



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde

A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015



A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015



DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, LISBOA
Julho de 2015

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

A Saúde dos Portugueses.
Perspetiva 2015

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 050
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

RELATORES E COLABORADORES

A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015

Alexandra Bordalo (DGS)

Álvaro Andrade de Carvalho (DGS)

Ana Lisete Oliveira (DGS)

Ana Paula Soares (DGS)

Ana Pedroso (DGS)

António Diniz (DGS)

Carla Sofia Farinha (DGS)

Carlos Silva Santos (DGS)

Catarina Sena (DGS)

Cátia Sousa Pinto (DGS)

Cristina Bárbara (DGS)

Elsa Mota (DGS)

Emília Nunes (DGS)

Etelvina Calé (DGS)

Eva Falcão (DGS)

Filipa Sabino (DGS)

Francisco George (DGS)

Graça Freitas (DGS)

Joana Bettencourt (DGS)

João Valente (DGS)

José Artur Paiva (DGS)

José Manuel Boavida (DGS)

José Martins (DGS)

Leandro Luís (ENSP/CHLC)

Lisa Vicente (DGS)

Luís Serra (DGS)

Manuel Cardoso (SICAD)

Maria Cristina Ferreira (DGS)

Maria Isabel Alves (DGS)

Marina Ramos (DGS)

Matilde Valente Rosa (DGS)

Miguel Telo de Arriaga (DGS)

Nuno Miranda (DGS)

Patrícia Henriques (DGS)

Paula Valente (DGS)

Paula Vasconcelos (DGS)

Paula Vicêncio (DGS)

Paula Vitória (SICAD)

Paulo Nogueira (DGS)

Pedro Graça (DGS)

Raquel Duarte (DGS)

Rui Cruz Ferreira (DGS)

Tânia Mendanha (DGS)

Teresa Fernandes (DGS)

Vasco Prazeres (DGS)

ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	7
SUMÁRIO EXECUTIVO	8
NOTA INTRODUTÓRIA	10
DADOS E MÉTODOS	11
I - A SAÚDE DOS CIDADÃOS NA PERSPETIVA GLOBAL	13
1. QUANTOS SOMOS	14
2. ESPERANÇA DE VIVER	16
3. COMO NOS SENTIMOS	17
4. DETERMINANTES, FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES DA SAÚDE	19
4.1. Hábitos alimentares	21
4.2. Exercício Físico	22
4.3. Tabagismo	23
4.4. Álcool	24
4.5. Dislipidémia	27
4.6. Deficiência Imunitária	27
4.7. Hipertensão arterial	28
4.8. Vacinação	28
5. MORBILIDADE	29
5.1. Aparelho circulatório	31
5.2. Neoplasias	32
5.3. Doenças crónicas músculo-esqueléticas	33
5.4. Saúde Mental	34
5.5. Diabetes	34
5.6. Doenças transmissíveis	35
6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE (MORTALIDADE GERAL)	38
7. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE PREMATURA (MORTALIDADE ANTES DOS 70 ANOS)	39
II - A SAÚDE DOS CIDADÃOS POR FASES DO CICLO DE VIDA	43
1. CONCEÇÃO E GRAVIDEZ	44
2. DO NASCIMENTO AO 1º ANO DE IDADE	48
3. DO 1º AO 4º ANO	53
3.1. Alimentação	53
3.2. Vacinação	54
3.3. Morbilidade	55
3.4. Mortalidade	55

4. DO 5º AO 14º ANO DE IDADE	56
4.1. Alimentação/Atividade física/Corpulência	56
4.2. Vacinação	59
4.3. Saúde Oral	60
4.4. Substâncias psicoativas	62
4.5. Adolescência e Sexualidade	63
4.6. Morbilidade	63
4.7. Mortalidade	64
5. DO 15º AO 24º ANO DE IDADE	65
5.1. Alimentação/Atividade física/Corpulência	65
5.2. Saúde Oral	67
5.3. Substâncias psicoativas	68
5.4. Adolescência e Sexualidade	70
5.5. Morbilidade	70
5.6. Mortalidade	70
6. DO 25º AO 44º ANO DE IDADE	72
6.1. Acidentes de trabalho	72
6.2. Morbilidade	73
6.3. Mortalidade	73
7. DO 45º AO 64º ANO DE IDADE	75
7.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de saúde	75
7.2. Acidentes de trabalho	77
7.3. Morbilidade	78
7.4. Mortalidade	79
8. DO 65º AO 74º ANO DE IDADE	82
8.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de Saúde	82
8.2. Morbilidade	83
8.3. Mortalidade	85
9. 75 OU MAIS ANOS DE IDADE	87
9.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de Saúde	87
9.2. Morbilidade	88
9.3. Mortalidade	89
CONCLUSÕES	91
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXO	97
ÍNDICE DE FIGURAS	127
ÍNDICE DE QUADROS	130

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABBVIE/NOVA/IMS – ABBVIE Pharmaceuticals; Nova Information Management School

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CID-9-MC – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 9ª revisão - Modificação Clínica

CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil)

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CS – Centros de Saúde

CT – Colesterol Total

DALY – *Disability-Adjusted Life Years* (anos perdidos de vida saudável devido a doença, lesão ou fator de risco)

DDO – Doenças de Declaração Obrigatória

DGPI – Diagnóstico Genético Pré-Implantatório

DGS – Direção-Geral da Saúde

DIC – Doença Isquémica Cardíaca

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

ENSP/UNL – Escola Nacional de Saúde Pública/ Universidade Nova de Lisboa

EPACI – Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento na Infância

EU-SILC – *EU Statistics on Income and Living Conditions*

GBD – *Global Burden of Disease* (Carga global da doença)

GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneos

HDL – *High Density Lipoprotein* (Lipoproteína de alta densidade)

HBSC – *Health Behaviour in School-aged Children* (Comportamentos de saúde em crianças de idade escolar)

HSH – Homens que fazem sexo com outros homens

ICOR/EU-SILC – Inquérito às Condições de Vida e Rendimento/ *EU Statistics on Income and Living Conditions*

ICS – Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

ICSI – Microinjecção intracitoplasmática

IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*

IU – Inseminação intrauterina

IMC – Índice de Massa Corporal

ÍNDICE cpod - Média do número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição decídua.

ÍNDICE CPOD - Média do número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente.

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IP – Instituto Público

IPC – Índice Periodontal Comunitário

LDL – *Low Density Lipoprotein* (Lipoproteína de Baixa Densidade)

LVAf – Livro Verde da Atividade Física

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MS – Ministério da Saúde

NCOP - Não Classificadas em Outra Parte

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (*OECD – Organization for Economic Cooperation and Development*)

OMS – Organização Mundial de Saúde (*WHO – World Health Organization*)

OND – Observatório Nacional da Diabetes

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PNPSO – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RON – Registo Oncológico Nacional

ROR - Registo Oncológico Regional

SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome* (Síndrome Respiratória Aguda)

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SRMO – Síndrome Respiratória do Médio Oriente

SVIG – TB – Sistema de Vigilância de Tuberculose

TAS – Taxa de Álcool no Sangue

UDI – Utilização de Drogas Injetáveis

UE – União Europeia

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

YLD – *Years Lived with Disability* (Anos vividos com incapacidade)

YLL – *Years of Life Lost* (Anos de vida perdidos)

SUMÁRIO EXECUTIVO

O trabalho ora publicado traça o perfil da Saúde dos cidadãos residentes no território nacional.

O presente relatório descreve a Saúde das portuguesas e portugueses independentemente da influência conjuntural da crise social e económica que se agravou no contexto do Programa de Ajustamento que terminou em 2014, pelo que as questões associadas direta ou indiretamente ao Sistema de Saúde, incluindo recursos humanos e orçamentais, não serão alvo de análise.

Trata-se de um relatório que será atualizado regularmente de forma a refletir a evolução dos indicadores de progresso do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020.

O primeiro capítulo explicita, no plano quantitativo e qualitativo, os principais determinantes da Saúde, o perfil de morbilidade e as causas de mortalidade geral. É dado, igualmente, destaque à mortalidade prematura. A segunda parte descreve os problemas de Saúde desde a conceção e gravidez até ao final da vida.

As conclusões apontam para a evolução positiva na generalidade dos indicadores de Saúde, aliás, demonstrada pelas tendências progressivas de cada vez maior esperança de viver à nascença, aos 45, aos 65 e aos 75 anos, acompanhadas por um aumento do número de anos de vida saudável. Na verdade, em 10 anos, a esperança de vida ao nascer registou um acréscimo de dois anos, tendo diminuído a diferença entre os sexos feminino e masculino.

No mesmo sentido, há uma clara melhoria no que se refere à evitabilidade da morte antes dos 70 anos de idade, com conseqüente redução dos anos de vida potencialmente perdidos.

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 (19%), a hipertensão arterial (17%), o índice de massa corporal elevado (13%) e o tabagismo (11%).

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, de açúcar e de gorduras *trans* (processadas a nível industrial) constituem o principal problema. Contribuem para os hábitos alimentares inadequados a insuficiente ingestão de fruta, de hortícolas, de frutos secos e sementes, bem como o excesso de consumo de sal e carne processada. Comer menos do que três peças de fruta por dia constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável, estimando-se em 141 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2010. Calcula-se ainda que a ingestão diária de sal seja, em Portugal, praticamente o dobro da recomendação da OMS (<5 g/dia).

A promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde. É bem sabido que o sedentarismo e o excesso de ingestão de calorias explicam os índices altos de prevalência do excesso de peso, incluindo a obesidade.

O consumo de tabaco é causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes.

Apresenta, ainda, muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal. As pessoas fumadoras apresentam um risco de morrer duas a três vezes superior ao observado em não fumadores. Em média, vivem menos dez anos.

Os danos provocados pelo consumo de álcool são também uma preocupação relevante ao nível da Saúde Pública. O uso nocivo do álcool determina o aparecimento e manutenção de várias doenças como neoplasias, doenças cérebro e cardiovasculares, doenças hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão.

Em suma, comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a Saúde individual e coletiva, uma vez que constituem denominador comum a praticamente todas as doenças crónicas não transmissíveis. No que respeita às coberturas vacinais, as mesmas continuam com níveis elevados e adequados para conferirem imunidade de grupo. Realça-se a consolidação da eliminação de doenças como sarampo, rubéola, poliomielite aguda e difteria, assim como ganhos nas múltiplas dimensões relacionadas com a Saúde da mãe e da criança.

Em termos de morbilidade, é de salientar que 85% da carga da doença corresponde a doenças crónicas, 9% a lesões e 6% a outras condições, nomeadamente infeções das vias respiratórias superiores e VIH/SIDA. Esta disparidade traduz um fenómeno comum a muitos países europeus, designado como transição epidemiológica devido à importância relativa assumida pelas doenças crónicas não transmissíveis quando comparada com a expressão reduzida de doenças infecciosas.

No conjunto das doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura, destacam-se, entre outras, as doenças do aparelho circulatório (18%), as neoplasias (17%), as perturbações músculo-esqueléticas (15%), as doenças do foro mental e do comportamento (10%), bem como a diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (7%).

Em todo o caso, as doenças transmissíveis e, em particular, as de natureza infecciosa, representam, ainda, um problema que não pode ser ignorado, se bem que não assumam o *burden* do passado.

A expressão epidémica nacional da pandemia de VIH/SIDA é caracterizada em 2013 pela tendência de decréscimo de novos casos notificados de infeção por VIH (-14% relativamente a 2012). Aliás, esta epidemia é, em Portugal, concentrada em determinados grupos populacionais. Já a tuberculose diminuiu a taxa de incidência para 19,9/100 000 habitantes, o que permite considerar pela primeira vez Portugal um país de baixa incidência de Tuberculose (< 20/100 000 habitantes).

Quanto à mortalidade geral, em 2013, em Portugal, as mortes são devidas a doenças do aparelho circulatório (30%), tumores malignos (24%), doenças do aparelho respiratório (12%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%). No mesmo período, as principais causas de mortalidade prematura devem-se a tumores malignos (41%), doenças do aparelho circulatório (16%), causas externas de lesão e envenenamento (9%) e doenças do aparelho digestivo (6%).

Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida. Ora, naturalmente, as causas de morte por grupos etários até aos 70 anos são diversas. Até um ano de idade, as principais causas relacionam-se com problemas neonatais, ainda que seja de realçar a baixa taxa de mortalidade infantil (2,8/1 000 nados vivos). De um até aos quatro anos, são doenças do aparelho respiratório, onde estão incluídas a pneumonia e anomalias congénitas (cromossómicas, sobretudo), bem como causas externas e neoplasias. No grupo etário dos cinco aos 14 anos, as principais causas de morte são externas (lesão traumática e envenenamento), seguem-se os tumores (com maior relevância para o tumor maligno do tecido linfático/hematopoético), as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e as malformações congénitas e anomalias cromossómicas. As causas externas de lesão e envenenamento (com particular destaque para os acidentes de transporte e o suicídio) são a mais importante causa de mortalidade no grupo etário dos 15 aos 29 anos, também tumores, doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e do aparelho circulatório constituem as causas relevantes seguintes. Para a população com idade entre 30 e 70 anos, os tumores passam a ser a principal causa de morte, destacando-se os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão; seguem-se doenças do aparelho circulatório (nomeadamente, as doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas do coração) e causas externas de lesão e envenenamento, bem como doenças do aparelho digestivo (das quais a mais relevante como causa de mortalidade é a doença crónica do fígado).

Ora, são muitos os autores que consideram que 25% das causas da morte prematura podem ser evitadas. Motivo pelo qual reduzir a morte prematura constitui o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020.

Julho, 2015

NOTA INTRODUTÓRIA

A Organização Mundial da Saúde (OMS) inclui, naturalmente, as dimensões mental e social na definição de Saúde e coloca a abordagem para além das capacidades físicas individuais ou disfuncionais nos seguintes termos:

"Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing, not merely the absence of disease or infirmity [1]. Mais tarde, em Alma Ata, introduziu, igualmente, o desenvolvimento económico e social naquele conceito (1978).

O índice de "Vida Melhor" da OCDE, alargado a 180 países, obtido através das respostas à interrogação "o que mais importa para as pessoas ao redor do mundo?", refere que em Portugal os tópicos mais relevantes são: a satisfação pessoal em primeiro lugar (simbolizado na figura 1 pelo ícone do coração em posição mais alta); a saúde em segunda posição; e a segurança pessoal em terceiro patamar (ícone de pessoa a correr). Quando se compara Portugal com o Reino Unido (país com uma esperança de vida aos 65 anos semelhante à portuguesa), tais tópicos ocupam as mesmas preocupações nos dois primeiros lugares, sendo que em terceira posição se encontra o tema equilíbrio vida-trabalho [2].

Figura 1. Índice de Melhor Vida (*Better Life Index*) para Portugal em comparação com o Reino Unido (2015)



Legenda:



Fonte: OCDE, 2015

Em Portugal, reconhece-se, também, que a Saúde é uma preocupação de topo dos cidadãos. É influenciada por determinantes, nomeadamente sociais e fatores ambientais, pelas características socioeconómicas, pelos comportamentos, mas, igualmente, por determinantes biomédicos.

A publicação ora divulgada tem como ambição apresentar o retrato sobre a Saúde dos portugueses em todas as suas dimensões, atendendo ao ciclo de vida.

Persistem algumas limitações no acesso a dados. Por isso, a opção foi descrever o perfil da Saúde dos portugueses com base nos últimos elementos disponíveis (dentro do período 2004 a 2013, desejavelmente ou, ainda, quando possível, 2014), quer de uma forma global quer pelas fases do ciclo de vida (ou seja, por grupos etários).

Estabelecidas as opções fundamentais para a publicação, a respetiva estrutura começou a tomar forma, desde logo. Como enunciado, apresentam-se, no essencial, dois grandes capítulos: o primeiro sobre a caracterização da Saúde dos cidadãos na perspetiva global, independentemente dos grandes eventos da vida e da idade; e o segundo, que caracteriza a Saúde balizada por grandes marcos e idades que são identificados como fases do ciclo de vida. Procurou-se que cada perfil, quer global, quer específico da fase do ciclo de vida, fosse construído com o mesmo tipo de informação. Apresentam-se, da mesma maneira, elementos relativos a i) fatores de risco/determinantes e ii) morbidade e mortalidade.

Consideraram-se muitos determinantes, se bem que com acento tónico nos grupos dos comportamentos (tabagismo, consumo de álcool, atividade física, hábitos alimentares, consumo de drogas, atividade sexual e vacinação) e biomédicos (peso à nascença, peso corporal, pressão arterial, perfil lipídico, glicémia e estado imunitário).

Trata-se de um exercício, a repetir no futuro, que terá em atenção a avaliação do Plano Nacional de Saúde 2020.

DADOS E MÉTODOS

Recorreu-se à informação disponível mais recente. Os dados da vacinação atualizados foram disponibilizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS); a informação das Doenças de Declaração Obrigatória, atualizada a 2014, proveniente quer do antigo sistema, quer na versão de registo eletrónico do SINAVE (DGS). Utilizou-se, ainda, o SVIG-TB na caracterização da Tuberculose com atualização a 2014; na caracterização da produção hospitalar recorreu-se à base de dados de resumos de alta dos internamentos hospitalares de Portugal Continental (GDH), da ACSS, igualmente atualizada a 2014 (dados preliminares); os dados de mortalidade foram obtidos a partir do INE, estando disponíveis para 2014, e no que se refere à mortalidade prematura foram extraídos do SICO (2014). Para caracterização dos fatores de risco ou determinantes recorreu-se a elementos informativos obtidos de estudos pontuais disponíveis.

Em relação à escolha das fases do ciclo de vida optou-se pela descrição em nove fases desde a conceção até ao final da vida, como proposto por Pickin e Leger em *Assessing Health Need Using the Life Cycle Framework* [3].

Margarida Gaspar de Matos [4] refere que Pickin e Leger (1993) propõem um enquadramento para a Saúde ao longo do ciclo da vida, embora outros autores só se debrucem sobre uma ou outra destas fases, como seja, por exemplo, gravidez e nascimento ou adolescência. Aqueles autores sublinham a relevância e o impacto das doenças genéticas e perinatais, infecciosas, acidentes, doenças do comportamento (violência, consumos, má nutrição, doenças cardiovasculares e obesidade), doenças degenerativas e de desadaptação e isolamento, definindo níveis de desenvolvimento onde estas condições são mais salientes, quer em função de características pessoais, quer da relevância de certos contextos e atores nesse período.

No que respeita à Carga da Doença 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*).

Em resumo: $DALY = YLL + YLD$, a carga global da doença não se restringe à mortalidade prematura, uma vez que a morbidade e incapacidade podem representar uma importante fração da perda de anos de vida saudável [5]. Para quantificar a componente de morbidade 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 [5].

I.

A SAÚDE DOS CIDADÃOS NA PERSPETIVA GLOBAL

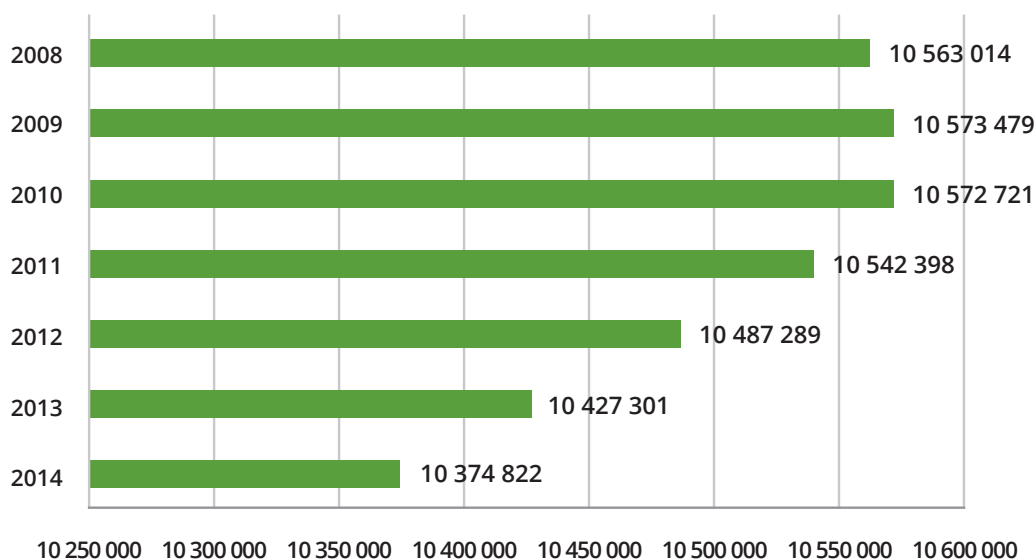


I - A SAÚDE DOS CIDADÃOS NA PERSPETIVA GLOBAL

1. QUANTOS SOMOS

Portugal tem uma população residente superior a 10 milhões de habitantes (10 374 822 em 2014) a nível continental e regiões autónomas (figura 2).

Figura 2. População residente em Portugal (2008 a 2014)



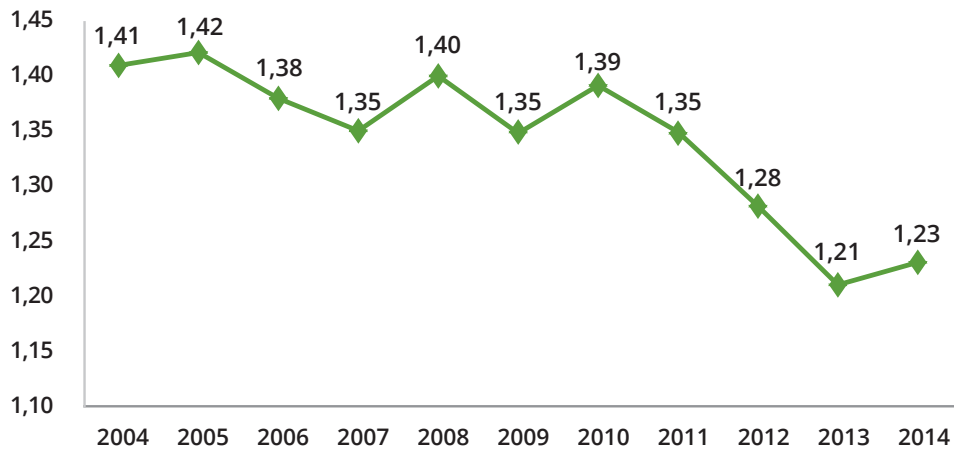
Fonte: INE, 2015

A população residente decresceu 1,9% de 2009 para 2014. O saldo natural mantém-se negativo desde 2009 (óbitos superam nados vivos).

Do mesmo modo, o saldo migratório é igualmente negativo, uma vez que a emigração ultrapassa a imigração desde 2011.

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 de idade) tem vindo a decrescer como exhibe a figura 3, sendo em 2014 de 1,23 (valor abaixo do índice de renovação geracional que é estimado em 2,1).

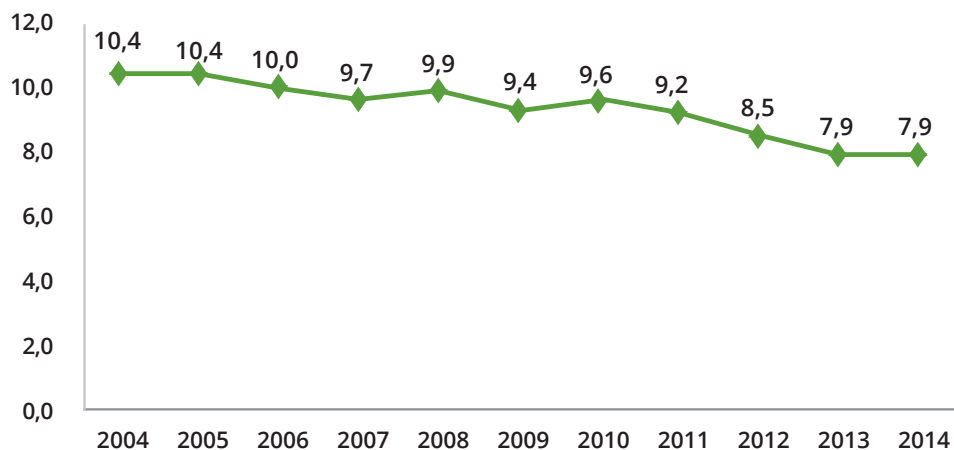
Figura 3. Índice sintético de fecundidade, Portugal (2004-2014)



Fonte: INE, 2015

Preocupação no mesmo sentido é traduzida pela baixa natalidade ocorrida durante os anos de 2004 a 2014 (figura 4), considerando a população média, a natalidade atingiu a taxa de 7,9 nados vivos por 1 000 habitantes. A transição demográfica que agora se verifica associa a baixa natalidade à proporção crescente de cidadãos residentes com 65 e mais anos. Em resumo: 2,1 milhões de portugueses têm 65 ou mais anos, dos quais 1 milhão de idade superior a 75 anos. Entre estes 260 mil têm mais de 85 anos, e mais de 4 mil têm 100 ou mais anos.

Figura 4. Taxa bruta de natalidade, Portugal (2004-2014)



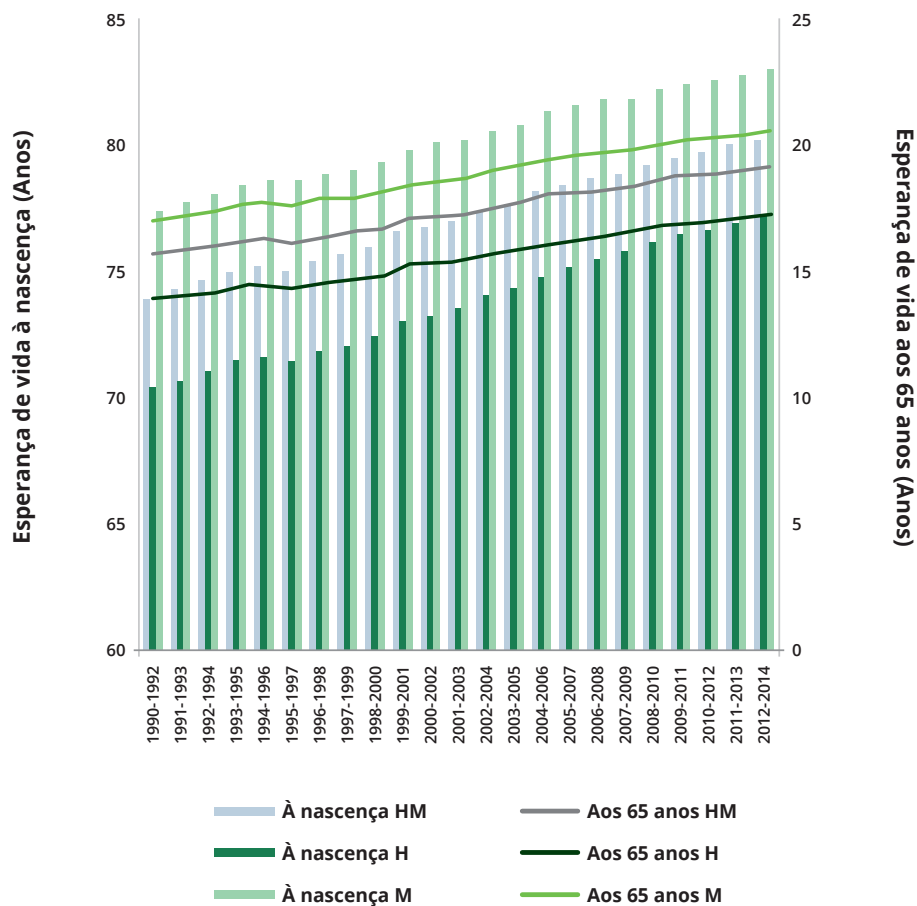
Fonte: INE, 2015

2. ESPERANÇA DE VIVER

Em 10 anos, a esperança de vida ao nascer registou um aumento de dois anos, tendo diminuído a diferença entre os sexos feminino e masculino.

Quando se analisa a esperança de vida aos 65 anos, os mesmos dois anos de acréscimo também se verificam, tendo sido o aumento mais favorável ao sexo masculino. A diferença entre sexos é, por isso, consideravelmente menos acentuada para a esperança de viver calculada aos 65 anos de idade (figuras 5 e 6).

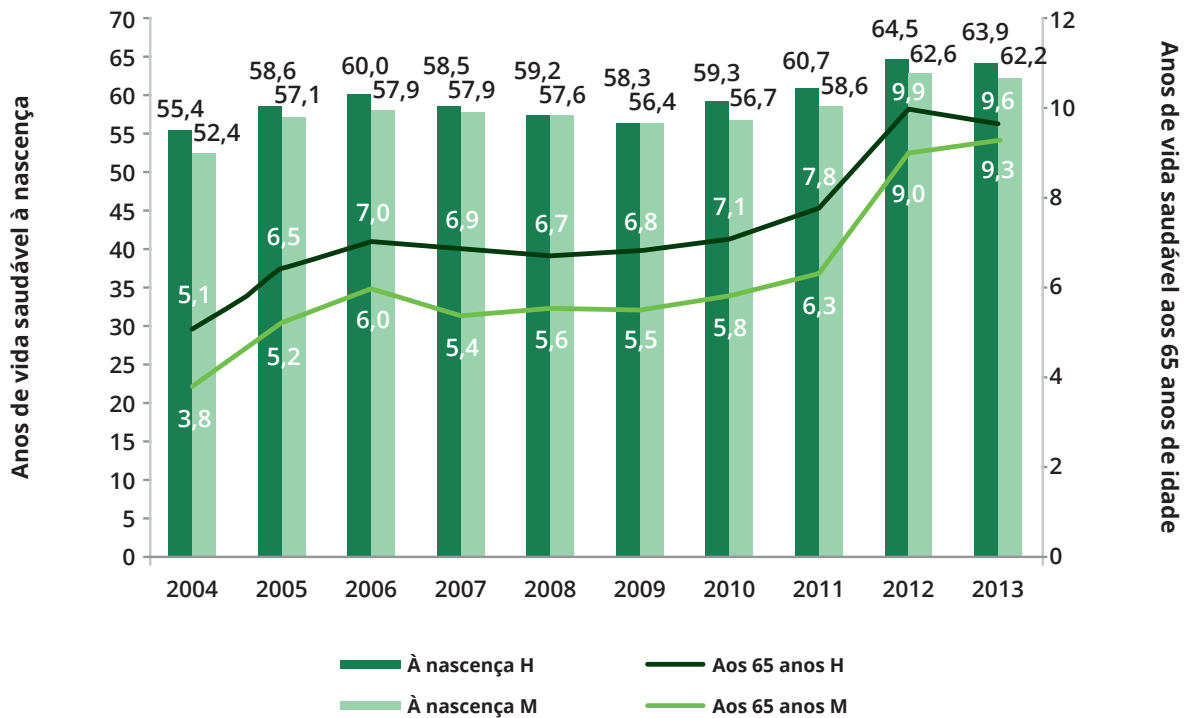
Figura 5. Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, por sexo, Portugal (1990-2014)



Fonte: INE, 2015

A esperança de vida saudável calculada aos 65 anos, em 2013, é de 9,6 anos para homens e de 9,3 anos para mulheres [6]. Repare-se, a este propósito que Portugal ultrapassou a média da União Europeia (8,5 nos homens e 8,6 nas mulheres para 2013) [7].

Figura 6. Esperança de vida saudável à nascença e aos 65 anos de idade, por sexo, Portugal (2004-2013)



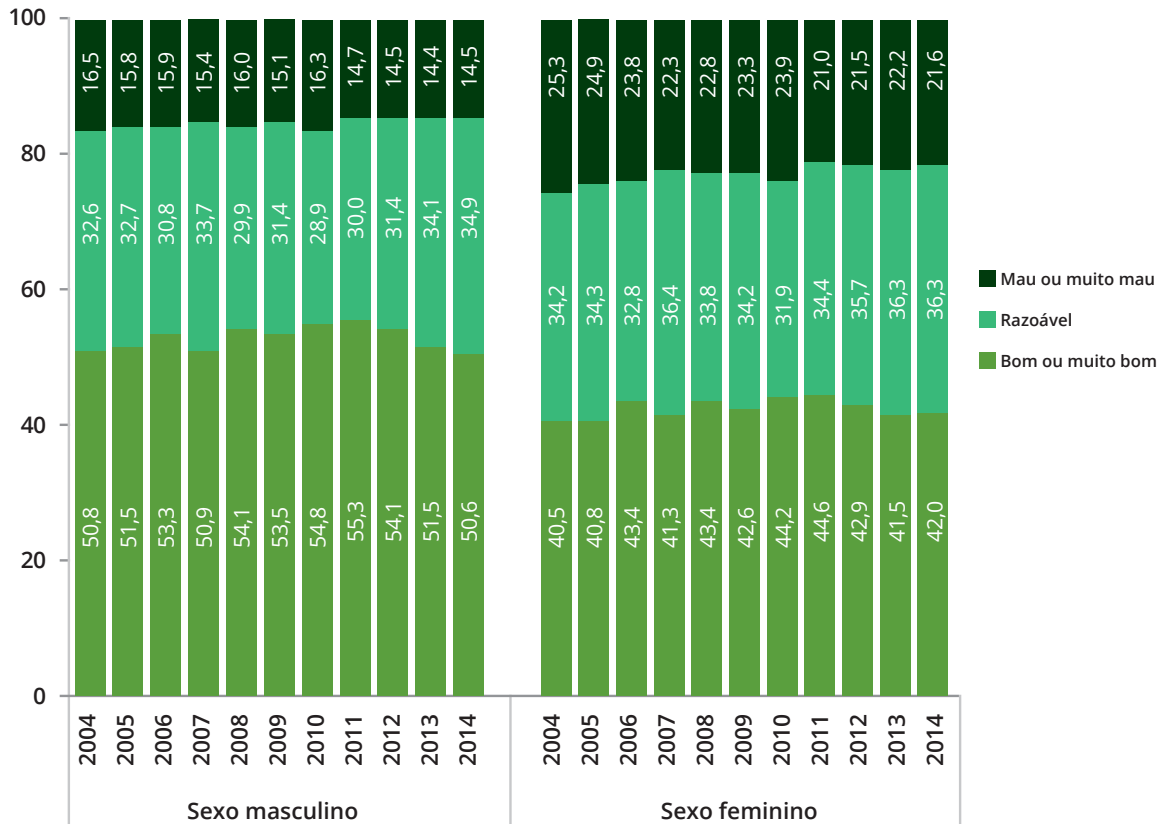
Nota: Quebra de série devida à formulação da pergunta subjacente ao indicador em 2012.

Fonte: EUROSTAT, 2015

3. COMO NOS SENTIMOS

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 taxa nas mulheres, no mesmo período, é de 77%. Em Portugal, de acordo com os dados mais recentes recolhidos no Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias [6], 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 50%. No entanto, quando se analisa este indicador tendo em conta características demográficas e sociais, observa-se uma tendência para maior proporção de autoapreciação 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%).

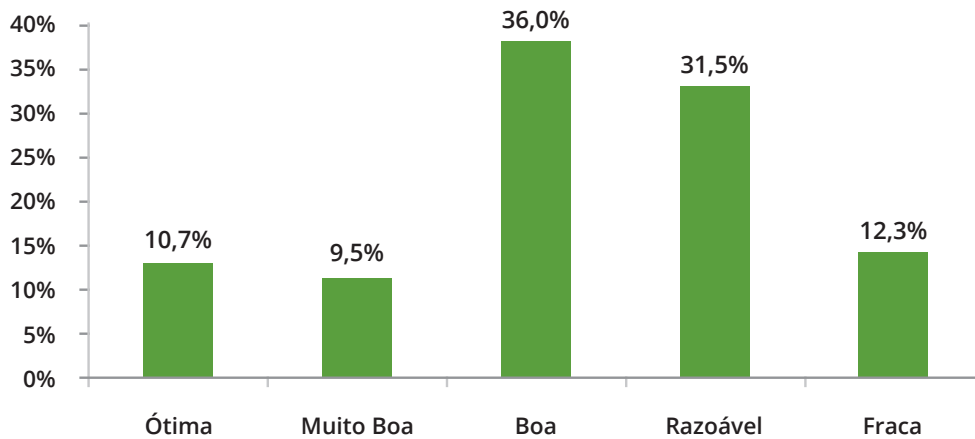
Figura 7. Distribuição da autoapreciação do estado de saúde na população residente com 16 e mais anos de idade (percentagem), por sexo, Portugal (2004 a 2014)



Fonte: INE, 2015

O estudo de satisfação dos utentes, publicado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS [8], em maio de 2015, expõe como principais resultados (figura 8):

Figura 8. Distribuição da perceção do estado da saúde dos utentes do Sistema de Saúde



Nota: Respostas à pergunta seguinte: «Em geral, como classifica a sua saúde neste momento?»

Fonte: DGS, 2015

Aqueles dados refletem uma ligeira melhoria da autoapreciação do estado de Saúde face aos resultados do 4.º Inquérito Nacional de Saúde de 2005. São, também, melhores do que os resultados apresentados em 2013 pela OCDE, no que se refere a Portugal, e melhores do que os apontados pelo Instituto de Ciências Sociais, bem como os do estudo ABBVIE/NOVA/IMS de 2014. Conclui-se, nestes termos, que existe uma melhoria da auto perceção do estado de Saúde, apesar das metodologias serem distintas [8].

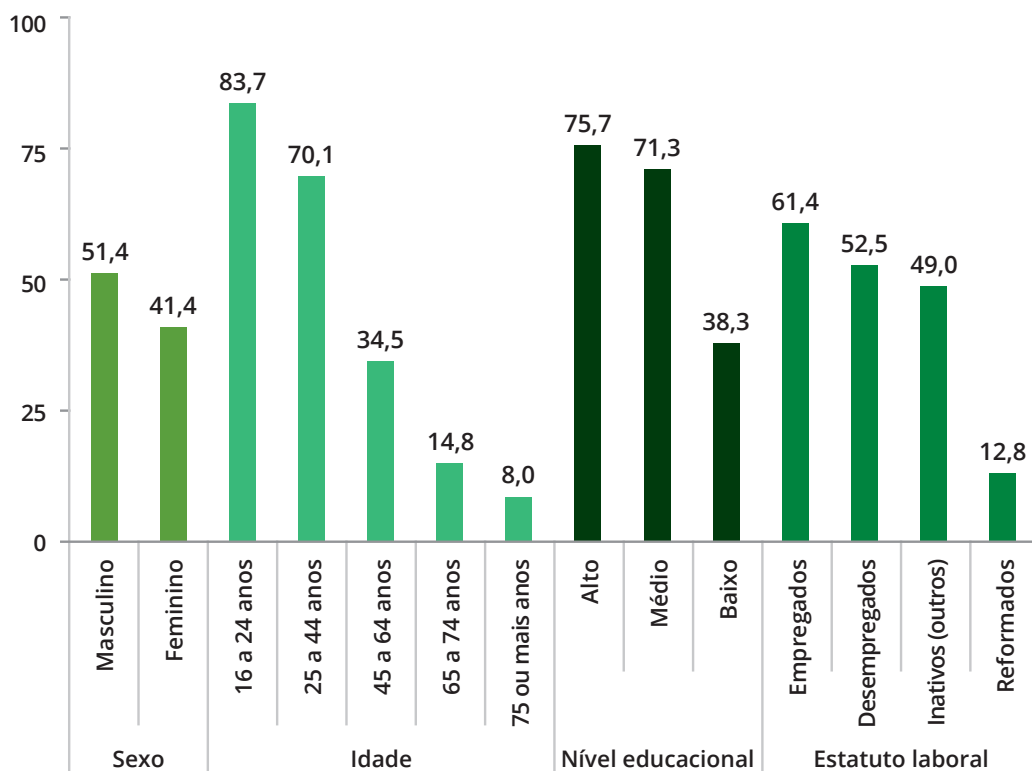
4. DETERMINANTES, FATORES DE RISCO E FATORES PROTETORES DA SAÚDE

Os determinantes sociais constituem a principal abordagem de análise de Saúde das populações. Pesquisas demonstraram a existência de um gradiente social em função dos rendimentos familiares, isto é, relacionado com desigualdades e iniquidades, em particular com as diferenças ocorridas entre comunidades prósperas e pobres no que se refere, por exemplo, à esperança de vida e outros indicadores [9].

Já em 1953, Arnaldo Sampaio, num texto intitulado “A Saúde é Prosperidade”, afirmava “... A relação entre pobreza e doença é flagrante (...) quanto mais pobre, mais doente, quanto mais doente, mais pobre...”

Outros determinantes sociais em interação com a classe social são condicionantes do estado de Saúde das populações, como o género, por exemplo. A leitura da informação estatística disponível, tanto no que respeita a dados epidemiológicos como a utilização de recursos e serviços permite constatar que, em grande parte dos casos, os mesmos indicadores de Saúde nas mulheres e nos homens apresentam valores diferentes, facto não apenas explicável por fatores biológicos, mas também, em larga medida, por condicionantes de ordem social.

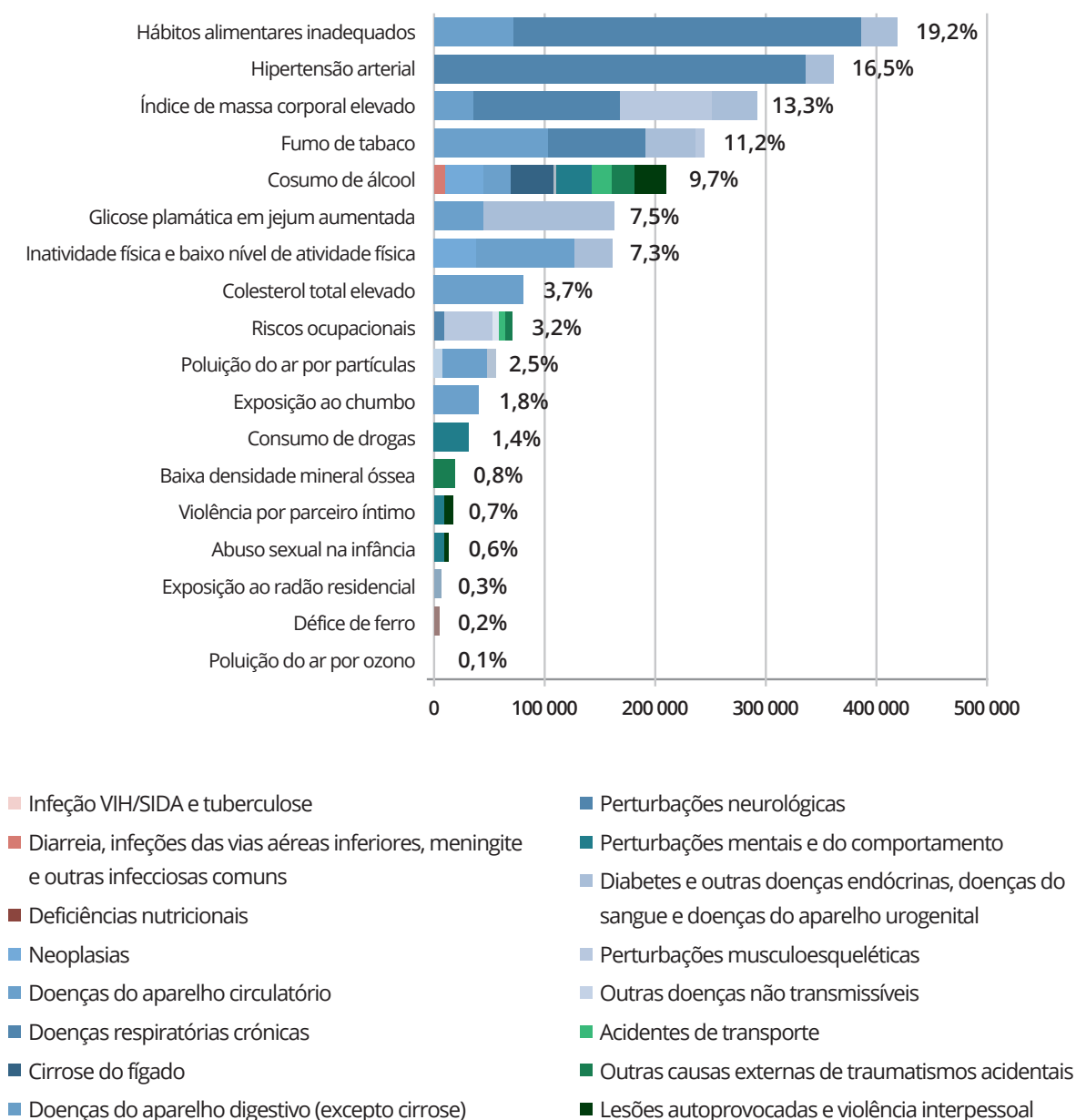
Figura 9. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou muito bom) na população residente com 16 e mais anos de idade (percentagem), por determinantes sociodemográficos, Portugal (2013)



Fonte: EUROSTAT, 2015

Segundo as estimativas obtidas para Portugal, no âmbito do estudo *Global Burden of Diseases* (GBD), os fatores de risco que mais contribuem para o total de anos de vida saudável perdidos pela população portuguesa são: hábitos alimentares inadequados (19%), hipertensão arterial (17%), índice de massa corporal elevado (13%), para além do tabagismo (11%). Estes são os principais fatores de risco, muitas vezes modificáveis e, por isso, evitáveis para as doenças oncológicas, do aparelho circulatório, e para um grupo de doenças constituído por diabetes e outras (endócrinas, hematológicas e doenças do aparelho genito-urinário) [10].

