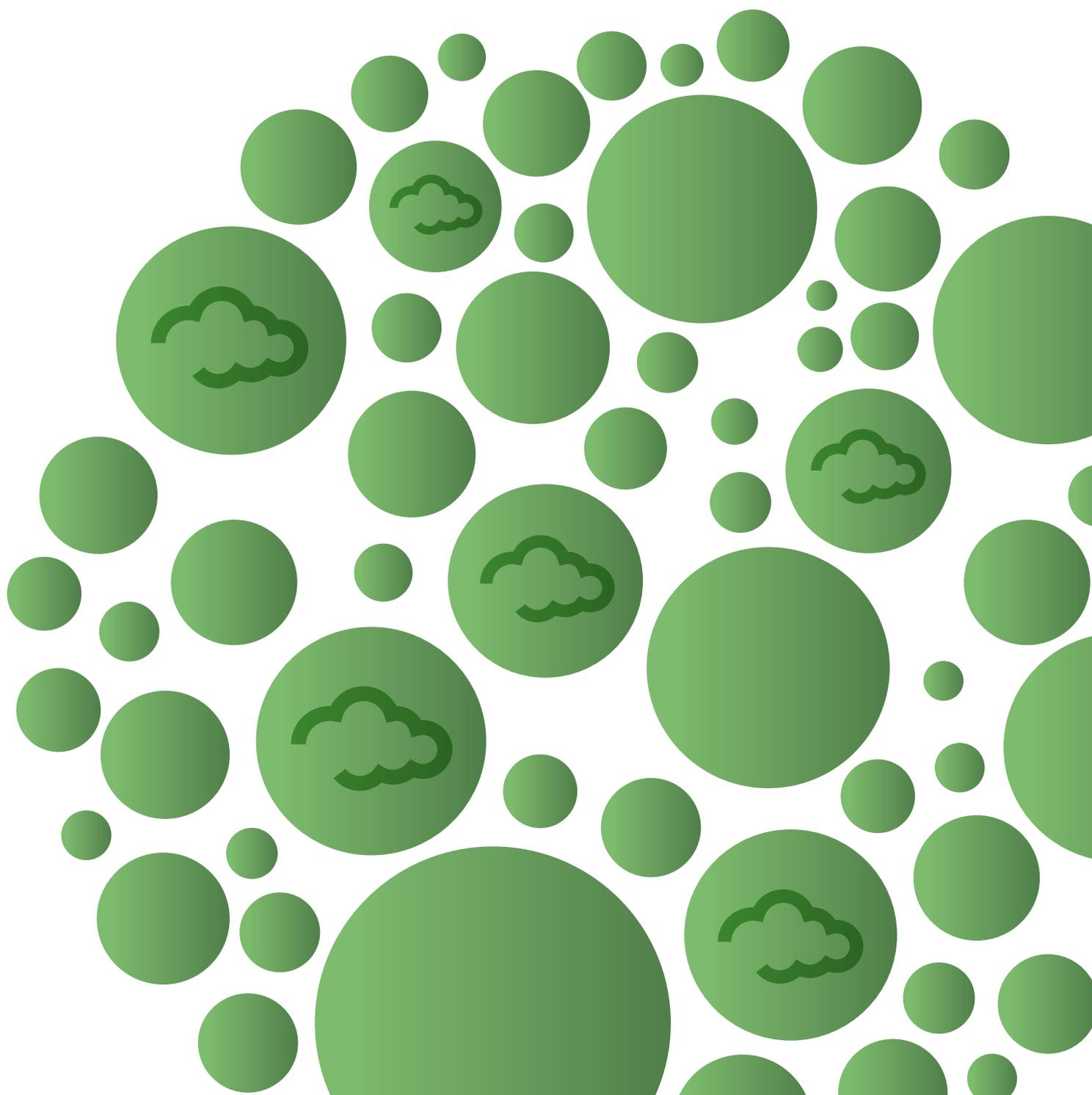


Resta-nos então saber o que se perspetiva naquele que é o indicador final do compromisso nacional, a probabilidade de morrer entre os 30 e os 69 anos por Doenças Crónicas (NCD) – ou seja, no conjunto dos quatro grupos de doenças já descritas. Como se pode observar, este indicador tem uma tendência global de decréscimo, mas menos definida, com mais patamares, um deles definindo a tendência atual. O recrudescimento observado no valor de 2014 reflete o observado nas doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório. Apesar desse facto, todos os modelos apontam uma tendência de decréscimo até 2025. Porém, neste momento, nas condições atuais, tudo indica que

ficaremos aquém do cumprimento do compromisso de redução de 25% das Doenças Crónicas. O modelo de regressão exponencial, não atribui grande importância ao valor mais recente, mantendo a tendência global; nestas condições parecem existir alguma probabilidade de ser possível cumprir o objetivo.

Obviamente, a uma distância de aproximadamente uma década é ainda plenamente possível o alinhamento de estratégias, políticas e sociedade para conseguirmos o cumprimento do compromisso nacional assumido.

PROGRAMA NACIONAL PARA A PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO



Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Fumar é uma das principais causas evitáveis de doenças crónicas, perda de qualidade de vida e mortalidade prematura. Fumar agrava o risco de diabetes, de tuberculose e de cegueira. Fumar reduz a fertilidade e tem graves consequências para a saúde da mulher grávida, do feto e da criança. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem efeitos nocivos imediatos e a longo prazo, não existindo um limiar seguro de exposição¹.

De acordo com estimativas para o ano de 2015, o tabaco contribuiu para a morte de mais de 11 000 pessoas residentes em Portugal, das quais 9 105 homens e 1 994 mulheres, o que corresponde a cerca de 17% do total dos óbitos no sexo masculino e a 4% do total de óbitos no sexo feminino. No mesmo ano, estima-se que o tabaco tenha sido responsável por 5 334 mortes devidas a neoplasias (20% dos óbitos por esta causa), por 2 661 mortes por doenças respiratórias crónicas (45% dos óbitos por esta causa), por 2 176 mortes por doenças cérebro e cardiovasculares (6% dos óbitos por esta causa), por 789 mortes por infeções respiratórias (11% dos óbitos por esta causa) e 82 mortes por diabetes (1% dos óbitos por esta causa).

A prevalência do consumo de tabaco na população portuguesa registou um pequeno decréscimo entre 2005/2006 e 2014 (cerca de 1 p.p.). Registou-se, contudo, um aumento dos fumadores ocasionais em ambos os sexos e dos fumadores diários no sexo feminino.

No que se refere à iniciação do consumo, cerca de 4% dos alunos com 13 anos, a frequentar o ensino público, disseram ter fumado nos últimos 30 dias. Este valor aumenta progressivamente com a idade, atingindo os 32% nos alunos com 18 anos.

Embora a prevenção do consumo nos jovens constitua uma medida indispensável, a promoção da cessação tabágica é a abordagem que permitirá reduzir a mortalidade por doenças associadas ao tabaco nos próximos vinte a trinta anos. Parar de fumar antes da meia-idade oferece os maiores benefícios². Apesar de a prevalência de ex-fumadores ter registado um aumento signifi-

cativo nos últimos anos, há que continuar a incentivar as pessoas fumadoras para que deixem de fumar e a reforçar a oferta de serviços de saúde de apoio à cessação tabágica.

Segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, cerca de 9% da população com mais de 15 anos ainda refere exposição ao fumo ambiental do tabaco.

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT)³ tem como principal referência a Convenção Quadro da OMS para o controlo do tabaco, bem como as estratégias mais efetivas para a sua implementação, designadamente:

- Monitorizar;
- Proteger da exposição ao fumo;
- Oferecer ajuda na cessação tabágica;
- Alertar, informar e educar sobre os riscos;
- Impor a proibição da publicidade, da promoção e do patrocínio;
- Aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco.

Uma abordagem global e intersectorial, apoiada pelas organizações da sociedade civil e pelos cidadãos, que otimize as sinergias entre estas diferentes estratégias, constitui o princípio orientador para a redução da sobrecarga de saúde, social e económica imposta pelo tabaco⁴.

Tendo por base a avaliação dos resultados já alcançados, o PNPCT tem como principais focos de intervenção até 2020:

- A prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes e jovens;
- A promoção da cessação tabágica, com particular enfoque nos fumadores com menos de 40 anos e nas mulheres grávidas;
- A proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- A redução das desigualdades em saúde.

Neste contexto, a monitorização das prevalências do consumo e da exposição ao fumo ambiental do tabaco, da mortalidade atribuível, da perda de anos de vida

¹ US. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: 50 years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

² Prabhat J, Phil D, Peto R. Global effects of smoking, of quitting and of taxing tobacco, New England J Medicine 370 (2014) 60-8.

³ DGS. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. 2012-2016.

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs — 2014. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

saudável e das diferenças regionais no acesso a medidas de prevenção e tratamento, é uma componente essencial para a avaliação do trabalho já realizado e o delineamento das medidas a empreender no futuro.

2. MORTALIDADE ATRIBUÍVEL AO TABACO

De acordo com as estimativas efetuadas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation*, da Universidade de Washington, em 2015, o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental foram responsáveis pela morte de 11 099 pessoas residentes em Portugal, correspondendo a 10,7% do total de óbitos. No sexo masculino, a mortalidade atribuível atingiu os 16,8%, conforme se observa no Quadro 1.

Segundo a mesma fonte, o consumo de tabaco e a exposição ao fumo ambiental contribuíram, de modo significativo, para a mortalidade observada em 2015, designadamente por neoplasias (19,6% do total de óbitos por esta causa), doenças respiratórias crónicas (44,5% do total de óbitos por esta causa), infeções respiratórias (11,2% do total de óbitos por esta causa), doenças cérebro-cardiovasculares (6,2% do total de óbitos por esta causa) e diabetes (2,2% do total de óbitos por esta causa). No sexo masculino, a principal causa de morte atribuível ao tabaco foram as neoplasias; no sexo feminino, as doenças respiratórias crónicas, conforme se pode verificar no Quadro 2.

Quadro PNPCT 1. Estimativas do número e proporção (%) de óbitos atribuíveis ao tabaco (fumar e exposição ao fumo ambiental), por sexo, Portugal, 2015

	Ambos os sexos		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Fumo do tabaco	11 099	10,7	9 105	16,8	1 994	4,0
Fumar	10 706	10,3	9 009	16,6	1 697	3,4
Fumo ambiental	436	0,4	119	0,2	317	0,6

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME. University of Washington, 2016. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (consultado em 25 novembro 2016)

Quadro PNPCT 2. Estimativas do número e proporção (%) de óbitos atribuíveis ao tabaco (fumar e exposição ao fumo ambiental), por sexo e principais causas de morte, Portugal, 2015

	Ambos os sexos		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Neoplasias	5 334	19,6	4 793	29,1	541	5,0
Doenças respiratórias crónicas	2 661	44,5	1 941	58,5	720	27,1
Infeções respiratórias	789	11,2	609	16,8	180	5,2
Doenças cérebro-cardiovasculares	2 176	6,2	1 635	10,1	541	2,9
Diabetes	82	2,2	78	4,6	4	0,2

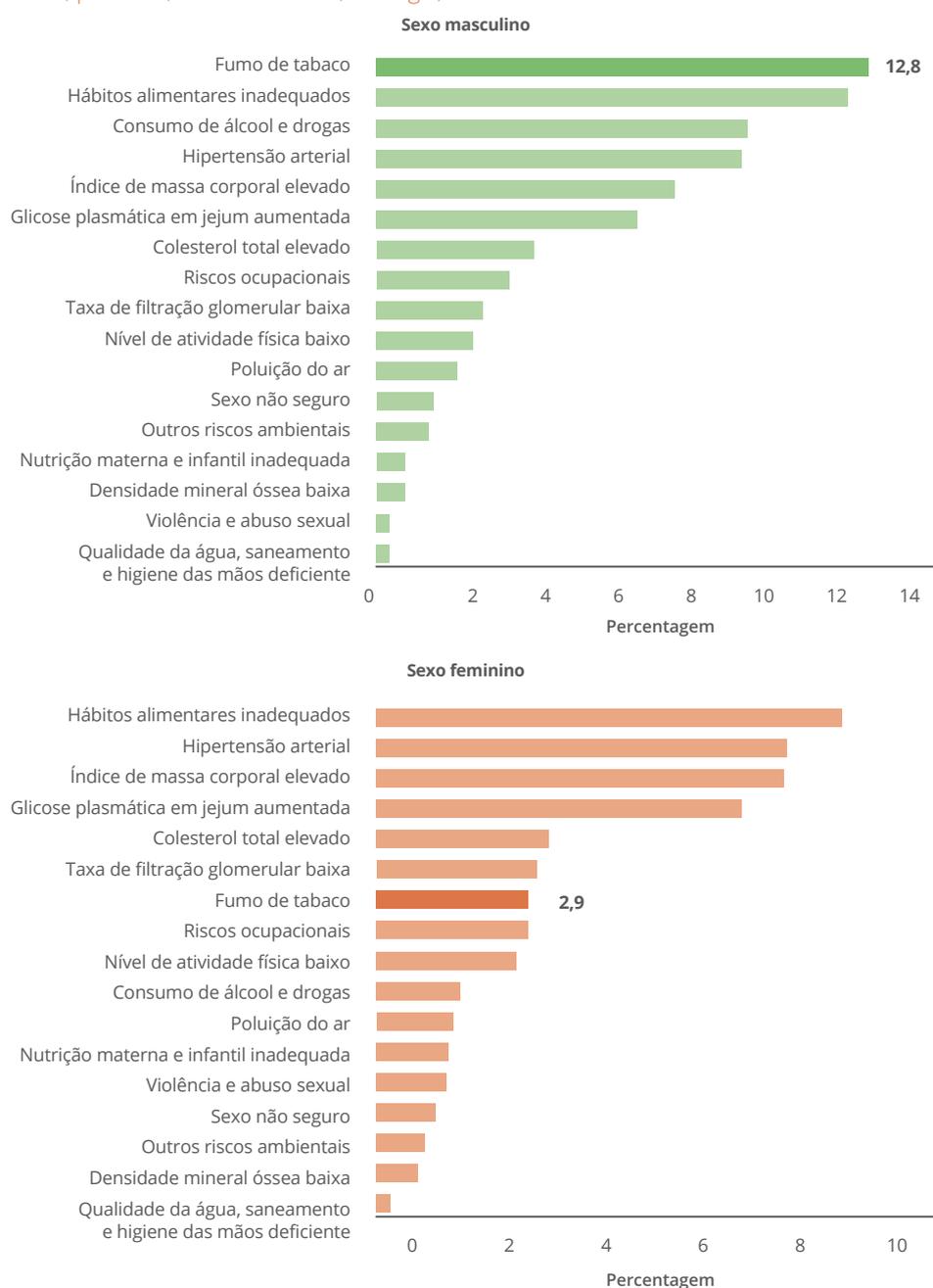
Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare Data Visualization. Seattle, WA: IHME. University of Washington, 2016. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> (consultado em 25 novembro 2016)

3. PERDA DE ANOS DE VIDA SAUDÁVEL ATRIBUÍVEL AO TABACO

Fumar retira anos de vida saudável. Em ambos os sexos, em 2015, o consumo de tabaco, em Portugal foi responsável por 7,3% do total de anos de vida prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade, expressos em DALY; 12,8% no sexo masculino e 2,9% no

sexo feminino. No sexo masculino, de entre um conjunto de fatores de risco, fumar é a primeira causa de perda de anos de vida saudável, expressos em DALY. No sexo feminino, constitui a sétima causa, a seguir aos riscos alimentares, à hipertensão arterial, ao índice de massa corporal elevado, à hiperglicemia, ao colesterol elevado e à insuficiência renal, conforme se observa na Figura 1.

Figura PNPCT 1. Estimativas da carga global da doença atribuível a fatores de risco, expressa em % do total de DALY, por sexo, todas as idades, Portugal, 2015



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2015. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2016. Disponível em <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (acedido em 23/12/2016)

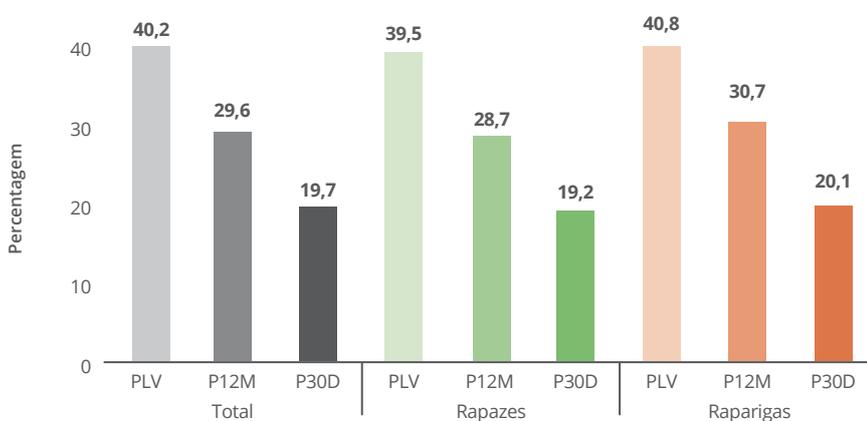
4. CONSUMO E EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO EM PORTUGAL

Tendo por base os dados recolhidos no âmbito do Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015, do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), verifica-se que cerca de 40% dos alunos a frequentar o ensino público, entre os 13 e os 18 anos de idade, disseram já ter fumado.

Cerca de 20% referiram ter fumado, pelo menos uma vez, nos 30 dias anteriores ao estudo, conforme se observa na Figura 2.

Entre os 13 e os 18 anos, a prevalência do consumo de tabaco, nos últimos 30 dias, nos alunos do ensino público, registou um progressivo aumento – de 4% para 32% –, em ambos os sexos, conforme se observa na Figura 3. As diferenças entre sexos não são estatisticamente significativas.

Figura PNPCT 2. Prevalência (%) de consumo de tabaco, em alunos do ensino público entre os 13 e os 18 anos de idade, por sexo, Portugal Continental, 2015



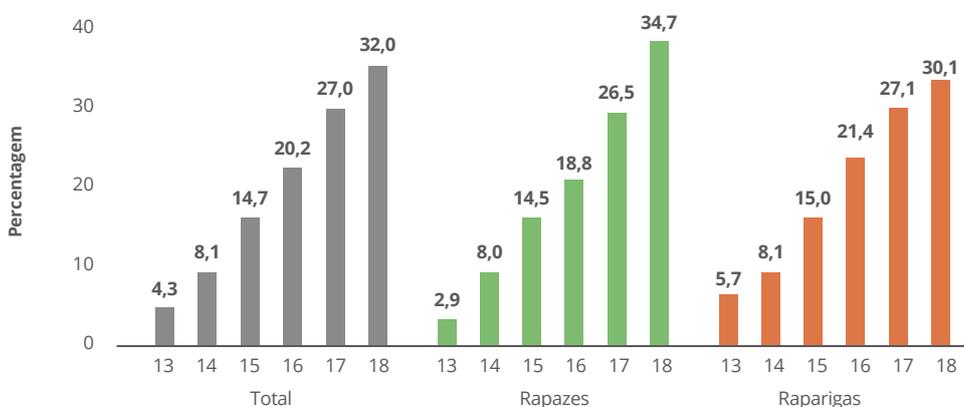
PLV: consumiu pelo menos uma vez ao longo da vida (experimentação);

P12M: consumiu pelo menos uma vez nos 12 meses antes da recolha de dados (consumo recente);

P30D: consumiu pelo menos uma vez nos 30 dias antes da recolha de dados (consumo atual).

Fonte: Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015), Fernanda Feijão, SICAD, 2016

Figura PNPCT 3. Prevalência (%) de consumo de tabaco nos últimos 30 dias em alunos do ensino público entre os 13 e os 18 anos de idade, por sexo e idade, Portugal, 2015

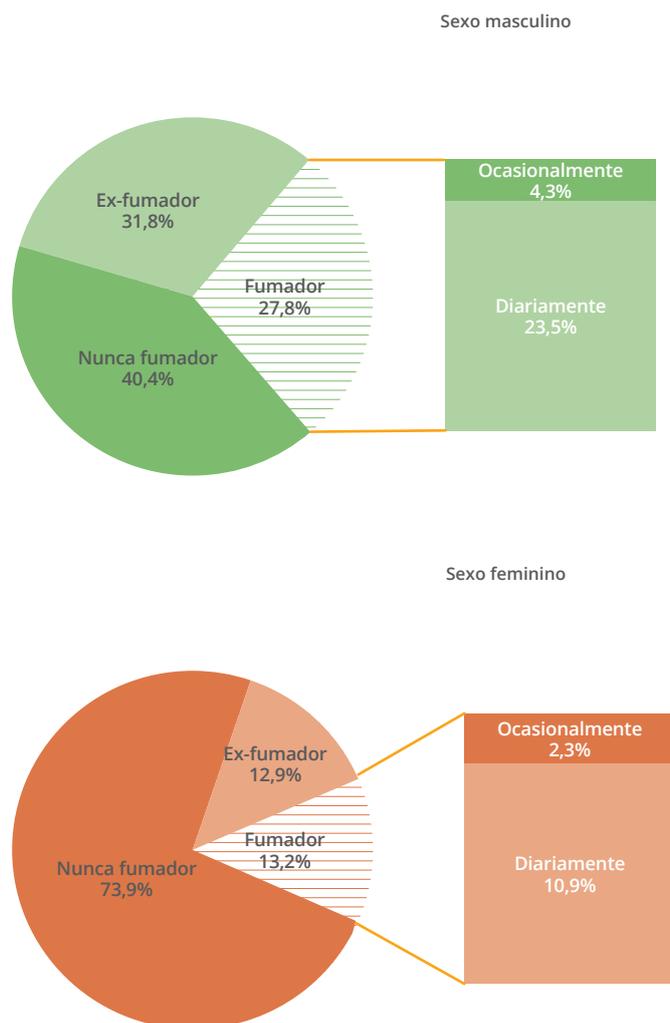


Fonte: Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015), Fernanda Feijão, SICAD, 2016

De acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, estima-se que existam em Portugal 1,8 milhões de pessoas fumadoras com 15 ou mais anos de idade e 1,5 milhões de fumadores diários (83% dos fumadores).

A prevalência de fumadores, na população com 15 ou mais anos, residente em Portugal, é de 20,0%; 27,8% no sexo masculino e 13,2% no sexo feminino. A prevalência de fumadores diários é de 16,8% - 23,5% do sexo masculino e 10,9% do sexo feminino -, conforme se observa na Figura 4.

Figura PNPCT 4. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos por condição perante o consumo de tabaco, por sexo, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA. Inquérito Nacional de Saúde 2014

No que se refere à prevalência de fumadores por nível de escolaridade e condição perante o trabalho, mais de um quarto dos fumadores com 15 ou mais anos de idade referiram possuir o ensino secundário e mais de um terço estavam, à data, desempregados. As prevalências de ex-fumadores mais elevadas registaram-se no grupo de pessoas com nível de escolaridade superior e nas pessoas reformadas, conforme se verifica no Quadro 3.

Quanto ao consumo de tabaco na população com 15 e mais anos, por regiões do país, de acordo com os da-

dos do Inquérito Nacional de Saúde 2014, as prevalências de fumadores mais elevadas, em ambos os sexos, foram observadas na Região Autónoma dos Açores e na Região do Algarve; no sexo masculino, na Região Autónoma dos Açores, na Região Autónoma da Madeira e no Alentejo; no sexo feminino, na Região do Algarve, na Área Metropolitana de Lisboa e na Região Autónoma dos Açores, como se observa nos Quadros 4, 5 e 6. De notar, contudo, que as prevalências apresentadas nos quadros seguintes não se encontram padronizadas para a idade, o que limita a possibilidade de comparação entre regiões.

Quadro PNPCT 3. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos por nível de escolaridade, condição perante o trabalho e condição perante o consumo de tabaco, Portugal, 2014

	Não fumador	Nunca fumador	Ex-fumador	Fumador	Fumador ocasional	Fumador diário
Total	79,9	58,2	21,7	20,0	3,2	16,8
Nível de escolaridade						
Nenhum	93,8	82,2	11,6	6,2	x	5,5
Básico	79,6	57,1	22,5	20,3	2,5	17,9
Secundário	74,0	51,9	22,2	26,0	5,7	20,2
Superior	80,3	55,9	24,4	19,7	4,1	15,5
Condição perante o trabalho						
Empregado	74,5	51,6	23,0	25,4	4,0	21,4
Desempregado	64,1	46,5	17,6	35,9	5,0	30,9
Reformado	93,0	65,5	27,5	7,0	x	6,1
Outro inativo	87,9	75,3	12,5	12,1	3,2	8,9

X: Valor não disponível

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Quadro PNPCT 4. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos por local de residência e condição perante o consumo de tabaco, Portugal, 2014

	Não fumador	Nunca fumador	Ex-fumador	Fumador	Fumador ocasional	Fumador diário
Portugal	79,9	58,2	21,7	20,0	3,2	16,8
Continente	80,1	58,2	21,9	19,9	3,2	16,7
Norte	81,2	59,7	21,5	18,7	3,4	15,3
Centro	82,0	62,0	20,0	17,9	3,0	15,0
A. M. de Lisboa	78,1	54,4	23,8	21,8	3,1	18,7
Alentejo	78,7	57,0	21,7	21,3	3,0	18,3
Algarve	75,4	52,2	23,2	24,4	3,7	20,7
R. Autónoma dos Açores	72,8	53,8	19,0	27,1	3,8	23,3
R. Autónoma da Madeira	79,2	60,3	18,9	20,7	4,4	16,3

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Quadro PNPCT 5. Proporção (%) da população residente masculina com 15 ou mais anos por local de residência e condição perante o consumo de tabaco, Portugal, 2014

	Não fumador	Nunca fumador	Ex-fumador	Fumador	Fumador ocasional	Fumador diário
Portugal	72,2	40,3	31,8	27,8	4,3	23,5
Continente	72,6	40,5	32,0	27,4	4,2	23,2
Norte	72,5	39,9	32,7	27,4	5,1	22,3
Centro	74,2	43,7	30,4	25,8	x	22,2
A. M. de Lisboa	72,6	40,4	32,1	27,4	x	23,7
Alentejo	69,5	36,4	33,1	30,5	x	26,9
Algarve	69,6	36,6	33,1	30,0	4,1	25,9
R. Autónoma dos Açores	60,4	33,7	26,7	39,4	4,7	34,7
R. Autónoma da Madeira	68,2	40,4	27,9	31,5	6,2	25,4

X: Valor não disponível.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Quadro PNPCT 6. Proporção (%) da população residente feminina com 15 ou mais anos por local de residência e condição perante o consumo de tabaco, Portugal, 2014

	Não fumador	Nunca fumador	Ex-fumador	Fumador	Fumador ocasional	Fumador diário
Portugal	86,7	73,9	12,9	13,2	2,3	10,9
Continente	86,7	73,8	12,9	13,2	2,3	10,9
Norte	88,9	77,3	11,7	11,1	x	9,1
Centro	89,0	78,1	10,8	11,0	x	8,6
A. M. de Lisboa	82,9	66,3	16,6	17,0	x	14,5
Alentejo	87,1	75,8	11,2	12,9	x	10,5
Algarve	80,7	66,4	14,3	19,3	x	16,0
R. Autónoma dos Açores	84,5	72,8	11,8	15,5	2,9	12,5
R. Autónoma da Madeira	88,5	77,2	11,3	11,5	x	8,6

X: Valor não disponível.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

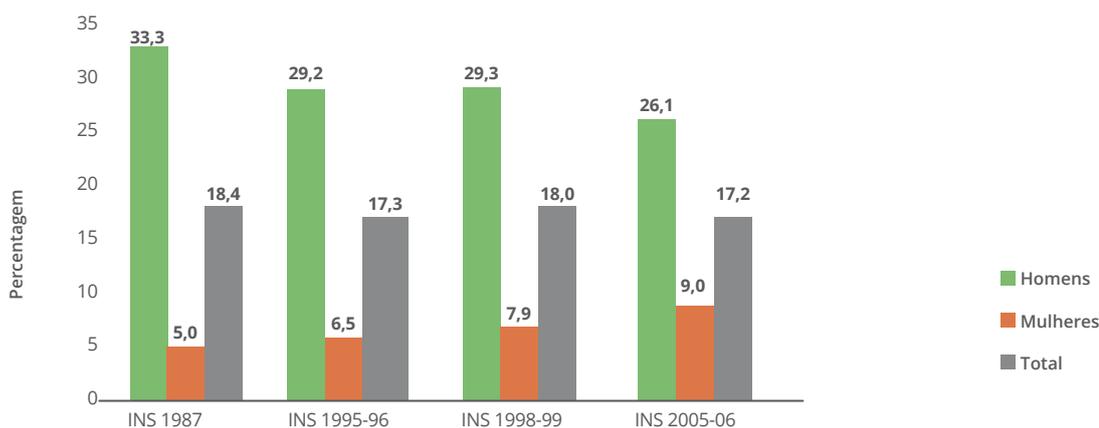
5. EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM PORTUGAL

Na população com 15 ou mais anos residente em Portugal, tendo por base os Inquéritos Nacionais de Saúde 2005/2006 e 2014, verificou-se uma redução da prevalência do total de fumadores, de cerca de 1p.p. (de 20,9% para 20,0%), e dos fumadores diários, de quase 2p.p. (de 18,7% para 16,8%). Registou-se, contudo, um aumento dos fumadores ocasionais em ambos os sexos (1 p.p.) e um ligeiro aumento dos fumadores diários no sexo feminino (0,3 p.p.). No mesmo período, a percentagem de ex-fumadores aumentou quase 6 p.p. (de 16,1% para 21,7%).

A prevalência de nunca fumadores diminuiu em ambos os sexos, de 43,1% para 40,3% nos homens e de 81,3% para 73,9% nas mulheres. A diminuição, na percentagem de pessoas de ambos os sexos que nunca fumaram, de quase 5 p.p. (de 62,9% para 58,2%), traduz um aumento na experimentação.

De acordo com os dados amostrais não ponderados dos Inquéritos Nacionais de Saúde, realizados entre 1987 e 2005-2006, assistiu-se, em Portugal Continental, a uma evolução decrescente dos fumadores diários com 15 ou mais anos de idade do sexo masculino e a uma evolução crescente no sexo feminino (Figura 5a). Comparando os dados ponderados dos Inquéritos Nacionais de Saúde 2005-2006 e 2014, verifica-se uma diminuição de 4 p.p. nos homens e um ligeiro aumento de 0,3 p.p. nas mulheres (Figura 5b).

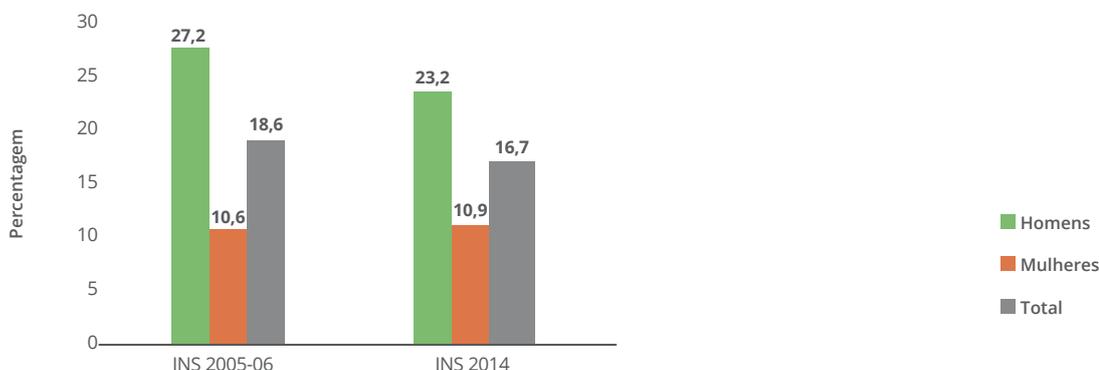
Figura PNPCT 5a. Proporção (%) de fumadores diários entre os inquiridos com 15 e mais anos de idade que responderam aos Inquéritos Nacionais de Saúde realizados em Portugal Continental, por sexo, 1987, 1995/96, 1998/99 e 2005/06



Nota: % não ponderadas para a população.

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Inquéritos Nacionais de Saúde 1987, 1995/96 e 1998/99; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Nacional de Saúde 2005/06; Apêndice 1; 1.1, página 107, in DGS, Infotabac Relatório 2011, página 34

Figura PNPCT 5b. Proporção (%) da população com 15 e mais anos de idade que fuma diariamente (prevalência ponderada), por sexo, Portugal Continental, 2005/06 e 2014



Nota: % ponderadas para a população.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2005/06 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

6. EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde 2014, 8,6% da população com 15 ou mais anos referiu estar exposta diariamente ao fumo ambiental do tabaco. Cerca de 5% estava exposta uma ou mais horas por dia. Os homens apresentaram uma prevalência de exposição ligeiramente superior à das mulheres, conforme se confirma no Quadro 7.

Como principal local de exposição ao fumo, cerca de 38,3% dos inquiridos identificaram os locais de lazer, 31,0% a casa e 20,5% o seu local de trabalho. Nos homens, o principal local de exposição foram os locais de lazer (50,1%) e, nas mulheres, a casa (46,2%), conforme se observa no Quadro 8.

Quadro PNPCT 7. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo e frequência de exposição ao fumo passivo, Portugal, 2014

	Frequência de exposição ao fumo passivo		
	Nunca ou ocasionalmente	Menos de 1 hora por dia	1 hora ou mais por dia
Total	91,4	3,7	4,9
Homens	90,1	3,9	5,9
Mulheres	92,5	3,5	4,0

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Quadro PNPCT 8. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos com exposição diária ao fumo passivo, por sexo e principal local de exposição, Portugal, 2014

	Principal local de exposição ao fumo passivo			
	Em casa	No local de trabalho	Em locais de lazer	Noutros locais
Total	31,0	20,5	38,3	10,1
Homens	17,9	20,2	50,1	11,7
Mulheres	46,2	20,8	24,7	x

X: Valor não disponível.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

8. CESSAÇÃO TABÁGICA

O número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica registou um decréscimo entre 2009 e 2013. Em 2015, observou-se um aumento do número destes locais de consulta, nas Administrações Regionais de Saúde do Norte, do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, como se observa no Quadro 9.

Em 2015, registou-se um aumento do número de utentes atendidos em primeiras consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, em particular nas Administrações Regionais de Saúde do Norte, de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. No mesmo ano, houve um aumento do número total de consultas realizadas, como se pode observar nos Quadros 10 e 11.

Quadro PNPCT 9. Número de locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica, por ARS, Portugal Continental, 2009 a 2015

Locais de consulta de apoio intensivo à cessação tabágica							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015
Norte	85	57	45	32	33	38	41
Centro	63	53	55	50	35	32	36
LVT	47	40	40	33	37	41	51
Alentejo	16	21	13	9	7	6	4
Algarve	12	10	8	3	6	13	12
Total	223	181	161	127	118	130	144

* Locais de consulta com produção referida.

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve, 2016

Quadro PNPCT 10. Total de utentes atendidos em primeiras consultas de apoio intensivo à cessação tabágica, por ARS, Portugal Continental, 2009 a 2015

N.º de primeiras consultas de apoio intensivo à cessação tabágica							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	3 048	x	1 137	1 992	1 331	1 779	2 002
Centro	419	1 623	1 213	1 554	475*	1 633**	741***
LVT	3 600	2 924	3 194	3 067	3 209	3 552	4 335
Alentejo	198	x	x	219	158	201	186
Algarve	483	370	234	127	287	336	467
Total	7 748	4 917	5 778	6 959	5 460	7 501	7 731

* Apenas dados dos CH/HH

**Dados de 20 consultas (total 32)

***Falta informação ACES

X: Valor não disponível.

Nota: O n.º total de fumadores corresponde ao número de fumadores que iniciaram consulta de cessação tabágica em estabelecimentos de saúde do SNS no Continente

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve, 2016

Relativamente à dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica nas farmácias, entre 2010 e 2015, o bupropiom e os substitutos de nicotina foram os medicamentos mais dispensados (Figura 6). Dado que o bupropiom pode ter indicação terapêutica no tratamento

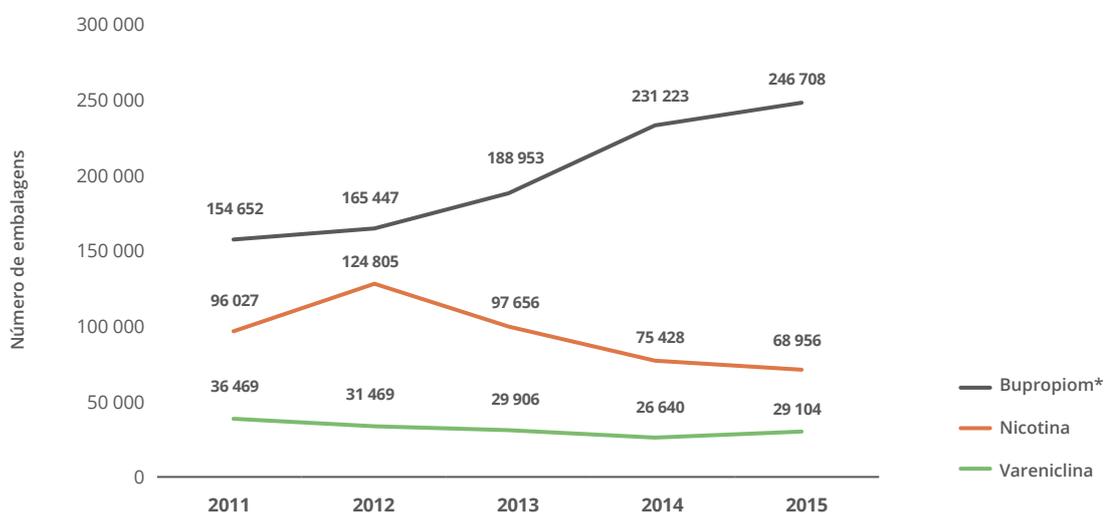
de situações de depressão, associadas ou não ao consumo de tabaco, não é possível conhecer, com rigor, qual o número de embalagens deste fármaco utilizadas para efeitos de apoio à cessação tabágica.

Quadro PNPCT 11. Total de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas, por ARS, Portugal Continental, 2009 a 2015

Número de consultas de apoio intensivo à cessação tabágica efetuadas							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	9 278	2 458	4 589	5 038	5 011	6 165	6 613
Centro	2 400	4 651	3 728	4 403	4 315	5 904	4 590
LVT	11 524	10 389	10 919	10 445	11 524	12 462	14 732
Alentejo	1 330	1 208	848	661	505	529	508
Algarve	1 233	914	583	351	1 003	948	1 320
Total	25 765	19 620	20 667	20 898	22 358	26 008	27 763

Fonte: Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Alentejo e Algarve, 2016

Figura PNPCT 6. Dispensa de medicamentos de apoio à cessação tabágica nas farmácias (n.º de embalagens), Portugal Continental, 2011 a 2015

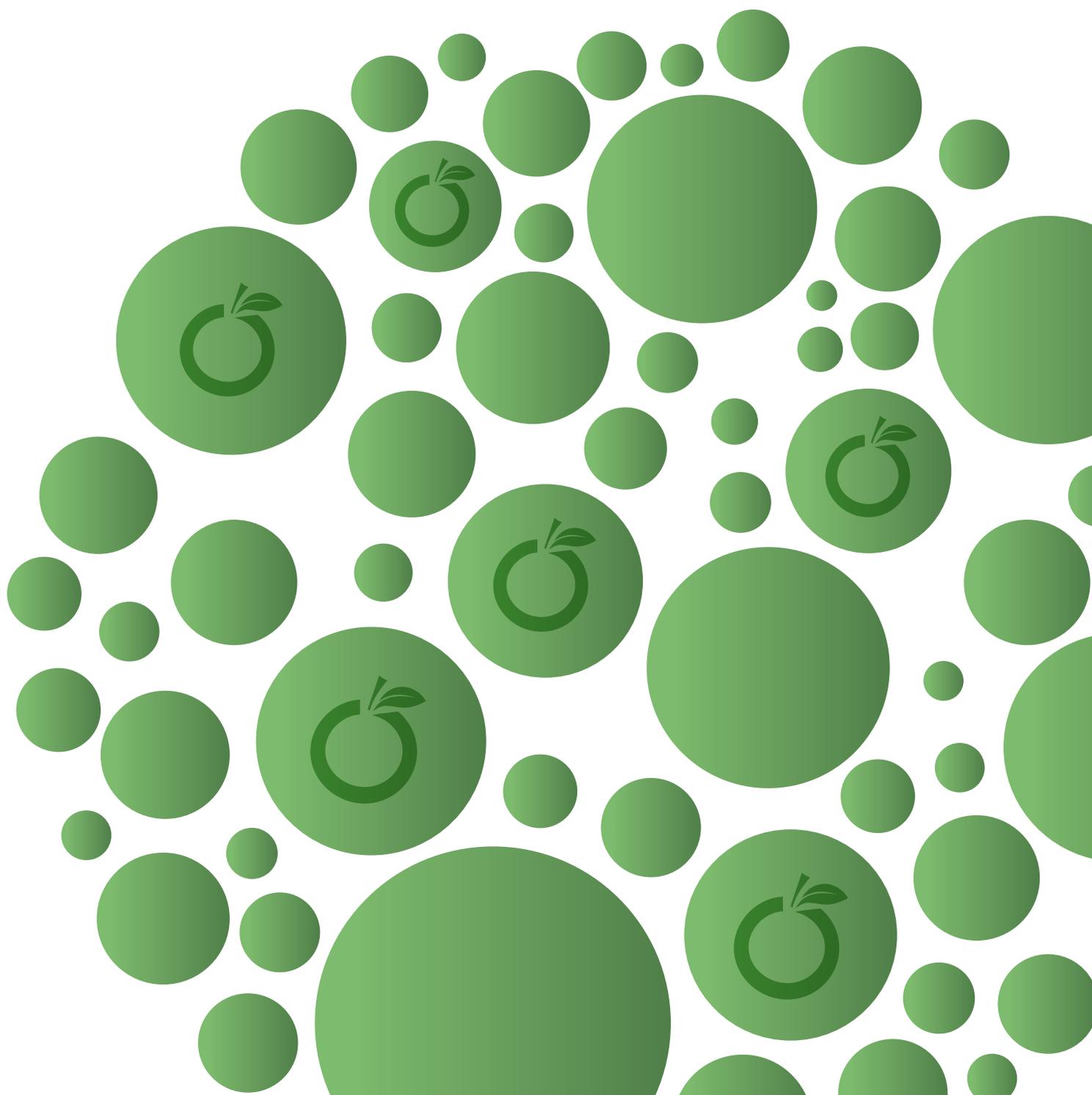


* O bupropiom é usado no tratamento de situações de depressão, não necessariamente relacionadas com a cessação tabágica.

Nota: Os dados são fornecidos pela IMS Health e referem-se aos medicamentos colocados nas farmácias pelos grossistas / armazenistas em Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao meio hospitalar.

Fonte: INFARMED (via IMS Health). 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA A
PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL



Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

1. DISPONIBILIDADE ALIMENTAR

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal continua a não ser autossuficiente em cereais, açúcar e leguminosas secas. Em 2015 registou-se um aumento no autoaproveitamento de certos produtos

alimentares, como os frutos secos, mel, raízes e tubérculos (+5%, +11,1% e +5% face a 2014). Ao contrário da tendência decrescente do autoaproveitamento da carne e miudezas comestíveis em 2014, verifica-se uma ligeira subida (+2,9%) em 2015.

Quadro PNPAS 1. Grau de autoaproveitamento (%) de produtos alimentares (balanços de mercado) por tipo de produto alimentar, Portugal, 2009/2010 a 2014/2015

Tipo de produto alimentar (ano campanha)	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Cereais	21,4	18,8	21,5	22,1	25,5	26,8
Arroz semi-branqueado e branqueado	92,8	98,3	95,2	95,2	97,0	95,2
Raízes e tubérculos (batata)	46,3	39,4	41,4	44,7	48,9	53,9
Açúcares	1,1	1,3	1,6	1,1	1,2	1,2
Leguminosas secas	10,9	12,7	10,4	11,5	11,5	20,8
Mel	100,0	116,7	100,0	100,0	100,0	111,1
Frutos (maçã, pêra, pêssego, uva de mesa e laranja)	90,2	87,6	103,8	90,8	110,7	114,7
Frutos (frescos, secos, secados e citrinos)	67,8	63,4	74,8	67,4	80,8	85,8

Ano civil	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Carne e miudezas comestíveis	71,1	73,0	76,0	74,1	72,2	75,1
Ovos	100,0	107,0	103,4	107,7	114,8	108,2
Leite e derivados do leite	89,7	91,7	93,8	94,4	97,2	96,8
Gorduras e óleos vegetais brutos	15,7	16,1	14,2	20,2	17,7	x

x: não disponível.

Fonte: INE, 2016

Em relação aos géneros alimentícios disponíveis para consumo humano, a disponibilidade de carne e ovos aumentou em 2014/2015, face a 2013/2014. Entre 2014 e 2015, o grupo do leite e derivados sofreu uma diminuição de 7% na sua disponibilidade, verificando-se a tendência decrescente de anos anteriores. De registar, a redução consecutiva da disponibilidade do leite e seus derivados desde 2009 e a baixa e estável disponibilidade de leguminosas ao longo dos últimos 6 anos, apesar da divulgação regular das suas vantagens nutricionais e fornecimento de proteína a baixo custo.

Entre 2013/2014 e 2014/2015 verificou-se um decréscimo de 3,9% no “consumo humano” de frutos frescos, demonstrando que apesar das recomendações, o consumo de frutos frescos sofreu uma diminuição. O mesmo acontece no caso dos citrinos, com um decréscimo de 2,1%. Relativamente ao consumo de leite, verifica-se a tendência decrescente no seu consumo, com um decréscimo de 7,7% entre 2014 e 2015. Ligeiro aumento no consumo de manteiga (+0,2%) e queijo (+0,8%).

Quadro PNPAS 2. Disponibilidade de produtos alimentares para consumo humano *per capita* (Kg/hab.) por tipo de produto alimentar, Portugal, 2009/2010 a 2014/2015

Tipo de produto alimentar (ano campanha)	2009/2010	2010/2011	2011/2012	2012/2013	2013/2014	2014/2015
Arroz semi-branqueado e branqueado	15,5	16,3	15,5	15,6	15,9	16,0
Raízes e tubérculos (batata)	90,2	87,0	84,4	89,8	90,3	91,2
Leguminosas secas	4,0	3,8	3,4	3,6	4,0	4,0
Grão seco	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Feijão seco	3,1	2,9	2,5	2,7	3,1	3,1
Cereais	132,8	131,2	130,7	129,0	129,0	128,5
Açúcares	34,3	34,6	34,1	33,0	30,2	30,4
Frutos (frescos, secos, secados e citrinos)	117,8	114,6	111,5	102,8	105,1	104,5
Mel	0,7	0,6	0,8	0,7	0,9	0,9

Ano civil	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Carne e miudezas comestíveis	113,5	110,4	105,9	105,5	108,2	111,2
Ovos	9,4	8,3	8,5	8,6	8,5	10,0
Leite e derivados do leite	131,6	129,3	126,5	124,2	122,1	115,1
Óleos e gorduras	22,0	22,2	22,0	22,4	22,2	x

x: não disponível.
Fonte: INE, 2016

Quadro PNPAS 3. Disponibilidade de frutos para consumo humano *per capita* (kg/ hab.) por espécie frutícola, Portugal, 2009/2010 a 2014/2015

Espécie frutícola	2009 / 2010	2010 / 2011	2011 / 2012	2012 / 2013	2013 / 2014	2014/2015
Frutos frescos	83,0	77,7	77,7	69,5	75,7	71,8
Frutos secos	5,6	5,4	4,7	3,7	4,1	3,9
Frutos secados	0,9	0,8	0,8	0,8	0,7	0,8
Citrinos	28,3	30,7	28,3	28,8	30,1	28,0
Total de frutos	117,8	114,6	111,5	102,8	105,1	104,5

Fonte: INE, 2016

Em relação ao “consumo humano” de carne verificam-se ligeiros aumentos na carne de animais de capoeira, miudezas e suínos (+1,2%, +0,6% e +1,1% face a 2014).

No total de carne e miudezas verifica-se na totalidade um ligeiro aumento de 3% face a 2014.

Quadro PNPAS 4. Disponibilidade de leite e derivados para consumo humano *per capita* (kg/hab.) por tipo de leites e produtos lácteos, Portugal, 2010 a 2015

Tipo de leites e produtos lácteos	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Leite	84,0	83,0	82,7	80,2	78,7	71,0
Leites acidificados (incluindo iogurtes)	21,8	23,2	22,2	22,5	21,4	21,5
Bebidas à base de leite	7,6	7,6	6,8	6,2	6,2	6,2
Outros produtos lácteos frescos, incluindo a nata	2,0	1,4	1,2	1,5	1,1	1,2
Leite em pó	1,6	1,7	1,7	1,7	1,9	1,4
Manteiga	1,7	1,9	1,6	1,7	1,8	2,0
Queijo	12,9	10,5	10,3	10,4	11,0	11,8
Total de leite e derivados	131,6	129,3	126,5	124,2	122,1	115,1

Fonte: INE, 2016

Quadro PNPAS 5. Disponibilidade de carne para consumo humano *per capita* (kg/hab.) por tipo de carne, Portugal, 2010 a 2015

Tipo de carne	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Carne de bovinos	19,2	18,1	16,8	16,9	17,6	17,9
Carne de suínos	46,4	45,7	43,3	43,0	43,6	44,7
Carne de ovinos e caprinos	2,6	2,6	2,4	2,4	2,4	2,2
Carne de animais de capoeira	36,2	35,5	35,7	36,4	37,8	39,0
Outras carnes	3,0	2,6	2,5	1,9	2,2	2,2
Miudezas	6,1	5,9	5,2	4,9	4,6	5,2
Total de carnes e miudezas	113,5	110,4	105,9	105,5	108,2	111,2
Total de carnes sem miudezas	107,4	104,5	100,7	100,6	103,4	x

x: não disponível.

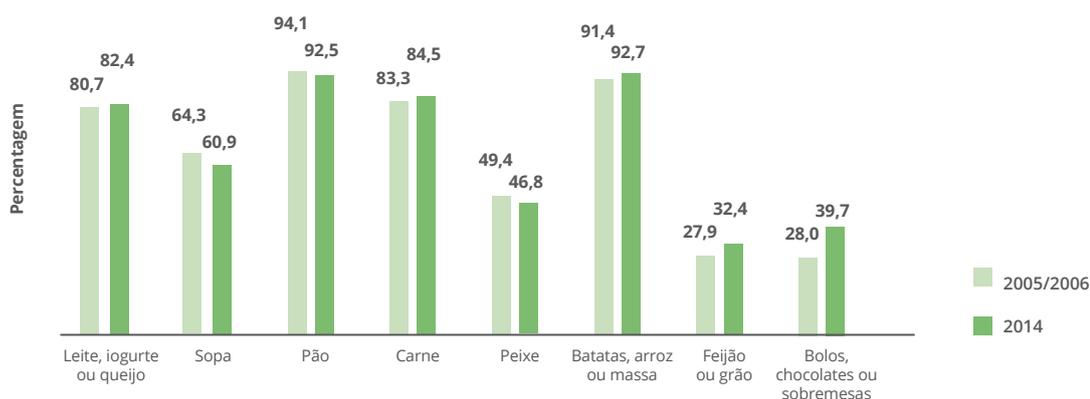
Fonte: INE, 2016

2. HÁBITOS ALIMENTARES NA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 15 OU MAIS ANOS

Os dados apresentados relativamente aos hábitos alimentares da população residente com 15 ou mais anos entre 2005/2006 e 2014, demonstram, em ambos os

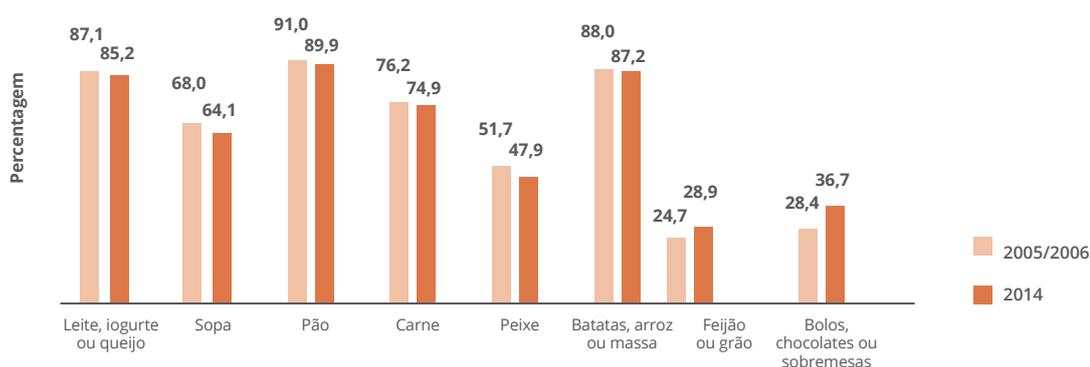
sexos, um aumento marcado no consumo de bolos, chocolates ou sobremesas nas refeições principais face a uma aparente diminuição do consumo de sopa e peixe. Comparativamente, verifica-se um ligeiro aumento no consumo de leguminosas (feijão e grão) nas refeições principais no dia anterior à entrevista.

Figura PNPAS 1. Proporção (%) da população residente masculina com 15 ou mais anos, por tipo de alimentos consumidos nas refeições principais no dia anterior à entrevista, Portugal, 2005/2006 e 2014



Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura PNPAS 2. Proporção (%) da população residente feminina com 15 ou mais anos, por tipo de alimentos consumidos nas refeições principais no dia anterior à entrevista, Portugal, 2005/2006 e 2014



Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

A frequência do consumo de fruta e hortícolas parece ser mais elevada na população feminina e influenciada pelo gradiente social, nomeadamente pela condição perante o emprego.

Quadro PNPAS 6. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário, nível de escolaridade e condição perante o trabalho, segundo a frequência do consumo de fruta, Portugal, 2014

Frequência de consumo de fruta					
	≥ 1 vez /dia	4 a 6 vezes / semana	1 a 3 vezes / semana	<1 vez / semana	Nunca
Total	70,8	11,5	11,7	5,0	0,9
Sexo					
Homens	66,7	12,7	13,4	6,0	1,2
Mulheres	74,5	10,4	10,3	4,1	0,6
Grupo etário					
15-24 anos	51,9	17,5	19,8	8,7	x
25-34 anos	60,3	14,9	17,2	6,8	x
35-44 anos	69,8	12,0	11,5	5,8	x
45-54 anos	75,3	9,8	9,4	4,8	x
55-64 anos	78,6	8,8	9,2	3,0	x
65-74 anos	80,2	8,5	7,9	2,7	x
75-84 anos	79,7	9,3	7,9	2,5	x
85 + anos	76,8	9,8	x	x	x
Nível de escolaridade					
Nenhum	71,8	9,8	12,0	5,6	x
Básico	69,7	11,4	11,8	5,9	1,1
Secundário	67,8	13,0	13,2	5,0	x
Superior	77,5	10,7	9,6	2,0	x
Condição perante o trabalho					
Empregado	71,8	11,8	11,5	4,1	0,8
Desempregado	59,9	13,4	15,5	10,1	x
Reformado	80,1	8,7	7,7	2,7	x
Outro inativo	62,1	13,2	15,6	7,4	x

Não são apresentados valores nas células assinaladas com x por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respectivo coeficiente de variação é superior a 20%.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

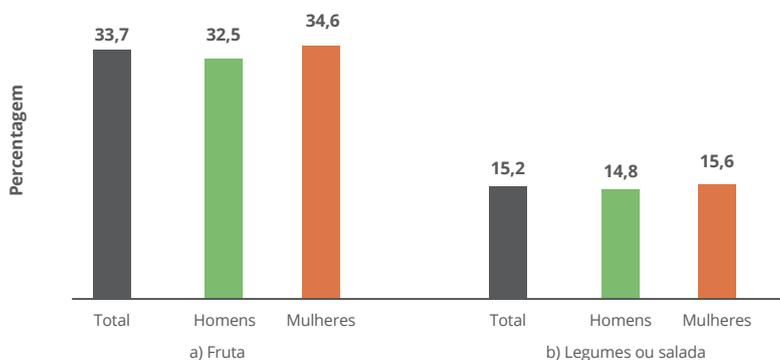
Quadro PNPAS 7. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário, nível de escolaridade e condição perante o trabalho, segundo a frequência do consumo de legumes ou saladas, Portugal, 2014

	Frequência de consumo de legumes ou saladas				
	≥ 1 vez /dia	4 a 6 vezes / semana	1 a 3 vezes / semana	<1 vez / semana	Nunca
Total	55,1	21,5	18,1	4,2	1,0
Sexo					
Homens	48,8	23,7	21,4	4,8	1,1
Mulheres	60,7	19,6	15,2	3,6	0,9
Grupo etário					
15-24 anos	37,5	25,2	25,9	8,2	x
25-34 anos	50,5	25,1	18,6	4,6	x
35-44 anos	56,4	23,3	16,9	3,2	x
45-54 anos	59,7	18,9	17,5	3,0	x
55-64 anos	60,8	20,2	15,8	2,8	x
65-74 anos	60,7	19,0	15,2	3,7	x
75-84 anos	58,5	19,4	16,6	4,1	x
85 + anos	55,1	17,0	20,5	x	x
Nível de escolaridade					
Nenhum	54,8	19,1	19,3	5,7	x
Básico	51,4	22,1	20,1	5,1	1,2
Secundário	55,4	22,6	17,4	3,4	x
Superior	66,8	19,7	11,6	x	x
Condição perante o trabalho					
Empregado	56,7	22,3	17,5	2,9	x
Desempregado	51,0	21,9	19,0	6,8	x
Reformado	59,8	19,7	15,5	3,9	x
Outro inativo	46,6	21,6	23,0	6,3	2,4

Não são apresentados valores nas células assinaladas com x por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respectivo coeficiente de variação é superior a 20%.

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura PNPAS 3. a) Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos que consome diariamente 3 ou mais porções de fruta; b) Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos que consome diariamente 3 ou mais porções de legumes ou saladas, por sexo, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

3. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

3.1. CLASSES DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL NA POPULAÇÃO RESIDENTE COM 18 OU MAIS ANOS

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (INS), entre 2005/2006 e 2014, verificou-se um ligeiro aumento do excesso de peso, na população portuguesa com 18 ou mais anos, em ambos os sexos. De notar que os resul

tados do INS referentes a índice de massa corporal se baseiam em dados de peso e altura autorreportados pelos inquiridos..

A escolaridade é um dos fatores que afeta significativamente a prevalência de obesidade. À medida que o nível de escolaridade diminui, a proporção da população residente com 18 ou mais anos, com excesso de peso, aumenta.

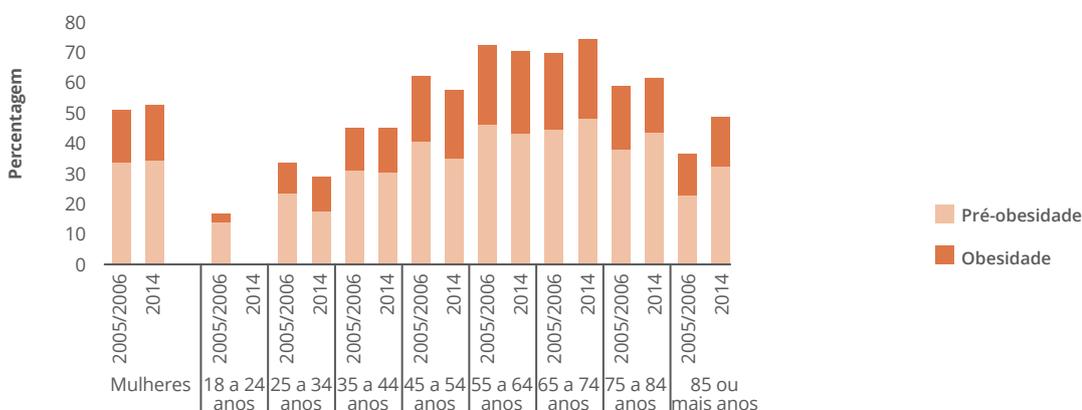
Figura PNPAS 4. Proporção (%) da população residente masculina com 18 ou mais anos com excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade), por grupo etário, Portugal, 2005/2006 e 2014



Não são apresentados os valores correspondentes a obesidade em 2014 nos grupos etários 18 a 24 anos e 85 anos ou mais por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respectivo coeficiente de variação é superior a 20%. Classes de índice de massa corporal: Excesso de peso (IMC ≥ 25 Kg/m²); Pré-obesidade (IMC ≥ 25 Kg/m² e <30 Kg/m²); Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²).

Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura PNPAS 5. Proporção (%) da população residente feminina com 18 ou mais anos com excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade), por grupo etário, Portugal, 2005/2006 e 2014



Não são apresentados os valores correspondentes a pré-obesidade e obesidade em 2014 no grupo etário 18 a 24 anos por as estimativas do INS 2014 não serem disponibilizadas sempre que o respectivo coeficiente de variação é superior a 20%. Classes de índice de massa corporal: Excesso de peso (IMC ≥ 25 Kg/m²); Pré-obesidade (IMC ≥ 25 Kg/m² e <30 Kg/m²); Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²).

Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

3.2. OBESIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE ENTRE OS 25 E OS 74 ANOS

Os dados do 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015, onde a obesidade (peso e altura) foi efetivamente medida por profissionais de saúde na população adulta apresentam uma maior proporção de pessoas do sexo feminino obesas.

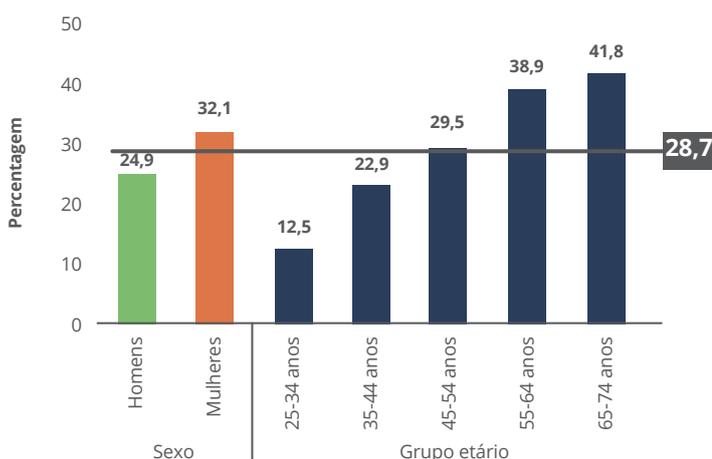
De assinalar a forte influência da condição social sobre a prevalência da obesidade na população portuguesa. O baixo nível de escolaridade e a ausência de atividade profissional aparentam estar fortemente relacionados com a prevalência de obesidade (índice de massa corporal ≥ 30 kg/m²) na população adulta portuguesa.

Figura PNPAS 6. Proporção (%) da população residente com 18 ou mais anos com excesso de peso (pré-obesidade ou obesidade), por nível de escolaridade, Portugal, 2005/2006 e 2014



Classes de índice de massa corporal: Excesso de peso (IMC ≥ 25 Kg/m²); Pré-obesidade (IMC ≥ 25 Kg/m² e < 30 Kg/m²); Obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²).
Fonte: INE/INSA, 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 e Inquérito Nacional de Saúde 2014

Figura PNPAS 7. Proporção (%) da população residente entre os 25 e os 74 anos com obesidade, por sexo e grupo etário, Portugal, 2015



Classes de índice de massa corporal: Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²).
Fonte: INSA, 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015

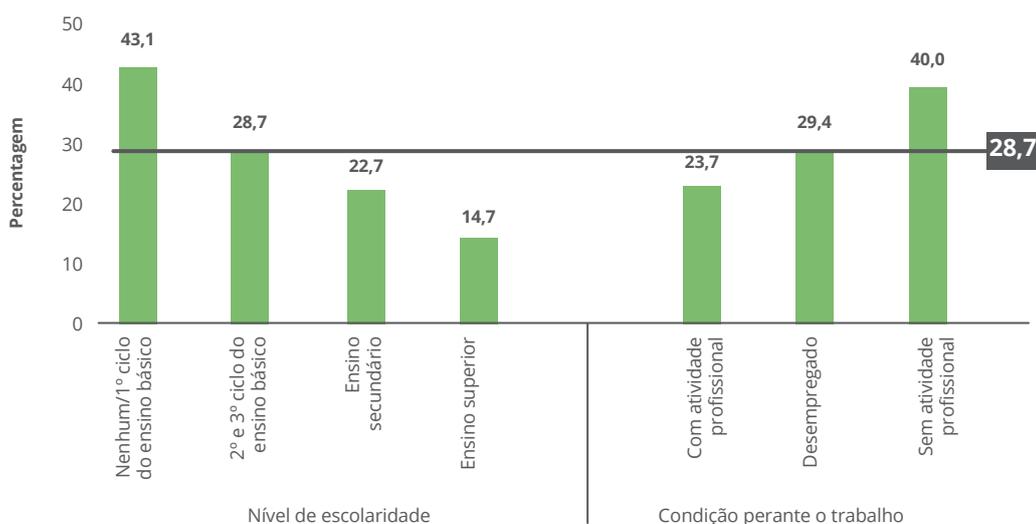
4. REGISTO DO ESTADO NUTRICIONAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

4.1. OBESIDADE EM UTENTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

De notar o forte crescimento do número de utentes

com registo de obesidade e excesso de peso (embora desigual por região), desde 2010, mantendo-se a tendência comparativamente com 2014 (+0,7% e +0,4%). Apesar deste crescimento, o número de pessoas registadas é ainda muito inferior ao número total de pré-obesos e obesos existentes em Portugal.

Figura PNPAS 8. Proporção (%) da população residente entre os 25 e os 74 anos com obesidade, por nível de escolaridade e condição perante o trabalho, Portugal, 2015



Classes de índice de massa corporal: Obesidade (IMC \geq 30 kg/m²).

Fonte: INSA, 1.º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico 2015

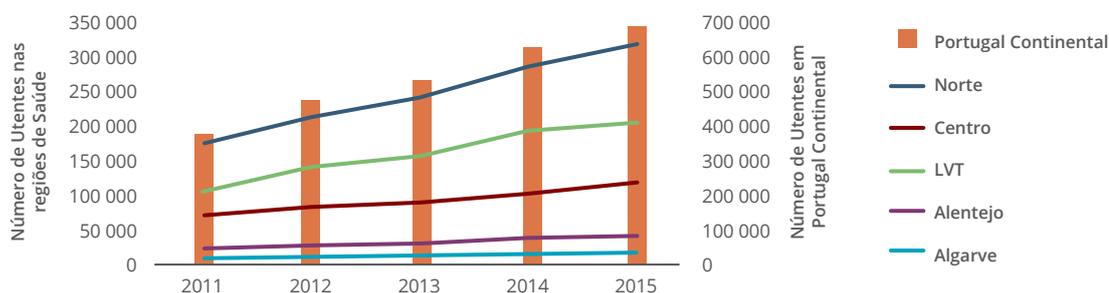
Quadro PNPAS 8. Número e percentagem de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários, por Região de Saúde, 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de utentes com registo de obesidade						
Norte	92 609	170 232	209 794	240 194	283 439	314 999
Centro	42 288	69 664	82 820	88 263	99 077	111 233
LVT	62 231	100 487	139 180	156 184	189 787	200 319
Alentejo	14 727	22 087	25 860	29 148	34 936	39 053
Algarve	2 356	5 755	8 551	10 965	13 530	14 334
Portugal Continental	214 211	368 225	466 205	524 754	620 769	679 938
Percentagem de utentes com registo de obesidade						
Norte	2,3	4,2	5,2	6,3	7,4	8,5
Centro	2,2	3,6	4,3	5,0	5,5	6,3
LVT	1,5	2,4	3,7	4,2	5,1	5,5
Alentejo	2,7	4,0	4,8	5,7	6,8	7,8
Algarve	0,5	1,1	1,7	2,4	2,9	3,2
Portugal Continental	1,9	3,3	4,4	5,1	6,0	6,7

Registo de obesidade: o diagnóstico de obesidade (rubrica ICPC T82) encontra-se na lista de problemas com estado de "ativo" à data de referência do indicador.

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PNPAS 9. Número de utentes com registo de obesidade entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015



Registo de obesidade: o diagnóstico de obesidade (rubrica ICPC T82) encontra-se na lista de problemas com estado de "ativo" à data de referência do indicador.

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

4.2. EXCESSO DE PESO EM UTENTES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

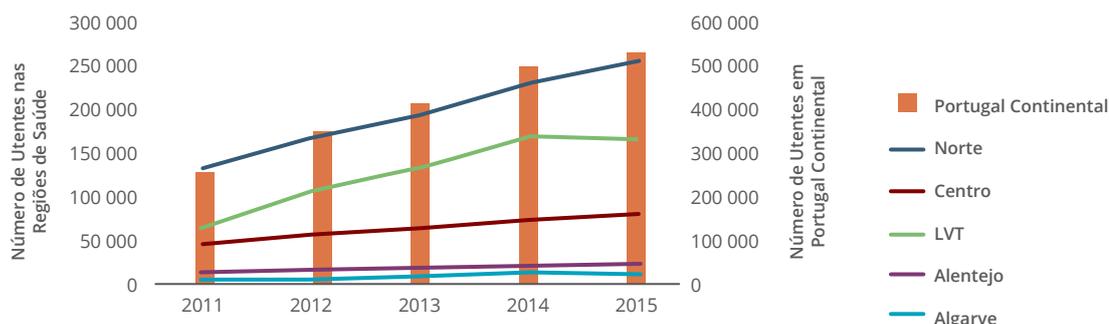
Quadro PNPAS 9. Número e percentagem de utentes com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários, por Região de Saúde, 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Número de utentes com registo de excesso de peso						
Norte	51 139	128 128	166 286	190 282	227 343	253 110
Centro	18 199	44 051	55 246	61 900	71 685	78 360
LVT	31 845	63 842	103 244	132 793	167 579	163 715
Alentejo	5 218	11 886	15 127	17 187	19 683	21 035
Algarve	752	3 240	5 136	8 024	10 877	10 449
Portugal Continental	107 153	251 147	345 039	410 186	497 167	526 669
Percentagem de utentes com registo de excesso de peso						
Norte	1,3	3,2	4,1	5,0	5,9	6,8
Centro	0,9	2,3	2,9	3,5	4,0	4,4
LVT	0,8	1,5	2,8	3,5	4,5	4,5
Alentejo	0,9	2,2	2,8	3,4	3,8	4,2
Algarve	0,1	0,6	1,0	1,8	2,3	2,3
Portugal Continental	1,0	2,2	3,2	4,0	4,8	5,2

Registo de excesso de peso: o diagnóstico de excesso de peso (rubrica ICPC T83) encontra-se na lista de problemas com estado de "ativo" à data de referência do indicador.

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

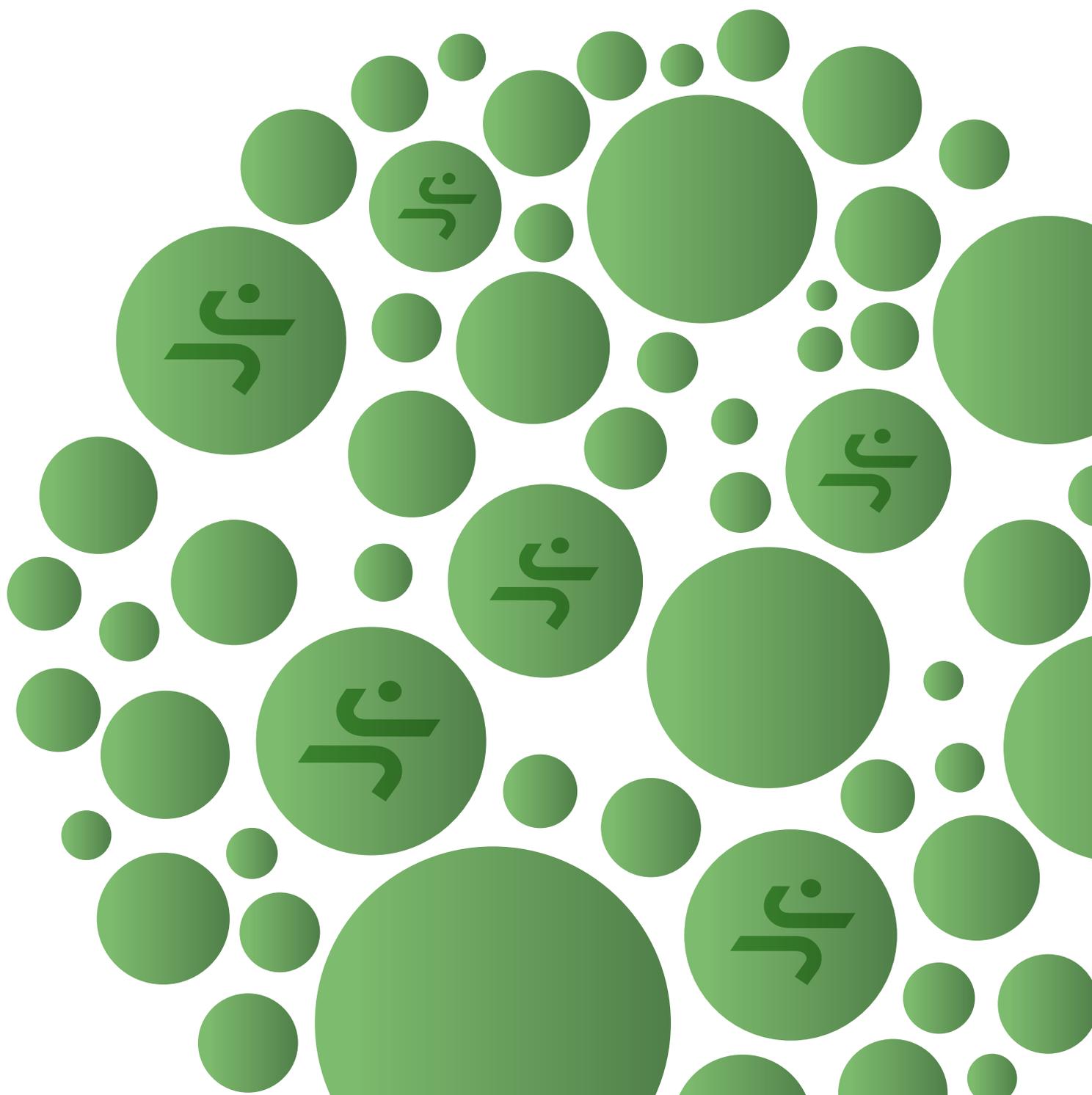
Figura PNPAS 10. Número de utentes com registo de excesso de peso entre o número de utentes inscritos em Cuidados de Saúde Primários, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015



Registo de excesso de peso: o diagnóstico de excesso de peso (rubrica ICPC T83) encontra-se na lista de problemas com estado de "ativo" à data de referência do indicador.

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA ATIVIDADE FÍSICA



Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

1. INTRODUÇÃO

O Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF), com implementação para o período 2016-2019 e alinhado com o Plano Nacional de Saúde, extensão 2016-2020, procurará dar resposta às orientações firmadas na Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, Saúde e Bem-Estar¹. Tem como visão uma população nacional com baixos níveis de inatividade física em todo o ciclo de vida, motivada por níveis elevados de literacia física, autonomia e prontidão, inserida num ambiente físico e sociocultural facilitador de mais atividade física e menos tempo sedentário na escola e universidade, no lazer, no trabalho e na mobilidade.

A inatividade física é um fator de risco importante para as principais doenças não-transmissíveis e está, por essa via, associada à morte prematura de cerca de 5,3 milhões de pessoas anualmente, em todo o mundo. Na população portuguesa, em 2008, a inatividade física foi responsável por 8,4% das mortes por doenças cardiovasculares, 10,5% por diabetes tipo 2, 14,2% por cancro da mama, 15,1% por cancro do cólon e 13,6% por todas as causas². Mais recentemente, os custos anuais da inatividade em Portugal foram estimados, de forma conservadora, em cerca de 330 milhões de dólares internacionais³. No seu conjunto, estes valores mostram a dimensão do problema associado à inatividade física e reforçam a necessidade urgente de estratégias integradas para a redução dos comportamentos sedentários e aumento dos níveis de atividade física na população.

O contributo para um Portugal fisicamente mais ativo carece do conhecimento da realidade atual do país, não só os níveis de prática de atividade física e a quantificação do tempo passado em comportamentos sedentários, mas também a identificação dos aspetos que incentivam ou dificultam estes comportamentos. Os dados que se seguem representam um resumo descritivo de informações de natureza epidemiológica sobre atividade física em Portugal, disponíveis até dezembro de 2016. Na ausência de um sistema integrado de vigilância para a atividade física e os seus determinantes atualmente em funcionamento no país, foram utilizados para este capítulo dados com diferentes proveniências e recolhidos com metodologias distintas e em diferentes períodos, o que deve ser considerado na sua análise e interpretação.

2. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM ADULTOS

2.1. CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA

Internacionalmente, as principais recomendações de atividade física para a população são expressas em minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana. Cada adulto deve procurar acumular 150 minutos de atividade física moderada por semana, ou 75 minutos de atividade vigorosa, ou uma combinação equivalente. Considerando a dificuldade dos indivíduos em estimar e reportar com precisão a intensidade e a duração das suas atividades, avaliações objetivas através de equipamentos de monitorização direta (e.g., acelerómetros) apresentam vantagens amplamente reconhecidas.

Em Portugal, existem dados da prática de atividade física da população recolhidos com acelerómetros em 2006-2008, em cidadãos nacionais com mais de 10 anos^{4,5}. Tendo em vista as mais recentes recomendações de atividade física, que consideram períodos mínimos de 10 minutos por sessão (típicos das atividades físicas realizadas nos tempos de lazer, como desporto e exercício físico), um estudo recente analisou uma amostra de 1 183 adultos portugueses com 20-75 anos (dados recolhidos em 2006-2008) e concluiu que **21% da amostra atingia as recomendações de atividade física**⁶.

Estudos mais recentes, mas obtidos com recurso ao autorrelato (por entrevista telefónica ou presencial), revelam valores não muito distantes dos obtidos com recurso às avaliações objetivas em 2006-2008. No Eurobarómetro de 2014, verificou-se que 14% da população adulta praticava atividade física moderada 4 ou mais dias por semana (34% com menos de 30 minutos por dia) e 9% praticava atividades vigorosas 4 ou mais dias (23% com menos de 30 minutos por dia)⁷. Estimava-se assim que **15-23% da amostra portuguesa do Eurobarómetro atingia as recomendações de atividade física**⁸.

No Inquérito Nacional de Saúde, realizado no final de 2014, 20% dos inquiridos com mais de 15 anos indicou “praticar exercício físico em atividades desportivas e de lazer” 3 ou mais vezes por semana (15% para o sexo feminino e 25% para o sexo masculino). Consideran-

do que 39% dos inquiridos do sexo feminino e 32% do sexo masculino indicou praticar exercício menos de 2 horas por semana, pelo menos 1 dia por semana, estima-se que, **no sexo feminino 10-15% da amostra atingia as recomendações, enquanto no sexo masculino 20-25% atingia as recomendações**⁹.

Face à totalidade de dados disponíveis, e considerando atividades realizadas nos tempos de lazer com duração igual ou superior a 10 minutos por sessão (como o 'exercício físico' e o desporto), estima-se que **15-20% dos adultos portugueses realiza mais de 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana**.

Toda a atividade física, e não apenas aquela realizada nos momentos de lazer, tem o potencial de influenciar a saúde. Assim, devem também ser considerados os dados de monitorização que incluem atividades como as deslocações diárias, as atividades laborais e as atividades domésticas. Existem duas fontes de informação

com estas características. O *Global Observatory for Physical Activity* (GOPA), que fez uma análise mais inclusiva dos dados do Eurobarómetro, estima que 63% dos adultos portugueses cumprirão as recomendações internacionais de atividade física, tendo em conta todas as atividades¹⁰.

Os dados do Observatório Nacional da Atividade Física e Desporto, recolhidos por acelerómetro em 2006-2008, mostraram que 77% dos homens e 65% das mulheres portuguesas entre os 18-64 anos realizavam o equivalente a 30 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa⁴, considerando qualquer tipo de atividade e duração de sessão. Uma análise mais recente destes dados⁵, que já considerou as recomendações atuais da Organização Mundial de Saúde¹¹, indica que **57% das mulheres e 78% dos homens realizava mais de 150 minutos de atividade física moderada ou vigorosa por semana**, independentemente da duração de cada período de atividade.

Quadro PNPAF 1. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos, por sexo, grupo etário e total de dias de prática de exercício físico numa semana normal, Portugal, 2014

Nº de dias de prática de exercício físico numa semana normal					
	Nenhum	1-2 dias	3-4 dias	5-6 dias	7 dias
Homens	59,3	15,9	11,8	7,0	5,7
15-24 anos	31,9	22,4	22,2	18,4	x
25-34 anos	41,5	23,3	19,8	10,9	x
35-44 anos	56,1	23,3	12,2	4,9	x
45-54 anos	68,3	14,8	8,2	x	4,8
55-64 anos	70,1	9,9	7,7	4,7	7,2
65-74 anos	73,4	6,7	5,9	x	10,7
75-84 anos	78,6	x	x	x	8,0
85 + anos	90,7	x	x	x	x
Mulheres	69,8	14,9	7,1	4,1	3,9
15-24 anos	47,1	30,6	15,6	x	x
25-34 anos	61,0	22,8	8,1	x	x
35-44 anos	68,3	17,4	6,7	x	3,6
45-54 anos	71,7	12,1	7,7	3,8	4,5
55-64 anos	70,5	11,0	5,6	6,4	6,3
65-74 anos	77,6	9,5	4,8	3,7	4,2
75-84 anos	87,5	4,1	x	x	3,9
85 + anos	94,3	x	x	x	x

x: valor não disponível (as estimativas do INS 2014 não são disponibilizadas sempre que o respetivo coeficiente de variação é superior a 20%)

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

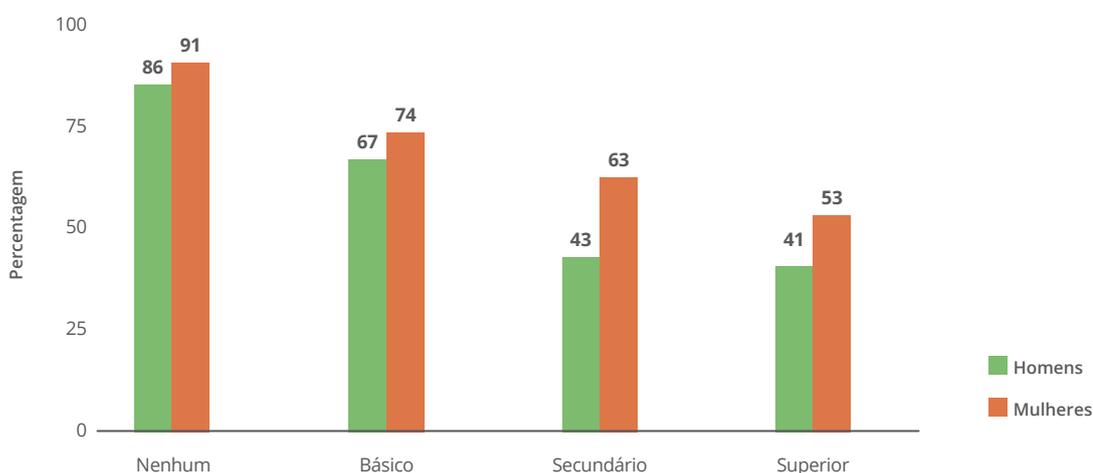
2.2. EXERCÍCIO FÍSICO

Dados do Inquérito Nacional de Saúde⁹ mostram que, **nos momentos de lazer, quase 60% dos homens e 70% das mulheres não pratica 'exercício físico'**.

Uma percentagem muito mais pequena pratica 1-2 dias por semana (15,9% dos homens e 14,9% das mulheres) e somente 5,7% dos homens e 3,9% das mulheres o faz diariamente. Os mais velhos são os menos ativos nos momentos de lazer e os mais jovens, com 15-24 anos, são os mais ativos. Esses dados são semelhantes aos do Eurobarómetro de 2014⁷, que indicavam que 72% dos portugueses com mais de 15 anos raramente ou nunca fazia exercício físico ou desporto.

É assinalável o gradiente educacional na prática de exercício físico. Por exemplo, em homens com formação de nível superior, a prevalência da prática de exercício físico é cerca do dobro da verificada em homens sem a escolaridade básica. Em todos níveis de escolaridade, os homens reportam mais exercício físico que as mulheres. Contudo, as diferenças entre sexo são bastante acentuadas em pessoas com o ensino secundário. Neste grupo, 20 pontos percentuais separam homens e mulheres quanto à frequência de prática de exercício físico numa semana típica.

Figura PNPAF 1. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos que não pratica exercício físico em nenhum dia numa semana normal, por sexo e nível de escolaridade, Portugal, 2014



Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

2.3. MARCHA / CAMINHADA

A marcha e a caminhada são, pela sua facilidade e popularidade, uma forma importante de aumentar os níveis de atividade física. Dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 mostram que **pouco mais de 40% dos portugueses se desloca a pé 5 ou mais dias por semana, enquanto 39% nunca o faz**. Os mais jovens são os que mais vezes caminham, o que é compreensível, uma vez que o escalão etário entre 15-24 anos inclui muitos estudantes. A percentagem dos adultos com mais de 24 anos que se deslocam a pé 5 ou mais dias por semanas não varia substancialmente com a idade. Contudo, dados do Eurobarómetro de 2014 mostram que **Portugal está entre os países europeus com menos minutos reportados de caminhada**, nos dias em que tal acontece: apenas 6% caminha mais de 1 hora (61-90 minutos), cerca de metade da média europeia e bastante menos do que em Espanha (19%). Em Portugal, a maioria (55%) caminha menos de 30 minutos e cerca de 30% caminha entre 30 e 60 minutos⁷.

2.4. UTILIZAÇÃO DA BICICLETA E OUTRAS FORMAS DE ATIVIDADE FÍSICA

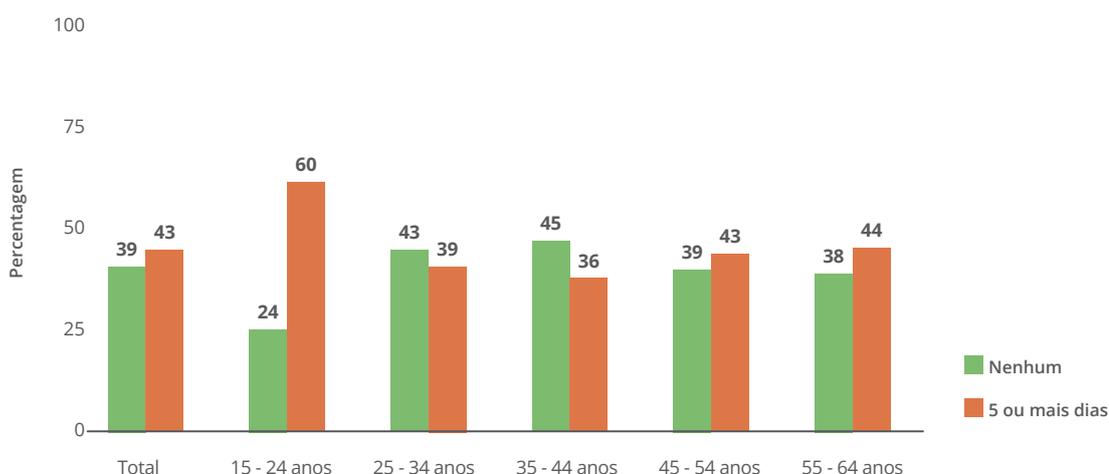
A utilização da bicicleta como meio de transporte é uma forma de deslocação pouco popular em Portugal. Dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 mostram que **94% da população residente afirmou não se deslocar de bicicleta em nenhum dia da semana**

e somente 1,4% afirmou fazê-lo 5 ou mais dias por semana. A população masculina foi quem mais utilizou este meio de transporte: cerca de 9% dos homens e apenas 2% das mulheres afirmaram fazê-lo 1 a 2 dias por semana. De uma forma global, este meio de transporte foi mais utilizado pelas faixas etárias mais jovens da população inquirida, ou seja, entre os 15 e os 24 anos.

Entre os utilizadores de bicicleta, 44% referiu gastar menos de meia hora num dia nas deslocações e 25% entre 30 a 60 minutos. Deslocações de bicicleta com a duração de 1 hora ou mais num dia foram referidas por cerca de 31% dos utilizadores, dos quais apenas 6% o afirmou fazer durante 3 horas ou mais. Os homens utilizadores de bicicleta foram quem mais realizou viagens longas (36% referiu uma duração de 1 hora ou mais), sendo que, em 83% das mulheres, o tempo gasto em deslocação de bicicleta num dia foi inferior a 1 hora.

O Eurobarómetro de 2014⁷ questionou também os adultos europeus quanto à prática de outras atividades físicas, dando como exemplo andar de bicicleta nas deslocações, a dança e a jardinagem. Nesta questão, Portugal foi o país da Europa com maior percentagem de participantes que responderam “nunca” (60%, contra 30% na média europeia) salientando-se ainda 16% de portuguesas que responderam “raramente”.

Figura PNPAF 2. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos por grupo etário e número de dias de deslocação a pé numa semana normal, Portugal, 2014



Nota: Os valores apresentados para “Total” incluem todos os grupos etários (de “15-24 anos” a “85 e mais anos”)

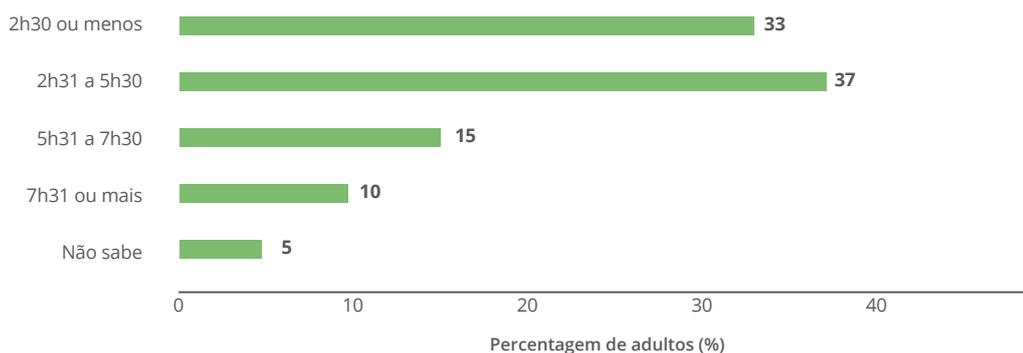
Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

3. COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO EM ADULTOS

O comportamento sedentário ou tempo sedentário pode ser definido como qualquer comportamento passado sentado ou noutra posição que implique um baixo dispêndio energético¹². Considerando que as atividades laborais predominantes estão relacionadas com o setor terciário de atividade económica, isto significa que a maior parte da população adulta passará uma quantidade substancial do seu tempo diário em comportamentos sedentários. Paralelamente, as crianças e os adolescentes também passam grande parte do seu dia escolar sentados em salas de aula. Desta forma, o elevado tempo em comportamentos sedentários é uma marca social que caracteriza o estilo de vida de muitas sociedades contemporâneas.

Apesar dos comportamentos sedentários serem um objeto de estudo relativamente recente, existem alguns dados que nos permitem caracterizar a sua prevalência em Portugal. Dados recolhidos em 2008 e publicados recentemente⁶ sugerem que **67% dos portugueses passam mais de 7,5 horas por dia em comportamentos sedentários e que, desses, 12% o faz mais de 10 horas por dia**. Não existem ainda recomendações internacionais relativamente ao tempo passado em atividades sedentárias e este é um indicador de difícil quantificação pelos indivíduos (sem o uso de um monitor de atividade física). Como exemplo, os dados do Eurobarómetro de 2014⁷, obtidos por autorrelato, mostram uma realidade bastante distinta daquela obtida com recurso a avaliações objetivas em 2006-2008.

Figura PNPAF 3. Duração habitual de tempo sentado por dia (ex. à secretária, a ler, a ver TV), Portugal, 2013



Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

4. PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

4.1. CUMPRIMENTO DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA

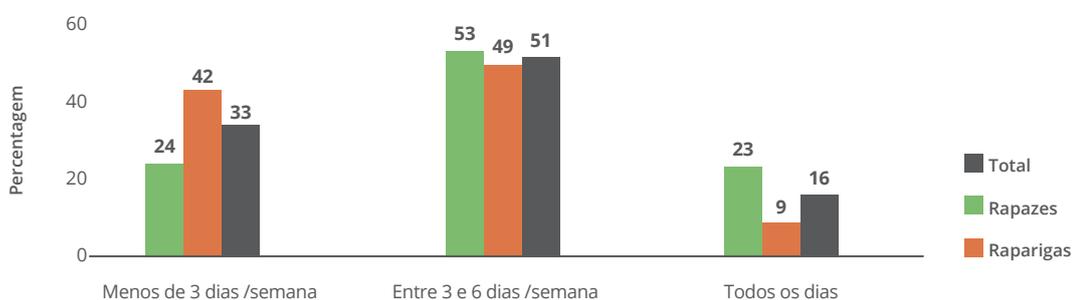
Dados recolhidos em 2006-2008 com recurso a acelerometria⁴ mostram que, entre os mais novos, 36% das crianças com 10-11 anos (52% dos rapazes e 23% das raparigas) faz atividade física suficiente para cumprir as recomendações de 60 minutos/dia de atividade física moderada ou vigorosa. Somente 4% dos adolescentes com 16-17 anos (8% dos rapazes e 1% das raparigas) indica cumprir as recomendações. Estes valores não consideram o valor mínimo de 10 minutos para o registo das atividades físicas, mas sim atividades de qualquer duração. Nestas idades, os níveis de atividade física parecem decrescer acentuadamente com a idade, sendo os rapazes sempre mais ativos do que as raparigas. Por exemplo, **18% dos rapazes e 5% das raparigas de 14-15 anos atingia as recomendações de atividade física**⁴.

4.2. ATIVIDADE FÍSICA E EXERCÍCIO FÍSICO

Dados mais recentes (2013-2014) relativamente à prática de atividade física, recolhidos em jovens dos 6º, 8º e 10º anos de escolaridade (idades entre os 10 e os 20 anos; média de 13,8 anos) indicam que **somente 16% praticava atividade física diariamente. A diferença entre rapazes e raparigas é novamente muito acentuada (23% vs. 9%, respetivamente)**. Pouco mais de 50% praticava entre 3 e 6 dias por semana e 33% praticava menos de 3 dias por semana¹³.

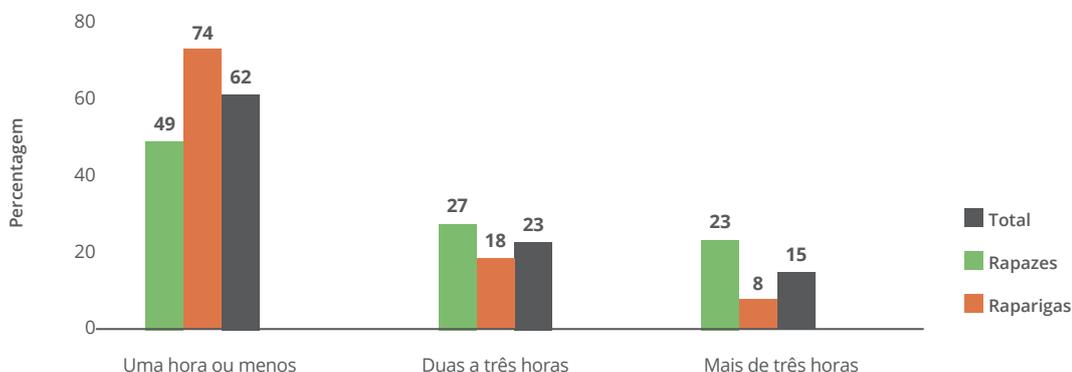
Quando questionados acerca do exercício físico praticado fora do contexto escolar, apenas 15% dos adolescentes indica praticar mais de 3 horas de exercício por semana e 23% duas a três horas. A grande maioria pratica 1 hora ou menos de exercício físico por semana. De destacar que os rapazes em contexto escolar são mais ativos do que as raparigas. Este inquérito revelou também que o futebol (30%), a natação (15%), o basquetebol (13%), a ginástica (12%), o ciclismo/BTT (11%) e o atletismo (10%) são as modalidades desportivas mais praticadas¹³.

Figura PNPAF 4. Proporção (%) de adolescentes, por sexo e total de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal, 2013/2014



Fonte: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study, 2016: International Report from the 2013/2014 Survey

Figura PNPAF 5. Proporção (%) de adolescentes, por sexo e total de dias de exercício físico fora do horário escolar, Portugal, 2013/2014



Fonte: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study, 2016: International Report from the 2013/2014 Survey

5. DETERMINANTES DA ATIVIDADE FÍSICA

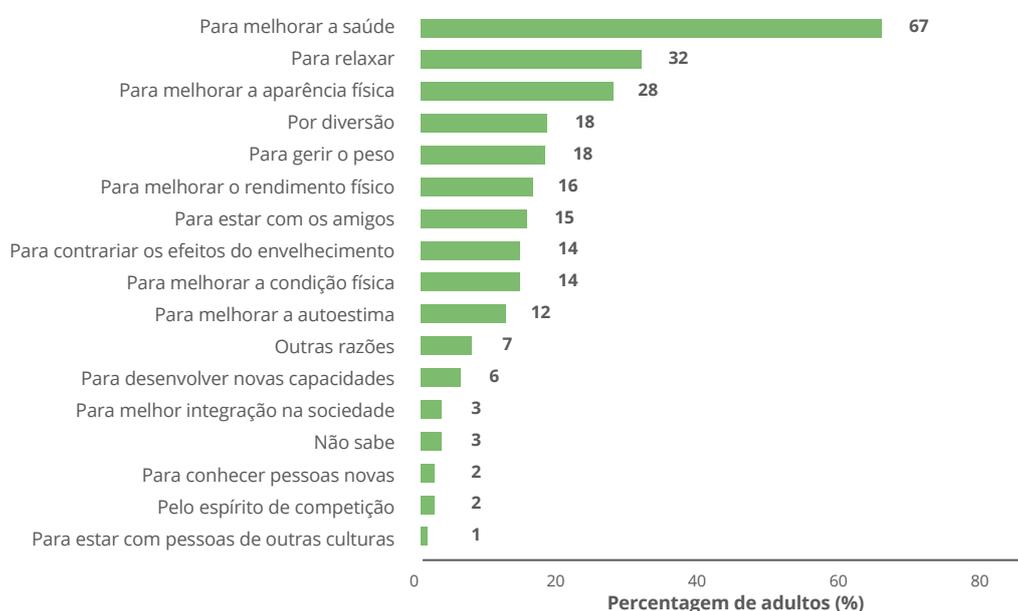
5.1. MOTIVAÇÕES E BARREIRAS

O motivo mais frequentemente referido pelos adultos para a prática desportiva e de atividade física é a melhoria da saúde (67%), seguido pela procura de relaxação (32%) e melhoria da aparência física (28%). A um nível intermédio, encontramos motivos como a diversão, a gestão do peso, a melhoria do rendimento e condição física ou a convivência com amigos, apontados por 14% a 18% dos inquiridos. Com percentagens menos pronunciadas (menos de 5% cada), a procura da competição ou a vontade de conhecer pessoas novas e de outras culturas são algumas

das razões menos frequentemente apontadas⁷.

A falta de tempo é a razão principal para os adultos não praticarem atividade física (33%). Cerca de um quarto não pratica porque não está motivado ou não tem interesse e, para 19%, a prática de atividade física é considerada uma atividade dispendiosa. Importa referir que 7% não o faz porque não gosta de competir, o que demonstra existir, ainda, uma associação entre o conceito de atividade física e o de competição desportiva. Entre as restantes razões, destacam-se a inexistência de infraestruturas próximas do local de residência e a falta de suporte social, referidas por 4% dos inquiridos⁷.

Figura PNPAF 6. Motivos para participar em desporto e atividade física, Portugal, 2013



Nota: Questão com possibilidade de resposta múltipla

Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

Figura PNPAF 7. Razões para não participar em desporto e atividade física mais regularmente, Portugal, 2013



Nota: Questão com possibilidade de resposta múltipla

Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

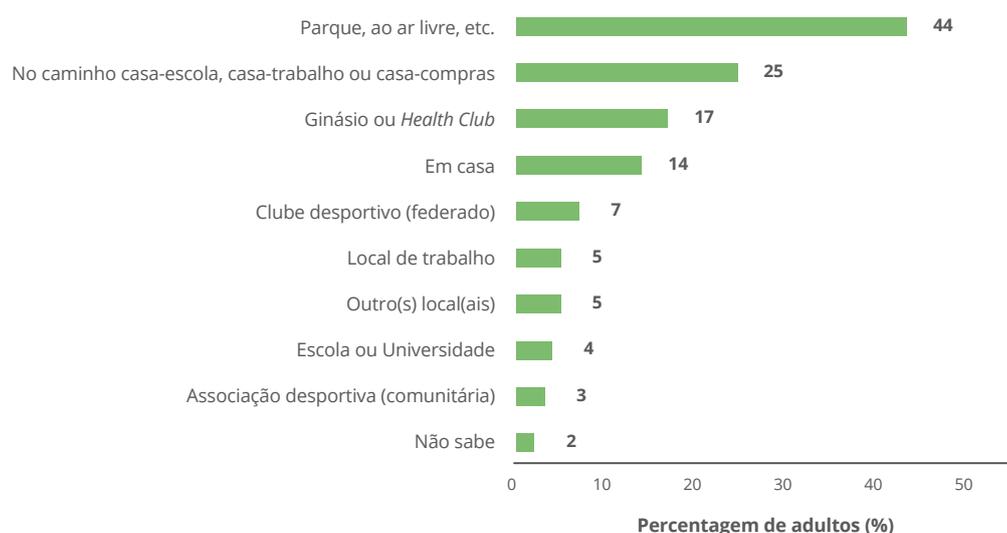
5.2. MEIO AMBIENTE E OPORTUNIDADES PARA A ATIVIDADE FÍSICA

Relativamente aos locais de prática de atividade física, os parques e locais ao ar livre são os lugares mais utilizados pelos adultos (44%). No entanto, a atividade física usada como forma de transporte ativo é também uma das formas mais usadas, principalmente nas deslocações entre a casa e a escola ou local de trabalho (25%). Segue-se a prática em ginásio (17%) e em casa (14%).

Com menos de 10% de respostas cada, são apontadas a prática em clubes desportivos, local de trabalho, escola/universidade e associações desportivas.

Entre os praticantes de atividade física, a grande maioria (88%) não se encontra afiliada a uma instituição ou clube. Uma pequena percentagem está afiliada em ginásios, clubes desportivos ou associações socioculturais.

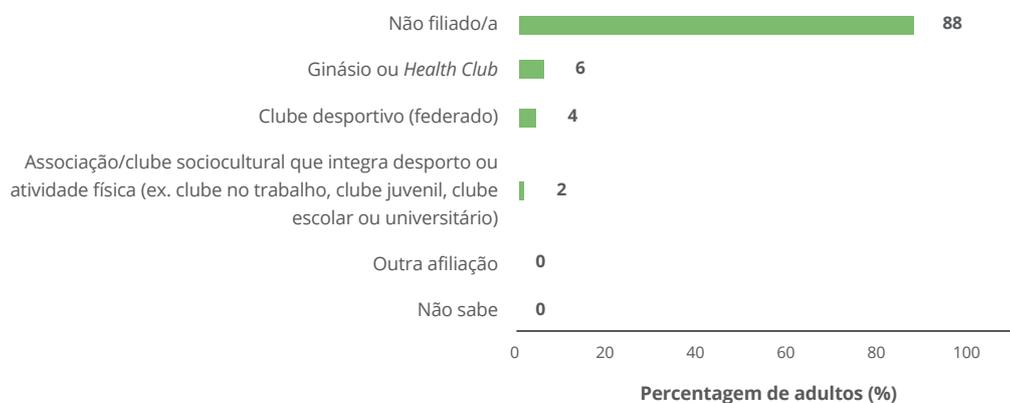
Figura PNPAF 8. Locais de prática de desporto e atividade física, Portugal, 2013



Nota: Questão com possibilidade de resposta múltipla

Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

Figura PNPAF 9. Afiliação a uma instituição/clube onde pratica desporto e atividade física recreativa, Portugal, 2013



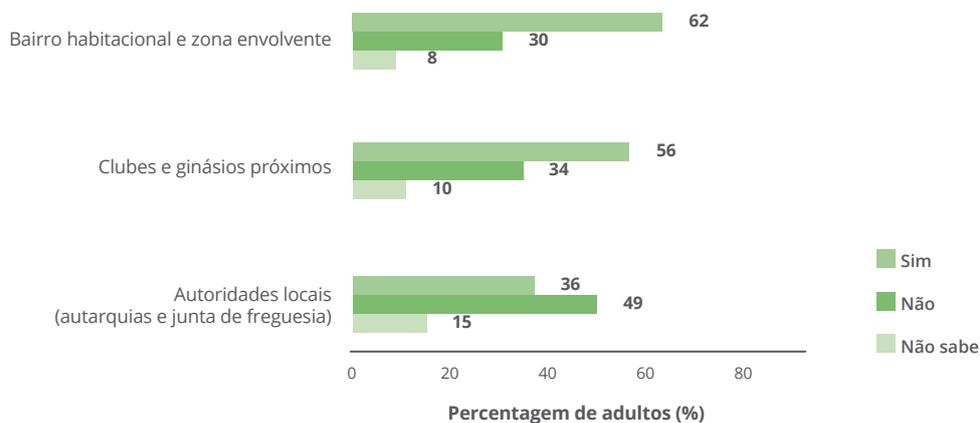
Nota: Questão com possibilidade de resposta múltipla

Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

Sobre os locais que oferecem oportunidades para a prática de atividade física, a maior parte das pessoas percebe que existem oportunidades para praticar

nas imediações do local de residência e nos ginásios. Nesta apreciação, as autarquias e juntas de freguesia surgem como as que oferecem menos oportunidades.