Figura 10. Fatores de risco ordenados por peso na carga de Doença (DALY em valor absoluto e percentagem) segundo as doenças associadas, ambos os sexos, Portugal, 2010



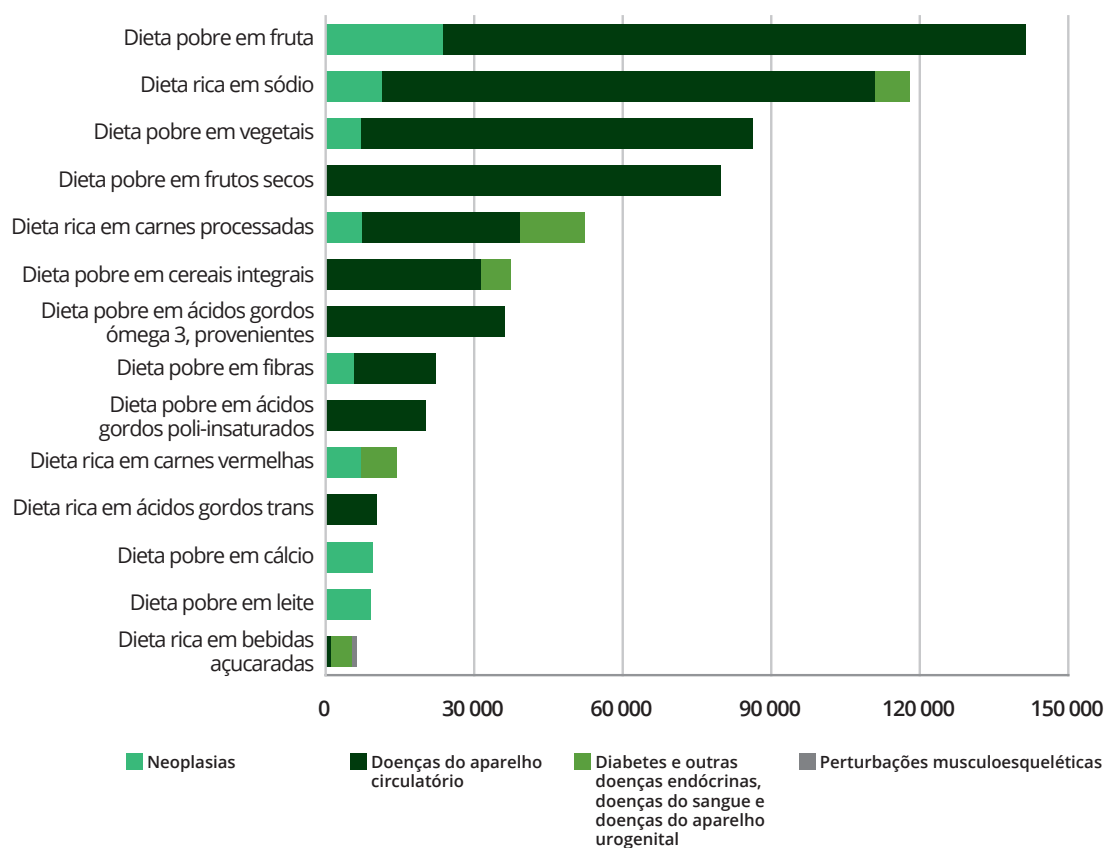
Fonte: Elaborado pela DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 06/04/2015)

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, de açúcar e de gorduras trans (processadas a nível industrial) constituem o principal problema.

No estudo citado os hábitos alimentares inadequados incluem 14 diferentes componentes, tais como: insuficiente ingestão de fruta, de vegetais, de frutos secos e sementes, bem como excesso de consumo de sal e carne processada (figura 11).

Figura 11. Estimativas da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressa em DALY, Portugal, 2010



Fonte: Elaborado pela DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 06/04/2015)

Em Portugal o consumo diário de alimentos com teores excessivos de sal constitui um dos principais problemas de Saúde Pública. Trabalhos recentes estimam que a ingestão diária de sal (10,7 gramas) é praticamente o dobro da recomendação da OMS, que é inferior a 5 gramas [11].

Para Portugal estimou-se que o baixo consumo de fruta (definido como comer menos do que três peças de fruta por dia) constitui o risco alimentar evitável que mais contribui para a perda de anos de vida saudável: estimam-se em 141 mil os anos de vida potencialmente perdidos pela população portuguesa em 2010, devido a morbilidade ou mortalidade prematura por doenças do aparelho cardiovascular e por doenças oncológicas, em proporções de 83% e 17%, respetivamente [10].

4.2. Exercício Físico

A promoção do exercício físico ao longo de todo o ciclo de vida é absolutamente prioritária e insubstituível como fator protetor da Saúde. Pelo contrário, compreende-se, que o sedentarismo constitui, claramente, um fator de risco.

Comportamentos e estilos de vida influenciam, de forma comprovada, a saúde individual e coletiva, uma vez que constituem denominador comum a praticamente todas as doenças crónicas não transmissíveis. Investigações recentes referem que períodos extensos de comportamento sedentário, como estar sentado durante horas no local de trabalho, são um fator de risco para a Saúde, independente dos níveis de atividade física da pessoa.

Desde muito cedo as crianças devem adquirir hábitos da prática da atividade física mesmo antes da idade escolar. A análise dos dados disponíveis aponta para a necessidade de pais e professores terem em atenção a importância de reduzir o tempo despendido pelas crianças em frente a monitores (televisão, computador, jogos eletrónicos, entre outros) e em impulsionar atividades lúdicas promotoras de atividade física.

De acordo com os resultados da última sondagem Eurobarómetro [12], dos 28 países que participaram no estudo, aqueles em que a população pratica menos atividade física são a Bulgária, em que 78% dos inquiridos nunca praticaram exercício ou fizeram desporto, Malta com uma percentagem de 75% e Portugal com 64%.

Segundo o *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)* [13], é referido que mais de 50% dos adolescentes pratica atividade física três ou mais vezes por semana e, fora do horário escolar, duas ou mais vezes por semana. A maioria dos adolescentes apresenta valores médios bons relativamente à sua condição física. São os jovens do sexo masculino e os mais novos (8º ano) que apresentam melhores resultados na condição física. Por outro lado, num estudo realizado pelo Instituto do Desporto de Portugal [14] foram analisados os números e outros indicadores nacionais relativos à prevalência da aptidão e da atividade física. Verificou-se que 77% dos homens e 64% das mulheres são suficientemente ativos, ou seja, realizam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada diária.

Na população idosa mantém-se uma maior prevalência de pessoas do sexo masculino suficientemente ativas, uma vez que 45% dos homens e 28% das mulheres deste grupo são fisicamente ativos, não alcançando, no entanto, os valores recomendados [14].

O conceito de envelhecimento ativo, na perspetiva inclusiva, impõe, igualmente, o desenvolvimento de exercício físico para os cidadãos de grupos etários mais idosos. Atualmente são muitas as autarquias locais que fomentam atividades naquele sentido.

O sedentarismo e o excesso de ingestão de calorias explicam os índices altos de prevalência do excesso de peso, incluindo a obesidade. Este problema assume uma dimensão especial em crianças de idade escolar. Estudos científicos sobre obesidade infantil em Portugal demonstram que mais de 35% das crianças com idades entre os seis e os oito anos têm corpulência excessiva (índice de massa corporal elevado para a idade e sexo) e que mais de 14% já são obesas [15, 16]. Outros trabalhos que incidem no mesmo âmbito mostram que na população entre os 10 e os 18 anos o excesso de peso é superior a 30% e a obesidade cerca de 8% [17]. Em relação à população adulta entre os 18 e os 64 anos aqueles indicadores são de 54% para o excesso de peso e de 14% para a obesidade [18].

4.3. Tabagismo

Como se sabe, o tabagismo assume contornos pandémicos, contribuindo para seis das oito principais causas de morte verificadas anualmente. O consumo de tabaco é causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes. Apresenta, ainda, muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal.

As pessoas fumadoras apresentam um risco de morte duas a três vezes superior ao observado em não fumadores, perdendo, em média, dez anos de expectativa potencial de vida [19, 20].

De acordo com as estimativas do GBD 2010, o consumo de tabaco em Portugal foi responsável por 2 348 mortes por doenças respiratórias (20% do total de óbitos por esta causa), 4 643 mortes por cancro (19% do total de óbitos por esta causa) e 3 777 mortes por doenças do aparelho cardiovascular (11% do total de óbitos por esta causa) [21]. No conjunto, o tabaco foi responsável pela morte de 11 800 pessoas, das quais mais de 800 em consequência da exposição ao fumo ambiental. Quer dizer, em cada duas horas ocorrem duas mortes devidas ao tabagismo que seriam evitáveis.

No sexo masculino, fumar é a segunda causa, a seguir aos riscos alimentares, de perda de anos de vida saudável, expressos em DALY. No sexo feminino, que tem apresentado consumos de tabaco inferiores aos do sexo masculino, fumar constitui a sétima causa de perda de anos de vida saudável, a seguir aos riscos alimentares, hipertensão, obesidade, sedentarismo, intolerância à glicose e uso de álcool [21].

Em 2012, mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. A grande maioria dos fumadores portugueses iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade, em grande medida devido à influência dos amigos ou por curiosidade e vontade de experimentar (quadro 1).

Quadro 1. Prevalência (percentagem) do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês, dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012

	PLV			12M			30D		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
2001	56,0	25,0	40,2	40,4	17,7	28,8	40,1	17,6	28,6
2007	63,3	34,8	48,9	41,8	20,3	30,9	40,1	19,0	29,4
2012	60,2	32,8	46,2	36,9	19,9	28,2	35,1	18,0	26,3

PLV – Prevalência ao longo da vida; 12M – 12 meses; 30D – 30 dias

Fonte: SICAD, 2014

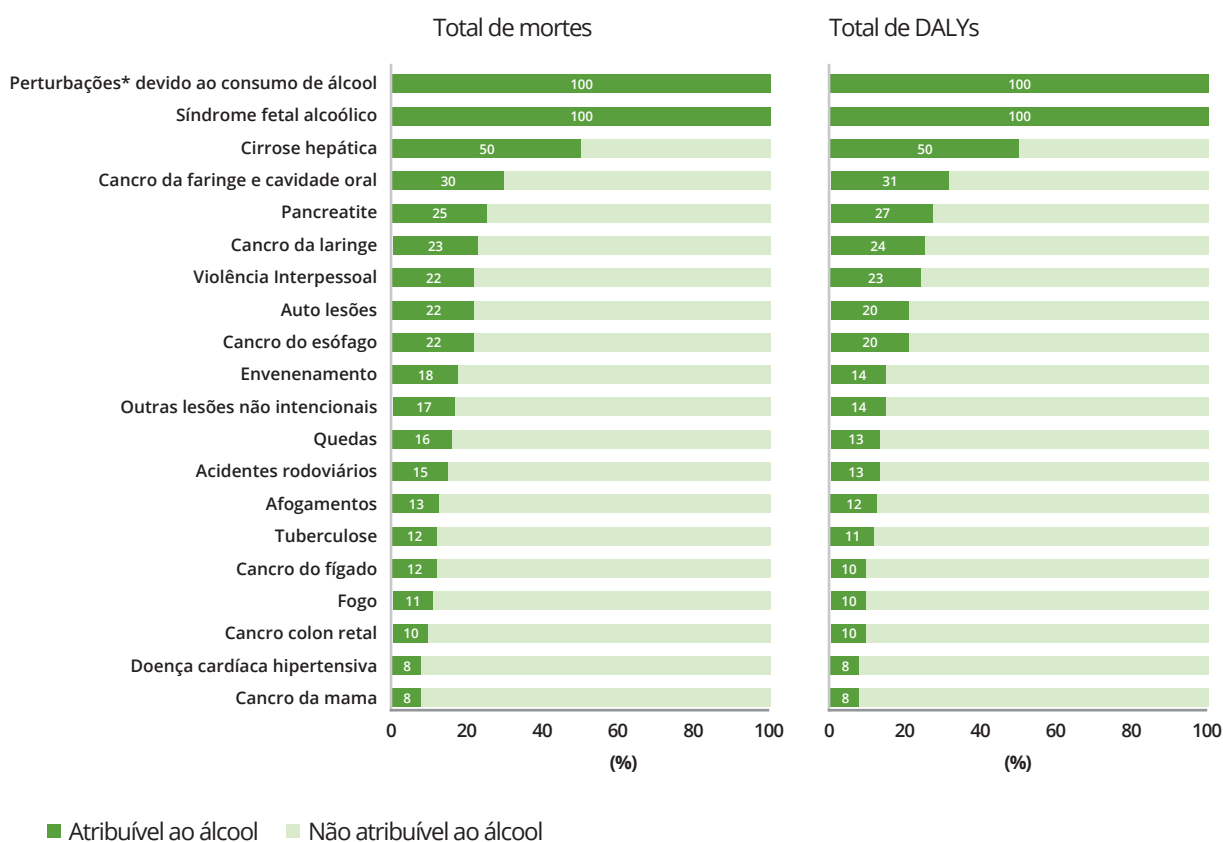
De acordo com dados recolhidos em dezembro de 2014, no âmbito de um estudo Eurobarómetro, estima-se que a prevalência de consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos se situe nos 25%. Valor que corresponde a um aumento de 2 pontos percentuais relativamente a 2012. Este aumento ficou a dever-se, aparentemente, a um decréscimo de 3% na percentagem de fumadores que tentou parar de fumar neste período e ao aumento de 1% dos inquiridos que disseram nunca ter fumado [22].

4.4. Álcool

Os danos provocados pelo consumo de álcool são uma preocupação relevante ao nível da saúde pública [23]. Ao nível europeu, o consumo de bebidas alcoólicas representa o terceiro fator de risco de doença e mortalidade.

O uso nocivo do álcool determina o aparecimento e manutenção de várias doenças como neoplasias, cérebro e cardiovasculares, hepáticas, infeção pelo VIH, tuberculose, pneumonia e depressão [24] (figura12).

Figura 12. Fração atribuível ao álcool para conjunto selecionado de causas de morte, doenças e lesões, OMS, 2012



* As perturbações incluem mentais e comportamentais (CID 10 - Código: F10)

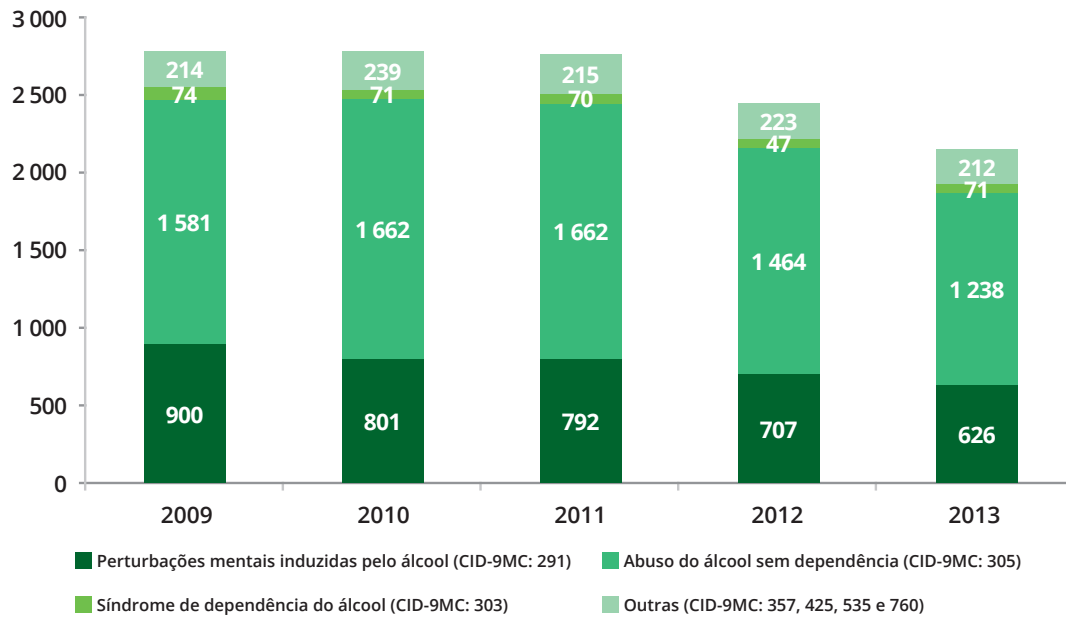
Fonte: Relatório Global sobre o Álcool e a Saúde 2014, OMS

O álcool é, ainda, responsável pelo aumento dos níveis de criminalidade, violência doméstica e sinistralidade rodoviária. Durante a gravidez está associado a alterações no desenvolvimento fetal.

Os problemas relacionados com o álcool apresentam habitualmente um grande período de latência, estando dependentes de fatores de exposição (tempo de consumo e intensidade de consumo), fatores sociais, ambientais e genéticos. Estima-se que cerca de 23% dos utentes dos Cuidados de Saúde Primários com consumos excessivos apresentem pelo menos um problema relacionado com o álcool no último ano.

Quanto a Portugal e concretamente no que diz respeito à morbilidade, em 2013 verificaram-se 2 638 episódios de internamento hospitalar em que o diagnóstico principal é a cirrose e/ou hepatite alcoólica. No que respeita ao número de episódios de internamento hospitalar por causas 100% atribuíveis ao consumo de álcool, registaram-se 2 147 internamentos hospitalares por estas causas, na sua maioria relacionados com a síndrome de dependência alcoólica (58%) – em particular a dependência contínua do álcool (35%) – e perturbações mentais induzidas pelo álcool (29%) – especialmente a abstinência alcoólica (16%) [25].

Figura 13. Número de internamentos hospitalares por causas 100% atribuíveis ao consumo de álcool*



Data de extração 31 de março de 2014.

* Episódios de internamento em que o diagnóstico principal é atribuível ao álcool (altas hospitalares; CID-9-MC - 291;303; 305.0; 357.5; 425.5; 535.5; 570.0 – 570.3; 760.71). Designação conforme Atlas do PNS, Alto Comissariado da Saúde, 2010.

Fonte: ACSS: GDH (31 de março de 2014) / SICAD, 2014

Sobre mortalidade, segundo dados de 2012 do INE, há a realçar que se registaram 2 428 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool, representando 2,2% do total de óbitos e uma estabilidade em relação a 2011 (-2%). A taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, em adultos com idades inferiores a 65 anos, é de 12,3 óbitos por 100 000 habitantes.

Quadro 2. Indicadores de Mortalidade relativos a Doenças Atribuíveis ao Álcool* Portugal, 2012

Mortes por doenças atribuíveis ao Álcool	2012		
	Total	Homem	Mulher
Total de óbitos (n.º)	2 428	1 921	507
Idade média à morte (anos)	63,1	62	67,3
Preparação em relação ao total de óbitos (%)	2,2	3,5	1
N.º de óbitos <65 anos	1 238	1 071	167
N.º de óbitos ≥65 anos	1 190	850	340
N.º de óbitos <70anos	1 529	1 311	218
N.º de óbitos ≥75 anos	620	379	241
Taxa de mortalidade padronizada para todas as idades (100 000 hab.)	17,2	30,8	5,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos (100 000 hab.)	12,3	22,1	3,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos (100 000 hab.)	57,9	101,7	25,3
Taxas bruta de mortalidade (100 000 Hab.)	23,1	38,3	9,2
N.º de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	20 938	17 883	3 055
Taxa de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	231,5	404	66,1
N.º médio de anos potenciais de vida perdidos	13,7	13,6	14
Taxa padronizada de anos potenciais de vida perdidos (100 000 hab.)	200,5	356	57,3

*Doenças atribuíveis ao álcool CID-10: C00 –C15, F10, I42.6, K70, K85-86.0, X45.

Fonte: INE/SICAD: DMI-DEI, 2015

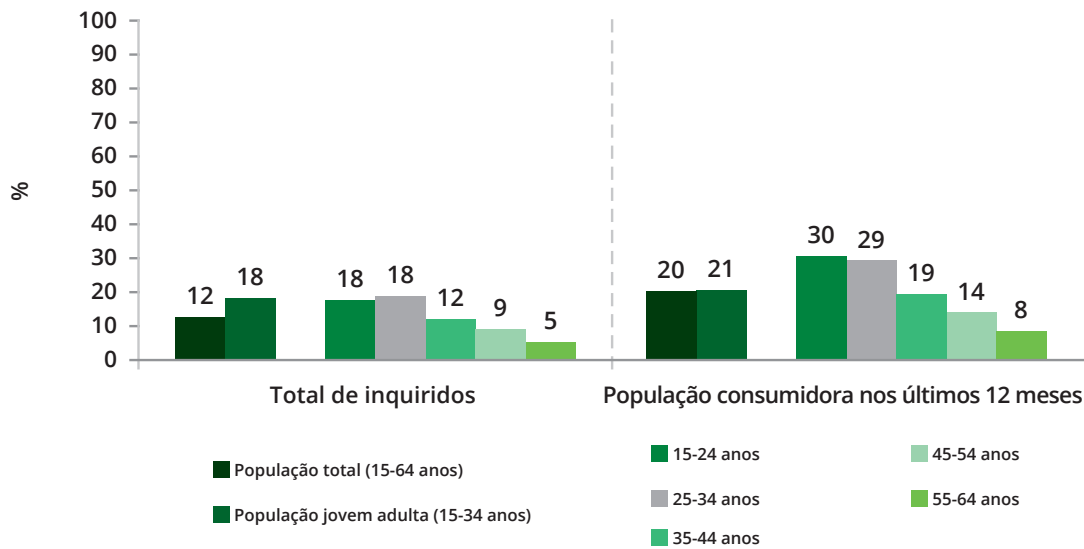
Segundo os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, no contexto rodoviário em 2013 registaram-se 168 vítimas mortais de acidentes de viação que estavam sob a influência do álcool (TAS \geq 0,5g/l). Cerca de três quartos (74%) eram condutores, 18% peões e 8% passageiros. Cerca de 65% destas vítimas mortais tinham uma TAS \geq 1,2g/l, 22% entre 0,8-1,19g/l e 13% entre 0,5-0,79g/l. As vítimas na situação de passageiros registaram uma proporção mais elevada de TAS \geq 1,2g/l (80%) comparativamente aos peões (68%) e condutores (64%). Verificaram-se 92 condutores mortos em acidentes de viação com uma TAS \geq 0,5 g/l, número que decresceu em 2014 para 77.

Em 2012, o número de anos potenciais de vida perdidos por doenças atribuíveis ao álcool foi 20 938. De um modo geral, constata-se para os vários indicadores da mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool uma tendência de estabilidade nos últimos anos, com um ligeiro decréscimo em 2012 para a maioria dos indicadores.

Segundo os dados do *Global Information System on Alcohol and Health* relativos a alguns indicadores-chave sobre os níveis de consumo de bebidas alcoólicas, em 2010, os indivíduos com 15 ou mais anos bebiam em média 12,9 litros de álcool puro por ano (18,7 l os homens e 7,6 l as mulheres), correspondendo a um consumo diário de 28 gramas de álcool puro por pessoa [25].

Segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral [26] e tal como nos anos anteriores, as prevalências de consumo binge foram superiores na população jovem adulta (18% do total e 30% dos consumidores recentes) por comparação à população total (12% do total e 20% dos consumidores recentes).

Figura 14. Prevalência do consumo *Binge**, total de inquiridos e na população consumidora



*Consumo de 5 ou mais copos (se for do sexo feminino) ou 6 ou mais copos (se for do sexo masculino) de uma qualquer bebida na mesma ocasião.

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

4.5. Dislipidémia

A Dislipidémia constitui importante fator de risco em relação a múltiplas doenças crónicas, nomeadamente para o enfarte agudo do miocárdio e para os acidentes vasculares cerebrais. É uma das principais causas das causas de mortalidade prematura, nomeadamente a hipercolesterolémia. Por outro lado, é, também, um fator modificável quer com cuidados alimentares, quer com a promoção de exercício físico, quer ainda, em termos de prevenção secundária, através da utilização criteriosa de Estatinas [27].

A estimativa para a prevalência da hipercolesterolémia em Portugal é de 47%, de acordo com os resultados do estudo VALSIM [28]: Foram avaliados 16 856 indivíduos (62% do sexo feminino, 58 ± 15 anos), dispondo-se da determinação de CT, C-LDL, C-HDL e triglicéridos em 96% (N = 16 159), 59% (N = 9 956), 95% (N = 16 074) e 98% (N = 16 494), respetivamente. Detetou-se hipercolesterolémia (≥ 200 mg/dl) em 47% e níveis aumentados de C-LDL (≥ 130 mg/dl) em 38%. A hipertrigliceridémia (≥ 200 mg/dl) e o C-HDL diminuído (< 40 mg/dl) foram menos prevalentes, afetando 13% da população.

4.6. Deficiência Imunitária

A prevalência da deficiência imunitária na população portuguesa pode ascender a 20% se forem considerados os doentes com idades avançadas, os portadores de VIH/SIDA, os doentes a fazerem corticoterapia e doentes oncológicos (particularmente os que estão a fazer quimioterapia), bem como doentes transplantados, entre outros. A importância daquele nível de prevalência constitui um fator de risco que não pode ser ignorado, sobretudo no que se refere à mortalidade prematura.

4.7. Hipertensão arterial

A hipertensão arterial é o mais importante fator de risco modificável para as doenças do aparelho circulatório (acidente vascular cerebral e doença isquémica do coração), que são a primeira causa de morte em Portugal. Estudos recentes concluem que a prevalência de hipertensão arterial na população adulta permanece alta, uma vez que afeta cerca de 42% dos portugueses (44% em homens e 40% em mulheres) [11].

Para além da comprovada relação direta com a ingestão excessiva de sal na alimentação este estudo confirma os dados obtidos em publicações anteriores [29].

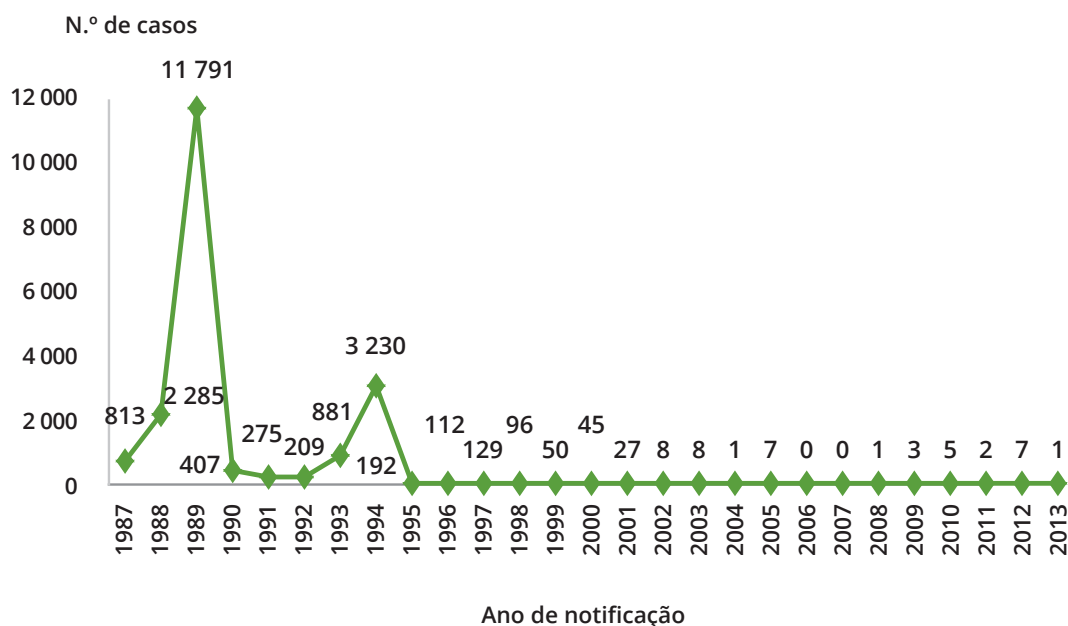
4.8. Vacinação

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi, pela primeira vez, concebido, organizado e implementado em 1965 sob a condução da DGS.

As coberturas vacinais em 2014 continuaram com níveis elevados e adequados para conferirem imunidade de grupo, de acordo com a avaliação do cumprimento do PNV, publicada pela DGS em abril de 2015. Mais de 95% das crianças e jovens entre os 7 e os 18 anos de idade estavam vacinadas contra o Sarampo, aliás, ao encontro dos objetivos do Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e dos requisitos fixados pela OMS Europa. Este resultado representa um dos pilares essenciais para manter a eliminação desta doença. As coberturas vacinais para a vacina contra a poliomielite aguda eram também elevadas ($\geq 95\%$), cumprindo, igualmente, os objetivos do Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite e dos requisitos fixados pela OMS [30].

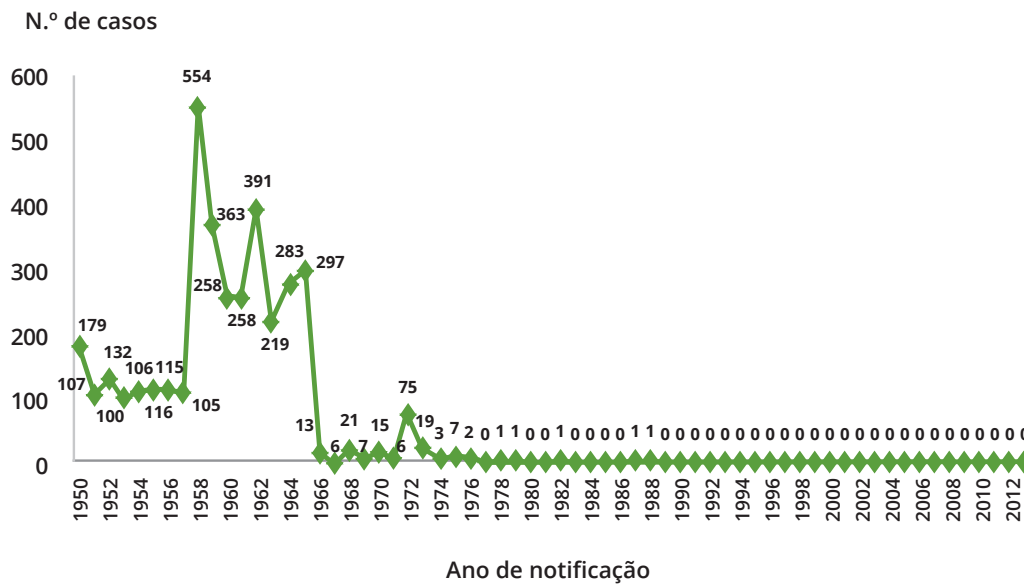
O reduzido número de casos notificados de Sarampo nos últimos 10 anos, corresponde maioritariamente a casos importados e alguns casos secundários. Relativamente à Poliomielite Aguda, sublinhe-se que desde 1988 não são notificados casos (último caso notificado em 1987 mas com diagnóstico no final de 1986). Igualmente, mantem-se eliminada, em Portugal, em resultado da vacinação, a difteria (com últimos casos notificados em 1992).

Figura 15. Casos declarados de Sarampo, Portugal (1987-2013)



Fonte: DGS, 2015

Figura 16. Casos declarados de Poliomielite aguda, Portugal (1987-2013)



Fonte: DGS, 2015

5. MORBILIDADE

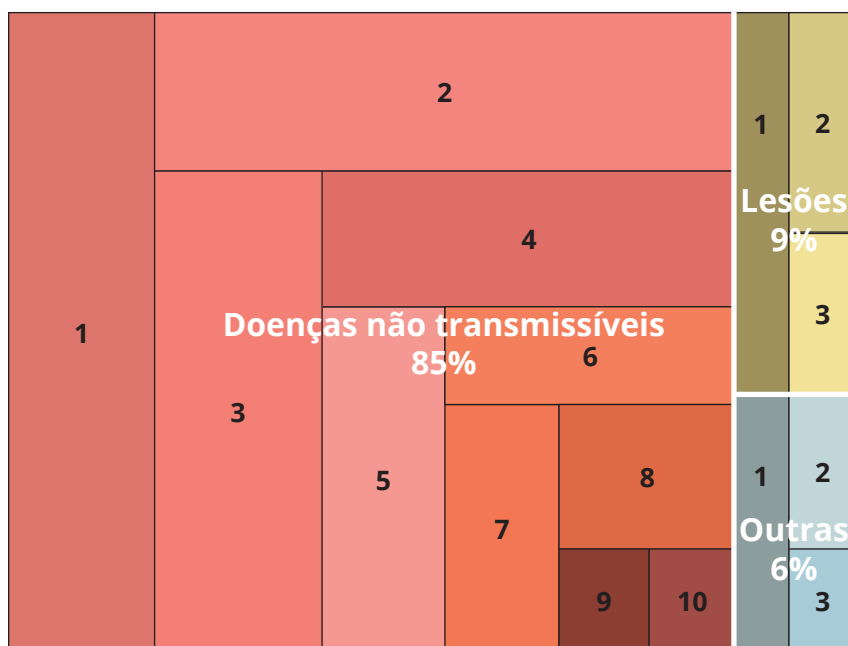
Tal como mostra a figura 17 (DALY, 2010) 85% da carga da doença corresponde a doenças crónicas, 9% a lesões e 6% a outras condições, nomeadamente infeções das vias respiratórias superiores e VIH/SIDA.

Traduz um fenómeno comum a muitos países europeus designado como transição epidemiológica devido à importância relativa assumida pelas doenças crónicas não transmissíveis quando comparada com a expressão reduzida de doenças infecciosas.

No conjunto das doenças que têm maior impacto sobre a população portuguesa, em termos de morbilidade, incapacidade e morte prematura, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (18%), as neoplasias (17%), as perturbações músculo-esqueléticas (15%), as doenças do foro mental e do comportamento (10%) e a diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (7%), tal como ilustra a figura 17.

Todas as outras entidades nosológicas são responsáveis por 6% da carga global estimada para a população portuguesa [10].

Figura 17. Estimativas da carga global de doença atribuível a doenças e lesões, expressa em DALY, Portugal, 2010



- 1 - Doenças do aparelho circulatório (17,48%)
- 2 - Neoplasias (16,93%)
- 3 - Perturbações musculoesqueléticas (14,71%)
- 4 - Perturbações mentais e do comportamento (10,04%)
- 5 - Diabetes e outras denças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (7,42%)
- 6 - Outras doenças não transmissíveis (5,21%)
- 7 - Doenças respiratórias crónicas (6,12%)
- 8 - Perturbações neurológicas (4,56%)
- 9 - Cirrose do fígado (1,90%)
- 10 - Doenças do aparelho digestivo (excepto cirrose) (1,51%)
- 1 - Outras causas externas de traumatismos acidentais (4,30%)
- 2 - Acidentes de transporte (2,90%)
- 3 - Lesões autoprovocadas a violência interpessoal (2,11%)
- 1 - Diarreia, infeções das vias aéreas inferiores, meningite e outras doenças infecciosas comuns (2,99%)
- 2 - Infeção VIH/SIDA e tuberculose (1,70%)
- 3 - Outras (1,11%) Perturbações neonatais, deficiências nutricionais, outras doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais, doenças tropicais negligenciadas e malária e perturbações maternas

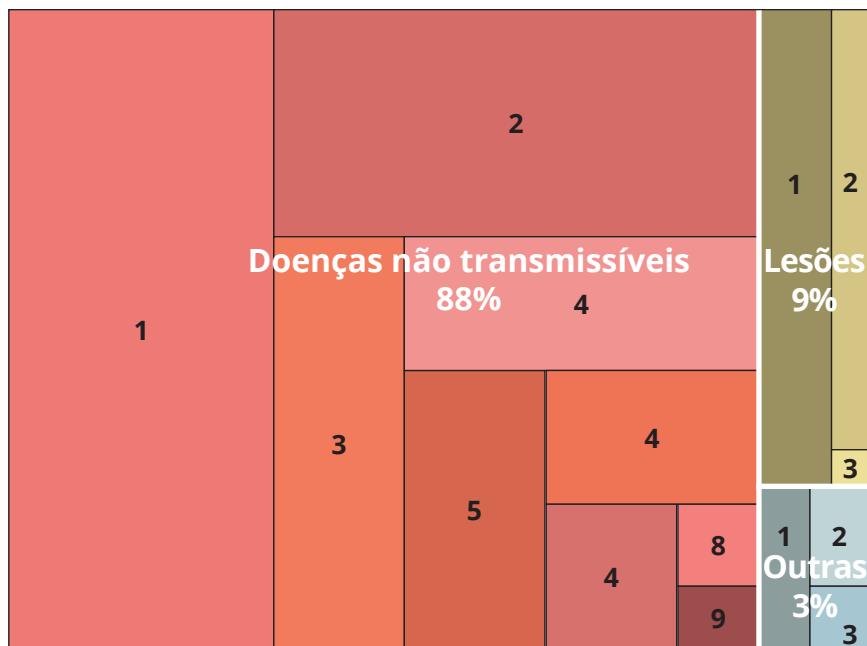
Fonte: Elaborado pela DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 06/04/2015)

As estimativas do estudo GBD 2010 relativas a anos vividos com incapacidade pela população portuguesa colocam, igualmente, no topo as doenças crónicas não transmissíveis, com 88% do total de YLD.

As lesões ocupam o segundo lugar, com uma carga de morbilidade e incapacidade que representa 9% do total. As restantes doenças representam 3% de todos os anos vividos com incapacidade pela população portuguesa [10].

Considerando apenas a componente de morbilidade (figura 18) observa-se uma alteração na ordenação das doenças com maior impacto na Saúde dos cidadãos. As perturbações músculo-esqueléticas assumem maior relevância, sendo responsáveis por 31% do total de anos vividos com incapacidade. Seguem-se as doenças do foro mental e do comportamento, que representam 21% da carga de morbilidade e incapacidade dos portugueses [10].

Figura 18. Estimativas da carga de morbilidade e incapacidade atribuível a doenças e lesões, expressa em YLD, Portugal, 2010



- 1 - Perturbações musculoesqueléticas (30,50%)
- 2 - Perturbações mentais e do comportamento (20,54%)
- 3 - Outras doenças não transmissíveis (10,09%)
- 4 - Diabetes e outras doenças endócrinas, doenças do sangue e doenças do aparelho urogenital (8,61%)
- 5 - Perturbações neurológicas (7,05%)
- 6 - Doenças respiratórias crónicas (6,66%)
- 7 - Doenças do aparelho circulatório (3,44%)
- 8 - Neoplasias (1,36%)
- 9 - Doenças do aparelho digestivo e cirrose do fígado (0,92%)
- 1 - Outras causas externas de traumatismos acidentais (6,42%)
- 2 - Acidentes de transporte (2,31%)
- 3 - Lesões autoprovocadas a violência interpessoal (0,19%)
- 1 - Diarreia, infeções das vias aéreas inferiores, meningite e outras doenças infecciosas comuns (1,37%)
- 2 - Infeção VIH/SIDA e tuberculose (0,61%)
- 3 - Outros (0,97%), Perturbações neonatais, deficiências nutricionais, outras doenças transmissíveis, maternas, neonatais e nutricionais, doenças tropicais negligenciadas, malária e perturbações maternas

Fonte: Elaborado pela DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 06/04/2015)

5.1. Aparelho circulatório

As doenças do aparelho circulatório são aquelas que mais contribuem para a carga da doença (cerca de 18% da carga global da doença – DALY). Fatores de risco como a hipertensão arterial (sem ignorar a importância dos altos teores de sal na alimentação) e a hipercolesterolemia têm elevada importância no desenvolvimento destas doenças.

No que se refere ao aparelho circulatório, assumem particular relevância a doença isquémica do coração (7% da carga global da doença – DALY) e o acidente vascular cerebral (6% da carga global da doença – DALY). No período de 2000 a 2010 verifica-se um decréscimo da carga de doença na doença isquémica coronária e no acidente vascular cerebral, (de 8% para 7% e de 10% para 6%, respetivamente) [10].

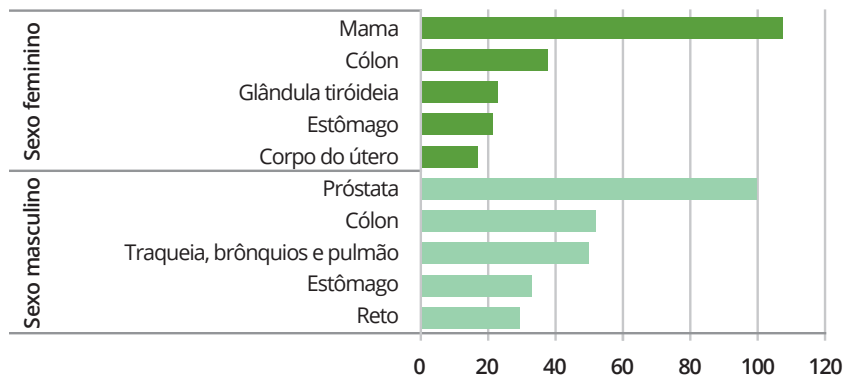
5.2. Neoplasias

Os cancros mais frequentes foram os da mama, próstata, cólon, pulmão e estômago, que em conjunto representaram cerca de metade da patologia oncológica em Portugal (51,3% do total dos casos).

No sexo masculino, 32,1% dos tumores eram do aparelho genito-urinário e 31,7% do aparelho digestivo. O cancro da próstata foi o cancro mais frequente (101,7/100 000) com 5151 novos casos, no entanto, verificou-se uma diminuição da taxa de incidência em relação ao ano anterior. O cancro do cólon, com 2689 novos casos (53,1/100 000), foi o 2º tipo de cancro mais frequente no homem, seguido do cancro do pulmão (50,6/100 000) e do estômago (33,7/100 000).

No sexo feminino, cerca de um terço dos tumores diagnosticados correspondem ao cancro da mama (30,2%), com uma taxa de incidência de 109,3/100 000. O cancro do cólon foi o 2º mais frequente (37,9/100 000), seguido do cancro da tiróide (22,6/100 000) e do cancro do estômago (21,4/100 000) [31].

Figura 19. Taxa de incidência dos 5 tumores malignos mais frequentes (/100 000 habitantes) por sexo, Portugal (2008)



Fonte: ROR Centro, 2014

5.3. Doenças crónicas músculo-esqueléticas

As doenças reumáticas, comprovadamente, são as doenças crónicas que mais limitam o estado de saúde dos portugueses segundo o inquérito representativo da população portuguesa denominado EpiReumaPt (2011-2013). O estudo concluiu que cerca de metade da população portuguesa sofre, pelo menos, de uma doença reumática. Em todo o território nacional as mulheres são mais afetadas pelas doenças reumáticas do que os homens [32].

Quadro 3. Prevalência de doenças reumáticas na população portuguesa

	(2011-2013)		
	Prevalência geral	Prevalência Mulheres	Prevalência Homens
	IC 95%	IC 95%	IC 95%
	n=3877	n=2630	n=1247
Lombalgia	26,4 (23,3-29,5)	29,6 (25,8-33,5)	22,8 (17,9-27,8)
Fibromialgia	1,7 (1,3-2,1)	3,1 (2,4-3,9)	0,1 (0,0-0,2)
Osteoartrose do joelho	12,4 (11,0-13,8)	15,8 (13,7-17,8)	8,6 (6,9-10,3)
Osteoartrose da mão	8,7 (7,5-9,9)	13,8 (11,6-15,9)	3,2 (2,2-4,1)
Osteoartrose da anca	2,9 (2,3-3,6)	3,0 (2,3-3,7)	2,9 (1,7-4,1)
Osteoporose	10,2 (9,9-11,3)	17,0 (14,7-19,2)	2,6 (1,9-3,4)
Patologia Periarticular	15,8 (13,0-18,0)	19,1 (16,2-22,0)	12,0 (8,4-15,6)
Artrite reumatóide	0,7 (0,5-0,9)	1,1 (0,8-1,5)	0,3 (0,1-0,4)
Espondilartrites	1,6 (1,2-2,1)	2,0 (1,3-2,7)	1,2 (0,7-1,8)
Lupus eritematoso sistémico	0,1 (0,1-0,2)	0,2 (0,1-0,4)	0,04 (0,0-0,1)
Polimialgia reumática	0,1 (0,1-0,2)	0,1 (0,0-0,3)	0,06 (0,0-0,2)
Gota	1,3 (1,0-1,6)	0,08 (0,0-0,2)	2,6 (1,9-3,3)

Fonte: EpiReumaPt, 2014

5.4. Saúde Mental

O primeiro estudo epidemiológico nacional de perturbações mentais (2013) integrou-se no *World Mental Health Initiative*, uma atividade da OMS que decorreu em mais de 30 países dos cinco continentes, com chancela científica da Universidade de Harvard [33].

Em termos de prevalência anual Portugal teve a terceira mais elevada taxa (23%) de perturbações do foro psiquiátrico, depois dos EUA (26%) e da República da Irlanda (23%), sendo o País com valor mais expressivo de perturbações de ansiedade (17%), à custa, sobretudo, das duas seguintes: fobias sociais e fobias específicas (ambas com baixa incapacidade psicossocial).

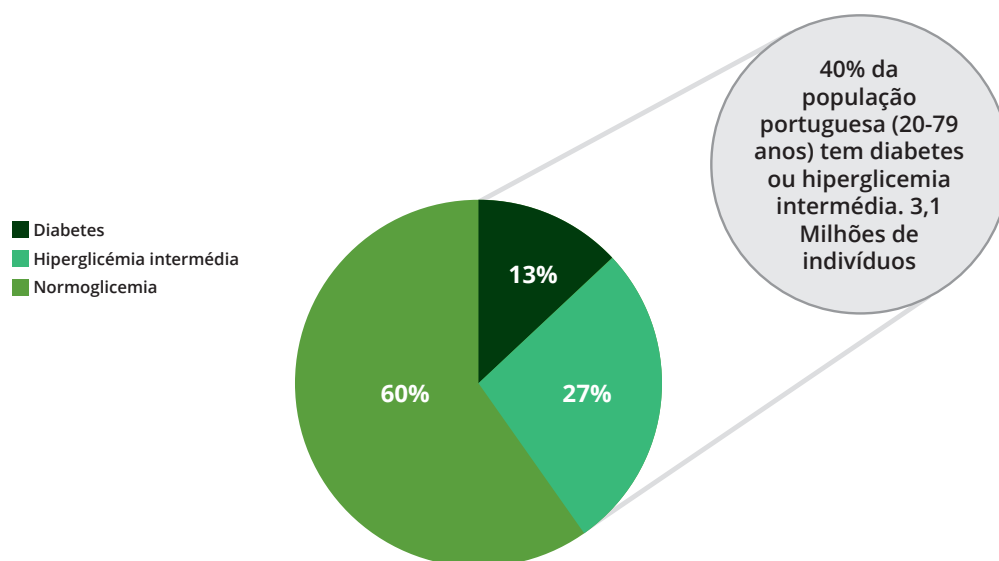
O estudo evidencia que é entre as perturbações depressivas que se apuram as situações de maior gravidade, com preocupante intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o início de tratamento médico – média geral de cinco anos, sendo de quatro anos nas perturbações depressivas major. Estes dados, associados aos da prescrição de benzodiazepinas ser superior à de antidepressivos no respetivo grupo nosológico, reforçam a necessidade de aprofundar a articulação das Equipas Comunitárias de Saúde Mental com os Cuidados Saúde Primários, como definido na Lei de Saúde Mental e no respetivo Plano Nacional [33].

5.5. Diabetes

Estudos recentes indicam que cerca de 27% da população entre os 20 e os 79 anos de idade apresenta hiperglicemia intermédia (também conhecida como pré-diabetes), que, calcula-se, interessará a aproximadamente dois milhões de portugueses [34].

A dimensão do problema é traduzida pelo facto de cerca de 40% da população, entre os 20 e os 79 anos de idade, ter Diabetes Tipo 2 ou alterações de hiperglicemia intermédia, sendo diagnosticados 160 novos casos por dia, em média (figura 20).