Figura PNPAF 10. Perceção de oportunidades para a prática de desporto e atividade física, Portugal, 2013

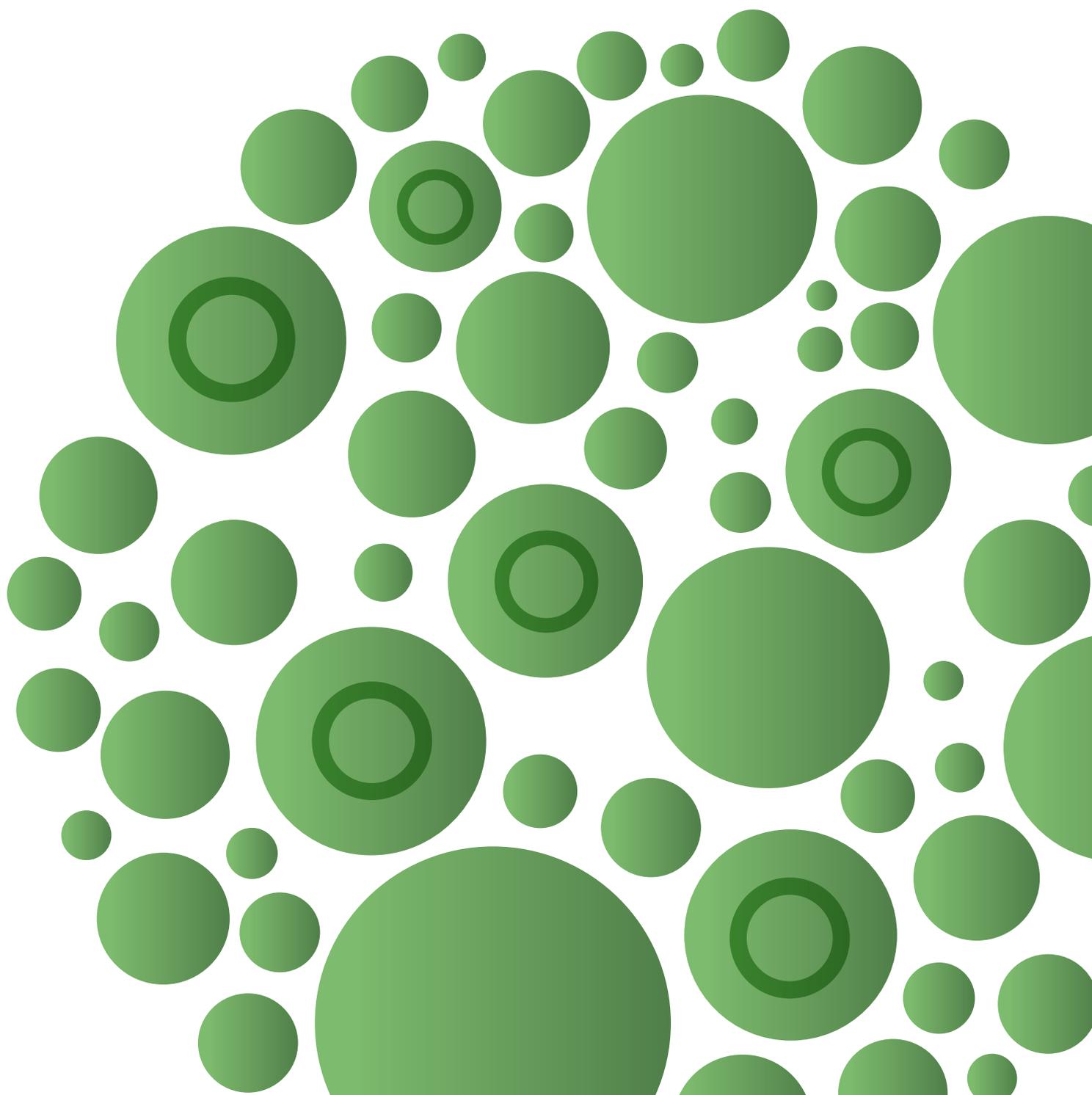


Fonte: Special Eurobarometer 412 - "Sport and Physical Activity", março 2014

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Estratégia nacional para a promoção da atividade física, da saúde e do bem-estar (ENPAF). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2016.
2. Lee I, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*. 2012;380:219-29.
3. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, *et al*. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet*. 2016;388:1311-24.
4. Baptista F, Santos DA, Silva AM, *et al*. Prevalence of the Portuguese population attaining sufficient physical activity. *Med Sci Sports Exerc*. 2012;44:466-73.
5. Baptista F, Silva AM, Santos DA, *et al*. Livro verde da actividade física. Lisboa: Instituto do Desporto de Portugal, I.P.; 2011.
6. Løyen A, Clarke-Cornwell AM, Anderssen SA, *et al*. Sedentary time and physical activity surveillance through accelerometer pooling in four European countries. *Sports Med*. 2016.
7. European Commission. Special Eurobarometer 412. Sport and physical activity. Brussels: European Commission, Directorate-General for Education and Culture and co-ordinated by Directorate-General for Communication; 2014.
8. WHO. Physical activity fact sheet: WHO; 2016 [cited 2016 18-12-2016]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
9. INE. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.; 2016.
10. GOPA. 1st physical activity almanac: the global observatory for physical activity - GoPA. International Society for Physical Activity and Health; 2016.
11. WHO. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
12. Sedentary Behaviour Research Network. Standardized use of the terms "sedentary" and "sedentary behaviours". *Appl Physiol Nutr Metab*. 2012;37:540-2.
13. WHO. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization; 2016.

PROGRAMA NACIONAL PARA A DIABETES



Programa Nacional para a Diabetes

1. MORTALIDADE

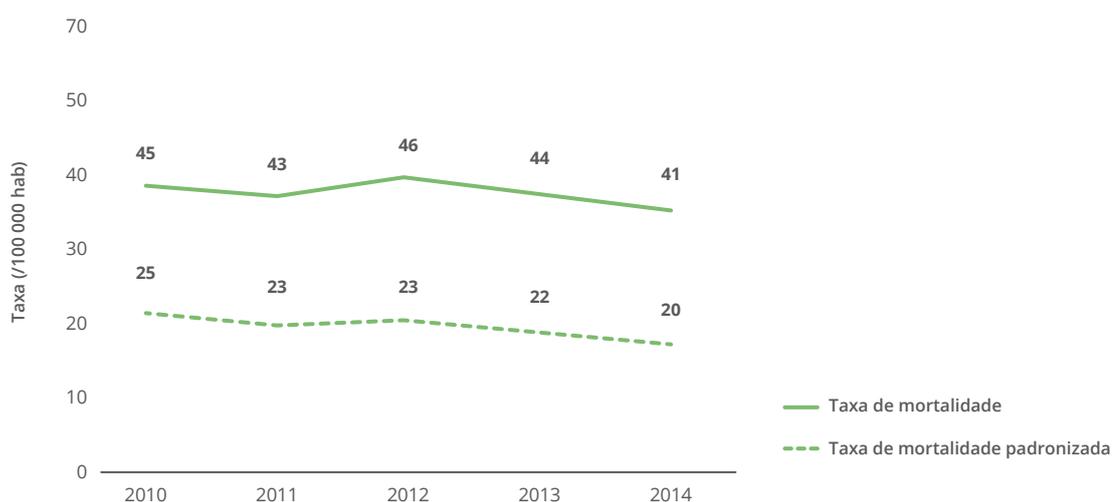
Embora com oscilações, a mortalidade por diabetes tem vindo a decrescer, sendo a taxa de mortalidade em 2014 a mais baixa dos últimos anos.

Quadro PND 1. Indicadores de mortalidade por diabetes, Portugal, 2010 a 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Ambos os sexos					
Número de óbitos	4 744	4 536	4 867	4 544	4 271
Taxa de mortalidade	44,6	43,0	46,3	43,5	41,1
Taxa de mortalidade padronizada	24,8	22,7	23,4	21,5	19,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,5	3,6	3,3	3,1	2,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	197,1	177,5	186,8	170,5	156,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	5,7	5,5	5,2	5,0	4,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	265,3	245,2	259,3	233,8	214,8
Anos potenciais de vida perdidos	5 425	5 268	4 858	4 668	4 585
Taxa de anos potenciais de vida perdidos	58,7	57,8	53,7	52,0	51,5

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos (CID 10): E10-E14.
Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Figura PND 1. Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.
Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Figura PND 2. Taxas de mortalidade padronizadas por diabetes em idades inferiores a 65 e 70 anos, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.

Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Quadro PND 2. Indicadores de mortalidade por diabetes, sexo masculino, Portugal, 2010 a 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Sexo masculino					
Número de óbitos	2 022	1 925	2 112	1 907	1 849
Taxa de mortalidade	39,3	38,2	42,1	38,3	37,4
Taxa de mortalidade padronizada	26,8	24,6	26,1	23,3	22,1
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	4,8	4,8	4,4	4,5	3,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	205,2	184,7	202,1	175,3	169,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	7,3	7,2	6,6	6,7	6,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	284,0	258,0	291,4	246,5	236,8
Anos potenciais de vida perdidos	3 375	3 483	3 163	3 085	2 900
Taxa de anos potenciais de vida perdidos	73,6	78,0	71,5	70,4	66,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos (CID 10): E10-E14.

Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Quadro PND 3. Indicadores de mortalidade por diabetes, sexo feminino, Portugal, 2010 a 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	2 722	2 611	2 755	2 637	2 422
Taxa de mortalidade	49,6	47,3	50,1	48,1	44,4
Taxa de mortalidade padronizada	23,0	21,0	21,2	20,0	17,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	2,4	2,4	2,2	1,9	1,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	190,1	171,7	175,2	166,3	146,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,3	4,0	3,9	3,4	3,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	251,2	234,1	238,2	224,7	198,6
Anos potenciais de vida perdidos	2 050	1 785	1 695	1 583	1 685
Taxa de anos potenciais de vida perdidos	44,0	38,4	36,7	34,5	37,0

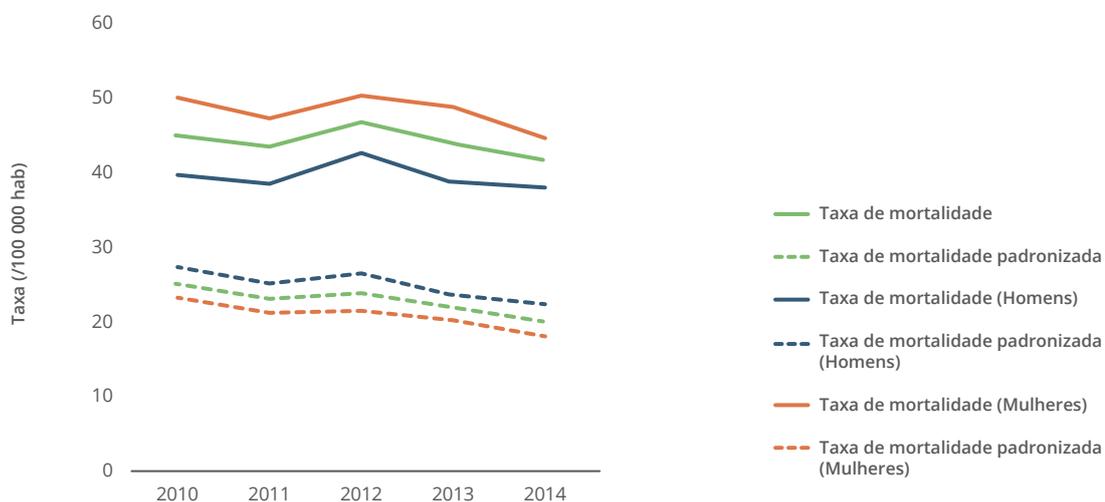
Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos (CID 10): E10-E14.

Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

O número de óbitos e a taxa de mortalidade é maior nas mulheres, mas se observarmos a mortalidade padronizada e os anos potenciais de vida perdidos a

situação inverte-se e os números são superiores nos homens.

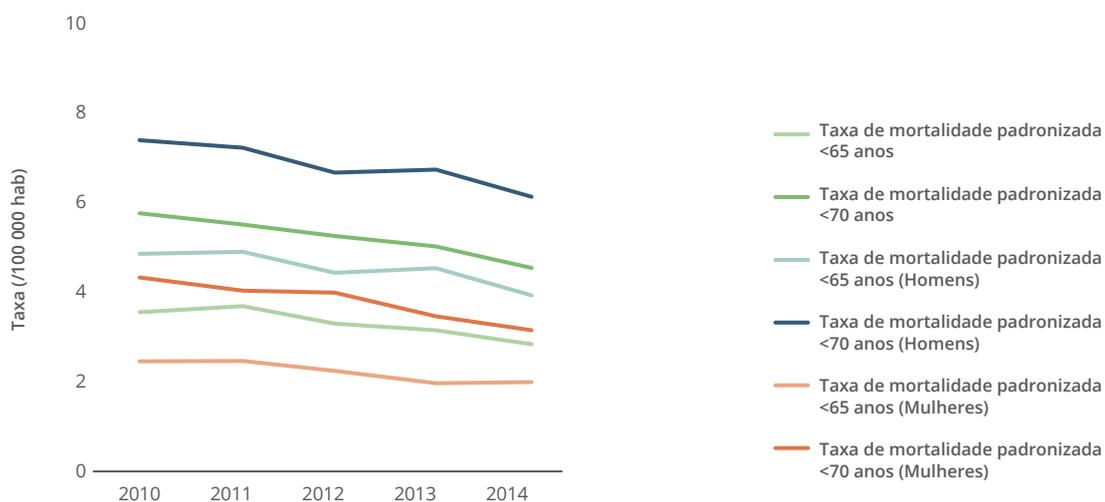
Figura PND 3. Taxas de mortalidade bruta e padronizada por diabetes, por sexo, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.

Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

Figura PND 4. Taxas de mortalidade padronizadas por diabetes em idades inferiores a 65 e 70 anos, por sexo, Portugal, 2010 a 2014



Códigos (CID 10): E10-E14.

Fonte: Elaborado por DGS com base em dados de INE, 2016

2. DOENÇA RENAL CRÓNICA

A prevalência da diabetes nos doentes com DRC tem-se mantido mais ou menos constante desde 2011.

Quadro PND 4. Etiologia da Doença Renal Crónica (DRC) em Terapêutica de Substituição Renal (%), Portugal, 2011 a 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalência da Diabetes nos Doentes com DRC	27,2	27,5	27,7	27,8	28,1
Incidência da Diabetes nos Doentes com DRC	31,7	31,8	31,2	32,2	33,9

Fonte: Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia 2014 e 2015

Quadro PND 5. Etiologia da Doença Renal Crónica (DRC) em Hemodiálise (%), Portugal, 2007 a 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalência da Diabetes nos Doentes com DRC em Hemodiálise	23,8	25,0	25,0	26,9	27,7	28,0	28,2	28,2	28,7
Incidência da Diabetes nos Doentes com DRC em Hemodiálise	29,0	31,0	32,0	33,6	32,6	32,0	32,2	33,0	34,6

Fonte: Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia 2014 e 2015

Quadro PND 6. Etiologia da Doença Renal Crónica (DRC) em Diálise Peritoneal (%), Portugal, 2007 a 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalência da Diabetes nos Doentes com DRC em Diálise Peritoneal	16,5	17,0	16,0	16,5	19,0	20,4	19,4	21,9	19,4
Incidência da Diabetes nos Doentes com DRC em Diálise Peritoneal	19,7	14,0	23,0	17,1	23,1	29,6	21,0	24,5	27,1

Fonte: Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia 2014 e 2015

Quadro PND 7. Etiologia da Doença Renal Crónica (DRC) em Transplantes Renais (%), Portugal, 2008 a 2015

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Prevalência da Diabetes nos Doentes com DRC com Transplantes de Rim	7,0	12,0	9,9	11,6	13,0	11,1	16,0	19,7

Fonte: Relatório do Gabinete de Registo da Sociedade Portuguesa de Nefrologia 2014 e 2015

3. RASTREIO DA RETINOPATIA DIABÉTICA

Em 2015, o número de retinografias aumentou substancialmente, em parte relativo à resolução de alguns constrangimentos regionais que influenciaram o rastreio em 2014, nomeadamente na ARS Algarve.

Embora a taxa de cobertura geográfica do rastreio da retinopatia diabética seja quase de 80% ainda há cobertura populacional muito baixa da ordem dos 24%.

Quadro PND 8. Rastreio da Retinopatia Diabética – número de retinografias por Região de Saúde, 2009 a 2015

Número de retinografias							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	791	8 839	39 006	49 354	57 385	47 454	45 119
Centro	14 766	15 271	15 258	18 496	11 856	13 235	19 792
LVT	3.131	13 867	23 221	24 806	28 272	25 853	35 602
Alentejo	ND	2.761	2.872	2.512	1.668	7.573	3.477
Algarve	10 907	9 395	13 580	7 937	16 106	1 420	16 491
Total	29 595	50 133	93 937	103 105	115 287	95 535	120 481

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

Figura PND 5. Número de retinografias, Portugal Continental, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

Quadro PND 9. Rastreio da Retinopatia Diabética – indicadores do rastreio por Região de Saúde, 2015

	Região de Saúde					
	Norte	Centro	LVT	Alentejo	Algarve	Total
ACES com rastreio	17	8	11	4	2	42
Total de ACES	24	8	15	4	3	54
Cobertura geográfica	68,0%	100,0%	73,0%	100,0%	67,0%	77,8%
Utentes com registo de diabetes	277 706	142 008	183 958	47 221	23 644	674 537
População convocada	75 767	ND	57 049	3 501	23 404	159 721
Número de retinografias	45 119	19 792	35 602	3 477	16 491	120 481
Taxa de adesão	59,5%	ND	62,4%	99,3%	70,5%	75,4%
Taxa de cobertura populacional	16,0%	13,9%	19,4%	7,4%	69,7%	23,7%
Taxa de rastreio populacional	16,2%	13,9%	19,4%	7,4%	69,7%	17,9%

Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

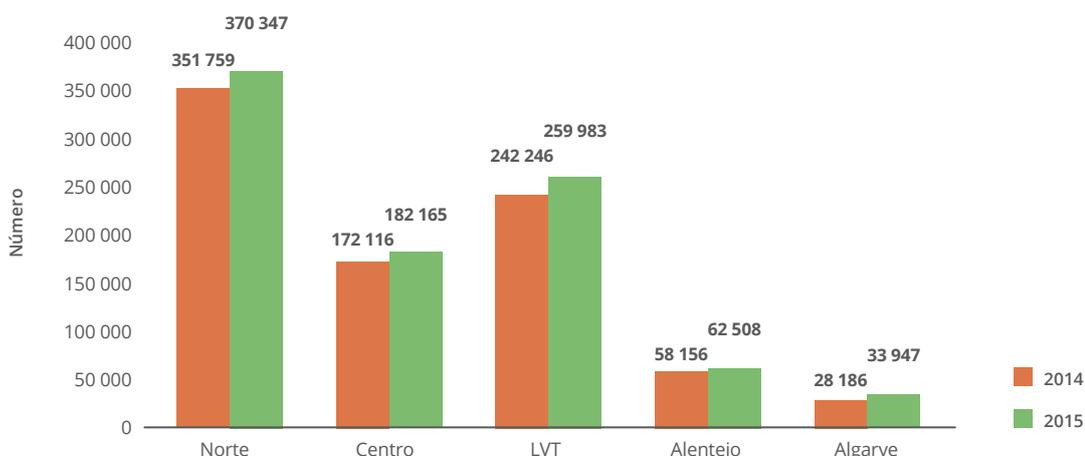
4. A DIABETES NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

4.1. REGISTO DE UTENTES COM DIABETES

Em 2015, o número de utentes com registo de diabetes nos cuidados de saúde primários foi de 908 950. A ARS Norte continua a ser a região onde há mais registos. No entanto, não significa que existam mais utentes com diabetes no norte, mas sim que nessa região se procedem a um maior número de registos.

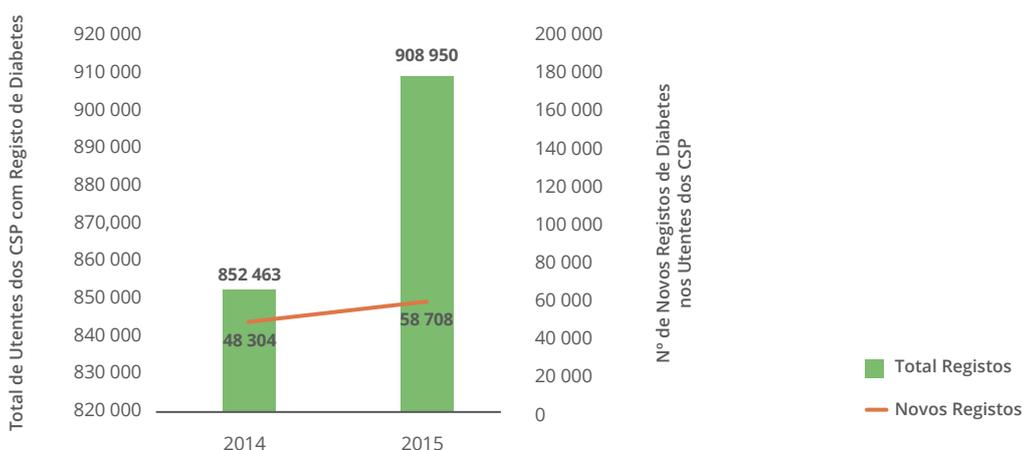
Relativamente aos novos casos de diabetes registados nos cuidados de saúde primários houve um aumento de +10 404 casos em 2015. Mais uma vez, este aumento apenas significa que houve um maior número de registos não permitindo tirar qualquer tipo de conclusões, por si só, relativamente a aumentos na incidência.

Figura PND 6. Número de utentes com registo de diabetes nos CSP, por Região de Saúde, 2014 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PND 7. Número total de utentes com registo de diabetes nos CSP e número de novos casos de Diabetes nos utentes dos CSP, Portugal Continental, 2014 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

4.2. AVALIAÇÃO DO RISCO DE DIABETES

Só em 2015, foram realizadas a nível dos ACES mais de 600 000 avaliações de risco de diabetes. Estas avaliações permitem não só identificar os utentes com risco acrescido de virem a desenvolver diabetes, e neles intervir, mas também diagnosticar utentes com diabetes não diagnosticada.

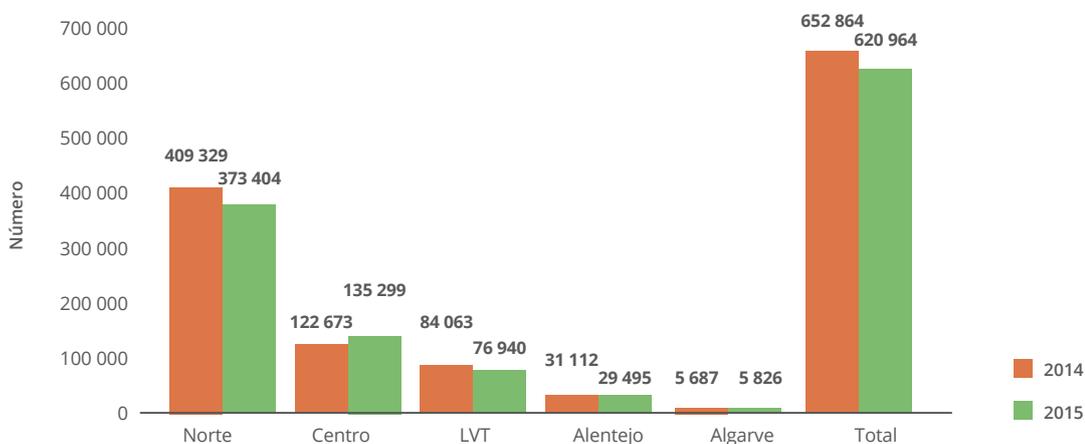
Desde que se iniciou a possibilidade de se proceder à avaliação do risco de diabetes nos CSP, em 2014, já foram avaliados, em todas as ARS 1 273 828 de utentes.

Quadro PND 10. Número de avaliações do risco de diabetes registadas nos CSP, por grau de risco e Região de Saúde, 2015

Risco de Diabetes							
	Muito alto	Alto	Moderado	Baixo	Ligeiro	Não avaliado	Total
Norte	7 925	58 876	69 693	114 217	122 693	0	373 404
Centro	4 506	24 144	24 620	39 027	43 002	0	135 299
LVT	3 124	14 905	15 225	19 501	24 091	94	76 940
Alentejo	671	5 649	6 384	7 826	8 965	0	29 495
Algarve	218	1 107	1 191	1 417	1 893	0	5 826
Total	16.444	104 681	117 113	181 988	200 644	94	620 964

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PND 8. Número de avaliações de risco de diabetes registadas nos CSP, por Região de Saúde, 2014 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

4.3. AVALIAÇÃO DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

Sendo o pé diabético uma das complicações da diabetes responsável por graus de incapacidade elevados e que influencia muito a qualidade de vida das pessoas com diabetes, é indispensável que se façam avaliações periódicas do risco no sentido de evitar que as situações obriguem a medidas extremas como a amputação dos membros inferiores. Em 2015, foram feitas

702 180 avaliações de risco do pé diabético a utentes com diabetes nos cuidados de saúde primários.

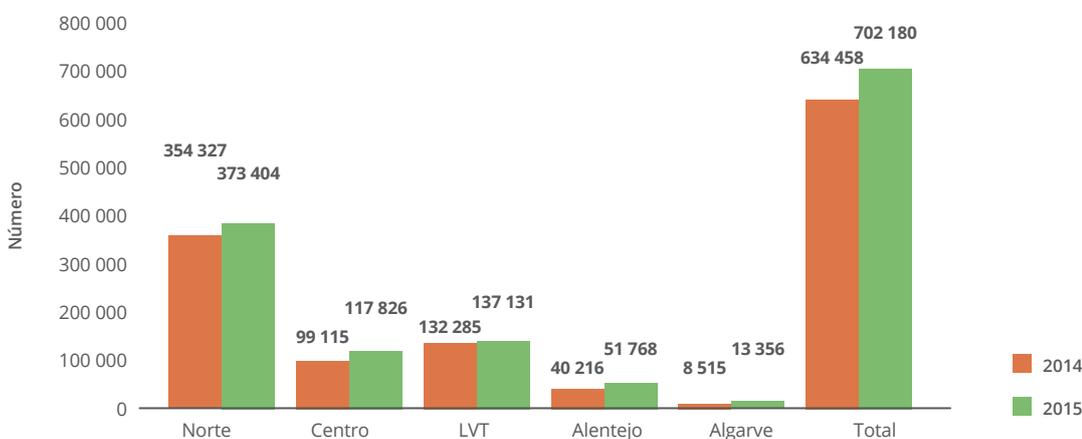
A ARS Norte é a região com mais avaliações realizadas e registadas em 2014 e 2015. No entanto em todas as ARS houve um aumento das avaliações do risco do pé diabético em 2015 quando comparados com os valores de 2014.

Quadro PND 11. Número de avaliações do risco de pé diabético registadas nos CSP, por grau de risco e Região de Saúde, 2015

Avaliações de Risco de Pé Diabético					
	Alto	Médio	Baixo	Não avaliado	Total
Norte	26 160	4 520	351 419	0	382 099
Centro	11 397	2 034	104 395	0	117 826
LVT	14 447	1 771	120 789	124	137 131
Alentejo	6 923	1 094	43 751	0	51 768
Algarve	1 031	269	12 056	0	13 356
Total	59 958	9 688	632 410	124	702 180

Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PND 9. Número de avaliações de risco de pé diabético registadas nos CSP, por Região de Saúde, 2014 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

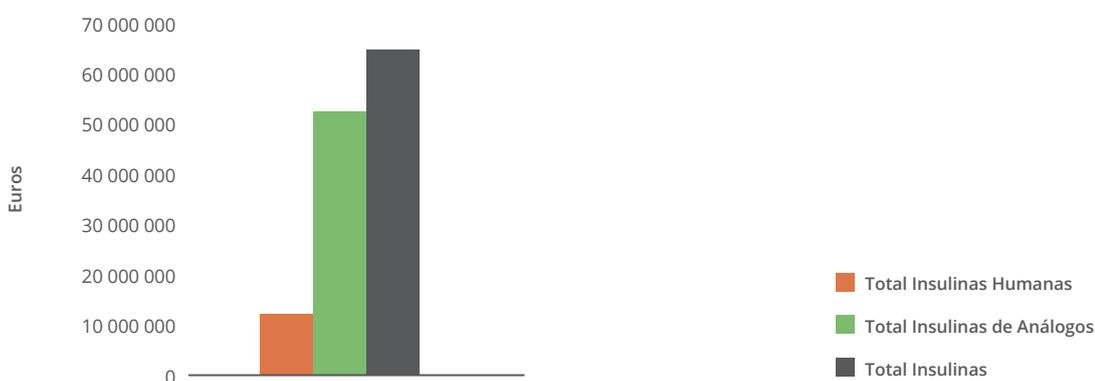
O consumo de insulinas em Portugal refletido nas despesas é feito sobretudo à custa das insulinas de análogos de ação prolongada.

Quadro PND 12. Vendas de insulinas (quantidade e valor PVP), por tipo de insulina e ação, Portugal, 2015

	Quantidade (Nº embalagens)	Valor PVP (Euro)
Insulinas Humanas		
Insulina Rápida (solúvel)	27 065	886 882
Insulina Intermédia (isofânica)	213 215	7 066 403
Insulina Rápida / Intermédia (solúvel + isofânica)	120 680	3 883 907
Total Insulinas Humanas	360 960	11 837 192
Insulinas de Análogos		
Insulina de Análogos Rápida	199 014	7 892 212
Insulinas de Análogos Ação Prolongada	511 307	31 918 257
Insulinas de Análogos Ação Rápida / Intermédia	310 543	12 672 556
Total Insulinas de Análogos	1 020 864	52 483 024
Total Insulinas	1 381 824	64 320 216

Fonte: INFARMED, 2016

Figura PND 10. Vendas de insulinas (valor PVP), por tipo de insulina e ação, Portugal, 2015



Fonte: INFARMED, 2016

Os novos medicamentos para o tratamento da diabetes (Inibidores da DPP4, Agonistas da GPL1 e Glifozinas) representam a parte significativa da despesa para o SNS. Saliente-se o volume de vendas da Combinação Metformina + Inibidores da DPP4 que é muito superior a qualquer das outras.

Assinala-se o valor de consumo residual das tiras de determinação na urina.

Quadro PND 13. Vendas de antidiabéticos e combinações de ADO (quantidade, valor PVP e encargos do SNS), Portugal, 2015

	Quantidade (Nº embalagens)	Valor PVP (Euro)	Encargos do SNS (Euro)
Antidiabéticos	6 534 259	81 247 122	69 386 016
Biguanida	3 208 537	11 368 591	7 628 023
Sulfonilureias	1 803 075	11 905 245	9 257 375
Inibidores da Alfa Glucosidase	344 748	2 343 276	1 933 389
Glinidas	36 207	1 175 775	1 078 198
Glitazonas	81 860	1 506 657	988 718
Inibidores da DPP4	835 818	36 508 471	33 561 533
Agonistas do GLP1	98 041	10 746 239	9 752 127
Glifozinas	125 973	5 692 868	5 186 652
Combinações de ADO	2 410 899	115 247 704	105 296 479
Glimepirida + Pioglitazona	12 174	562 921	513 622
Metformina + Pioglitazona	42 773	1 743 403	1 598 098
Glibenclamida + Metformina	82 977	531 040	487 042
Metformina + Inibidores da DPP4	2 272 975	112 410 340	102 697 717
Total	8 945 158	196 494 827	174 682 496

ADO: Antidiabéticos orais

Fonte: INFARMED, 2016

Quadro PND 14. Vendas de tiras-teste (quantidade, valor PVP e encargos do SNS), Portugal, 2015

Tiras-teste	Quantidade (Nº embalagens)	Valor PVP (Euro)	Encargos do SNS (Euro)
Tiras para determinação de Glicémia	2 803 808	51 173 700	43 361 470
Tiras para determinação de Glicosúria e Cetonúria	924	3 562	3 015
Tiras teste de β -Cetonemia	12 398	164 982	138 444

Fonte: INFARMED, 2016

Sistemas de Perfusão Contínua Sub-Cutânea de Insulina (PCSI)**Quadro PND 15.** Utentes com dispositivos de PCSI, por sexo e idade dos utentes, Portugal, 2015

	Totalidade Bombas			
	Mulheres		Homens	
	N	%	N	%
0-19 anos	223	31%	301	51%
20-39 anos	316	44%	165	28%
40-59 anos	172	24%	96	16%
≥60 anos	15	2%	23	4%
TOTAL (válidos)	726	100%	585	100%

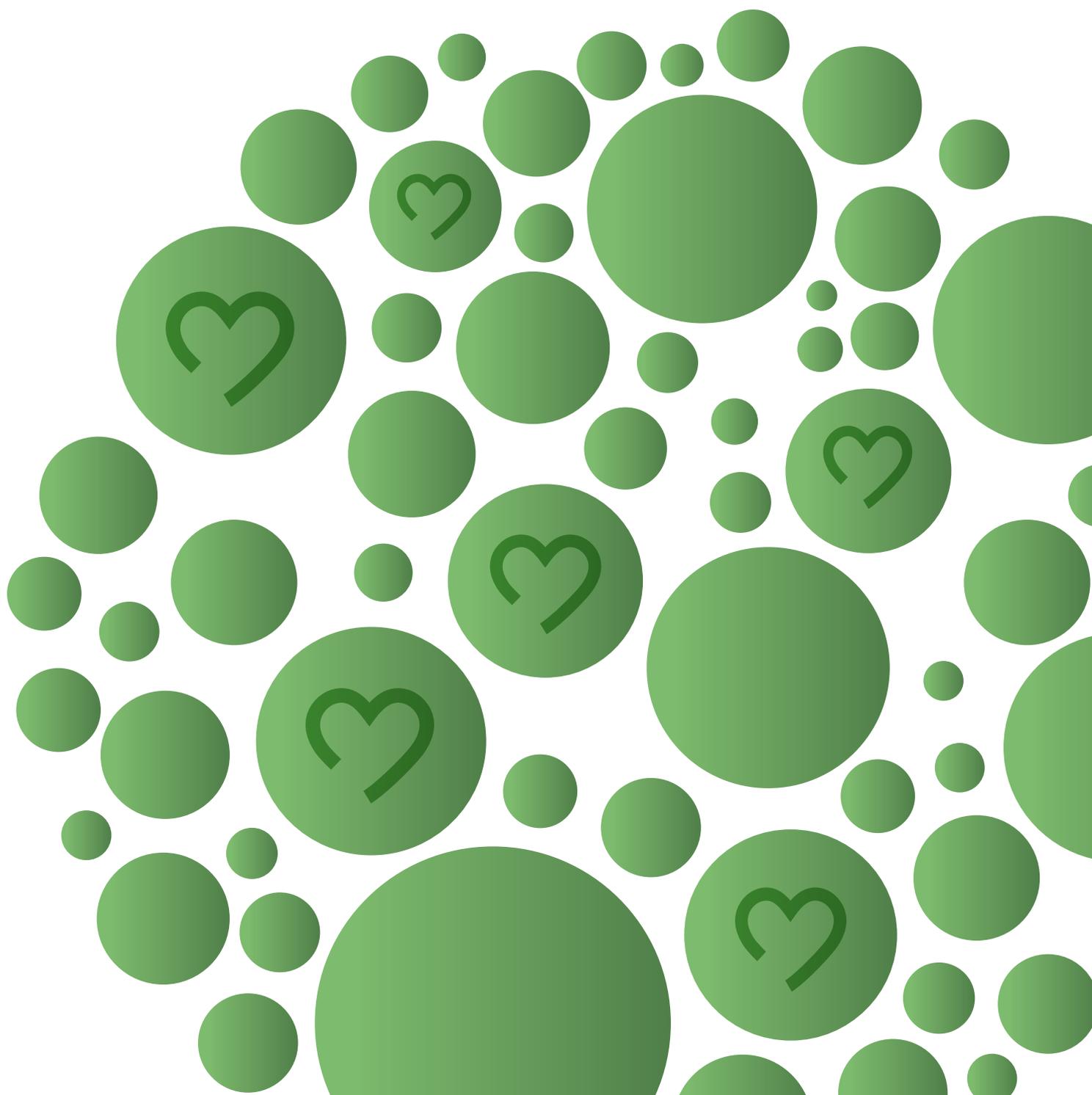
PCSI: Perfusão Contínua Sub-cutânea de Insulina
Fonte: DGS, 2016

Quadro PND 16. Utentes com dispositivos de PCSI (número e despesa), Portugal, 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N.º de utentes	501	693	818	958	1150	1311
Despesa (Euro)	612 206	842 814	796 860	1 230 383	1 201 460	1 413 322

PCSI: Perfusão Contínua Sub-cutânea de Insulina
Fonte: DGS, 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES



Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

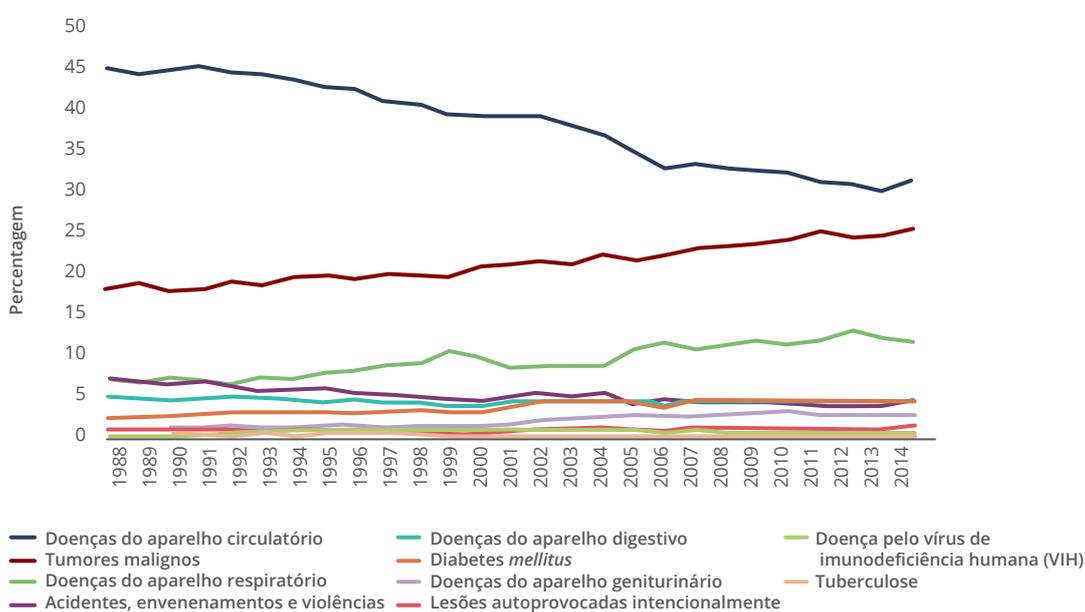
1. MORTALIDADE

Em 2014 verificou-se uma inversão da tendência de redução da mortalidade por doenças do aparelho circula

tório que se mantinha constante na última década.

Voltou assim a ultrapassar-se a “barreira” dos 30% entre todas as causas de morte.

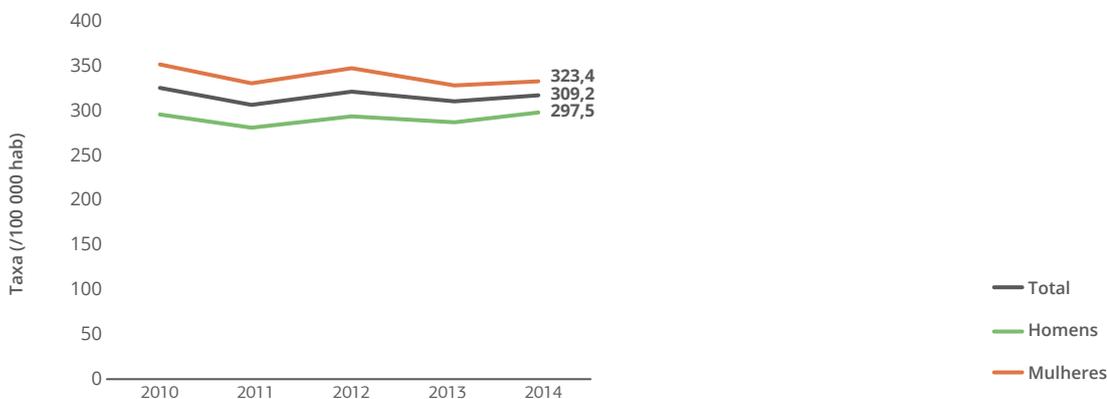
Figura PNDCCV 1. Peso das principais causas de morte na mortalidade total (%), Portugal, 1998 a 2014



Códigos da CID 10: Ver nota metodológica.

Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 2. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I00-I99.

Fonte: INE, 2016

Uma análise mais detalhada permite verificar que esse acréscimo de mortalidade foi sobretudo devido a um aumento das mortes associadas a **doença isquémica**

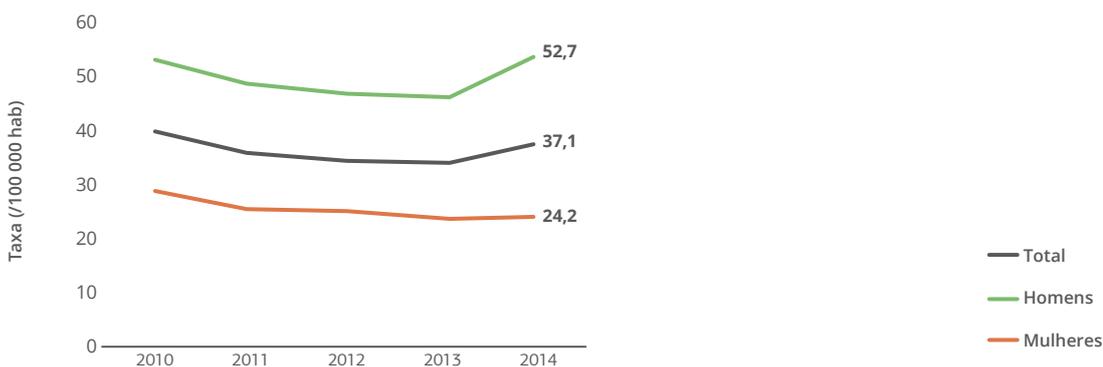
cardíaca, contrastando com uma redução muito significativa na mortalidade por doença cerebrovascular.

Quadro PNDCCV 1. Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014

Doenças do aparelho circulatório					
	2010	2011	2012	2013	2014
Total	317,1	299,9	313,5	302,1	309,2
Homens	289,7	275,1	287,0	281,0	293,5
Mulheres	342,9	322,6	337,7	321,3	323,4

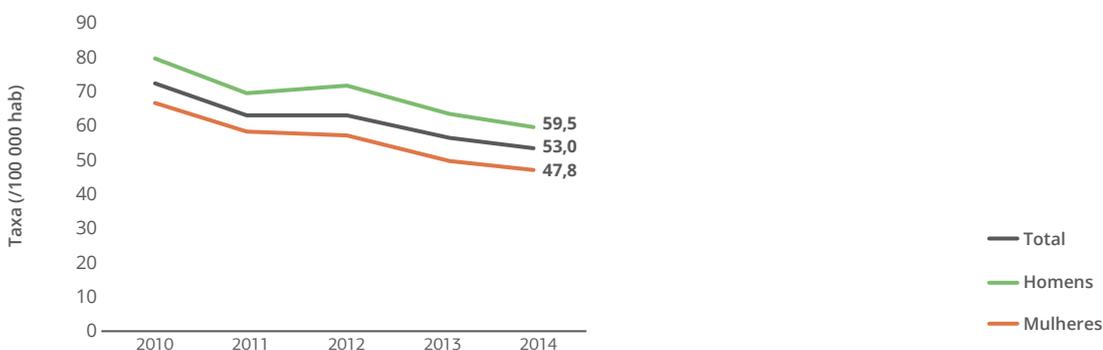
Códigos da CID 10: I00-I99
Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 3. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I20-I25.
Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 4. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, 2016

Em 2016 o Programa Nacional para as Doenças Cerebro-cardiovasculares tinha modificado a definição das suas metas e objetivos estratégicos, passando a eleger como prioritária a redução da **mortalidade prematura** (idade inferior a 70 anos) considerando o maior impacto pessoal, social e económico dos eventos nesta faixa etária.

Foi precisamente na mortalidade prematura por doença isquémica cardíaca e particularmente por enfarte agudo do miocárdio, que ocorreu o maior incremento das taxas de mortalidade e do número de óbitos.

Este facto deve obrigatoriamente suscitar uma reflexão aprofundada e desencadear o planeamento imediato de ações concertadas para uma melhor compreensão das suas causas, criando as respostas mais adequadas.

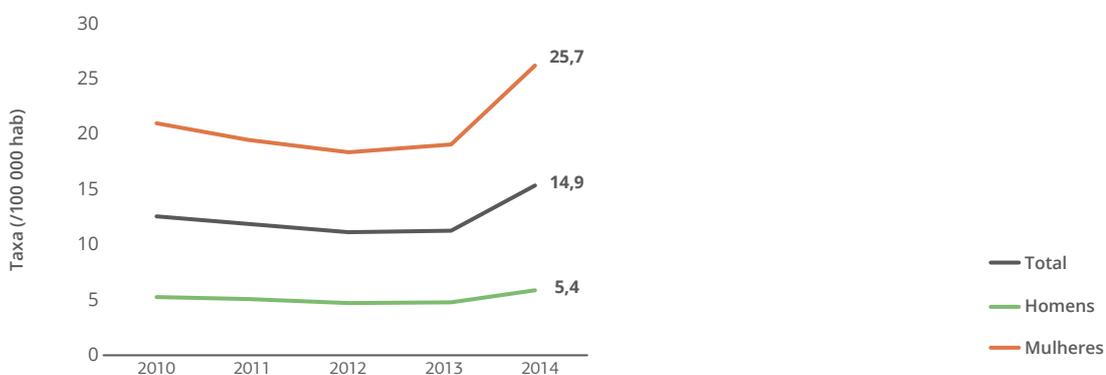
Quadro PNDCCV 2. Indicadores de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio, por sexo, Portugal Continental, 2013 a 2014

Enfarte agudo do miocárdio		
	2013	2014
Ambos os sexos		
Número de óbitos	4 292	4 313
Taxa de mortalidade	43,2	43,6
Taxa de mortalidade padronizada	22,2	23,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	8,3	10,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	207,1	194,8
Sexo masculino		
Número de óbitos	2 342	2 423
Taxa de mortalidade	49,5	51,6
Taxa de mortalidade padronizada	31,9	33,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	13,5	17,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	276,4	255,2
Sexo feminino		
Número de óbitos	1 950	1 890
Taxa de mortalidade	37,4	36,4
Taxa de mortalidade padronizada	14,8	14,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,7	3,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	162,3	154,3

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: I21

Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 5. Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por doenças isquémicas do coração (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I20-I25.

Fonte: INE, 2016

Trata-se, certamente, de um fenómeno com uma génese multifatorial, em que diferentes circunstâncias poderão estar implicadas em todo o circuito assistencial. Contudo numa análise preliminar tudo indica que o acréscimo do número de óbitos ocorreu predominantemente no sexo masculino e antes da admissão hospitalar, reforçando a alta expressão da designada “morte súbita”.

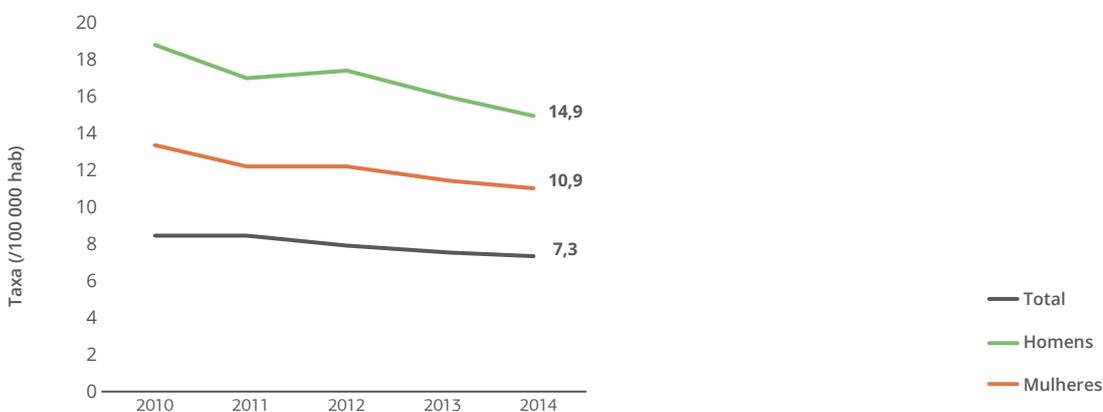
No sentido inverso constata-se a redução da mortalidade por doença cerebrovascular com particular expressão no acidente vascular isquémico em que ocorreram menos 1 261 óbitos (4 838 vs 6 099 em 2013). Esta redução está certamente relacionada com a generalização do conceito de “Unidades de AVC” integradas nas estruturas organizativas das vias verdes, bem como na expansão do uso clínico de anticoagulantes orais não dicumarínicos como terapêutica antitrombótica da fibrilhação auricular.

Quadro PNDCCV 3. Indicadores de mortalidade por AVC isquémico, por sexo, Portugal Continental, 2013 a 2014

AVC isquémico		
	2013	2014
Ambos os sexos		
Número de óbitos	6 099	4 838
Taxa de mortalidade	61,3	48,9
Taxa de mortalidade padronizada	27,3	20,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,1	2,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	335,6	262,1
Sexo masculino		
Número de óbitos	2 468	1 947
Taxa de mortalidade	52,2	41,4
Taxa de mortalidade padronizada	30,6	23,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	5,8	4,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	359,2	280,9
Sexo feminino		
Número de óbitos	3 631	2 891
Taxa de mortalidade	69,6	55,6
Taxa de mortalidade padronizada	24,7	18,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,7	1,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	317,9	247,5

AVC: Acidente vascular cerebral.
Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: I63-I66
Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 6. Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por doenças cerebrovasculares (por 100 000 habitantes), por sexo, Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I60-I69.
Fonte: INE, 2016

De uma forma global é visível a aproximação do padrão de mortalidade cardiovascular na população portuguesa, com a realidade europeia e da OCDE em que existe um claro predomínio da doença isquémica cardíaca face à doença cerebrovascular.

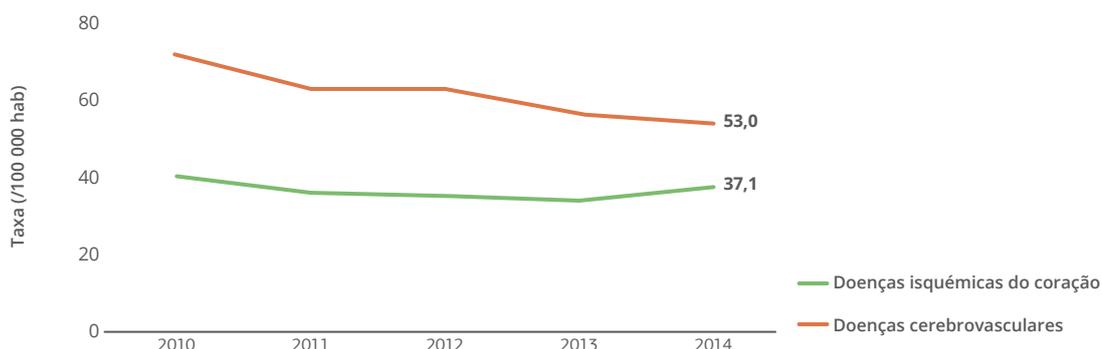
2. MORBILIDADE HOSPITALAR

A importância das doenças cérebro-cardiovasculares na atividade assistencial hospitalar também tem sofrido

de um considerável incremento, expresso no aumento do número de episódios de internamento associado (104 161 em 2011 vs 131 343 em 2015).

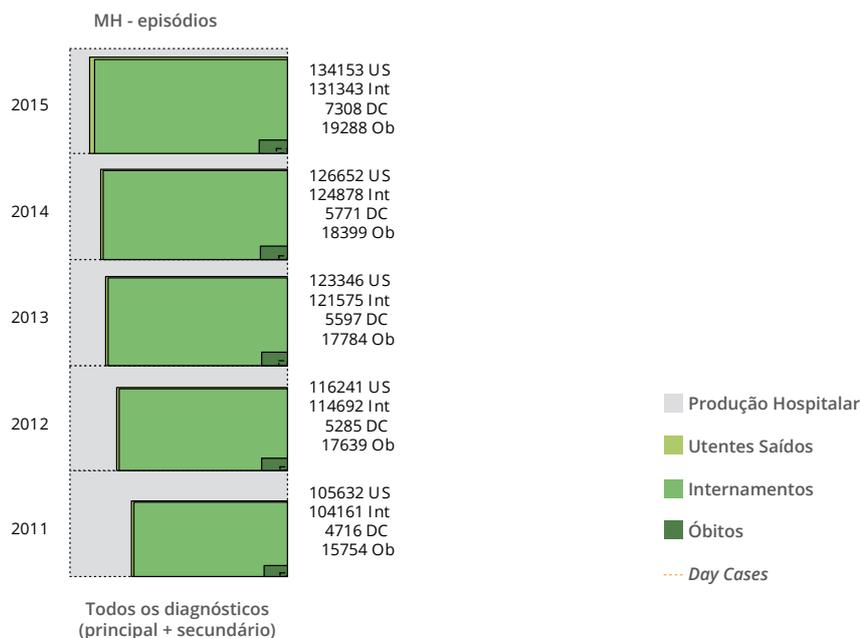
Todos estes dados reforçam a importância do aprofundamento do conhecimento da realidade nacional sobre a prevalência e controlo dos fatores de risco, particularmente no ambiente de cuidados primários, como é o caso da hipertensão arterial, da dislipidemia e do tabagismo para além da Diabetes *Mellitus*.