Figura 20. Distribuição percentual de Diabetes, Hiperglicemia intermédia e Normoglicemia



Fonte: Observatório Nacional da Diabetes, 2014

A Diabetes Tipo 2 é uma doença crónica que não mostra tendência de redução de mortalidade, implicando, ainda, um risco de mortalidade em todas as outras patologias. Atingiu a prevalência de 13% em 2013 (entre a população dos 20 aos 79 anos) e continuou a progredir em 2014 com um aumento global estimado, em termos de incidência, de cerca de 50 mil novas pessoas com diabetes diagnosticada, atingindo um total de 852 463 pessoas registadas nos Cuidados de Saúde Primários.

Daqueles 13%, estarão diagnosticados apenas 7,3%, enquanto 5,7%, isto é, 440 mil pessoas, ignoram que eles próprios têm diabetes.

A prevalência total de 13% na população portuguesa (20 a 79 anos) representará mais de um milhão de pessoas com diabetes.

O impacto desta doença crónica no sistema de saúde é bem demonstrado por dois factos: 25% do total dos internamentos hospitalares são de pessoas com diabetes enquanto no total das consultas nos Cuidados de Saúde Primários são 8% [34].

5.6. Doenças transmissíveis

Se bem que não assumam a dimensão do passado (antes da transição epidemiológica em curso), as doenças transmissíveis e, em particular, as de natureza infecciosa, representam, ainda, um problema que não pode ser ignorado. Por isso, compreende-se a importância do reforço do diagnóstico precoce e dos mecanismos de resposta rápida.

Umas, ocorrendo como casos esporádicos, outras, formando clusters ou surtos, continuam a ser notificadas, agora em sistema eletrónico (SINAVE), desde 1 de janeiro de 2015.

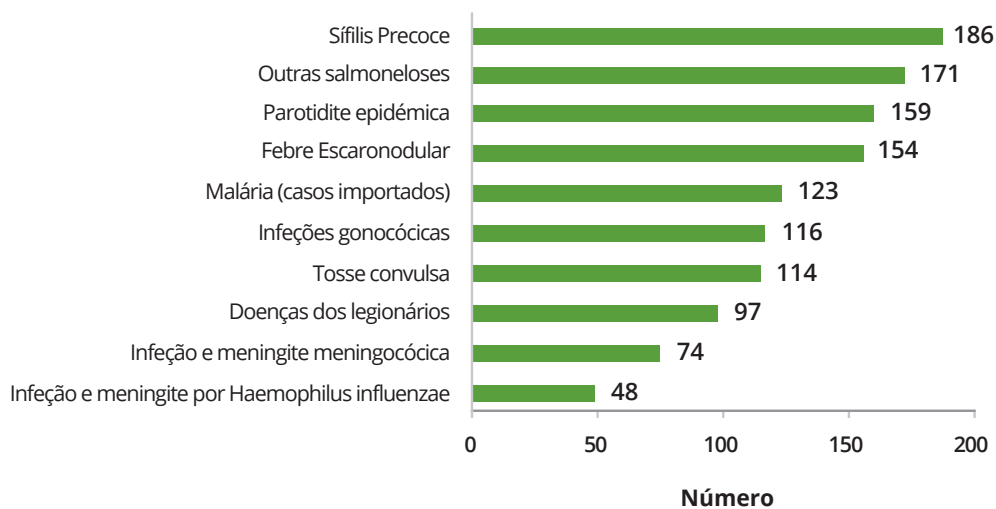
O Sistema de Declaração Obrigatória de Doenças Transmissíveis (DDO) e a observação dos compromissos com a União Europeia e internacionais (OMS no contexto do Regulamento Sanitário Internacional) asseguram o diagnóstico e seguimento de casos novos, a identificação dos contactos e a investigação da fonte infecciosa na perspetiva da aplicação de medidas de prevenção e controlo.

Desde 1980, altura do reconhecimento do início da pandemia VIH/SIDA, todos os epidemiologistas reconhecem a possibilidade de emergirem, no futuro, novos problemas ou de reemergirem velhas epidemias, mesmo de forma inesperada. Assim aconteceu com o Ébola, identificado pela primeira vez em 1976 e que adquiriu expressão epidémica preocupante na África Ocidental em 2014-2015, ou, também, com o salto de barreira de espécie de um coronavírus em 2003 (SARS, Vietname e Toronto) e em 2012 a Síndrome Respiratória do Médio Oriente (SRMO) na Península Arábica, com atividade epidémica na Coreia do Sul em 2015. Realça-se que até julho de 2015 não ocorreu qualquer caso destas doenças (Ébola, SARS e SRMO) em Portugal.

A Doença dos Legionários, notificada em Portugal com uma média inferior a 100 casos novos por ano (correspondentes a pequenos clusters ou casos esporádicos adquiridos na comunidade) surgiu, subitamente, com expressão de surto de grande dimensão em novembro de 2014 (403 casos registados e 14 óbitos registados em Vila Franca de Xira).

A 21 ilustra as 10 principais DDO notificadas no ano de 2013 em Portugal, com exceção da infeção por VIH/SIDA e da Tuberculose, bem como das hepatites virais [35].

Figura 21. Número de notificações pelas 10 principais DDO*, Portugal, 2013

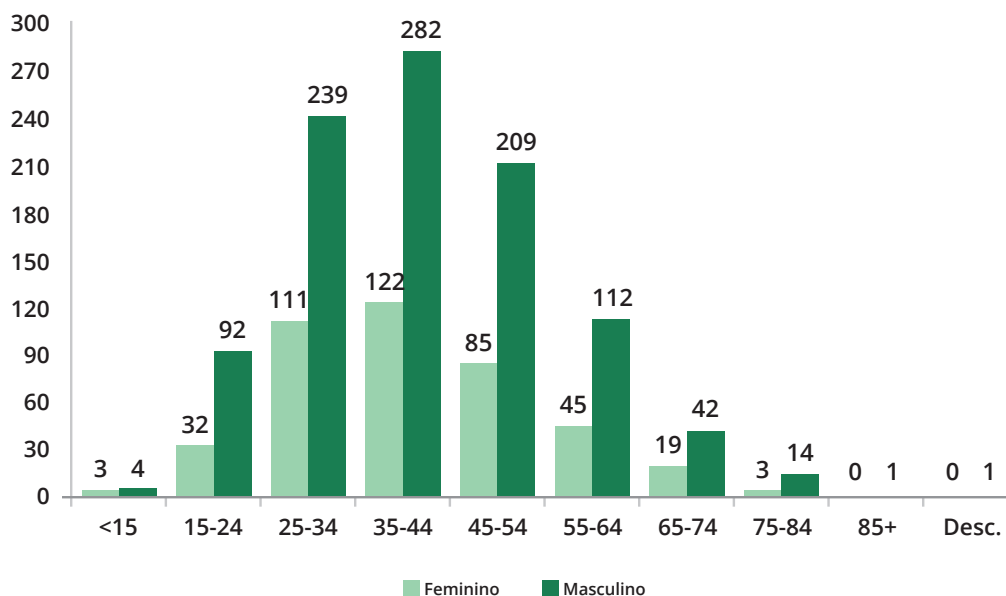


* exceto infeção por VIH/SIDA e da Tuberculose, bem como das hepatites virais

Fonte: DGS, 2015

A expressão epidémica nacional da pandemia de VIH/SIDA é caracterizada em 2013 pela tendência de decréscimo de novos casos notificados de infeção por VIH (-14% relativamente a 2012), correspondendo a 1 416 novos diagnósticos, 30% dos quais ocorreram no género feminino, com a distribuição etária indicada na figura seguinte [36]:

Figura 22. Distribuição do número de novos casos notificados de infeção por VIH, por género e segundo o grupo etário (2013)



Fonte: INSA / DGS, 2015

No ano em referência, a transmissão da infeção por VIH por via sexual correspondeu a cerca de 90% do total dos casos (62% por via heterossexual e 32% entre homens que fazem sexo com outros homens - HSH) [37]. A transmissão em Utilizadores de Drogas Injetáveis (UDI) manteve a tendência de decréscimo correspondendo, agora, a menos de 7% do total de novos casos. O padrão epidemiológico de VIH/SIDA em Portugal é descrito como epidemia concentrada dado que a taxa de prevalência na população geral não ultrapassa 0,7% enquanto em determinados grupos é superior a 5% (nomeadamente nos reclusos a prevalência é de exatamente de 5%, nos trabalhadores do sexo é autorreportada em 5,7% e nos HSH é de 7,2%) [38].

A região de Lisboa (Grande Lisboa e Península de Setúbal) concentrou mais de 55% do total de casos notificados e o concelho de Lisboa exibiu uma taxa de incidência de novos casos de infeção por VIH mais de 3 vezes superior à média nacional (53/100 000 habitantes versus 14/100 000 habitantes) [36].

Os dados nacionais continuaram a apontar para o impacto significativo das populações migrantes no conjunto da infeção por VIH em Portugal (21% do total de novos casos) e para uma distribuição cada vez mais circunscrita regionalmente (Lisboa e, em segundo plano, Setúbal e Faro) [36].

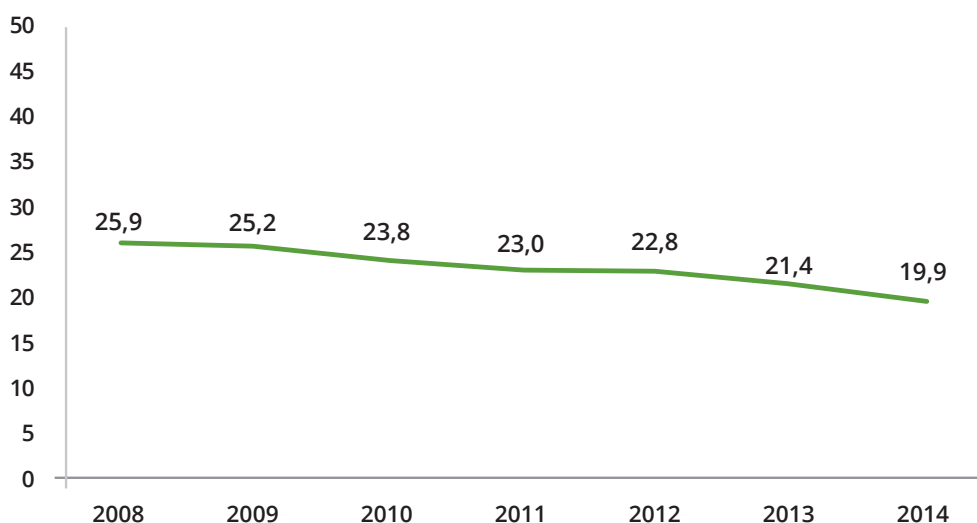
Foram notificados 534 casos de Hepatite C entre 1 de junho e 31 de dezembro de 2014 através do SINAVE. Destes, 127 casos novos foram diagnosticados já em 2014. Há a notar que estes dados não podem ser comparados com anos anteriores uma vez que aquele sistema foi implementado a partir de 1 de junho de 2014.

Classicamente a Tuberculose destaca-se entre as doenças transmissíveis não só pela sua magnitude como, também, por razões psicossociais.

Até ao final da primeira semana de junho de 2015 tinham sido notificados 2 207 casos de tuberculose, dos quais 2 063 eram casos novos – relativos a 2014. Estes dados traduzem uma taxa de incidência de 19,9/100 000 habitantes. Este valor, sendo inferior a 20/100 000, permite considerar pela primeira vez Portugal um país de baixa incidência de Tuberculose. Nota-se que em 2013 tinham sido comunicados 2 237 casos novos (taxa de incidência de 21,4/100 000 habitantes). Os casos concentram-se, sobretudo, nos grandes centros urbanos, com cerca do dobro da incidência nacional – Porto, Lisboa e Setúbal – onde também se concentram os grupos de maior risco.

Os distritos com maior número de casos notificados foram: Lisboa (687), Porto (525), Setúbal (178), Braga (159) e Aveiro (121).

Figura 23. Evolução da Taxa de incidência de Tuberculose (/100 000 habitantes), Portugal no período 2008-2014



Fonte: DGS, 2015 (dados provisórios de 2014)

6. PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE (MORTALIDADE GERAL)

Em 2013, mais de 70% das mortes, em Portugal, são devidas a:

- Doenças do aparelho circulatório (30%);
- Tumores malignos (24%);
- Doenças do aparelho respiratório (12%);
- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%).

Serão, mais adiante, analisadas as causas de morte por grupo etário, uma vez que variam de acordo com a idade. Notar-se-á que a diabetes foi naquele ano causa de 4 546 óbitos que representam 4,3% do total. Esteve na origem, em média, de 7,9 anos de vida perdida por cada óbito [34].

No mesmo ano, estima-se que 24% da letalidade intra-hospitalar no SNS ocorra em doentes com diabetes..

A indiscutível importância que o suicídio apresenta como causa de morte em termos de análise de tendência não tem exequibilidade, agora, visto que o registo eletrónico introduzido a 1 de janeiro de 2014 induziu quebra de série, uma vez que é mais rigoroso do que na era do certificado em papel. Os dados disponíveis do INE até 2013 não apontam qualquer tendência específica (taxa média de 10 suicídios por 100 mil habitantes/ano).

Figura 24. Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte, Portugal (2013) (a)



a) Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte" (9298 óbitos em 2013). (b) Em 2013, a Direção-Geral da Saúde procedeu à revisão de alguns pressupostos de codificação da causa de morte básica relativamente a algumas situações de demência e perturbações mentais, classificadas em "Perturbações mentais e do comportamento", o que implicou uma quebra de série para esta causa de morte.

Fonte: INE, 2015

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

São muitos os epidemiologistas [39] que seguem o seguinte princípio: *morrer quando se é mais velho é inevitável, mas morrer antes de se ser “velho” já não é* (na verdade, seria mais correto assinalar que morrer antes de ser “velho”, muitas vezes, já não é).

Considera-se morte prematura a que ocorre antes dos 70 anos de vida. Ora, naturalmente, as causas de morte por grupos etários até aos 70 anos são diversas. Até a um ano de idade as principais causas de morte relacionam-se com problemas neonatais. De um ano até aos quatro anos, são doenças do aparelho respiratório, onde estão incluídas a pneumonia e anomalias congénitas (cromossómicas, sobretudo), bem como causas externas e neoplasias. No grupo etário dos cinco aos 14 anos, as principais causas de morte são externas (lesão traumática e envenenamento), seguem-se os tumores (com maior relevância para o tumor maligno do tecido linfático/hematopoético), as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e as malformações congénitas e anomalias cromossómicas. As causas externas de lesão e envenenamento (com particular destaque para os acidentes de transporte e o suicídio) são a mais importante causa de mortalidade no grupo etário dos 15 aos 29 anos, também tumores, doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e do aparelho circulatório constituem as causas relevantes seguintes. Para a população com idade entre 30 e 70 anos, os tumores passam a ser a principal causa de morte, destacando-se os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão; seguem-se doenças do aparelho circulatório (nomeadamente, as doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas do coração) e causas externas de lesão e envenenamento, bem como doenças do aparelho digestivo (das quais a mais relevante como causa de mortalidade é a doença crónica do fígado).

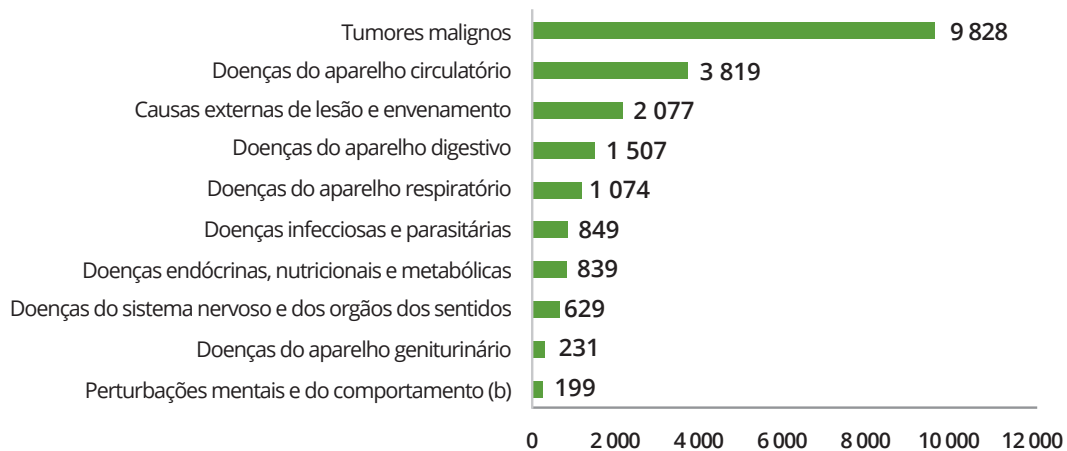
No quadro que se segue, a taxa de morte prematura corresponde à percentagem de cidadãos que não atingem os 70 anos de idade em relação a todos os óbitos ocorridos no mesmo período de tempo.

Em 2013, mais de 70% das mortes ocorridas em idades inferiores a 70 anos em Portugal são devidas a:

- Tumores malignos (41%),
- Doenças do aparelho circulatório (16%),
- Causas externas de lesão e envenenamento (9%),
- Doenças do aparelho digestivo (6%).

Ora, são muitos os autores [40] que consideram que 25% das causas da morte prematura podem ser evitadas. Motivo pelo qual reduzir a morte prematura constitui o principal desafio do atual Plano Nacional de Saúde 2020.

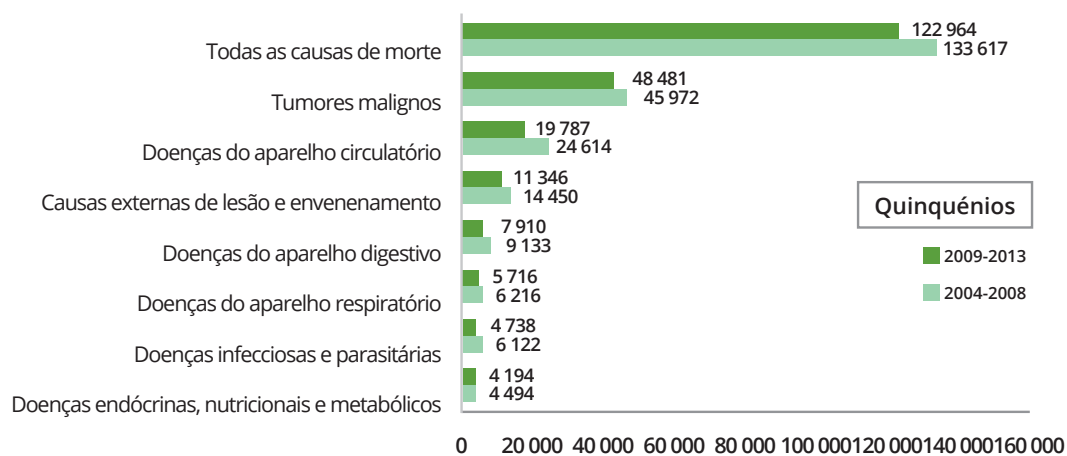
Figura 25. Número de óbitos abaixo dos 70 anos pelas 10 principais causas de morte, Portugal (2013) (a)



a) Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte" (2402 óbitos prematuros em 2013). (b) Em 2013, a Direção-Geral da Saúde procedeu à revisão de alguns pressupostos de codificação da causa de morte básica relativamente a algumas situações de demência e perturbações mentais, classificadas em "Perturbações mentais e do comportamento", o que implicou uma quebra de série para esta causa de morte.

Fonte: INE, 2015

Figura 26. Número de óbitos abaixo dos 70 anos por quinquénio e segundo as principais causas de morte, Portugal (2004-2013) (a)

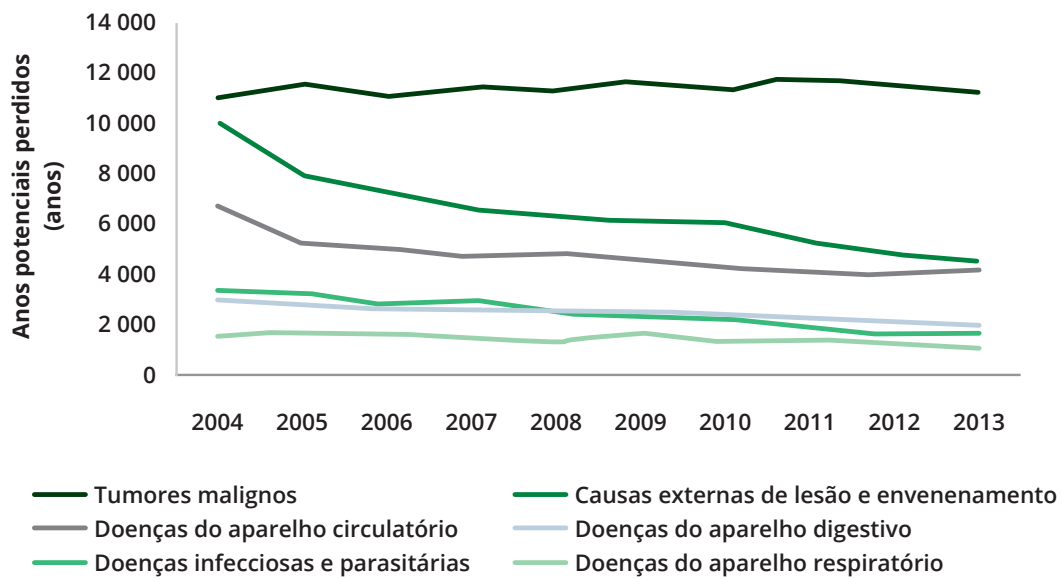


(a) Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte".

Fonte: INE, 2015

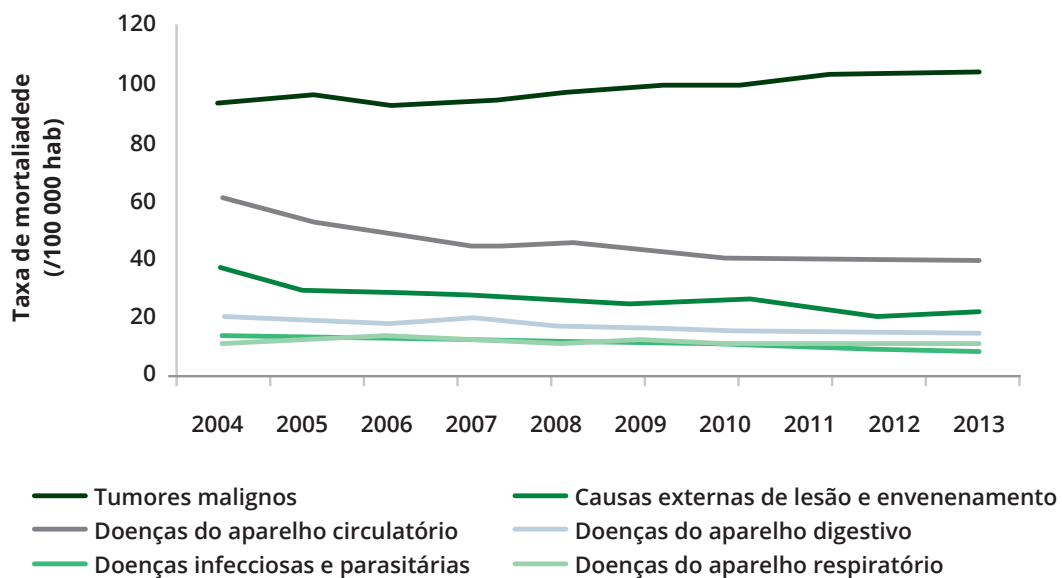
Os anos potenciais de vida perdidos (APVP), isto é, óbitos ocorridos antes dos 70 anos de idade, devido às principais causas de morte estão indicados no gráfico seguinte, que analisa a série de 2004 a 2013.

Figura 27. Evolução dos anos potenciais de vida perdidos (antes dos 70 anos) pelas principais causas de morte, Portugal (2004-2013) (a)



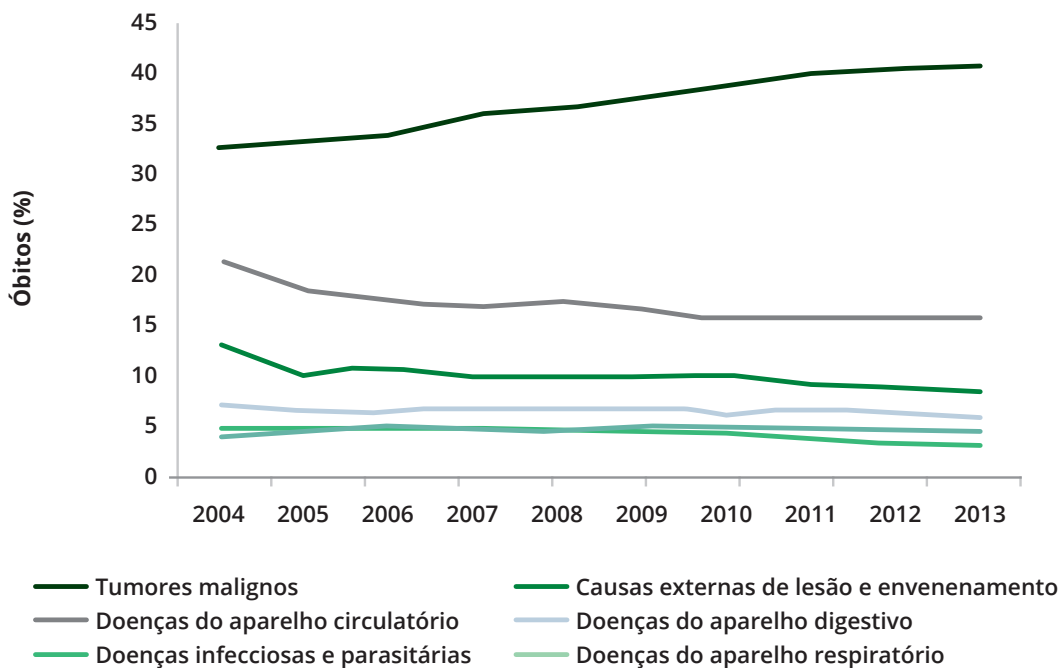
a) Foi excluída desta lista a causa de morte "Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte".
Fonte: INE, 2015

Figura 28. Evolução das taxas de mortalidade prematura pelas principais causas de morte, Portugal (2004-2013) (a)



a) 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, 2015

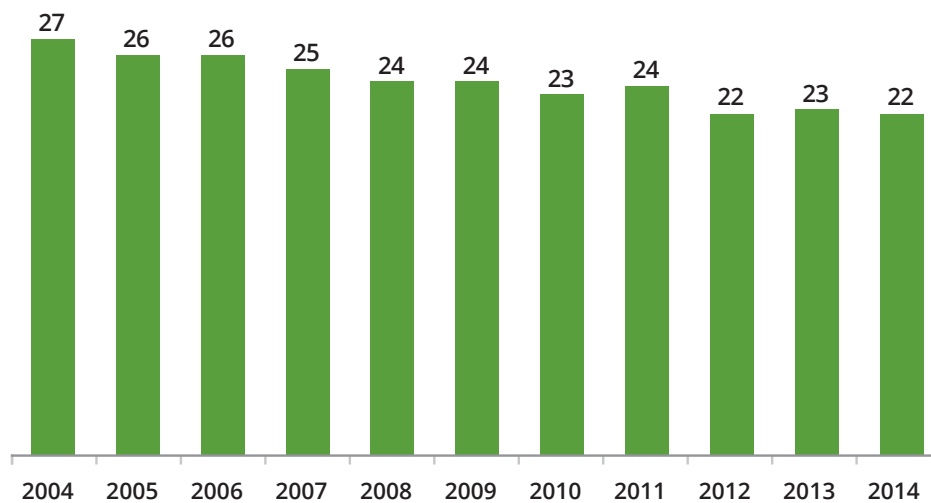
Figura 29. Evolução do peso (percentagem) das principais causas de morte na mortalidade prematura, Portugal, (2004-2013) (a)



a) 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, 2015

Portugal registou em 2004 a proporção de óbitos prematuros de 27% e, em 2014, esta relação desceu para 22%. Assumiu-se o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com a meta fixada para 2020, isto é, inferior a 20% [41].

Figura 30. Evolução da proporção de óbitos prematuros (antes dos 70 anos) no total de óbitos (percentagem), Portugal (2004 a 2014)



Fonte: (INE, 2015)



II.

A SAÚDE DOS CIDADÃOS POR FASES DO CICLO DE VIDA



II - A SAÚDE DOS CIDADÃOS POR FASES DO CICLO DE VIDA

1. CONCEÇÃO E GRAVIDEZ

As primeiras fases do ciclo de vida são, naturalmente, a conceção e a gravidez.

A conceção planeada, isto é, desejada e preparada, constitui a essência da Saúde reprodutiva de qualidade. No geral, Portugal alcançou um lugar cimeiro, no contexto global, no que se refere à Saúde da mãe e da criança.

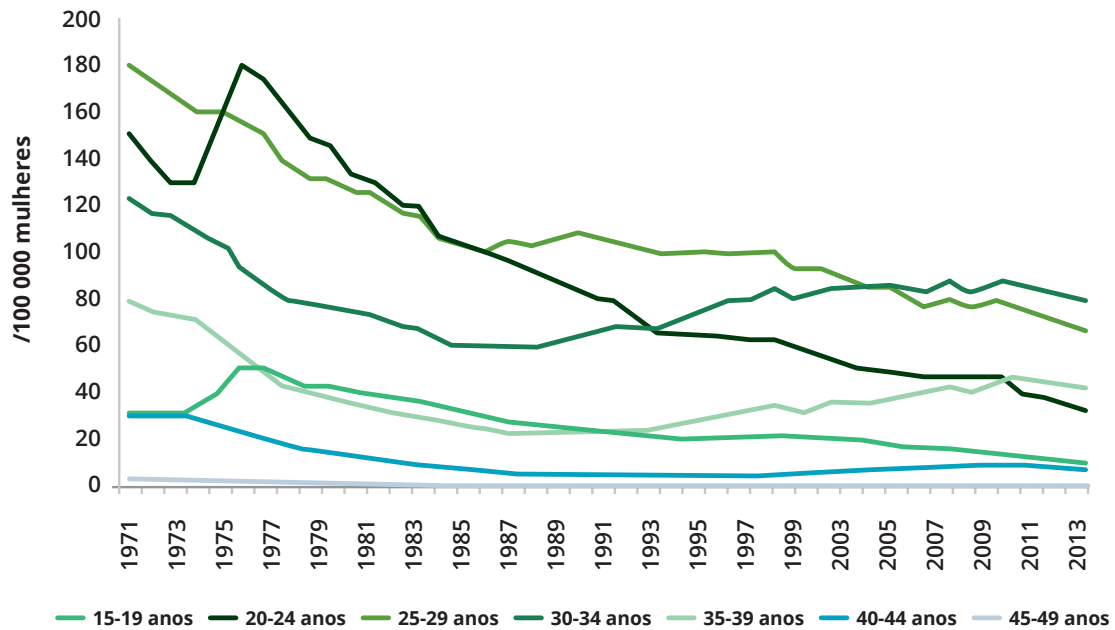
A taxa de fecundidade (que representa a produção efetiva de filhos nados vivos) evoluiu de forma diversa ao longo dos últimos anos na sociedade portuguesa. Essa tendência relaciona-se com cuidados em Saúde Sexual e Reprodutiva. Salienta-se a oportunidade de analisá-la por grupos etários em mulheres, nomeadamente: dos 15-19 anos, dos 20-39 anos e dos 40-44 anos, bem como a respetiva transição que corresponde à progressão do grupo etário onde ocorre maior número de nascimentos.

A gravidez em mulheres adolescentes e jovens (abaixo dos 20 anos) constituiu um problema na década de 70 e colocou, então, Portugal entre os países europeus com elevada taxa de gravidez na adolescência. Razão pela qual os adolescentes e jovens foram eleitos como grupos prioritários na área da educação sexual, contraceção e acesso aos cuidados pré-natais. Estas políticas mantidas, desde então, vieram a ter resultados positivos depois da viragem do Milénio, sobretudo no que se refere à redução significativa dos nascimentos entre mães jovens.

Já no grupo etário dos 40-44 anos, a partir de 1970 verificou-se uma redução da taxa de fecundidade relacionada com a introdução do planeamento familiar acessível a toda a população (incluindo a informação e distribuição de meios contraceptivos).

A figura 31 exhibe a mudança do grupo etário onde ocorrem com maior frequência mais nascimentos. Inicialmente, em 1970-79, o grupo predominante era constituído pelas mulheres com 20-24 anos de idade, enquanto que em 1985 transitou para o grupo etário dos 25 aos 29 anos. Note-se, também, que voltou a transitar, na última década, para o grupo etário seguinte (30-34 anos).

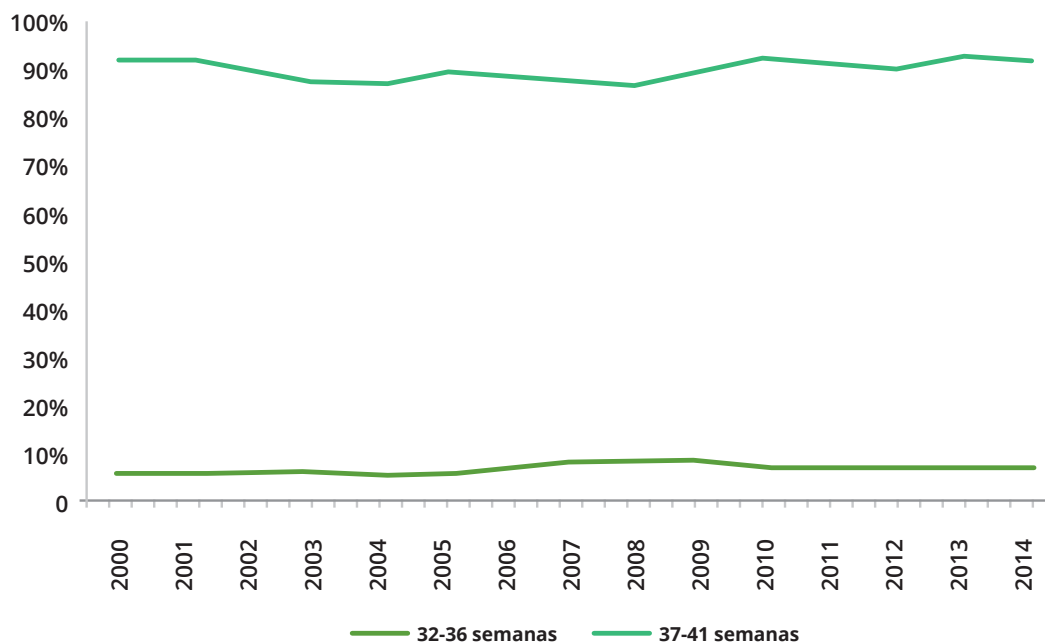
Figura 31. Evolução da Taxa de fecundidade por grupo etário (1971-2013)



Fonte: INE, 2015

Mais de 90% das gravidezes ocorridas em Portugal são de termo, isto é, com tempo de gestação igual ou superior a 37 semanas (figura 32). Esta relação impõe, contudo, leitura atenta, uma vez que um dos problemas atuais identificados pela comunidade científica é o aumento de nados-vivos prematuros (incluindo também quando nascem com peso igual ou inferior a 2 500 gramas).

Figura 32. Evolução da distribuição de nados-vivos por duração da gravidez (2000-2014)



Fonte: INE, 2015

Desde o nascimento, em fevereiro de 1986, da primeira criança portuguesa através de Fecundação In-Vitro (FIV), o percurso da Procriação Medicamente Assistida (PMA) tem sido caracterizado por um aumento progressivo de nascimentos assistidos (quadro 4).

Em termos quantitativos tem-se registado um aumento da capacidade de resposta aos casais com infertilidade, que se reflete num aumento da proporção de crianças nascidas com recurso a estas técnicas, face ao total de nascimentos. A percentagem de nascimentos de crianças originadas em tratamentos com PMA em 2005 foi de 0,9% do total de crianças nascidas em Portugal. Ora, os dados mais recentes apontam para 2,4% dos nascimentos registados em 2012; 2,1% em 2011; 2,2% em 2010 e 1,7% em 2009 [42-45].

Quadro 4. Número de crianças nascidas com recurso a técnicas de PMA⁽¹⁾ Portugal (2009-2013)

ANO	RN único	Gemelar	Triplo	TOTAL crianças nascidas	Nados-vivos (fonte INE)	%
2009	1121	289	13	1738	99576	1,7%
2010	1492	355	10	2232	101507	2,2%
2011	1306	347	5	2015	96993	2,1%
2012	1428	344	6	2134	90035	2,4%
2013 ⁽²⁾	1428	325	3	2087	83121	2,5%

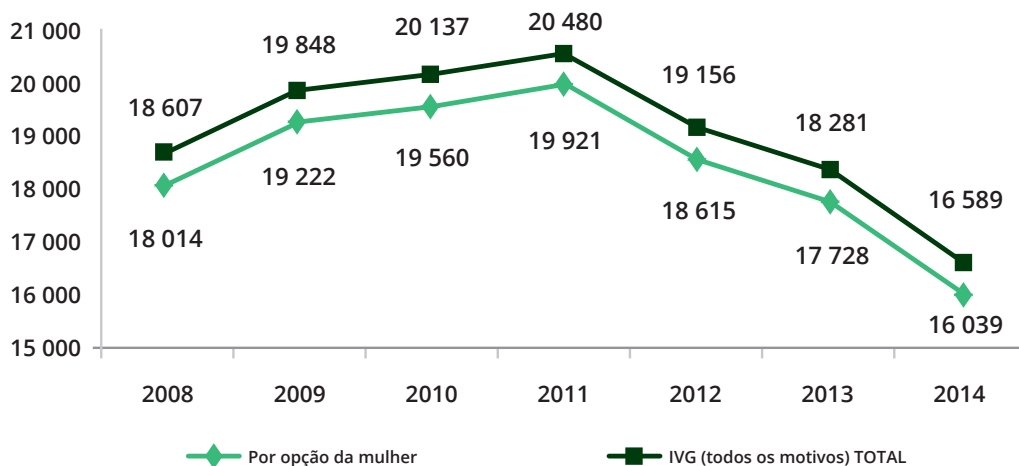
1) Inclui crianças nascidas com recurso a FIV/ICSI (a fresco, intraconjugal e com EZ de dador), TEC, doação de ovócitos, DGPI e IIU (intraconjugal e com EZ dador)
2) Dados de 2013 incompletos (registo de partos ainda incompleto)
Nota: Para efeitos do cálculo da proporção de crianças nascidas com recurso a PMA assume-se o ano em que foram realizados os ciclos de tratamento que lhes deram origem, ainda que o parto possa ter ocorrido no ano subsequente. Inclui crianças nascidas com recurso a FIV/ICSI (a fresco, intraconjugal e com EZ de dador), TEC, doação de ovócitos, DGPI e IIU (intraconjugal e com EZ dador).

Fonte: Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida, 2015

Ao longo dos anos, a Lei Portuguesa tem incorporado, sucessivamente, critérios que excluem a ilicitude do aborto. A doença materna, a doença fetal e a violação/crimes contra a autodeterminação sexual constituem, desde há mais de 30 anos, motivos aceites para interrupção da gravidez. Em 2007 deixou de ser ilícita a prática de aborto por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gestação, quando realizada em unidades oficiais ou oficialmente reconhecidas.

No que diz respeito à evolução das interrupções de gravidez por opção da mulher até às 10 semanas, registou-se um aumento do número de intervenções até 2011 (valor máximo), que depois diminuiu de forma continuada nos anos seguintes (19%). Desde 2012 regista-se uma diminuição quer em números absolutos, quer no número de interrupções por 1 000 nados vivos em Portugal (figuras 33 e 34) [46].

Figura 33. Número de interrupções voluntárias da gravidez (IVG), Portugal (2008-2014)*

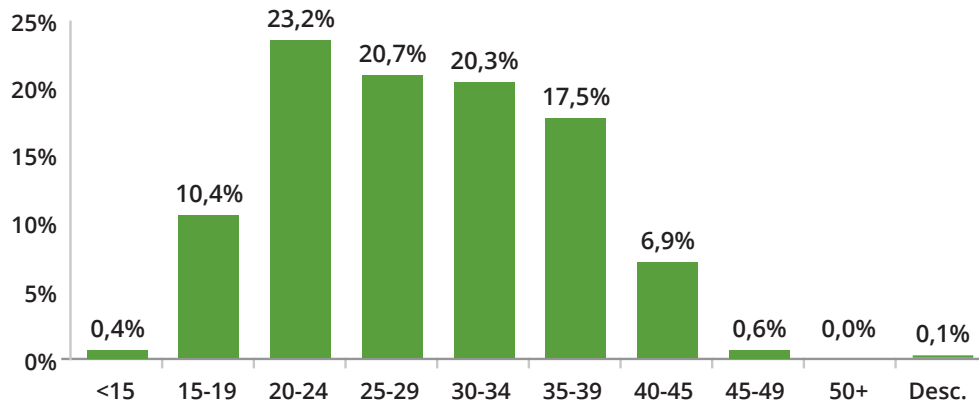


*2014: Dados preliminares

Fonte: DGS, 2015

Mais de 60% das interrupções voluntárias da gravidez ocorrem, por ordem decrescente, nos grupos etários 20-24, 25-29 e 30-34 anos [46].

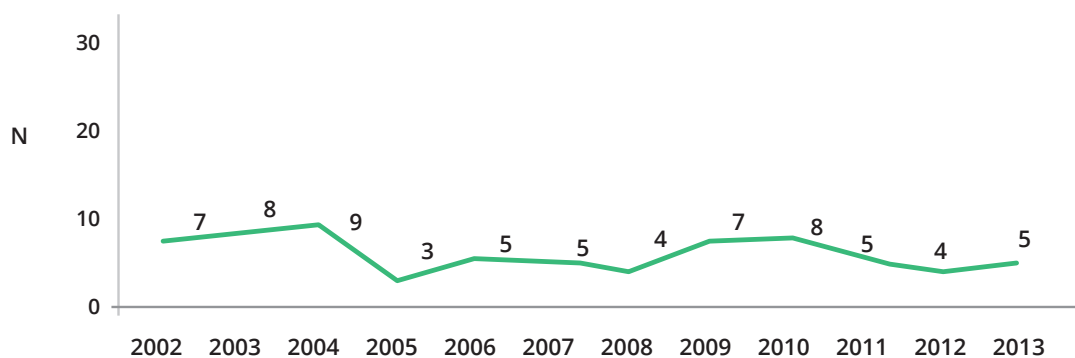
Figura 34. Distribuição das interrupções voluntárias da gravidez, por grupo etário (2014)



Fonte: DGS, 2015

A mortalidade materna não constitui, desde há muito, um problema de Saúde Pública em Portugal (figura 34), uma vez que diminuiu drasticamente a par da mortalidade infantil. Entre 2002-2013, a análise da evolução do número de mortes maternas realça que ocorrem em baixo número. Registaram-se, em 2004, um máximo de óbitos maternos (nove óbitos) e, em 2008 e 2013, um mínimo (quatro óbitos).

Figura 35. Evolução do número de mortes maternas (2002-2013)



Fonte: INE, 2015

Para além das condições sociais e económicas do País, a possibilidade de interromper a gravidez em segurança, tal como o acesso à contraceção, ao aconselhamento pré-concepcional, à vigilância da gravidez, à assistência do parto em ambiente hospitalar e cuidados especializados puerperais estão entre os fatores que mais contribuíram para a diminuição das mortes maternas (morte relacionada com a gravidez, parto e no período de 42 dias após o parto). Em sentido inverso, não podem deixar de ser consideradas as gravidezes tardias, o recurso à PMA e o aumento de nascimentos prematuros, entre outros fatores que, cada vez mais, têm de ser equacionados no contexto dos programas de Saúde materno-infantil.

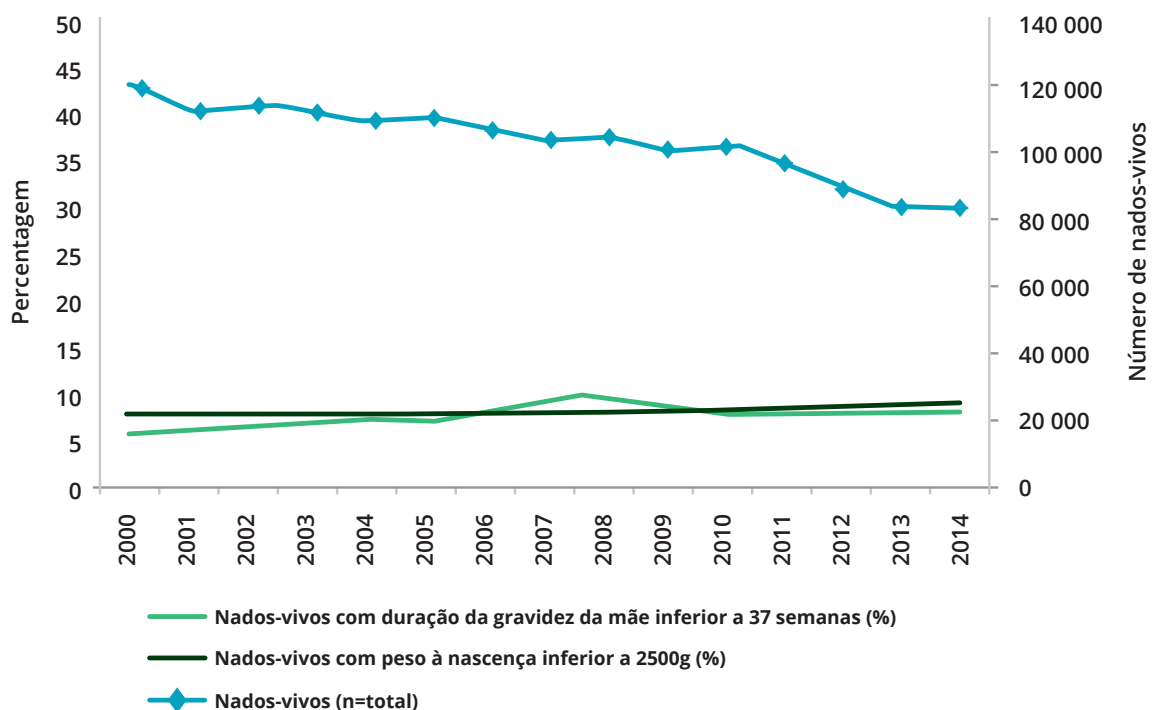
2. DO NASCIMENTO AO 1º ANO DE IDADE

Ainda que a Saúde das crianças portuguesas até um ano de idade seja exemplar, traduzida pela baixa probabilidade de morrerem, considera-se propício analisar, em detalhe, a questão da prematuridade (incluindo o baixo peso à nascença), bem como a evolução do número absoluto de óbitos infantis, das causas e da respetiva taxa, traduzidos nas figuras seguintes.

Começa-se por salientar que, para além da tendência decrescente da natalidade (figura 36) ao longo dos últimos anos, têm nascido cada vez mais nados vivos com gestação inferior a 37 semanas. De igual modo, o número de nados vivos com baixo peso à nascença (< 2 500 g) revela a mesma tendência.

As influências que a alimentação, a exposição ao fumo do tabaco e, com menor expressão quantitativa, a transmissão de doenças da mãe ao filho durante a gravidez estão bem demonstradas na Literatura (ver como exemplo as figuras seguintes):

Figura 36. Nados vivos com peso à nascença inferior a 2 500 g e nados vivos com duração da gravidez da mãe inferior a 37 semanas

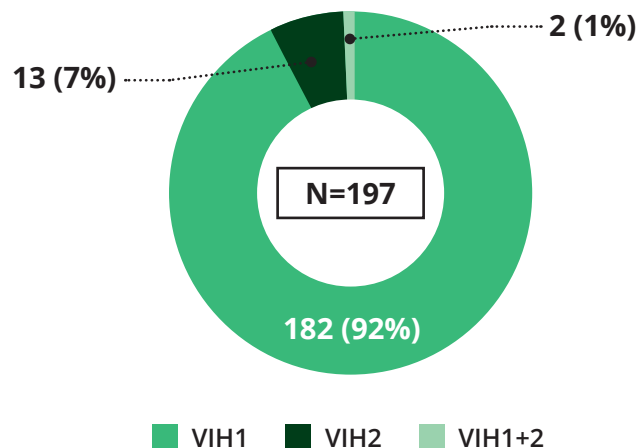


Fonte: INE, 2015

Têm nascido cada vez mais nados vivos de entre as gravidezes com duração inferior às 37 semanas de gestação. Ao mesmo tempo, o número de nados vivos com baixo peso à nascença (<2500 g) revelou a mesma tendência de recrudescimento, com ligeira acentuação entre 2005 e 2007.

Em 2013, em Portugal, verificaram-se 196 casos de gravidez em mães infetadas por VIH (197 recém-nascidos – RN), a que corresponde a prevalência de 0,24% no total de episódios de gravidez, no mesmo período (figura 37) [36].

Figura 37. Distribuição das grávidas por tipo de VIH (2013)



Fonte: DGS, 2014

A transmissão mãe-filho do VIH/SIDA é tida como indicador de qualidade que não pode ser ignorado. A evolução desta transmissão apresenta-se no quadro seguinte:

Quadro 5. Casos de transmissão mãe-filho de infeção por VIH (2007-2013)

2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
6	2,3	3	1,6	6	2,5	5	1,8	5	1,85	1	0,42	2	1

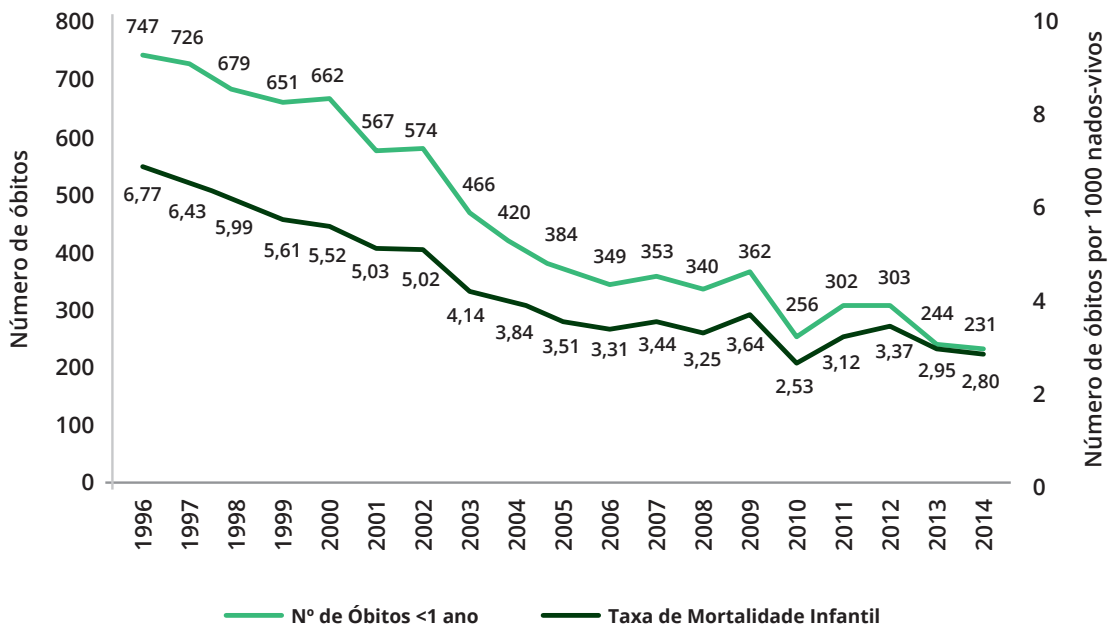
Fonte: DGS, 2014

No que diz respeito às neoplasias, os dados publicados mais recentemente indicam que a taxa de incidência de tumores malignos nas crianças com menos de um ano se situa em 18 novos casos por 100 000 crianças, sendo o cancro dos olhos e anexos oculares e o cancro do cérebro e Sistema Nervoso Central (SNC) os mais incidentes, respetivamente no sexo masculino e feminino [31].

A taxa de mortalidade infantil, calculada em termos de permilagem, traduz a probabilidade de uma criança morrer antes dos 12 meses. Em números absolutos, a evolução das mortes infantis revela uma constante melhoria. Repare-se (figura 38) que em 1996 morreram 747 crianças antes de completarem o primeiro ano de vida e em 2014 foram 231, ou seja, menos 516 óbitos infantis.

A figura seguinte representa a descida progressiva deste indicador. Em 2014, a probabilidade de uma criança morrer antes de festejar o primeiro ano de vida era de 2,8 por mil nascimentos vivos.

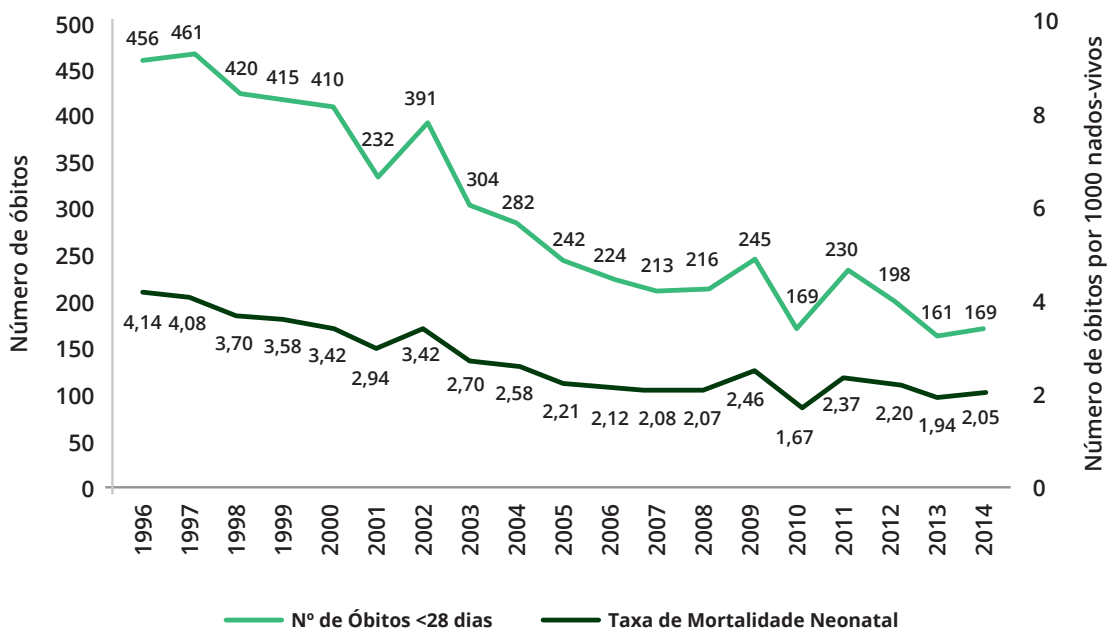
Figura 38. Evolução do número de óbitos infantis e respetiva taxa de mortalidade (1996-2014)



Fonte: INE, 2015

A mortalidade infantil pode ser analisada em duas componentes balizadas pelo vigésimo oitavo dia de vida: a primeira, designada como mortalidade neonatal corresponde às crianças que morrem antes daquele marco; a segunda, intitulada mortalidade pós-neonatal é referente aos óbitos que ocorrem posteriormente. É de realçar a evolução favorável das mortes neonatais (figura 39) que são relativamente mais frequentes do que as pós-neonatais.

Figura 39. Evolução do número de óbitos neonatais e respetiva taxa de mortalidade (1996-2014)



Fonte: INE, 2015

O quadro que se segue apresenta o número de óbitos e a respetiva taxa de mortalidade infantil calculados para os dois quinquénios (2004-2008 e 2009-2013) por causa de morte, de acordo com a Lista Sucinta Europeia.

Quadro 6. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade inferior a 1 ano, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	1846	347,5	1466	311,7
Algumas afeções originadas no período perinatal	980	184,5	869	184,8
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	461	86,8	312	66,3
Malformações congénitas do aparelho circulatório	200	37,6	141	30,0
Malformações congénitas do sistema nervoso	44	8,3	32	6,8
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	137	25,8	112	23,8
Causas desconhecidas e não especificadas	113	21,3	105	22,3
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	49	9,2	41	8,7

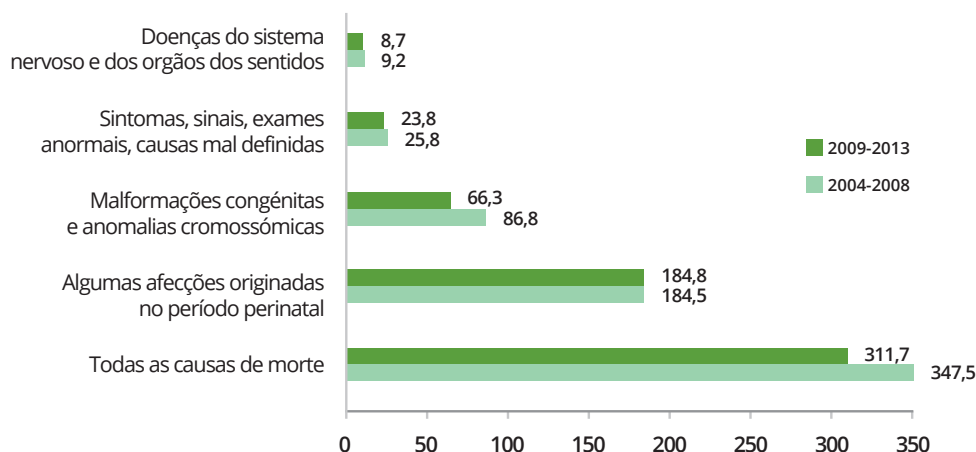
Legenda

 Todas as causas de morte	 Grandes grupos de causa de morte – Capítulos CID 10	 Causas específicas de morte
---	--	--

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.
Fonte: INE, 2015

A figura 40 apresenta as principais doenças que causam ou originam os óbitos das crianças com idade inferior a 1 ano, segundo os grandes grupos da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID 10).

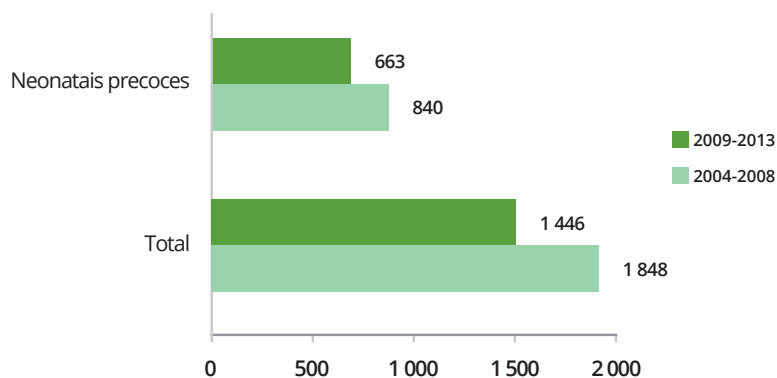
Figura 40. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade infantil



Fonte: INE, 2015

Quando se analisam as mortes infantis verifica-se que 46% dos óbitos ocorrem até aos sete dias de vida (figura seguinte).

Figura 41. Número de óbitos neonatais precoces, Portugal 2004-2008 e 2009-2013



Fonte: INE, 2015

O quadro seguinte traduz a evolução da mortalidade perinatal, entendida como a associação do número de nados-mortos de gestação igual ou superior a 28 semanas e os óbitos neonatais precoces (óbitos antes do sétimo dia).

A partir de 2014, o registo da mortalidade passou a ser efetuado através do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO) implicando uma mudança profunda na metodologia de notificação, recolha e análise de dados, que resulta numa quebra de série e, portanto, requer um cuidado adicional na análise dos elementos.

Quadro 7. Evolução da mortalidade perinatal (2009-2014)

Ano	Nº de Nados-vivos	Nados mortos/Óbitos fetais ≥ 28 semanas	Nº de óbitos neonatais precoces <7 dias de vida	Nº de Óbitos Perinatais
2009	99 491	291	165	456
2010	101 381	241	116	357
2011	96 856	225	147	372
2012	89 841	248	133	381
2013	82 787	188	102	290
2014	82 367	207*	121*	328*

*os valores dos óbitos fetais referentes ao ano 2014 foram extraídos do SICO existindo uma alteração do método de recolha e, por isso, uma quebra de série.

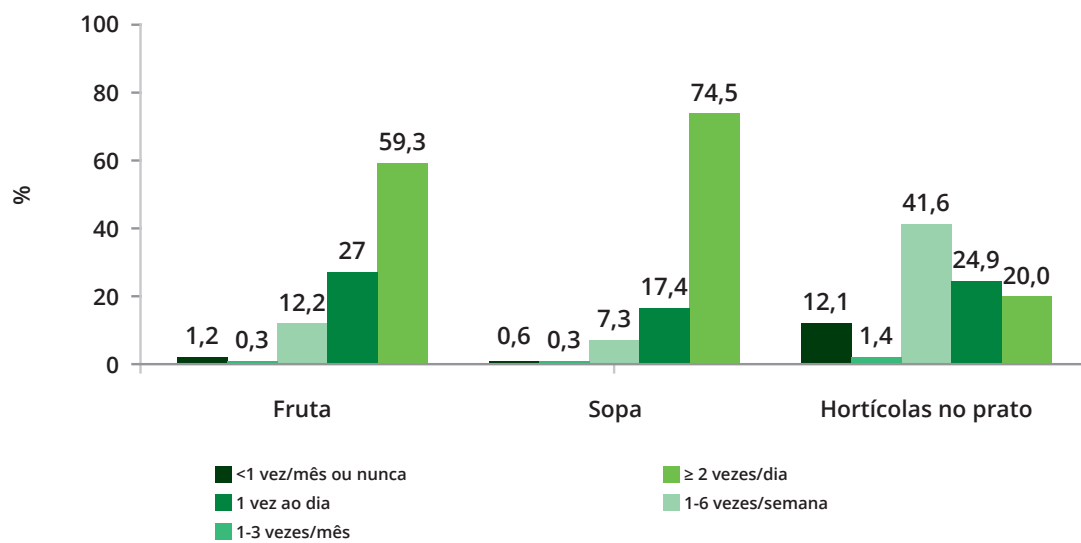
Fontes: INE/DGS, 2015

3. DO 1º AO 4º ANO

3.1. Alimentação

Um determinante fundamental na Infância é a alimentação. De sublinhar o consumo frequente de fruta, sopa e produtos hortícolas no prato, verificado nas crianças com quatro anos de idade.

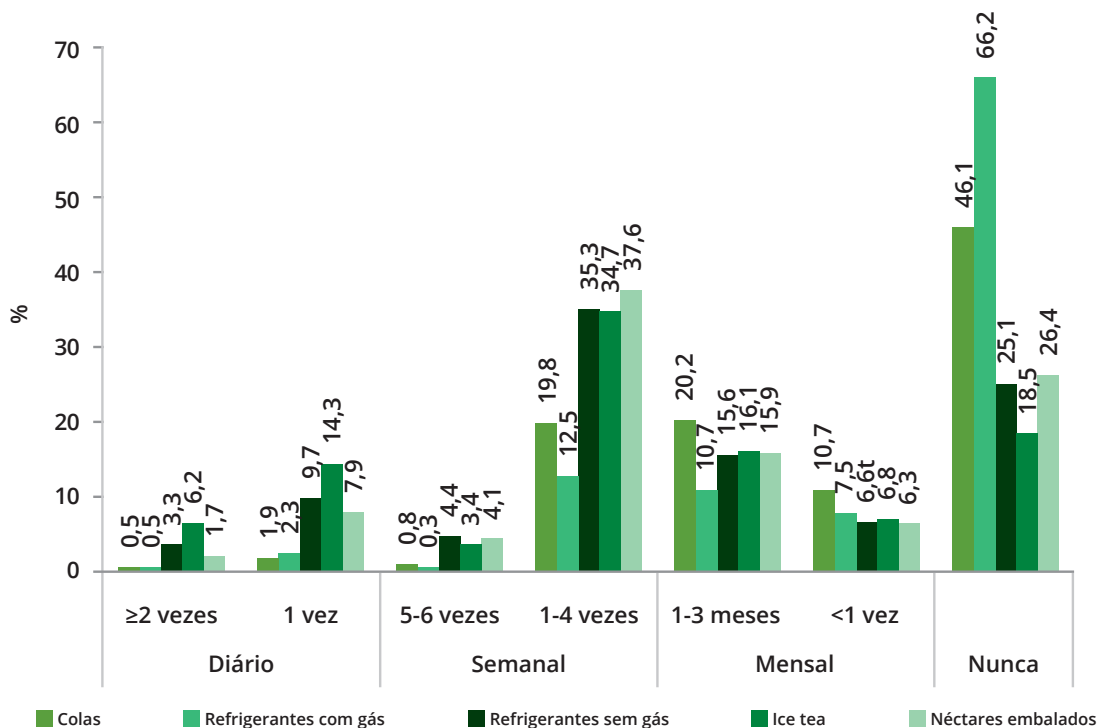
Figura 42. Distribuição das frequências de consumo por classes (fruta, sopa e hortícolas no prato) em crianças com 4 anos de idade.



Fonte: Lopes, Carla *et al.* citado em DGS, 2014

Das crianças avaliadas, 92% consome sopa pelo menos uma vez por dia e 86% consome diariamente fruta fresca. Por outro lado, é também frequente o consumo de bebidas com baixo valor nutricional e elevado valor energético. Cerca de metade das crianças consome refrigerantes e néctares (colas, refrigerantes gaseificados, refrigerantes sem gás, ice tea e néctares) diariamente. (figuras 42 e 43) [47].

Figura 43. Proporção de crianças (com idade de 4 anos) por classes de frequência de consumo e segundo o tipo de bebidas açucaradas



Fonte: Lopes, Carla et al. citado em DGS, 2014

3.2. Vacinação

Ao iniciar o segundo ano de vida, as crianças portuguesas estão protegidas contra as principais doenças transmissíveis da infância, em resultado de coberturas elevadas do Programa Nacional de Vacinação (ver quadros seguintes):

Quadro 8. Cobertura vacinal das crianças avaliadas ao 1 ano de idade no período 2010-2014 em Portugal (Dados referentes a 31 de Dezembro)

Vacina	Ano de avaliação				
	2010	2011	2012	2013	2014
	Coorte de 2009	Coorte de 2010	Coorte de 2011	Coorte 2012	Coorte de 2013
VHB	97,1%	97,4%	98,0%	98,1%	98,1%
DTPa	97,1%	97,3%	97,9%	98,1%	94,0%
Hib	97,4%	97,7%	98,1%	98,3%	98,0%
VIP	97,2%	97,4%	98,0%	98,1%	97,9%
MenC	94,5%	97,7%	95,7%	94,6%	n.a.
BCG	98,2%	98,6%	98,7%	99,0%	98,8%

Coortes selecionadas em função da idade das crianças, à data da avaliação.
 Legenda: VHB – Vacina contra a hepatite B; DTPa – Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa; Hib – Vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; VIP – Vacina contra a poliomielite; MenC – Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; BCG – Vacina contra a tuberculose; VASPR – Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e rubéola;
 n.a. - não aplicável

Fonte: DGS, 2015

Quadro 9. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 2 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal (dados referentes a 31 de Dezembro)

Vacina	Ano de avaliação				
	2010	2011	2012	2013	2014
	Coorte de 2008	Coorte de 2009	Coorte de 2010	Coorte 2011	Coorte de 2012
VHB	98,0%	98,2%	98,5%	98,7%	98,7%
DTPa	95,3%	95,7%	96,4%	96,8%	96,5%
Hib	95,3%	95,6%	96,3%	96,7%	96,7%
MenC	96,9%	98,1%	98,5%	98,3%	98,1%
BCG	98,6%	98,7%	98,9%	99,1%	99,0%
VASPR	96,3%	96,8%	97,2%	97,9%	98,2%

Coortes selecionadas em função da idade das crianças, à data da avaliação.

Legenda: VHB - Vacina contra a hepatite B; DTPa - Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa; Hib - Vacina contra a doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; VIP - Vacina contra a poliomielite; MenC - Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; BCG - Vacina contra a tuberculose; VASPR - Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e rubéola.

Fonte: DGS, 2015

3.3. Morbilidade

O perfil de morbilidade das crianças em idade pré-escolar é influenciado pelos determinantes acima mencionados e, em particular, pelos altos níveis de cobertura vacinal.

A discriminação daquele perfil clarifica a importância relativa das doenças do trato respiratório superior, seguida pelas anomalias congénitas e pela pneumonia (ver anexo relativo a este capítulo).

Neste grupo etário foram registados 15 novos casos de cancro por 100 000 crianças. A leucemia linfóide apresenta a taxa de incidência mais elevada, em ambos os sexos [31].

3.4. Mortalidade

O quadro seguinte revela a pouca expressão e favorável evolução que a mortalidade específica neste grupo etário apresenta. Razão pela qual a mortalidade *under-five*, conforme designada na língua inglesa, a par da mortalidade que ocorre em crianças com idade inferior a 1 ano é, também, um indicador em que Portugal se mostra em posição favorável a nível internacional (quadro 10).

Quadro 10. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 1 e 4 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	516	23,5	366	18,3
Causas externas de lesão e envenenamento	145	6,6	95	4,8
Acidentes	115	5,2	75	3,8
Acidentes de transporte	51	2,3	30	1,5
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	53	2,4	66	3,3
Causas desconhecidas e não especificadas	41	1,9	64	3,2
Tumores	68	3,1	59	3,0
Tumores malignos	61	2,8	58	2,9
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	76	3,5	51	2,6
Malformações congénitas do aparelho circulatório	41	1,9	29	1,5
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	33	1,5	27	1,4

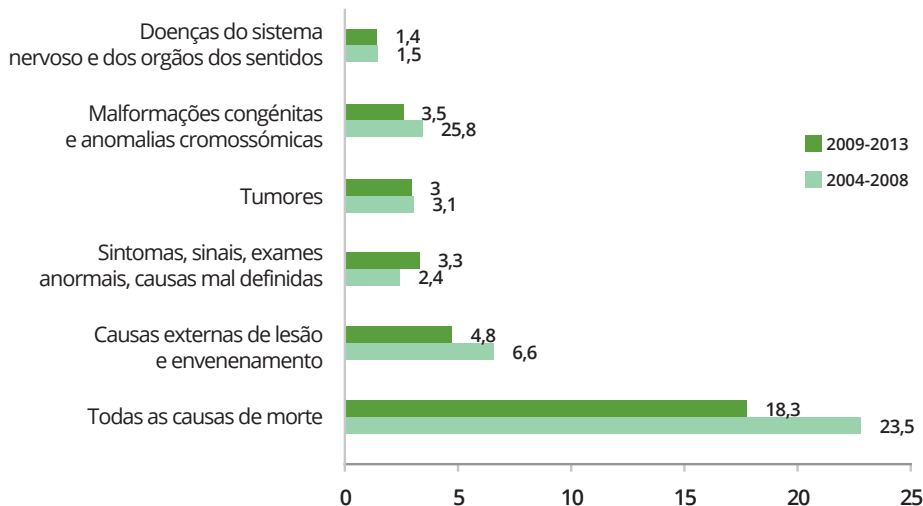
Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte - Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão. Fonte: INE, 2015

Na figura 44 comparam-se as taxas quinquenais em termos das cinco principais causas de morte no grupo etário em consideração (1 a 4 anos).

Figura 44. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade de crianças do grupo etário 1-4 anos de idade



Fonte: INE, 2015

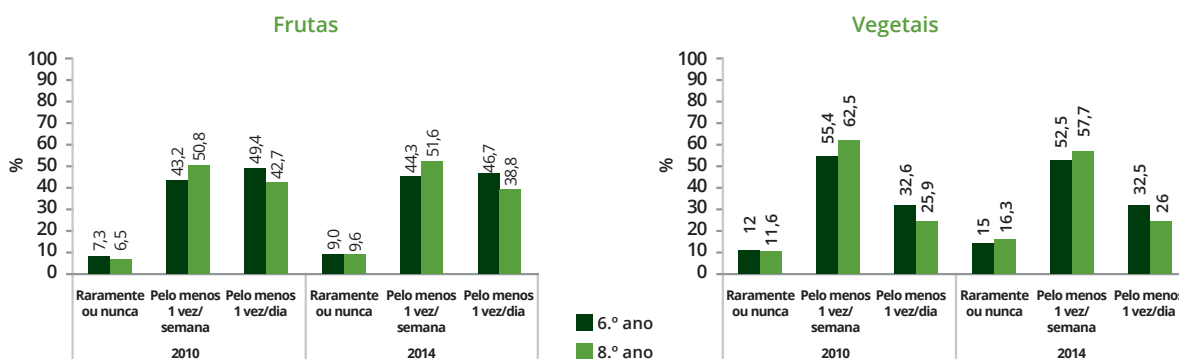
4. DO 5º AO 14º ANO DE IDADE

Descreve-se, neste ponto, a Saúde individual da infância, adolescência e início da juventude, isto é no grupo das crianças em idade escolar.

4.1. Alimentação/Atividade física/Corpulência

A alimentação é o principal determinante que influencia o estado de Saúde na etapa dos 5 aos 14 anos de idade. Os gráficos seguintes retratam a realidade portuguesa em crianças em idade escolar (6.º e 8.º anos de escolaridade). Verificou-se que as crianças do 6.º ano foram as que consumiram mais vezes este tipo de alimentos, de acordo com os estudos HBSC [13, 48].

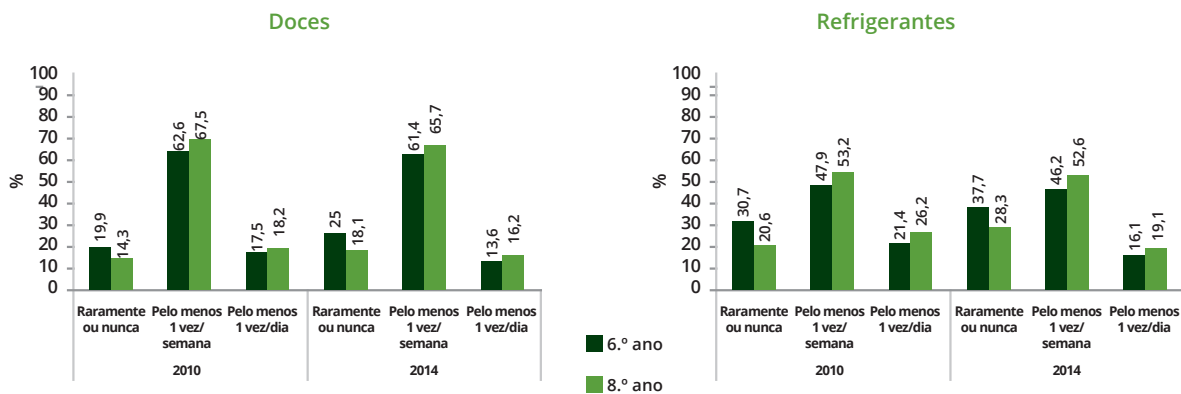
Figura 45. Comparação da percentagem de consumo de frutas e de hortícolas (vegetais) pelos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014



Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Naqueles anos em estudo (2010 e 2014), assistiu-se a uma redução do consumo de doces e refrigerantes. No entanto, as crianças do 8.º ano continuaram a ingerir estes alimentos em maior proporção face às crianças do 6.º ano de escolaridade [13, 48].

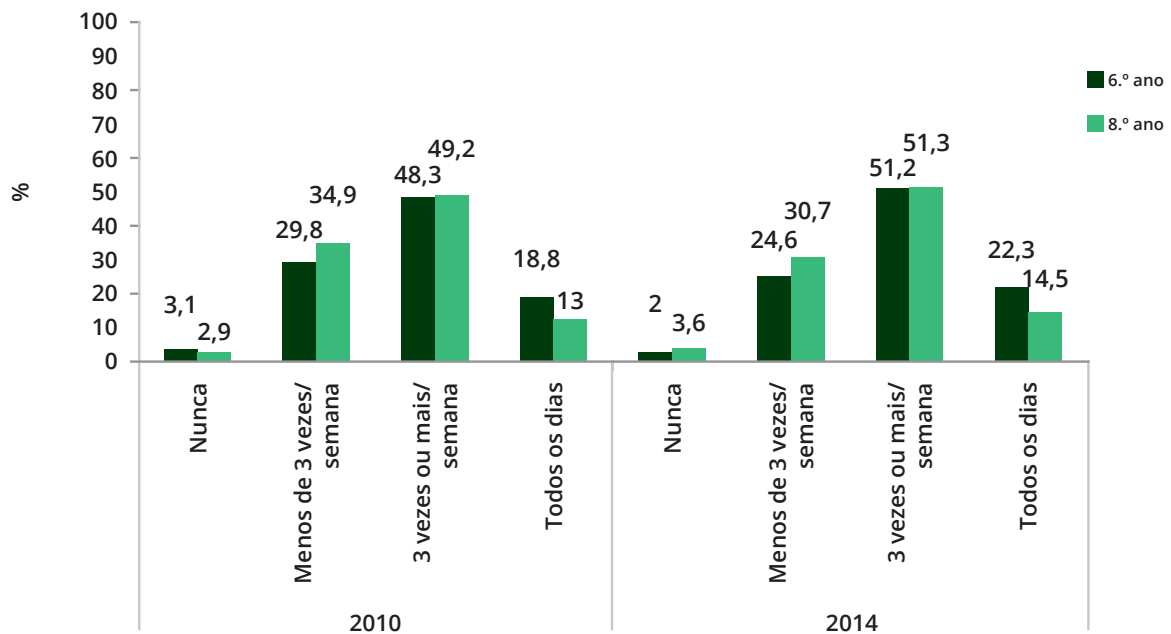
Figura 46. Comparação da percentagem de consumo de Doces e de Refrigerantes pelos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014



Fonte: HBSC, 2010 e 2014

O quadro seguinte mostra a evolução da prática de atividade física dos alunos daqueles anos escolares. Revela que nos anos estudados verificou-se um aumento da prática de atividade física [13, 48].

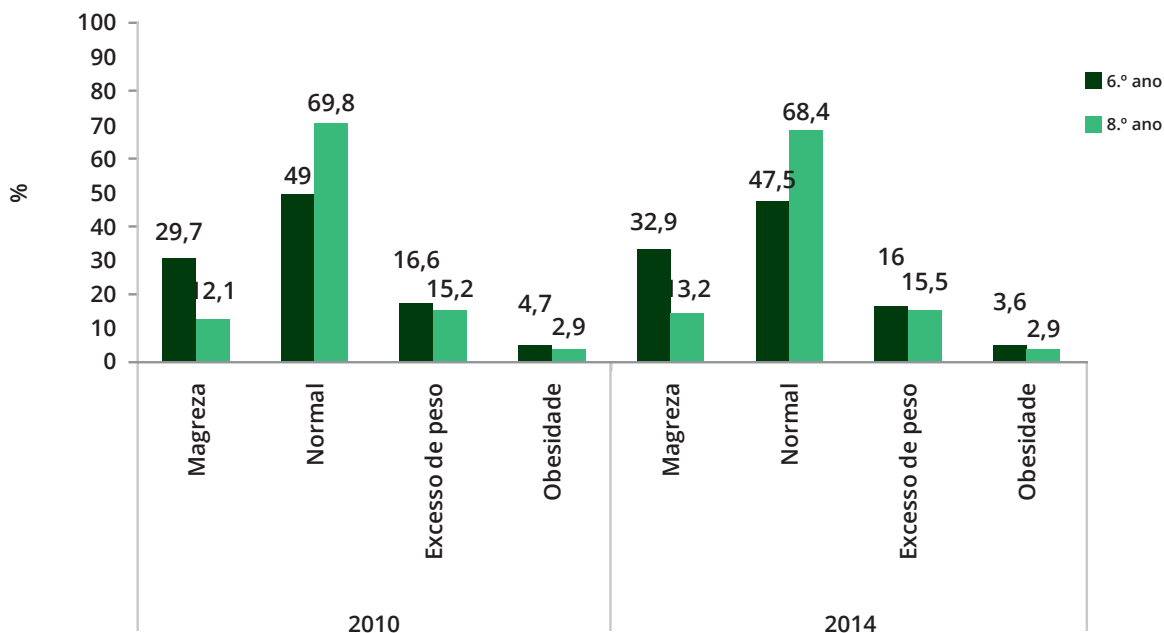
Figura 47. Comparação da percentagem da prática de atividade física dos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014



Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Se bem que o equilíbrio alimentar (ou o seu contrário) não se não se reflita apenas no índice de massa corporal, a verdade é que este indicador constitui preocupação primeira nos grupos etários agora considerados, apesar de poder estar associado a outras condições e outros fatores (incluindo o sedentarismo) [13, 48].

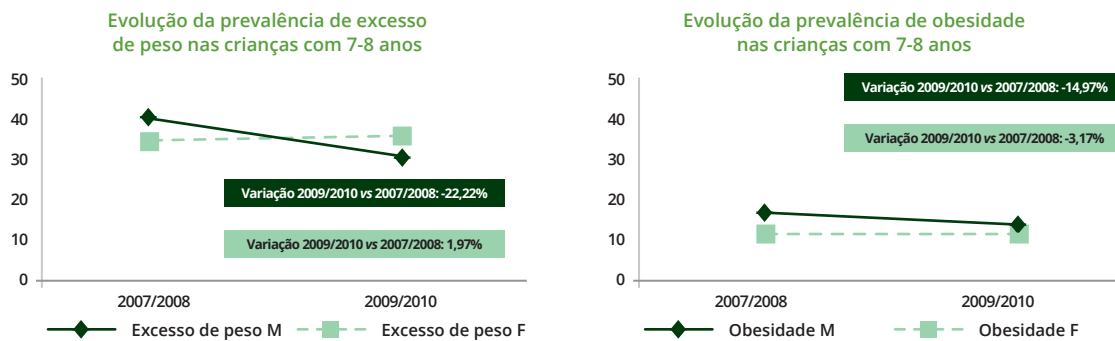
Figura 48. Comparação da percentagem do índice de massa corporal dos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014



Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Sobre a evolução do excesso de peso e da obesidade, comparando as avaliações em 2007/2008 e 2009/2010, em crianças com sete e oito anos, os resultados conforme constam na figura 49, evidenciam tendências opostas entre os sexos (excesso de peso) e decréscimo da obesidade em ambos os sexos [47]:

Figura 49. Evolução da prevalência de obesidade e de excesso de peso nas crianças com 7-8 anos



Fonte: DGS, 2014

4.2. Vacinação

No que se refere ao estado de imunização, as crianças deste grupo etário continuam a apresentar altos níveis de cobertura, como mostram os quadros seguintes:

Quadro 11. Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 7 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal. Dados referentes a 31 de dezembro de 2014

Vacina	Ano de avaliação				
	2010	2011	2012	2013	2014
	Coorte de 2003	Coorte de 2004	Coorte de 2005	Coorte de 2006	Coorte de 2007
VHB	98,3%	98,5%	98,6%	98,7%	98,5%
DTPa	95,5%	96,0%	96,3%	96,2%	95,7%
VIP	95,7%	96,2%	96,4%	96,5%	95,9%
MenC	97,1%	97,8%	98,6%	96,1%	98,4%
BCG	98,4%	98,7%	98,8%	98,8%	98,6%
VASPR	95,6%	96,0%	96,3%	98,6%	95,7%

Coortes selecionadas em função da idade das crianças, à data da avaliação.

Legenda: VHB – Vacina contra a hepatite B; DTPa – Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa; VIP – Vacina contra a poliomielite; MenC – Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; BCG – Vacina contra a tuberculose; VASPR – Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e rubéola;

Fontes: DGS, 2015

Quadro 12. Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 14 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal. Dados referentes a 31 de dezembro 2014

Vacina	Ano de avaliação				
	2010	2011	2012	2013	2014
	Coorte de 1996	Coorte de 1997	Coorte de 1998	Coorte de 1999	Coorte de 2000
VHB	95,7%	95,8%	96,3%	98,0%	98,5%
VIP	97,4%	97,7%	97,9%	97,6%	97,9%
MenC	96,2%	96,6%	97,4%	97,7%	97,9%
BCG	97,7%	98,0%	98,2%	98,4%	98,6%
VASPR	97,4%	97,7%	97,9%	97,9%	97,9%
Td	96,1%	96,1%	96,1%	96,2%	96,2%

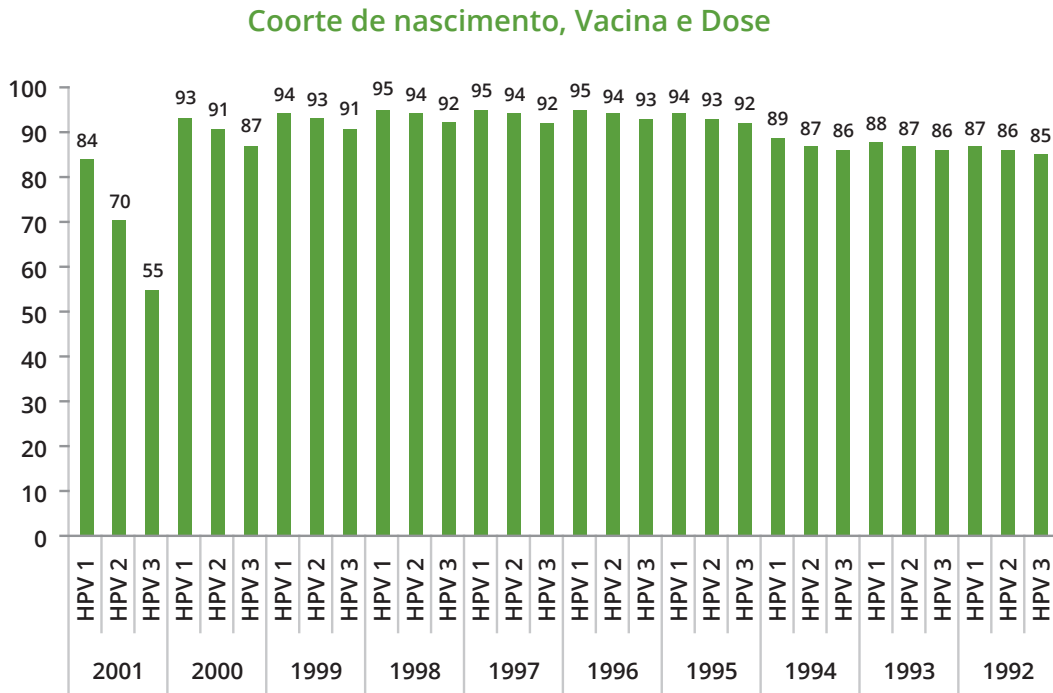
Coortes selecionadas em função da idade das crianças, à data da avaliação.

Legenda: VHB – Vacina contra a hepatite B; DTPa – Vacina contra a difteria, o tétano e a tosse convulsa; VIP – Vacina contra a poliomielite; MenC – Vacina contra a doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; BCG – Vacina contra a tuberculose; VASPR – Vacina contra o sarampo, a parotidite epidémica e rubéola;

Fontes: DGS, 2015

A vacina contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) é administrada, no âmbito do PNV, para prevenção de lesões pré-malignas do colo do útero, da vulva e da vagina e de cancro do cervix, a adolescentes e jovens do sexo feminino (coorte dos 13 anos), antecipando o início da atividade sexual. A figura 50 mostra que as coortes nascidas entre 1995 e 2000 apresentam altos níveis de vacinação, provavelmente os mais elevados a nível mundial. A coorte de 2001 estava ainda a ser vacinada à data da avaliação, motivo pelo qual os resultados são mais baixos, existindo a expectativa de serem atingidos os valores das coortes anteriores.

Figura 50. Cobertura vacinal contra HPV, por coorte e número de doses, das crianças avaliadas aos 14 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal (dados referentes a 31 de dezembro 2014)



Fonte: DGS, 2015

4.3. Saúde Oral

A prevalência e gravidade de cárie dentária traduzida pelo índice que mede o número de dentes com cáries, perdidos e obturados (cpod na dentição decídua ou CPOD na dentição permanente) revela evolução positiva. O índice 2,95 CPOD aos 12 anos, no ano 2000, passou a 1,18 no ano 2013, tendo sido já atingido neste grupo etário a meta definida pela OMS para o ano 2020 (índice CPOD com valor inferior a 1,5).

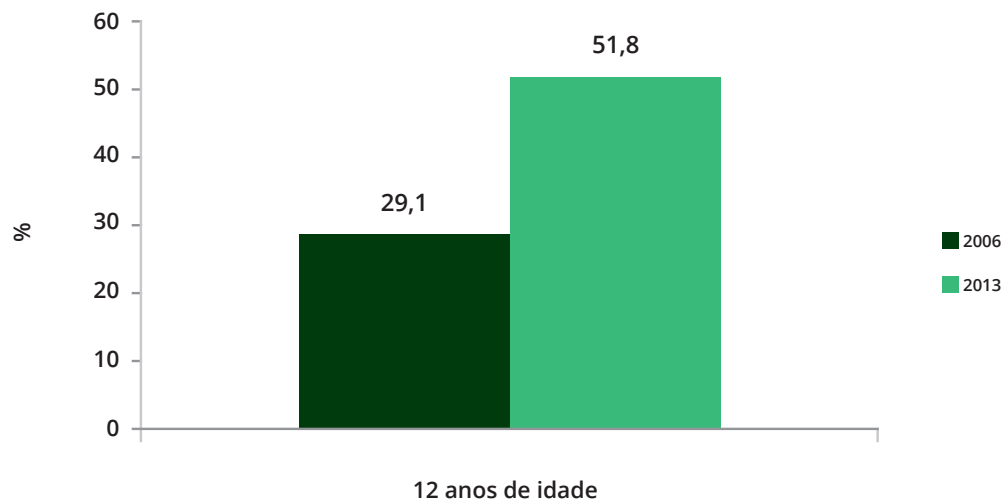
Quadro 13. Prevalência e gravidade da cárie dentária na dentição decídua, aos 6 anos (Índice cpod) e na dentição permanente aos 12 anos (índice CPOD), em 2000, 2006 e 2013

Ano	6 anos de idade		12 anos de idade
	cpod	Livres de cárie	CPOD
2000	3,56	33%	2,95
2006	2,1	51%	1,49
2013	1,62	54%	1,18

Fontes: DGS, 2015

A Saúde periodontal (medida através do índice periodontal que verifica o estado de saúde das gengivas e dos tecidos de suporte dentários), avaliada aos 12 anos, apresenta, igualmente, uma evolução positiva desde 2006 até 2013 (figura 51).

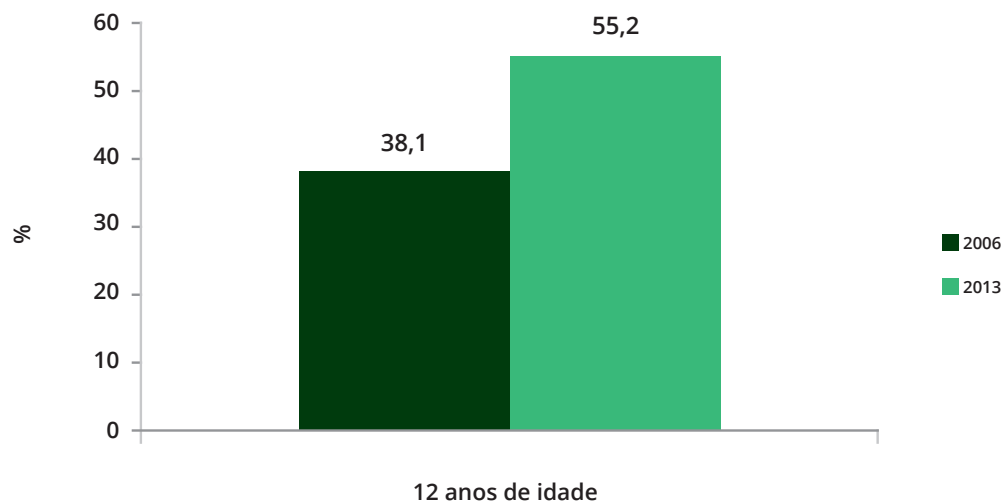
Figura 51. Estado de saúde periodontal aos 12, em 2006 e 2013 – Percentagem de jovens com gengivas saudáveis (Índice Periodontal Comunitário = 0)



Fonte: DGS, 2015

No mesmo sentido, a figura 52 mostra a evolução da percentagem de crianças com pelo menos um selante, o que assegura, a título complementar, a proteção dos dentes.