Figura PNDCCV 7. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares e por doenças isquémicas do coração (por 100 000 habitantes), Portugal Continental, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: I20-I25 e I60-I69.
 Fonte: INE, 2016

Figura PNDCCV 8. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de doenças cérebro-cardiovasculares (diagnósticos principais e secundários), Portugal Continental, 2011 a 2015



Códigos da CID-9-MC incluídos:
 410 (Enfarte agudo do miocárdio)
 428 (Insuficiência cardíaca)
 430 (Hemorragia subaracnoideia)

431 (Hemorragia intracerebral)
 432 (Hemorragia intracraniana não especificada ou NCOP)
 434 (Oclusão de artérias cerebrais)

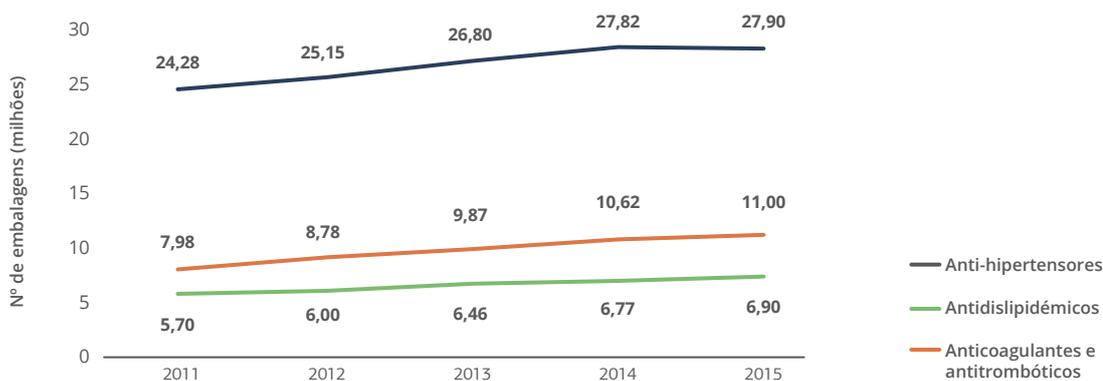
US - Utentes saídos; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Por último merece ser salientada a tendência de progressão do número de embalagens de fármacos anti-hipertensores e antidiispidémicos, consumidos no

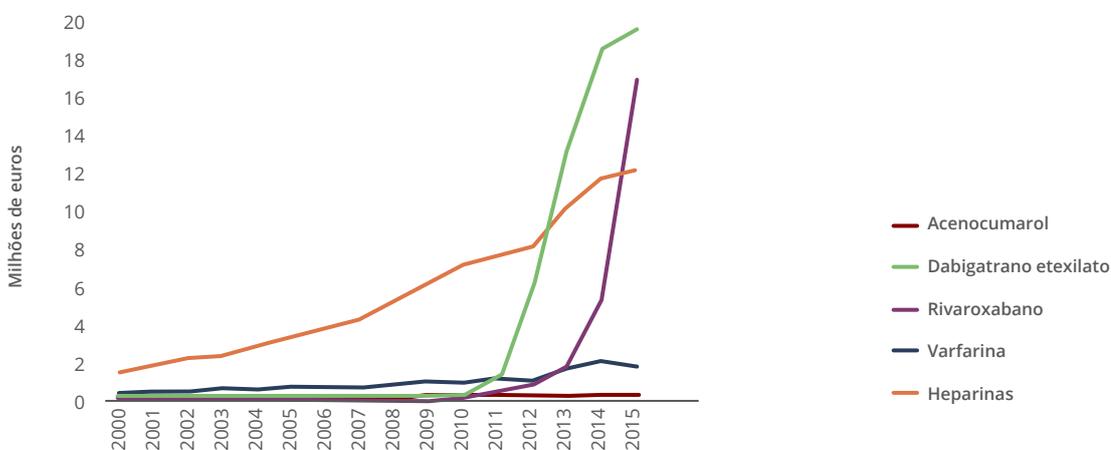
SNS, que se mantêm constante ao longo dos últimos cinco anos analisados

Figura PNDCCV 9. Vendas de medicamentos no SNS (n.º de embalagens), subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos do Aparelho cardiovascular e Sangue, Portugal Continental, 2011 a 2015



Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNDCCV 10. Encargos para o SNS com medicamentos anticoagulantes (em milhões de Euros), Portugal, 2000 a 2015



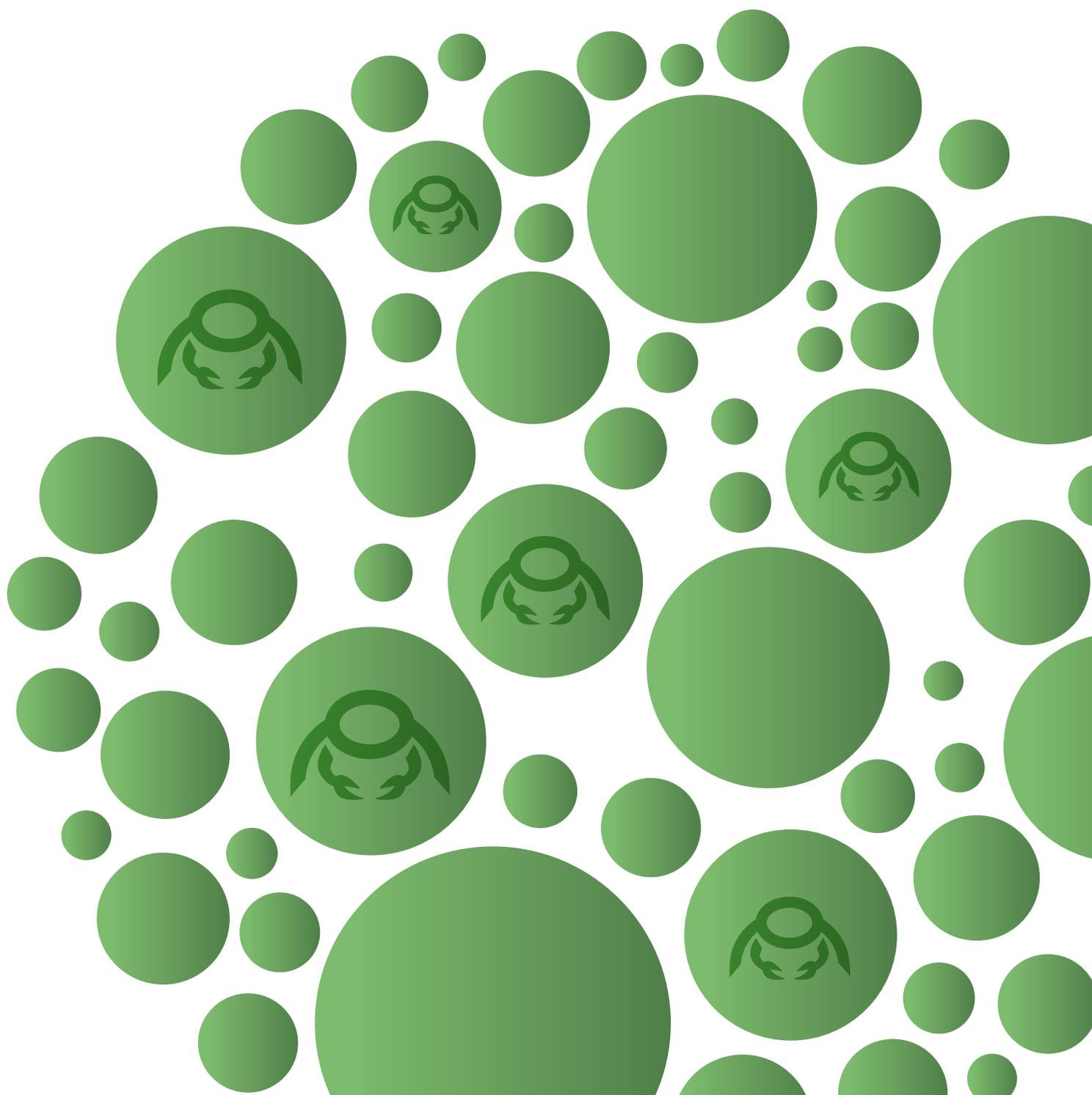
Fonte: INFARMED, 2016

Quadro PNDCCV 3. Vendas de medicamentos no SNS (n.º de embalagens), subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos do Aparelho cardiovascular e Sangue, Portugal Continental, 2011 a 2015

Venda de medicamentos no SNS					
	2011	2012	2013	2014	2015
Anti-hipertensores	24 284 982	25 154 167	26 798 800	27 818 197	27 900 524
Antidiispidémicos	7 979 306	8 782 986	9 871 160	10 623 835	10 995 016
Anticoagulantes e antitrombóticos	5 703 692	5 995 031	6 463 178	6 771 934	6 902 199

Fonte: INFARMED, 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA
AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS



Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

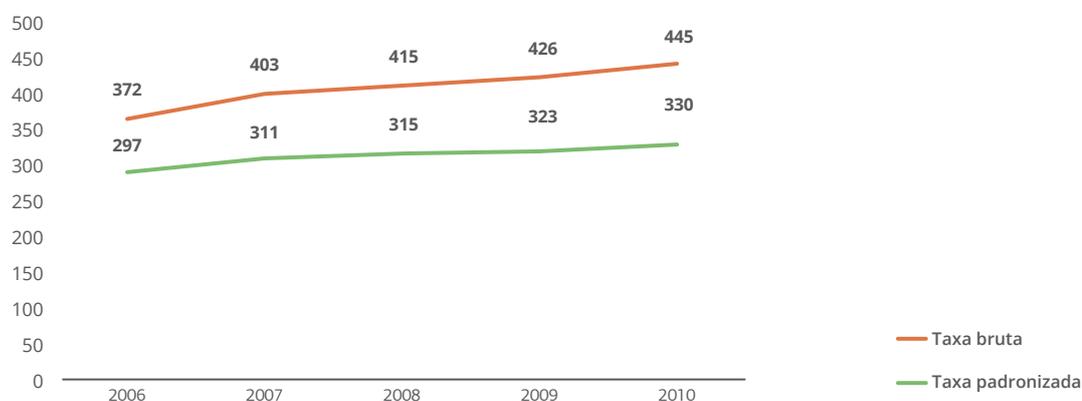
1. INCIDÊNCIA DE TUMORES

O número de novos casos de cancro tem subido a uma taxa regular de 3% ao ano. Este aumento é maior na taxa bruta do que na padronizada, refletindo tanto o envelhecimento da população, como uma sobrevivência maior tanto ao cancro como a outras doenças. O peso absoluto e relativo das doenças oncológicas tem vindo a aumentar.

No sexo masculino os tumores mais frequentes são os da próstata, do pulmão, do cólon e reto, tendo vindo notoriamente a aumentar de importância os linfomas.

No sexo feminino os tumores da mama e do cólon e reto são os mais frequentes, tendo ganho maior importância, nos últimos anos, os tumores da tiroideia e os linfomas. A notar também o peso crescente dos melanomas.

Figura PNDO 1. Taxa bruta e taxa padronizada de incidência de tumores malignos (por 100 000 habitantes), Portugal, 2006 a 2010



Fonte: Registo Oncológico Nacional, 2006 a 2010

Quadro PNDO 1. Taxa bruta e taxa padronizada de incidência de tumores malignos (por 100 000 habitantes) no sexo masculino, por patologia, Portugal, 2010

	Taxa bruta	Taxa padronizada
Próstata	120,3	90,5
Traqueia, Brônquios e Pulmão	57,7	45,2
Cólon	57,1	42,3
Estômago	34,8	26,2
Reto	29,7	22,6
Bexiga	27,9	20,4
Linfoma não Hodgkin	19,2	15,4
Rim	12,6	10,2
Laringe	11,7	9,9
Esófago	9,3	7,7

Nota: até 2014 apenas eram de notificação obrigatória as hepatites agudas. Desde 2015, são de notificação obrigatória as hepatites nos estadios agudos e crónicos

Fonte: DGS, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), 2016

Quando analisada conjuntamente a população de ambos os sexos, e no que se refere à avaliação de taxas padronizadas de incidência, nota-se uma evolução significativa, com aumento dos casos de cancro da mama, diminuição do cancro do estômago e uma tendência preocupante de aumento dos casos de cancro do pulmão.

Consideramos as variações do cancro da próstata erráticas, provavelmente resultantes de oscilações nas práticas de rastreio.

Quadro PNDO 2. Taxa bruta e taxa padronizada de incidência de tumores malignos (por 100 000 habitantes) no sexo feminino, por patologia, Portugal, 2010

	Taxa bruta	Taxa padronizada
Mama	118,5	93,2
Cólon	39,0	24,2
Glândula Tiroideia	23,8	21,5
Estômago	21,3	13,1
Corpo do Útero	17,8	12,4
Reto	16,3	10,4
Traqueia, Brônquios e Pulmão	15,8	11,0
Linfoma Não Hodgkin	15,3	10,8
Colo do Útero	13,5	11,3
Melanoma Maligno da Pele	9,1	6,9

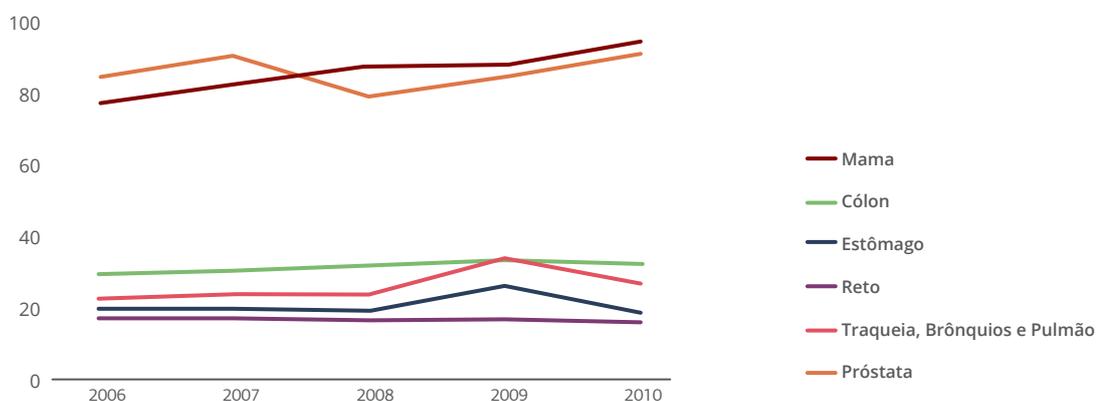
Fonte: Registo Oncológico Nacional 2010, ROENO (2016)

Quadro PNDO 3. Taxa padronizada de incidência de tumores malignos (por 100 000 habitantes), por patologia, Portugal, 2006 a 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Mama	76,8	82,3	87,4	87,6	93,2
Cólon	29,5	30,2	31,5	33,2	32,1
Estômago	19,0	19,5	19,1	25,5	18,9
Reto	16,7	17,4	16,4	16,7	15,8
Traqueia, Brônquios e Pulmão	22,4	23,6	23,8	33,2	26,5
Próstata	84,0	89,3	78,2	83,7	90,5

Fonte: Registo Oncológico Nacional 2006-2010

Figura PNDO 2. Taxa padronizada de incidência de tumores malignos (por 100 000 habitantes), por patologia, Portugal, 2006 a 2010



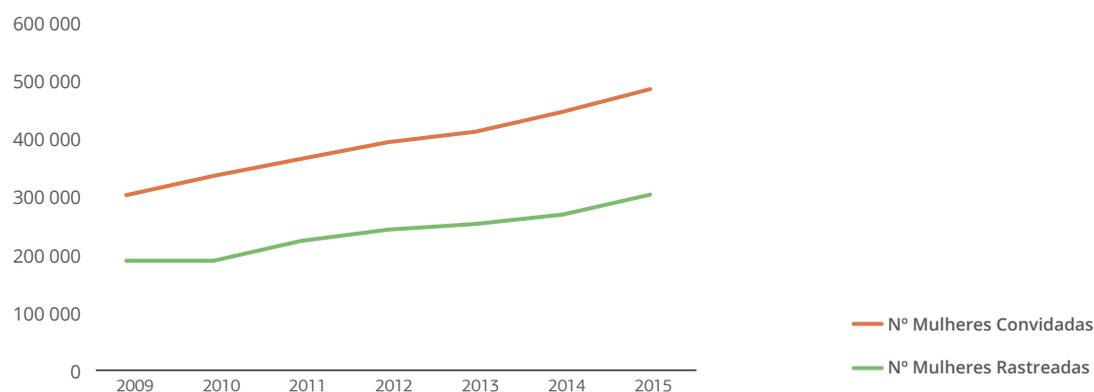
Fonte: Registo Oncológico Nacional 2006-2010

2. RASTREIOS ONCOLÓGICOS DE BASE POPULACIONAL

Os rastreios de base populacional para doenças oncológicas, têm vindo a consolidar o seu papel, a aumentar a área geográfica coberta, particularmente os da mama e do colo do útero

O número de mulheres convidadas e rastreadas, para o cancro da mama, tem vindo a aumentar sustentadamente, estando atualmente acima dos 65% a taxa de mulheres convidadas.

Figura PNDO 3. Número de mulheres convidadas e rastreadas no rastreio do cancro da mama, Portugal, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

Figura PNDO 4. Taxa de cobertura geográfica e taxa de adesão ao rastreio do cancro da mama, Portugal, 2009 a 2015

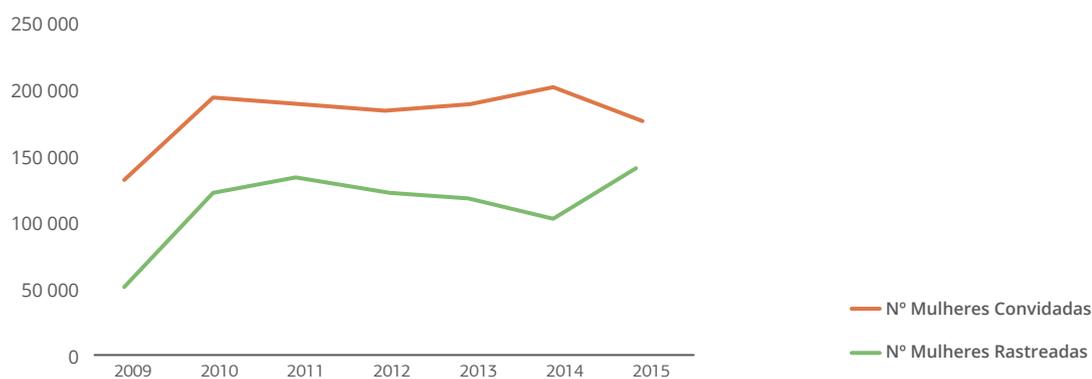


Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

No caso do rastreio do cancro do colo do útero houve também um aumento significativo da cobertura do rastreio, fruto do alargamento a toda a Região Norte. Parcialmente pelo efeito de rastreio inaugural, tivemos também um aumento significativo da taxa de adesão.

Atualmente, e em algumas Regiões, pondera-se a substituição do teste primário de rastreio pela pesquisa de HPV, para redução do número de citologias necessário.

Figura PNDO 5. Número de mulheres convidadas e rastreadas no rastreio do cancro do colo do útero, Portugal, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

Figura PNDO 6. Taxa de cobertura geográfica e taxa de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, Portugal, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

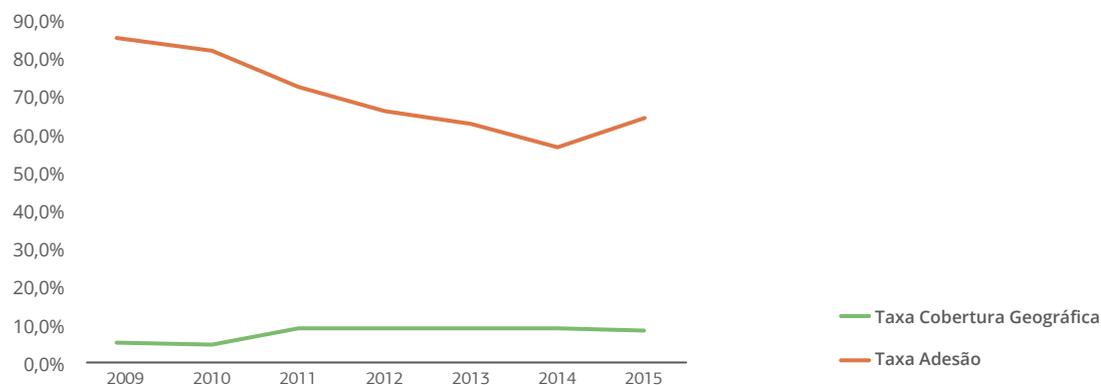
O rastreio para o cancro colo-retal é ainda incipiente, muito abaixo das necessidades, sendo o alargamento da cobertura do mesmo a corrente prioridade.

Figura PNDO 7. Número de utentes convidados e rastreados no rastreio do cancro do cólon e reto, Portugal, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

Figura PNDO 8. Taxa de cobertura geográfica e taxa de adesão ao rastreio do cancro do cólon e reto, Portugal, 2009 a 2015



Fonte: Administrações Regionais de Saúde, 2016

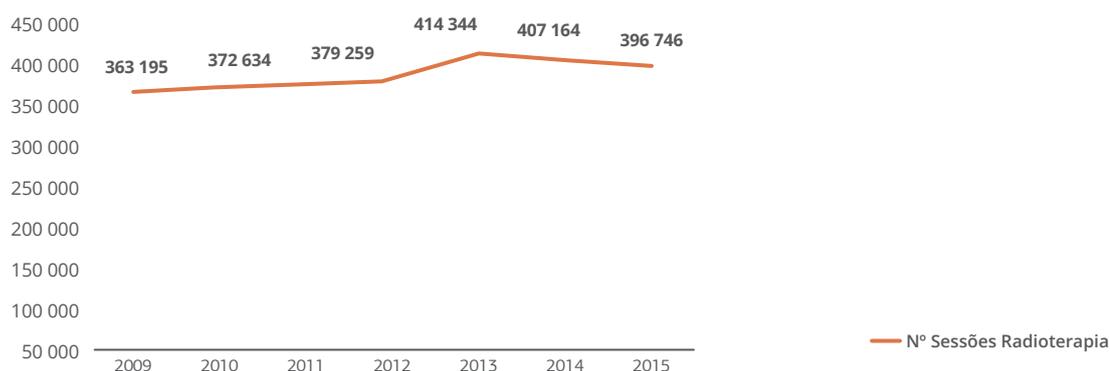
3. CUIDADOS HOSPITALARES

3.1. RADIOTERAPIA

Houve uma diminuição do número de tratamentos de radioterapia, o que pode refletir tanto práticas diferentes de planeamento, com diminuição do número de

sessões por doente, como substituição de modalidade terapêutica. Durante este período houve até aumento da capacidade instalada dentro do SNS.

Figura PNDO 9. Número de sessões de radioterapia em Hospital de Dia, Portugal Continental, 2010 a 2015



Fonte: ACSS, DPS, SICA, novembro 2016

Quadro PNDO 4. Número de sessões de radioterapia em Hospital de Dia, por hospital, Portugal Continental, 2013 a 2015

	Dezembro 2013		Dezembro 2014		Dezembro 2015	
	Trat. simples	Trat. complexos	Trat. simples	Trat. complexos	Trat. simples	Trat. complexos
Hospital Espírito Santo de Évora, EPE	18 241	6 326	16 568	8 710	15 687	9 714
Centro Hospitalar do Algarve, EPE	16 981		15 293	50	14 206	
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	15 316	8 203	22 319		22 949	
Instituto Português Oncologia de Coimbra, EPE	34 026	2 635	30 950	3 913	28 241	4 244
Centro Hospitalar de São João, EPE	25 219	1 718	25 284	3 377	22 876	3 857
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	10 504	492	11 232	940	9 043	1 876
Instituto Português Oncologia do Porto, EPE	28 297	52 553	20 558	58 697	21 173	54 444
Hospital de Braga, PPP		29 147		29 742		30 531
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, EPE	26 157	1 377	28 098	2 115	24 330	2 978
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE	54 630		39 861	803	35 191	1 630
Hospital Distrital de Santarém, EPE	8 722		8 678		9 146	79
Instituto Português Oncologia de Lisboa, EPE	57 650	16 150	49 597	30 379	44 782	39 769
TOTAL	295 743	118 601	268 438	138 726	247 624	149 122

Fonte: ACSS, DPS, SICA, novembro 2016

3.2. QUIMIOTERAPIA

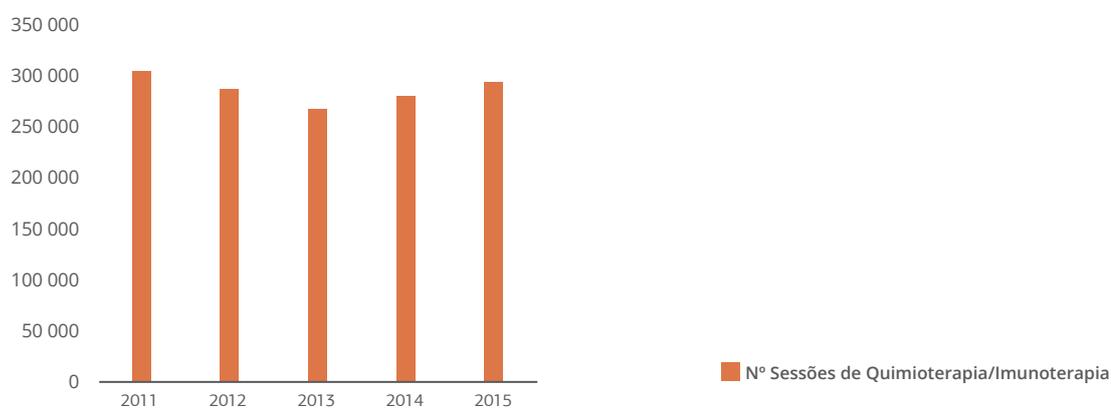
À semelhança do que ocorreu no ano passado, continuamos a assistir a um aumento do número de sessões de quimioterapia (5,6%, entre 2014 e 2015) em linha com o aumento de custos associado.

Quadro PNDO 5. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a admissão para Quimioterapia e Imunoterapia por condições neoplásicas*, Portugal Continental, 2011 a 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Utentes Saídos	300 828	283 211	264 148	275 769	291 317
Dias de Internamento	28 372	44 088	23 506	24 062	22 490
Day Cases	293 398	275 956	257 622	268 773	284 802
Óbitos	56	77	26	29	23
Internamentos	17 387	9 893	7 344	8 223	8 627

*diagnóstico principal
Código da CID 9 MC: V581
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

Figura PNDO 10. Admissão para Quimioterapia e Imunoterapia por condições neoplásicas* (Utentes Saídos), Portugal Continental, 2011 a 2015



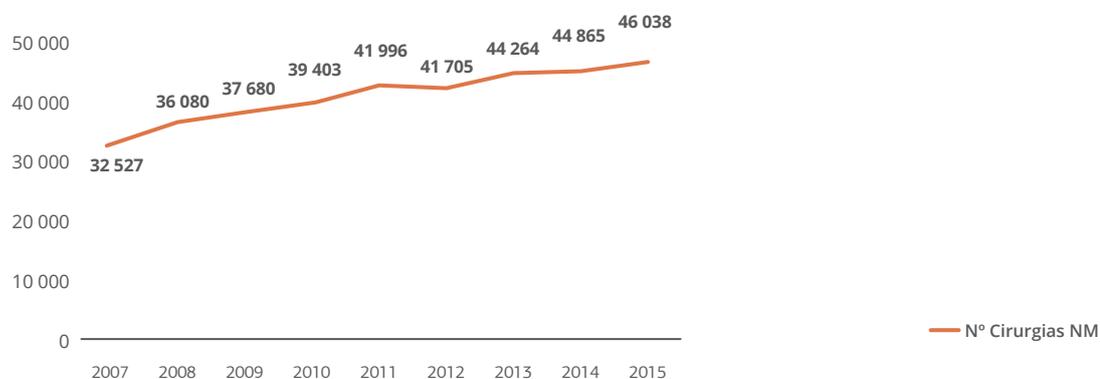
*diagnóstico principal
Código da CID 9 MC: V581
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

4. CIRURGIA ONCOLÓGICA

O número de cirurgias oncológicas tem continuado a aumentar, sendo que em 2015 o número de operados aumentou 2.6%, significativamente mais do que o

aumento de inscritos que foi de 1.9%. Este aumento da capacidade de resposta, superior ao aumento da procura, refletiu-se numa diminuição da mediana do tempo de espera em 1 dia.

Figura PNDO 11. Número de cirurgias a neoplasias malignas, Portugal Continental, 2007 a 2015



Fonte: ACSS, SIGIC, 2016

Quadro PNDO 6. Evolução na lista de inscritos para cirurgia de utentes inscritos com neoplasias malignas que ultrapassaram o tempo máximo de resposta garantido, Portugal Continental, 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 2014/2015
Entradas NM em LIC	44 610	47 144	46 827	49 349	50 217	51 182	1,9
Nº Utentes Inscritos NM (LIC NM)	3 287	3 624	3 524	3 916	3 908	4 133	5,8
Mediana TE LIC NM em dias	22	25	26	27	28	27	-3,6
Percentil 90 do TE da LIC NM em dias	66	99	83	92	71	73	2,8
% Inscritos NM > TMRG	16,5	23,7	21,7	25,1	19,7	19,7	0,1

LIC: Lista de Inscritos para Cirurgia; NM: Neoplasia Maligna; TMRG: Tempo Máximo de Resposta Garantido; TE: Tempo de Espera.

Fonte: ACSS, SIGIC, 2016

Quadro PNDO 7. Percentagem de operados que ultrapassaram o tempo máximo de resposta garantido em 2015 – Total de operados e total de operados a neoplasias malignas, Portugal Continental, 2015

	Total Operados	Total Operados NM
%Operados > TMRG	8,5%	16,1%
%Operados prioritários > TMRG	13,2%	16,1%

TMRG: Tempo Máximo de Resposta Garantido.

Fonte: ACSS, SIGIC, 2016

Quadro PNDO 8. Evolução de operados a neoplasias malignas que ultrapassaram o tempo máximo de resposta garantido, Portugal Continental, 2009 a 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Δ 2014/2015
%Operados > TMRG	15,2%	13,2%	12,6%	14,8%	15,3%	16,0%	16,1%	0,6%
%Operados prioritários > TMRG	18,4%	14,2%	13,6%	15,3%	15,8%	16,8%	16,1%	-4,0%

TMRG: Tempo Máximo de Resposta Garantido.

Fonte: ACSS, SIGIC, 2016

5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS

5.1. VENDA E DISPENSA DE MEDICAMENTOS NO SNS

O consumo de medicamentos antineoplásicos tem continuado a aumentar, mas atualmente mais em custo

(11 %) do que em quantidade (4%). Este aumento reflete a utilização crescente de fármacos mais dispendiosos.

Este tipo de variação é confirmado pelos dados provisórios do primeiro semestre de 2016, apresentados nos quadros seguintes.

Quadro PNDO 9. Vendas de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores em farmácia de comunidade (valor e encargos do SNS) por subgrupo, Portugal, 2010 a 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Valor de PVP (Euro)						
Citotóxicos	802 947	1 020 919	963 531	1 288 584	1 607 682	1 839 384
Hormonas e anti-hormonas	3 565 769	3 474 972	3 166 419	3 835 959	4 811 625	5 332 406
Imunomoduladores	6 479 645	6 539 089	5 936 213	5 723 059	6 063 477	5 965 377
Encargos do SNS (Euro)						
Citotóxicos	576 948	736 915	697 972	925 532	1 135 571	1 335 765
Hormonas e anti-hormonas	1 950 126	1 876 728	1 817 915	2 202 106	2 635 440	2 791 161
Imunomoduladores	6 069 326	6 312 178	5 774 237	5 546 753	5 797 244	5 528 008

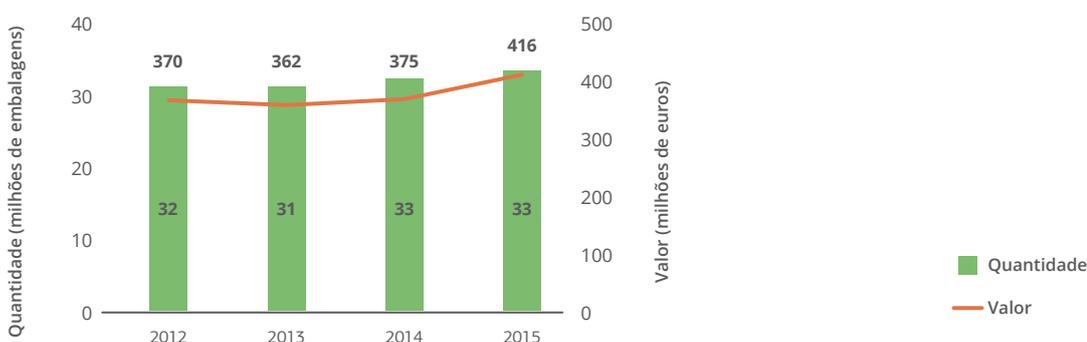
Fonte: INFARMED, 2016

Quadro PNDO 10. Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (quantidade e valor) por subgrupo, Portugal Continental, 2013 a 2015

	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Quantidade (Nº embalagens)			Valor (Euro)			
Dispensa em internamento						
Citotóxicos	427 970	158 497	168 035	8 605 457	6 035 528	6 214 678
Hormonas e anti-hormonas	645 441	87 259	94 944	312 152	163 317	208 962
Imuno-moduladores	2 050 803	2 206 160	2 334 449	12 626 745	10 767 425	11 154 462
Subtotal dispensa internamento	3 124 214	2 451 916	2 597 428	21 544 354	16 966 270	17 578 102
Dispensa total em meio hospitalar						
Citotóxicos	6 264 512	6 515 091	6 746 039	98 976 237	101 456 916	113 486 051
Hormonas e anti-hormonas	12 228 267	12 428 782	12 808 715	22 008 282	21 173 551	24 057 586
Imuno-moduladores	12 864 196	13 731 992	14 437 435	240 709 052	251 924 777	278 358 454
Dispensa total em meio hospitalar	31 356 975	32 675 865	33 992 189	361 693 570	374 555 244	415 902 091

Fonte: CHNM/INFARMED, 2016

Figura PNDO 12. Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (quantidade e valor), Portugal Continental, 2012 a 2015



Fonte: CHNM/INFARMED, 2016

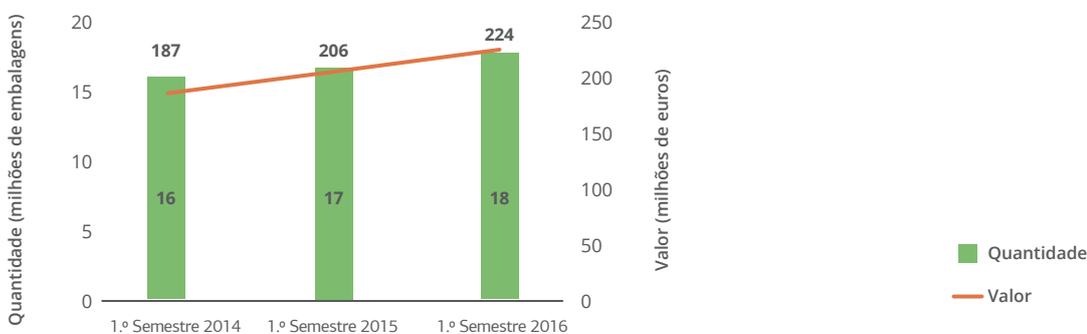
5.2. ENCARGOS NO 1.º SEMESTRE (ANOS 2014 A 2016)

Quadro PNDO 11. Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (quantidade e valor), Portugal Continental, 1.º semestre dos anos 2014 a 2016

	Quantidade (Nº embalagens)	Valor (Euro)
1.º Semestre 2014	16 021 070	187 170 070
1.º Semestre 2015	16 740 928	205 524 726
1.º Semestre 2016	17 721 733	223 920 434
Variação Homóloga 2014/2015	4,5%	9,8%
Variação Homóloga 2015/2016	5,9%	9,0%

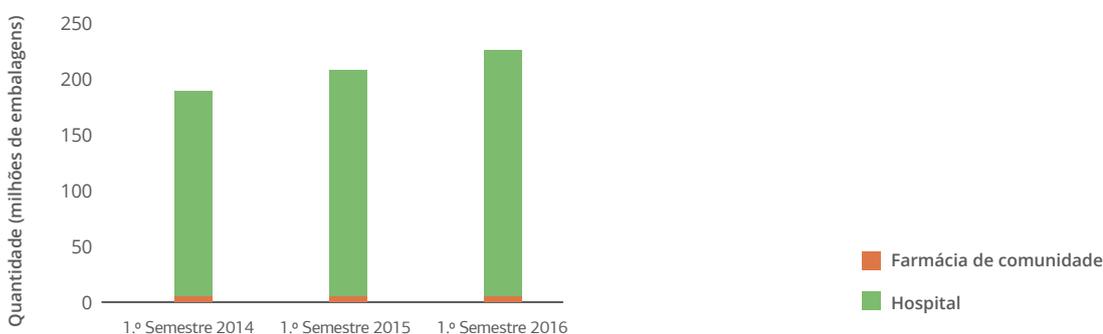
Fonte: CHNM/INFARMED, 2016

Figura PNDO 13. Dispensa de medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores nos hospitais do SNS (quantidade e valor), Portugal Continental, 1.º semestre dos anos 2014 a 2016



Fonte: CHNM/INFARMED, 2016

Figura PNDO 14. Encargos do SNS com medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores em farmácia de comunidade e em meio hospitalar, Portugal Continental, 1.º semestre dos anos 2014 a 2016



Fonte: INFARMED, 2016

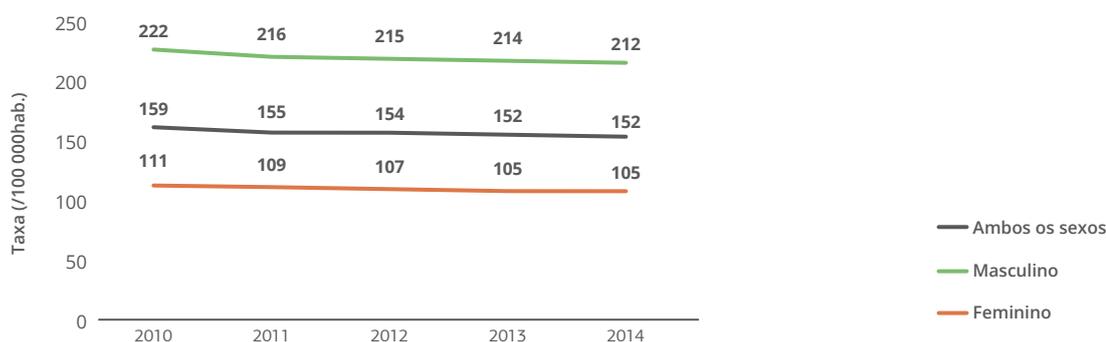
6. MORTALIDADE ASSOCIADA AOS TUMORES MALIGNOS

As taxas de mortalidade padronizadas, para doenças oncológicas, têm vindo sustentadamente a diminuir, traduzindo a maior eficácia no tratamento destes doentes. É notória a assimetria de género, dependente essencialmente de diferentes estilos de vida.

A diminuição da taxa de mortalidade padronizada, por doenças oncológicas, na população abaixo dos 65 anos, é particularmente importante, pelo impacto individual e social.

Esta é a área de maior desafio, para a próxima década, já que o cancro é a principal causa de mortalidade precoce.

Figura PNDO 15. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos (por 100 000 habitantes) por sexo, Portugal, 2010 a 2014



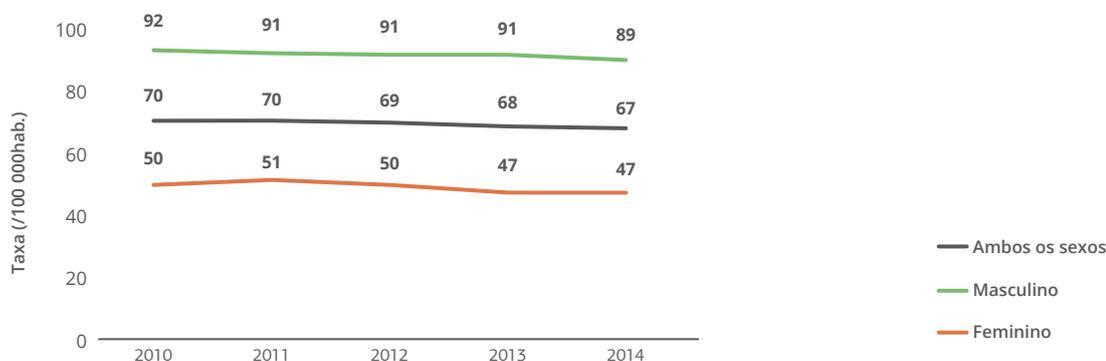
Códigos da CID 10: C00-C97
Fonte: INE, 2016

Quadro PNDO 12. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em idades inferiores a 65 anos (por 100 000 habitantes) por sexo, Portugal, 2010 a 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Ambos os sexos	69,9	70,0	69,1	67,9	66,9
Masculino	92,0	91,2	90,5	90,7	89,0
Feminino	49,7	50,8	49,6	47,2	47,0

Códigos da CID 10: C00-C97
Fonte: INE, 2016

Figura PNDO 16. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em idades inferiores a 65 anos (por 100 000 habitantes) por sexo, Portugal, 2010 a 2014



Códigos da CID 10: C00-C97.
Fonte: INE, 2016

7. CONCLUSÕES

O peso social das doenças oncológicas tem vindo a crescer, e vai manter a mesma tendência, ao longo das próximas décadas.

As solicitações a que vai estar sujeito o SNS, vão ser crescentes e cada vez mais complexas.

A capacidade de resposta tem sido notável, particularmente quando medida em resultados.

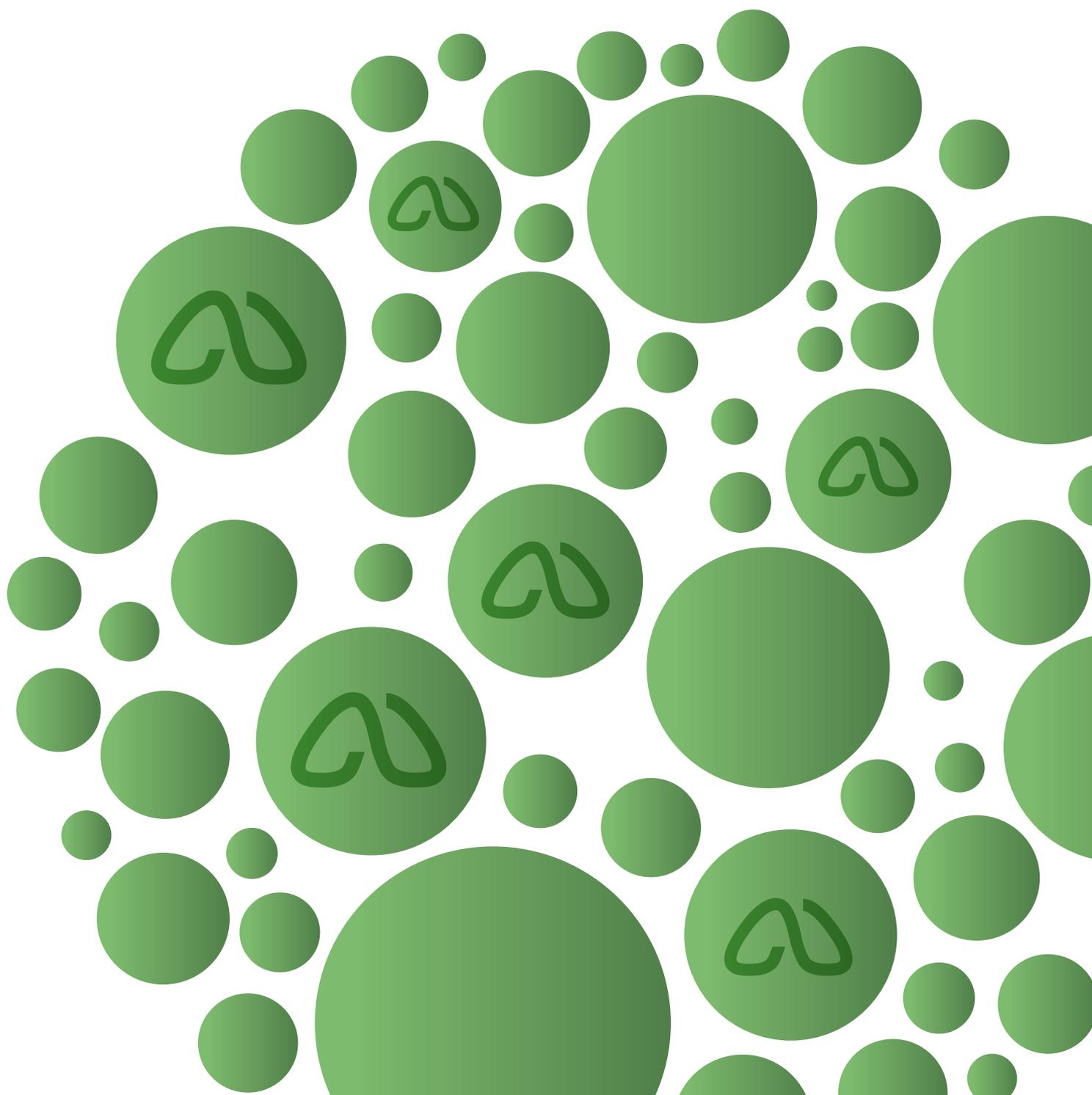
Devemos antecipar para os próximos anos uma modificação significativa no padrão dos nossos doentes, com aumento previsível da idade dos mesmos e do grau de dependência.

Por outro lado, os progressos científicos muito rápidos, a que estamos a assistir, vão também gerar outro tipo de desafios, com maiores necessidades para cada caso individual.

O crescimento significativo da despesa com fármacos, e a modificação sensível do padrão de prescrição, estão já a colocar um stress adicional financeiro sobre o SNS, colocando riscos de sustentabilidade.

Ao nível dos recursos humanos, tanto em formação como em quantidade, as necessidades são também crescentes, sendo necessárias soluções inovadoras na prestação de cuidados.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS



Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

1. INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias constituem atualmente a terceira principal causa de morte a seguir às doenças cardiovasculares e ao cancro e têm vindo a apresentar, desde a década de 80, uma tendência para crescimento, no que concerne à sua posição relativa face às outras causas de morte, apresentando estabilização desde 2012. No que se refere à mortalidade padronizada por doença respiratória, desde 2009, regista-se uma tendência para decréscimo, correspondendo eminentemente a uma mortalidade tardia, afetando sobretudo as faixas etárias acima dos 65 anos.

Quanto à morbilidade hospitalar há a registar uma tendência para estabilização dos internamentos devidos a asma brônquica e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC).

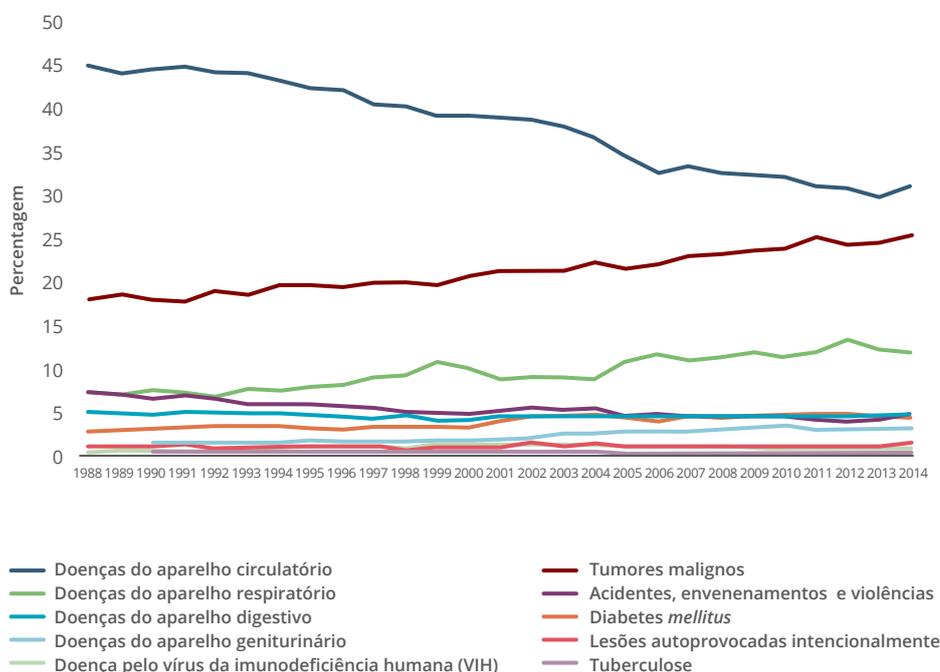
Os indicadores dos Cuidados de Saúde Primários demonstram uma evolução positiva, com aumento dos diagnósticos de asma e DPOC, na lista de utentes inscritos ativos. Refletindo estas tendências, as vendas de fármacos inalados apontam para mais doentes tratados e com melhores práticas clínicas.

2. MORTALIDADE ASSOCIADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

2.1. EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE EM PORTUGAL POR TODAS AS CAUSAS DE MORTE

No que se refere às principais causas de morte em Portugal, conforme se pode constatar, na Figura 1, a percentagem de óbitos por causa respiratória (excluindo os óbitos provocados por tuberculose e por cancro do pulmão) tem vindo consistentemente a aumentar desde a década de 80 até 2012, estabilizando desde então.

Figura PNDR 1. Peso das principais causas de morte na mortalidade total (%), Portugal, 1988 a 2014



Códigos da CID 10: Ver nota metodológica.

Fonte: INE, 2016

A análise da evolução do número absoluto de óbitos de causa respiratória (Figura 2) identifica um aumento desse número até 2012, seguido de um decréscimo posterior. A diferença entre os géneros também tem vindo a atenuar-se ao longo do tempo.

A análise do Quadro 1 confirma a existência de um aumento da taxa bruta de mortalidade (de 2009 até ao ano de 2012), verificando-se um decréscimo a partir dessa data.

Por sua vez, a análise da taxa de mortalidade padronizada evidencia um decréscimo consistente de 8% entre 2007 e 2014. No período entre 2009 e 2014, o referido

decrécimo foi de 17% e 13%, respetivamente para as taxas de mortalidade padronizadas para a população com idade inferior a 65 anos e para a população com idade igual ou superior a 65 anos.

A análise da taxa de mortalidade padronizada a partir dos 65 anos, demonstra pela sua ordem de grandeza, que a mortalidade respiratória ocorre sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos. No ano de 2012, verificou-se um pico de mortalidade para as faixas etárias a partir dos 65 anos, sendo eventualmente explicável pela elevada virulência das estirpes do vírus influenza desse ano, associada a uma baixa cobertura vacinal na época de 2011-2012.

Figura PNDR 2. Número de óbitos por doenças respiratórias, por sexo, Portugal, 2007 a 2014



Códigos da CID 10: J00-J99

Fonte: INE, 2016

Quadro PNDR 1. Indicadores de mortalidade por doenças respiratórias, Portugal, 2007 a 2014

	Doenças respiratórias							
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa bruta de mortalidade	103,2	108,8	114,5	110,7	112,9	132,2	120,6	116,8
Taxa de mortalidade padronizada	58,8	60,2	62,4	58,5	56,4	62,8	56,7	53,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	X	X	8,4	7,2	7,5	6,1	6,8	7,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	X	X	498,9	473,5	451,9	522,0	460,5	433,0
Taxa de anos potenciais de vida perdidos	147,4	142,9	169,5	141,0	144,3	120,1	130,3	136,9
Anos potenciais de vida perdidos	13 679	13 257	15 696	13 040	13 141	10 865	11 687	12 181

x: valor não disponível

Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J00-J99

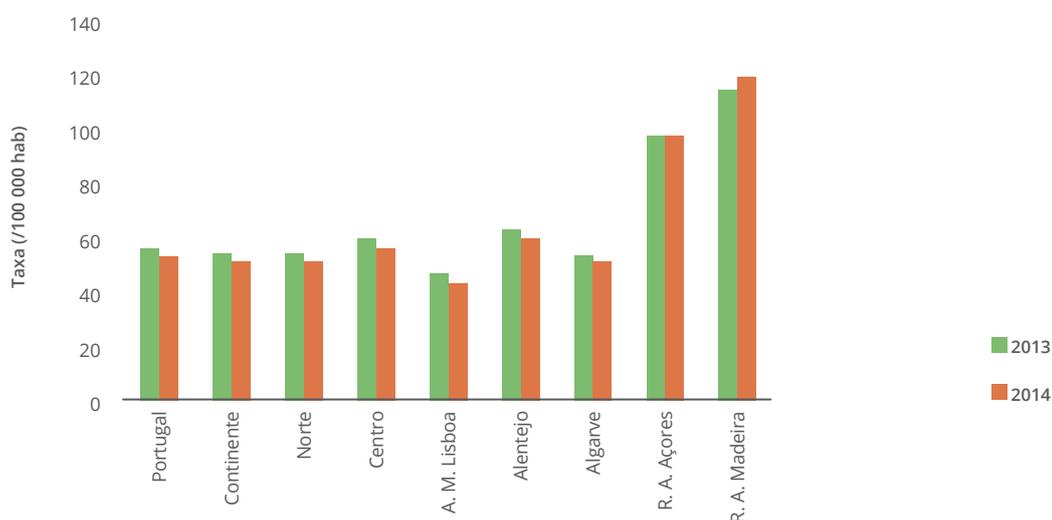
Fonte: INE, 2016

A análise regional da taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias em 2013/2014 (Figura 3) demonstra que as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores apresentam os valores mais elevados, sendo a Área Metropolitana de Lisboa a que apresenta valores mais baixos. A Região Autónoma da Madeira destaca-se pela negativa, não só por ser a região do país com mais elevadas taxas de mortalidade respiratória, mas também porque, ao contrário das outras regiões, apresentou um aumento da mortalidade no ano de 2014, comparativamente a 2013.

2.2. ÓBITOS POR PATOLOGIA RESPIRATÓRIA

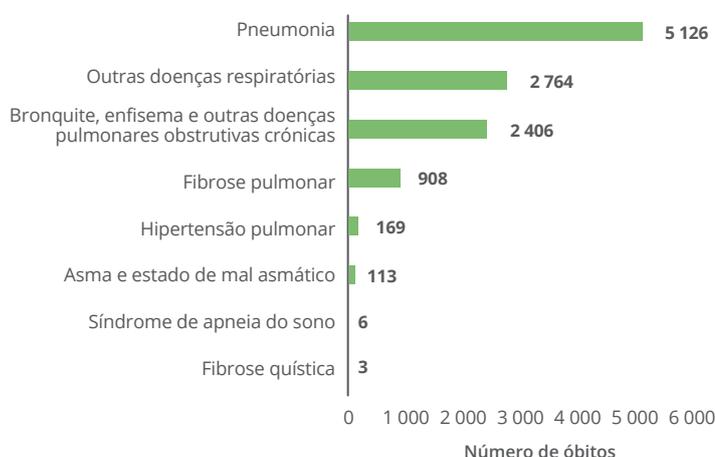
Conforme se pode constatar, pela análise da Figura 4, a pneumonia constitui a principal causa de mortalidade por patologia respiratória em Portugal Continental, seguindo-se-lhe a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a fibrose pulmonar.

Figura PNDR 3. Taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias, por local de residência (NUTS II – 2013), 2013 e 2014



Códigos da CID 10: J00-J99
Fonte: INE, 2016

Figura PNDR 4. Número de óbitos por patologia respiratória, Portugal Continental, 2014



(Total de óbitos por doenças do aparelho respiratório em Portugal Continental: 11 317)
 Códigos da CID 10: Ver nota metodológica.
Fonte: INE, 2016

2.2.1. Indicadores de mortalidade relativos a asma

A taxa de mortalidade por asma (Quadro 2) é baixa e não tem sofrido alterações significativas desde 2007, sendo de registar um baixo número absoluto de óbitos (113) em 2014.

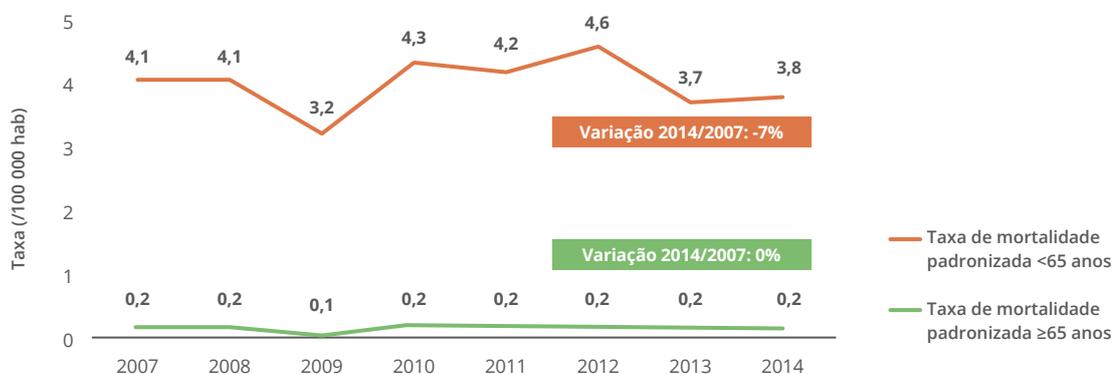
Desde 2012, assiste-se a uma redução na taxa de mortalidade padronizada a partir dos 65 anos (Figura 5).

Quadro PNDR 2. Indicadores de mortalidade por asma, Portugal Continental, 2007 a 2014

Asma								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa bruta de mortalidade	1,0	1,0	0,9	1,2	1,1	1,3	1,1	1,1
Taxa de mortalidade padronizada	0,6	0,6	0,5	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	4,1	4,1	3,2	4,3	4,2	4,6	3,7	3,8

Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J45-J46
Fonte: INE, 2016

Figura PNDR 5. Taxa de mortalidade padronizada por asma, Portugal Continental, 2007 a 2014



Códigos da CID 10: J45-J46
Fonte: INE, 2016

2.2.2. Indicadores de mortalidade relativos a bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas

Apesar da taxa bruta de mortalidade por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas ter apresentado algumas variações desde 2007,

a taxa de mortalidade padronizada por estas patologias tem vindo a decrescer desde essa altura, apresentando, em 2014, relativamente a 2007, um decréscimo de 13% e 15% respetivamente, nas taxas de mortalidade padronizadas abaixo e acima dos 65 anos (Figura 6).

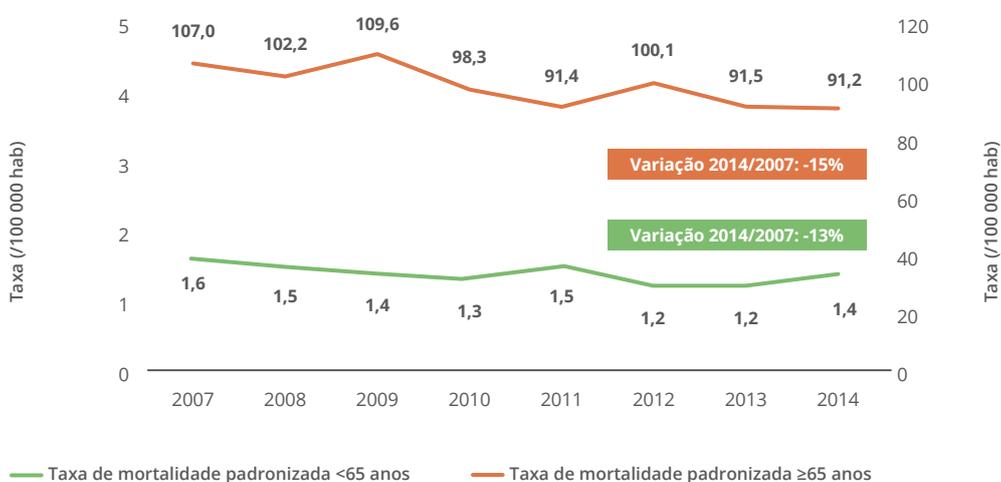
Quadro PNDR 3. Indicadores de mortalidade por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas, Portugal Continental, 2007 a 2014

Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa bruta de mortalidade	23,7	23,2	25,4	23,9	23,2	25,9	23,8	24,3
Taxa de mortalidade padronizada	13,1	12,5	13,3	12,0	11,4	12,0	11,1	11,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	1,6	1,5	1,4	1,3	1,5	1,2	1,2	1,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	107,0	102,2	109,6	98,3	91,4	100,1	91,5	91,2

Taxas por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: J40-J44

Fonte: INE, 2016

Figura PNDR 6. Taxa de mortalidade padronizada por bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas, Portugal Continental, 2007 a 2014



Códigos da CID 10: J40-J44

Fonte: INE, 2016

3. MORBILIDADE ASSOCIADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

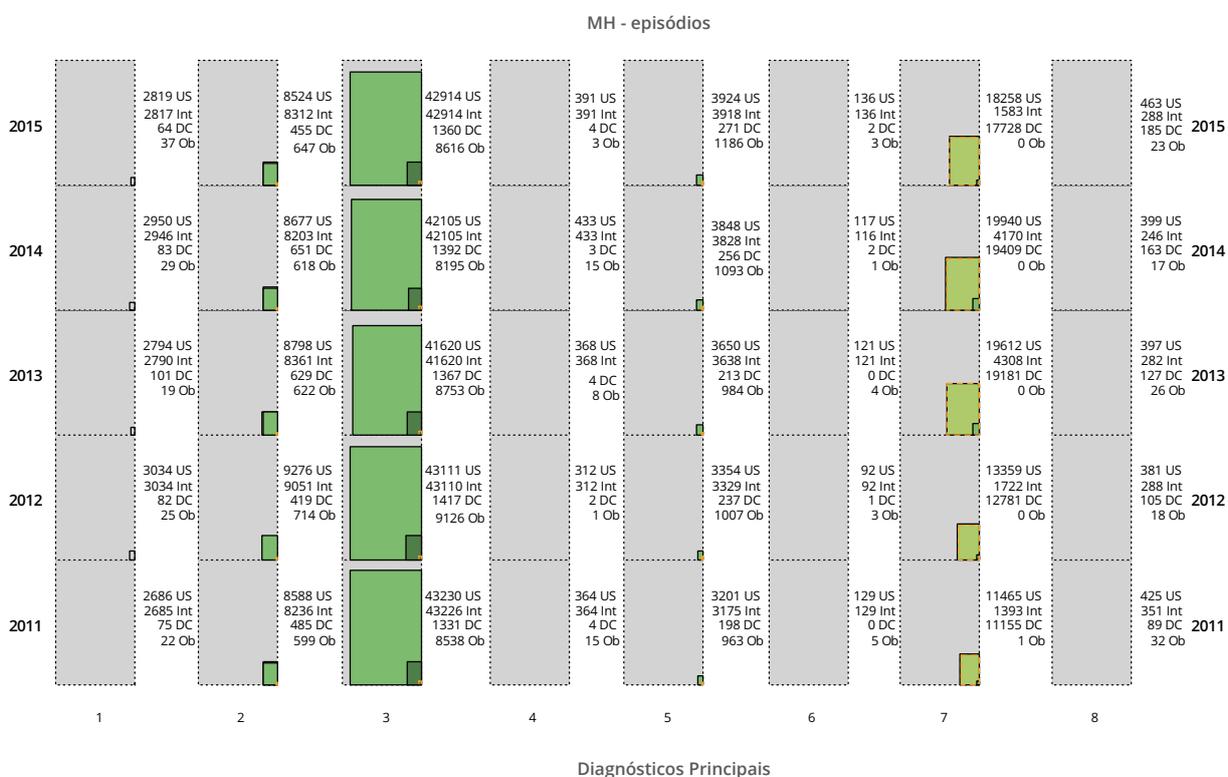
3.1. CUIDADOS HOSPITALARES ASSOCIADOS ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

A análise da Figura 7, onde se discriminam os indicadores de morbilidade hospitalar das principais patologias respiratórias (como diagnóstico principal), permite-nos constatar que as pneumonias bacterianas são as principais causas de internamento hospitalar do foro

respiratório. A segunda principal causa de internamento corresponde à DPOC e a terceira à fibrose pulmonar.

Também, se constata que os internamentos por síndrome de apneia do sono, aumentaram a partir de 2012 e correspondem maioritariamente a internamentos inferiores a 24h, relacionados muito provavelmente com episódios de internamento para efeito de diagnóstico e de seguimento.

Figura PNDR 7. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico das principais patologias respiratórias (diagnósticos principais), Portugal Continental, 2011 a 2015



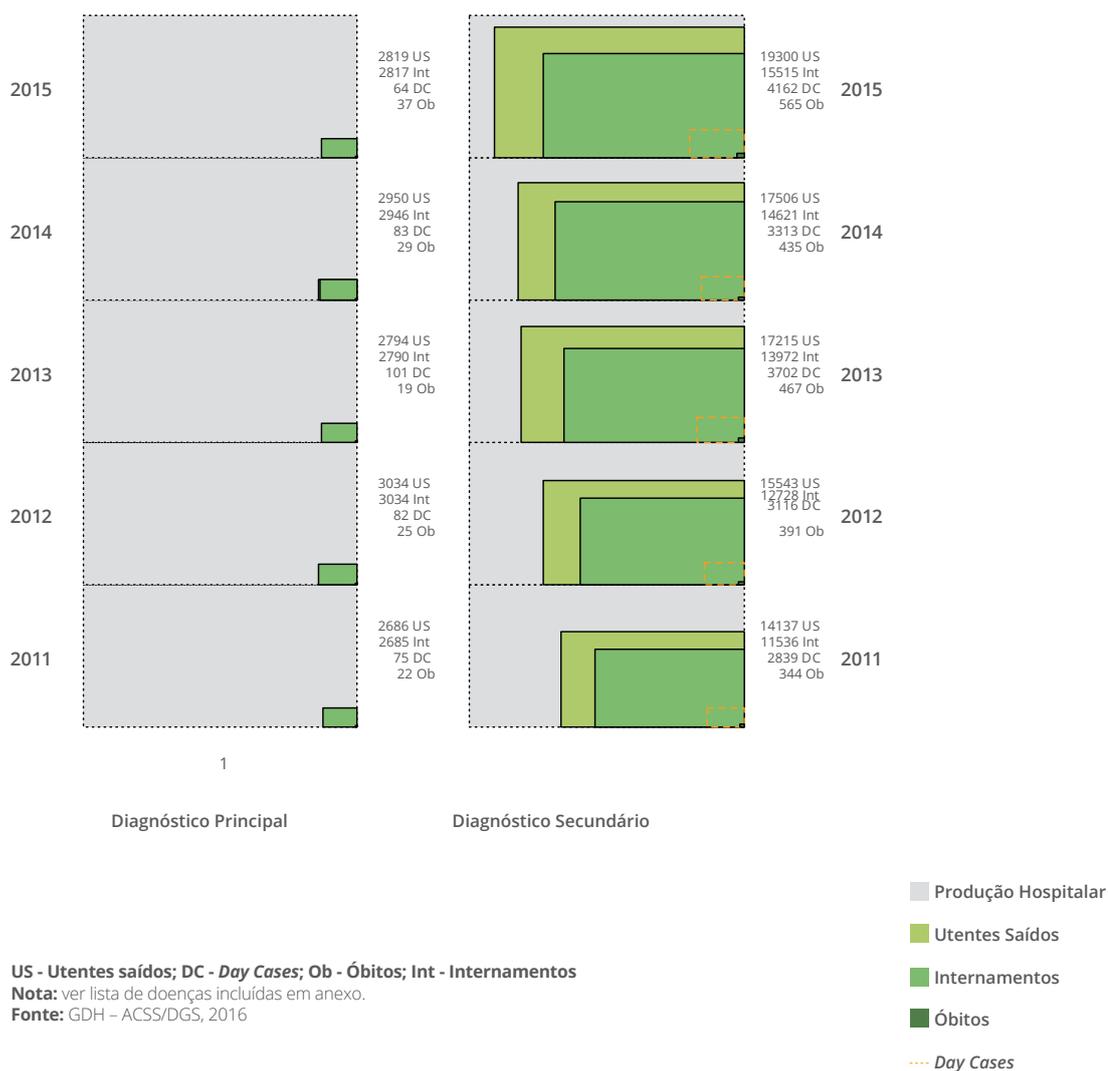
US - Utentes saídos; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

- Produção Hospitalar
- Utentes Saídos
- Internamentos
- Óbitos
- Day Cases

Na Figura 8 representa-se a evolução dos episódios de internamento, dos doentes saídos, dos *day cases* e dos óbitos hospitalares em que o diagnóstico principal ou secundário foi a asma brônquica. Conforme se constata, existe uma certa estabilidade nos internamentos em que a asma brônquica é o diagnóstico principal.

Pelo contrário, o número de internamentos em que existe o diagnóstico secundário de asma brônquica tem vindo a aumentar de forma consistente desde 2011, o que poderá ser um reflexo do aumento do número de diagnósticos de asma nos Cuidados de Saúde Primários.

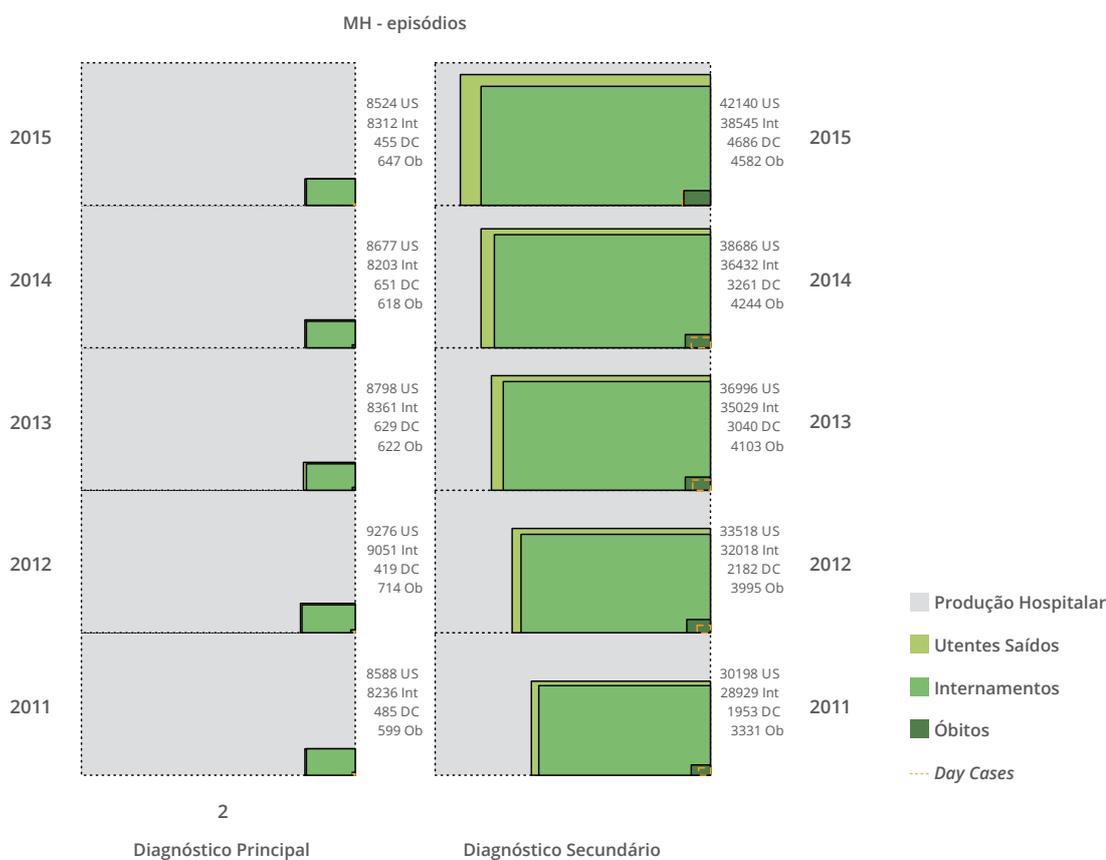
Figura PNDR 8. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de asma brônquica por tipologia de diagnóstico (principal ou secundário), Portugal Continental, 2011 a 2015



Na Figura 9, representa-se a evolução dos episódios de internamento, dos doentes saídos, dos *day cases* e dos óbitos hospitalares em que o diagnóstico principal ou secundário foi a DPOC. Conforme se constata, no ano de 2012 assistiu-se a um pico seguido de um decréscimo subsequente dos episódios de internamento hos-

pitalar, em que a DPOC foi o diagnóstico principal. Pelo contrário, o número de internamentos em que existe o diagnóstico secundário de DPOC tem vindo a aumentar de forma consistente desde 2011, o que poderá também ser um reflexo do aumento do número de diagnósticos de DPOC nos Cuidados de Saúde Primários.

Figura PNDR 9. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de DPOC por tipologia de diagnóstico (principal ou secundário), Portugal Continental, 2011 a 2015



US - Utentes saídos; DC - *Day Cases*; Ob - Óbitos; Int - Internamentos

Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

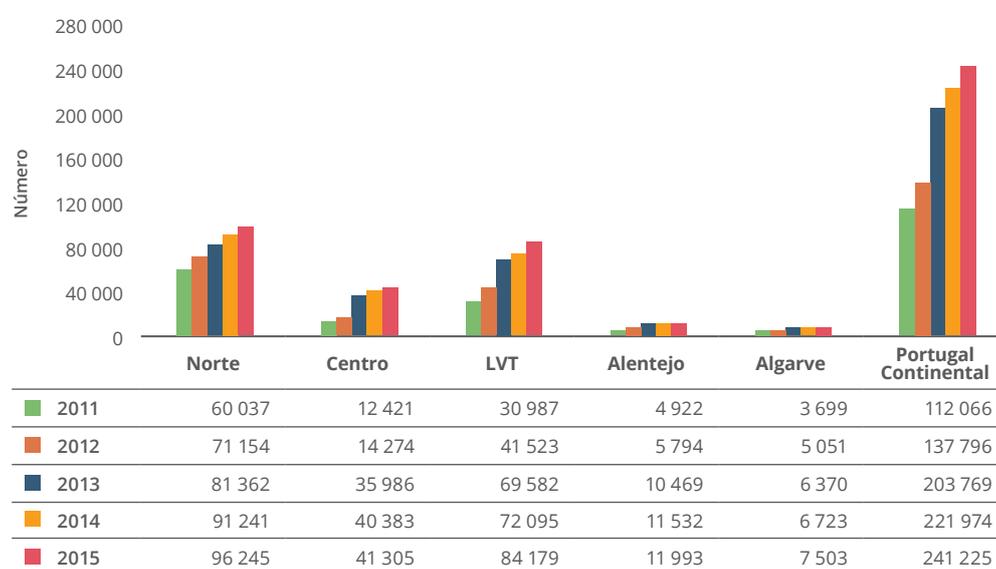
3.2. REGISTO DE UTENTES COM ASMA E DPOC EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A análise de alguns indicadores de morbilidade respiratória, decorrentes da codificação eletrónica ao nível dos Cuidados de Saúde Primários demonstra que o número de pessoas inscritas com o diagnóstico de asma e DPOC tem vindo a aumentar em todas as regiões, quando se estuda a evolução de 2011 para 2015. Contudo a sua prevalência é ainda substancialmente inferior à prevalência de qualquer uma destas patologias.

No que se refere ao número e à percentagem de utentes inscritos ativos, com o diagnóstico de asma (Figuras 10 e 11), a nível dos Cuidados de Saúde Primários, tem-se vindo a registar um aumento consistente, sendo este acréscimo de 115% no horizonte temporal de 2011 para 2015.

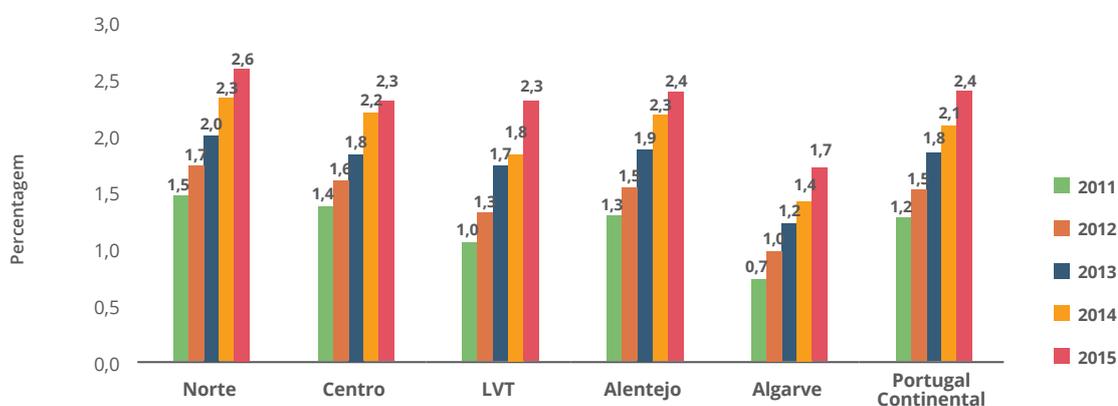
A região Norte é a que apresenta maior número de utentes inscritos, seguindo-se-lhe a região de Lisboa e Vale do Tejo. O Algarve é a região com menos casos de asma registados no número de utentes inscritos ativos.

Figura PNDR 10. Número de utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de asma, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PNDR 11. Percentagem de utentes com diagnóstico de asma entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015

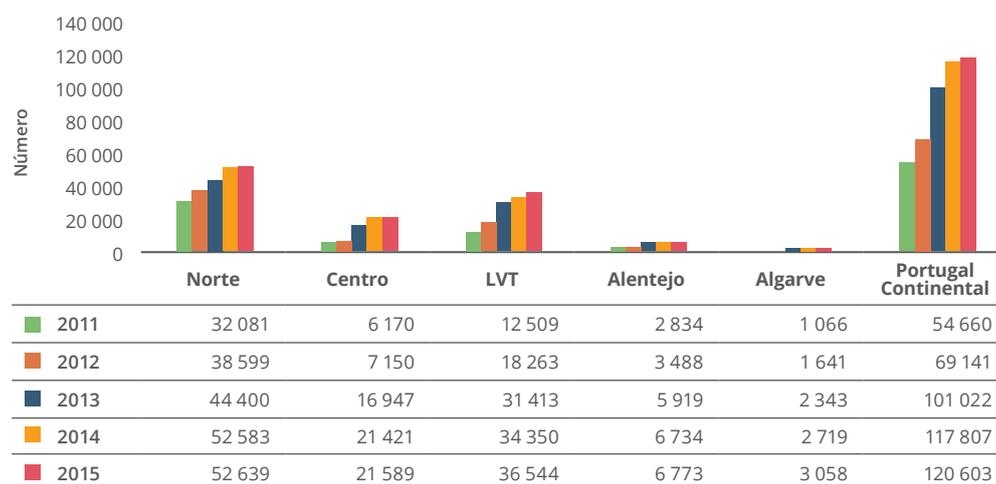


Fonte: SIARS, SPMS, 2016

No que se refere ao número e à percentagem de utentes inscritos ativos, com o diagnóstico de DPOC (Figuras 12 e 13), tem-se vindo a registar um aumento, sendo este aumento de 121% no horizonte temporal de 2011/2015. À semelhança do que se passa com a

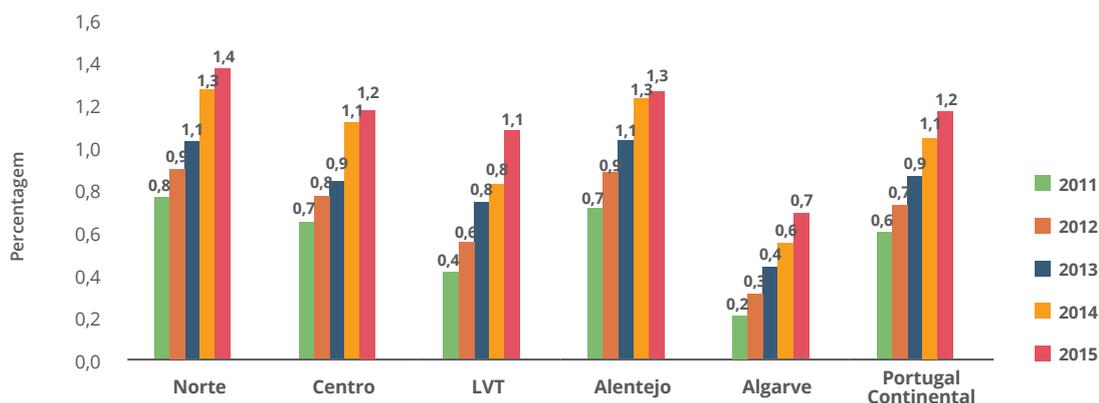
asma, a região Norte é a que apresenta maior número de utentes inscritos com o diagnóstico de DPOC, e a região do Algarve a que tem menor número de diagnósticos.

Figura PNDR 12. Número de utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de DPOC, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

Figura PNDR 13. Percentagem de utentes com diagnóstico de DPOC, entre os utentes inscritos ativos em Cuidados de Saúde Primários, Portugal Continental e por Região de Saúde, 2011 a 2015



Fonte: SIARS, SPMS, 2016

4. TRATAMENTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

A análise do consumo de fármacos inalados (Figuras 14 a 17) dedicados ao tratamento das duas principais patologias respiratórias crónicas (asma e DPOC) demonstra uma evolução no sentido de um melhor cumprimento das boas práticas clínicas e do tratamento de maior número de doentes.

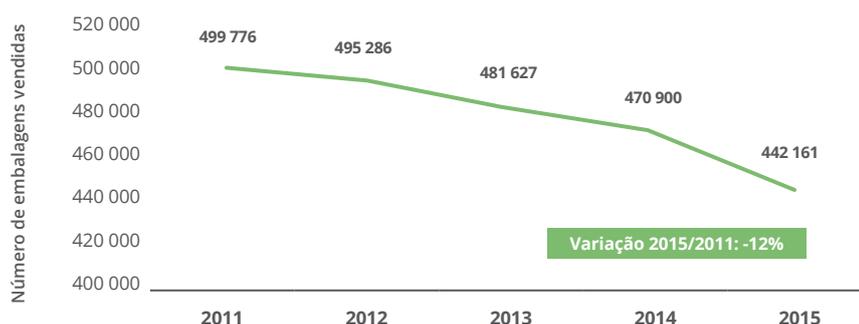
As vendas de salbutamol (Figura 14) demonstram um decréscimo sustentado de 11,5% no período entre 2011 e 2015, refletindo não só as boas práticas no tratamento da asma brônquica, mas também um maior controlo desta entidade clínica.

Em alinhamento, o aumento sustentado (42,5%) das vendas de corticosteroides inalados em associação com broncodilatadores (Figura 15), também poderá refletir um maior número de doentes asmáticos adequadamente tratados.

O aumento das vendas de broncodilatadores de longa ação (beta dois agonistas e anticolinérgicos) desde 2011 constitui também um indicador de boas práticas, nos doentes com DPOC.

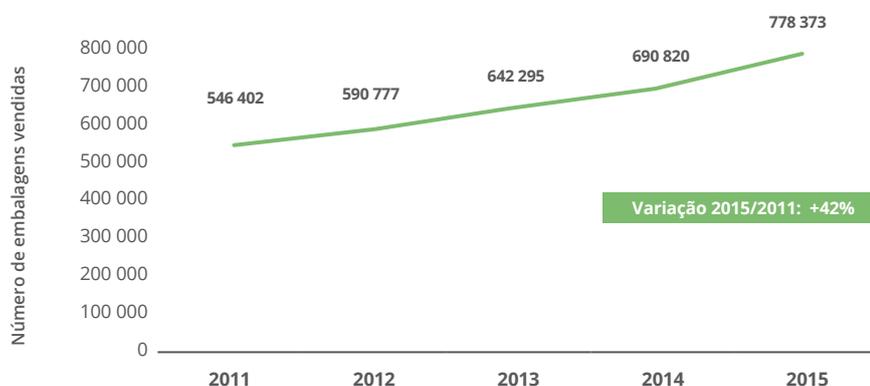
Por outro lado, o decréscimo registado nas respetivas vendas entre 2014 e 2015, poderá eventualmente não refletir menos doentes tratados, se a esse decréscimo corresponder o aumento registado nas vendas de corticosteroides inalados associados a broncodilatadores.

Figura PNDR 14. Consumo de salbutamol no Serviço Nacional de Saúde, Portugal, 2011 a 2015



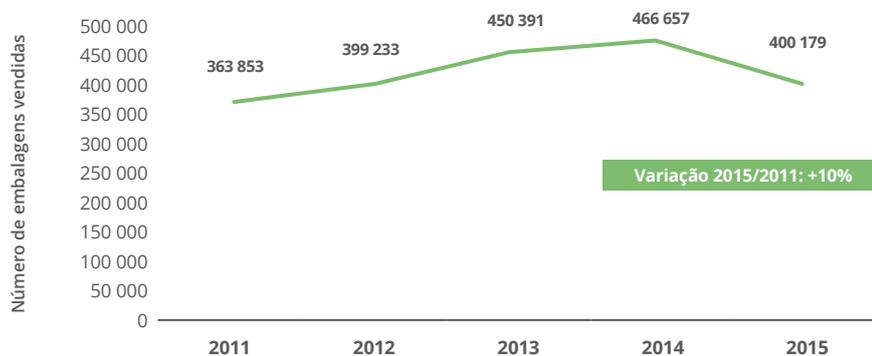
Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNDR 15. Consumo de corticosteróides inalados em associação com broncodilatadores no Serviço Nacional de Saúde, Portugal, 2011 a 2015



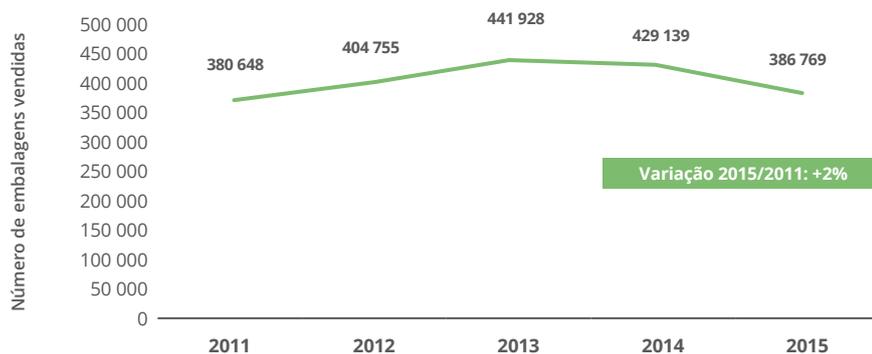
Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNDR 16. Consumo de beta dois agonistas de longa ação no Serviço Nacional de Saúde, Portugal, 2011 a 2015



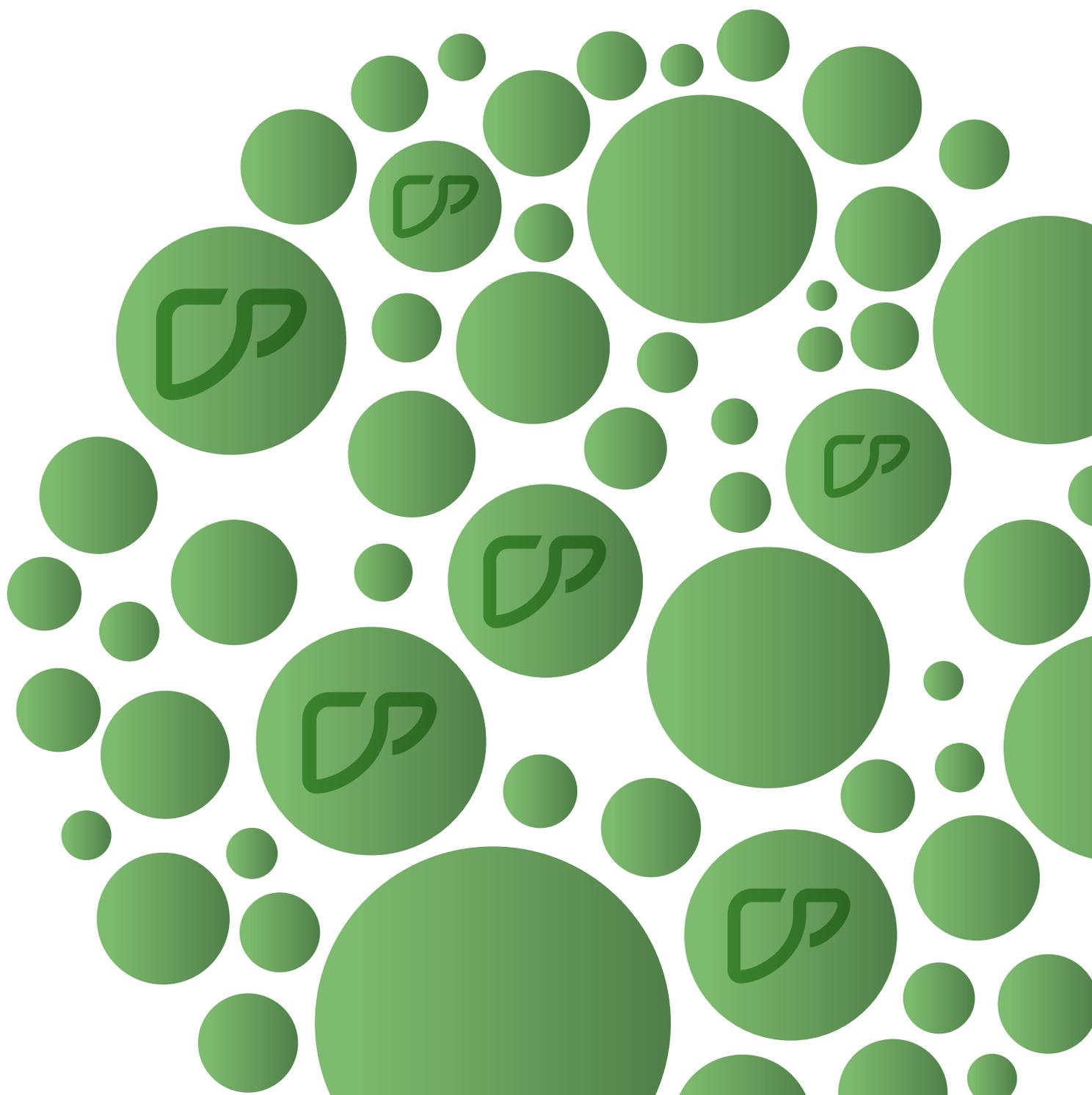
Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNDR 17. Consumo de anticolinérgicos de longa ação no Serviço Nacional de Saúde, Portugal, 2011 a 2015



Fonte: INFARMED, 2016

PROGRAMA NACIONAL PARA AS HEPATITES VIRAIS



Programa Nacional para as Hepatites Virais

1. INTRODUÇÃO

Até recentemente, as hepatites virais não integravam os Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde, apesar de terem uma elevada taxa de morbilidade e de mortalidade, incluindo em Portugal.

De momento, ainda existem algumas lacunas em relação ao sistema de vigilância das hepatites virais, a informação disponível sobre a doença e as suas impli-

cações é escassa e fragmentada, fragilizando a robustez da evidência epidemiológica basal necessária. Apresenta-se nas tabelas seguintes a síntese da informação disponível, recolhida a partir de diversas fontes.

2. NOVOS CASOS

Ao longo dos anos de 2011 a 2014, o número de novos casos notificados manteve-se relativamente estável, sendo o aparente aumento verificado em 2015 secundário à mudança nos critérios de notificação.

Quadro PNHV 1. Novos casos de Hepatite B notificados através do SINAVE, por sexo e grupo etário, Portugal, 2011 a 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Total		26	29	25	49	129
Sexo	Masculino	18	18	18	31	82
	Feminino	8	11	7	18	47
Grupo etário	0-11 meses	0	0	1	1	1
	1-4 anos	0	0	0	1	0
	5-9 anos	0	2	1	0	1
	10-12 anos	0	0	0	1	0
	13-14 anos	0	0	0	0	0
	15-19 anos	0	0	2	1	2
	20-24 anos	3	4	2	6	10
	25-29 anos	0	1	0	3	14
	30-34 anos	3	0	1	2	12
	35-39 anos	2	8	5	7	15
	40-44 anos	6	2	1	6	15
	45-49 anos	5	4	6	6	12
	50-54 anos	1	2	1	3	15
	55-59 anos	4	2	1	4	9
	60-64 anos	0	1	3	2	10
	65-69 anos	0	0	0	2	6
	70-74 anos	2	2	1	2	2
	75-79 anos	0	0	0	1	2
≥ 80 anos	0	1	0	1	3	

Nota: até 2014 apenas eram de notificação obrigatória as hepatites agudas. Desde 2015, são de notificação obrigatória as hepatites nos estadios agudos e crónicos

Fonte: DGS, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), 2016

No que respeita à hepatite B (Quadro 1), as faixas etárias dos 30-39 e 40-49 anos são as que apresentam um maior número de casos (27), seguidas pelas idades compreendidas entre 20 e 29 e 50 e 59 anos (24 casos). A hepatite C (Quadro 2), denota o atingimento preferencial na década dos 40-49 anos (89 casos), seguida dos grupos etários dos 50-59 anos (51 casos) e dos 30-39 anos (45 casos).

O número de novos casos em indivíduos do sexo masculino é muito superior ao do dos indivíduos do sexo feminino, tanto em relação à hepatite B como à hepatite C.

Quadro PNHV 2. Novos casos de Hepatite C notificados através do SINAVE, por sexo e grupo etário, Portugal, 2011 a 2015

		2011	2012	2013	2014	2015
Total		45	42	21	64	238
Sexo	Masculino	39	34	18	53	168
	Feminino	6	8	3	11	70
Grupo etário	0-11 meses	0	0	0	0	0
	1-4 anos	0	0	0	0	1
	5-9 anos	0	0	0	0	0
	10-12 anos	0	0	0	0	1
	13-14 anos	0	0	0	0	0
	15-19 anos	1	3	0	0	3
	20-24 anos	4	5	2	2	7
	25-29 anos	8	5	2	8	7
	30-34 anos	5	5	5	5	19
	35-39 anos	7	6	3	14	26
	40-44 anos	7	6	1	6	47
	45-49 anos	8	5	5	10	42
	50-54 anos	3	1	1	8	29
	55-59 anos	0	3	0	6	22
	60-64 anos	0	2	1	1	9
	65-69 anos	1	0	0	1	8
	70-74 anos	1	1	1	1	3
	75-79 anos	0	0	0	1	11
	≥ 80 anos	0	0	0	1	3

Nota: até 2014 apenas eram de notificação obrigatória as hepatites agudas. Desde 2015, são de notificação obrigatória as hepatites nos estadios agudos e crónicos

Fonte: DGS, Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), 2016

3. MORTALIDADE

Analisando o período compreendido entre 1991 e 2014, verifica-se que o número de óbitos por hepatites virais tem oscilado, parecendo assistir-se a uma tendência crescente entre 2010 e 2014.

Os óbitos devidos a hepatites virais agudas são numericamente pouco expressivos, e estão maioritariamente associados à hepatite aguda B (Quadro 4).

De forma consistente, ao longo dos anos de 2010 a 2014, a maioria dos óbitos por hepatite viral é devida a hepatites crónicas, havendo um predomínio de casos no sexo masculino (razão de 2 homens para 1 mulher) (Quadros 4 e 5).

Quadro PNHV 3. Óbitos por hepatite viral, por sexo, Portugal, 1991 a 2014

	Total	Sexo	
		Masculino	Feminino
1991	41	26	15
1992	58	48	10
1993	85	60	25
1994	93	71	22
1995	114	75	39
1996	140	97	43
1997	130	93	37
1998	139	97	42
1999	124	83	41
2000	122	80	42
2001	76	57	19
2002	51	37	14
2003	96	70	26
2004	64	33	31
2005	66	42	24
2006	67	39	28
2007	105	66	39
2008	70	46	24
2009	105	74	31
2010	97	64	33
2011	114	74	40
2012	127	87	40
2013	139	96	43
2014	157	105	52

Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.

Fonte: INE, 2016

Os casos de óbitos por hepatites virais crónicas estão fundamentalmente associados à infeção por vírus C,

com uma quase duplicação do número de óbitos entre 2010 e 2014 (Quadro 5).

Quadro PNHV 4. Óbitos por hepatite viral, por código da CID 10 e sexo, Portugal, 2010 a 2014

	Sexo	2010	2011	2012	2013	2014
Hepatite viral (B15-B19)	Total	97	114	127	139	157
	Masculino	64	74	87	96	105
	Feminino	33	40	40	43	52
Hepatite aguda A (B15)	Total	1	0	1	0	1
	Masculino	0	0	1	0	1
	Feminino	1	0	0	0	0
Hepatite aguda B (B16)	Total	2	6	10	9	6
	Masculino	2	3	8	7	5
	Feminino	0	3	2	2	1
Outras hepatites virais agudas (B17)	Total	5	0	4	2	0
	Masculino	3	0	3	2	0
	Feminino	2	0	1	0	0
Hepatite viral crónica (B18)	Total	86	105	110	121	146
	Masculino	58	69	73	84	96
	Feminino	28	36	37	37	50
Hepatite viral não especificada (B19)	Total	3	3	2	7	4
	Masculino	1	2	2	3	3
	Feminino	2	1	0	4	1

Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.

Fonte: INE, 2016

Quadro PNHV 5. Óbitos por hepatite viral crónica, por sexo, Portugal, 2010 a 2014

	Sexo	2010	2011	2012	2013	2014
Hepatite viral crónica (B18)	Total	86	105	110	121	146
	Masculino	58	69	73	84	96
	Feminino	28	36	37	37	50
Hepatite viral crónica B com agente Delta (B18.0)	Total	0	0	1	0	0
	Masculino	0	0	1	0	0
	Feminino	0	0	0	0	0
Hepatite viral crónica B sem agente Delta (B18.1)	Total	12	17	16	13	18
	Masculino	8	10	10	8	11
	Feminino	4	7	6	5	7
Hepatite viral crónica C (B18.2)	Total	72	88	92	108	126
	Masculino	48	59	61	76	84
	Feminino	24	29	31	32	42
Outras hepatites virais crónicas (B18.8)	Total	0	0	0	0	0
	Masculino	0	0	0	0	0
	Feminino	0	0	0	0	0
Hepatite viral crónica não especificada (B18.9)	Total	2	0	1	0	2
	Masculino	2	0	1	0	1
	Feminino	0	0	0	0	1

Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo

Fonte: INE, 2016

4. MORBILIDADE

A partir das bases de dados anuais da morbilidade hospitalar (GDH) da ACSS, faz-se aqui um breve resumo da produção hospitalar associada a diagnósticos de hepatites virais.

Quadro PNHV 6. Resumo da produção hospitalar associada a diagnóstico de hepatite viral por tipologia de diagnóstico (principal e secundário) e segundo o ano, Portugal Continental, 2011 a 2015

Ano	tipo_p_s	US	DI	DC	O	int
2011	P	549	2884	26	33	549
2011	S	8 820	94 770	731	692	8307
2012	P	491	2 624	32	16	489
2012	S	9 670	95 489	1 285	760	9 023
2013	P	545	3 271	37	31	545
2013	S	10 059	96 454	1 385	730	9 294
2014	P	487	2 887	16	22	487
2014	S	10 679	100 340	1 743	769	9 642
2015	P	429	2 759	18	19	429
2015	S	11 470	108 533	2 456	735	10 090

US - Utentes saídos; DI - Dias de Internamento; DC - *Day Cases*; O - Óbitos; Int - Internamentos

tipo_p_s: P - Diagnóstico principal; S - Diagnóstico secundário

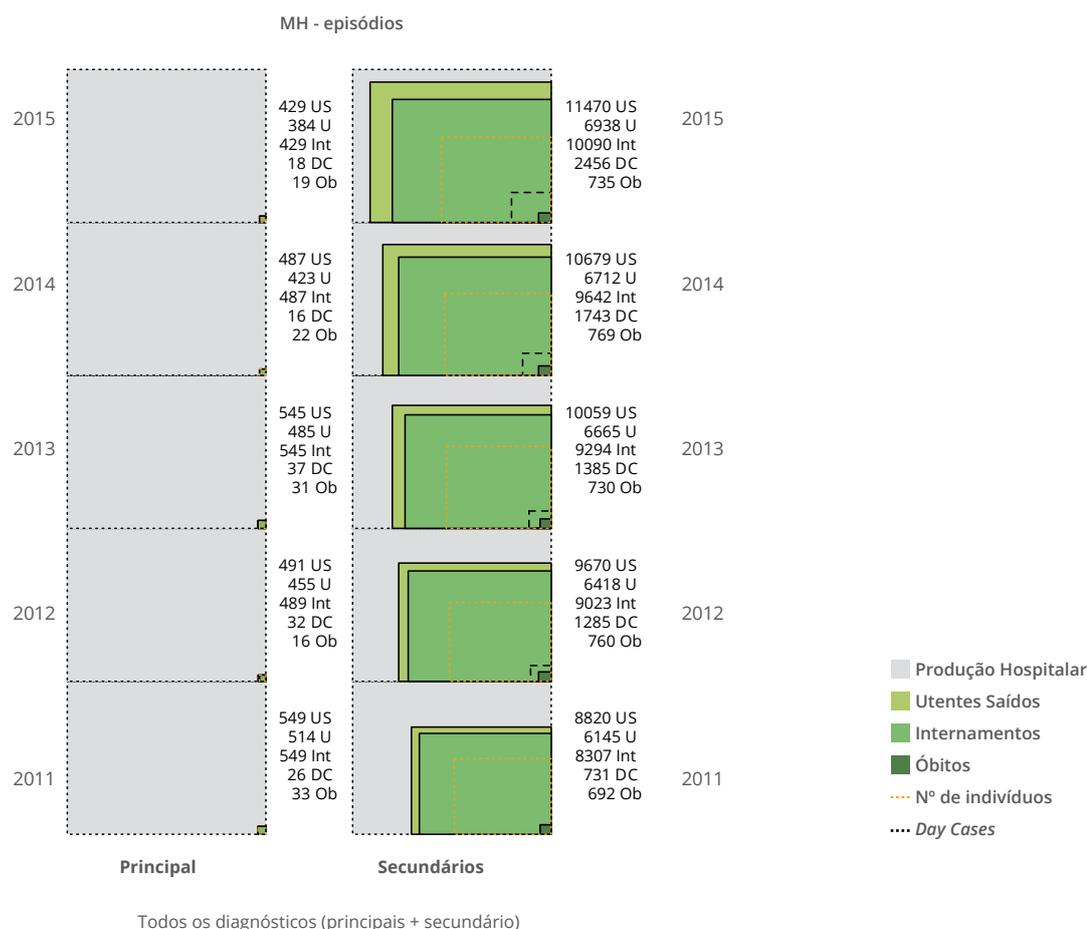
Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.

Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

Entre 2011 e 2014, o incremento de 30% no número de utentes saídos (US) e de 21,4% no número de episódios de internamento (Int) (Figura 1), principalmente à custa do registo de diagnósticos secundários, sugere o aumento do número de complicações tardias e, consequentemente, do número de intervenções (DC) associadas à gestão clínica dos doentes com hepatites

crónicas. Por sua vez, a variação positiva global de apenas 5,8% no número de óbitos registados no mesmo período, parece refletir o impacto da evolução do tratamento antiviral e uma melhor gestão clínica das complicações graves das hepatites crónicas, constatação que deverá ser avaliada em análise mais detalhada para sustentar esta hipótese de interpretação.

Figura PNHV 1. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de hepatite viral por tipologia de diagnóstico (principal e secundário) e segundo o ano, Portugal Continental, 2011 a 2015

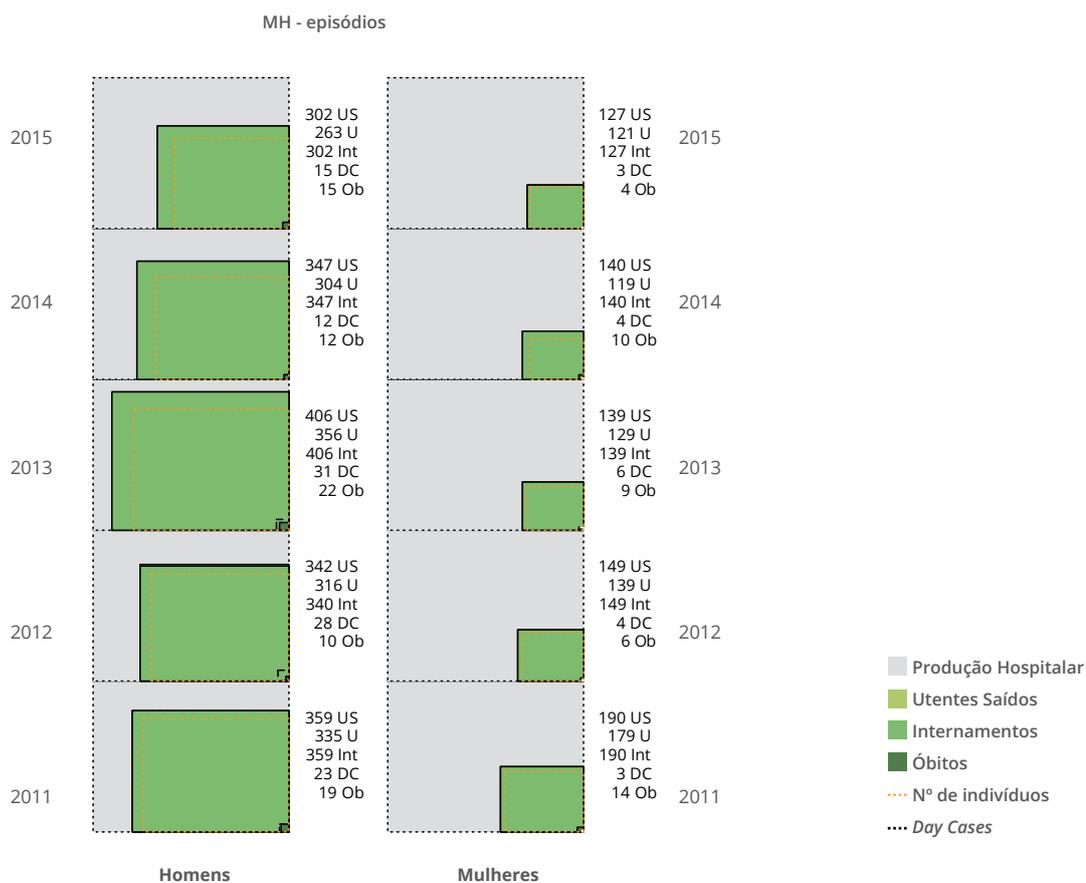


US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

Analisando a distribuição por sexo da categoria do diagnóstico principal das hepatites virais em Portugal (Figura 2), verifica-se um predomínio claro do sexo mas-

culino na maioria das variáveis analisadas, sendo a razão H/M de 2,31 para a categoria utentes saídos (US) e de 2,30 para os episódios de internamento (Int).