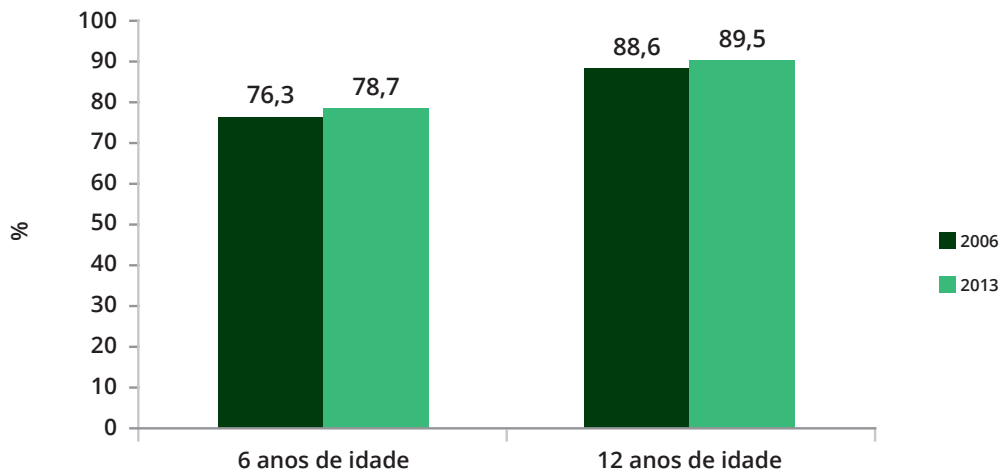
Figura 52. Percentagem de jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes



Fonte: DGS, 2015

Nos anos civis estudados, verificou-se um aumento de crianças que escovam os dentes, pelo menos uma vez por dia, quer aos 6 quer aos 12 anos.

Figura 53. Percentagem de crianças e jovens de 6 e 12, que escovam os dentes, pelo menos uma vez por dia, em 2006 e 2013



Fonte: DGS, 2015

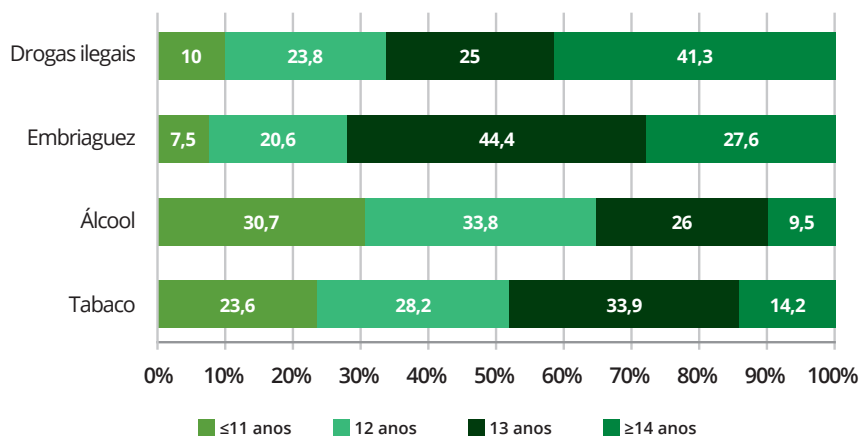
A melhoria da situação de saúde na dentição permanente em crianças e jovens resulta não só da redução dos níveis de doença, mas também do aumento da resposta através do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

4.4. Substâncias psicoativas

Em 2010, segundo dados do Inquérito Nacional sobre Asma (INAsma), foi encontrada uma prevalência de exposição ao fumo ambiental do tabaco, em casa, de 27%. As crianças, adolescentes e jovens foram os mais expostos (37%) [49].

São igualmente preocupantes os dados relativos à idade de experimentação de substâncias psicoativas (figura 54). Observa-se que a idade de experimentação do tabaco, álcool e drogas continua a verificar-se antes dos 14 anos de idade (alunos que frequentaram o 8.º ano em 2013/2014) [13].

Figura 54. Idade de experimentação de substâncias psicoativas pelos alunos quando frequentavam o 8.º ano em 2014

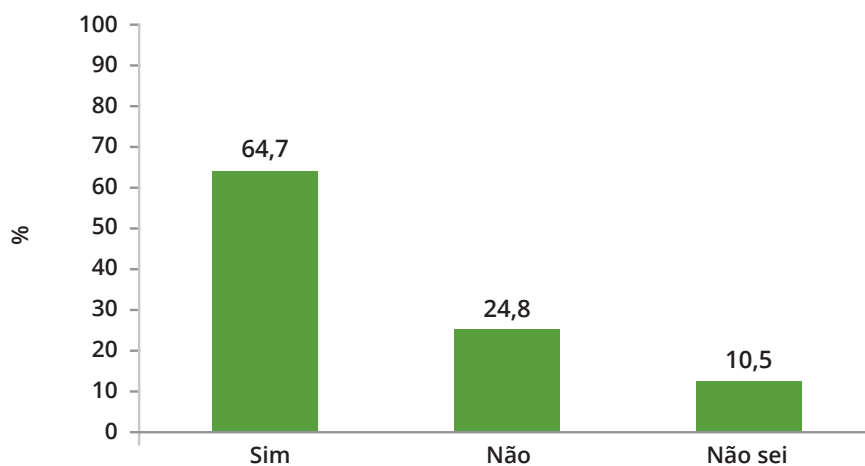


Fonte: HBSC, 2014

4.5. Adolescência e Sexualidade

O fenómeno biopsicossocial que a adolescência representa tem sido motivo de atenção sobretudo por parte de pedagogos e professores. A este propósito, as questões ligadas à sexualidade e a importância de diferir atos sexuais colocam, justamente, o tema da pertinência educativa neste domínio. No que se refere à utilização de preservativos. Os inquéritos HBSC demonstram os níveis de aceitação do seu uso: cerca de 2/3 dos jovens refere ter utilizado preservativo na primeira relação sexual. No entanto, 1/3 revelou não ter utilizado ou não saber/não se lembrar ter utilizado este método de contraceção [13].

Figura 55. Percentagem de utilização do preservativo na primeira relação sexual dos alunos quando frequentavam o 8.º ano em 2014



Fonte: HBSC, 2014

4.6. Morbilidade

Para o ano 2013, o padrão de doenças com maior expressão no que respeita quer à incidência quer à prevalência (estimado a partir da produção hospitalar – em anexo) é caracterizado, sobretudo, por doenças respiratórias (incluindo asma), apendicite, anomalias congénitas, fraturas dos membros superiores e doenças do ouvido e da mastoide.

Considerando agora a incidência dos tumores malignos, é neste grupo etário que as taxas de incidência de tumores malignos atingem os valores mais baixos: 12 e 14 novos casos por 100 000 crianças, respetivamente dos 5 a 9 anos e 10 a 14 anos. Para os mais novos, a leucemia linfóide é o cancro mais frequente nos rapazes e o cancro do cérebro e SNC nas raparigas. Para as idades acima ganham relevância o linfoma não *Hodgkin* e a doença de *Hodgkin* [31].

4.7. Mortalidade

As causas externas de lesão e envenenamento e acidentes rodoviários, bem como tumores malignos, no grupo etário dos 5 aos 14 anos, ocupam lugar de relevo, como mostram o quadro e figura seguintes:

Quadro 14. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 5 e 14 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	860	15,4	612	11,3
Tumores	202	3,6	165	3,0
Tumores malignos	186	3,3	152	2,8
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	61	1,1	43	0,8
Causas externas de lesão e envenenamento	264	4,7	153	2,8
Acidentes	209	3,7	102	1,9
Acidentes de transporte	140	2,5	72	1,3
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	102	1,8	85	1,6
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	88	1,6	61	1,1
Causas desconhecidas e não especificadas	73	1,3	55	1,0
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	54	1,0	49	0,9

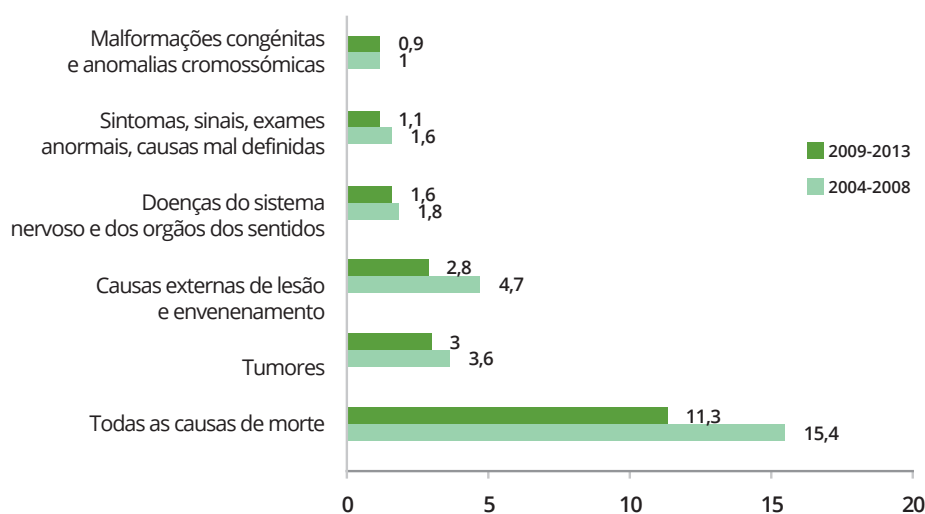
Legenda

 Todas as causas de morte	 Grandes grupos de causa de morte – Capítulos CID 10	 Causas específicas de morte
---	--	--

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.
Fonte: INE, 2015

No Top 5 das doenças que causam o óbito a crianças com idade entre 5 e 14 anos temos:

Figura 56. Comparação das taxas quinquerais da causa básica de mortalidade de crianças do grupo etário 5-14 anos de idade



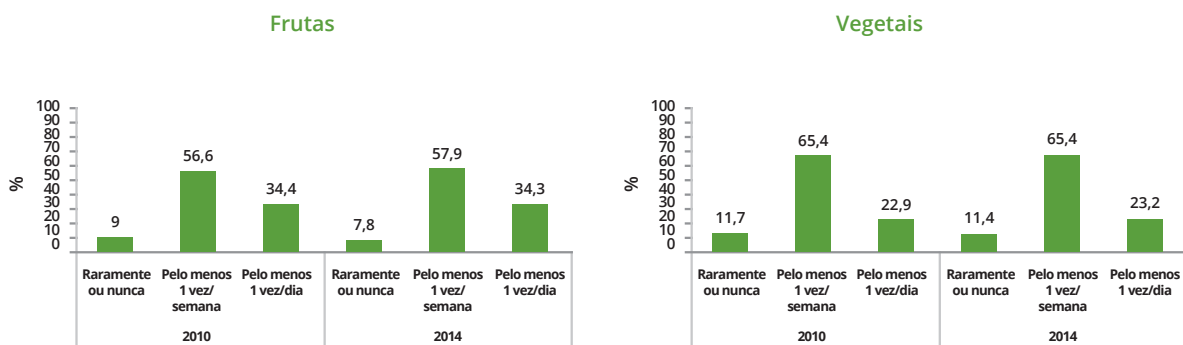
Fonte: INE, 2015

5. DO 15º AO 24º ANO DE IDADE

Na perspetiva da Saúde Pública compreende-se a importância da descrição do perfil de saúde de jovens entre os 15 e 24 anos de idade, uma vez que corresponde aos estudos universitários e ao início da atividade profissional. As figuras seguintes (57-60) refletem os trabalhos HBSC que demonstram, em termos de evolução, estabilidade entre 2010 e 2014 referente a determinantes fundamentais: comportamentos alimentares, corpulência e prática de atividade física em alunos do 10.º ano de escolaridade [13, 48].

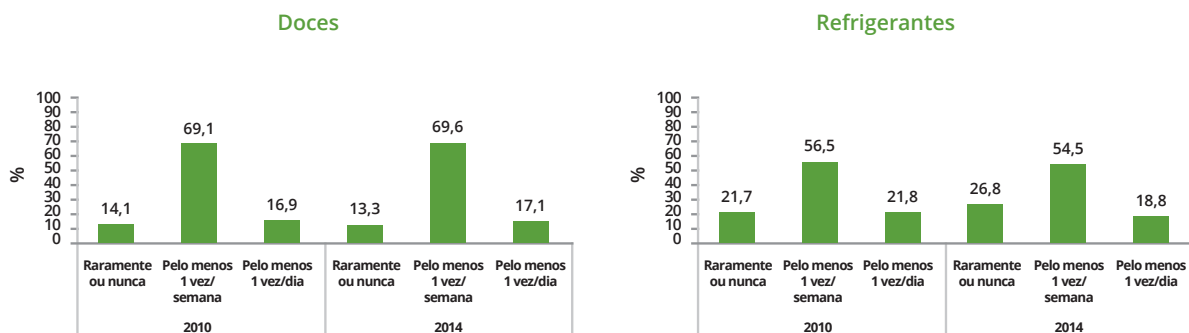
5.1. Alimentação/Atividade física/Corpulência

Figura 57. Comparação da percentagem de consumo de Frutas e de Hortícolas (vegetais) pelos alunos quando frequentavam o 10.º em 2010 e em 2014



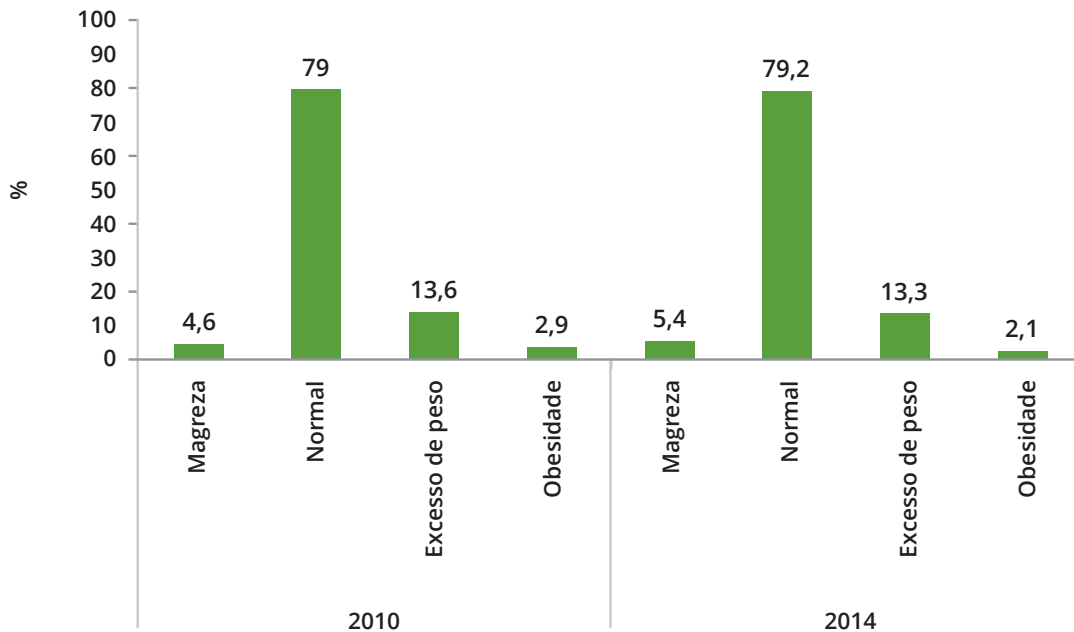
Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Figura 58. Comparação da percentagem de consumo de Doces e de Refrigerantes pelos alunos quando frequentavam o 10.º em 2010 e em 2014



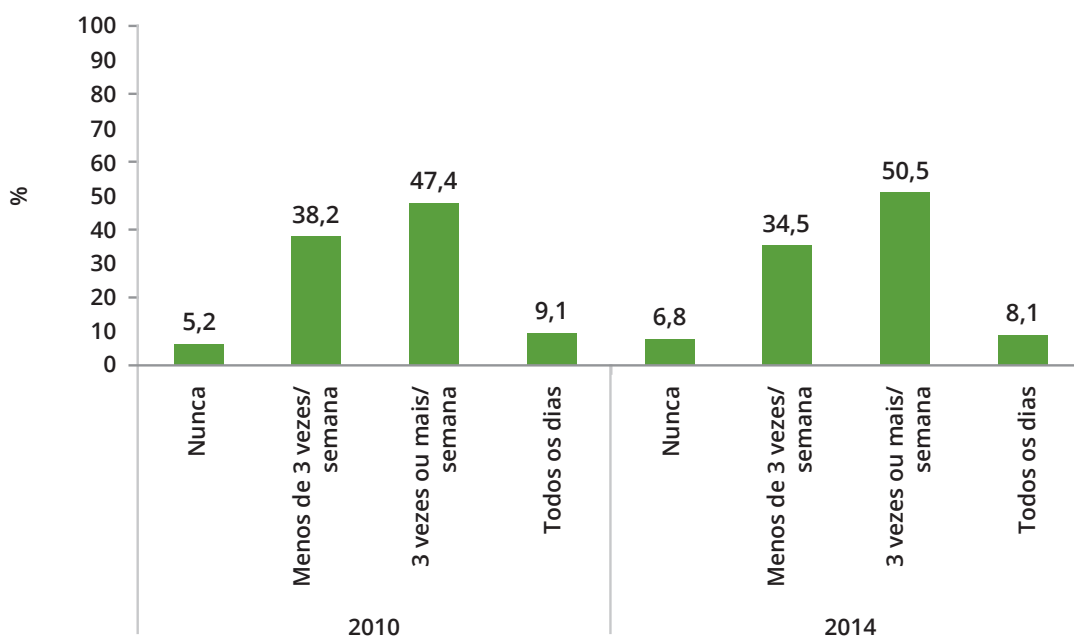
Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Figura 59. Distribuição das categorias do índice de massa corporal dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2010 e em 2014.



Fonte: HBSC, 2010 e 2014

Figura 60. Distribuição das frequências da prática de atividade física dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2010 e em 2014.

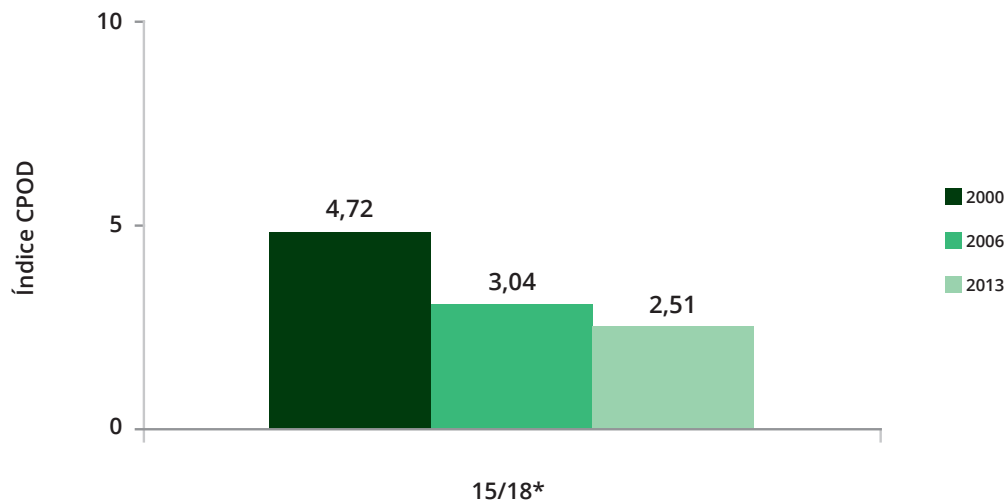


Fonte: HBSC, 2010 e 2014

5.2. Saúde Oral

No que se relaciona com a Saúde Oral dos cidadãos entre os 15 e 24 anos de idade, foram realizados estudos nacionais de prevalência das doenças orais representativos da população portuguesa (em 2000 e 2006, o grupo avaliado foi o de 15 anos e, em 2013, o de 18 anos) que comprovam a tendência de melhoria geral (Figura 61).

Figura 61. Gravidade da cárie dentária na dentição permanente aos 15 ou 18 anos, em 2000, 2006 e 2013 – Índice CPOD

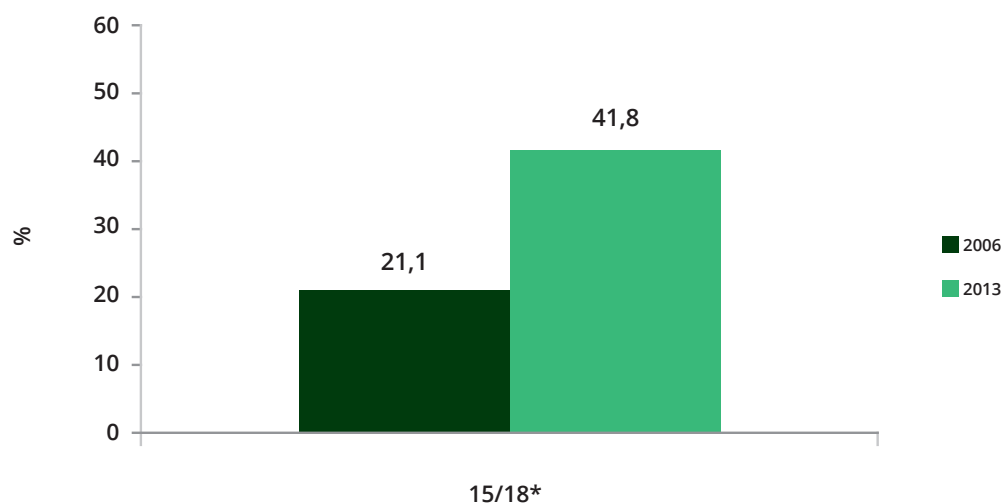


*Em 2000 e 2006 foi avaliado o grupo etário dos 15 anos e em 2013 foi avaliado o grupo etário dos 18 anos.

Fonte: DGS, 2015

Sobre a saúde periodontal e aplicação de selantes, as figuras 62 e 63 revelam, igualmente, resultados positivos quando se comparam os anos 2006 e 2013.

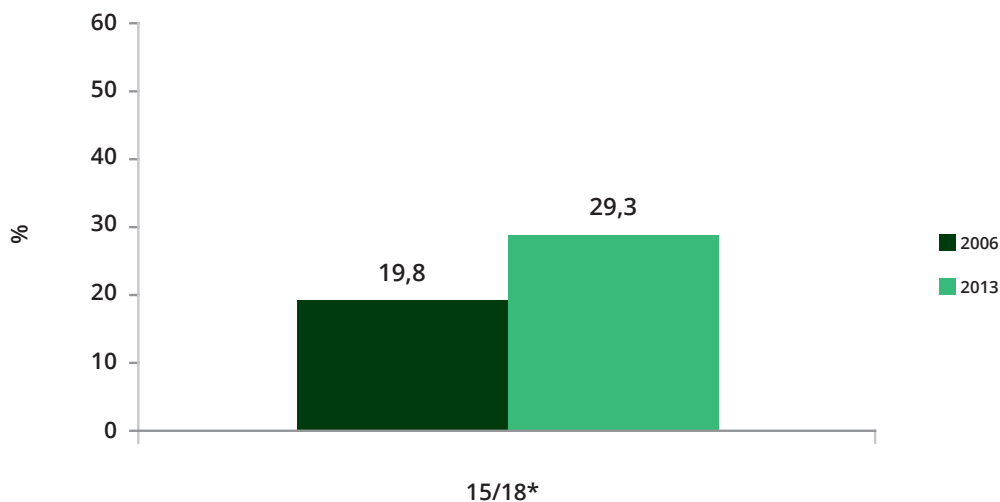
Figura 62. Percentagem de jovens com gengivas saudáveis (Índice Periodontal Comunitário = 0)



*Em 2000 e 2006 foi avaliado o grupo etário dos 15 anos e em 2013 foi avaliado o grupo etário dos 18 anos.

Fonte: DGS, 2015

Figura 63. Percentagem de jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes



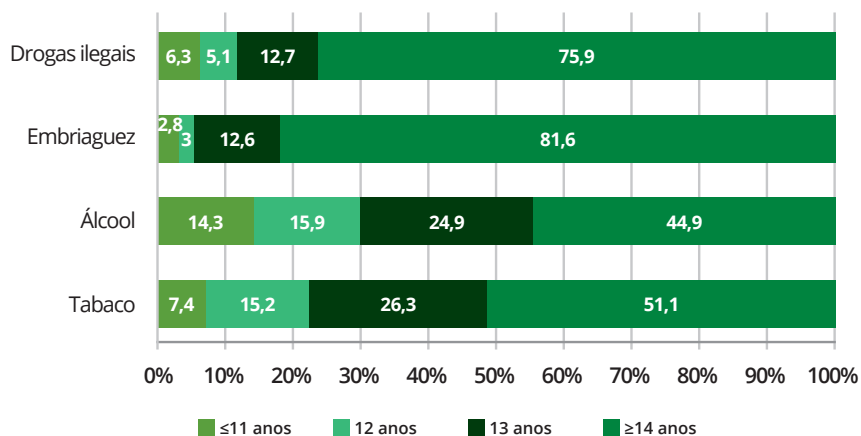
*Em 2000 e 2006 foi avaliado o grupo etário dos 15 anos e em 2013 foi avaliado o grupo etário dos 18 anos.

Fonte: DGS, 2015

5.3. Substâncias psicoativas

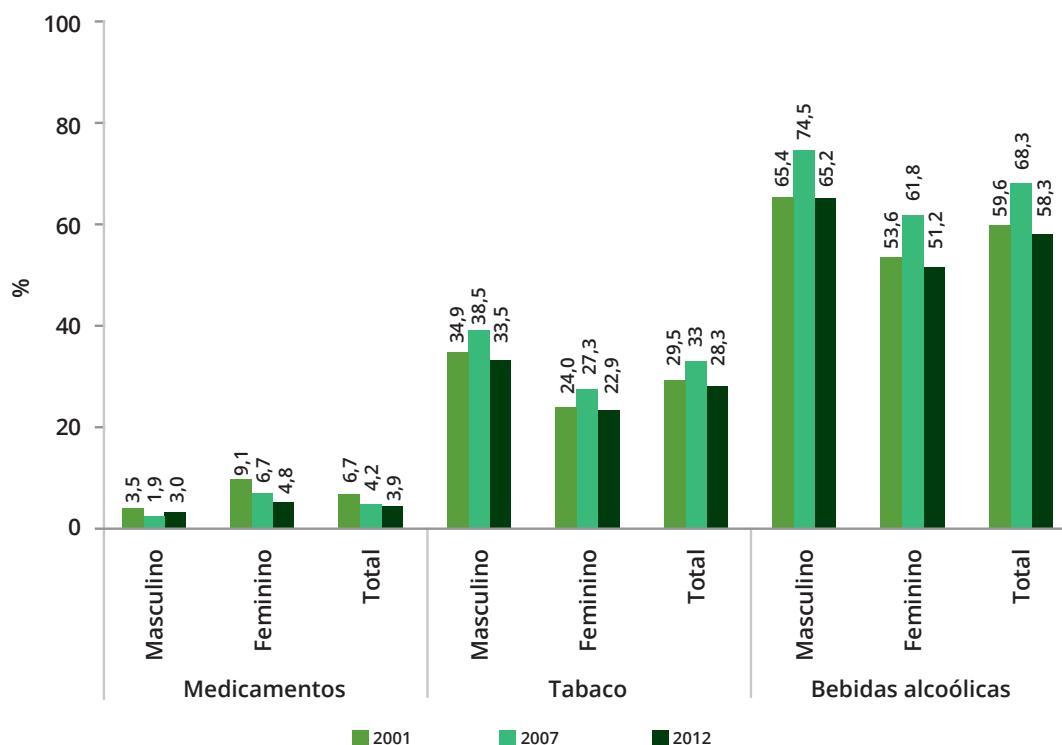
As figuras seguintes (64 e 65) exibem dados preocupantes sobre o consumo de substâncias psicoativas ilegais, álcool e tabaco em alunos do 10.º ano de escolaridade [13] e, a título complementar, resultados de um estudo distinto conduzido pelo SICAD [26]. Todas as categorias assinaladas impressionam pelas altas percentagens do consumo daquelas substâncias que representam riscos para a Saúde.

Figura 64. Idade de experimentação de substâncias psicoativas dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2014



Fonte: HBSC, 2014

Figura 65. Evolução da prevalência do consumo de substâncias psicoativas (medicamentos, tabaco e bebidas alcoólicas) no último ano, no grupo etário 15-24 anos, por sexo e total (2001, 2007, 2013)



* Z1. Ao longo da sua vida tomou, pelo menos uma vez, um medicamento do tipo sedativo, tranquilizante ou hipnótico, como por exemplo: Ansilor, Lorsedal, Lorenin, Lexotan, Ultramidol, Xanax, Valium, Unisedil, Metamidol, Bialzapam, Dormicum, Bromalex, Medipax, Kainever [se o entrevistado responder não, refaça a pergunta como: "nem nunca tomou, por exemplo, nenhum destes medicamentos: atarax, normisyon, halcion, morfex, unilan, dormonoct?". resposta múltipla. mostrar cartão z1]

Fonte: CESNOVA / SICAD, 2014

No sentido de se analisar a transição da escola para a universidade, realizou-se em 2014 o estudo HBSC ao 12.º ano e a jovens que frequentam o ensino universitário. Selecionou-se um conjunto de variáveis estudadas com o objetivo de fazer uma síntese dos principais resultados distribuídos pelos diferentes grupos etários [50].

A recolha de dados foi realizada através de um questionário online. Os questionários do estudo HBSC 2014 referente ao 10.º e 12.º ano foram aplicados às turmas em sala de aula. Já o questionário do estudo HBSC Universitários foi aplicado através da técnica bola de neve e da divulgação do estudo nas redes sociais.

Os dados recolhidos em 2014 entre alunos que frequentavam o ensino secundário e universitário apontam para uma tendência de aumento do consumo de tabaco e em particular para o consumo diário com o avanço da idade [50].

Quadro 15. Prevalência (%) do consumo de tabaco em alunos do secundário e universitários, 2014

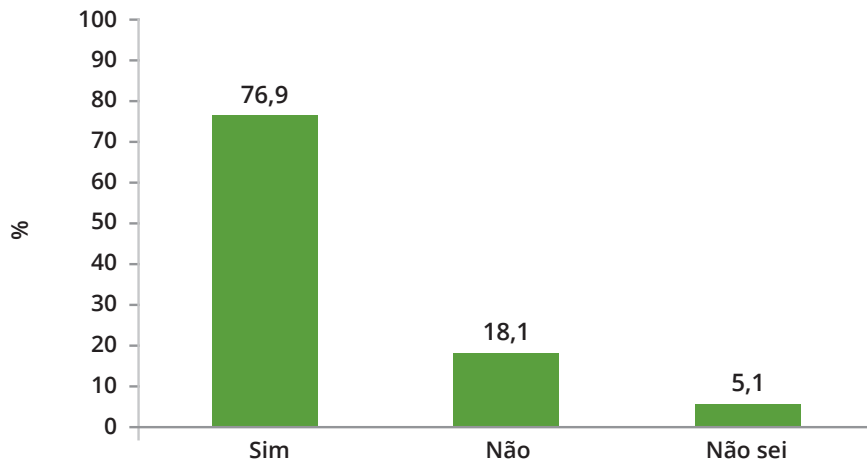
Grau de escolaridade (Média de idades)	Secundário - 10.º ano (15,9 anos)	Secundário - 12.º ano (18,1 anos)	Universitário (22,3 anos)
Não fuma	83,5	74,1	55,9
Fuma todos os dias	6,6	13,8	34,4

Fontes: HBSC, 2015

5.4. Adolescência e Sexualidade

A figura 66 aponta as percentagens de alunos do 10.º ano de escolaridade que dizem ter utilizado preservativo na primeira relação sexual. Consta-se que 77% refere ter utilizado proteção por preservativo [13].

Figura 66. Percentagem de utilização do preservativo na primeira relação sexual dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2014



Fonte: HBSC, 2014

5.5. Morbilidade

O padrão de morbilidade neste grupo etário caracteriza-se pela predominância de infeções respiratórias, neoplasias benignas e doenças osteomusculares (incluindo doenças do tecido conjuntivo). Já no que respeita às neoplasias malignas, a taxa de incidência de tumores malignos atinge, respetivamente, 23 e 29 novos casos por 100 000 jovens dos 15 aos 19 e dos 20 aos 24 anos. Os cancros mais frequentes são a doença de *Hodgkin* para os rapazes e o cancro da glândula tiroideia para as raparigas [31].

O *ranking* dos diagnósticos principais no grupo de idades 15-24 anos (2004-2013) que hierarquiza os grupos de diagnósticos encontra-se em anexo.

5.6. Mortalidade

Já no que se refere à mortalidade, o quadro 16 e a figura 67 colocam em relevo a importância das causas externas de lesão e dos acidentes nestas idades. É de referir que a taxa de mortalidade geral (todas as causas) decresceu 30%: de 51/100 000 habitantes no quinquénio 2004-2008 para 36/100 000 habitantes no quinquénio 2009-2013. Para esta evolução favorável contribuiu o decréscimo na mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (-53%), por causas externas (-41%), bem como por doenças do aparelho circulatório (-37%).

Quadro 16. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 15 e 24 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	3235	51,4	2064	36,0
Causas externas de lesão e envenenamento	1782	28,3	953	16,6
Acidentes	1307	20,8	632	11,0
Acidentes de transporte	1096	17,4	517	9,0
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	190	3,0	168	2,9
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	186	3,0	92	1,6
Homicídio, agressão	89	1,4	53	0,9
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	398	6,3	332	5,8
Causas desconhecidas e não especificadas	372	5,9	314	5,5
Tumores	379	6,0	298	5,2
Tumores malignos	358	5,7	294	5,1
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	132	2,1	98	1,7
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	166	2,6	153	2,7
Doenças do aparelho circulatório	120	1,9	69	1,2
Doenças do aparelho respiratório	92	1,5	66	1,2
Pneumonia	50	0,8	26	0,5
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	57	0,9	51	0,9
Doenças infecciosas e parasitárias	107	1,7	45	0,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	42	0,7	38	0,7

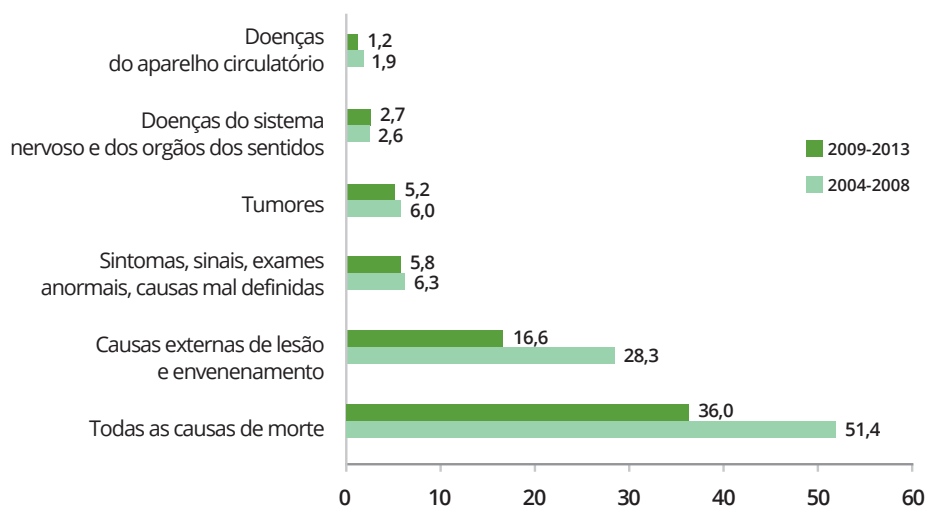
Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte - Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade da Lista Sucinta Europeia que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE, 2015

Figura 67. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 15-24 anos de idade



Fonte: INE, 2015

6. DO 25º AO 44º ANO DE IDADE

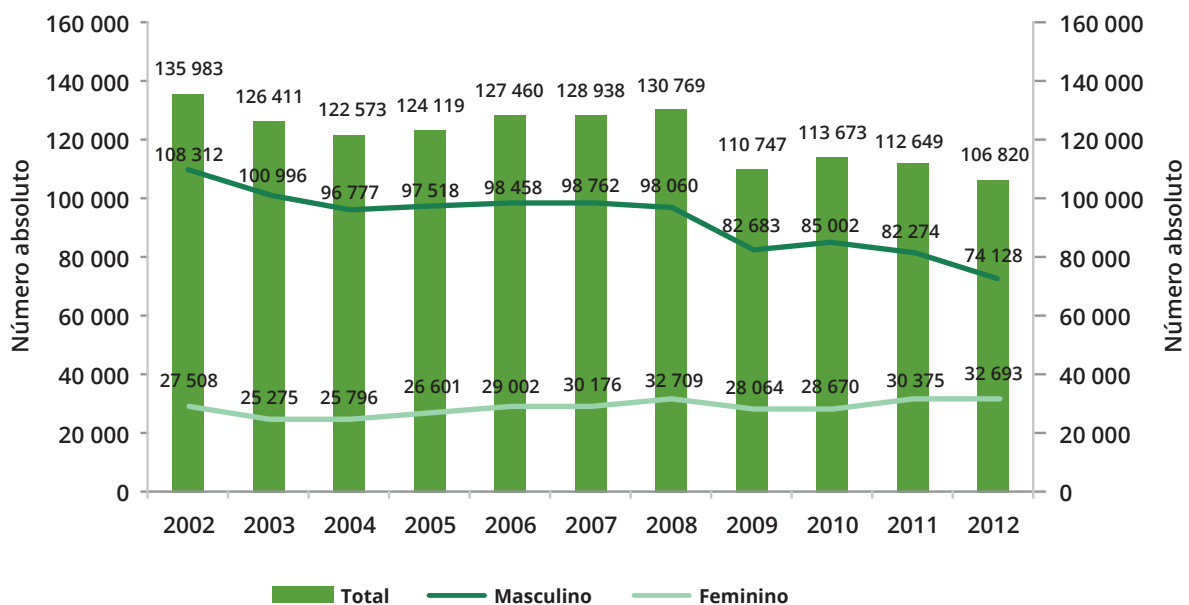
Na idade adulta, a Saúde dos cidadãos residentes em Portugal é influenciada pelas características da família onde cada um se insere, pela procriação, bem como pelo exercício profissional e pelos respetivos rendimentos. Do mesmo modo, as dimensões associadas ao sexo, à literacia, à etnia e à religião devem ser consideradas, tal como as suas interações.

6.1. Acidentes de trabalho

Este grupo etário é, por excelência, o do início da idade ativa, pelo que os acidentes de trabalho não podem deixar de ser considerados.

O número de acidentes de trabalho neste grupo etário apresentou uma redução nos últimos anos, verificando-se um decréscimo no sexo masculino e estabilidade nos valores, sem variação significativa, no sexo feminino.

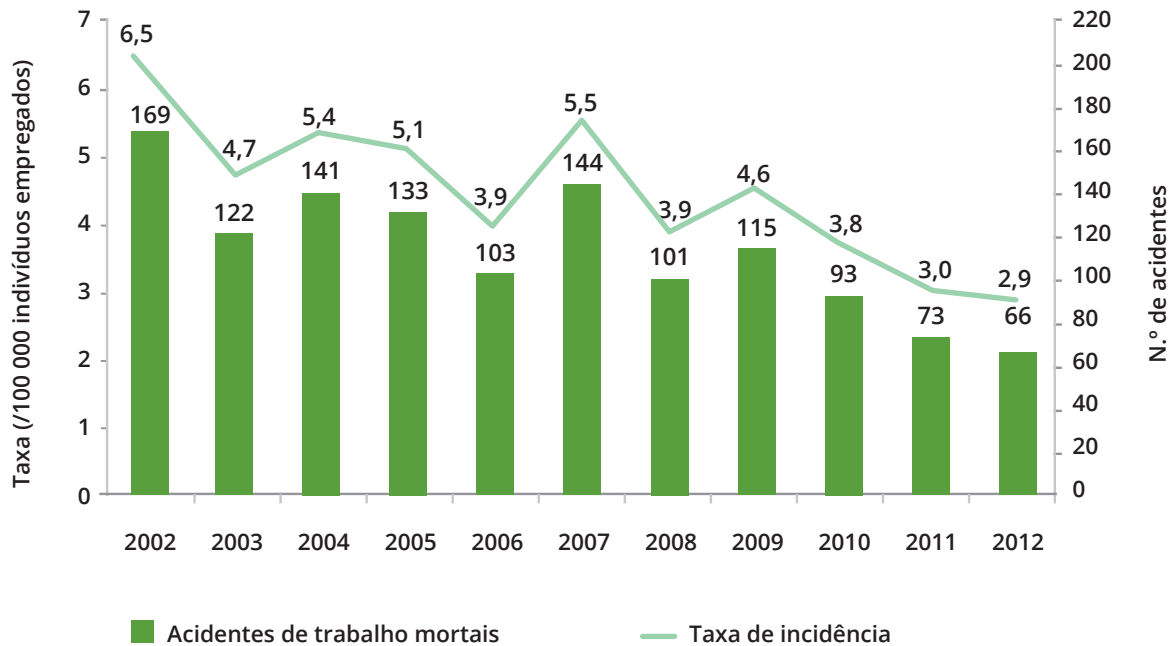
Figura 68. Evolução do número de acidentes de trabalho em Portugal, por sexo no grupo etário 25-44 anos (2002-2012)



Fonte: INE, 2015

Em termos absolutos e relativos, observou-se uma diminuição do número de acidentes de trabalho mortais e da respetiva taxa de incidência (apesar da diminuição do denominador - população empregada).

Figura 69. Evolução do número de acidentes de trabalho mortais na população empregada dos 25 aos 44 anos (número e taxa de incidência por 100 000 trabalhadores), Portugal (2002-2012)



Nota: No cálculo da taxa de incidência, o denominador tem por base os dados do Inquérito ao Emprego do INE: série 1998 para os anos de 2002 a 2010 e série 2011 para os anos de 2011 e 2012.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2015

6.2. Morbilidade

Em relação à morbilidade salientam-se, por ordem decrescente, as neoplasias, as doenças do aparelho digestivo, doenças vasculares e do aparelho circulatório.

Para a população dos 40 aos 44 anos a taxa de incidência dos tumores malignos é quatro vezes superior à observada dos 25 aos 29 anos (208 vs. 52 novos casos por 100 000). Para o sexo masculino o cancro do testículo e o linfoma não *Hodgkin* são os mais frequentes, enquanto para as mulheres surgem o cancro da glândula tiroideia e da mama [31].

O *ranking* dos diagnósticos principais no grupo de idades 25-44 anos, que hierarquiza os grupos de diagnósticos, encontra-se em anexo.

6.3. Mortalidade

Sobre a mortalidade geral, o quadro e a figura seguintes explicitam as principais causas de mortalidade: acidentes, morte violenta e causas externas, sem ignorar a importância relativa que os tumores ocupam. De facto, com a importante evolução favorável da taxa de mortalidade por causas externas (baixou de 33 para 23 óbitos por 100 000 habitantes, nos quinquénios estudados), observou-se uma alteração na primeira causa de morte neste grupo etário. Em 2009-2013 os tumores já causaram mais óbitos do que o conjunto de todas as causas externas de lesão e envenenamento.

Em termos de causas específicas, devem ser realçadas as elevadas taxas de mortalidade devidas a doença por infeção pelo VIH e a acidentes de transporte (ambas com 8 óbitos por 100 000 habitantes), não deixando de realçar o suicídio (7/100 000 habitantes) e a mortalidade por causa desconhecida (16/100 000 habitantes).

Quadro 17. Óbitos (N^o) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 25 e 44 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	20 599	130,8	15 467	102,6
Tumores	4 208	26,7	3 834	25,4
Tumores malignos	4 107	26,1	3 768	25,0
Tumor maligno da mama	516	3,3	525	3,5
Tumor maligno da laringe e traqueia, brônquios e pulmão	523	3,3	501	3,3
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	479	3,0	411	2,7
Tumor maligno do estômago	447	2,8	355	2,4
Tumor maligno do cólon	211	1,3	239	1,6
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	248	1,6	222	1,5
Tumor maligno do colo do útero	169	1,1	135	0,9
Tumor maligno do recto e ânus	119	0,8	102	0,7
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepática	100	0,6	101	0,7
Tumor maligno do pâncreas	86	0,5	87	0,6
Tumor maligno da pele	105	0,7	78	0,5
Tumor maligno do esófago	113	0,7	75	0,5
Tumor maligno do ovário	57	0,4	67	0,4
Tumor maligno do rim	34	0,2	48	0,3
Tumor maligno da bexiga	34	0,2	31	0,2
Tumor maligno de outras partes do útero	47	0,3	29	0,2
Causas externas de lesão e envenenamento	5 166	32,8	3 523	23,4
Acidentes	2 927	18,6	1 762	11,7
Acidentes de transporte	2 030	12,9	1 241	8,2
Quedas acidentais	168	1,1	111	0,7
Envenenamento acidental	80	0,5	52	0,3
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	1147	7,3	1 069	7,1
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	736	4,7	430	2,9
Homicídio, agressão	313	2,0	199	1,3
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	2 913	18,5	2 521	16,7
Causas desconhecidas e não especificadas	2 755	17,5	2 372	15,7
Doenças infecciosas e parasitárias	2 831	18,0	1 625	10,8
VIH/SIDA (doença por infecção pelo vírus humano de imunodeficiência)	2 337	14,8	1 286	8,5
Hepatite viral	88	0,6	114	0,8
Tuberculose	150	1,0	67	0,4
Doenças do aparelho circulatório	2 032	12,9	1 369	9,1
Doenças cerebrovasculares	676	4,3	483	3,2
Doença isquémica do coração	685	4,4	414	2,7
Outras doenças cardíacas	300	1,9	179	1,2
Doenças do aparelho digestivo	1 435	9,1	913	6,1
Doença crónica do fígado	891	5,7	564	3,7
Doenças do aparelho respiratório	648	4,1	479	3,2
Pneumonia	358	2,3	243	1,6
Doenças crónicas das vias respiratórias inferiores	78	0,5	54	0,4
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	454	2,9	409	2,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	304	1,9	247	1,6
Diabetes mellitus	150	1,0	117	0,8
Perturbações mentais e do comportamento	164	1,0	162	1,1
Abuso de álcool (incluindo psicose alcoólica)	104	0,7	80	0,5
Dependência de drogas, toxicomania	33	0,2	43	0,3
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	130	0,8	119	0,8
Malformações congénitas do aparelho circulatório	55	0,3	48	0,3
Doenças do aparelho geniturinário	161	1,0	98	0,7
Doenças do rim e ureter	135	0,9	57	0,4
Doenças do sistema ósteo-muscular / tecido conjuntivo	65	0,4	76	0,5
Doenças do sangue (órgãos hematopoéticos) e algumas alterações imunitárias	52	0,3	60	0,4

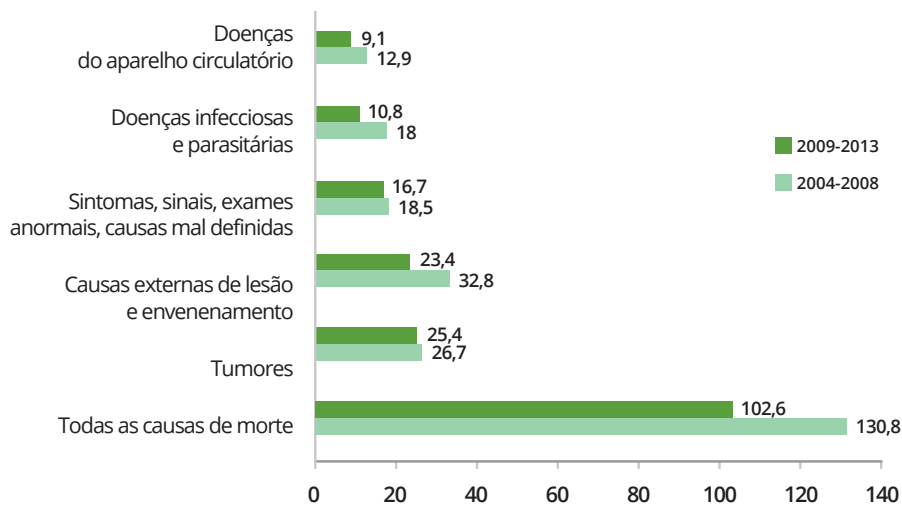
Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte – Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade da Lista Sucinta Europeia que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE, 2015

Figura 70. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 25-44 anos de idade



Fonte: INE, 2015

7. DO 45º AO 64º ANO DE IDADE

É nos adultos de meia-idade que incidem as ações de Saúde Pública que visam prevenir as doenças com maior incidência e prevalência e que, muitas vezes, são evitáveis. Neste grupo etário as doenças crónicas não transmissíveis, como doenças oncológicas, cérebro e cardiovasculares, respiratórias crónicas, diabetes e obesidade constituem preocupação que impõe um diagnóstico precoce, a fim de assegurar resposta rápida. Por este motivo são planeados programas de prevenção secundária, nomeadamente rastreio aos cancros colon-retal, colo do útero e mama, bem como à retinopatia diabética.