Figura PNHV 2. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de hepatite viral como diagnóstico principal, por sexo e segundo o ano, Portugal Continental, 2011 a 2015



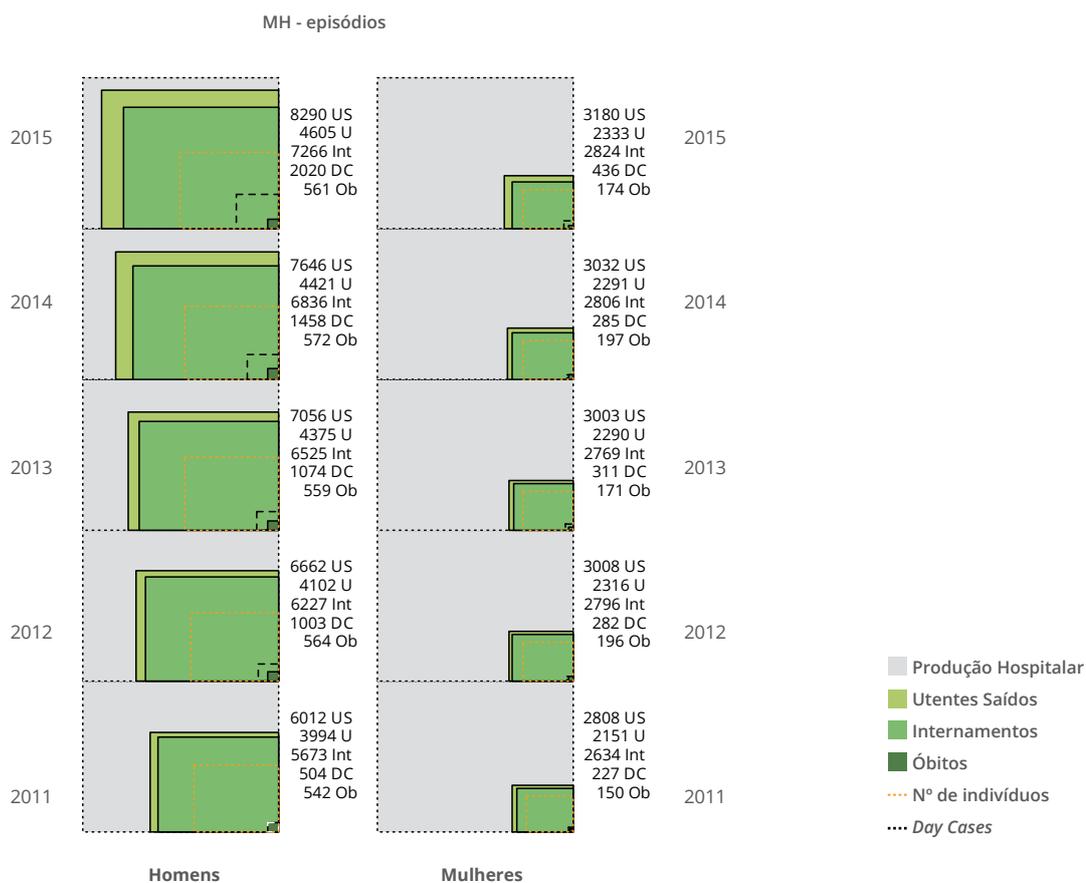
Diagnóstico Principal: Sexo Feminino - Sexo Masculino

US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

No que diz respeito à distribuição por sexo, na categoria de diagnóstico secundário, constata-se um incremento expressivo no número de utentes saídos (US) e de episódios de internamento (Int) em ambos os sexos,

tal como o aumento do número de intervenções (DC), à semelhança do que se verificou na categoria de diagnóstico principal.

Figura PNHV 3. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de hepatite viral como diagnóstico secundário, por sexo e segundo o ano, Portugal Continental, 2011 a 2015



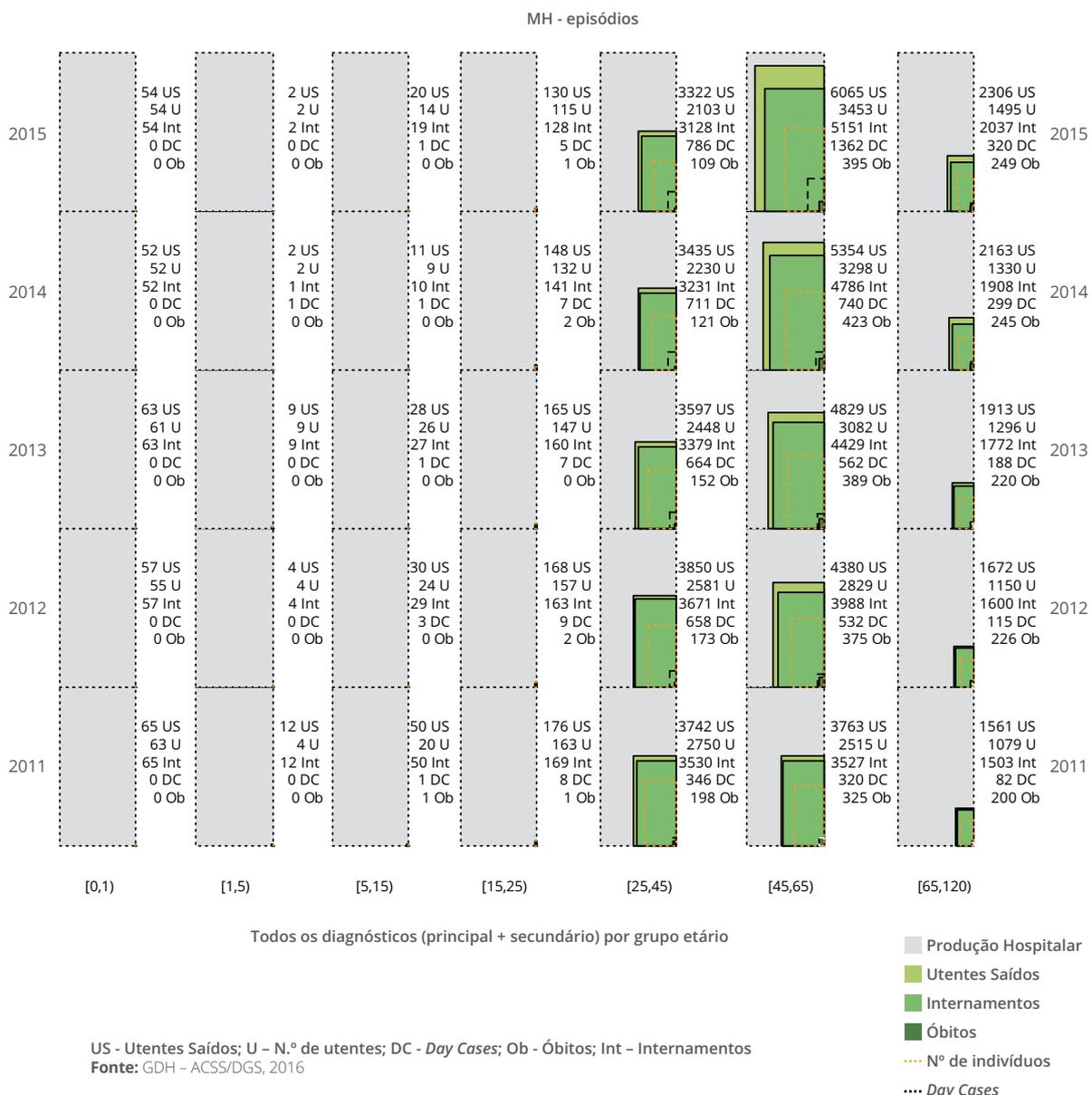
Diagnósticos Secundários: Sexo Feminino - Sexo Masculino

US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

A constatação de um número muito reduzido de registos de diagnósticos (principal + secundário) de hepatites virais nos grupos etários até ao estrato etário 5-15 anos e reduzido no estrato 15-25 anos (Figura 4) pode ser explicada por múltiplos fatores, entre os quais a melhoria das condições sócio-ambientais que contribuiu para a redução do número de casos de transmissão por via fecal-oral dos vírus hepatotrópicos; a excelente taxa de cobertura vacinal para o vírus da hepatite B, contemplada no Programa Nacional de Vacinação (PNV); as medidas de prevenção da transmissão vertical da infeção por vírus da hepatite B e as estratégias de prevenção primária e secundária e de redução de risco

contribuíram para os baixos níveis de diagnóstico das hepatites virais no grupo etário em discussão e para uma tendência global de diminuição da transmissão parentérica e sexual dos vírus das hepatites nos grupos etários subsequentes, particularmente, das hepatites C e B. Porém, a carga de doença e as complicações associadas às infeções pelos vírus das hepatites crónicas, particularmente os vírus C e B, estão bem patentes nesta representação gráfica, através do incremento acentuado da procura dos cuidados de saúde expressos em US, DI, DC e Int e uma variação pequena no número de óbitos, entre 2011 e 2015.

Figura PNHV 4. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de hepatite viral (diagnóstico principal e secundário), por grupo etário e segundo o ano, Portugal Continental, 2011 a 2015



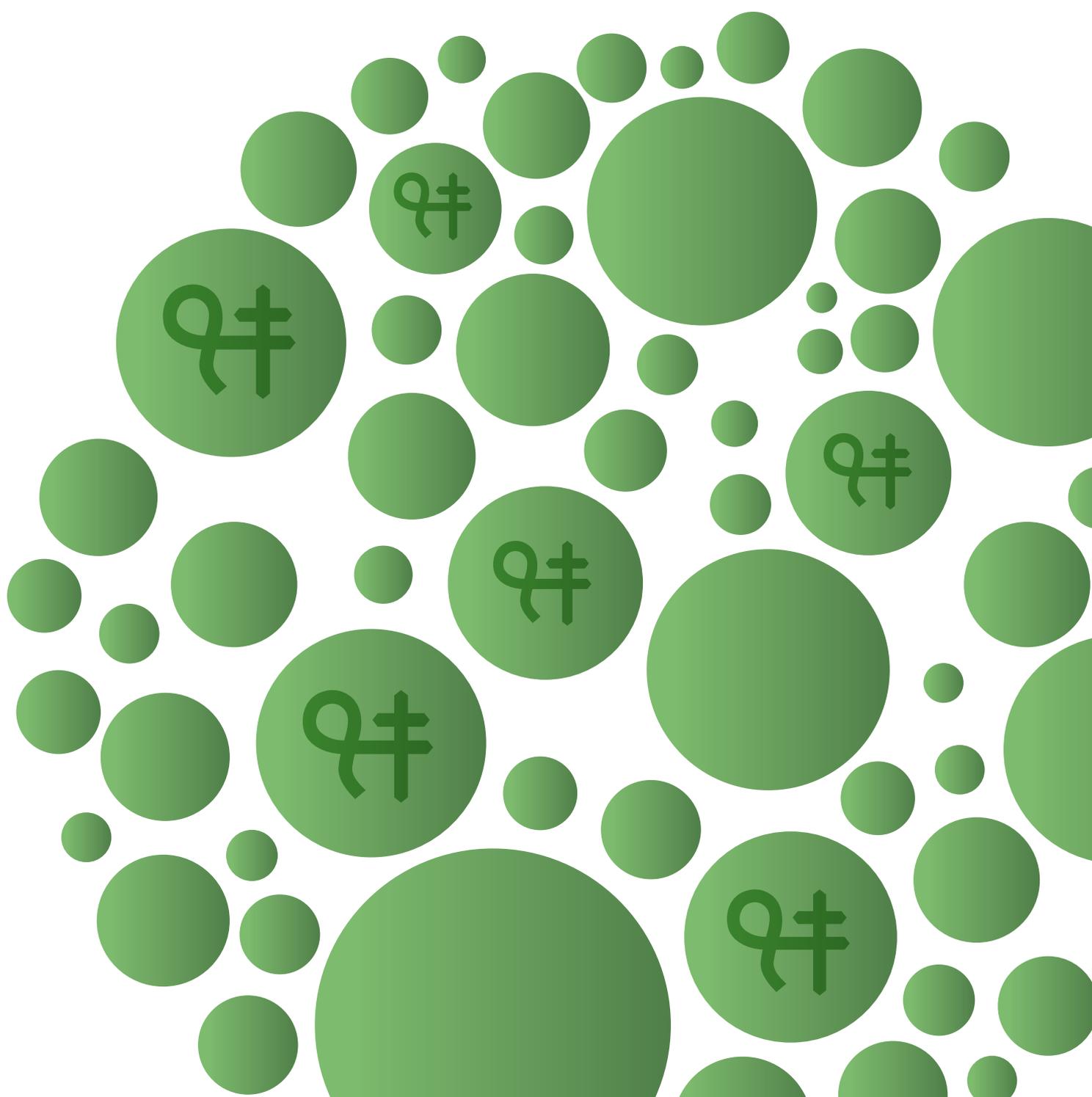
5. TERAPÊUTICA

Se em relação à hepatite B as opções terapêuticas existentes não têm sofrido alterações fraturantes nos últimos anos, em relação ao tratamento da hepatite C assistiu-se a uma profunda modificação com o acesso e a utilização dos antivirais de ação direta.

A publicação da Norma de Orientação Clínica 011/2012, atualizada a 30/04/2015, fazendo referência à indicação

de tratamento para todos os portadores de hepatite C, com exceção dos casos em que a esperança de vida estimada, relacionada com comorbilidades não associadas a doença hepática, fosse inferior a 12 meses, contribuiu para uma mudança de paradigma nesta patologia. Os resultados e ganhos em saúde decorrentes desta utilização, embora em análises preliminares sejam promissores, necessitam de maior distanciamento para uma correta apreciação.

PROGRAMA NACIONAL PARA A
INFEÇÃO VIH, SIDA E TUBERCULOSE



Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose

1. INFEÇÃO POR VIH E SIDA

1.1. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INFEÇÃO EM PORTUGAL

Entre 1983 e 2015, o total acumulado de casos de infeção por VIH, registados em Portugal, foi de 54 498. Desde 1999, verifica-se uma tendência decrescente no número de novos casos de infeção por VIH, com exceção de 2006, em que houve um ligeiro aumento do número de casos diagnosticados, e 2008, em que se constata um incremento mais acentuado do número de novos casos. Em 2015, foram diagnosticados 1 061 novos casos de infeção por VIH, correspondendo a uma taxa de 10,03 por 100 000 habitantes, não ajustada para o atraso da notificação.

No distrito de Lisboa residiam, em 2015, 42,1% dos indivíduos diagnosticados; no distrito do Porto, 13,9%; nos distritos de Setúbal, Aveiro e Faro residiam 10,5%; 6,6% e 5,2% da população diagnosticada, respetivamente. No total acumulado desde 1983,

Faro surge no entanto com uma percentagem superior de habitantes diagnosticados, em relação a Aveiro (5,1 e 2,9%, respetivamente).

Nos quadros seguintes apresenta-se a situação epidemiológica em Portugal, referente à infeção por VIH, baseada na informação recolhida pelos seguintes organismos: INSA, Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica, INE, ACSS, DGS e INFARMED e pelo sistema de informação SI.VIDA.

A informação epidemiológica referente aos casos de infeção por VIH e SIDA proveniente do Instituto Ricardo Jorge (INSA) reporta-se a dados cujas notificações foram recebidas até 31 de outubro de 2016, o que justifica as discrepâncias verificadas em relação aos dados dos relatórios do ECDC - *European Centre for Disease Prevention and Control* e do INSA (divulgados a 29 e a 30 de novembro, respetivamente), os quais se baseiam na análise dos casos notificados até 30 de junho de 2016.

Quadro PN VIH_SIDA_TB 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico, sexo e relação feminino/masculino, Portugal, 1983 a 2015*

Ano	Total casos	Sexo			Feminino/ Masculino (%)
		Masculino	Feminino	"Não referido"	
1983	9	7	2		28,6
1984	12	9	3		33,3
1985	59	54	5		9,3
1986	111	94	17		18,1
1987	219	178	40	1	22,5
1988	336	274	62		22,6
1989	478	393	85		21,6
1990	662	536	126		23,5
1991	886	701	185		26,4
1992	1 318	1 052	264	2	25,1
1993	1 376	1 086	290		26,7
1994	1 668	1 293	374	1	28,9
1995	2 087	1 614	472	1	29,2
1996	2 580	1 944	636		32,7
1997	2 951	2 292	659		28,8
1998	3 118	2 321	796	1	34,3
1999	3 304	2 522	782		31,0
2000	3 209	2 371	837	1	35,3
2001	2 811	1 988	822	1	41,3
2002	2 659	1 811	848		46,8
2003	2 449	1 675	773	1	46,1
2004	2 383	1 581	802		50,7
2005	2 215	1 520	695		45,7
2006	2 235	1 495	740		49,5
2007	2 158	1 428	730		51,1
2008	2 212	1 503	709		47,2
2009	2 019	1 371	648		47,3
2010	1 902	1 269	633		49,9
2011	1 692	1 176	516		43,9
2012	1 622	1 141	481		42,2
2013	1 549	1 094	455		41,6
2014	1 148	814	334		41,0
2015	1 061	772	289		37,4
Total	54 498	39 379	15 110	9	38,4

*Casos notificados até 31/10/2016

Fonte: DDI/URVE, INSA, 2016

A proporção de casos que apresentam registo do valor inicial de linfócitos T CD4+ é elevada (80,2%), mesmo comparativamente com o contexto europeu (75%); a proporção de diagnósticos tardios (CD4<350/mm³), registada no ano de 2015, é inferior a 50% e muito próxima dos valores apresentados pelos restantes países da UE-AEE (47%); a proporção de casos com doença avançada (CD4<200/mm³) não apresenta evolução tão favorável (30,4%), quando considerada no contexto daqueles países (28%).

Quando se analisa a evolução dos padrões de comportamento associados à transmissão da infeção por VIH no período 2006-2015, constata-se que, mesmo considerando o decréscimo global do número de novos casos notificados, a transmissão entre HSH aumentou 9,8%, ao contrário da transmissão entre UDI, que diminuiu drasticamente (-90,7%) e da transmissão por via heterossexual (-56,3%).

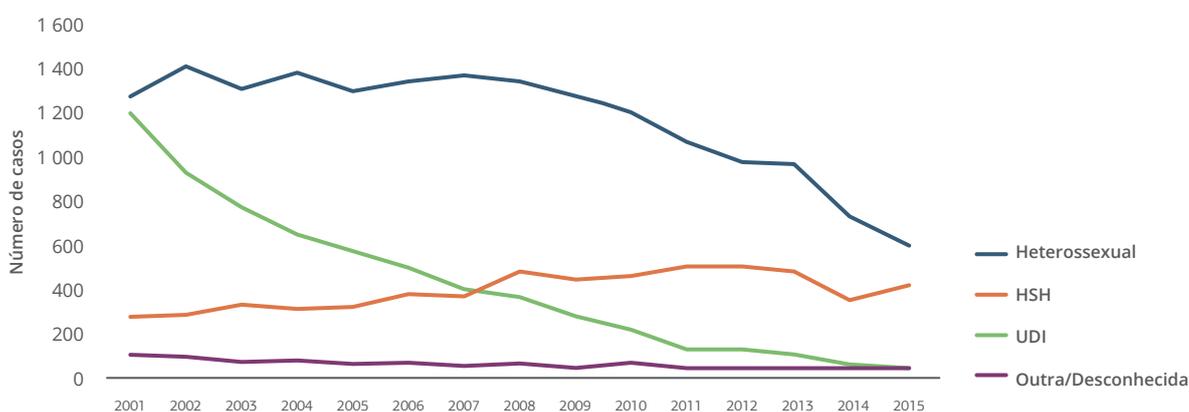
Quadro PN VIH_SIDA_TB 2. Número e proporção (%) de novos casos em pessoas com mais de 14 anos com informação sobre número de linfócitos T CD4+, por nível de CD4 (<200/mm³ e <350/mm³) e por modo de transmissão nos casos com <350/mm³, Portugal, 2015*

Nº casos com CD4 (*)	% casos com CD4	CD4 <200		CD4 <350		CD4 <350 (%)		
		N	%	N	%	Heterossexual	HSH	UDI
848	80,2	258	30,4	421	49,6	59,4	36,6	41,9

*Casos notificados até 31/10/2016. HSH: Homens que Têm Sexo com Homens. UDI: Utilizadores de Drogas Injetáveis.

Fonte: DDI/URVE, INSA, 2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 1. Distribuição dos casos de infeção por VIH, por ano de diagnóstico e por categoria de transmissão, Portugal, 2001 a 2015*



*Casos notificados até 31/10/2016. HSH: Homens que Têm Sexo com Homens. UDI: Utilizadores de Drogas Injetáveis.

Fonte: DDI/URVE, INSA, 2016

1.1.1. Gravidez e transmissão vertical da infeção por VIH

Tal como se verificou em anos anteriores, os dados agora apresentados foram recolhidos e analisados pelo Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança, da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica – Sociedade Portuguesa de Pediatria e indicam que, em 2015, em Portugal, se verificaram 209 casos de gravidez em mães infetadas por VIH (211 recém-nascidos - RN), a que corresponde a prevalência de 0,25% no total de RN no mesmo período (85 500). O número de grávidas infetadas por VIH revelou um decréscimo relativamente a 2014, aproximando-se dos valores de 2013 (Quadro 3). A região sul apresentou o maior número de RN (160), seguida pela região norte, centro e ilhas (37, 13 e 1 caso, respetivamente). O Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, o Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital de Santa Maria, o Centro Hospitalar Lisboa Central / Maternidade Alfredo da Costa, o Centro Hospitalar de Setúbal / Hospital de São Bernardo, o Hospi-

tal Garcia de Orta e o Hospital Beatriz Ângelo apresentaram o maior número de RN filhos de mães infetadas por VIH (35, 23, 22, 12, 11 e 10 casos, respetivamente). Na zona norte, o Centro Hospitalar de São João registou 12 casos e, na zona centro, o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra/Hospital Pediátrico de Coimbra notificou 7 casos.

Nove grávidas estavam infetadas por VIH-2 (66,7% dos casos provenientes da Guiné-Bissau), o que corresponde a 4% do total.

Em 2015, a taxa de transmissão vertical do VIH foi de 2% (Quadro 4), correspondendo a 4 casos de infeção por VIH-1 (não se registou nenhum caso de transmissão de infeção por VIH-2), igual ao verificado em 2014. Embora se tenha verificado um acréscimo na proporção de RN infetados, os valores encontrados continuam a preencher os critérios apresentados pela Organização Mundial de Saúde para definir a eliminação da transmissão vertical no país.

Quadro PN VIH_SIDA_TB 3. Distribuição por ano e região dos recém-nascidos filhos de mães portadoras de infeção por VIH, Portugal, 2011 a 2015

Regiões	2011	2012	2013	2014	2015
Norte	32	36	30	39	37
Centro	18	14	17	19	13
Sul	218	186	149	177	160
Ilhas	2	1	1	4	1
Total	270	237	197	239	211

Fonte: Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica, 2016

Quadro PN VIH_SIDA_TB 4. Número e proporção (%) de casos de transmissão vertical de infeção por VIH, Portugal, 2011 a 2015

2011		2012		2013		2014		2015	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5	1,9	1	0,5	2	1,1	4	1,8	4	2,0

Fonte: Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança da Sociedade Portuguesa de Infeciologia Pediátrica, 2016

1.1.2. Mortalidade

A mortalidade por VIH, considerando ambos os sexos, sofreu uma redução de 34% entre 2010 e 2014, embora o número de óbitos em mulheres tenha apresentado um ligeiro aumento em 2014.

A proporção de casos de mortalidade em 2014 foi de cerca de uma mulher para 3 homens. A taxa de mortalidade padronizada nos indivíduos do sexo masculino com 65 ou mais anos revela uma quebra em 2011, sensivelmente idêntica à ocorrida em 2014. No sexo feminino verifica-se também um decréscimo em 2012 e em 2014.

1.1.3. Morbilidade

A partir das bases de dados anuais da morbilidade hospitalar (GDH) da ACSS, faz-se aqui um breve resumo da produção hospitalar. Entre 2011 e 2015 registaram-se 22 246 utentes saídos; 21 579 internamentos; 9 025 utentes; 3 205 *day cases* e 2 139 óbitos

Da análise dos últimos 5 anos, destaca-se o aumento, desde 2013, do número de utentes saídos (de 4 215 para 4 784). A mesma tendência manifesta-se em relação aos *day cases* e aos internamentos, os quais evidenciam um incremento, desde 2014. Durante este período, diminuíram os dias de internamento, os óbitos e o número de utentes.

Quadro PN VIH_SIDA_TB 5. Indicadores de mortalidade por doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH], por sexo, Portugal, 2010 a 2014

Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	502	435	392	359	317
Taxa de mortalidade	9,8	8,6	7,8	7,2	6,4
Taxa de mortalidade padronizada	8,9	7,9	7,0	6,4	5,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	9,1	8,3	6,9	6,5	5,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	7,2	4,7	7,9	5,8	4,4
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	136	122	109	98	102
Taxa de mortalidade	2,5	2,2	2,0	1,8	1,9
Taxa de mortalidade padronizada	2,3	2,0	1,8	1,6	1,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	2,4	2,1	1,9	1,6	1,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	1,4	1,3	0,8	1,6	1,0

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: B20-B24.
Fonte: INE, 2016

Quadro PN VIH_SIDA_TB 6. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a doença pelo vírus da imunodeficiência humana*, Portugal Continental, 2011 a 2015

Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana					
	2011	2012	2013	2014	2015
Utentes Saídos	4 430	4 517	4 215	4 300	4 784
Dias de Internamento	70 563	68 335	61 976	61 524	60 959
Day Cases	335	488	460	705	1 217
Óbitos	512	462	431	382	352
Internamentos	4 337	4 381	4 073	4 178	4 610
Utentes	3 084	3 007	2 934	2 858	2 799

* diagnósticos principal e secundários
Utentes: Número de indivíduos. Códigos da CID 9 MC: 042
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

2. SEGUIMENTO EM AMBULATÓRIO DAS PESSOAS INFETADAS POR VIH

2.1. A SITUAÇÃO EM 31 DE OUTUBRO DE 2016

Dos 27 008 doentes com registo de TARc e carga viral (CV) em hospitais integrando o SI.VIDA e cujo processo de registo automático incluiu a prescrição terapêutica e a informação laboratorial, 24 115 encontravam-se sob TARc (89,3%). Destes, no final de 2015, 19 446 apresentavam carga viral indetetável (80,6%, < 50 cópias/mL).

Este valor, aquém da meta de 90% traçada pela ONU-SIDA, prende-se em parte com o facto de se incluírem na análise pessoas que iniciaram recentemente a terapêutica (sem, portanto, terem tido tempo para atingir a indetetabilidade) e pessoas com “blips” (presença de uma carga viral entre as 50-500 cópias/mL, antecedida e seguida por cargas virais indetetáveis).

Quadro PN VIH_SIDA_TB 7. Distribuição dos casos de infeção por VIH relativamente à TARc e avaliação virológica, Portugal, 31/10/2016

	Doentes em seguimento ¹			TARc		Carga viral (CV) (em doentes sobre TARc)	
	Total	Sem registo de TARc e/ou CV1	Com registo de TARc e CV	Sem TARc	Com TARc	CV <50 cópias/mL	CV ≥50 cópias/mL
N	32 580	5 572	27 008	2 893	24 115	19 446	3 371
%	100,0	17,1	82,9	10,7	89,3	80,6	14,0

¹ Por ausência de dados, não foram consideradas as seguintes unidades hospitalares nesta análise: CH Tâmega e Sousa e H. Portimão (CH Algarve).

² Número de doentes que têm pelo menos uma dispensa de TARc ou um resultado laboratorial do total de doentes com diagnóstico de VIH.

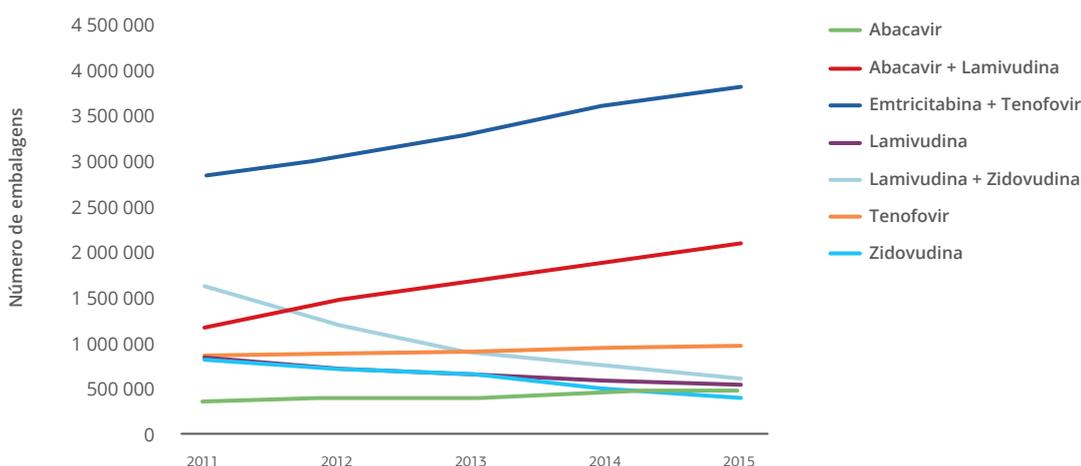
³ Número de doentes com pelo menos uma dispensa de TARc, do total de doentes com registo de TARc e CV.

⁴ Número de doentes com CV < 50 cópias/mL, do total de doentes com TARc.

Nota: Há casos de doentes sem carga viral identificada e que estão a fazer terapêutica.

Fonte: SI.VIDA, dados recolhidos em 31.10.2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 2. Dispensa de medicamentos antirretrovirais - Análogos nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (n.º de embalagens), Portugal Continental, 2011 a 2015



Nota: Para todos os hospitais com gestão pública do SNS só existem dados completos para os anos de 2011 e 2012. Os dados não incluem as parcerias público privadas. Os dados de internamento são disponibilizados com base na classificação interna efetuada pelo INFARMED aos centros de custo dos hospitais.

1) Os dados de consumo referem-se aos medicamentos abrangidos pelo Código Hospitalar Nacional de Medicamentos (CHNM) que englobam os medicamentos de uso humano com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) e Autorização de Utilização Especial (AUE)

2) As quantidades estão expressas em unidades de CHNM (Comprimidos, canetas, sol. injectável, etc)

3) Os dados apresentados dizem respeito aos Hospitais do SNS com gestão pública

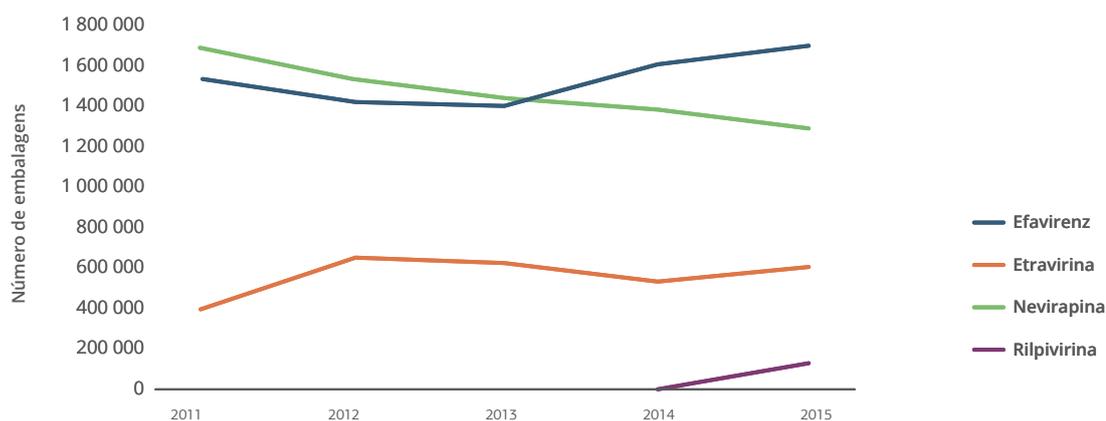
Fonte: Dados reportados pelos hospitais do SNS através do Código Hospitalar Nacional do Medicamentos (CHNM), INFARMED, 2016

2.2. TERAPÊUTICA ANTIRRETROVIRAL

Como se pode ver nas figuras seguintes, a terapêutica antirretroviral dispensada reflete as recomendações vigentes, assistindo-se, nos últimos anos, a uma diminuição sustentada do uso da classe dos inibidores da

protease, em provável relação com novos fármacos pertencentes às classes dos inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos e dos inibidores da cadeia de transferência da integrase.

Figura PN VIH_SIDA_TB 3. Dispensa de medicamentos antirretrovirais – Análogos não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (n.º de embalagens), Portugal Continental, 2011 a 2015



Nota: Para todos os hospitais com gestão pública do SNS só existem dados completos para os anos de 2011 e 2012. Os dados não incluem as parcerias público privadas. Os dados de internamento são disponibilizados com base na classificação interna efetuada pelo INFARMED aos centros de custo dos hospitais.

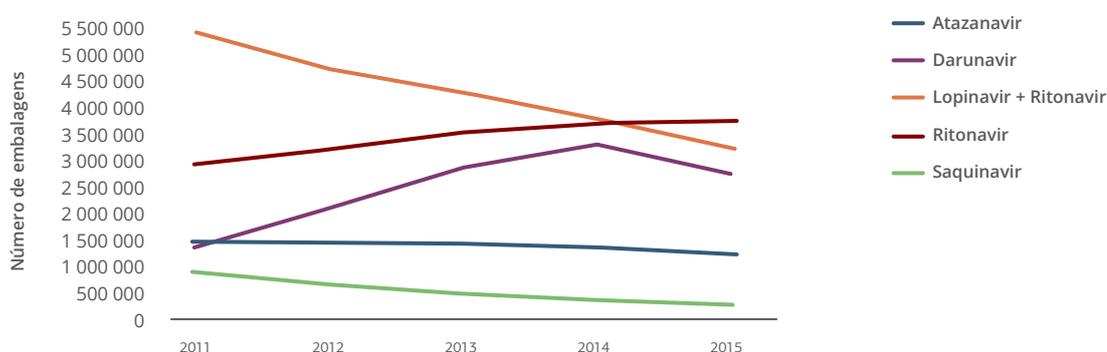
1) Os dados de consumo referem-se aos medicamentos abrangidos pelo Código Hospitalar Nacional de Medicamentos (CHNM) que englobam os medicamentos de uso humano com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) e Autorização de Utilização Especial (AUE)

2) As quantidades estão expressas em unidades de CHNM (Comprimidos, canetas, sol. injectável, etc)

3) Os dados apresentados dizem respeito aos Hospitais do SNS com gestão pública

Fonte: Dados reportados pelos hospitais do SNS através do Código Hospitalar Nacional do Medicamentos (CHNM), INFARMED, 2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 4. Dispensa de medicamentos antirretrovirais - Inibidores da protease (n.º de embalagens), Portugal Continental, 2011 a 2015



Nota: Para todos os hospitais com gestão pública do SNS só existem dados completos para os anos de 2011 e 2012. Os dados não incluem as parcerias público privadas. Os dados de internamento são disponibilizados com base na classificação interna efetuada pelo INFARMED aos centros de custo dos hospitais.

1) Os dados de consumo referem-se aos medicamentos abrangidos pelo Código Hospitalar Nacional de Medicamentos (CHNM) que englobam os medicamentos de uso humano com Autorização de Introdução no Mercado (AIM) e Autorização de Utilização Especial (AUE)

2) As quantidades estão expressas em unidades de CHNM (Comprimidos, canetas, sol. injectável, etc)

3) Os dados apresentados dizem respeito aos Hospitais do SNS com gestão pública

Fonte: Dados reportados pelos hospitais do SNS através do Código Hospitalar Nacional do Medicamentos (CHNM), INFARMED, 2016

3. TUBERCULOSE

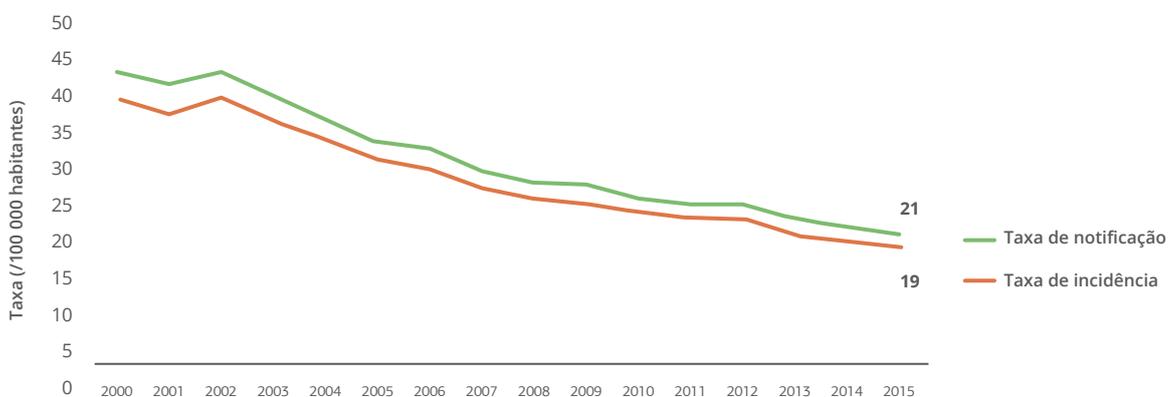
3.1. INTRODUÇÃO

Em 2015 foram notificados 2 158 casos de tuberculose dos quais, 1 987 eram casos novos, representando uma taxa de notificação de 20,8/100 000 habitantes e uma taxa de incidência de 19,2/100 000 habitantes (população residente em 2015 de 10 358 076 de acordo com os dados do INE). Mantém-se uma redução da taxa de notificação e de incidência de cerca de 5% ao

ano (Figura 5). Continua a verificar-se uma concentração dos casos nos distritos do Porto e Lisboa.

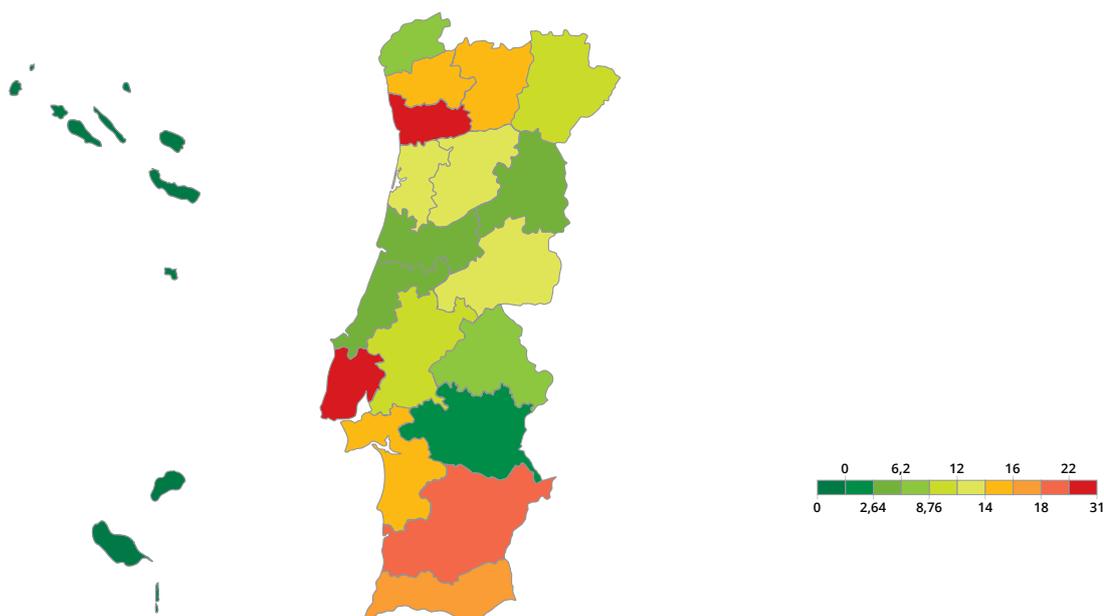
Porto e Lisboa foram os distritos com maior incidência (taxa de incidência de 31 e 28,5/100 000 habitantes respetivamente). Em 2015, ocorreram 182 casos de tuberculose no concelho de Lisboa (taxa de incidência de 35,9/100 000 habitantes) e 78 casos no concelho do Porto (taxa de incidência de 36,4/100 000 habitantes).

Figura PN VIH_SIDA_TB 5. Evolução da taxa de notificação e de incidência de tuberculose (por 100 000 habitantes), Portugal, 2000 a 2015



Fonte: SVIG-TB. 2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 6. Taxa de Incidência de tuberculose (por 100 000 habitantes), por distrito, 2015



Fonte: SVIG-TB. 2016

3.2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS CASOS

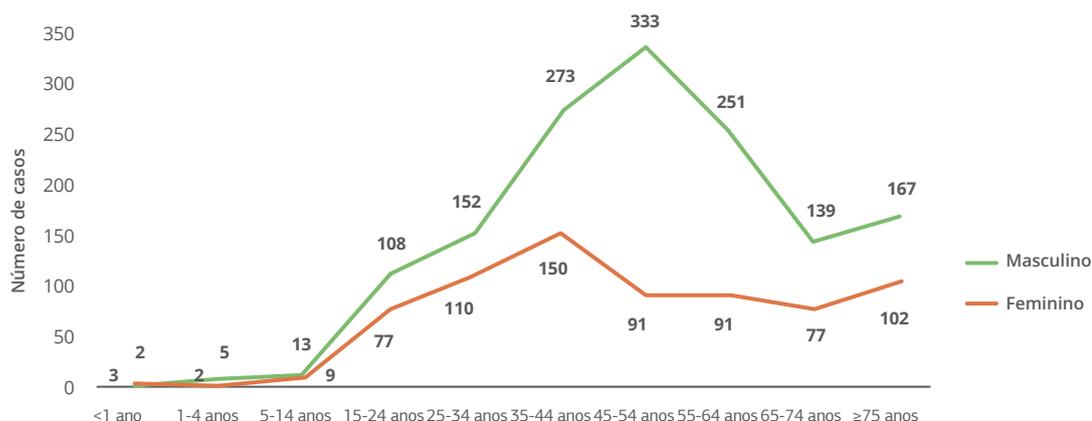
A distribuição por sexo mostrou que 67% dos casos de tuberculose ocorreram em indivíduos do sexo masculino (Figura 7). A idade média dos doentes foi de 49,6. Cerca de 67% dos doentes teve idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos e 22% dos doentes apresentou idade superior a 65 anos. As crianças com menos de 14 anos representaram 1,6% dos doentes.

3.3. FATORES DE RISCO PARA TUBERCULOSE

3.3.1. Tuberculose em pessoas nascidas fora do país

Em 2015, 16,8 % dos casos de tuberculose ocorreram em doentes nascidos fora do país (Figura 8). Esta proporção tem vindo a aumentar nos últimos anos.

Figura PN VIH_SIDA_TB 7. Casos de tuberculose notificados, por grupo etário e sexo, Portugal, 2015



Fonte: SVIG-TB. 2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 8. Casos de tuberculose notificados, por país de origem, Portugal, 2000 a 2015



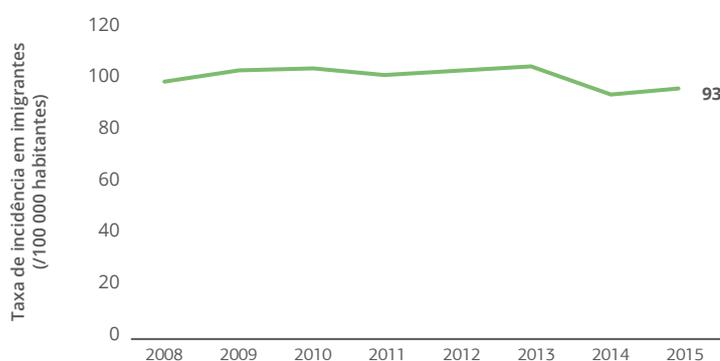
Fonte: SVIG-TB. 2016

Com o objetivo de estimar o risco relativo das comunidades estrangeiras e utilizando-se os dados oficiais do Serviços de Estrangeiros e Fronteiras relativos à população estrangeira com títulos de residência ou com prorrogação de vistos de longa duração estimou-se a taxa de incidência de tuberculose na população estrangeira em 2015 – 93,2/100 000 habitantes, 4,8 vezes superior à incidência nacional (Figura 9).

3.3.2. Co-morbilidades

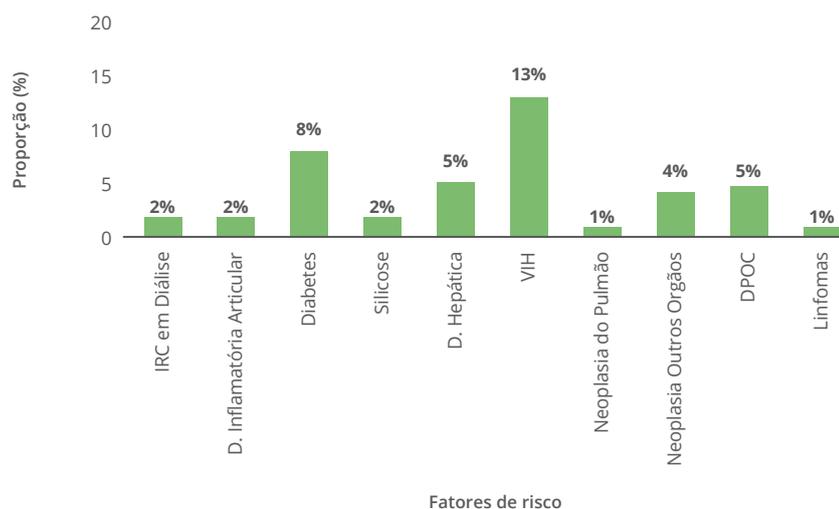
O estado VIH foi conhecido em 1 773 (80,3%) doentes com tuberculose, dos quais 226 foram positivos (13,0%). A diabetes (8%), a doença hepática (5%), a neoplasia de qualquer órgão (5,1%) e a doença pulmonar obstrutiva crónica (5%) foram as outras co-morbilidades mais frequentes nos doentes diagnosticados com tuberculose durante o ano 2015 (Figura 10).

Figura PN VIH_SIDA_TB 9. Evolução da taxa de incidência de tuberculose em imigrantes (por 100 000 habitantes), Portugal, 2008 a 2015



Fonte: SVIG-TB. 2016

Figura PN VIH_SIDA_TB 10. Co-morbilidades nos doentes com tuberculose, Portugal, 2015



Fonte: SVIG-TB. 2016

3.3.3. Fatores de risco sociais

Cerca de 636 (29,5%) doentes apresentaram fatores de risco sociais entre os quais o consumo de álcool (10,4%) e o consumo de drogas ilícitas (11,3%) - endovenosas e/ou inaladas - foram os mais representados.

Em 2015, 60 (2,8%) casos de tuberculose ocorreram em população reclusa. A taxa de incidência de tuberculose na população reclusa em 2015 foi de 426,1/100 000 (para um total de reclusos de 13 996 a 31 de Dezembro de 2015, de acordo com os dados disponíveis pela Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais).

3.4. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA E BACTERIOLÓGICA DOS CASOS

3.4.1. Manifestação clínica de doença

Dos 1 529 casos com tuberculose pulmonar, 906 (59,2%) tinham exame direto positivo, o que confere maior risco de transmissão de doença aos seus contactos. As formas extrapulmonares mais frequentes foram pleural e linfática extratorácica.

3.4.2. Confirmação laboratorial e resultado do tratamento

Em 2014, à data homóloga, 51,8% do total de casos e 64,3 % dos casos pulmonares tinham tido confirmação por estudo cultural. Os dados já definitivos de 2014 mostram que em 55% do total de casos e em 68% dos casos pulmonares houve confirmação por estudo cultural.

De acordo com dados atuais, em 2015, 1 228 (56,9%) casos de tuberculose foram confirmados por estudo cultural. A proporção de confirmação foi maior quando se analisaram apenas os casos de tuberculose pulmonar – 1 048 (68,6%) dos 1 529 casos foram confirmados por cultura. Apesar da melhoria dos resultados, a proporção de casos confirmados mantem-se abaixo do pretendido (90%).

Dos 2 135 casos de tuberculose notificados (excluídos os casos de tuberculose multirresistente), 1 322 completaram o tratamento, o que confere uma taxa de sucesso de 61,9%. Se analisarmos os casos de tuberculose confirmada, 791 (65,4%) dos 1 209 casos de tuberculose pulmonar e 119 (67,6 %) dos 176 casos de tuberculose extrapulmonar, completaram o tratamento, o que confere uma taxa de sucesso entre os casos confirmados (não multirresistentes) de 65,4%. No entanto, 573 (26,6%) dos doentes ainda estão classificados como “em tratamento”. Entre os restantes 1 562, 1 322 (84,6%) completaram o tratamento. Em 119 (7,5%) doentes perdeu-se o seguimento por interrupção, abandono, transferência ou emigração e 143 (9%) morreram durante o tratamento.

3.4.3. Resistência aos fármacos antibacilares

Dos 1 228 casos com confirmação cultural, 986 (80,3%) apresentavam resultados de teste de suscetibilidade aos antibacilares de 1ª linha. Ocorreu resistência à isoniazida em 9% dos casos de tuberculose com teste de suscetibilidade conhecido (Quadro 8).

Quadro PN VIH_SIDA_TB 8. Proporção de resistências aos antibacilares de 1ª linha, entre os que têm cultura positiva e teste de susceptibilidade conhecido, Portugal, 2015

Fármaco	Isoniazida	Rifampicina	Pirazinamida	Etambutol	Estreptomícia
Resistência	89 (9,0%)	25 (2,5%)	23 (2,3%)	17 (1,4%)	122 (12,4%)

Fonte: SVIG-TB. 2016

Em 2015 ocorreram 23 casos de tuberculose multirresistente, representando 2,2% dos casos testados e 1% do total de casos de tuberculose notificados. De entre os 23 casos multirresistentes, 5 casos eram extremamente resistentes (resistência à isoniazida, rifampicina, uma quinolona e a um injetável de 2ª linha), representando 26% do total de casos multirresistentes (Quadro 9).

Em 2015, foram notificados casos de tuberculose multirresistente na região Norte (3 casos), região de Lisboa e Vale do Tejo (17 casos), na região do Alentejo (1 caso), na região do Algarve (1 caso) e na Madeira (1 caso) (Quadro 9).

O sucesso terapêutico dos casos de tuberculose multirresistente é analisado ao fim de 2 anos, uma vez que o curso terapêutico é significativamente mais demorado

do que as formas suscetíveis da doença. Assim, conseguimos agora analisar o sucesso terapêutico da coorte de doentes multirresistentes diagnosticados em 2013. Dos 17 casos notificados em 2013, 13 (76,5%) completaram o tratamento em 2015, com sucesso.

3.5. RETRATAMENTOS

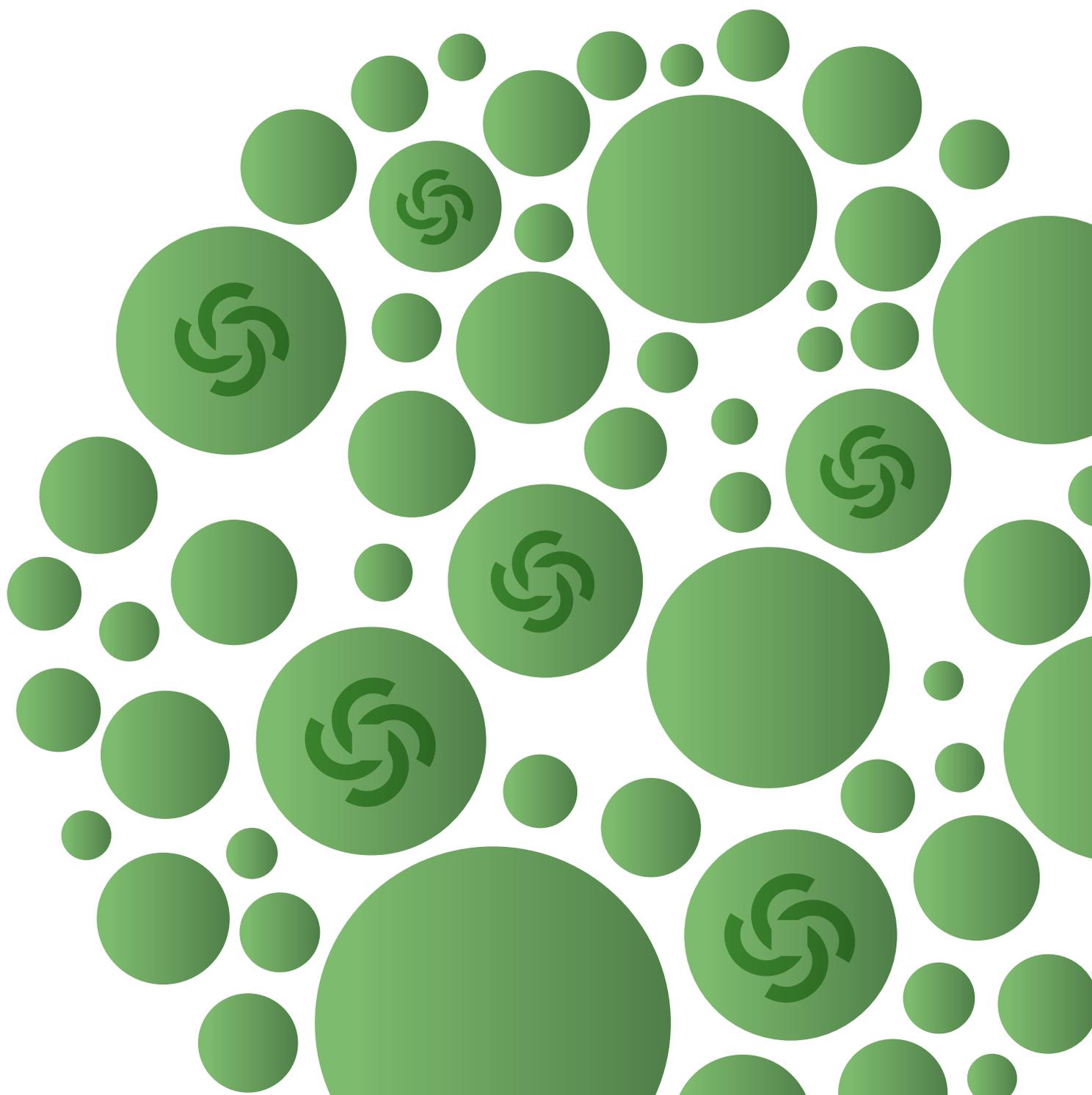
Em 2015, os retratamentos corresponderam a 7,9% (171/2 158) dos casos notificados. Os doentes com retratamento tiveram idade média de 51,7 anos, foram sobretudo homens (72,5%) e na sua maioria nascidos em Portugal (84,2%). Cerca de 67,2% (115/171) dos casos de retratamento corresponderam a indivíduos com tratamento anterior classificado como completo. Nas outras situações, o retratamento esteve associado a um tratamento anterior irregular, interrompido ou ineficaz.

Quadro PN VIH_SIDA_TB 9. Distribuição dos casos de tuberculose multirresistente (MR) e extremamente resistente (XDR) por região, 2015

Região	MR	XDR	MR+XDR
Norte (13%)	3	0	3
LVT (75%)	12	5	17
Alentejo (4%)	1	0	1
Algarve (4%)	1	0	1
Madeira (4%)	1	0	1
Total	18	5	23

Fonte: SVIG-TB. 2016

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO
DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS
ANTIMICROBIANOS



Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

1. ESTRUTURA, VISÃO E VETORES DE INTERVENÇÃO

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial. Nenhum país e nenhuma instituição prestadora de cuidados de saúde podem alegar serem alheios a estas complicações.

As IACS aumentam a mortalidade e acrescentam morbilidade, prolongam os internamentos e agravam os custos. Acentuam a pressão geradora de resistências aos antibióticos. Inviabilizam a qualidade dos cuidados. São a principal ameaça à segurança dos cidadãos internados nos hospitais.

Projeções internacionais estimam que se nada for feito, mais efetivo do que até agora, por volta de 2050 morrerão anualmente cerca de 390.000 pessoas, só na Europa, em consequência direta das resistências aos antimicrobianos. Em todo o Mundo, aquele número ascenderá a 10 milhões.

Este é um cenário inaceitável. Importa atuar, desde já e eficazmente, para que não se concretize.

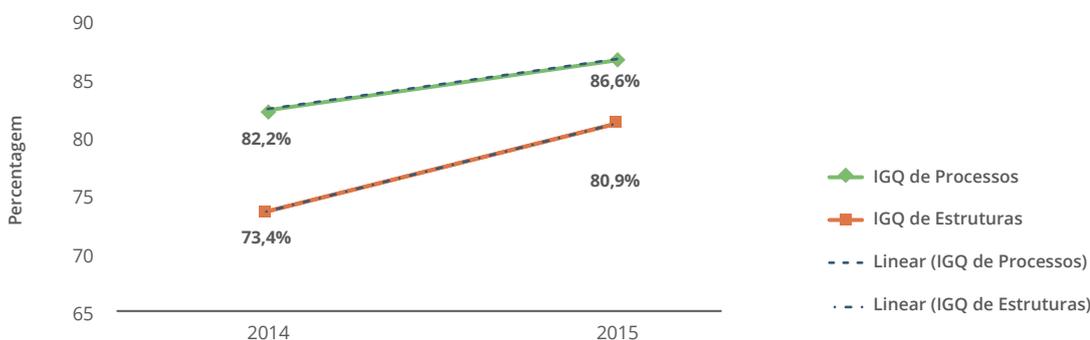
2. PRECAUÇÕES BÁSICAS DO CONTROLO DE INFEÇÃO

As Precauções Básicas (PBCI) traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais, na prestação de cuidados de saúde, para minimizar o risco de infeção.

As PBCI incidem sobre dez áreas: Colocação de doentes, higiene das mãos, etiqueta respiratória, utilização de equipamento de proteção individual, descontaminação do equipamento clínico, controlo ambiental, manuseamento seguro da roupa, recolha segura de resíduos, práticas seguras na preparação e administração de injetáveis, e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

O gráfico da Figura 1 representa o valor do índice global de qualidade (IGQ) do cumprimento das precauções básicas em 2014 e 2015. É notória a evolução positiva, quer a nível dos processos quer das estruturas necessárias à implementação desses processos. Esta evolução positiva ocorreu nos três níveis de cuidados, hospitalares, primários e continuados.

Figura PPCIRA 1. Índice Global nacional de Qualidade dos Processos e das Estruturas, Portugal, 2014 a 2015



IGQ: Índice Global de Qualidade
 Fonte: PPCIRA/DGS 2016

2.1. HIGIENE DAS MÃOS

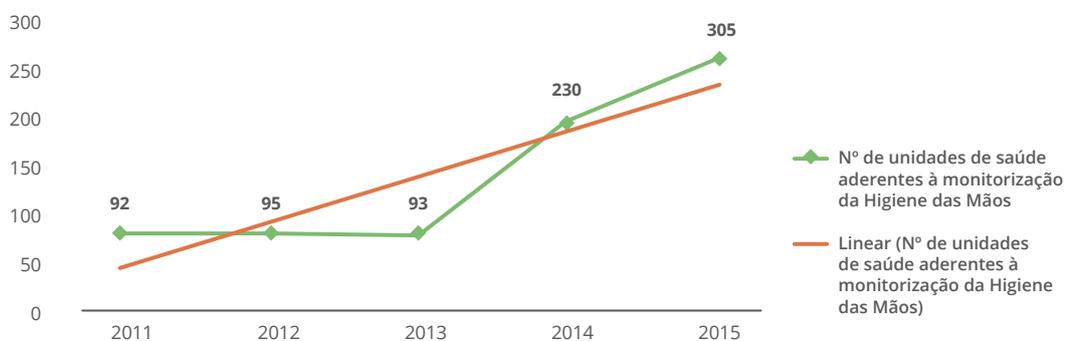
A higienização das mãos por parte dos profissionais é a medida mais eficaz, mais simples e mais barata de prevenir as IACS. Deve ser efetuada cumprindo técnica correta e em todas as oportunidades nas quais está recomendada, ou seja, em todos os cinco momentos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

A adesão das unidades de saúde (US) à monitorização das práticas de higiene das mãos, tem vindo a aumentar de forma gradual, tendo-se registado em 2015 um

aumento significativo desta adesão, sobretudo a nível dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) e das unidades de cuidados continuados integrados (UCCI) (Figura 2).

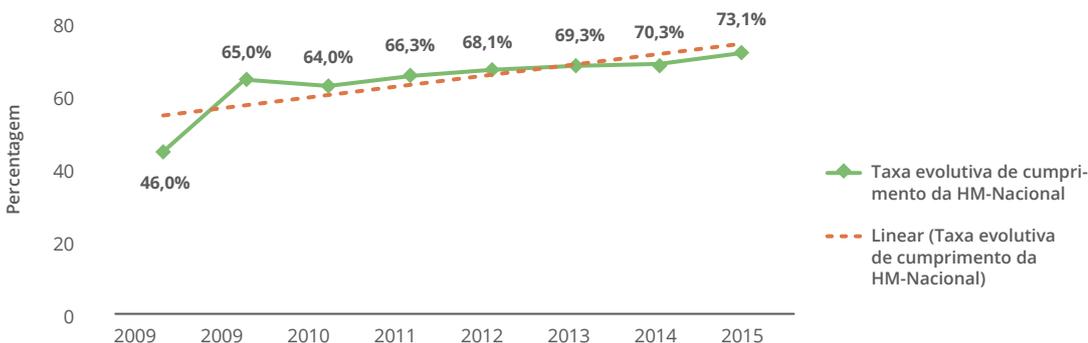
A adesão por parte dos profissionais de saúde portugueses a práticas corretas de higiene das mãos, nos cinco momentos recomendados para o seu cumprimento, tem aumentado substancialmente ao longo dos anos (Figura 3).

Figura PPCIRA 2. Adesão das unidades de saúde à monitorização da Higiene das Mãos, Portugal, 2011 a 2015



Fonte: PPCIRA/DGS 2016

Figura PPCIRA 3. Adesão à monitorização da Higiene das Mãos: análise evolutiva da taxa de cumprimento por parte dos profissionais, Portugal, 2008 a 2015



Fonte: PPCIRA/DGS 2016

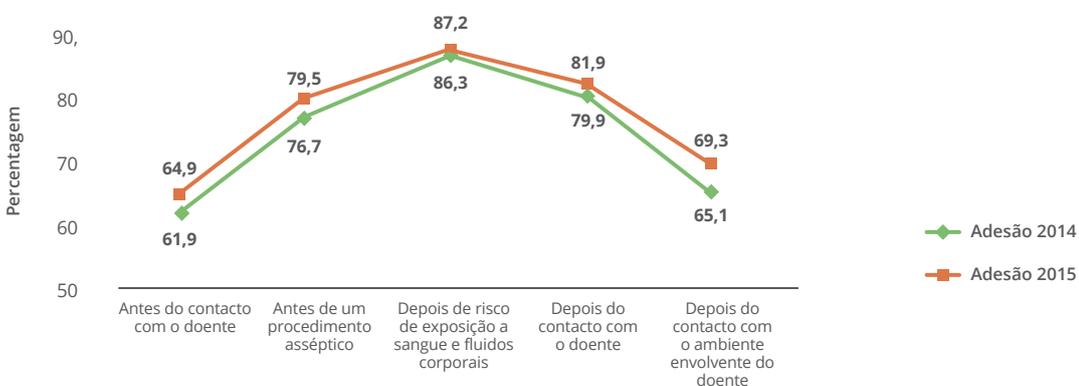
Em 2009, antes da aplicação em Portugal da campanha da higiene das mãos promovida pela OMS, o nível de adesão à higiene das mãos era de 46%. No mesmo ano, após implementação da campanha, este nível passou para 65%. Em 2015, registou-se um aumento da adesão à correta higienização das mãos para 73,1%. Este aumento traduziu-se em 5 pontos percentuais (p.p) no primeiro momento, 2,8 p.p. no segundo, 4,4 p.p. no terceiro, 2 p.p. no quarto e 4,2 p.p. no quinto momento de higiene das mãos.

Como acontece a nível mundial, continua a verificar-se menor adesão no primeiro e últimos momentos, os quais continuam a ser alvos principais das ações de

formação e sensibilização dos profissionais para a importância de melhorar a qualidade desta prática.

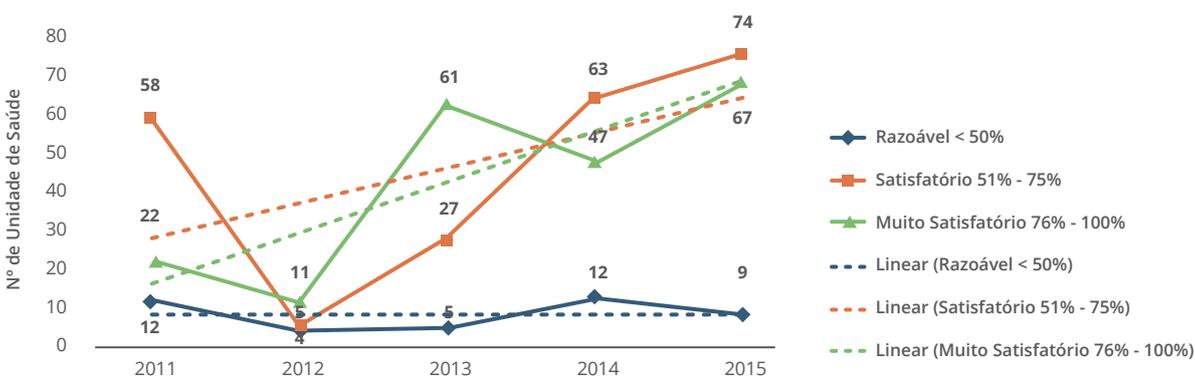
De salientar o progresso da escala de classificação (score) das US quanto ao cumprimento da higiene das mãos entre 2011 e 2015, sendo que a linha tendencial demonstra haver um aumento de US que obtiveram a classificação de Satisfatório e Muito Satisfatório e uma tendência progressiva para diminuir as US com classificação de "Razoável" (Figura 5). Tal facto traduz o esforço e envolvimento dos profissionais de saúde das diversas US, na melhoria da adesão às boas práticas de higiene das mãos.

Figura PPCIRA 4. Taxa global de adesão à Higiene das Mãos pelos cinco momentos, Portugal, 2014 a 2015



Fonte: PPCIRA/DGS 2016

Figura PPCIRA 5. Classificação das unidades de saúde relativamente ao nível de cumprimento da Higiene das Mãos, Portugal, 2011 a 2015



Fonte: PPCIRA/DGS 2016

3. RESULTADOS: INFEÇÕES ASSOCIADAS A CUIDADOS DE SAÚDE

Um dos objetivos fundamentais do PPCIRA é a redução das taxas de infeção associada aos cuidados de saúde, através da prevenção e do controlo da sua transmissão. Reduzir a taxa de infeção significa aumentar a segurança dos doentes internados, reduzindo a duração da permanência no hospital, a morbilidade e a mortalidade associada aos internamentos.

A taxa de infeção é avaliada periodicamente, através de estudos de prevalência que medem o total de infeções adquiridas pelos doentes internados em determinado período de tempo. Embora dêem uma noção mais exata do número de infeções, este tipo de estudos implicam um elevado consumo de recursos humanos, pelo que são efetuados apenas com intervalos de tempo alargados.

Em 2012, um estudo de prevalência de infeção e consumo de antimicrobianos nos hospitais à escala europeia, apurou que 10,5% dos doentes internados em Portugal tinham adquirido infeção em internamento, enquanto a percentagem no conjunto dos países europeus era de 6,1%. Na mesma população, 45,3% dos doentes estavam a ser tratados com antibióticos em Portugal, enquanto na Europa essa percentagem era de 35,8%.

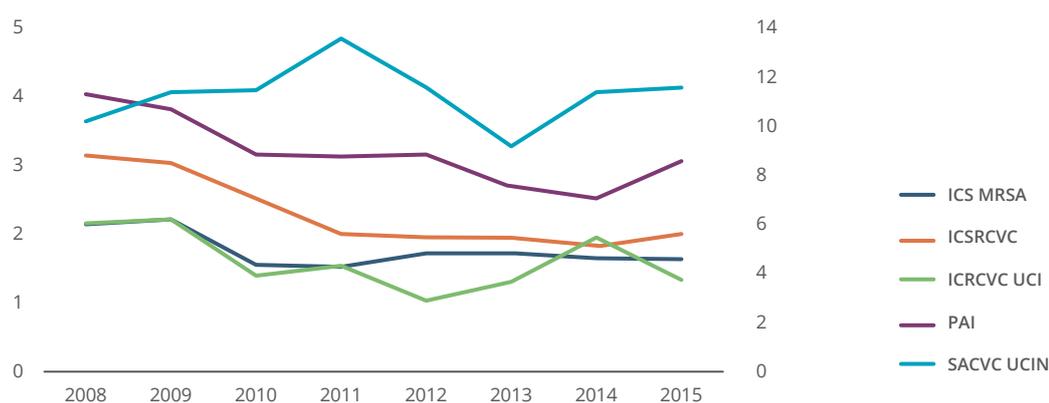
Em 2013, um estudo semelhante a nível dos cuidados continuados apurou taxas de infeção de 10,4% em Portugal e 3,4% na Europa, enquanto os doentes medicados com antibióticos correspondiam respetivamente a 9,5% e 4,4% dos participantes. Em 2017 serão realizados novos estudos deste tipo.

A medição contínua das taxas de infeção processa-se através de estudos de incidência, estruturados em programas de vigilância epidemiológica (VE) que consomem menos tempo e recursos mas não medem a ocorrência de todas as infeções, avaliando as mais graves ou mais frequentes, ou as que ocorrem em serviços ou procedimentos de maior risco (Figura 6).

Coordenados pelo PPCIRA e alimentados por dados carregados por dezenas de profissionais em todo o País, funcionam regularmente os programas de vigilância epidemiológica de infeção nosocomial da corrente sanguínea (VE-INCS), de infeção adquirida nas unidades de cuidados intensivos (UCI), de infeção do local cirúrgico (ILC), e de infeção adquirida em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN).

Nos últimos anos tem-se assistido a uma tendência global de descida da incidência das infeções hospitalares monitorizadas em Portugal.

Figura PPCIRA 6. Incidência de algumas das mais relevantes infeções hospitalares, Portugal, 2008 a 2015, 2015 dados não consolidados



ICS MRSA expressas em infeções / 100 dias.doente. ICSRCVC, ICSRCVC UCI e SACVC UCIN expressas em infeções / 1000 dias.cateter. PAI expressas em infeções / 1000 dias de intubação.

ICS MRSA, ICSRCVC e ICSRCVC UCI: representadas no eixo principal.

PAI e SACVC UCIN: representadas no eixo secundário.

ICS MRSA: Infeção da corrente sanguínea (bacteriemia) por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina; ICSRCVC: Infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central; ICSRCVC UCI: Infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central em unidades de cuidados intensivos de adultos; PAI: Pneumonia Associada à Intubação endotraqueal; SACVC UCIN: Sépsis associada a cateter vascular central em unidades de cuidados intensivos de neonatologia.

Fonte: PPCIRA/DGS (HAI & INCS), 2016

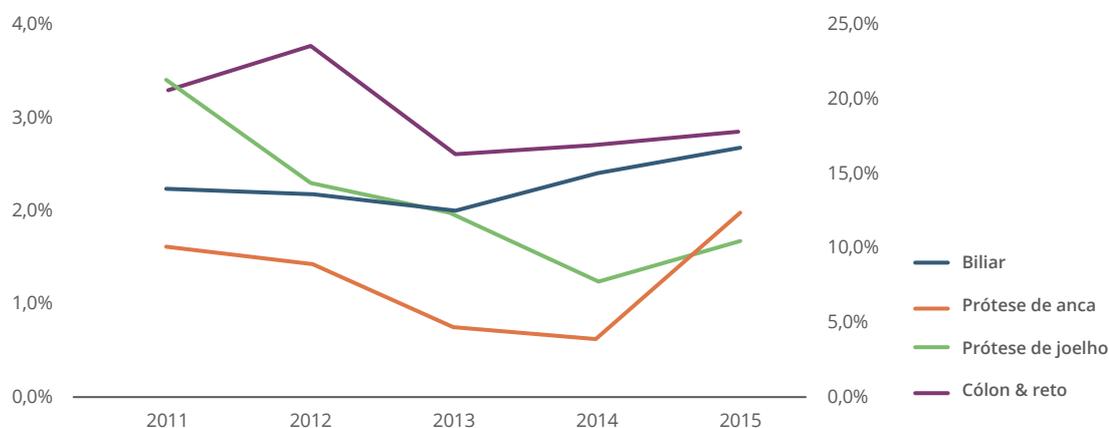
Tem-se verificado uma redução na bacteriemia por *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (MRSA), bem como da bacteriemia relacionada com a presença de cateter venoso central, quer nas UCI de adultos quer nos restantes serviços (Figura 6). Estas infeções são das que mais se relacionam com a qualidade das práticas, pelo que é admissível que a redução apurada se correlacione com uma melhoria generalizada das práticas de colocação e manutenção dos cateteres vasculares nos hospitais portugueses.

A pneumonia associada à intubação endotraqueal é uma das mais comuns e mais graves infeções adquiridas em UCI. A frequência deste tipo de pneumonia tem diminuído globalmente em Portugal, embora de forma irregular, tendo-se registado um aumento em 2015, aparentemente invertido nos primeiros meses de 2016.

Nas unidades de cuidados intensivos neonatais, têm sido admitidos nos últimos anos recém-nascidos cada vez mais prematuros, de cada vez mais baixo peso, em situações de mais grave depressão da imunidade, ou seja, maior risco de infeção. Apesar deste aumento do risco intrínseco, infeções significativas como a sépsis associada a cateter central têm visto estabilizada a sua frequência, com pequenas oscilações das taxas apuradas anualmente.

Na infeção do local cirúrgico destaca-se a nítida redução, verificada nos últimos anos, na elevada incidência de infeção na cirurgia do cólon e reto (Figura 7). A cirurgia das vias biliares apresenta taxas mais baixas, embora mantidas. Também na cirurgia de prótese de anca se têm verificado taxas relativamente baixas mas variáveis. Por outro lado, na cirurgia de prótese do joelho constata-se uma redução nítida das taxas de infeção nos últimos anos.

Figura PPCIRA 7. Incidência de infeções de local cirúrgico monitorizadas mais relevantes, Portugal, 2011 a 2015, 2015 dados provisórios



Infeções expressas em taxa de infeção.
Infeção em cirurgia colo-retal expressa no eixo secundário
Fonte: PPCIRA/DGS (HAI & INCS), 2016

Na análise geral da evolução da incidência de infeção em Portugal nos últimos anos, devem destacar-se resultados positivos na pneumonia associada à intubação, nas bacteriemias e em dois dos quatro tipos de cirurgias mais representativos. Tendências diferentes na sépsis associada a cateter central em UCI neonatal, na cirurgia biliar e de prótese da anca justificam análise e a implementação de iniciativas de correção da tendência verificada.

A participação dos serviços nos programas de VE tem sido nitidamente crescente. Esta participação é definida como obrigatória pelo Despacho n.º 15423/2013, despacho de estrutura do PPCIRA, pelo que deve ser incrementada, como única forma de melhorar a qualidade dos dados nacionais.

Em 2015 foi iniciada a implementação, em 12 unidades hospitalares, do projeto "Stop Infeção", promovido pela Fundação Calouste Gulbenkian e pelo Institute of Healthcare Improvement, em articulação com o Ministério da Saúde e o PPCIRA/DGS. No âmbito deste projeto, pretende-se reduzir em 50%, no prazo de três anos, a incidência de um conjunto de infeções hospitalares.

Considera-se este objetivo atingível através da implementação de um conjunto de boas práticas, traduzidas em feixes de intervenções, sendo a evolução monitorizada no curto prazo e acompanhada por uma metodologia designada por aprendizagem colaborativa. A implementação do Projeto incide sobre a bacteriemia relacionada com o cateter venoso central, a pneumonia associada à intubação endotraqueal, a infeção urinária associada ao cateter vesical e a infeção do local cirúrgico, designadamente a associada a cirurgia colorretal, biliar, de prótese da anca e do joelho. Os feixes de intervenção usados foram publicados como normas de orientação clínica da DGS, para que a sua aplicação possa ser generalizada em todos os hospitais do país.

4. RESULTADOS: CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS

O uso criterioso dos antibióticos é essencial para a preservação da sua eficácia terapêutica, permitindo inverter a tendência para o aumento das taxas de resistência que se tem verificado na maior parte das bactérias. Esta tendência, a manter-se, dificultará o tratamento de muitas infeções, impossibilitando o tratamento de outras. A concretizar-se, este cenário tornaria impraticáveis muitos dos principais procedimentos e técnicas de terapêutica atualmente utilizados.

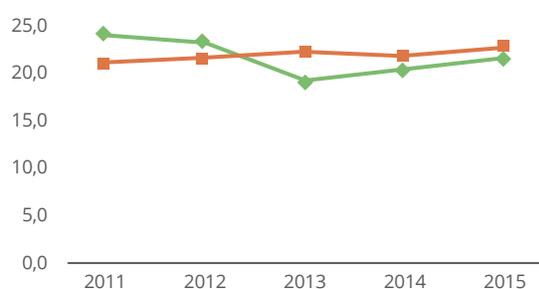
O consumo de antibióticos na comunidade, em Portugal, manteve-se durante muito tempo acima do registado na Europa, apesar de uma tendência decrescente que havia estabilizado a partir de 2006. Segundo dados do sistema de monitorização europeu ESAC-Net (European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network), em 2012 Portugal era o nono, entre 30 países europeus, com maior consumo de antibióticos na comunidade, acima da média europeia. Essa situação inverteu-se nos últimos anos. Em 2015, embora tendo registado ligeiro aumento no consumo, o País posicionou-se a meio, 16ª posição, do mesmo grupo de 30 países europeus, e abaixo da média, no que respeita a consumo de antibióticos na comunidade (Figura 8).

Os antibióticos consumidos a nível hospitalar representam menos de 10% do total nacional, no qual o consumo ambulatorio predomina quantitativamente. A grande relevância assumida pelo consumo hospitalar deriva de serem utilizados neste contexto os antibióticos de mais largo espetro, com maior responsabilidade na pressão seletiva geradora de resistências.

Também no setor hospitalar se registou evolução positiva do consumo de antibióticos (Figura 9) observando-se divergência, mais nítida desde 2012, da evolução ligeiramente crescente verificada na média europeia. Neste contexto, Portugal foi, em 2015, o sexto país com menor consumo de antibióticos, do conjunto dos países da União Europeia e do Espaço Económico Europeu.

Apesar da tendência no geral positiva, continua a ser necessário reduzir o consumo de antibióticos em Portugal, quer na comunidade quer no setor hospitalar. O principal problema reside na utilização particularmente elevada de classes de antibióticos de espetro mais largo como as quinolonas em ambos os setores, e os carbapenemos nos hospitais. Portugal é o segundo maior consumidor de carbapenemos da Europa, situação que deve ser melhorada nos próximos anos.

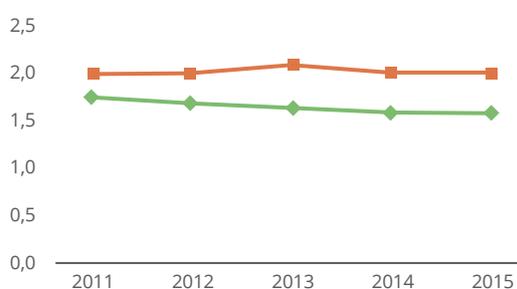
Figura PPCIRA 8. Consumo de antibióticos na comunidade (em DHD), Portugal, 2011 a 2015



DHD: Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia
Fonte: INFARMED, 2016

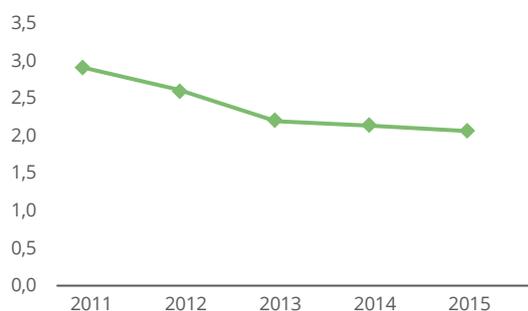
◆ Portugal ■ Média UE

Figura PPCIRA 9. Consumo de antibióticos no setor hospitalar (em DHD), Portugal, 2011 a 2015



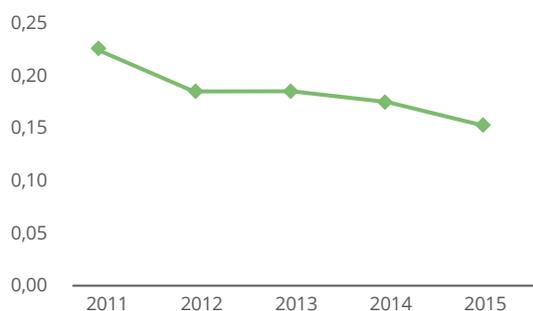
DHD: Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia
Fonte: INFARMED, 2016

Figura PPCIRA 10. Consumo de quinolonas na comunidade (em DHD), Portugal, 2011 a 2015 evidenciando redução de 30%



DHD: Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia
Fonte: INFARMED, 2016

Figura PPCIRA 11. Consumo de quinolonas no setor hospitalar (em DHD), Portugal, 2011 a 2015 evidenciando redução de 32%



DHD: Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia
Fonte: INFARMED, 2016

Reduzir o consumo de antibióticos e utilizá-los, quando necessário, de forma apropriada, contribuirá para preservar a sua eficácia, essencial à saúde das populações.

O papel principal na promoção do uso correto dos antibióticos cabe aos profissionais de saúde, designadamente aos médicos prescritores. Prescrever de acordo com regras de boa prática é um dever incontornável.

Mas todos os setores da sociedade devem dar o seu contributo para que os antibióticos sejam usados corretamente e assim preservados. Estudos recentes revelaram que os cidadãos portugueses têm um conheci-

mento do problema inferior à média europeia, embora a diferentes níveis para diversos aspetos.

Os antibióticos não atuam contra os vírus e como tal não devem ser usados para tratar doenças provocadas por vírus, como a gripe. Num estudo realizado em 2013, apenas 19% e 27% dos portugueses, respetivamente, responderam certo a estas questões. No entanto, no mesmo estudo, 79% dos portugueses revelaram ter noção clara que a utilização desnecessária dos antibióticos pode fazer com que se tornem ineficazes (Figura 13).

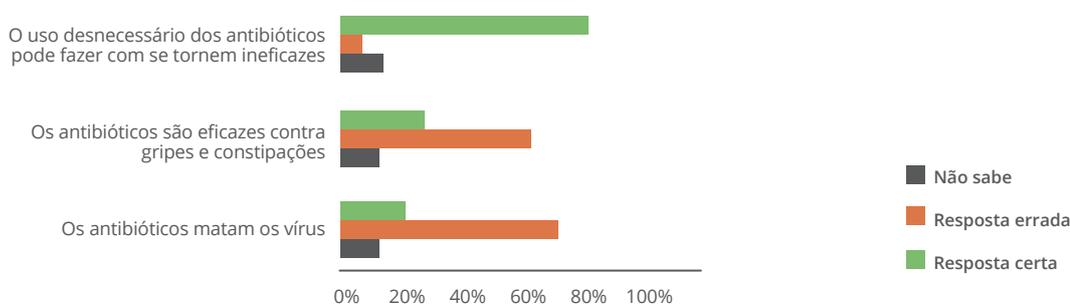
Figura PPCIRA 12. Evolução do consumo de carbapenemos no setor hospitalar (em DHD), Portugal, 2011 a 2015
evidenciando redução de 9% a partir de 2013



DHD: Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia

Fonte: INFARMED, 2016

Figura PPCIRA 13. Respostas obtidas junto de cidadãos portugueses no âmbito do estudo Eurobarómetro Especial 407, Portugal, 2013



Fonte: Comissão europeia, Novembro de 2013.

Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm

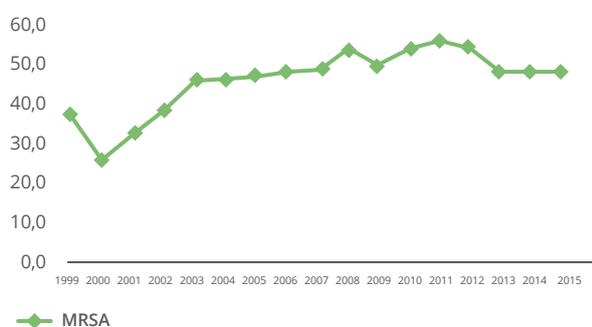
Provavelmente devido às campanhas desenvolvidas, promovendo maior visibilidade do problema na sociedade, nomeadamente a nível dos meios de comunicação, dados recentes sugerem que a literacia para este problema tem melhorado nitidamente, estando os portugueses em melhor situação para contribuir para a preservação da sua saúde, através do uso mais correto dos antibióticos.

5. RESULTADOS: RESISTÊNCIAS A ANTIBIÓTICOS

Em 2015, a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica de Resistências aos Antimicrobianos, sediada no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) contou com cerca de 120 laboratórios (públicos e privados, hospitalares e não-hospitalares), o que significou um aumento de mais de cinco vezes desde o início do seu funcionamento, em 2013.

A taxa de resistência à meticilina em *Staphylococcus aureus*, um dos indicadores resistência aos antimicrobianos classicamente reportados, atingiu em Portugal,

Figura PPCIRA 14. Resistência a meticilina nos isolados invasivos de *Staphylococcus aureus* (MRSA), Portugal, 1999 a 2015



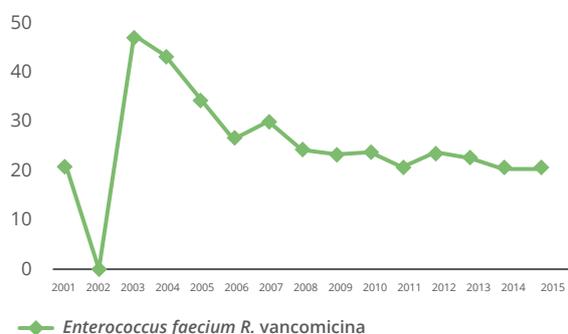
Fonte: INSA, 2016

no ano de 2011, 54,6%, valor situado entre os mais elevados da Europa (Figura 14). Em 2013 iniciou-se uma descida deste valor, o qual estabilizou, sendo no ano de 2015 de 47,2%. Embora represente uma inversão da tendência de subida anteriormente verificada, trata-se ainda de valor elevado, cuja redução representa um dos principais objetivos do PPCIRA.

Em *Enterococcus faecium*, Portugal apresentava, no ano de 2003, taxa de resistência à vancomicina de 46,6%, valor extremamente elevado (Figura 15) Desde então verificou-se uma descida progressiva desta taxa, que atingiu os 20,2% em 2015. Portugal é ainda um dos cinco países europeus que apresentam uma taxa de resistência a vancomicina superior a 20% em *Enterococcus faecium*.

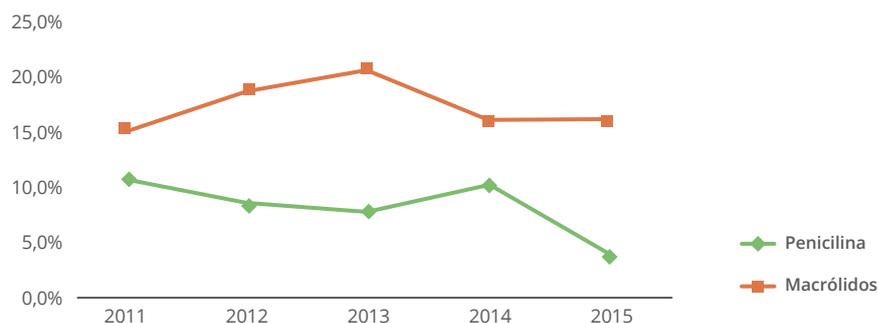
Particularmente relevante é a confirmação da diminuição da resistência a penicilina em *Streptococcus pneumoniae* (Figura 16), agente etiológico particularmente prevalente nas infeções da comunidade e, a nível hospitalar, na pneumonia grave e meningite.

Figura PPCIRA 15. Resistência a vancomicina nos isolados invasivos de *Enterococcus faecium*, Portugal, 2001 a 2015



Fonte: INSA, 2016

Figura PPCIRA 16. Taxa de resistência a penicilina e macrólidos entre os isolados invasivos de *Streptococcus pneumoniae*, Portugal, 2011 a 2015

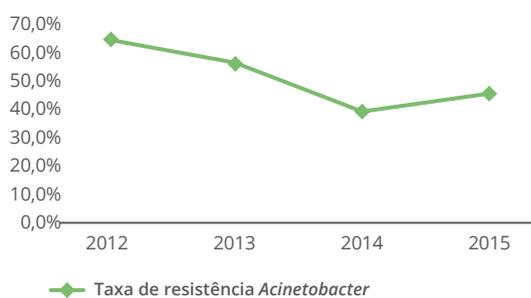


Fonte: INSA, EARS Net/ECDC, 2016

Em agentes Gram-negativo, *Acinetobacter* spp conheceu uma expansão preocupante nas últimas décadas, quer em incidência quer em taxa de resistência. Embora ainda incluído no grupo de países com mais altas taxas de resistência combinada em *Acinetobacter*, Portugal já não se encontra entre os piores deste grupo (Figura 17). Tratando-se de uma descida significativa e estabelecendo uma tendência, o valor atual é ainda elevado, impondo-se a sua redução.

Se o ponto da situação das resistências em *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Streptococcus pneumoniae* e *Acinetobacter* permite concluir pela existência de tendências positivas que importa prosseguir e acentuar, já no que respeita a *Enterobacteriaceae* o problema justifica maior preocupação, embora possam estar a inverter-se algumas tendências negativas.

Figura PPCIRA 17. Percentagem de resistência combinada a fluoroquinolonas, aminoglicosídeos e Carbapenemos (MDR) em *Acinetobacter baumannii*, Portugal, 2012 a 2015

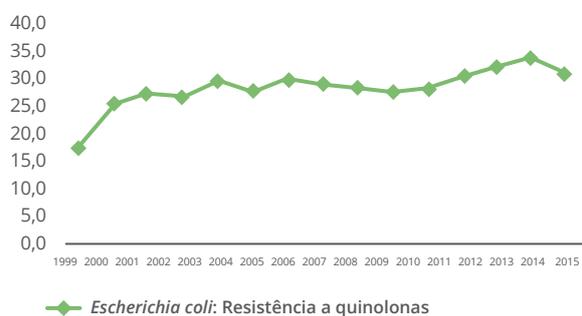


Fonte: EARS-Net/ECDC 2016

Devido, entre outros fatores, à excessiva exposição a fluoroquinolonas verificada nas últimas décadas, a resistência em *Escherichia coli* aumentou progressivamente. Pela primeira vez em cinco anos, verificou-se em 2015 uma inversão desta tendência.

Além da síntese de enzimas capazes de degradar quase todos os antibióticos β -lactâmicos, designadas β -lactamases de espectro alargado, *Enterobacteriaceae*, com destaque para *Klebsiella pneumoniae*, aperfeiçoaram nos últimos anos diversos mecanismos que lhes permitem resistir à ação dos carbapenemos, uma das classes de antibióticos com espectro mais largo de que se dispõe, o que torna estas bactérias frequentemente resistentes a quase todos os antibióticos conhecidos. As infeções por estes agentes constituem assim um desafio terapêutico muitas vezes difícil de ultrapassar.

Figura PPCIRA 18. Resistência a quinolonas em *Escherichia coli* (percentagem de isolados resistentes ou com suscetibilidade intermédia), Portugal, 2001 a 2015



Fonte: INSA, EARS-Net/ECDC 2016

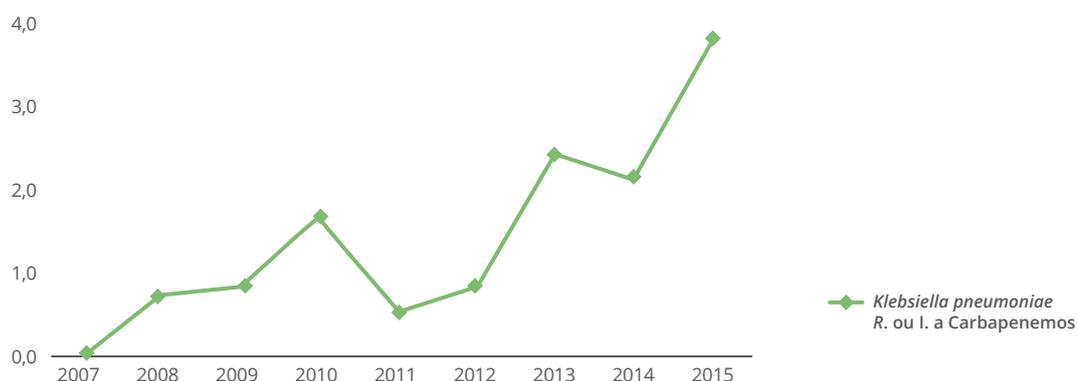
Por esse motivo, o isolamento de bactérias que apresentem este tipo de resistência obriga à tomada imediata de medidas rigorosas de isolamento e rastreio de contactantes, com o objetivo de impedir a sua transmissão. Simultaneamente obriga a reanálise do uso de antibióticos e correção de desvios detetados, com o objetivo de reduzir a pressão de seleção.

Até 2007 não foi reportado, a nível nacional, qualquer isolamento de uma estirpe de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos. A primeira estirpe com essas características foi reportada em 2008 (Figura 19). Desde então tem-se verificado tendência para aumento da percentagem de estirpes de *Klebsiella* isoladas em sangue ou líquor que apresentam resistência aos car-

bapenemos. Em 2015 essa percentagem foi de 3,4%, quando em 2014 tinha sido de 1,8%.

No contexto europeu de 2014, Portugal encontrava-se no segundo grupo de países onde a taxa de resistência a carbapenemos era mais baixa, sendo a situação já preocupante em alguns países mediterrânicos. Tal preocupação tem motivado um seguimento particularmente atento por parte da vigilância epidemiológica europeia. Já em 2015, uma auto-análise à realidade epidemiológica de cada país efetuada por peritos nacionais, promovida pelo ECDC e por outros organismos europeus, colocava Portugal num estádio epidemiológico intermédio neste contexto.

Figura PPCIRA 19. *Klebsiella pneumoniae* resistente a Carbapenemos (percentagem de isolados resistentes ou com suscetibilidade intermédia), Portugal, 2007 a 2015



Fonte: INSA, EARS-Net/ECDC 2016

6. AS INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE, AS RESISTÊNCIAS AOS ANTIBIÓTICOS E A SAÚDE DOS PORTUGUESES

As infeções associadas aos cuidados de saúde, principalmente as provocadas por agentes com resistência aumentada aos antibióticos, são a maior ameaça à segurança dos doentes internados nos hospitais de todos os países do mundo.

A resistência aos antibióticos é mesmo considerada pela OMS como uma das principais ameaças à saúde das populações a nível mundial.

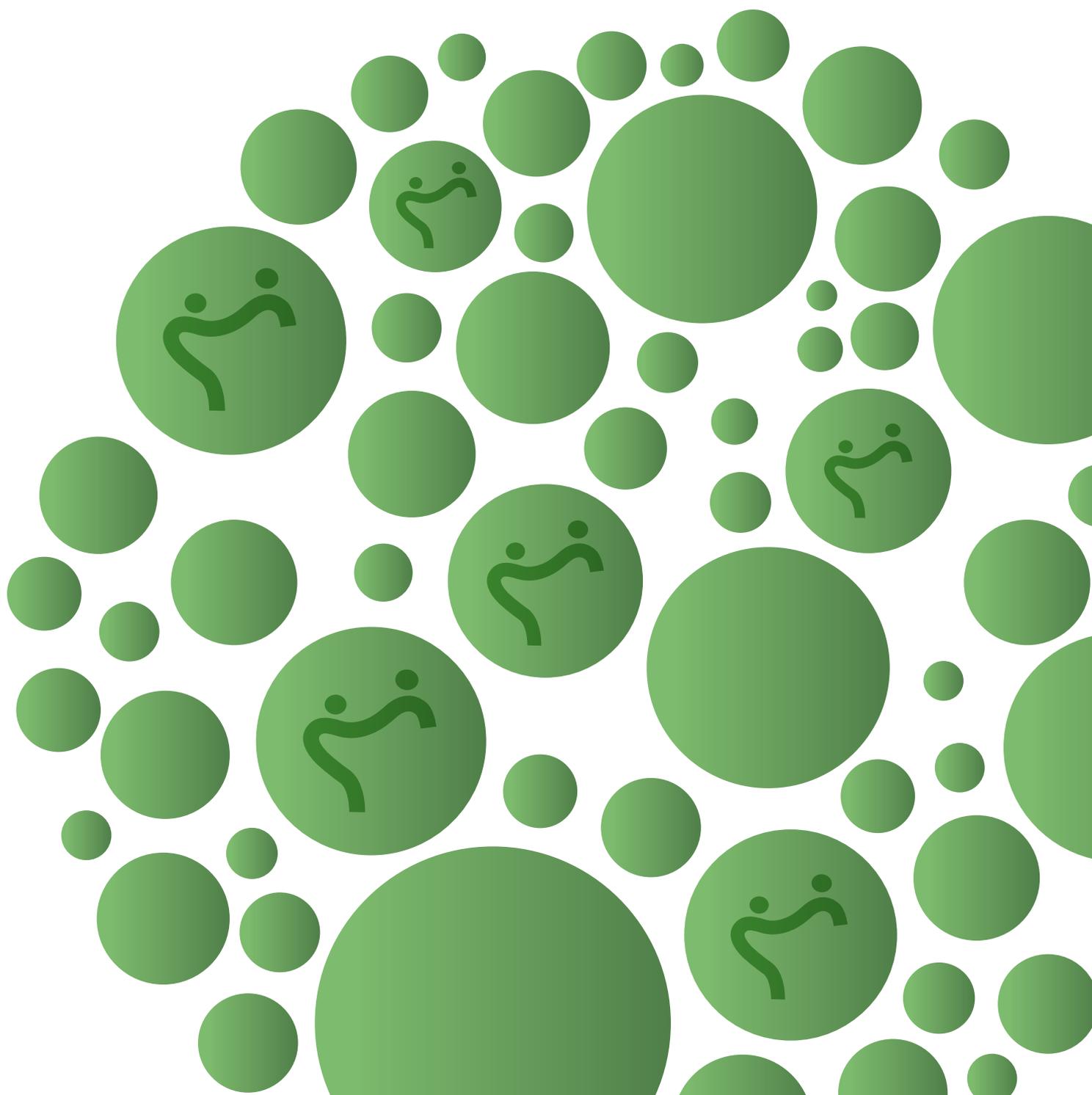
Em Portugal têm sido dados passos importantes para controlar estas ameaças. Resultados positivos têm sido obtidos, traduzidos na redução das taxas de infeção. Tem diminuído gradualmente o consumo de antibióticos, no geral e no que respeita a antibióticos particularmente associados ao aumento de resistências. As próprias taxas de resistência têm descido, em diversos agentes.

Os números publicados revelam um aumento da consciência e dos conhecimentos das pessoas, em Portugal, para estes problemas. Esta tomada de consciência tem que refletir-se a todos os níveis.

Muito trabalho tem que ser desenvolvido ainda para que os resultados alcançados se consolidem e atinjam níveis idênticos aos dos países da Europa. A dimensão da ameaça terá que ter reflexo nos meios reunidos para a combater e na qualidade das práticas dos profissionais.

Pela saúde dos Portugueses.

PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL



Programa Nacional para a Saúde Mental

NOTA PRÉVIA

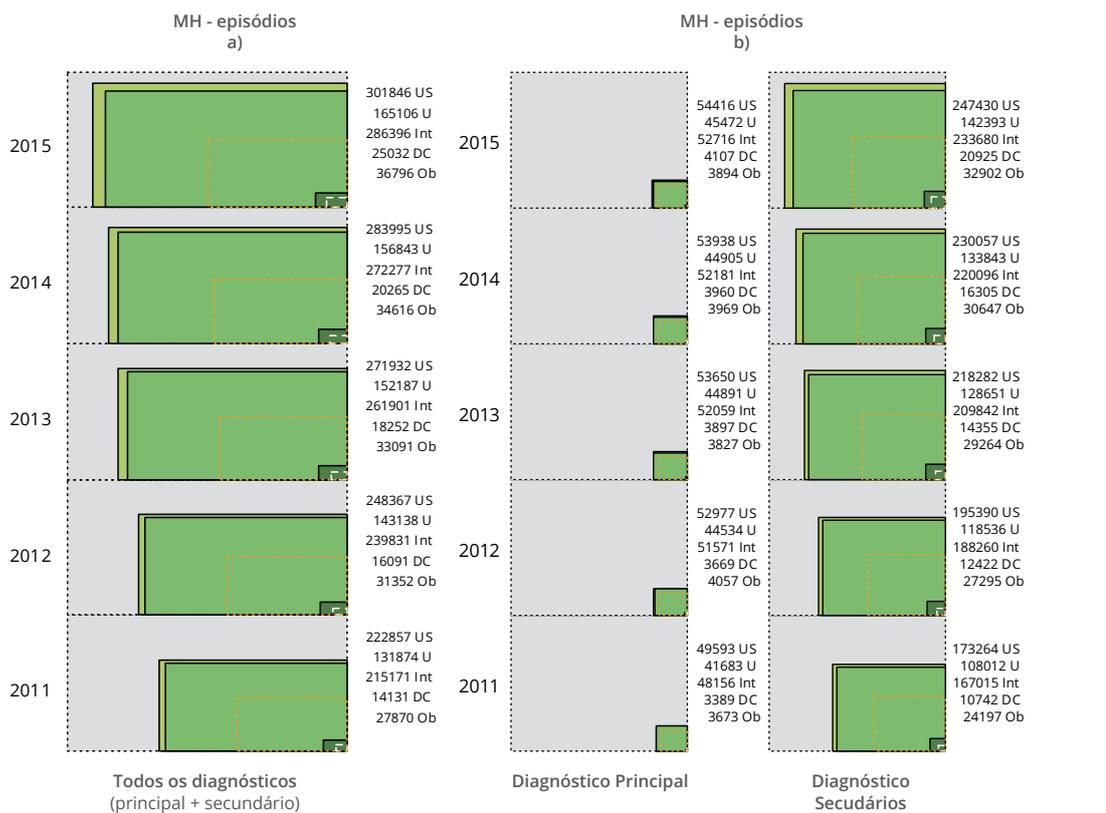
O conteúdo que integra o presente capítulo, para além das limitações de espaço, cingiu-se aos principais dados epidemiológicos disponíveis à data da publicação, motivo pelo qual os referentes à mortalidade, nomeadamente por suicídio, devam ser consultados na publicação "Portugal: Saúde Mental em números – 2015".

1. MORBILIDADE HOSPITALAR

Os dados em apreço têm origem nos GDH (Grupos de Diagnóstico Homogéneo), construídos como referenciais para o financiamento da atividade em unidades hospitalares de internamento.

Considerando os episódios de internamento em Psiquiatria, em relação a 2014 registam-se acréscimos de cerca de 5% no somatório de diagnóstico principal e secundário e de 33% no intervalo 2011/15, correspondentes a cerca de mais 25% de dias de internamento (dados não apresentados), bem como de quase 35,4% de doentes saídos e de 77% de *day cases*:

Figura PNSM 1. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de doença mental (diagnóstico principal e secundário), Portugal Continental, 2011 a 2015:
 a) Todos os diagnósticos; b) Por tipologia do diagnóstico (principal ou secundários)



US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - *Day Cases*; Ob - Óbitos; Int - Internamentos

Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.

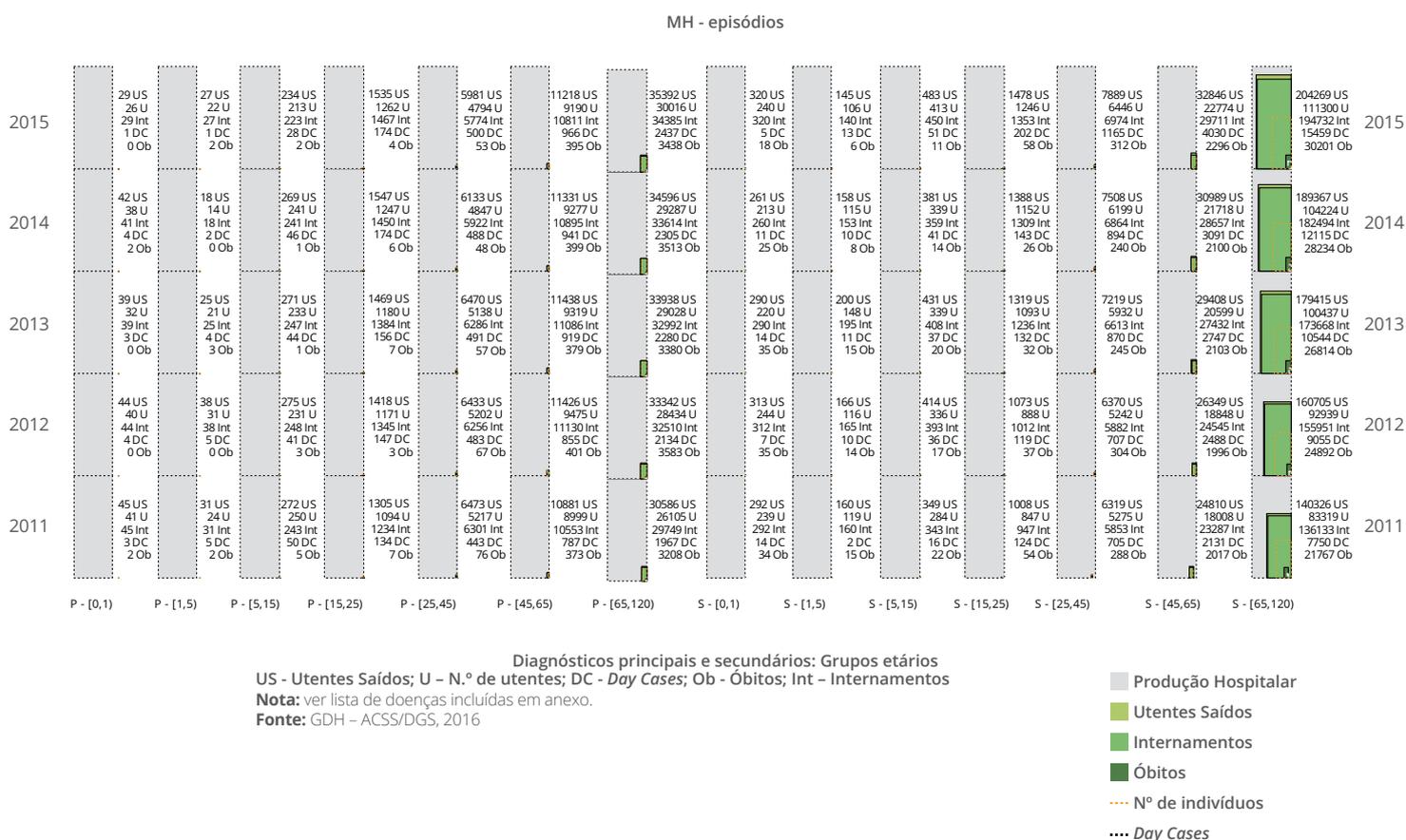
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

Produção Hospitalar
 Utentes Saídos
 Internamentos
 Óbitos
 N.º de indivíduos
 Day Cases

Os diagnósticos principais cresceram mais lentamente sendo o valor de 2015 cerca de 9% do de 2011 enquanto o diferencial nos secundários é de 30% (com contributo mais expressivo de pessoas do sexo feminino).