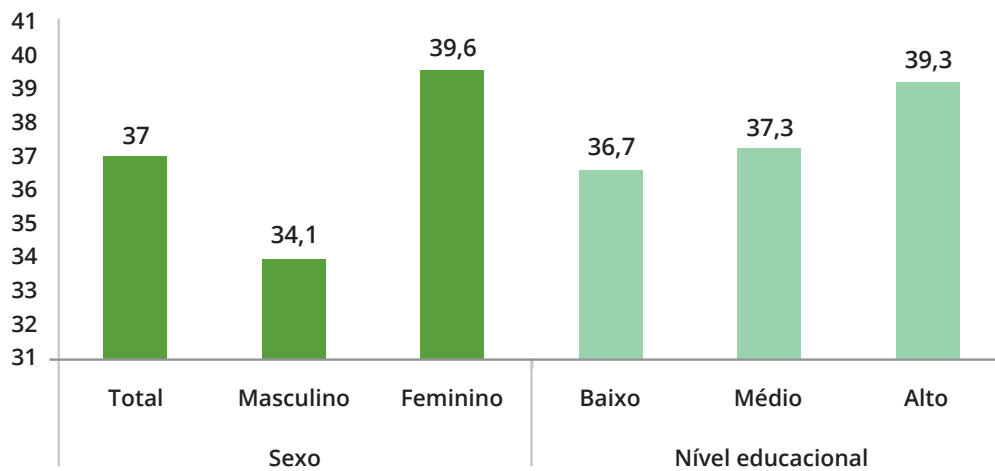
Além disso, são quase todas doenças altamente influenciadas, no que respeita à sua frequência, pelos comportamentos e estilos de vida.

7.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de saúde

A figura 71, ao analisar a esperança de viver aos 45 anos, permite perceber que, apesar da diferença de género ser acentuada (cerca de 5 anos), existe já uma diminuição face à diferença verificada à nascença.

No que se refere à esperança de viver por nível de escolaridade a diferença é bem notória, existindo um aumento de anos de vida diretamente relacionado com a escolaridade.

Figura 71. Esperança de vida aos 45 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)

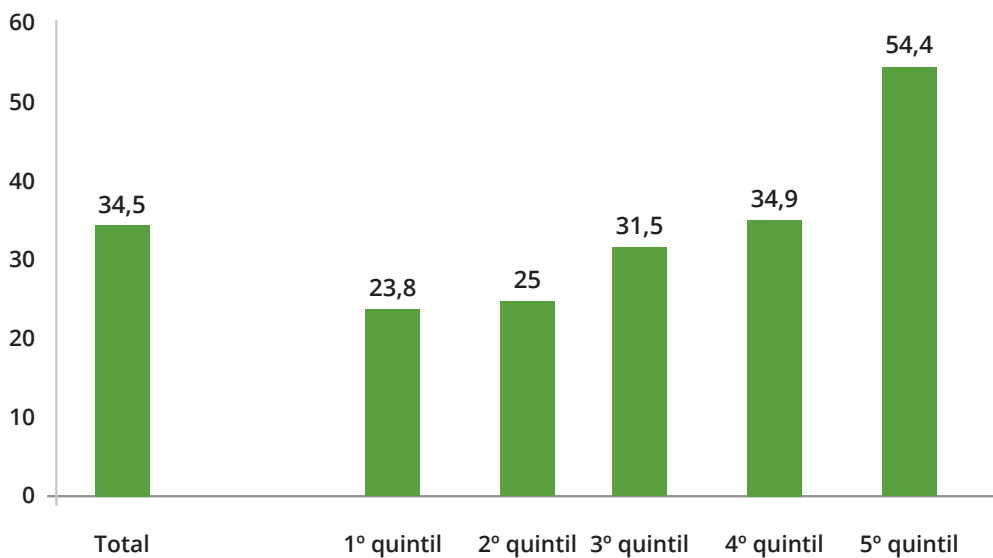


Nota: o nível educacional baixo corresponde à escolaridade até ao 3.º ciclo do ensino básico, o nível educacional médio corresponde à frequência ou completude do ensino secundário e o nível educacional alto corresponde à frequência ou completude do ensino superior.

Fonte: EUROSTAT, 2015

De igual modo se verifica que quanto maior o rendimento, melhor a autoapreciação do estado de saúde (mais visível no último quintil de rendimento).

Figura 72. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou Muito bom) na população residente dos 45 aos 64 anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)

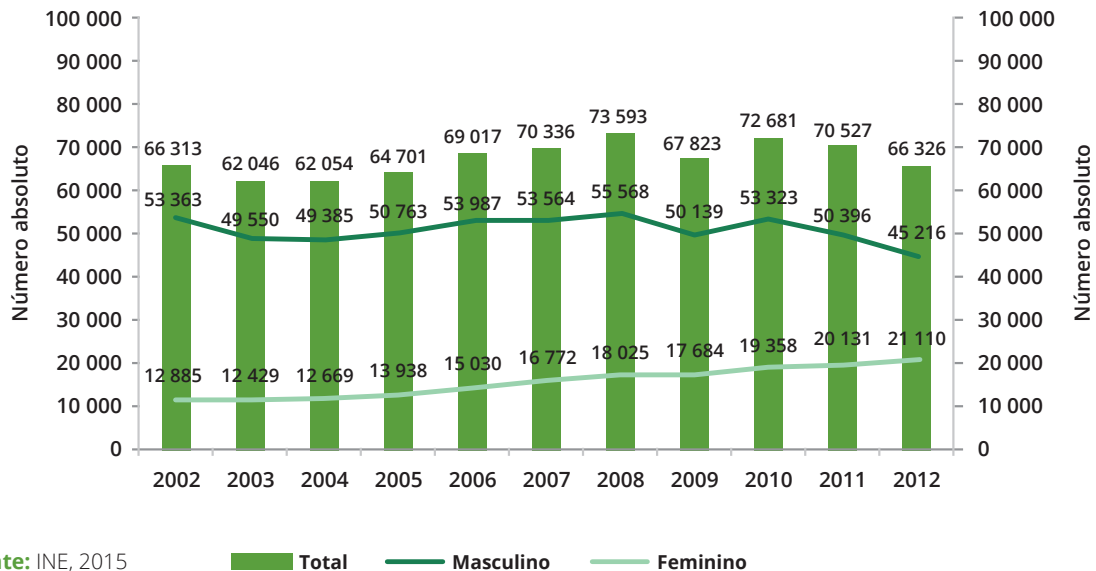


Fonte: EUROSTAT, 2015

7.2. Acidentes de trabalho

O número absoluto de acidentes de trabalho neste grupo etário mostra uma ligeira tendência de redução no sexo masculino e de ligeiro aumento no sexo feminino (figura 73).

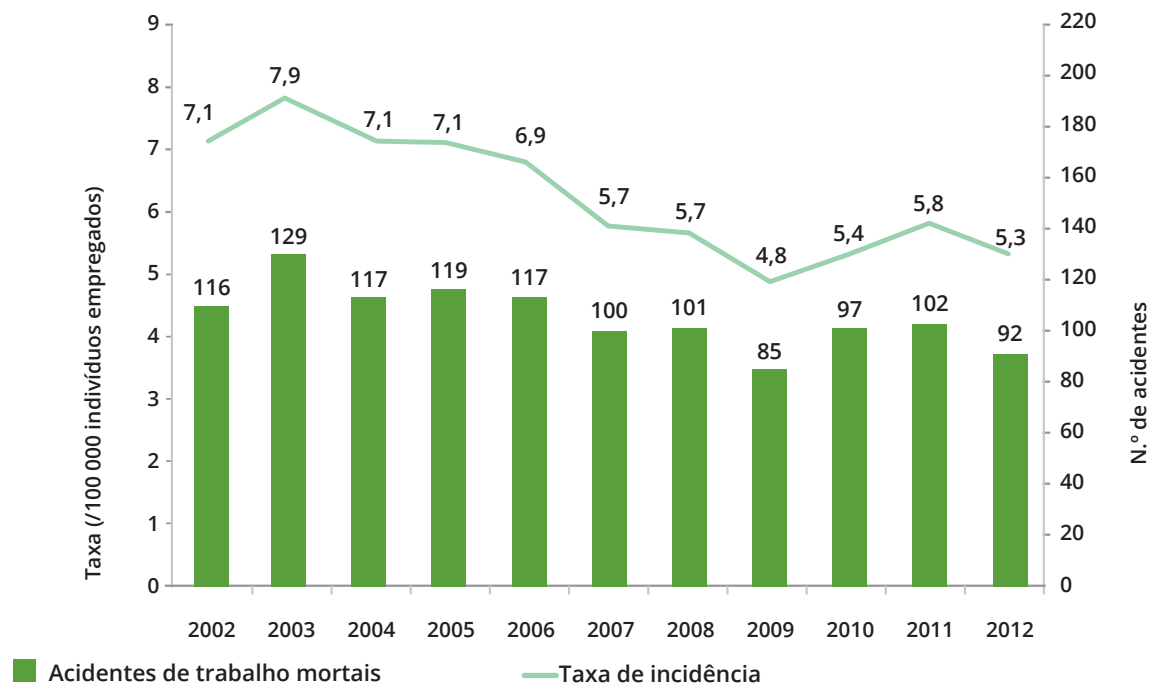
Figura 73. Evolução do número de acidentes de trabalho em Portugal, por sexo no grupo etário 45-64 anos (2002-2012)



Fonte: INE, 2015

Neste grupo etário a taxa de incidência é maior que no grupo etário dos 25-44 anos, e apresenta uma tendência de diminuição mais lenta, com relativa estabilização nos últimos 6 anos (2007-2012).

Figura 74. Evolução do número de acidentes de trabalho mortais na população empregada dos 45 aos 64 anos (número e taxa de incidência por 100 000 trabalhadores), Portugal (2002-2012)



Nota: No cálculo da taxa de incidência, o denominador tem por base os dados do Inquérito ao Emprego do INE: série 1998 para os anos de 2002 a 2010 e série 2011 para os anos de 2011 e 2012.

Fonte: Elaborado pela DGS com base em dados do INE, 2015

7.3. Morbilidade

Para o ano 2013, os resultados divulgados pelo EUROSTAT, com base no Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), mostram que neste grupo etário a proporção da população que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado foi de 46%: mais elevada nas mulheres (50%) do que nos homens (41%). Segundo o mesmo inquérito 27,5% da população deste grupo etário apresenta algum tipo de limitação relacionada com problemas de saúde. Quanto à gravidade da limitação, verifica-se que 8,4% da população apresenta “limitações severas”. A análise por sexo permite identificar predominância das situações de restrição no sexo feminino, conforme demonstra o quadro 18.

Quadro 18. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com idade entre 45 e 64 anos (percentagem) por sexo, Portugal (2013)

Tipo de limitação	Total	M	F
Nada limitado	72,6	77,6	68,0
Limitado, mas não severamente	19,1	14,8	22,9
Severamente limitado	8,4	7,6	9,1

Fontes: EUROSTAT, 2015

Nesta etapa do ciclo de vida as doenças crónicas adquirem maior expressão. Salientam-se as seguintes: cancro (nomeadamente dos aparelhos respiratório e digestivo e da mama), doenças cérebro e cardiovasculares e doenças respiratórias crónicas, para além da diabetes já abordada no primeiro capítulo.

Neste grupo etário as taxas de incidência de tumores malignos aumentam de 318/100 000 habitantes (dos 45 aos 49 anos) para 870/100 000 habitantes (dos 60 aos 64 anos). Mais frequentes entre a população masculina são os cancros da traqueia, brônquios e pulmão e da próstata. O cancro da mama ocupa a posição cimeira na população feminina, secundado pelo cancro da glândula tiroideia nos grupos etários mais baixos e pelo cancro do cólon para as mulheres acima dos 55 anos [31].

Na década dos 50 aos 59 anos de idade, estima-se que 10% da população tenha doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) [51], prevalência que representa um problema de Saúde Pública.

Outra questão a considerar neste grupo etário são as Doenças de Declaração Obrigatória (DDO), nas quais a infeção por VIH/SIDA e a tuberculose são as mais notificadas. No que respeita à tuberculose entre 2008 e 2013, a taxa de incidência de tuberculose no grupo etário dos adultos de meia-idade apresentou uma tendência de decréscimo, acompanhando a evolução da taxa global, ainda que se encontre acima desta.

Detalhes referentes às doenças que causaram maior número de episódios de recurso aos hospitais (internamentos e procura de cuidados de urgência) de Portugal Continental encontram-se em anexo.

7.4. Mortalidade

O quadro e figura seguintes incluem o número de óbitos e a respetiva taxa de mortalidade calculados para os dois quinquénios (2004-2008 e 2009-2013), em Portugal, por causa de morte, de acordo com a Lista Sucinta Europeia. Neste grupo etário também se observa decréscimo da taxa de mortalidade geral: de 535 para 500 óbitos por 100 000 habitantes, ou seja variação relativa de menos 7%.

Destaca-se a mortalidade causada por tumores, agravada por uma evolução desfavorável: aumento da taxa de mortalidade de 216 para 220 óbitos por 100 000 habitantes, entre quinquénios. As doenças do aparelho circulatório ascendem a segunda grande causa de mortalidade, passando as causas externas para a 4.ª posição. Como causas específicas mais relevantes são de referir: tumor maligno da laringe e traqueia, brônquios e pulmão (50/100 000 habitantes), doenças isquémicas cardíacas (29/100 000 habitantes), doenças cerebrovasculares (28/100 000 habitantes) e doença crónica do fígado (22/100 000 habitantes). Ainda a destacar o elevado número de óbitos de causa desconhecida, que corresponde a 46 óbitos por 100 000 habitantes.

Quadro 19. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 45 e 64 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	70 037	535,0	70 151	500,2
Tumores	28 345	216,5	30 799	219,6
Tumores malignos	27 964	213,6	30 514	217,6
Tumor maligno da laringe e traqueia, brônquios e pulmão	6 194	47,3	7 007	50,0
Tumor maligno do estômago	2 780	21,2	2 697	19,2
Tumor maligno da mama	2 521	19,3	2 618	18,7
Tumor maligno do cólon	2 234	17,1	2 342	16,7
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	1 744	13,3	1 820	13,0
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	1 505	11,5	1 779	12,7
Tumor maligno do pâncreas	1 162	8,9	1 428	10,2
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepática	981	7,5	1 271	9,1
Tumor maligno do esófago	1 105	8,4	1 203	8,6
Tumor maligno do recto e ânus	997	7,6	1 158	8,3
Tumor maligno da bexiga	440	3,4	582	4,1
Tumor maligno do ovário	564	4,3	543	3,9
Tumor maligno da próstata	446	3,4	502	3,6
Tumor maligno do colo do útero	407	3,1	426	3,0
Tumor maligno do rim	355	2,7	412	2,9
Tumor maligno de outras partes do útero	414	3,2	411	2,9
Tumor maligno da pele	284	2,2	330	2,4
Doenças do aparelho circulatório	13 122	100,2	11 198	79,8
Doença isquémica do coração	5 080	38,8	4 075	29,1
Doenças cerebrovasculares	4 684	35,8	3 974	28,3
Outras doenças cardíacas	1 451	11,1	1 287	9,2
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	7 207	55,0	7 179	51,2
Causas desconhecidas e não especificadas	6 344	48,5	6 425	45,8
Causas externas de lesão e envenenamento	5 368	41,0	5 267	37,6
Acidentes	2 547	19,5	2 196	15,7
Acidentes de transporte	1 435	11,0	1 197	8,5
Quedas acidentais	327	2,5	330	2,4
Envenenamento acidental	30	0,2	37	0,3
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	1 520	11,6	1 809	12,9
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	987	7,5	905	6,5
Homicídio, agressão	200	1,5	185	1,3
Doenças do aparelho digestivo	5 528	42,2	5 081	36,2
Doença crónica do fígado	3 279	25,0	3 057	21,8
Úlcera do estômago, duodeno e intestino	132	1,0	125	0,9
Doenças do aparelho respiratório	3 004	22,9	2 994	21,3
Pneumonia	1 138	8,7	1 151	8,2
Doenças crónicas das vias respiratórias inferiores	842	6,4	785	5,6
Asma e estado de mal asmático	60	0,5	76	0,5
Doenças infecciosas e parasitárias	2 410	18,4	2 362	16,8
VIH/SIDA (doença por infeção pelo vírus humano de imunodeficiência)	1 226	9,4	1 181	8,4
Hepatite viral	109	0,8	238	1,7
Tuberculose	284	2,2	227	1,6
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2 160	16,5	2 200	15,7
Diabetes mellitus	1 784	13,6	1 626	11,6
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	1 247	9,5	1 393	9,9
Meningite	56	0,4	43	0,3
Doenças do aparelho geniturinário	791	6,0	633	4,5
Doenças do rim e ureter	656	5,0	442	3,2
Perturbações mentais e do comportamento	339	2,6	458	3,3
Abuso de álcool (incluindo psicose alcoólica)	260	2,0	290	2,1
Doenças do sistema ósteo-muscular / tecido conjuntivo	209	1,6	260	1,9
Artrite reumatóide e osteoartrose	67	0,5	39	0,3
Doenças do sangue (órgãos hematopoéticos) e algumas alterações imunitárias	140	1,1	166	1,2
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	120	0,9	128	0,9
Malformações congénitas do aparelho circulatório	35	0,3	29	0,2
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	46	0,4	33	0,2

Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte - Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

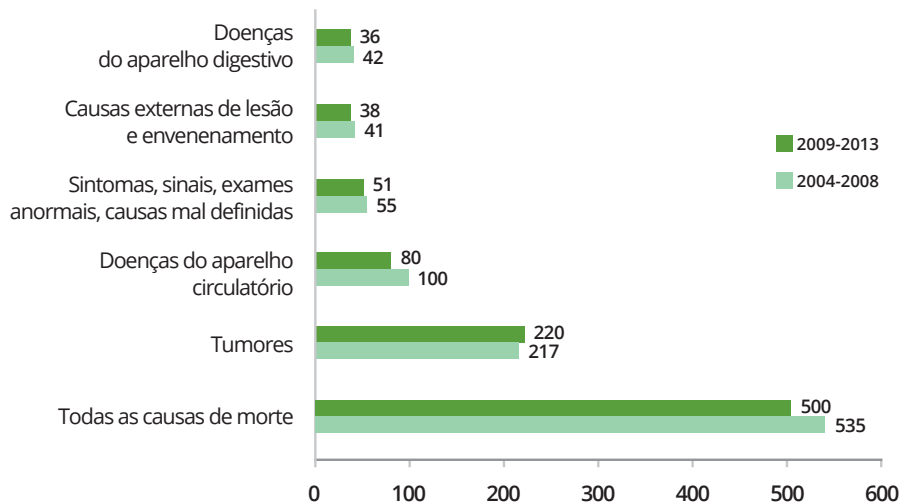
Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade da Lista Sucinta Europeia que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE, 2015

No *ranking* das dez causas de morte mais frequentes apenas se verifica uma alteração de posicionamento do quinquénio de 2004-2008 para 2009-2013: as causas externas de lesão e envenenamento ultrapassam as doenças do aparelho digestivo, passando a ser a quarta causa de morte mais frequente. Apesar deste registo, salienta-se que ambas as situações revelam um decréscimo nos seus valores absolutos e relativos, apenas mais acentuado no caso das doenças do aparelho digestivo.

A leitura das causas específicas de morte permite verificar que no caso dos tumores, aqueles que apresentam algum grau de malignidade são os mais frequentes e que dentro destes os tumores do aparelho digestivo, respiratório e da mama prevalecem, com um aumento ao longo do tempo. Nas doenças do aparelho circulatório a doença isquémica do coração e as doenças cerebrovasculares são as responsáveis por maior número de mortes.

Figura 75. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade na população do grupo etário 45-64 anos de idade



Fonte: INE, 2015

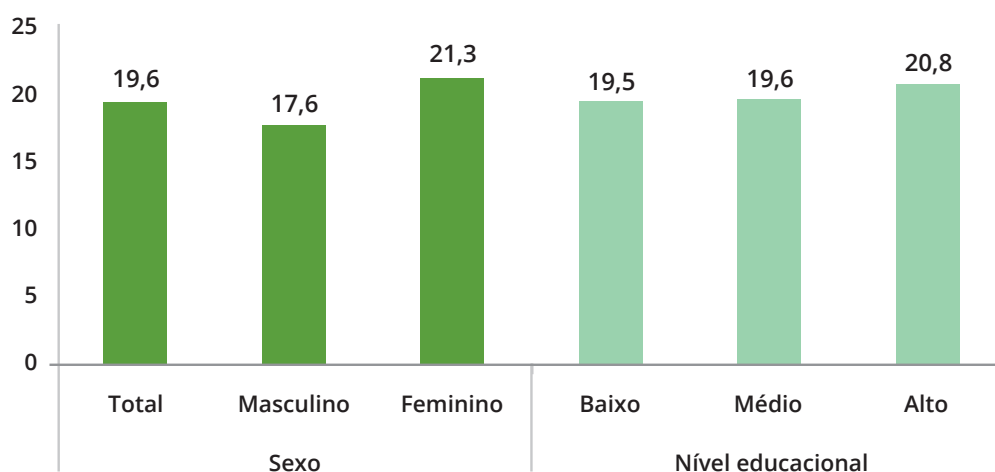
8. DO 65º AO 74º ANO DE IDADE

A população residente entre os 65 e os 74 anos exige pela sua magnitude (cerca de um milhão de habitantes) e pelas características próprias do grupo etário (multimorbilidades), atenção especial quer pelo setor da Saúde quer pelo da Segurança Social, entre outros.

8.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de Saúde

A figura 76 mostra a diferença da esperança de viver aos 65 anos de idade por sexos e, igualmente, por nível educacional. A diferença de género (*gender gap*) é agora inferior à verificada aos 45 anos e à nascença uma vez que é de apenas três anos, sem variações aparentes em função do nível educacional.

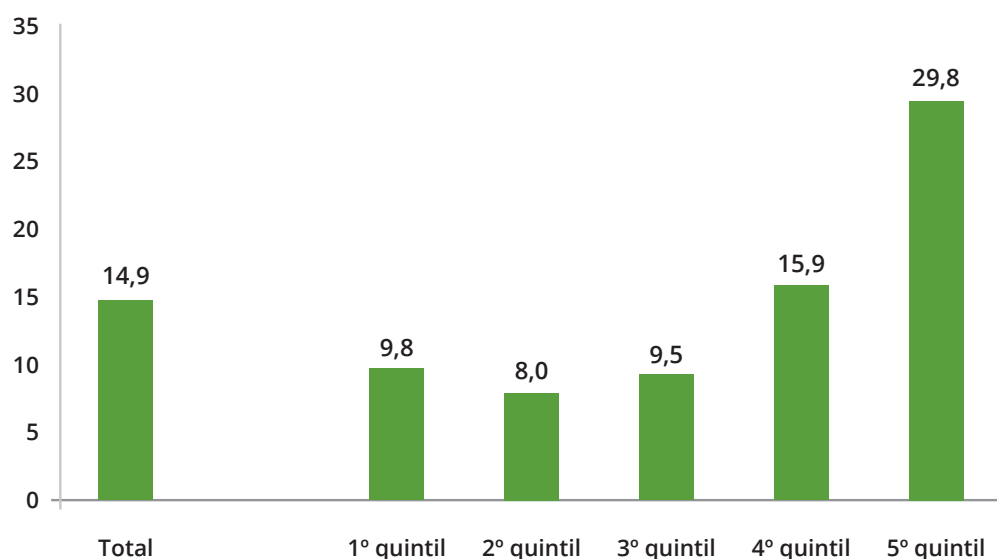
Figura 76. Esperança de viver aos 65 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)



Fonte: EUROSTAT, 2015

O gráfico seguinte (figura 77) revela que cerca de 15% da população dos 65 aos 74 anos de idade considera ter um estado de saúde “muito bom” ou “bom”. Existe uma relação indiscutível entre o rendimento e a autoapreciação positiva do estado de saúde dado que esta triplica no último quintil comparativamente com cada um dos três primeiros.

Figura 77. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou muito bom) na população residente dos 65 aos 74 anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)



Fonte: EUROSTAT, 2015

8.2. Morbilidade

Os resultados do ICOR 2013 mostram que no grupo etário dos 65 aos 74 anos a proporção da população que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado foi de 65%. A proporção é mais elevada nas mulheres (66%) do que nos homens (62%).

Quanto à limitação na realização de atividades devido a problema de saúde, verifica-se que cerca de 44% da população neste grupo etário se encontra com restrições à sua atividade, sendo que 16% apresenta limitações severas. Note-se a predominância do sexo feminino na limitação para a realização de atividades (quadro 20).

Quadro 20. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com idade entre 65 e 74 anos (percentagem) por sexo, Portugal (2013)

Tipo de limitação	Total	M	F
Nada limitado	56,0	61,5	51,4
Limitado, mas não severamente	27,6	24,2	30,4
Severamente limitado	16,5	14,3	18,2

Fontes: EUROSTAT, 2015

Sobre o perfil de morbilidade regista-se a mudança que coloca as doenças cérebro e cardiovasculares como o principal problema de Saúde neste grupo etário (em lugar do cancro como verificado no grupo etário anterior). Esta situação pode ser verificada no anexo relativo aos episódios de recurso aos hospitais de Portugal Continental.

Em termos de incidência, as doenças oncológicas mais frequentes no grupo etário em análise são discriminadas nos quadros 21 e 22 que refletem as tabelas do Registo Oncológico Nacional (RON) mais recentes, referentes a 2008 [31].

Quadro 21. Taxa de incidência no grupo etário 65-69 anos, por sexo (/100 000 habitantes), Portugal, 2008 – Registo Oncológico Nacional

Topografia	Sexo masculino	Topografia	Sexo feminino
Estômago	87,9	Linfoma não Hodgkin	36,9
Reto	103,7	Estômago	49,4
Traqueia, brônquios e pulmão	169,4	Corpo do útero	51,5
Cólon	172,9	Cólon	98,7
Próstata	430,6	Mama	214,4

Fontes: RON, 2008

Quadro 22. Taxa de incidência no grupo etário 70-74 anos, por sexo (/100 000 habitantes), Portugal, 2008 – Registo Oncológico Nacional

Topografia	Sexo masculino	Topografia	Sexo feminino
Reto	121,4	Reto	47,6
Estômago	131,1	Corpo do útero	54,8
Traqueia, brônquios e pulmão	204,4	Estômago	57,7
Cólon	224,3	Cólon	111,1
Próstata	534,8	Mama	199,6

Fontes: RON, 2008

A leitura dos quadros apresentados revela que a topografia de cancro que mais afeta a população nestas idades é o cancro da próstata nos homens e o cancro da mama nas mulheres, seguidos pelo cancro do cólon em ambos os sexos. Salienta-se, ainda, a incidência dos cancros do aparelho digestivo, que englobam estômago, cólon e reto, que se encontram em ambos os quadros como responsáveis por mais novos casos de cancro. É, também, evidente no sexo masculino o cancro do aparelho respiratório e no feminino o do corpo do útero.

Outro aspeto relevante acerca da morbilidade da população desta idade relaciona-se com a existência, em 2014, de 11 350 cidadãos em programas de diálise devido a insuficiência renal crónica, sendo que, destes, 6 546 tinham 65 ou mais anos.

No que respeita a doenças respiratórias, na década dos 60 aos 69 anos de idade são 18% os cidadãos com DPOC [51].

8.3. Mortalidade

O quadro e a figura seguintes incluem o número de óbitos e a respetiva taxa de mortalidade calculados para os dois quinquénios (2004-2008 e 2009-2013) em Portugal por causa de morte, de acordo com a Lista Sucinta Europeia. A taxa de mortalidade geral é naturalmente elevada neste grupo etário (1582/100 000 habitantes) apesar de uma diminuição de 14% em relação à taxa observada no quinquénio 2004-2008.

As três grandes causas de morte neste grupo etário são os tumores, as doenças do aparelho circulatório e as doenças do aparelho respiratório. Verificou-se evolução temporal favorável das respetivas taxas de mortalidade, com especial destaque para a descida da mortalidade devida a doenças do aparelho circulatório (decréscimo relativo de 26%, entre os quinquénios estudados).

Apesar da acentuada queda da respetiva taxa de mortalidade, as doenças cerebrovasculares ainda constituem a causa específica mais destacada nestas idades, tendo provocado 160 óbitos por 100 000 habitantes. Seguem-se as doenças isquémicas cardíacas, também com evolução positiva, baixando para 115/100 000 habitantes no quinquénio mais recente. O tumor maligno da laringe e traqueia e brônquios e pulmão ocupa a 3.ª posição, tendo aumentado ligeiramente (de 111 para 114/100 000 habitantes). A taxa de mortalidade por diabetes é também relevante neste grupo etário (80/100 000 habitante).

Quadro 23. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 65 e 74 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	93 517	1 842,6	81 552	1 582,5
Tumores	31 031	611,4	31 046	602,4
Tumores malignos	30 427	599,5	30 579	593,4
Tumor maligno da laringe e traqueia / brônquios / pulmão	5 638	111,1	5 899	114,5
Tumor maligno do cólon	3 255	64,1	3 195	62,0
Tumor maligno do estômago	3 169	62,4	2 866	55,6
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	2 440	48,1	2 533	49,2
Tumor maligno do pâncreas	1 540	30,3	1 730	33,6
Tumor maligno da mama	1 715	33,8	1 692	32,8
Tumor maligno da próstata	1 762	34,7	1 576	30,6
Tumor maligno do reto e ânus	1 318	26,0	1 366	26,5
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepática	1 126	22,2	1 363	26,4
Tumor maligno da bexiga	838	16,5	897	17,4
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	650	12,8	776	15,1
Tumor maligno do esófago	695	13,7	655	12,7
Tumor maligno de outras partes do útero	539	10,6	564	10,9
Tumor maligno do ovário	543	10,7	497	9,6
Tumor maligno do rim	434	8,6	470	9,1
Tumor maligno da pele	258	5,1	307	6,0
Tumor maligno do colo do útero	227	4,5	248	4,8
Doenças do aparelho circulatório	26 543	523,0	20 008	388,2
Doenças cerebrovasculares	11 443	225,5	8 251	160,1
Doença isquémica do coração	7 915	155,9	5 916	114,8
Outras doenças cardíacas	3 528	69,5	2 652	51,5
Doenças do aparelho respiratório	7 110	140,1	6 317	122,6
Pneumonia	2 472	48,7	2 405	46,7
Doenças crónicas das vias respiratórias inferiores	2 274	44,8	1 896	36,8
Asma e estado de mal asmático	74	1,5	66	1,3
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	8 437	166,2	6 038	117,2
Causas desconhecidas e não especificadas	6 723	132,5	4 679	90,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	5 349	105,4	4 773	92,6
Diabetes <i>mellitus</i>	4 881	96,2	4 120	79,9
Doenças do aparelho digestivo	4 799	94,6	4 175	81,0
Doença crónica do fígado	1 907	37,6	1 665	32,3
Úlcera do estômago, duodeno e intestino	213	4,2	165	3,2
Causas externas de lesão e envenenamento	3 604	71,0	3 005	58,3
Acidentes	1 643	32,4	1 265	24,5
Acidentes de transporte	851	16,8	595	11,5
Quedas acidentais	317	6,2	300	5,8
Suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente	984	19,4	853	16,6
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	766	15,1	657	12,7
Homicídio, agressão	77	1,5	53	1,0
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	2 230	43,9	2 175	42,2
Doenças infecciosas e parasitárias	1 744	34,4	1 641	31,8
VIH/SIDA (doença por infeção pelo vírus humano de imunodeficiência)	250	4,9	203	3,9
Tuberculose	271	5,3	192	3,7
Hepatite viral	80	1,6	96	1,9
Doenças do aparelho geniturinário	1 792	35,3	1 472	28,6
Doenças do rim e ureter	1 377	27,1	929	18,0
Doenças do sistema osteomusculares / tecido conjuntivo	242	4,8	306	5,9
Artrite reumatóide e osteoartrose	91	1,8	78	1,5
Perturbações mentais e do comportamento	257	5,1	296	5,7
Abuso de álcool (incluindo psicose alcoólica)	118	2,3	112	2,2
Doenças do sangue (órgãos hematopoéticos) e algumas alterações imunitárias	241	4,7	233	4,5
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	115	2,3	48	0,9

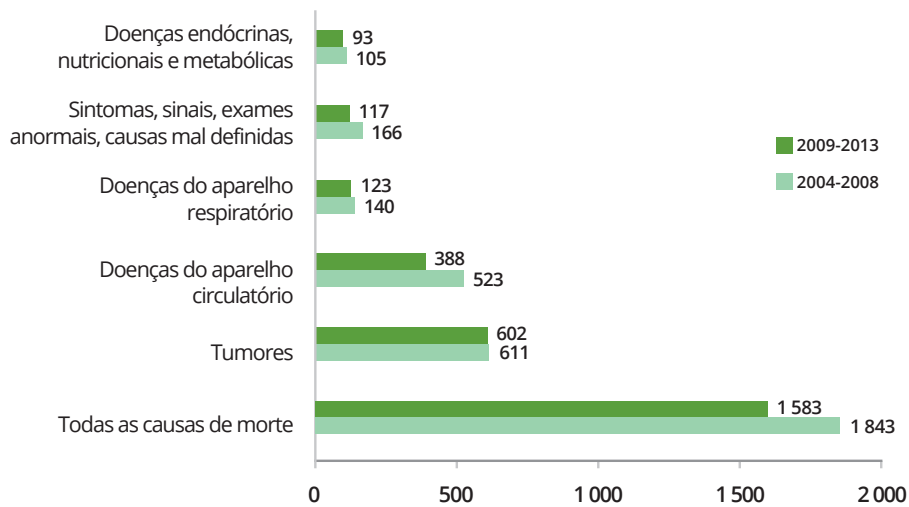
Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte - Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade da Lista Sucinta Europeia que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE, 2015

Figura 78. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 65-74 anos de idade



Fonte: INE, 2015

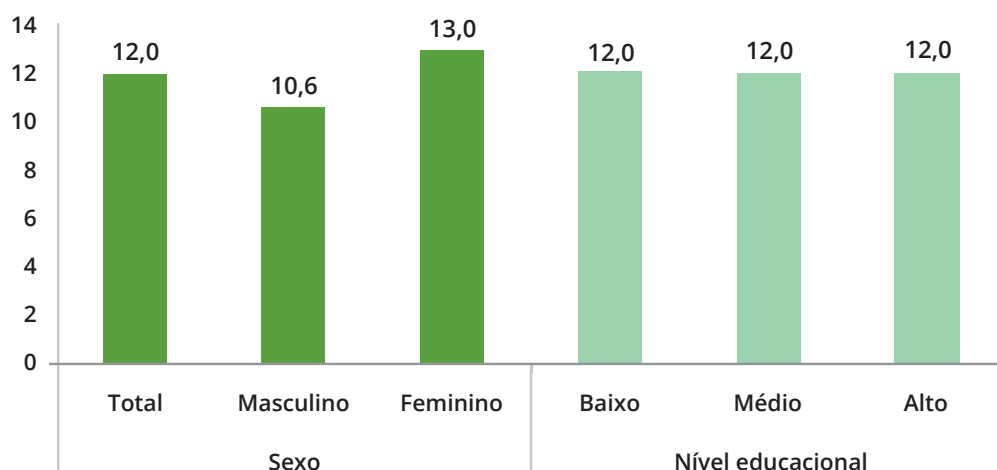
9. 75 OU MAIS ANOS DE IDADE

Cada vez mais, como já assinalado, as idades incluídas neste grupo etário (designado também como “grandes idosos” a partir dos 85 anos de idade) assumem expressão quantitativa (cerca de um milhão de habitantes, dos quais 200 mil com 85 ou mais anos) e qualitativa em termos de *burden* devido a doenças crónicas, incapacidade e dependência.

9.1. Esperança de viver e autoapreciação do estado de Saúde

A figura 79 revela uma significativa descida na diferença da esperança de vida aos 75 anos entre géneros (*gender gap*) visto que não vai além de 2,4 anos e ausência de variação em função do nível educacional, passando a ser o único grupo etário sem oscilações.

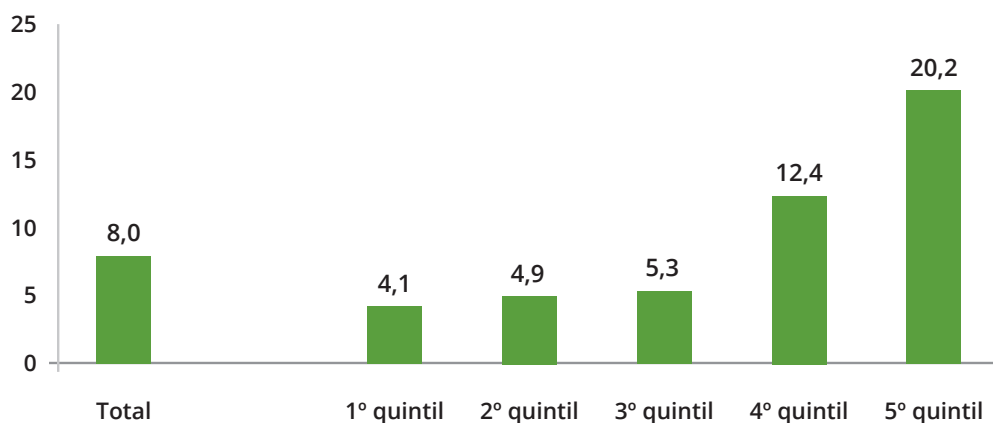
Figura 79. Esperança de viver aos 75 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)



Fonte: EUROSTAT, 2015

A figura 80 demonstra a relação entre o rendimento e a autoapreciação positiva do estado de Saúde, que é quántupla no último quintil quando comparada ao primeiro.

Figura 80. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Muito bom ou Bom) na população residente de 75 ou mais anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)



Fonte: EUROSTAT, 2015

9.2. Morbilidade

Os resultados do ICOR 2013 mostram que no grupo etário dos 75 ou mais anos a proporção da população que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado foi de 75%. A proporção é mais elevada nas mulheres (77%) do que nos homens (71%).

Quanto à limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde, 59% da população apresentou alguma limitação e 28% referiu ter restrições severas à sua atividade.

Quadro 24. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com 75 ou mais anos de idade (percentagem) por sexo, Portugal (2013)

Tipo de limitação	Total	M	F
Nada limitado	41,3	47,8	37,2
Limitado, mas não severamente	31,0	26,7	33,6
Severamente limitado	27,8	25,5	29,2

Fontes: EUROSTAT, 2015

Um forte contributo para estas limitações é, seguramente, a elevada prevalência autorreportada de doenças crónicas em Portugal que, por grupos etários, é de 54% na população de idade igual ou superior a 75 anos [32].

Sobre o perfil de morbilidade interessa ainda mencionar a topografia das doenças oncológicas mais frequentes por grupos etários disponibilizada no RON de 2008 [31]:

- i) dos 75 aos 84 anos, para o sexo masculino, é a próstata seguida do cólon e do pulmão; para o sexo feminino é a mama, cólon e estômago;
- ii) acima dos 85 anos de idade, para o sexo masculino é a próstata, cólon e estômago; para o sexo feminino é a mama, cólon e estômago.

A doença pulmonar obstrutiva crónica representa, pela sua magnitude, um problema grave, uma vez que afeta mais de 30% da população deste grupo etário [51].

9.3. Mortalidade

O quadro e a figura seguintes incluem o número de óbitos e a respetiva taxa de mortalidade calculados para os dois quinquénios (2004-2008 e 2009-2013) em Portugal, por causa de morte, de acordo com a Lista Sucinta Europeia. Este é o grupo etário com taxa de mortalidade geral mais elevada, como seria de esperar. Ainda assim, observa-se diminuição da mortalidade entre os dois quinquénios: de 8001 para 7443 óbitos por 100 000 habitantes (-7%).

As doenças do aparelho circulatório passam a principal causa de morte, descendo a mortalidade por tumores para a 2.ª posição. No entanto, deve ser realçado que a evolução temporal é distinta: a mortalidade por doenças do aparelho circulatório diminui (-15%) ao passo que a mortalidade por tumores tem vindo a aumentar (+2%). Também aumentou a mortalidade por doenças do aparelho respiratório (+5%) e por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (+6%).

Como causas específicas de mortalidade na população com 75 ou mais anos sobressaem as doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas e outras doenças cardíacas, a pneumonia e a diabetes.

Quadro 25. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade de 75 e mais anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013

Causa de morte	2004-2008		2009-2013	
	Óbitos	Taxa	Óbitos	Taxa
Todas as causas de morte	328 583	8 000,8	355 606	7 443,1
Doenças do aparelho circulatório	132 265	3 220,6	130 048	2 722,0
Doenças cerebrovasculares	60 083	1 463,0	54 851	1 148,1
Outras doenças cardíacas	25 703	625,9	27 181	568,9
Doença isquémica do coração	27 086	659,5	25 265	528,8
Tumores	52 872	1 287,4	62 585	1 309,9
Tumores malignos	51 345	1 250,2	60 899	1 274,7
Tumor maligno do cólon	6 465	157,4	7 583	158,7
Tumor maligno da laringe e traqueia / brônquios / pulmão	5 711	139,1	6 844	143,2
Tumor maligno da próstata	6 242	152,0	6 749	141,3
Tumor maligno do estômago	5 550	135,1	5 834	122,1
Tumor maligno do tecido linfático / hematopoético	3 976	96,8	5 389	112,8
Tumor maligno da mama	2 861	69,7	3 556	74,4
Tumor maligno do pâncreas	2 460	59,9	3 141	65,7
Tumor maligno da bexiga	2 217	54,0	2 891	60,5
Tumor maligno do reto e ânus	2 374	57,8	2 866	60,0
Tumor maligno do fígado e das vias biliares intra-hepática	1 500	36,5	1 980	41,4
Tumor maligno de outras partes do útero	909	22,1	1 082	22,6
Tumor maligno do rim	697	17,0	977	20,4
Tumor maligno do lábio, cavidade bucal e faringe	663	16,1	816	17,1
Tumor maligno do esófago	796	19,4	801	16,8
Tumor maligno do ovário	652	15,9	783	16,4
Tumor maligno da pele	339	8,3	488	10,2
Tumor maligno do colo do útero	274	6,7	347	7,3
Doenças do aparelho respiratório	42 986	1 046,7	52 457	1 098,0
Pneumonia	18 749	456,5	24 565	514,2
Doenças crónicas das vias respiratórias inferiores	9 560	232,8	11 120	232,7
Asma e estado de mal asmático	351	8,5	455	9,5
Gripe	94	2,3	100	2,1
Sintomas, sinais, exames anormais, causas mal definidas	38 428	935,7	32 750	685,5
Causas desconhecidas e não especificadas	15 654	381,2	12 334	258,2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	17 133	417,2	21 124	442,1
Diabetes <i>mellitus</i>	14 616	355,9	17 424	364,7
Doenças do aparelho geniturinário	10 562	257,2	12 737	266,6
Doenças do rim e ureter	7 872	191,7	7 602	159,1
Doenças do aparelho digestivo	10 816	263,4	12 650	264,8
Doença crónica do fígado	1 246	30,3	1 147	24,0
Úlcera do estômago, duodeno e intestino	854	20,8	769	16,1
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos	8 332	202,9	11 752	246,0
Meningite	52	1,3	57	1,2
Causas externas de lesão e envenenamento	6 895	167,9	8 011	167,7
Acidentes	3 099	75,5	3 158	66,1
Quedas acidentais	1 178	28,7	1 084	22,7
Acidentes de transporte	816	19,9	796	16,7
Envenenamento acidental	39	0,9	54	1,1
Lesões em que se ignora se foram acidental ou intencionalmente infligidas	2 250	54,8	2 947	61,7
Suicídio e outras lesões autoinfligidas intencionalmente	1 168	28,4	1 331	27,9
Homicídio, agressão	58	1,4	43	0,9
Doenças infecciosas e parasitárias	4 693	114,3	6 570	137,5
Tuberculose	589	14,3	592	12,4
Hepatite viral	90	2,2	130	2,7
VIH/SIDA (doença por infeção pelo vírus humano de imunodeficiência)	98	2,4	122	2,6
Perturbações mentais e do comportamento	1 213	29,5	2 089	43,7
Abuso de álcool (incluindo psicose alcoólica)	104	2,5	91	1,9
Doenças do sangue (órgãos hematopoéticos) e algumas alterações imunitárias	981	23,9	1 538	32,2
Doenças do sistema osteomusculares / tecido conjuntivo	656	16,0	1 075	22,5
Artrite reumatóide e osteoartrose	220	5,4	311	6,5
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	721	17,6	217	4,5

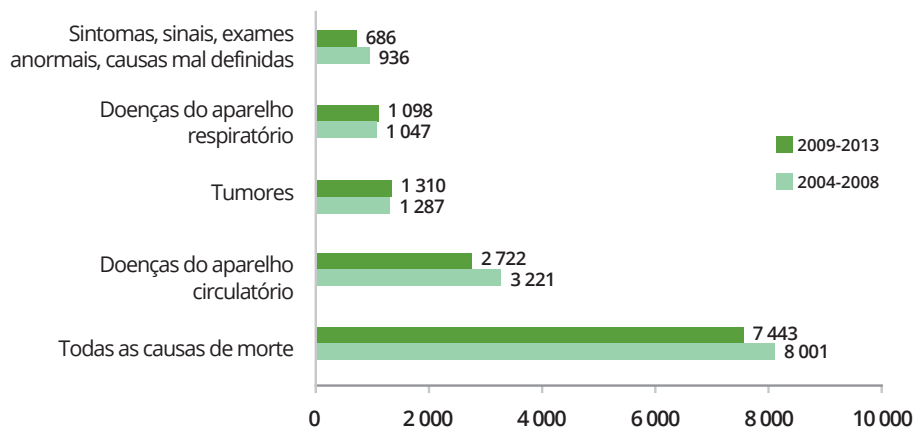
Legenda

Todas as causas de morte	Grandes grupos de causa de morte - Capítulos CID 10	Causas específicas de morte
--------------------------	---	-----------------------------

Nota: Não são apresentadas as causas de mortalidade da Lista Sucinta Europeia que, em cada quinquénio, causaram 25 óbitos ou menos, por as taxas apresentarem elevado erro padrão.

Fonte: INE, 2015

Figura 81. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade do grupo etário ≥75 anos de idade



Fonte: INE, 2015

CONCLUSÕES

Na última década (2004-2014), mantém-se, genericamente, a tendência positiva dos principais indicadores de Saúde em todas as fases da vida.

O nível de Saúde das cidadãs e dos cidadãos que residem em Portugal, no geral, tem apresentado ganhos ano após ano, atestados pela evolução dos principais indicadores, em particular no que se refere aos anos perdidos de vida saudável devido a doença, lesão ou fator de risco.

É notório o peso relativo (*burden*) que as doenças crónicas não transmissíveis passaram a representar. O grande desafio é saber, em termos prospetivos, qual o futuro a médio e longo prazo para a evolução das doenças oncológicas, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes. Impõem-se medidas que visem desacelerar as curvas epidémicas crescentes e, em alguns casos, descontroladas.

Também a transição demográfica, que associa a baixa natalidade ao aumento da proporção de idosos, constitui um grande desafio para a organização do sistema de Saúde. Aqueles problemas em concreto têm, no entanto, de ser atendidos numa dimensão multissetorial – no fundo, pela Sociedade, em geral.

Também é verdade que muitos especialistas insistem na necessidade de redobrar a atenção face aos êxitos alcançados por Portugal na área materno-infantil, visto que estes colocam um claro desafio no que se refere à sua manutenção.

A melhoria verificada em grande parte dos resultados é objetivada por indicadores de Saúde Pública clássicos. A este propósito, admite-se a possibilidade dos efeitos de crises económicas e sociais prolongadas terem reflexos em indicadores apenas a médio e longo prazo. Admite-se, igualmente, que a resiliência dos cidadãos, das famílias e das comunidades contribua para explicar os sucessivos ganhos em Saúde.

Há que estabelecer compromissos para a prevenção, nomeadamente: redução do sal nos alimentos, redução da diabetes e redução do tabagismo.

BIBLIOGRAFIA

- [1] World Health Organization (1946). Preamble of the Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf
- [2] Organization for Economic Co-operation and Development (2015). Disponível em: <http://www.oecdbetterlifeindex.org/pt/respostas/#PRT+GBR>
- [3] Pickin, C.; Leger, S. (1993). Assessing Health Need Using the Life Cycle Framework. Open University Press, Buckingham. Disponível em: <http://www.amazon.co.uk/Assessing-Health-Using-Cycle-Framework/dp/0335157424>
- [4] Matos, M. G. (2008). Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola. 4.ª edição (on-line, textos seleccionados), CDI / FMH. Disponível em: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Comunicacao.Gestao.de.conflitos.e.Saude_2005R.pdf
- [5] Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME. Disponível em: <http://www.healthdata.org/policy-report/global-burden-disease-generating-evidence-guiding-policy>
- [6] Instituto Nacional de Estatística (2015). Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008049&contexto=bd&selTab=tab2
- [7] EUROSTAT (2015). Disponível em: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- [8] Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde (2015). Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/utentes-portugueses-satisfeitos-com-o-sistema-de-saude.aspx>
- [9] Marmot, M.; Allen, J. J. Social Determinants of Health Equity. American Journal of Public Health: September 2014, Vol. 104, No. S4, pp. S517-S519. Disponível: <http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2014.302200>
- [10] Institute for Health Metrics and Evaluation (2015). Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010>
- [11] Polónia, J.; et al. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHISA study. Journal of Hypertension. Disponível em: www.jhypertension.com
- [12] European Commission (2014). Special Eurobarometer 412: Sport And Physical Activity. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_412_en.pdf
- [13] Matos, M. G.; et al (2014). A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014. Equipa Aventura Social. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/4814190715686-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referncia-Aventura-Social--A-Sade--dos-adolescentes-portugueses-Relatrio-HBSC-2014.pdf>
- [14] Instituto do Desporto de Portugal, I.P. Observatório Nacional da Actividade Física e Desporto (2011). Livro Verde da Actividade Física. Disponível em: <http://observatorio.idesporto.pt/Multimedia/Livros/Aptidao/LVAptidao.pdf>
- [15] Rito, A. I.; et al. (2012). Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2010. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/1109>

- [16] EPACI (2013), Estudo do Padrão Alimentar e de Crescimento Infantil: EPACI Portugal 2012 disponível em <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/numeros-e-factos/nutricao-e-alimentacao-por-idades-e-regioes/os-primeiros-1000-dias/epaci/>
- [17] Ferreira, J. S. (2010). Prevalência de obesidade infanto-juvenil: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental. Tese de Doutoramento. ENSP / UNL. Disponível em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/4263/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Joana%20Sousa%20Ferreira.pdf>
- [18] Carmo, I. et al. Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obes Rev.* 2008 Jan;9(1):11-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18034792>
- [19] Doll R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328:1519. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/early/2003/12/31/bmj.38142.554479.AE>
- [20] Jha, P.; et al. (2013). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *New England Journal of Medicine*, 368, 341-50. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1211128>
- [21] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2014). Portugal - Prevenção e Controlo do Tabagismo em números -2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- [22] European Commission (2015). Special Eurobarometer 429: Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_sum_en.pdf
- [23] Rehm, J. et al. (2009). Global Burden of Disease and Injury and Economic Cost Attributable to Alcohol Use and Alcohol-use Disorder. *The Lancet*, Vol. 373, pp. 2223-2233. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60746-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60746-7/abstract)
- [24] World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
- [25] Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). Relatório Anual 2013: A Situação do País em Matéria de Álcool. Disponível em: http://www.diretorioalcool.pt/investigacao/Relatrios/Relatorio_Anual_2013.pdf
- [26] Balsa, C.; Vital, C.; Urbano, C. (2014). III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, CESNOVA / SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- [27] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares (2014). Portugal- Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números-2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- [28] Cortez-Dias, N.; et al. Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. *Rev. Port. Cardiol.* 2013; 32(12):987---996. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=90260002&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=334&ty=46&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=334v32n12a90260002pdf001.pdf
- [29] Espiga de Macedo, M. et al. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev. Port. Cardiol.* 2007; 26 (1): 21-39. Disponível em: <http://www.spc.pt/dl/rpc/artigos/787.pdf>

- [30] Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (2015). Boletim Vacinação n.º 9. Disponível em: <http://www.dgs.pt/em-destaque/boletim-de-vacinacao-n9-abril-2015.aspx>
- [31] RORCentro (2014). Registo Oncológico Nacional 2008. Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil – EPE. Disponível em: http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2008.pdf
- [32] Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2014). EpiReumaPt: Estudo Epidemiológico das Doenças Reumáticas em Portugal. Disponível em: http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf
- [33] Caldas de Almeida, J.; Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lis-boa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- [34] Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Observatório Nacional da Diabetes (2014). Diabetes: Factos e Números 2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- [35] Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise. Divisão de Epidemiologia e Vigilância. (2015). Doenças de Declaração Obrigatória 2010-2013. Volume I. Disponível em: <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- [36] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose (2014). Portugal- nfeção VIH/SIDA e Tuberculose em Números-2014. disponível em <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>
- [37] Dias, S.; et al. Utilização de serviços de saúde relacionados com a infeção VIH por parte de homens gay: Acesso a informação, prevenção e teste. Revista Psicologia 2012, XXVI (1): 109- 128. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-20492012000100007&script=sci_arttext
- [38] Dias S.; et al. HIV and commercial sex workers in Portugal: Are there missed opportunities to scaling up HIV testing and linkage to care? HIV in Europe: Working Together for Optimal Testing and Earlier Care. Copenhaga, 2012, 19-20 Março. Disponível em: http://hiveurope.eu/Portals/0/Conference%202012/Posters/PO10_01.pdf
- [39] Peto, R.; Lopez, A.; Norheim, O. Halving premature death. Science 12 September 2014: Vol. 345 no. 6202 p. 1272. DOI: 10.1126/science.1259971. Disponível em: <http://www.sciencemag.org/content/345/6202/1272.short>
- [40] World Health Organization (2013). Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st century, Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe. Disponível em: <http://ee.euro.who.int/Health2020-EN-Long.pdf>
- [41] Governo de Portugal (2013). Um Estado Melhor, 2013. Lisboa: Governo de Portugal. Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/media/1228115/20131030%20guiao%20reforma%20estado.pdf>
- [42] Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2014). Relatório: Actividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2012. Disponível em: http://www.cnpma.org.pt/Docs/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2012.pdf
- [43] Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2013). Relatório: Actividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2011. Disponível em: <http://www.cnpma.org.pt/Docs/RELAT%C3%93RIO%20DE%20ATIVIDADES%202011.pdf>
- [44] Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2012). Relatório: Actividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2010. Disponível em: http://www.cnpma.org.pt/Docs/RELATORIO_ATIVIDADE_PMA2010.pdf

- [45] Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (2011). Relatório: Actividade desenvolvida pelos centros de PMA em 2009. Disponível em: http://www.cnpma.org.pt/Docs/RELATORIO_ACTIVIDADE_PMA2009.pdf
- [46] Direção-Geral da Saúde. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Divisão de Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil (2015). Relatório dos registos das interrupções da gravidez. Dados preliminares de 2014 - junho 2015. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2014.aspx>
- [47] Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2014). Portugal - Alimentação Saudável em Números - 2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao-por-serie.aspx>
- [48] Matos, M. G.; et al (2012). A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Equipa Aventura Social. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1334762276_Relatorio_HBSC_2010_PDF_Finalissimo.pdf
- [49] Pereira, A. M.; et al (2013). Environmental tobacco smoke exposure at home and smoking prevalence in the general Portuguese population - The INAsma study. Rev Port Pneumol. 2013;19(3):114---124. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/6251/1/the%20INAsma%20study.pdf>
- [50] Matos, M. G.; et al (2015). A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão - Dados nacionais do estudo HBSC de 2014. Equipa Aventura Social. Disponível em: http://aventurasocial.com/arquivo/1435095215_RELATORIO%20HBSC%202014d.pdf
- [51] Barbara, C. et al (2013). Prevalência da doença pulmonar obstrutiva crónica em Lisboa, Portugal: estudo Burden of Obstructive Lung Disease. Revista Portuguesa de Pneumologia, 19 (3), 96-105. Disponível em: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90203703&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=320&ty=6&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=320v19n03a90203703pdf001.pdf

ANEXO



ANEXO

Morbilidade hospitalar

Este anexo baseia-se nos dados dos resumos de alta hospitalar (SNS), vulgo base de dados dos GDH, gerida pela ACSS desde 1990. Apresenta-se dividido em nove secções. A primeira relativa à totalidade da informação registada para Portugal Continental independentemente da idade; e as restantes, desagregando a mesma informação para cada fase do ciclo de vida segundo a proposta de Pickin e Leger (1993) como exposto no II Capítulo.

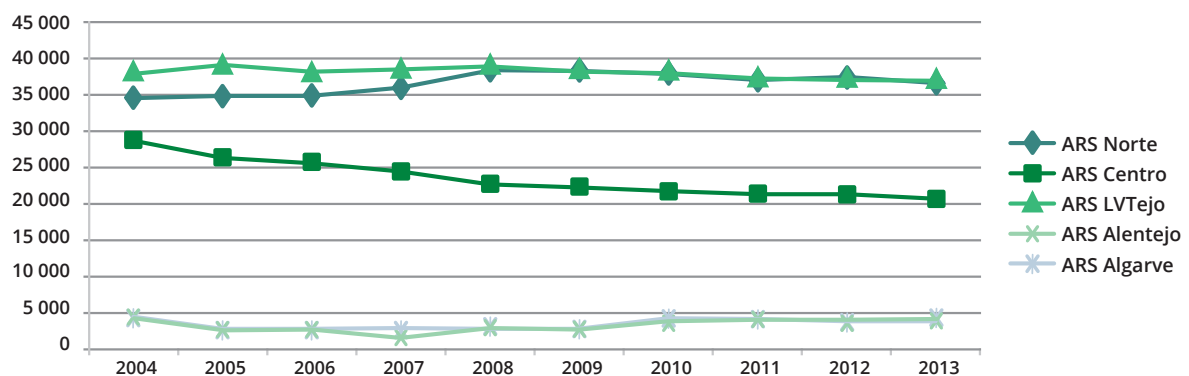
Em cada secção é apresentada informação quantitativa e qualitativa dividida em quatro blocos:

- i) Evolução do número de episódios de internamento por Administração Regional de Saúde (quantitativa);
- ii) Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) dos internamentos hospitalares (qualitativo);
- iii) Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) dos internamentos hospitalares que resultaram em óbito (qualitativa);
- iv) Caracterização da produção hospitalar (utentes saídos = internamentos + ambulatório, dias de internamento, óbitos e episódios de ambulatório) por grandes grupos da CID-9-MC em 2013.

1. TODAS AS IDADES

A evolução do número de episódios de internamento hospitalar mostra-se globalmente estável. Por ARS, o número de episódios de internamento mostra-se, essencialmente, reflexo da dimensão populacional da região. No entanto, a evolução do número de episódios de internamento denota tendências opostas entre as regiões Centro (progressivamente decrescente) e Norte. Nesta última, ocorreu aumento de internamentos em 2007, mas posteriormente segue uma ténue tendência de decrescimento similar à observada para a ARSLVTejo.

Figura 1. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar por Administração Regional de Saúde 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

Como se pode verificar no quadro da evolução da ordenação dos diagnósticos principais dos episódios de internamento hospitalar, no global de Portugal Continental, a primeira posição é ocupada pelos procedimentos relativos aos nascimentos. A menção a doenças relativas ao parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto ocupava a segunda posição até 2008, tendo vindo o seu registo a diminuir progressivamente de importância.

No cômputo geral, a evolução do internamento hospitalar manteve um padrão mostrando a importância nos procedimentos associados aos recém-nascidos e os internamentos relativos às outras doenças do aparelho digestivo. Notou-se, nos anos mais recentes, um aumento do registo de internamento por pneumonia e influenza; por outras formas de doença cardíaca; e outras doenças do aparelho urinário. Verificou-se, ainda, a manutenção do internamento por outras doenças do aparelho digestivo.

Quadro 1. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39
650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	480-488	650-659	480-488	480-488	480-488
570-579	570-579	570-579	V50-V59	570-579	650-659	480-488	650-659	570-579	570-579
430-438	480-488	480-488	570-579	480-488	570-579	570-579	570-579	420-429	420-429
420-429	430-438	430-438	480-488	420-429	420-429	420-429	420-429	650-659	590-599
480-488	420-429	420-429	420-429	430-438	430-438	590-599	590-599	V50-V59	650-659
410-414	410-414	410-414	430-438	V50-V59	590-599	430-438	430-438	590-599	430-438
V50-V59	V50-V59	V50-V59	590-599	590-599	V50-V59	V50-V59	V50-V59	430-438	V50-V59
660-669	590-599	590-599	660-669	660-669	660-669	660-669	410-414	410-414	410-414
590-599	660-669	660-669	410-414	410-414	410-414	410-414	660-669	660-669	820-829

V30-V39	Recém Nascidos Vivos de Acordo com o Tipo de Nascimento	430-438	Doença Vasculiar Cerebral
650-659	Parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto	V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
480-488	Pneumonia e Influenza	410-414	Doença Cardíaca Isquémica
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	660-669	Complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto

Dados: GDH-ACSS, 2015

No que respeita à mortalidade intra-hospitalar as três primeiras causas mantêm-se constantes desde 2004: i) pneumonia e influenza; ii) doença vascular cerebral e iii) neoplasia maligna dos órgãos digestivos e do peritoneu. A quarta causa de mortalidade intra-hospitalar tem sido regularmente as outras formas de doença cardíaca, que em 2013 foi ultrapassada pelas outras doenças bacterianas, parecendo estas ter um padrão de aumento de importância desde 2011.

Quadro 2. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar que resultou em óbito, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488
430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159
420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	030-041
410-414	510-519	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	030-041	420-429
570-579	410-414	510-519	160-165	510-519	510-519	160-165	160-165	570-579	160-165
510-519	570-579	190-199	510-519	160-165	190-199	190-199	030-041	160-165	570-579
160-165	190-199	410-414	410-414	190-199	160-165	510-519	190-199	190-199	590-599
190-199	160-165	160-165	190-199	410-414	030-041	590-599	510-519	510-519	190-199
179-189	030-041	030-041	030-041	030-041	410-414	410-414	590-599	590-599	510-519

480-488	Pneumonia e Influenza	160-165	Neoplasia Maligna de Órgãos Respiratórios e Intratorácicos
430-438	Doença Vasculiar Cerebral	510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório
150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu	030-041	Outras Doenças Bacterianas
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	410-414	Doença Cardíaca Isquémica

Dados: GDH-ACSS, 2015

Olhando para a caracterização da produção hospitalar em Portugal Continental no ano de 2013 verifica-se que para cada uma das componentes consideradas (utentes saídos, dias de internamento, óbitos e episódios de ambulatório) existem padrões distintos, indiciando a complexidade da informação subjacente.

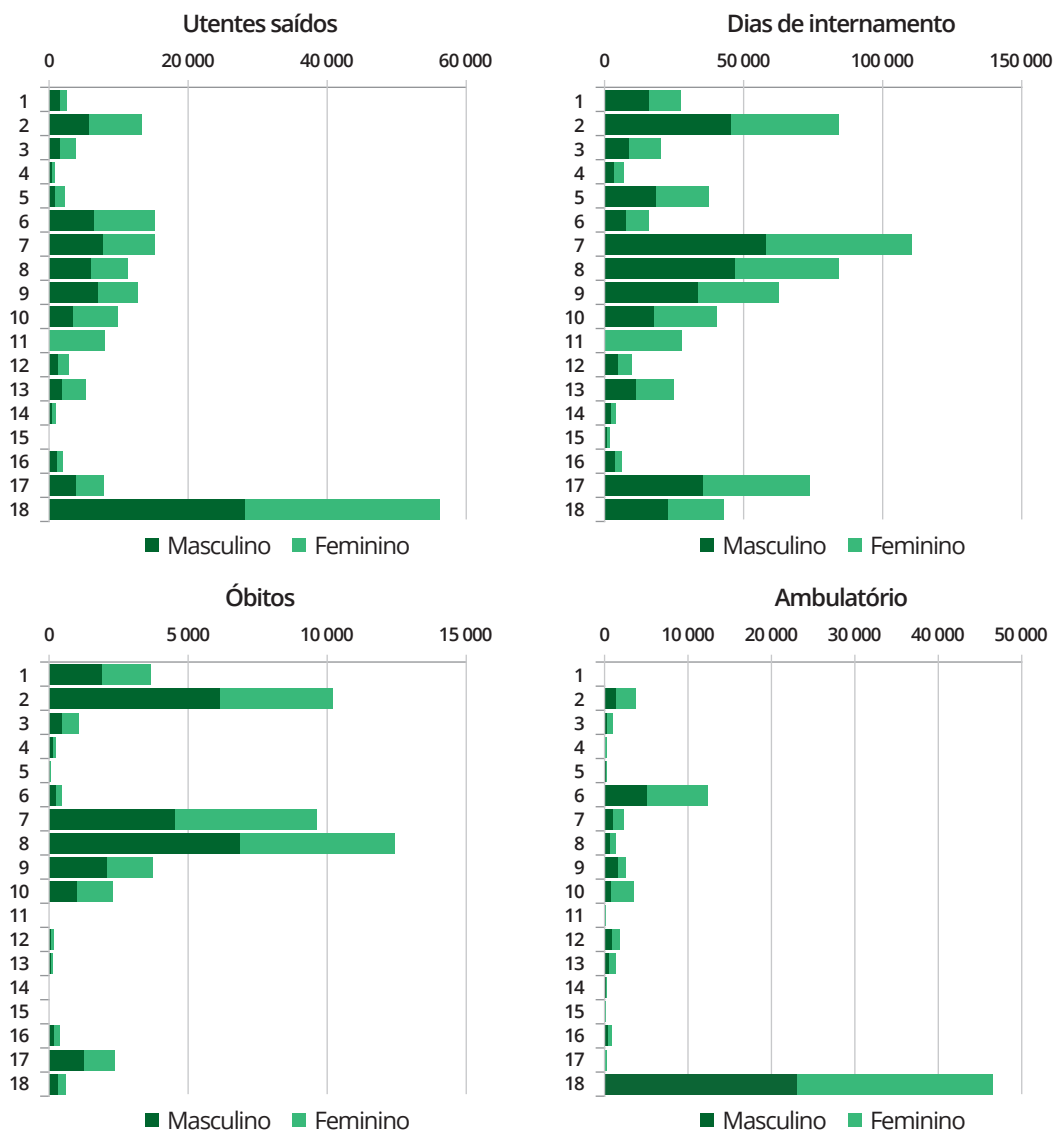
No global da produção hospitalar (utentes saídos) verifica-se a existência de uma grande componente dos contactos com os serviços de saúde (grupo 18) e o restante grosso da produção repartiu-se pelas doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; as doenças do aparelho circulatório; as neoplasias; e as doenças do aparelho digestivo.

Pela perspetiva do total de dias de internamento, as doenças que acarretam maior peso são as do aparelho circulatório; as do aparelho respiratório; as neoplasias; e as lesões e envenenamento.

Em contra partida, o peso em termos de óbitos repartiu-se essencialmente pelas doenças do aparelho respiratório; do aparelho circulatório; e as neoplasias.

No ambulatório os principais conjuntos de doenças específicas associados, para além dos contactos não especificados com os serviços de saúde, foram as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; as neoplasias; e as doenças do aparelho geniturinário.

Figura 2. Caracterização da produção Hospitalar por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



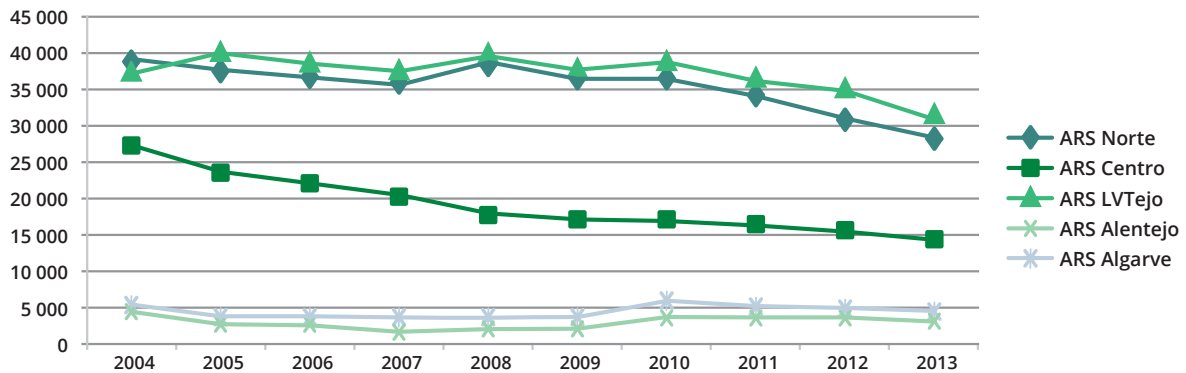
Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 – Anomalias Congênicas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas, 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

2. DO NASCIMENTO AO 1º ANO DE IDADE

Neste grupo etário, a evolução do número de episódios de internamento hospitalar apresenta uma tendência decrescente, em particular nas três ARS com maior dimensão populacional.

Figura 2. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar em indivíduos com menos de 1 ano de idade por Administração Regional de Saúde 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A evolução da ordenação dos diagnósticos principais associados ao internamento hospitalar neste grupo etário mostra-se estável nas suas quatro primeiras posições: i) complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto; ii) infeções respiratórias agudas; iii) anomalias congénitas; e, iv) outras doenças do aparelho urinário. As posições imediatamente a seguir são os sintomas não específicos, com tendência recente de aumento de importância; as doenças infecciosas intestinais; e as icterícias perinatais (estas com ligeira diminuição de posição).

Quadro 3. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais associados ao internamento hospitalar de indivíduos com menos de 1 ano de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669
460-466	460-466	460-466	460-466	460-466	460-466	460-466	460-466	460-466	460-466
590-599	590-599	590-599	590-599	740-759	590-599	590-599	590-599	740-759	740-759
740-759	740-759	740-759	740-759	590-599	740-759	740-759	740-759	590-599	590-599
774	774	774	774	774	480-488	774	774	780-789	780-789
480-488	480-488	480-488	001-009	001-009	774	780-789	780-789	774	001-009
001-009	001-009	001-009	555-558	480-488	780-789	V50-V59	480-488	001-009	774
555-558	780-789	780-789	480-488	780-789	001-009	001-009	V50-V59	480-488	V50-V59
780-789	555-558	555-558	780-789	555-558	V50-V59	480-488	001-009	V50-V59	480-488
V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59	555-558	555-558	555-558	030-041	V20-V29

660-669	Complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto
460-466	Infeções Respiratórias Agudas
590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
740-759	Anomalias Congénitas
774	Icterícias perinatais NCOP

780-789	Sintomas
001-009	Doenças Infecciosas Intestinais
480-488	Pneumonia e Influenza
V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores
555-558	Enterite e Colite Não Infecciosas

Dados: GDH-ACSS, 2015

A mortalidade intra-hospitalar também se mostra completamente estável nas suas duas primeiras causas, sendo a primeira relativa aos nascimentos e a segunda posição as anomalias congénitas. Nas restantes causas, devido ao reduzido número de óbitos associado, verifica-se alguma variabilidade entre anos.

Quadro 4. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos com menos de 1 ano de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39	V30-V39
740-759	740-759	740-759	740-759	740-759	740-759	740-759	740-759	740-759	740-759
765	765	765	768	765	765	765	768	270-279	765
030-041	770	768	270-279	768	270-279	777	765	768	768
769	270-279	420-429	030-041	769	777	768	777	765	030-041
420-429	510-519	771	V50-V59	777	768	480-488	V50-V59	777	480-488
510-519	420-429	510-519	510-519	330-337	480-488	510-519	030-041	030-041	777
480-488	480-488	480-488	480-488	030-041	030-041	270-279	555-558	771	420-429
768	769	769	420-429	771	510-519	320-326	330-337	330-337	769
777	768	V50-V59	765	340-349	420-429	420-429	420-429	510-519	280-289

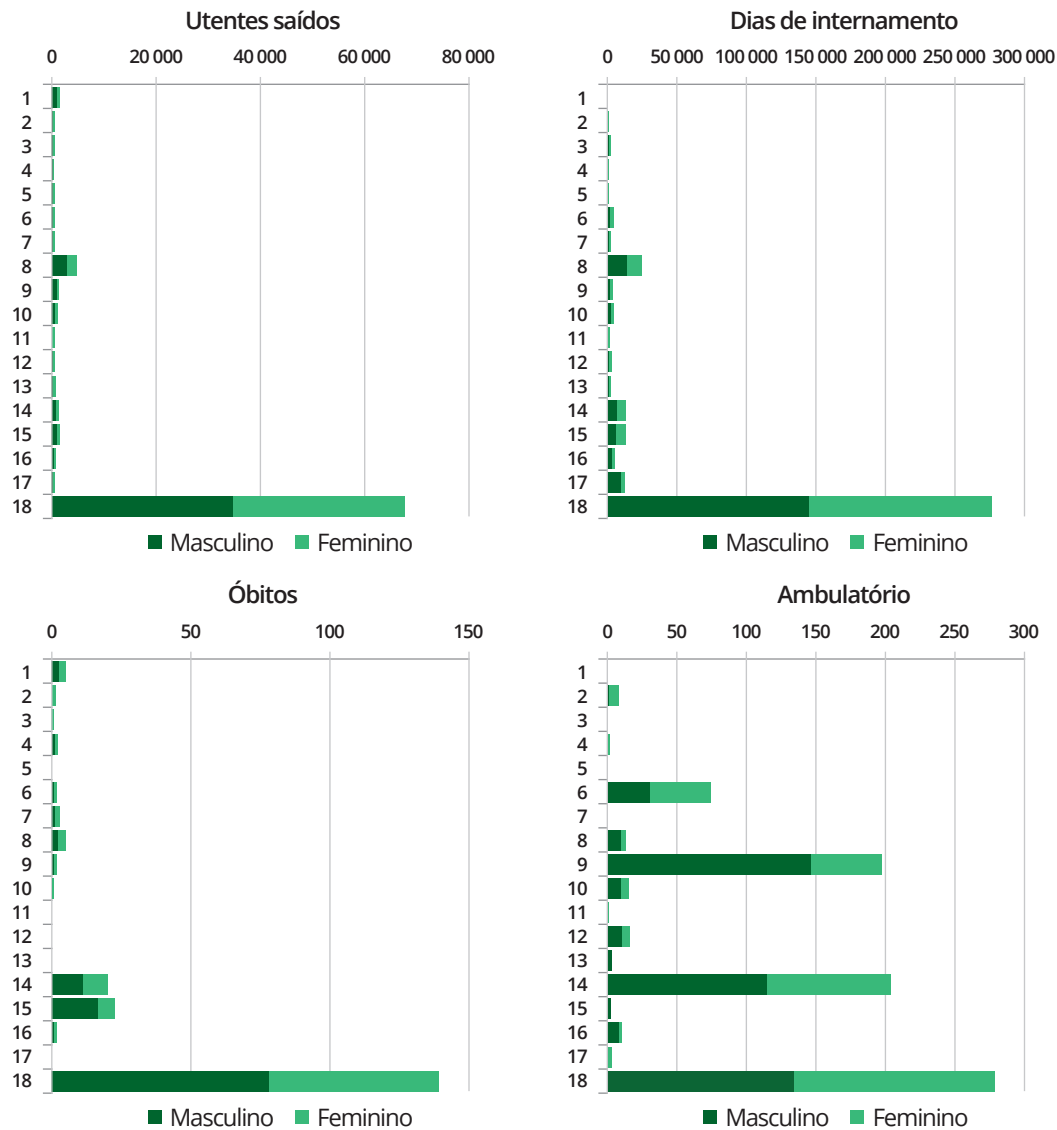
V30-V39	Recém Nascidos Vivos de Acordo com o Tipo de Nascimento	777	Perturbações perinatais do aparelho digestivo
740-759	Anomalias Congénitas	270-279	Outras Perturbações Metabólicas e da Imunidade
765	Perturbações relacionadas c/gestação de curta duração e de peso baixo ao nascer, n/especif	510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório
768	Hipoxia intra-uterina e asfixia ao nascer	480-488	Pneumonia e Influenza
030-041	Outras Doenças Bacterianas	420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca

Dados: GDH-ACSS, 2015

Na caracterização da produção hospitalar em 2013 deste grupo etário é pouco expressivo o registo de doenças (grupos 1 a 17 da CID-9-CM). Nas componentes, utentes saídos e dias de internamento têm alguma expressão as doenças respiratórias.

Na componente de óbitos intra-hospitalares verifica-se alguma expressão de afeções originadas no período perinatal e das anomalias congénitas. O registo do ambulatório realça, para além das anomalias congénitas, as doenças do aparelho digestivo e as doenças do aparelho nervoso e dos sentidos.

Figura 4. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos com menos de 1 ano de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



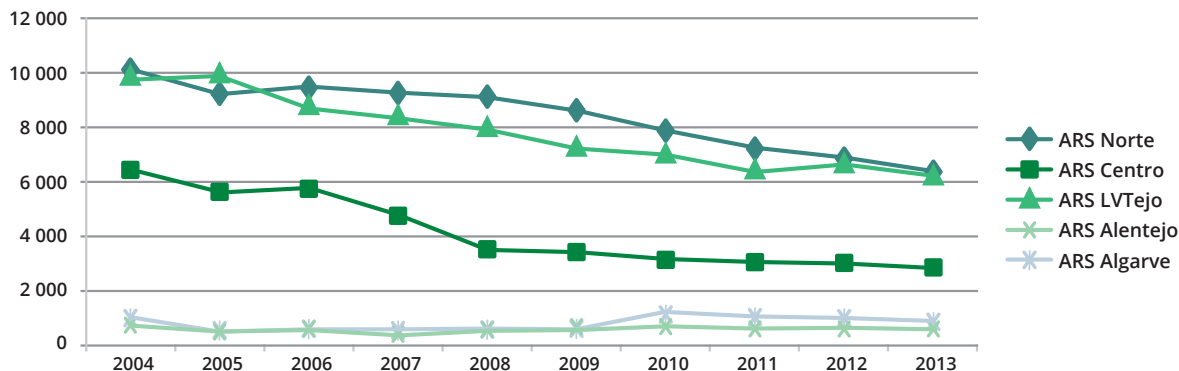
Legenda: 1 - D. Infecciosas e Parasitárias; 2 - Neoplasias; 3 - D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 - D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 - Transtornos Mentais; 6 - D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 - D. do aparelho circulatório; 8 - D. do aparelho respiratório; 9 - D. do Aparelho Digestivo; 10 - D. do Aparelho Geniturinário; 11 - Gravidez, Parto e Puerpério; 12 - D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 - D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 - Anomalias Congénitas; 15 - Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 - Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas, 17 - Lesões e Envenenamentos; 18 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

3. DO 1º AO 4º ANO DE IDADE

A evolução do número de episódios de internamento neste grupo etário mostra redução gradual nas três ARS com maior número de internamentos.

Figura 5. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 1 a 4 anos de idade por Administração Regional de Saúde 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

Os diagnósticos principais do internamento hospitalar são predominadas pelas infeções respiratórias (pneumonia e influenza; infeções respiratórias agudas; e outras doenças do trato respiratório superior); só depois seguindo as anomalias congénitas e as doenças infecciosas intestinais.

Quadro 5. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 1 a 4 anos de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	460-466	460-466
001-009	460-466	460-466	470-478	470-478	460-466	460-466	460-466	480-488	480-488
470-478	470-478	740-759	001-009	460-466	470-478	470-478	470-478	740-759	740-759
555-558	740-759	470-478	555-558	740-759	740-759	740-759	740-759	470-478	001-009
740-759	001-009	555-558	460-466	001-009	001-009	001-009	001-009	001-009	470-478
460-466	555-558	001-009	740-759	555-558	555-558	780-789	780-789	780-789	780-789
780-789	780-789	780-789	780-789	780-789	780-789	555-558	590-599	490-496	590-599
590-599	590-599	590-599	590-599	590-599	590-599	590-599	555-558	555-558	490-496
490-496	380-389	490-496	V50-V59	380-389	380-389	490-496	380-389	590-599	V50-V59
380-389	490-496	380-389	380-389	530-538	490-496	380-389	490-496	380-389	380-389

480-488	Pneumonia e Influenza	555-558	Enterite e Colite Não Infecciosas
460-466	Infeções Respiratórias Agudas	780-789	Sintomas
470-478	Outras Doenças do Trato Respiratório Superior	590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
740-759	Anomalias Congénitas	380-389	Doenças do Ouvido e da Mastoide
001-009	Doenças Infecciosas Intestinais	490-496	Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva e Condições Aliadas

Dados: GDH-ACSS, 2015

As causas associadas aos internamentos hospitalares que terminam em óbito apresentam, entre anos, uma grande variabilidade na sua ordenação. Em 2013, predominaram vários grupos de neoplasias, as outras formas de doença cardíaca, pneumonia e influenza, as fraturas e as outras doenças respiratórias.

Quadro 6. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 1 a 4 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

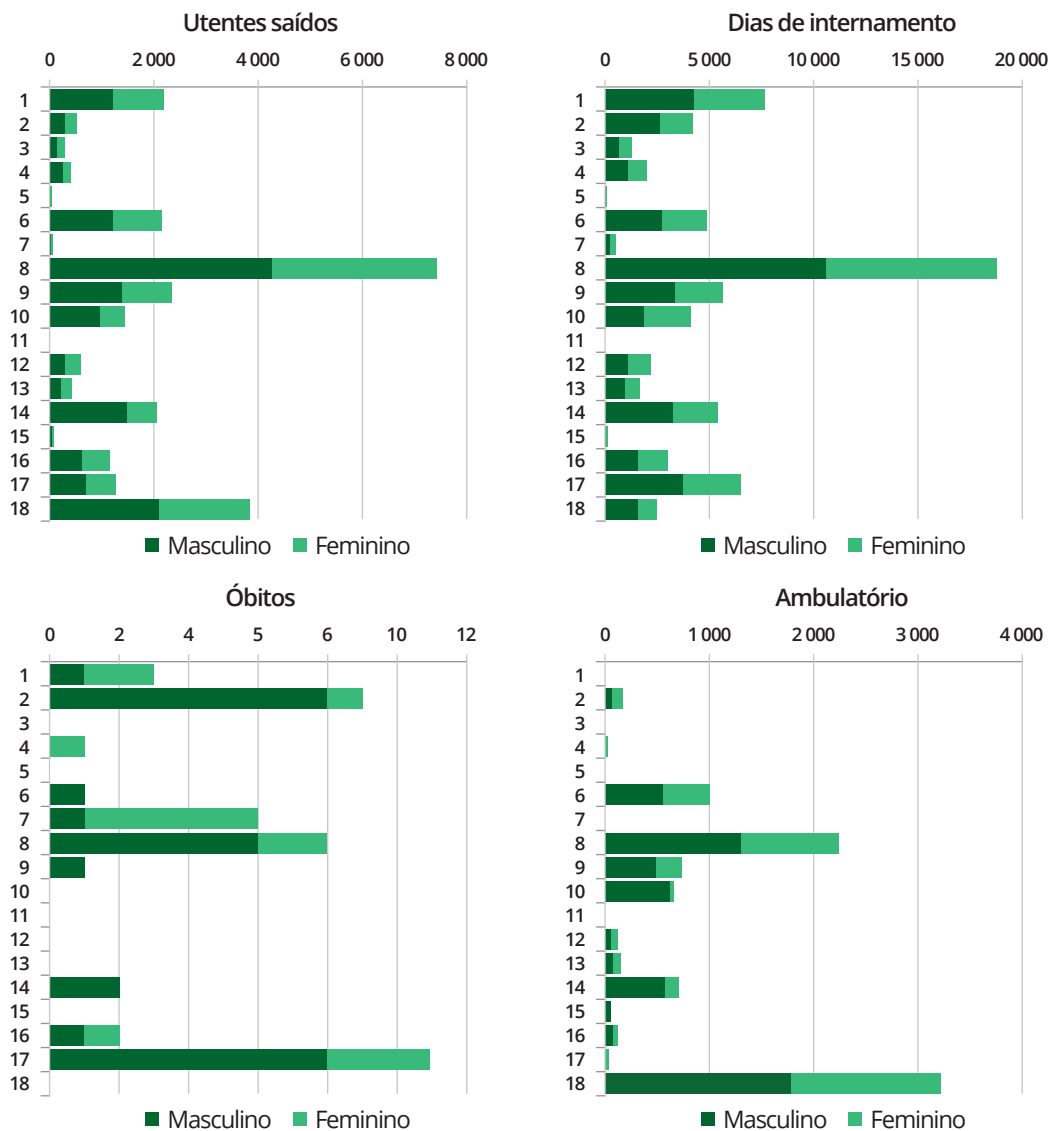
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
420-429	030-041	740-759	420-429	740-759	480-488	190-199	740-759	510-519	200-208
740-759	200-208	030-041	200-208	480-488	740-759	740-759	200-208	740-759	420-429
480-488	190-199	510-519	480-488	200-208	510-519	420-429	480-488	170-176	480-488
190-199	740-759	190-199	190-199	990-995	190-199	480-488	190-199	990-995	800-804
200-208	420-429	420-429	510-519	190-199	030-041	980-989	V50-V59	330-337	190-199
340-349	800-804	200-208	030-041	340-349	270-279	800-804	030-041	280-289	510-519
V50-V59	510-519	800-804	430-438	800-804	200-208	990-995	170-176	480-488	030-041
850-854	170-176	860-869	850-854	510-519	800-804	930-939	340-349	190-199	740-759
170-176	070-079	570-579	740-759	420-429	340-349	850-854	420-429	340-349	930-939
990-995	042.	270-279	330-337	930-939	560-569	150-159	235-238	850-854	780-789

740-759	Anomalias Congénitas	030-041	Outras Doenças Bacterianas
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	990-995	Outros Efeitos e Efeitos Não Especificados de Causas Externas
480-488	Pneumonia e Influenza	340-349	Outras Perturbações do Sistema Nervoso Central
200-208	Neoplasia Maligna do Tecido Linfático e Hematopoiético	800-804	Fratura do crânio

Dados: GDH-ACSS, 2015

A caracterização da produção hospitalar deste grupo etário em 2013 decomposta nos quatro componentes considerados mostra, no essencial, heterogeneidade entre sexos. Na dimensão dos utentes saídos predominam as doenças respiratórias; as doenças infecciosas e bacterianas; as doenças do sistema nervoso; as anomalias congénitas; e as lesões e envenenamento. Neste grupo etário, a dimensão do número total de dias de internamento hospitalar reparte-se por quase todos os grupos de doenças com destaque para as doenças respiratórias; doenças infecciosas e bacterianas; e, as lesões e envenenamento. Na componente dos óbitos, neste grupo etário sobressaem as mortes associadas a internamento por neoplasias, doenças respiratórias e doenças do aparelho circulatório. Relativamente aos episódios de ambulatório predominam as anomalias congénitas, as doenças do aparelho digestivo, e as doenças do aparelho nervoso e dos órgãos dos sentidos.

Figura 6. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 1 a 4 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



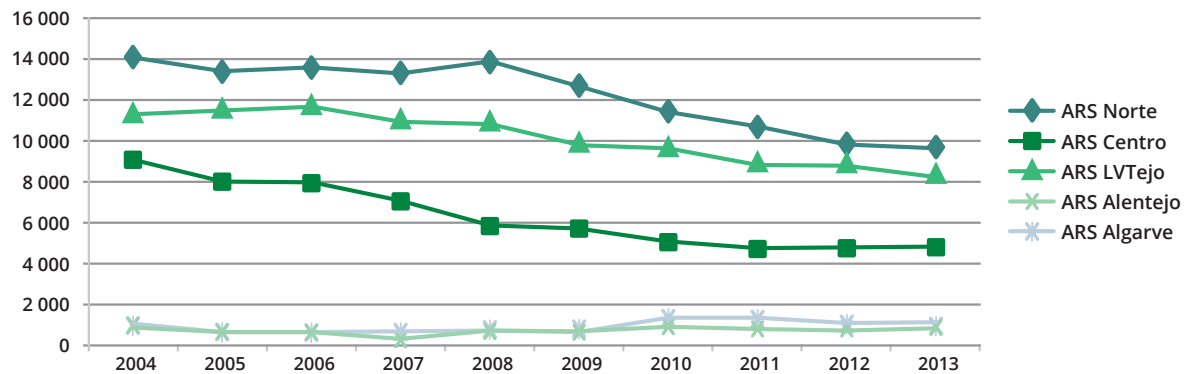
Legenda: 1 - D. Infecciosas e Parasitárias; 2 - Neoplasias; 3 - D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 - D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 - Transtornos Mentais; 6 - D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 - D. do aparelho circulatório; 8 - D. do aparelho respiratório; 9 - D. do Aparelho Digestivo; 10 - D. do Aparelho Geniturinário; 11 - Gravidez, Parto e Puerpério; 12 - D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 - D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 - Anomalias Congênicas; 15 - Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 - Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas; 17 - Lesões e Envenenamentos; 18 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

4. DO 5º AO 14º ANO DE IDADE

Neste grupo etário tem-se verificado uma tendência crescente da produção hospitalar (internamento mais ambulatorio), no entanto, em termos de número de internamentos assiste-se a uma redução progressiva sobretudo nas ARS com maiores dimensões populacionais.

Figura 7. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 5 a 14 anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A evolução da ordenação dos diagnósticos principais do internamento hospitalar mostra-se estável neste grupo etário. Têm aqui relevância, as outras doenças do trato respiratório superior; a apendicite; as anomalias congénitas; e as fraturas dos membros superiores.

Quadro 7. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 5 a 14 anos de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478
540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543
740-759	740-759	740-759	V50-V59	740-759	480-488	V50-V59	740-759	740-759	740-759
V50-V59	780-789	480-488	740-759	V50-V59	V50-V59	740-759	V50-V59	V50-V59	810-819
555-558	V50-V59	V50-V59	480-488	380-389	740-759	810-819	810-819	810-819	V50-V59
780-789	480-488	780-789	810-819	810-819	810-819	380-389	480-488	780-789	380-389
810-819	810-819	810-819	380-389	480-488	380-389	480-488	380-389	380-389	780-789
380-389	380-389	555-558	555-558	001-009	780-789	780-789	780-789	480-488	480-488
001-009	001-009	380-389	001-009	555-558	001-009	555-558	280-289	730-739	001-009
600-608	555-558	001-009	780-789	780-789	280-289	001-009	730-739	280-289	280-289

470-478	Outras Doenças do Tracto Respiratório Superior	810-819	Fractura do Membro Superior
540-543	Apendicite	380-389	Doenças do Ouvido e da Mastoide
740-759	Anomalias Congénitas	780-789	Sintomas
V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores	555-558	Enterite e Colite Não Infecciosas
480-488	Pneumonia e Influenza	001-009	Doenças Infecciosas Intestinais

Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que terminam em óbito apresenta uma grande variabilidade entre anos, com a exceção da menção às neoplasias malignas de outros locais e os locais não especificados, que assume a primeira posição desde 2008. Em 2013 a ordenação foi: i) neoplasias malignas de outros locais e locais não especificados; ii) outras perturbações do sistema nervoso central; iii) pneumonia e influenza; iv) neoplasias do tecido linfático e hematopoiético; v) outras doenças do aparelho respiratório.