Quanto ao grupo etário, considerando diagnósticos principal e secundários em termos globais, o total de episódios foi expressivamente muito superior para os indivíduos de 65 ou mais anos:

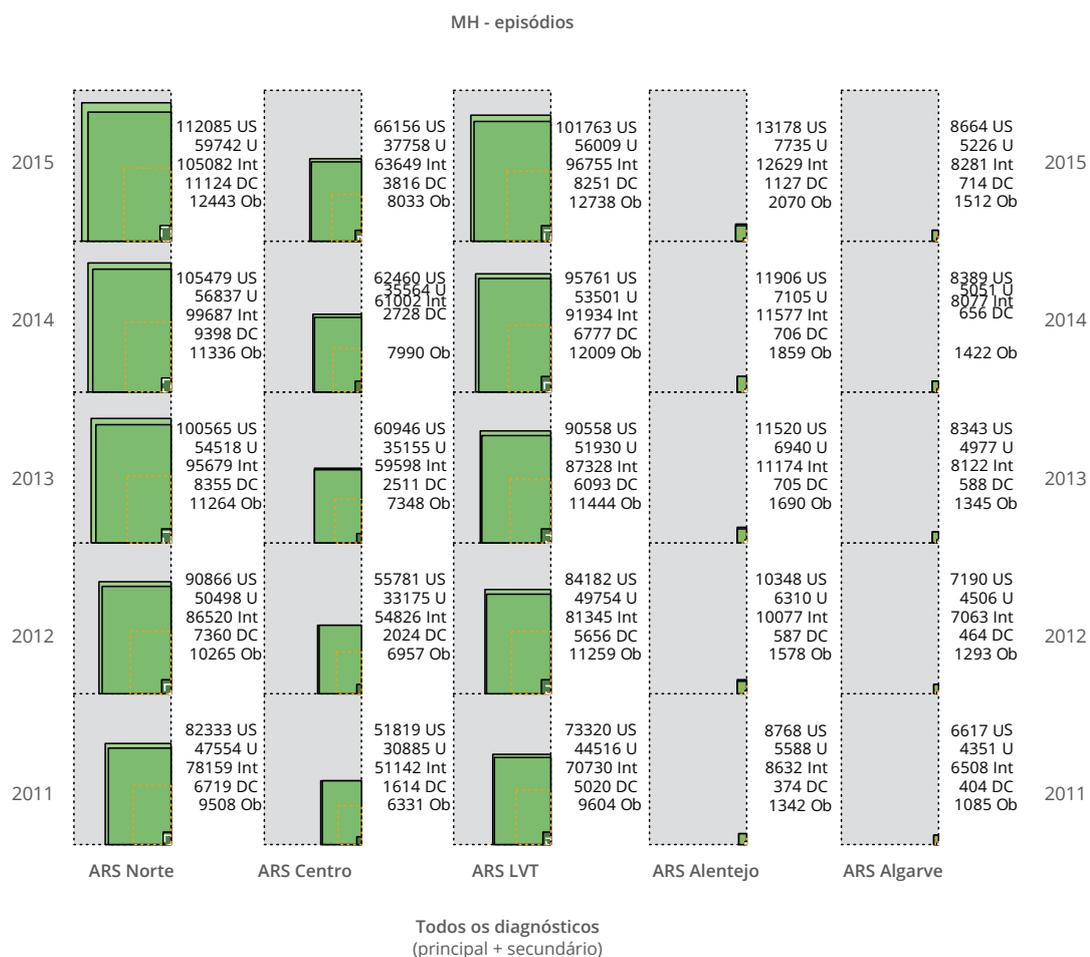
Figura PNSM 2. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de doença mental, por tipologia do diagnóstico (principal ou secundário) e grupo etário, Portugal Continental, 2011 a 2015



Para os mesmos referenciais mas para todos os grupos etários, por Região de Saúde, o crescimento é mais evidente nas regiões do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), com valores intermédios no Centro e residuais no Alentejo e sobretudo no Algarve. A distribuição dentro

de cada ano reflete a distribuição da população por região. No entanto, o aumento sistemático de referência a diagnóstico associado a doenças do foro da saúde mental de ano para ano é notório.

Figura PNSM 3. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de doença mental (diagnóstico principal e secundário), por Região de Saúde, Portugal Continental, 2011 a 2015



US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

- Produção Hospitalar
- Utentes Saídos
- Internamentos
- Óbitos
- N.º de indivíduos
- Day Cases

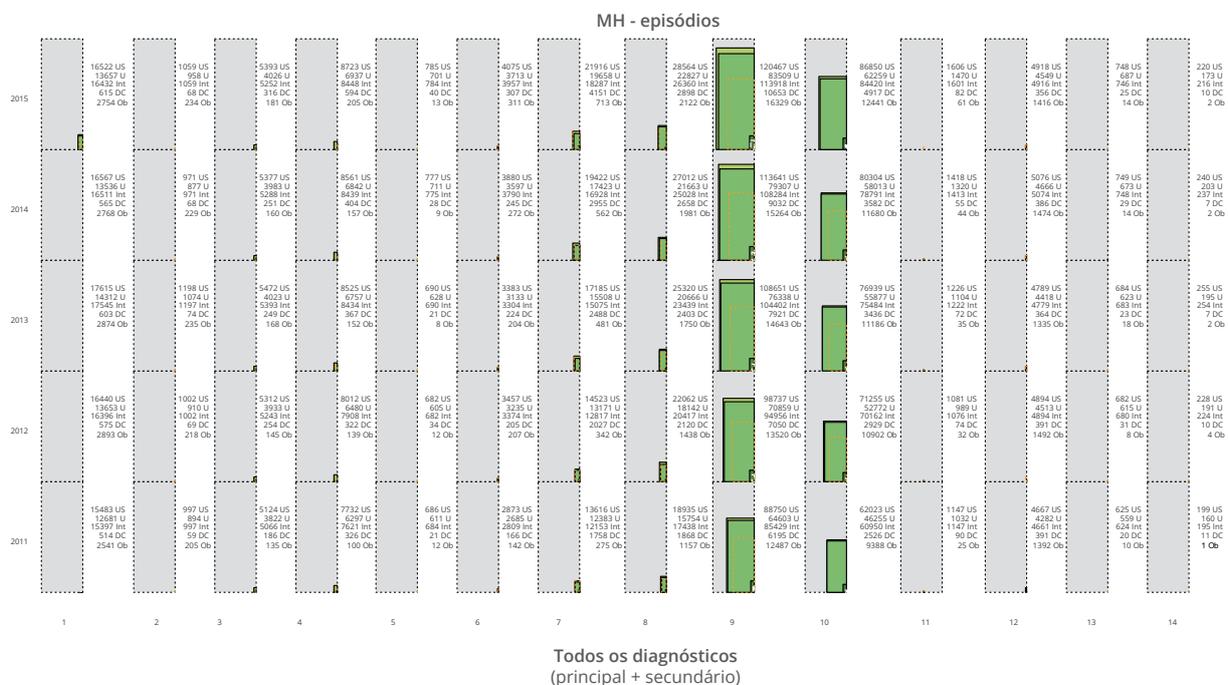
1.1. POR NOSOLOGIA

Considerando os resultados proporcionais de episódios de internamento, com diagnósticos principais e secundários em ambos os sexos, o panorama é como se expressa na Figura 4.

Perplexidade foi o sentimento dominante, uma vez que se admitia como assumido que o recurso a internamento em Psiquiatria é uma exceção justificada, nomeadamente, para episódios psicóticos agudos não

compensáveis em ambulatório, ou quando se está perante um sério risco suicidário ou um distúrbio mental orgânico grave ou de etiologia não esclarecida. A falta de espaço não permite apresentar os gráficos respetivos mas, em termos também proporcionais, as Neuroses excepto as Depressivas e as Perturbações da Personalidade e do controlo dos Impulsos continuam a ser as mais destacadas quando se analisam isoladamente os internamentos por diagnóstico principal e por diagnóstico secundário.

Figura PNSM 4. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de doença mental (diagnóstico principal e secundário), por nosologia, Portugal Continental, 2011 a 2015



US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Nota: ver lista de doenças incluídas em anexo.
 Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

- Produção Hospitalar
- Utentes Saídos
- Internamentos
- Óbitos
- N.º de indivíduos
- Day Cases

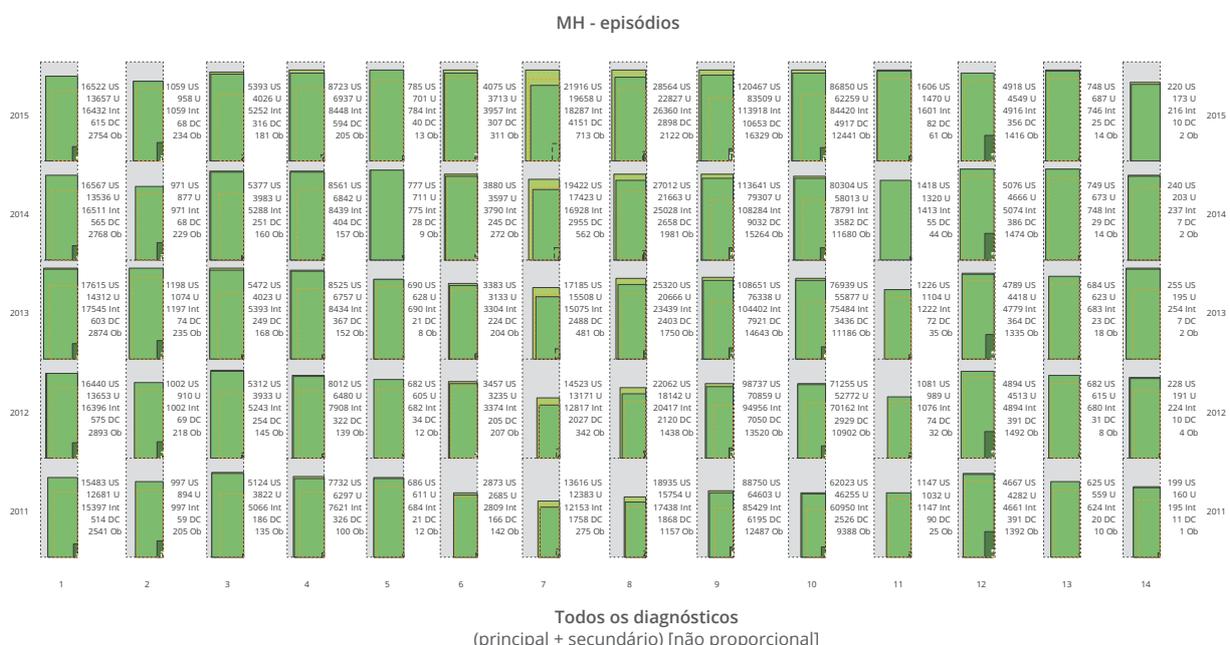
Contudo, esta fotografia não é discordante do que vem sendo referido por vários profissionais, de áreas e locais diversos, quanto ao que será um procedimento comum em alguns Serviços, que reputamos de perverso, por não priorizar as boas práticas clínicas mas procurar evitar a crítica de gestores hospitalares que privilegiam os resultados estatísticos de produção, que não de produtividade, uma vez que esta avalia aquela mais a qualidade. É de facto sabido que o modelo da Saúde Mental Comunitária, baseado em Equipas Comunitárias multiprofissionais inseridas na rede residencial que assistem, é clinicamente mais eficaz, sobretudo para as doenças mentais graves, mas menos “rentável” na perspetiva da gestão hospitalar estrita, uma vez que reduz significativamente as descompensações dos doentes crónicos, logo as necessidades de recurso aos serviços de urgências e, consequentemente, ao internamento por situações agudas. Por iguais motivos é melhor aceite por utentes e familiares.

Será que para “mostrar serviço” e “alimentar a estatística”, se voltaram a internar situações *minor*, como as Neuroses Depressivas (CID-9 MC 426), ou, mais discutivelmente, as Perturbações da Personalidade e do controlo dos Impulsos (CID-9-MC: 428)? E mesmo sem expressão estatística, será verdade que em alguns Serviços de Psiquiatria (que não de Saúde Mental!) se promovem altas precoces para reduzir a demora média “que estraga a estatística”, induzindo um *turn-over* indesejável, antes denominado como “internamento em porta-rotativa”, um dos estigmas da psiquiatria asilar?

Mais do que nunca aguarda-se a conclusão e posterior apreciação pela tutela de um novo modelo de governação e de financiamento que viabilize a Saúde Mental Comunitária, em final de elaboração por uma equipa da Escola Nacional de Saúde Pública, graças ao apoio do mecanismo financeiro dos países ex-EFTA EEA Grants.

Num referencial não proporcional, o panorama dos internamentos entre as 14 entidades que definem GDH é como se segue:

Figura PNSM 5. Representação (não proporcional) da produção hospitalar associada a diagnóstico de doença mental (diagnóstico principal e secundário), por nosologia, Portugal Continental, 2011 a 2015



US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
Nota 1: não proporcional significa que os gráficos apresentados em cada nosologia não se comparam em termos absolutos com os de outra nosologia.
Nota 2: ver lista de doenças incluídas em anexo.
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

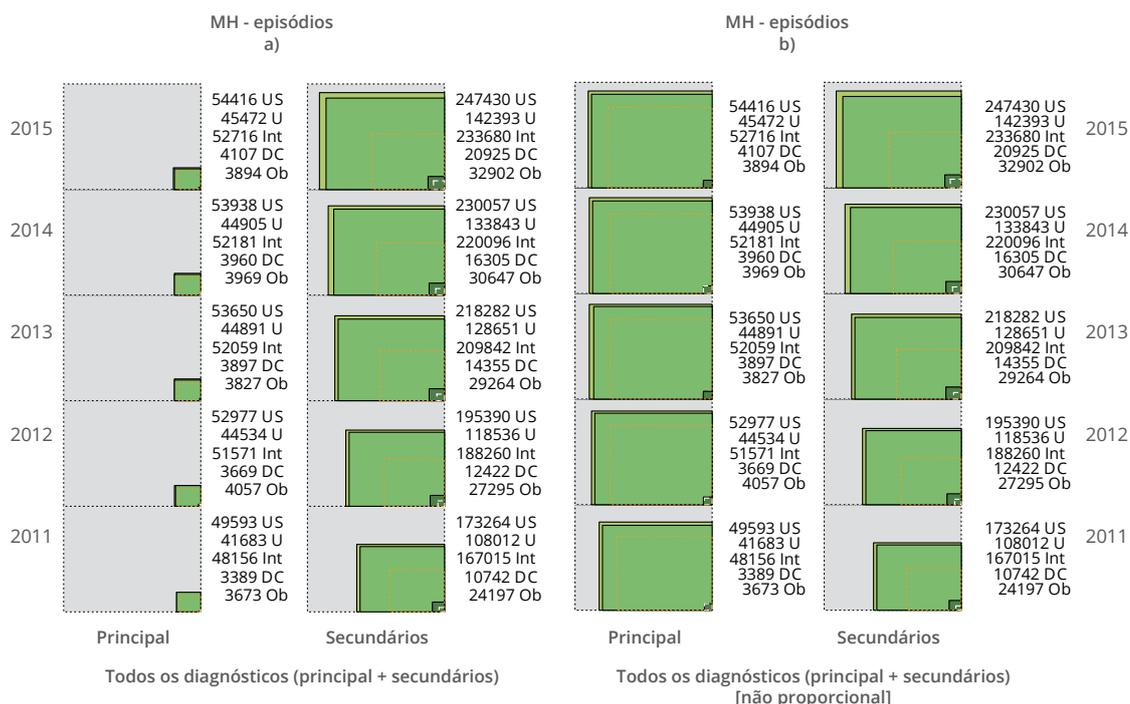
- Produção Hospitalar
- Utentes Saídos
- Internamentos
- Óbitos
- N.º de indivíduos
- Day Cases

1.2. PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA/ ADOLESCÊNCIA

Os resultados mostram uma relativa estabilização com eventual tendência para a redução, pendor provavelmente alterado em futuro próximo uma vez que, já em dezembro, foi inaugurada a muito desejada Unidade de

Internamento para a Região Centro, no Hospital Pediátrico do CHUC, com 8 camas e, em outubro, a Unidade de Internamento localizada no Hospital de D. Estefânia do CHLC foi transferida para instalações mais amplas e adequadas, passando de 10 para 16 camas.

Figura PNSM 6. Representação da produção hospitalar associada a diagnóstico de perturbações mentais da infância (diagnóstico principal e secundário) por tipologia de diagnóstico (principal ou secundário), Portugal Continental, 2011 a 2015. a) Representação proporcional; b) Representação não proporcional



US - Utentes Saídos; U - N.º de utentes; DC - Day Cases; Ob - Óbitos; Int - Internamentos
 Código da CID-9-MC: 431
Nota 1: não proporcional significa que os gráficos apresentados em cada tipologia não se comparam em termos absolutos com os da outra (o que acontece em a)).
Nota 2: ver lista de doenças incluídas em anexo.
Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2016

■ Produção Hospitalar
 ■ Utentes Saídos
 ■ Internamentos
 ■ Óbitos
 N.º de indivíduos
 Day Cases

2. CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR DDD

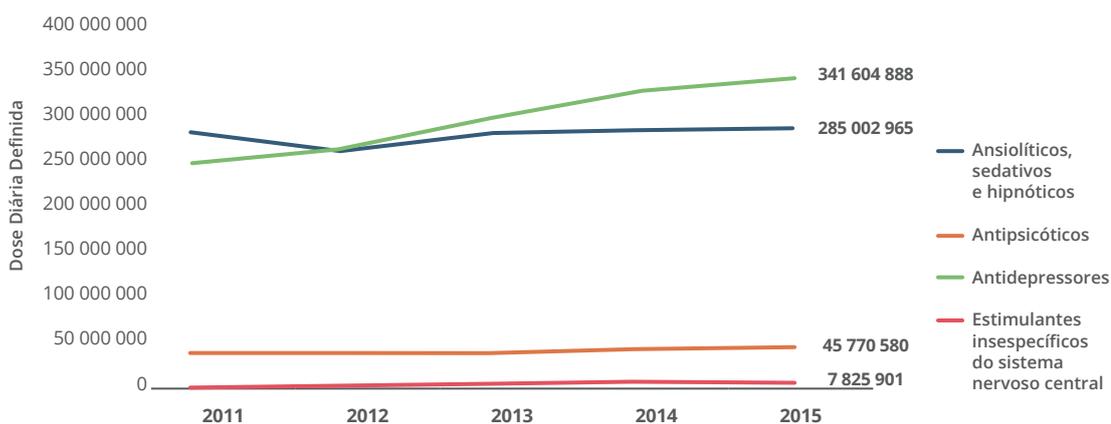
Regista-se um ligeiro acréscimo, em termos de DDD (Dose Diária Definida) e comparativamente com 2014, em todos os grupos farmacológicos, com exceção do dos “Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos” em que a redução é diminuta, podendo falar-se em aparente estabilização, até por o valor se manter superior ao de 2013.

Tendo em conta os riscos associados ao consumo das substâncias psicotrópicas, medicamentos ou não, em qualquer idade mas sobretudo durante o lento período de amadurecimento das células do SNC (Sistema Nervoso Central) na espécie humana (os neurónios, cuja

complexidade de funcionamento ainda é muito pouco conhecida), durante a infância e adolescência, mantém-se a recomendação internacional quanto às limitações ao seu uso comum, quer em menores de idade quer em grávidas e mulheres a amamentar.

De facto, muito pouco ainda se conhece sobre as suas complicações na formação da personalidade, na estabilidade emocional e no desempenho cognitivo à distância, ou seja, se um psicotrópico (medicamento/bebida alcoólica/ outro) ingerido/administrado algures antes da maioridade (idade em que o organismo completa a maturação das estruturas altamente sensíveis do SNC) vai ou não induzir alterações permanentes ou mais ou menos persistentes.

Figura PNSM 7. Evolução do consumo de ansiolíticos, sedativos, e hipnóticos; antidepressivos; antipsicóticos; e estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central (em DDD), Portugal Continental, 2011 a 2015



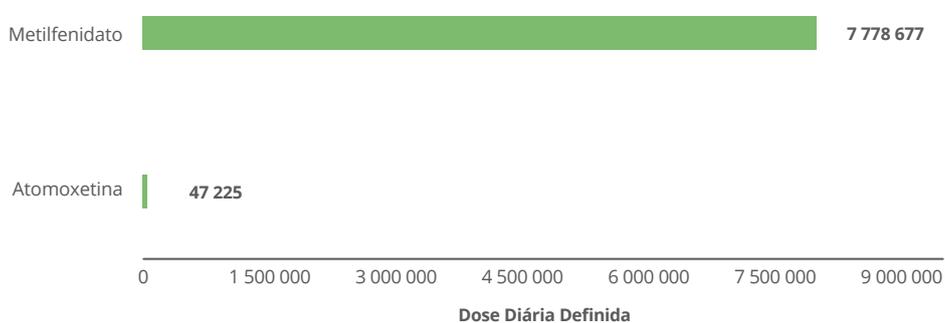
Fonte: INFARMED, 2016

2.1. ESTIMULANTES INESPECÍFICOS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

O acréscimo em 2015 face a 2014 foi de cerca de 5,5%, continuando a ser o Metilfenidato o principal representante do grupo com 7 778 677 DDD, figurando a Atomoxetina apenas com 47 225 DDD, correspondentes a quantidades prescritas, respetivamente, de 385 759 e de 5 757 embalagens.

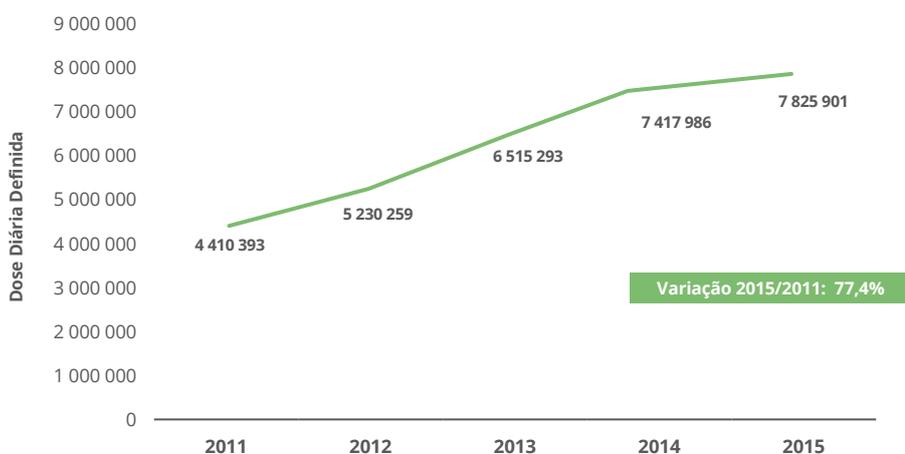
A persistência de disponibilização apenas em DDD dos dados de anos transatos, continua a impossibilitar a definição mais objetiva da tendência de prescrição no SNS, podendo-se apenas referir um acréscimo de 77,4% entre 2011 e 2015. Reforçando a preocupação manifestada no “Portugal: Saúde Mental em números – 2015” quanto ao risco das repercussões do consumo de psicofármacos por crianças, regista-se que esse alerta foi considerado com ênfase no último relatório do Conselho Nacional de Educação.

Figura PNSM 8. Consumo de estimulantes Inespecíficos do Sistema Nervoso Central (em DDD), Portugal Continental, 2015



Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNSM 9. Evolução do consumo de estimulantes inespecíficos do Sistema Nervoso Central (em DDD), Portugal Continental, 2011 a 2015



Fonte: INFARMED, 2016

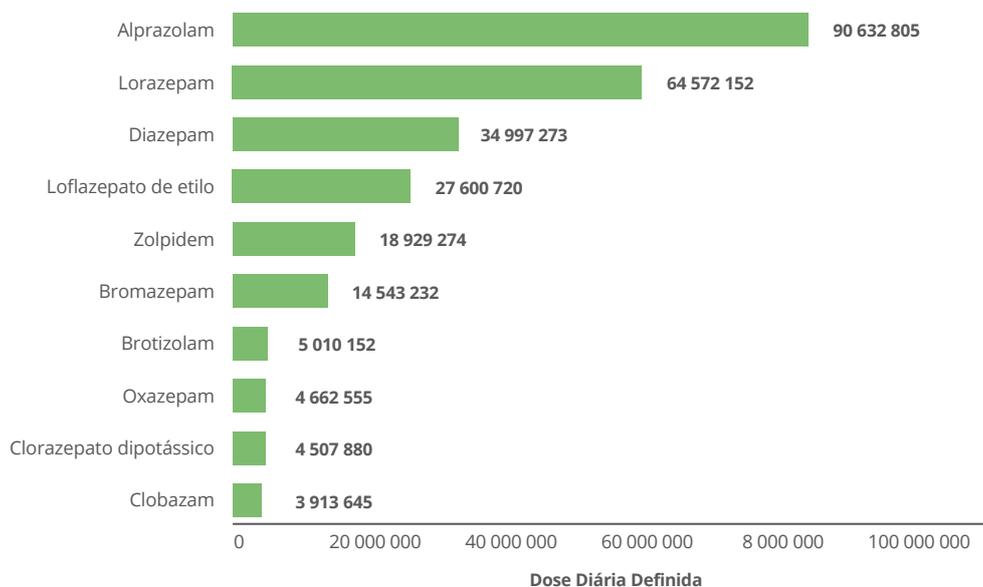
2.2. ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS

Em termos de níveis de consumo e de preocupação para a saúde pública, os fármacos mais representativos deste grupo são os ansiolíticos, vulgo “calmantes” ou “tranquilizantes”, maioritariamente integrantes do grupo das benzodiazepinas.

Importa sublinhar que são fármacos meramente sintomáticos, mascarando muitas vezes a perturbação emocional (em particular depressão do humor) que possa estar na base do sintoma (ansiedade, insónia, tensão

muscular, etc.), apresentando todos eles risco de induzirem dependência (manifestada pelo aparecimento de sintomas físicos ou mentais após suspensão súbita) e tolerância (necessidade de aumento da dosagem com a continuação do uso para se alcançar o mesmo efeito inicial), risco que está acrescido nas moléculas com maior potencial ansiolítico, em que se integram as duas benzodiazepinas mais prescritas em Portugal. Em termos de DDD o grupo somou 285 002 965 representando 42%.

Figura PNSM 10. Consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (em DDD), Portugal Continental, 2015



Fonte: INFARMED, 2016

2.3. ANTIDEPRESSIVOS

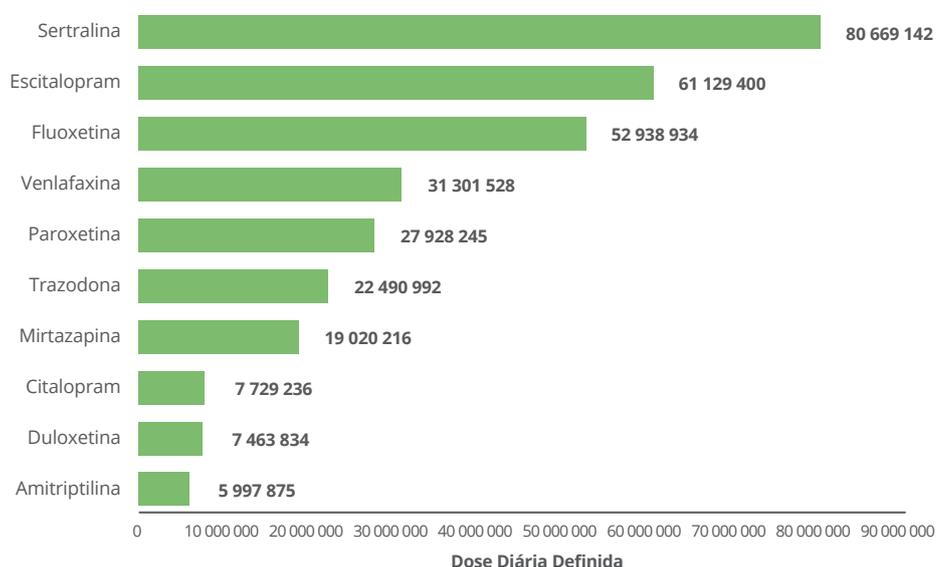
Portugal continua a ser dos países com maior prescrição *per capita* na UE, com um valor que representa em termos nacionais 60% dos DDD de psicofármacos prescritos no SNS, perfazendo 341 604 888. O acréscimo registado foi de 5% em relação a 2014 (o mais baixo em termos relativos desde 2011), não colocando esse valor preocupações idênticas às verificadas com o grupo anterior. Contudo, importa prescrevê-los de acordo com as NOC (Normas de Orientação Clínica) da DGS, logo com as melhores práticas definidas com base na evidência científica.

2.4. ANTIPSICÓTICOS

Também mantiveram a tendência de crescimento (no caso desde 2013) mas de apenas 2%, alcançando 45 770 580 DDD, correspondentes a 7% do grupo dos psicofármacos.

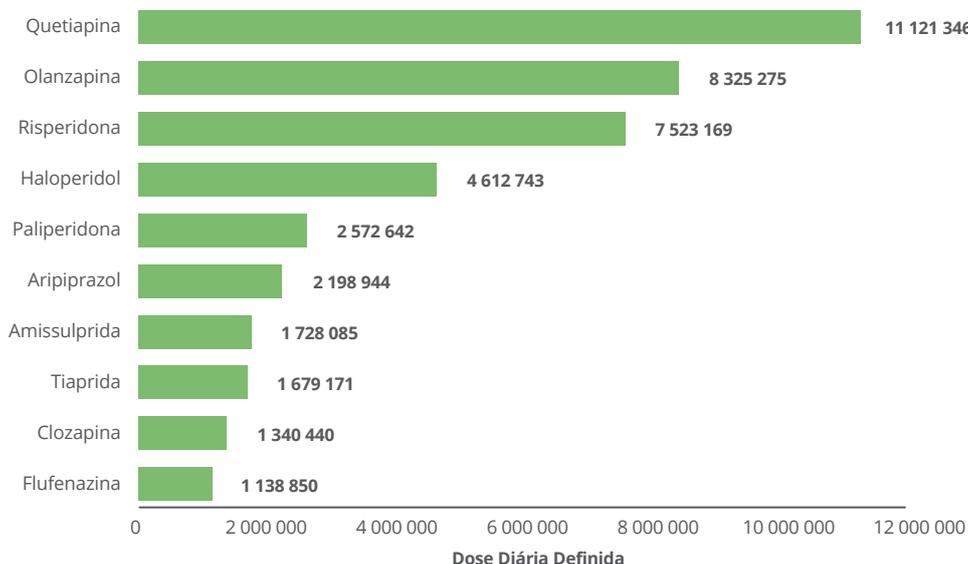
De registar que a Paliperidona, um metabolito ativo da Risperidona, ambas com formas de apresentação oral e para administração injetável intramuscular de ação prolongada, tem um custo para o SNS superior ao da molécula-mãe embora em termos de DDD represente apenas cerca de 1/3 (2 572 642 contra 7 523 169).

Figura PNSM 11. Consumo de antidepressivos (em DDD), Portugal Continental, 2015



Fonte: INFARMED, 2016

Figura PNSM 12. Consumo de antipsicóticos (em DDD), Portugal Continental, 2015



Fonte: INFARMED, 2016

2.5. LÍTIO

Manteve-se o crescimento progressivo deste regularizador do humor, que alcançou 2 198 850 DDD, correspondente a 0,3% do conjunto dos psicofármacos.

3. CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM ESTUDANTES

3.1. CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR ESTUDANTES DOS 13 AOS 18 ANOS

a) Concentrando o foco nos estudantes com idades entre os 13 e os 18 anos registado no último ECADT-CAD 2015/ ESPAD Portugal e comparando com os dados de idêntica avaliação anterior (2011), conclui-se existir uma redução generalizada dos valores, com duas exceções:

a) No sexo feminino, com consumos mais elevados aos 13 e 14 anos do que nos rapazes, posição de supremacia também verificada em relação ao tabaco, sobretudo aos 13 anos e, com menor diferencial, dos 14 aos 17 inclusive; quanto às bebidas alcoólicas recorda-se que é há muito conhecida a maior vulnerabilidade biológica no sexo feminino do que no masculino, que se mantém significativa até à menopausa.

b) Nos medicamentos prescritos, com uma particularidade abaixo explicitada.

Importa contudo sublinhar que a redução maioritária de consumos registada, embora seja positiva, nas substâncias lícitas corresponde a taxas de consumo efetivamente não irrelevantes em valor absoluto, enquanto nas ilícitas, por definição, nunca existem níveis aceitáveis.

Quanto aos medicamentos, a circunstância de ser o único item da caracterização da situação portuguesa pelo ECADT-CAD em que houve acréscimo, sobretudo à custa de benzodiazepinas e com prescrição/receita médica, determina alargar a esta faixa etária os alertas antes emitidos pelo facto de Portugal ser o país da Europa com maior taxa de consumo destas substâncias (indutoras de dependência e tolerância e relacionadas com menor capacidade cognitiva, sobretudo nas pessoas mais velhas) e o único em que esse consumo não se tem reduzido. Para esta situação é óbvia a responsabilidade da prática médica, dado a maioria dos medicamentos consumidos terem sido adquiridos através de receita médica.

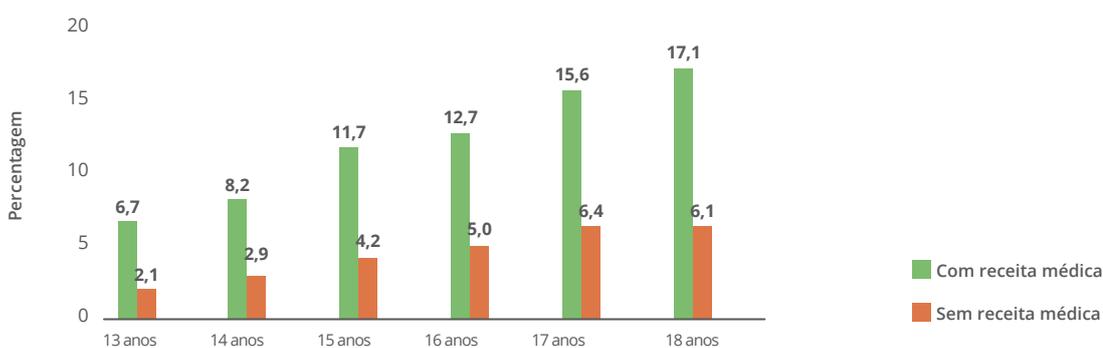
Quadro PNSM 1. Prevalência (%) de consumo ao longo da vida de medicamentos em estudantes do ensino público entre os 13 e os 18 anos, por sexo, idade e com ou sem receita médica, Portugal, 2015

Consumo de medicamentos						
	13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
Total	7,5	9,3	13,3	15,0	18,3	19,5
Rapazes	6,8	7,3	11,3	9,7	11,6	12,5
Raparigas	8,1	11,0	15,1	19,5	23,7	24,6
Com receita médica	6,7	8,2	11,7	12,7	15,6	17,1
Sem receita médica	2,1	2,9	4,2	5,0	6,4	6,1

PLV: consumiu pelo menos uma vez ao longo da vida (experimentação)
Medicamentos: refere-se a tranquilizantes ou sedativos

Fonte: SICAD, Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015)

Figura PNSM 13. Prevalência (%) de consumo ao longo da vida de medicamentos em estudantes do ensino público entre os 13 e os 18 anos, por idade e com ou sem receita médica, Portugal, 2015



PLV: consumiu pelo menos uma vez ao longo da vida (experimentação)
Medicamentos: refere-se a tranquilizantes ou sedativos

Fonte: SICAD, Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015)

3.2. CONSUMO DE CANNABIS EM ESTUDANTES DO ENSINO PÚBLICO ENTRE OS 13 E OS 18 ANOS

Tem vindo a crescer a publicação de evidência científica (a par da verificada na clínica) quanto à relação entre o consumo de canabinóides e o desencadeamento ou precipitação de episódios psicóticos esquizofreniformes. É com muita preocupação que se olha para

o panorama registado, sendo urgente desmistificar a ideia comum de que estas substâncias são “drogas leves”. De facto estão entre as maiores desorganizadoras mentais, sendo tão mais potencialmente lesivas quanto menor for a idade da experimentação/consumo, continuando a não existirem marcadores biológicos que permitam conhecer, previamente à experimentação, o grau de vulnerabilidade de cada pessoa.

Quadro PNSM 2. Prevalência (%) de consumo atual de *Cannabis* em estudantes do ensino público entre os 13 e os 18 anos, por sexo e idade, Portugal, 2011 e 2015

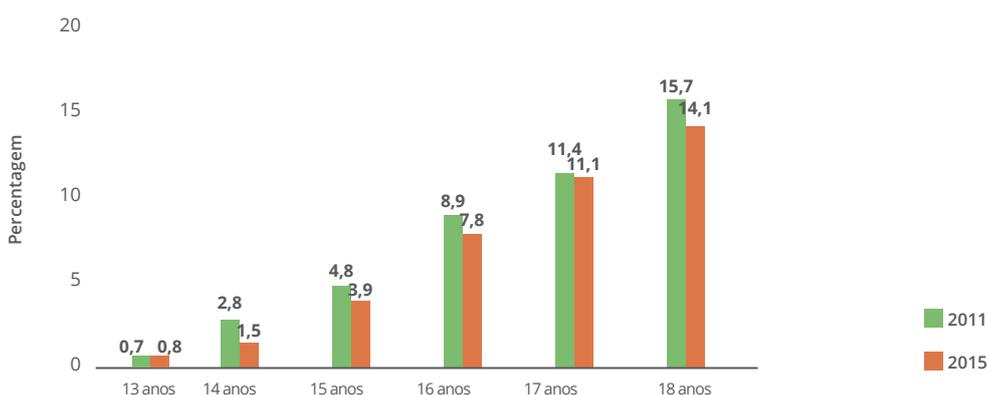
		Consumo de <i>Cannabis</i>					
		13 anos	14 anos	15 anos	16 anos	17 anos	18 anos
Total	2011	0,7	2,8	4,8	8,9	11,4	15,7
	2015	0,8	1,5	3,9	7,8	11,1	14,1
Rapazes	2011	x	x	x	x	x	x
	2015	0,8	1,9	4,5	8,0	14,2	19,4
Raparigas	2011	x	x	x	x	x	x
	2015	0,6	1,2	3,3	7,6	8,3	10,2

x: valor não disponível

Consumo atual (P30D): consumiu pelo menos uma vez nos 30 dias antes da recolha de dados

Fonte: SICAD, Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015) / ESPAD Portugal 2015)

Figura PNSM 14. Prevalência (%) de consumo atual de *Cannabis* em estudantes do ensino público entre os 13 e os 18 anos, por idade, Portugal, 2011 e 2015



Consumo atual (P30D): consumiu pelo menos uma vez nos 30 dias antes da recolha de dados

Fonte: SICAD, Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências 2015 (ECADT-CAD 2015 / ESPAD Portugal 2015)

4. CONSUMO OCASIONAL DE RISCO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS (*BINGE DRINKING*)

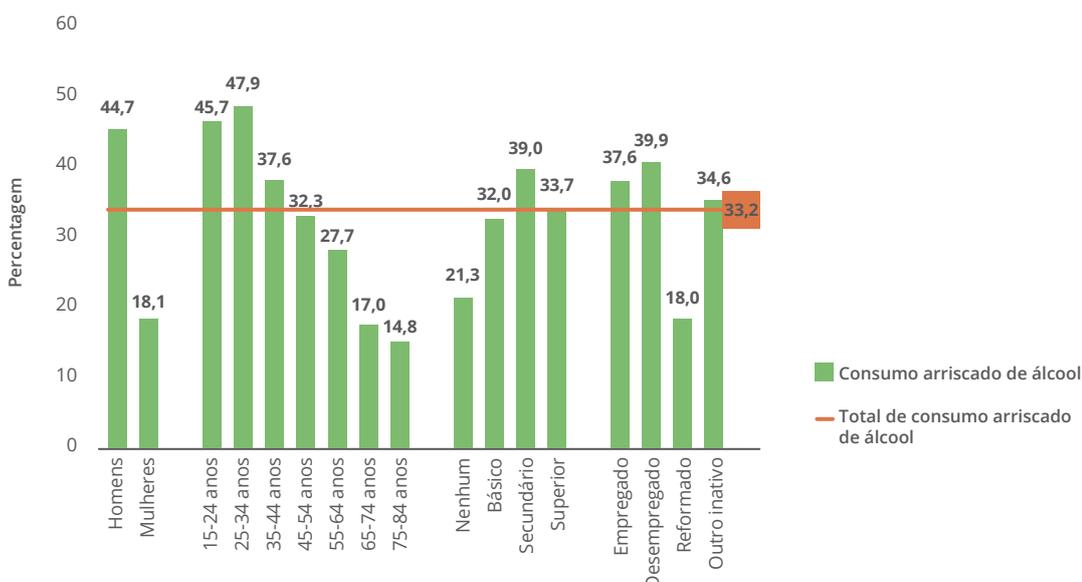
Se bem que o consumo das bebidas alcoólicas continue a não ter a expressão dramática de até há poucos anos, em que eramos o país com o maior índice mundial *per capita*, de acordo com o último relatório do SICAD sobre o tema (2014) “De um modo geral, os valores nacionais destes indicadores são superiores aos registados a nível da Região Europa OMS”. Os perfis de consumo atuais são predominantemente de “bebedores de fim da semana”, mas com características dramáticas: sobretudo jovens, nomeadamente de menoridade, em que, por motivos biológicos inquestionáveis, a vulnerabilidade ao etanol (a substância ativa das bebidas alcoólicas) é mais elevada, sendo hoje relativamente comum identificar mais cirroses hepáticas e outras patologias digestivas relativas ao álcool em adultos jovens do que era tradicional. De facto o consumo diário de risco mantém o seu expoente “da moda” em ingestões excessivas num ápice, muitas vezes de 6 ou mais bebidas (em regra destiladas e muito concentradas), não no registo tradicional de facilitador relacional mas de intoxicação aguda intencionalmente rápida – o *binge drinking*.

O etanol integra o grupo dos psicotrópicos que induzem tolerância e dependência, para além de afetar a clareza de consciência, em particular o juízo crítico e a capacidade de discernimento, mantendo-se comum a relação do seu consumo de risco com desastros na via pública, acidentes de viação, doenças sexualmente transmitidas e gravidezes não desejadas, para além das consequências negativas a nível cognitivo e emocional.

O gráfico abaixo foi retirado do Inquérito Nacional de Saúde de 2014 (INSA), onde pela 1ª vez figuraram as perguntas que estiveram na base da sua elaboração, para caracterizar a forma mais expressiva de consumo de risco – o citado *binge drinking*, em que são particularmente preocupantes:

- a quantidade de consumidores entre os 15 e os 34 anos e ainda dos 35-44 anos;
- a pouca influência da diferenciação escolar/académica;
- a proximidade numérica entre empregados e desempregados (eventualmente relacionável com a crise económica e social, i.e., baixos salários e não perspectiva de reemprego).

Figura PNSM 15. Proporção (%) da população residente com 15 ou mais anos que efetuou consumo de 6 ou mais bebidas numa só ocasião (*binge drinking* ou consumo arriscado) pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, por sexo, grupo etário, nível de escolaridade e condição perante o trabalho, Portugal, 2014



Definição de consumo arriscado de álcool ou *binge drinking*: consumo de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento pelo menos uma vez nos 12 meses que antecederam a entrevista

Fonte: INE/INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014

5. CONCLUSÃO

Três realizações internacionais colocaram Portugal no topo das referências em Saúde Mental:

- a conclusão da **EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing**, em março, que decorreu desde 2013 e que, a convite da Comissão Europeia foi coordenada por Portugal, cujas conclusões foram adotadas como “*Linhas de Ação Estratégica para a Saúde Mental e Bem-estar da UE*” (ambos os documentos estão disponíveis na net em língua portuguesa e inglesa);

- a proposta conjunta de Portugal e Brasil na **Comissão dos Direitos Humanos da ONU** (integrada pelo nosso país durante mais um ano) sobre “Saúde Mental e Direitos Humanos”, adotada por consenso na 32ª sessão daquela Comissão (junho 2016) e copatrocinada por 63 países de todos os grupos regionais, que foi entretanto tema de uma sessão plenária temática aberta à sociedade civil da **Comissão Nacional dos Direitos Humanos**, que funciona sob a égide do Ministério dos Negócios Estrangeiros;

- a **Plataforma Global Gulbenkian de Saúde Mental** (GMHP), iniciada em 2010 e que recentemente realizou o último evento, uma iniciativa conjunta da Fundação Gulbenkian e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, através do *Lisbon Institute of Global Mental Health*, que visou fornecer uma contribuição coerente ao esforço da OMS para reduzir a lacuna no tratamento (*treatment gap*), ampliar os serviços de saúde mental e contribuir para a promoção dos direitos humanos das pessoas com incapacidades por doença mental em países de baixo e médio rendimento.

Espera-se e deseja-se que estes reconhecimentos internacionais se materializem em reativação da atenção por parte da tutela no sector, nomeadamente através do já assumido **prolongamento do Plano Nacional da Saúde Mental a 2020**. Entretanto regista-se a dinâmica da sociedade civil em relação ao tema, expresso enfaticamente no 1º encontro internacional da recém-criada Federação das Associações de Familiares de Pessoas com Experiência de Doença Mental (**FamiliarMente**) e na dinâmica da Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores (**CCPUC**), bem como na variada presença e participação na reunião da Comissão Nacional dos Direitos Humanos.

Para além da expectativa favorável do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em relação ao novo modelo de governação e financiamento em Saúde Mental, saúda-se o anúncio recente, por parte do Ministro da Saúde, sobre a viabilização da implementação das experiências-piloto dos **Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental**, o 3º pilar em falta do Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016.

De registar ainda a concretização das primeiras **ações de formação sobre promoção da Saúde Mental na Infância e Adolescência**, nas 5 Regiões de Saúde, tendo em vista a capacitação para a valorização de sinais de sofrimento emocional em crianças/adolescentes, diferenciadas para (i) profissionais dos CSP no âmbito do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; (ii) equipas de Saúde Escolar e Equipas Educativas, em articulação com o Plano Nacional de Saúde Escolar e a Direção-Geral da Educação do Ministério da Educação.

Terminou também, há dias, a discussão pública do **Referencial de Educação para a Saúde**, em que a Saúde Mental é a área transversal, que contou com a colaboração ativa do PNSM. Para além dos esperados resultados da sua aplicação e da boa aceitação pelos profissionais da Educação e outras entidades, deu já azo a profunda e animada discussão pública entre várias instituições atinentes ao sector.

Finalmente, uma palavra para o **grupo de trabalho sobre a prestação dos Psicólogos Clínicos nos CSP**, cuja 1ª reunião aconteceu já em dezembro, que se espera venha a contribuir significativamente para melhorar a intervenção em Saúde Mental Comunitária, em articulação estreita com as Equipas Comunitárias dos Serviços Locais de Saúde Mental.

ANEXO

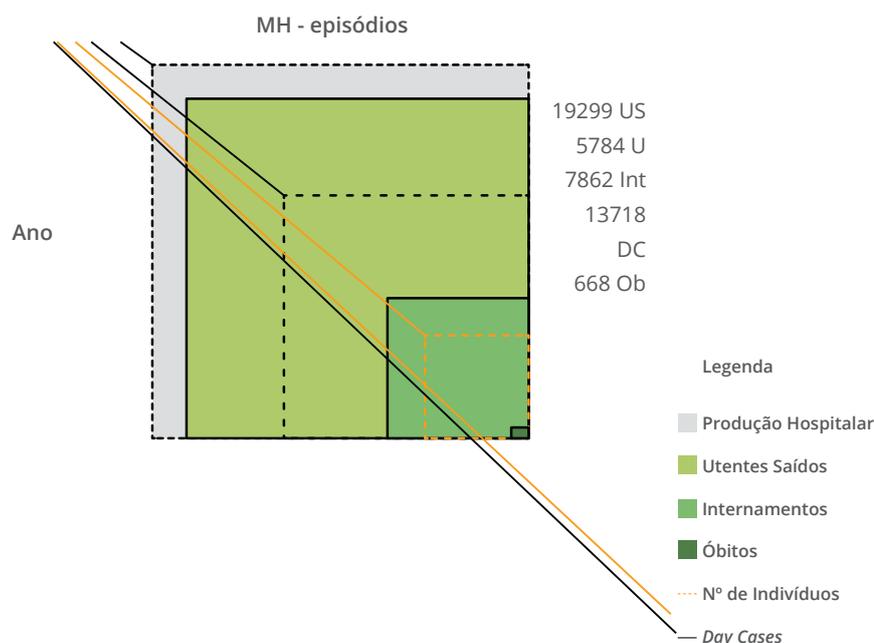


Anexo I Gráfico de áreas proporcionais Sobrepostas

UMA VISUALIZAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE CARACTERÍSTICAS DA MORBILIDADE HOSPITALAR

Nesta publicação no que respeitou a informação a muita da informação de morbilidade hospitalar (vulgarmente conhecida com GDH – disponibilizada pela ACSS) optou-se quase sempre pela representação gráfica que se explica a seguir.

Figura 1. Exemplo hipotético de dados de morbilidade



IDEIA ELEMENTAR

Cada elemento gráfico consiste em quadrados proporcionais sobrepostos (por razões gráficas muitas vezes surgem como retângulos proporcionais). Que sintetizam várias estatísticas sumárias da morbilidade hospitalar.

Os quadrados com fundo colorido têm uma ordem pré-estabelecida. Os quadrados sem fundo têm ordens arbitrárias. Tal está de acordo com a relação que existe entre as respetivas estatísticas.

O número de óbitos (O) é sempre inferior ao número de internamentos (Int); O número de internamentos é sempre inferior ao número de utentes saídos (US); e o número de utentes saídos é sempre inferior à produção hospitalar porque esta engloba todas as causas e em regra estamos apenas a visualizar algumas delas.

Na maioria destas representações apenas o quadrado sem fundo relativo aos Day Cases (internamentos inferiores ou iguais a 24 horas).

GENERALIZAÇÃO

Para um conjunto de anos (aqui em regra de 2011 a 2015) justapõem-se numa coluna cada elemento anual que permite a direta comparação entre anos, neste caso o quadrado relativo aos “utentes saídos” de referência é o que corresponde ao máximo observado no conjunto dos anos.

Quando a informação anual é ainda subdividida em ainda outras características (tipologia do diagnóstico, grupo etário, região ou outra) são construídas colunas em paralelo em número correspondente dos respetivos itens. Por defeito, o maior quadrado relativo aos “utentes saídos” é escolhido como sendo o máximo de entre todos os elementos informativos (em linha e em coluna) e todos os elementos ficam proporcionais.

Em alguns casos, é indicado que o gráfico não é proporcional (ao total de todas as características – subentenda-se). Isto significa que para cada coluna foi escolhido o respetivo máximo. Assim, nestes gráficos está em causa a comparação relativa entre item da característica – em regra porque a diferença em termos absolutos não o permitem fazer.

Anexo II Lista de doenças da produção hospitalar

Causas de morte consideradas para a elaboração da Figura PNDR 1 e respetivos códigos da CID 10

Causa de morte	Código (CID 10)
Doenças do aparelho circulatório	I00-I99
Tumores malignos	C00-C97
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Diabetes <i>mellitus</i>	E10-E14
Doenças do aparelho digestivo	K00-K93
Causas externas de lesão e envenenamento	V01-Y89
Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99
Lesões autoprovocadas intencionalmente	X60-X84
Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)	B20-B24
Tuberculose	A15-A19, B90

Causas de morte consideradas para a elaboração da Figura PNDR 4 e respetivos códigos da CID 10

Causa de morte	Código (CID 10)
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Asma	J45-J46
Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crónicas	J40-J44
Pneumonias	J12-J18
Fibrose pulmonar	J60-J70; J84.1; J84.8; J84.9
Hipertensão pulmonar	I27.0; I27.2; I27.9
Fibrose quística	E84
Síndrome de apneia do sono	G47.3
Outras doenças respiratórias	J00-J99, exceto: J45-J46, J40-J44, J12-J18, J60-J70, J84.1, J84.8 e J84.9»

Lista de doenças mentais associadas a diagnóstico principal e secundário e respetivos códigos da CID 9

Causa de morte	Código (CID 10)
Demências	MC: 290
Psicoses	MC: 430
Psicoses Esquizofrénicas	MC: 295
Psicoses Afetivas	MC: 296
Perturbações delirantes	MC: 297
Psicoses não orgânicas	MC: 298
Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes	MC: 300
Neuroses depressivas	MC: 426
Neuroses Excepto as Depressivas	MC: 427
Perturbações da Personalidade e do controlo dos Impulsos	MC: 428
Perturbações de comportamento NCOP	MC: 312
Perturbações Mentais da Infância	MC: 431
Perturbações Mentais Induzidas por Drogas	MC: 292
Anorexia Nervosa	MC: 307.1

Lista de doenças respiratórias associadas a diagnóstico principal e secundário e respetivos códigos da CID 9

Causa de morte	Código (CID 10)
Asma Brônquica	MC: 493
DPOC	MC: 491.2 a 492.8 e 496
Pneumonias Bacterianas	MC: 481 a 486 e 513.0
Pneumonias Virais	MC: 480
Fibrose Pulmonar	MC: 495, 500 a 508 e 515 a 516
Fibrose Quística	MC: 277.0
Síndrome da Apneia do Sono	MC: 327.23, 780.57
Hipertensão Pulmonar	MC: 416.0, 416.8, 416.9

Lista de doenças hepatites virais associadas a diagnóstico principal e secundário e respetivos códigos da CID 9

Causa de morte	Código (CID 10)
	MC: 070.0 a 070.7
	V026



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

www.dgs.pt