Quadro 8. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 5 a 14 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
190-199	480-488	190-199	200-208	190-199	190-199	190-199	190-199	190-199	190-199
480-488	190-199	170-176	190-199	800-804	480-488	200-208	510-519	200-208	340-349
850-854	030-041	480-488	740-759	480-488	510-519	420-429	170-176	480-488	480-488
800-804	740-759	800-804	800-804	510-519	800-804	170-176	430-438	800-804	200-208
200-208	850-854	510-519	480-488	340-349	280-289	480-488	200-208	510-519	510-519
430-438	200-208	996-999	170-176	200-208	850-854	280-289	480-488	270-279	170-176
510-519	800-804	200-208	510-519	270-279	V50-V59	270-279	280-289	460-466	030-041
V50-V59	170-176	270-279	280-289	170-176	170-176	030-041	030-041	740-759	350-359
030-041	510-519	850-854	850-854	420-429	200-208	996-999	850-854	170-176	800-804
500-508	996-999	420-429	340-349	996-999	420-429	850-854	270-279	990-995	940-949

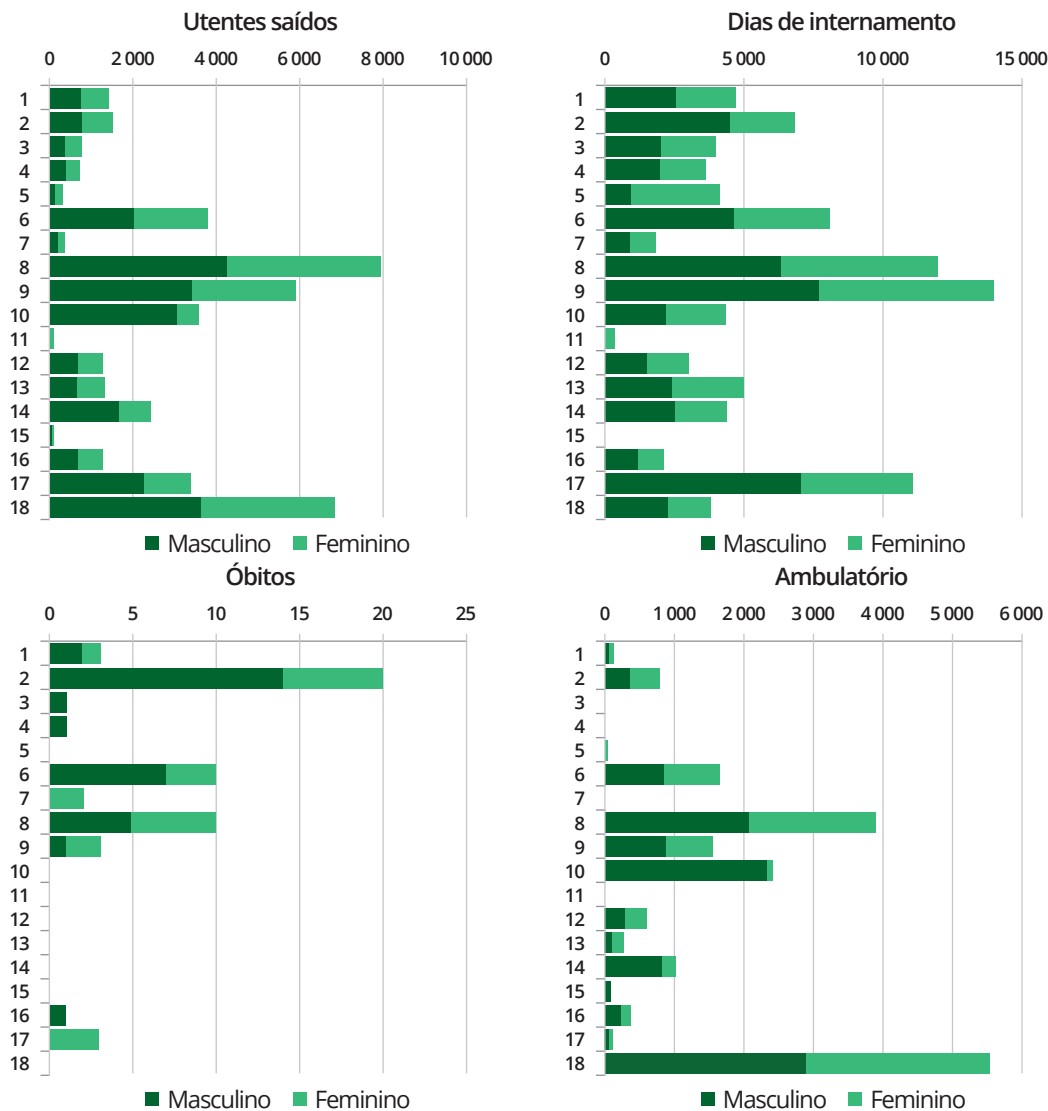
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	170-176	Neoplasia Maligna do Osso, Tecido Conjuntivo, Pele e Mama
480-488	Pneumonia e Influenza	850-854	Lesão Intracraniana, Excluindo a Acompanhada de Fractura do Crânio
200-208	Neoplasia Maligna do Tecido Linfático e Hematopoiético	340-349	Outras Perturbações do Sistema Nervoso Central
510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório	030-041	Outras Doenças Bacterianas
800-804	Fractura do crânio	430-438	Doença Vasculiar Cerebral

Dados: GDH-ACSS, 2015

Na caracterização da produção hospitalar de 2013 as quatro dimensões consideradas apresentam padrões distintos. Na componente de utentes saídos, para além dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde, os grupos de doenças mais frequentes são: as doenças do aparelho respiratório; do aparelho digestivo; do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; as lesões e envenenamento; e as doenças do aparelho geniturinário. O padrão dos dias de internamento é de grande homogeneidade na grande maioria dos grupos de doenças, assumindo apenas alguma relevância nas doenças do aparelho digestivo, nas doenças do aparelho respiratório, nas lesões e envenenamento, nas doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e nas neoplasias. No que respeita à dimensão dos óbitos intra-hospitalares, predominaram neste grupo etário as neoplasias; as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; as doenças do aparelho respiratório; e as lesões e envenenamento (esta exclusivamente no sexo feminino).

Os episódios de ambulatório em 2013 foram predominantemente de doenças do aparelho respiratório; de doenças do aparelho geniturinário (essencialmente nos homens); as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; e as doenças do aparelho digestivo.

Figura 8. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 5 a 14 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



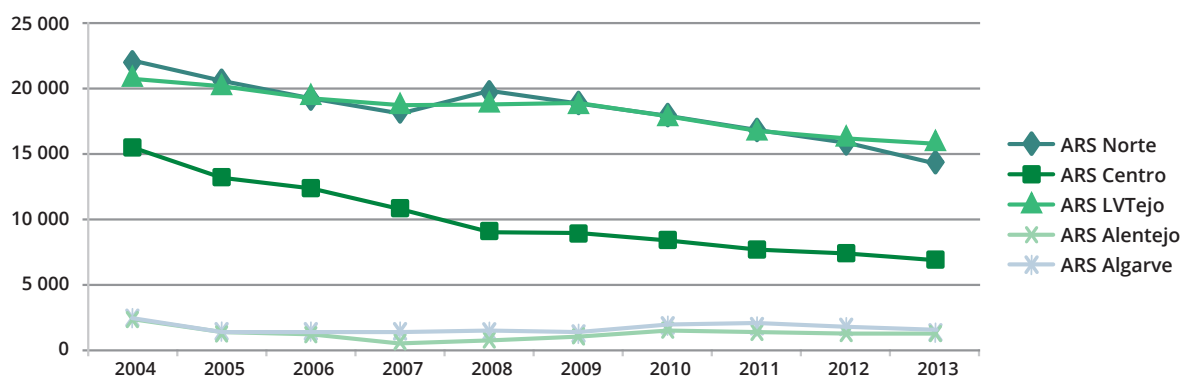
Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas, 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

5. DO 15º AO 24º ANO DE IDADE

A evolução do número de episódios de internamento hospitalar apresenta globalmente tendência de decréscimo nos últimos anos. Esta tendência é comum a todas as ARS embora com diferentes velocidades.

Figura 9. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 15 a 24 anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais do internamento hospitalar apresenta alguma regularidade ao longo dos últimos anos. O seu padrão é caracterizado por i) parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto; ii) complicações ligadas principalmente à gravidez; iii) complicações durante o trabalho de parto e parto; iv) apendicite; v) doenças do trato respiratório superior; e, vi) gravidez terminada em aborto.

Quadro 9. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 15 a 24 anos de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659
660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	640-648
640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	660-669
540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543	540-543
630-639	630-639	630-639	630-639	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478	470-478
V50-V59	470-478	470-478	470-478	630-639	V50-V59	630-639	630-639	V50-V59	V50-V59
470-478	V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59	630-639	V50-V59	V50-V59	630-639	710-719
710-719	710-719	710-719	710-719	710-719	710-719	710-719	710-719	710-719	630-639
820-829	820-829	820-829	820-829	300-316	480-488	300-316	820-829	290-299	300-316
210-229	740-759	730-739	730-739	820-829	290-299	820-829	290-299	300-316	290-299

650-659	Parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto	630-639	Gravidez terminada por aborto
660-669	Complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto	V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores
640-648	Complicações ligadas principalmente com a gravidez	710-719	Doenças do Aparelho Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
540-543	Apendicite	820-829	Fractura do Membro Inferior
470-478	Outras Doenças do Tracto Respiratório Superior	290-299	Psicoses

Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que terminam em óbito apresenta uma grande variabilidade de ano para ano. No entanto, existe um padrão global que se caracteriza por associação a internamentos por neoplasias malignas; fraturas e lesões; e pneumonia e influenza. É de notar que a posição de óbitos por infeção VIH apresenta tendência de redução nos últimos anos, não estando em 2013 nas 10 primeiras posições.

Quadro 10. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 15 a 24 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

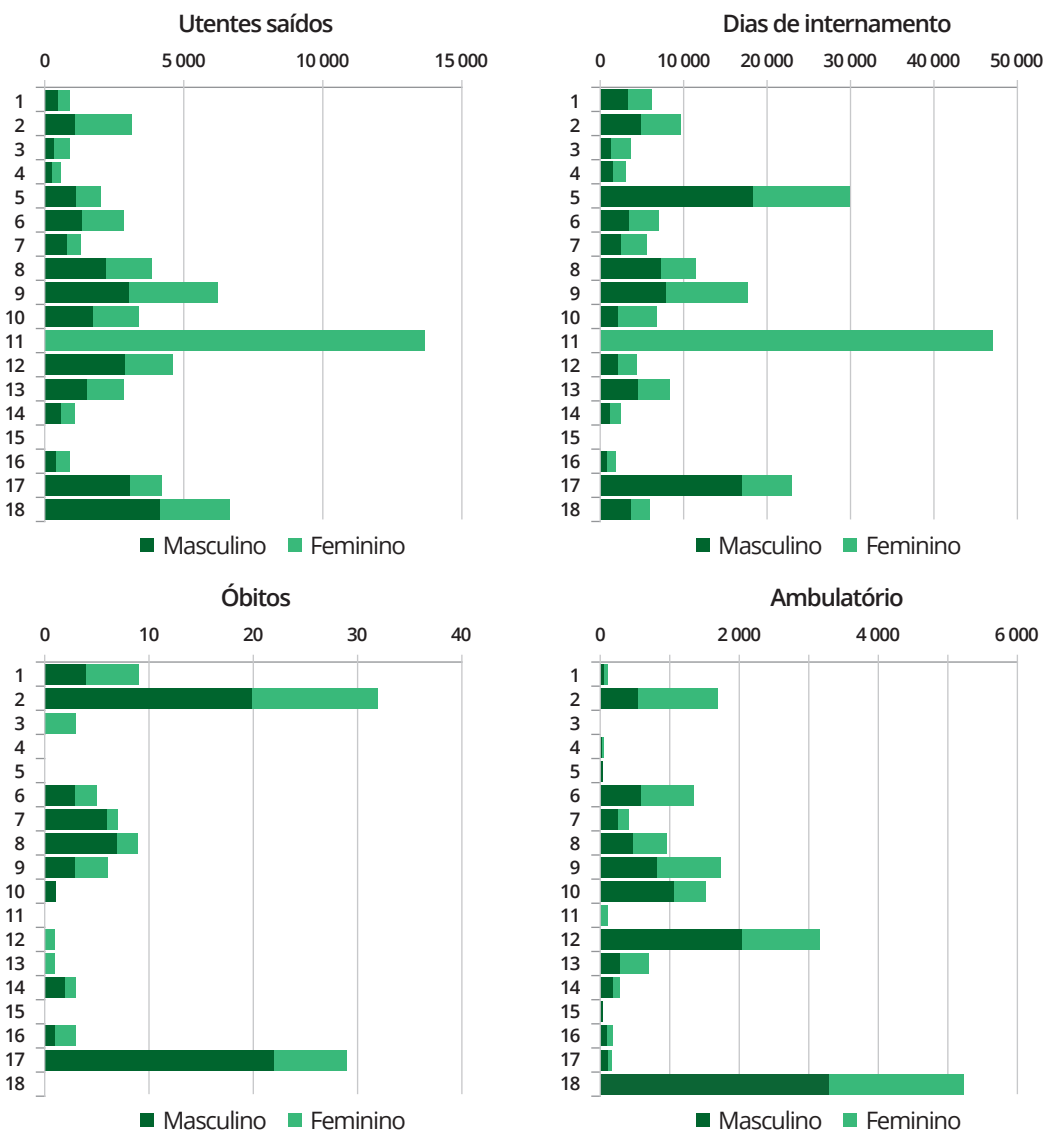
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
850-854	200-208	850-854	200-208	200-208	480-488	190-199	200-208	200-208	190-199
800-804	850-854	480-488	190-199	480-488	200-208	480-488	850-854	800-804	800-804
200-208	800-804	800-804	850-854	850-854	850-854	200-208	170-176	480-488	200-208
480-488	190-199	200-208	480-488	800-804	190-199	800-804	480-488	190-199	850-854
042.	480-488	042.	800-804	170-176	800-804	850-854	800-804	170-176	480-488
170-176	042.	190-199	860-869	042.	860-869	170-176	510-519	850-854	420-429
860-869	170-176	170-176	510-519	420-429	030-041	420-429	420-429	430-438	990-995
190-199	860-869	860-869	042.	860-869	042.	150-159	190-199	042.	150-159
150-159	510-519	510-519	V50-V59	190-199	340-349	030-041	860-869	160-165	170-176
510-519	280-289	030-041	150-159	805-809	510-519	510-519	270-279	860-869	030-041

850-854	Lesão Intracraniana, Excluindo a Acompanhada de Fratura do Crânio	170-176	Neoplasia Maligna do Osso, Tecido Conjuntivo, Pele e Mama
200-208	Neoplasia Maligna do Tecido Linfático e Hematopoiético	042.	Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
480-488	Pneumonia e Influenza	860-869	Lesão Interna do Tórax, Abdómen e Pelve
800-804	Fractura do crânio	510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	030-041	Outras Doenças Bacterianas

Dados: GDH-ACSS, 2015

A produção hospitalar de 2013 neste grupo etário apresenta padrões distintos conforme as componentes: utentes saídos, dias de internamento, óbitos, episódios de ambulatório. A componente de utentes saídos é essencialmente caracterizada pelos contactos hospitalares associados à gravidez, parto e puerpério; depois seguido pelas doenças do aparelho digestivo; as doenças da pele e do tecido subcutâneo (predominando no sexo masculino); as lesões e envenenamentos (também mais predominantes no sexo masculino); e as doenças respiratórias. Também a componente de dias de internamento apresenta predomínio da gravidez, parto e puerpério, seguido por transtornos mentais (maior predomínio do sexo masculino) e as lesões e envenenamento (também com maior predomínio dos indivíduos do sexo masculino). A mortalidade hospitalar é neste grupo essencialmente caracterizada como consequente a internamento por neoplasias; e por lesões e envenenamentos. Globalmente observa-se predominantemente mortalidade intra-hospitalar no sexo masculino. Relativamente aos episódios de ambulatório, para além dos motivos relacionados com os contactos não especificados com os serviços de saúde, é caracterizado pelos contactos devidos a doenças de pele e tecido subcutâneo; as doenças do aparelho digestivo; as neoplasias; as doenças do aparelho geniturinário; e as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos.

Figura 8. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 15 a 24 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



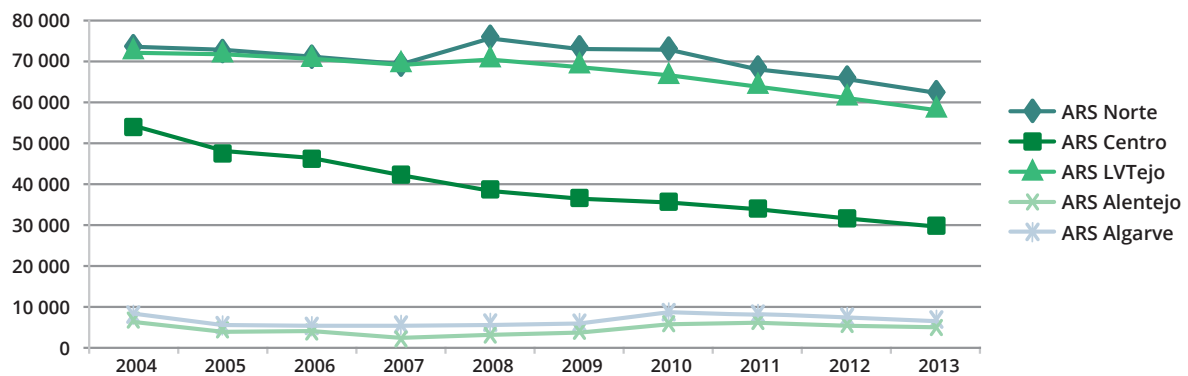
Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas; 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

6. DO 25º AO 44º ANO DE IDADE

A produção hospitalar neste grupo etário mostra progressiva tendência de decréscimo nos últimos anos.

Figura 11. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 25 a 44 anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais no contacto com o hospital mostra-se fortemente interligada com as questões da gravidez, do trabalho de parto e do parto. De facto, ao longo dos anos, nas posições cimeiras encontram-se as condições do parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e parto; as complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e as complicações ligadas principalmente com a gravidez; e, a gravidez terminada em aborto. Surgem adicionalmente referências às outras doenças do aparelho digestivo que em 2013 se posicionaram na quarta posição à frente da gravidez terminada em aborto.

Quadro 11. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 25 a 44 anos de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659	650-659
660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669	660-669
640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648	640-648
630-639	630-639	630-639	630-639	630-639	630-639	630-639	630-639	630-639	570-579
570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	630-639
210-229	210-229	210-229	V50-V59	290-299	V50-V59	290-299	290-299	V50-V59	V50-V59
451-459	451-459	451-459	210-229	V50-V59	290-299	210-229	470-478	290-299	290-299
V50-V59	V50-V59	V50-V59	451-459	210-229	210-229	V50-V59	210-229	470-478	470-478
617-629	V20-V29	V20-V29	290-299	451-459	470-478	470-478	V50-V59	210-229	210-229
V20-V29	617-629	617-629	470-478	470-478	590-599	590-599	300-316	590-599	590-599

650-659	Parto normal e outras indicações de cuidados na gravidez, no trabalho de parto e no parto	V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores
660-669	Complicações ocorrendo principalmente durante o trabalho de parto e no parto	210-229	Neoplasias Benignas
640-648	Complicações ligadas principalmente com a gravidez	290-299	Psicoses
630-639	Gravidez terminada por aborto	470-478	Outras Doenças do Tracto Respiratório Superior
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	451-459	Doenças das Veias e dos Linfáticos, e outras Doenças do Aparelho Circulatório

Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que terminam em óbito mostrou-se bastante estável de 2004 a 2012, com a infeção por VIH a ser o principal diagnóstico associado ao óbito hospitalar, seguida de outras doenças do aparelho digestivo, alternando as posições imediatamente a seguir entre as neoplasias malignas dos órgãos digestivos e peritoneu; e, as neoplasias malignas de outros locais não especificados. Em 2013, verificou-se que as neoplasias não especificadas assumiram a primeira posição. Assume ainda alguma importância a pneumonia e a influenza.

Quadro 12. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 25 a 44 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
042.	042.	042.	042.	042.	042.	042.	042.	042.	190-199
570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	042.
150-159	150-159	190-199	190-199	150-159	480-488	190-199	480-488	190-199	570-579
190-199	190-199	150-159	150-159	480-488	190-199	480-488	150-159	150-159	150-159
430-438	480-488	430-438	480-488	430-438	430-438	150-159	190-199	480-488	480-488
480-488	430-438	480-488	430-438	190-199	150-159	170-176	430-438	430-438	200-208
170-176	200-208	160-165	200-208	200-208	170-176	430-438	170-176	200-208	170-176
200-208	160-165	200-208	160-165	160-165	160-165	179-189	160-165	030-041	160-165
850-854	170-176	170-176	170-176	170-176	200-208	160-165	200-208	160-165	030-041
800-804	510-519	850-854	030-041	030-041	030-041	200-208	030-041	170-176	430-438

042.	Infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)	430-438	Doença Vasculiar Cerebral
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	200-208	Neoplasia Maligna do Tecido Linfático e Hematopoiético
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	170-176	Neoplasia Maligna do Osso, Tecido Conjuntivo, Pele e Mama
150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu	160-165	Neoplasia Maligna de Órgãos Respiratórios e Intratorácicos
480-488	Pneumonia e Influenza	030-041	Outras Doenças Bacterianas

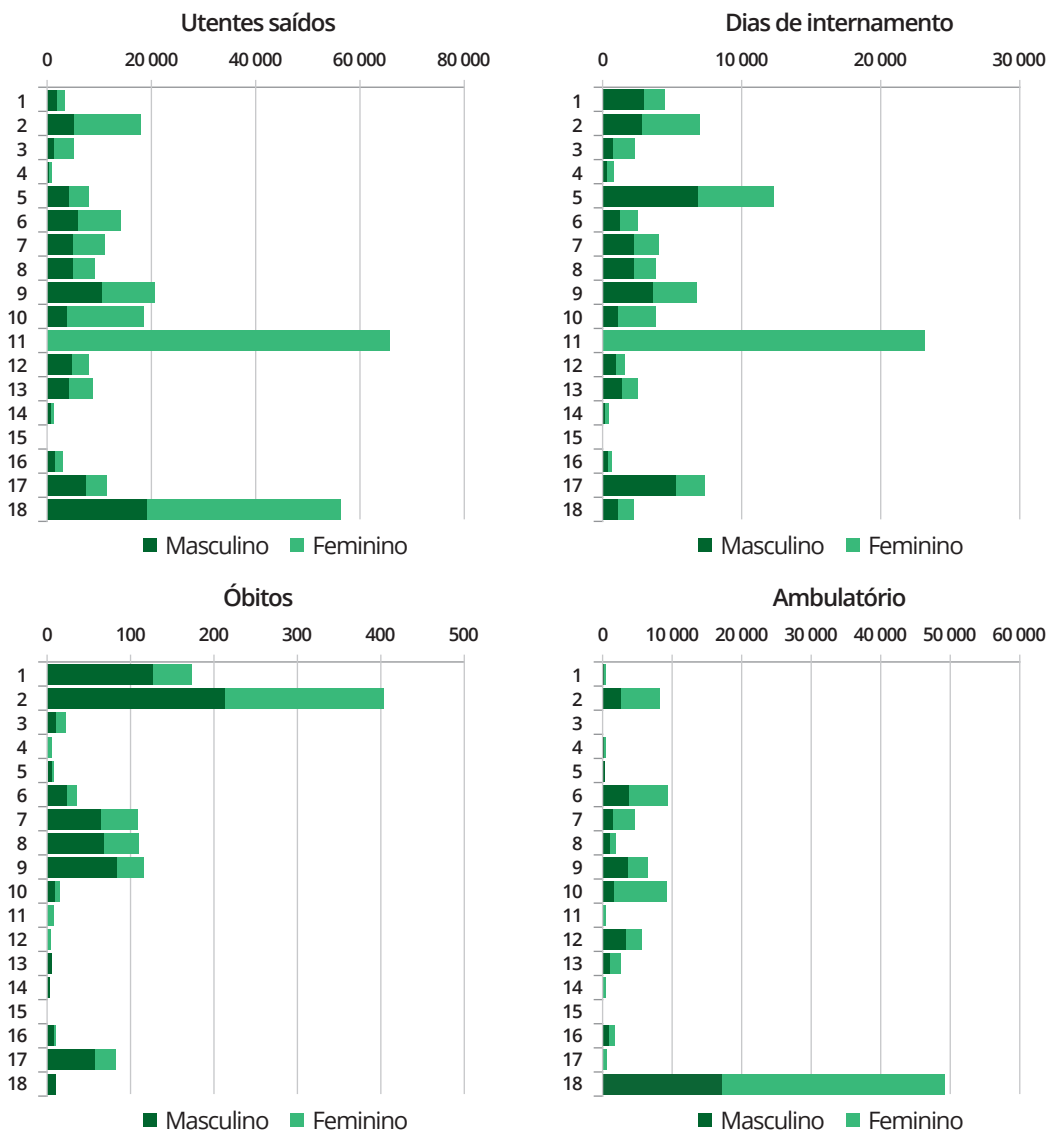
Dados: GDH-ACSS, 2015

Na caracterização da produção hospitalar de 2013, verificou-se que nos utentes saídos a predominância de episódios está associada à gravidez, parto ou puerpério. Relativamente aos dias de internamento o principal grupo de doenças responsável pela ocupação hospitalar é o da gravidez, parto e puerpério, seguindo-se transtornos mentais, lesões e envenenamentos, neoplasias, e doenças do aparelho digestivo.

No que se refere aos óbitos intra-hospitalares observa-se uma predominância do sexo masculino em quase todas as causas de óbito, com exceção das neoplasias – a mais predominante -, onde existe algum equilíbrio. A mortalidade intra-hospitalar pelas doenças infecciosas e parasitárias é também digna de nota.

Relativamente aos casos de ambulatório, para além dos fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde, têm alguma expressão as doenças do aparelho geniturinário, do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos, e as neoplasias.

Figura 12. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 25 a 44 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



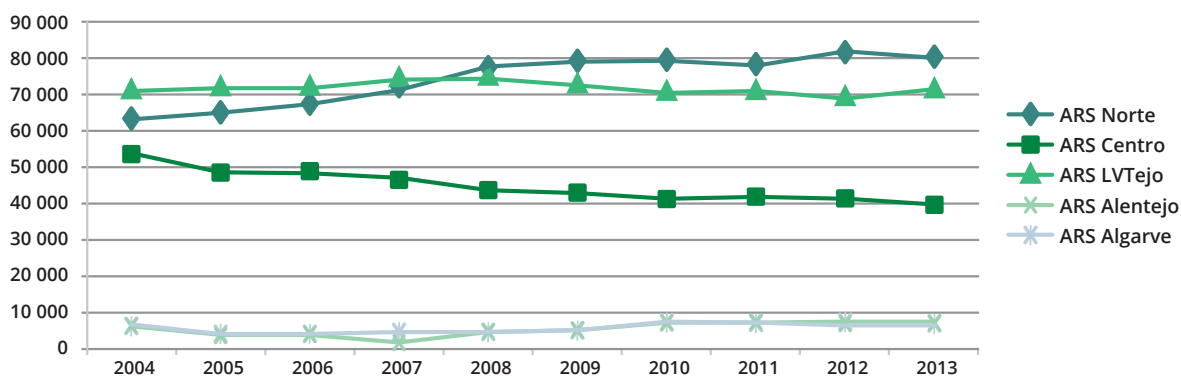
Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afecções Mal definidas, 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Factores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

7. DO 45º AO 64º ANO DE IDADE

Neste grupo etário o número de episódios de internamento hospitalar apresenta estabilidade nos anos mais recentes, apesar de evoluções distintas por ARS antes do ano de 2009.

Figura 13. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 45 a 64 anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais do internamento hospitalar neste grupo etário mostra estabilidade nos últimos anos com as primeiras posições a serem ocupadas por: outras doenças do aparelho digestivo; contactos com os serviços de saúde para procedimentos específicos e cuidados posteriores (causa não específica para estes episódios de internamento); e doença cardíaca isquémica; seguindo-se, em 2013, outras doenças do aparelho urinário (com tendência de subida de posição desde 2008), e outras doenças do trato genital feminino.

Quadro 13. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 45 a 64 anos de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
570-579	570-579	570-579	V50-V59	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579
410-414	410-414	410-414	570-579	V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59	V50-V59
V50-V59	V50-V59	V50-V59	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414
550-553	210-229	550-553	617-629	617-629	617-629	617-629	617-629	617-629	590-599
210-229	550-553	210-229	550-553	550-553	710-719	210-229	210-229	710-719	617-629
451-459	617-629	617-629	210-229	451-459	210-229	590-599	710-719	210-229	710-719
617-629	430-438	451-459	710-719	210-229	550-553	710-719	590-599	590-599	210-229
430-438	451-459	710-719	451-459	710-719	590-599	430-438	430-438	420-429	430-438
710-719	710-719	430-438	430-438	430-438	430-438	550-553	150-159	430-438	420-429
420-429	420-429	420-429	420-429	590-599	480-488	420-429	420-429	150-159	150-159

570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	550-553	Hérnia da Cavidade Abdominal
V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores	710-719	Doenças do Aparelho Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
410-414	Doença Cardíaca Isquémica	430-438	Doença Vascular Cerebral
617-629	Outras Doenças do Trato Genital Feminino	590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
210-229	Neoplasias Benignas	451-459	Doenças das Veias e dos Linfáticos, e outras Doenças do Aparelho Circulatório

Dados: GDH-ACSS, 2015

A ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que terminam em óbito apresenta alguma estabilidade nas primeiras posições. Verifica-se que a neoplasia maligna de órgãos digestivos e do peritoneu, e a neoplasia maligna dos órgãos respiratórios e intratorácicos se mantêm consistentemente nas duas primeiras posições. Na terceira e quarta posição alternam, nos últimos anos, as outras doenças do aparelho digestivo, e a neoplasia maligna de outros locais e de locais não especificados. Em posições seguintes encontram-se estabilizadas a pneumonia e influenza, e a doença vascular cerebral.

Quadro 14. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 45 a 64 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159
430-438	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165
570-579	570-579	570-579	570-579	190-199	570-579	190-199	570-579	190-199	570-579
160-165	430-438	190-199	190-199	570-579	190-199	570-579	480-488	570-579	190-199
190-199	190-199	430-438	430-438	430-438	480-488	480-488	190-199	480-488	480-488
480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
179-189	179-189	200-208	179-189	179-189	179-189	179-189	179-189	179-189	030-041
410-414	200-208	179-189	200-208	420-429	200-208	200-208	170-176	030-041	179-189
200-208	170-176	170-176	170-176	170-176	170-176	170-176	200-208	170-176	200-208
170-176	510-519	030-041	420-429	200-208	030-041	510-519	030-041	200-208	420-429

150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu	480-488	Pneumonia e Influenza
160-165	Neoplasia Maligna de Órgãos Respiratórios e Intratorácicos	179-189	Neoplasia Maligna de Órgãos Geniturinários
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	200-208	Neoplasia Maligna do Tecido Linfático e Hematopoiético
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	170-176	Neoplasia Maligna do Osso, Tecido Conjuntivo, Pele e Mama
430-438	Doença Vascular Cerebral	030-041	Outras Doenças Bacterianas

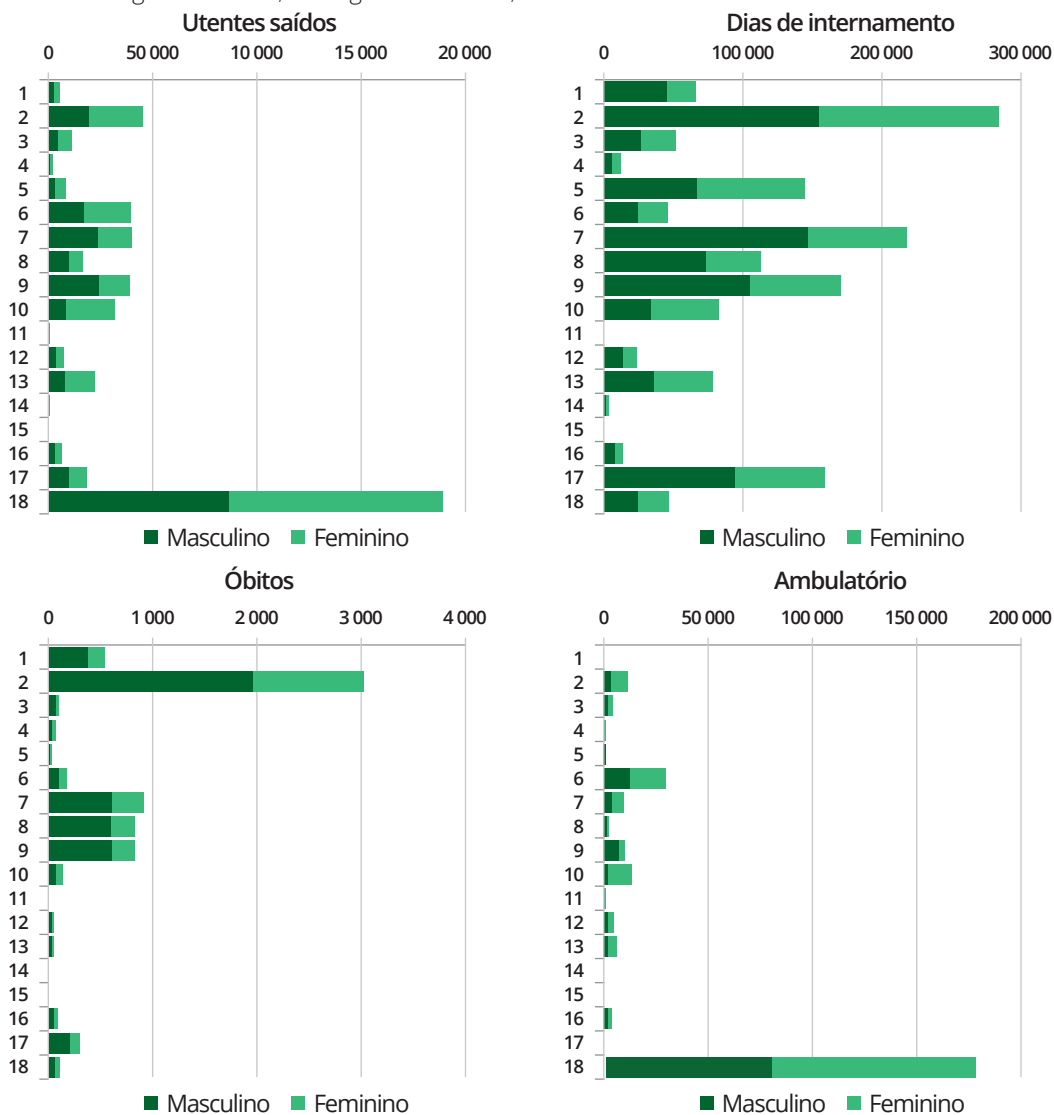
Dados: GDH-ACSS, 2015

A produção hospitalar de 2013 neste grupo etário apresenta padrões distintos conforme as componentes, doentes saídos, dias de internamento, óbitos, episódios de ambulatório.

A componente de doentes saídos é essencialmente caracterizada pelos contactos com os serviços de saúde (causa 18 – Ambulatório); seguindo-se neoplasias; as doenças do aparelho circulatório; as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; as doenças do aparelho digestivo; e, as doenças do aparelho geniturinário (mais predominantes nas mulheres).

Também a componente de dias de internamento apresenta predomínio das neoplasias; seguindo as doenças do aparelho circulatório; as doenças do aparelho digestivo; as lesões e envenenamentos; e, os transtornos mentais. A mortalidade hospitalar neste grupo é caracterizada como consequente a internamento por neoplasias; por doenças do aparelho circulatório; por doenças do aparelho respiratório; e por as doenças do aparelho digestivo. Relativamente aos episódios de ambulatório, para além dos motivos relacionados com os contactos não especificados com os serviços de saúde, estes são caracterizados pelos contactos devidos a doenças de pele e tecido subcutâneo; doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; e, doenças do aparelho geniturinário (mais predominantes nas mulheres).

Figura 14. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 45 a 64 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013

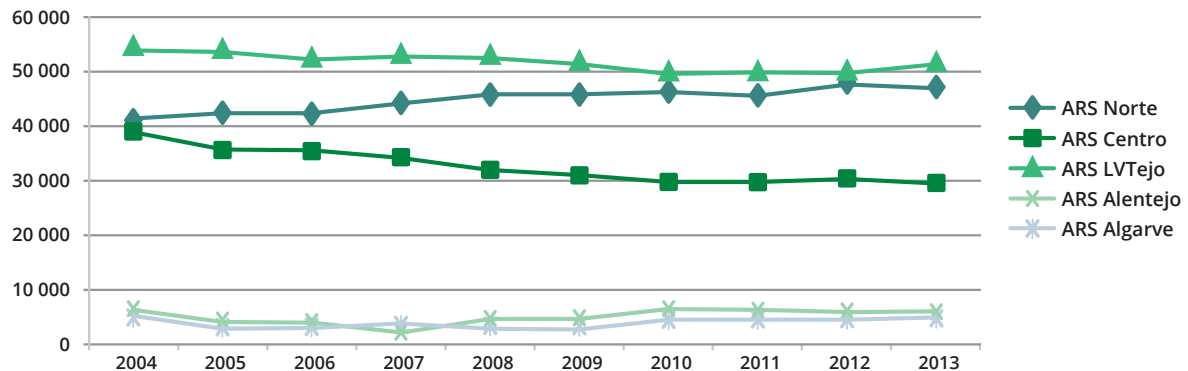


Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas; 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

8. DO 65º AO 74º ANO DE IDADE

Neste grupo etário o número de episódios de internamento hospitalar apresenta estabilidade nos anos mais recentes. O número dos internamentos hospitalares das ARS Centro e Norte mostram evoluções simétricas e opostas no período de 2004 a 2013.

Figura 15. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 65 a 74 anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

Na ordenação dos diagnósticos principais do internamento hospitalar registou-se um aumento de importância das outras formas de doença cardíaca em detrimento das outras doenças do aparelho digestivo. A doença vascular cerebral e a doença cardíaca isquémica mantêm-se estáveis na terceira e quarta posição desde 2008. Em 2013 atingiram a quinta posição as doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo e a sexta foi ocupada pelas outras doenças do aparelho urinário, que aparentam tendência recente de acréscimo de importância.

Quadro 15. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos de 65 a 74 anos de idade, em Portugal Continental (2003-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
430-438	430-438	570-579	V50-V59	570-579	420-429	570-579	570-579	420-429	420-429
410-414	410-414	430-438	570-579	420-429	570-579	420-429	420-429	570-579	570-579
570-579	420-429	420-429	420-429	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
420-429	570-579	410-414	430-438	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414
360-379	480-488	150-159	410-414	710-719	480-488	480-488	480-488	V50-V59	710-719
150-159	360-379	710-719	480-488	480-488	710-719	150-159	150-159	710-719	590-599
550-553	150-159	360-379	150-159	150-159	150-159	710-719	710-719	480-488	480-488
480-488	V50-V59	480-488	710-719	V50-V59	V50-V59	590-599	590-599	150-159	150-159
710-719	710-719	550-553	360-379	550-553	590-599	V50-V59	V50-V59	590-599	V50-V59
V50-V59	550-553	V50-V59	550-553	590-599	550-553	550-553	996-999	996-999	179-189

570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	710-719	Doenças do Aparelho Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
430-438	Doença Vascular Cerebral	V50-V59	Pessoas Encontrando os Serviços de Saúde Para Procedimentos Específicos e Cuidados Posteriores
410-414	Doença Cardíaca Isquémica	590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
480-488	Pneumonia e Influenza	550-553	Hérnia da Cavidade Abdominal

Dados: GDH-ACSS, 2015

A evolução da ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que terminaram em óbito mostra progressiva importância de morte em sequência de pneumonia e influenza, em detrimento, dos anteriormente primeiros diagnósticos, doença vascular cerebral, e neoplasia maligna dos órgãos digestivos e do peritoneu. A morte intra-hospitalar associada a neoplasia maligna dos órgãos respiratórios e intratorácicos mantém a sua posição de importância constante. As posições seguintes incluem neoplasias de locais não especificados, outras doenças do aparelho digestivo, outras formas de doença cardíaca e, em aparente aumento de importância, outras doenças bacterianas.

Quadro 16. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos de 65 a 74 anos de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
430-438	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	480-488
150-159	430-438	430-438	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	150-159
480-488	480-488	480-488	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165	160-165
570-579	420-429	570-579	420-429	190-199	190-199	190-199	190-199	190-199	030-041
420-429	190-199	190-199	570-579	570-579	420-429	570-579	570-579	570-579	190-199
410-414	570-579	420-429	190-199	420-429	570-579	420-429	420-429	420-429	570-579
190-199	410-414	410-414	410-414	179-189	179-189	179-189	179-189	030-041	420-429
179-189	510-519	179-189	179-189	410-414	410-414	510-519	030-041	179-189	179-189
510-519	179-189	510-519	510-519	510-519	030-041	410-414	410-414	200-208	200-208

150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu	570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo
480-488	Pneumonia e Influenza	420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca
430-438	Doença Vascular Cerebral	179-189	Neoplasia Maligna de Órgãos Genitourinários
160-165	Neoplasia Maligna de Órgãos Respiratórios e Intratorácicos	410-414	Doença Cardíaca Isquémica
190-199	Neoplasia Maligna de Outros Locais e de Locais não Especificados	030-041	Outras Doenças Bacterianas

Dados: GDH-ACSS, 2015

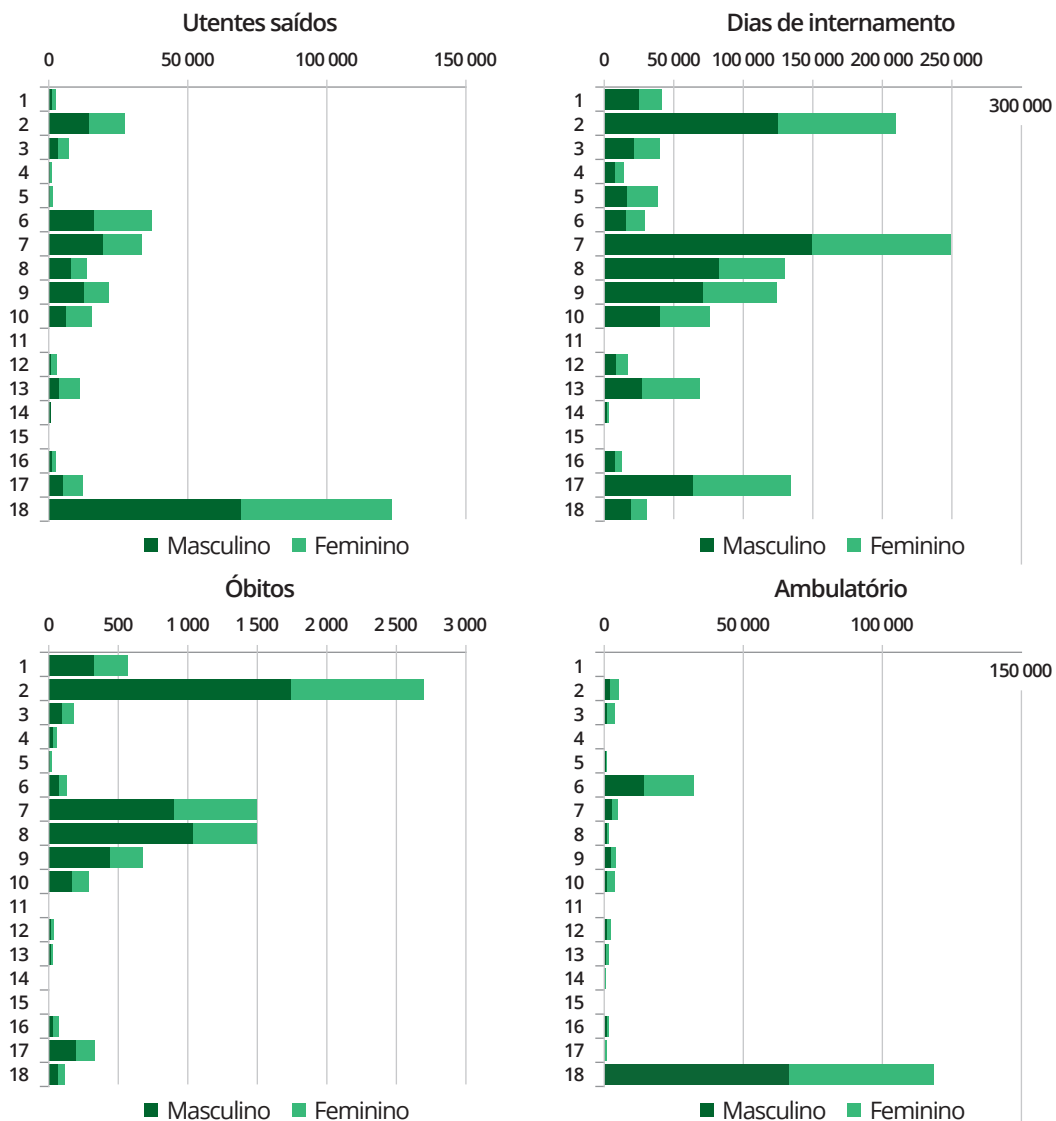
A caracterização da produção hospitalar em 2013 neste grupo etário, evidencia padrões diversos pelas dimensões aqui consideradas.

No que respeita aos utentes saídos, o conjunto de doenças mais frequentes foram: i) as doenças do Sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; ii) as doenças do aparelho circulatório; iii) as neoplasias; e iv) as doenças do aparelho digestivo.

Na dimensão de dias de internamento, a distribuição por grupos de doenças foi mais heterogénea, ordenando-se nas primeiras posições as doenças do aparelho circulatório; as neoplasias; e, as lesões e envenenamentos. Na dimensão dos óbitos hospitalares a posição cimeira pertence às neoplasias, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório e respiratório; em posições ainda posteriores, com valores absolutos bastante menores, surgem as doenças do aparelho digestivo, e as doenças infecciosas e parasitárias.

Na dimensão de episódios de ambulatório, a menção a doenças só mostrou alguma importância nas doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos.

Figura 16. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos de 65 a 74 anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



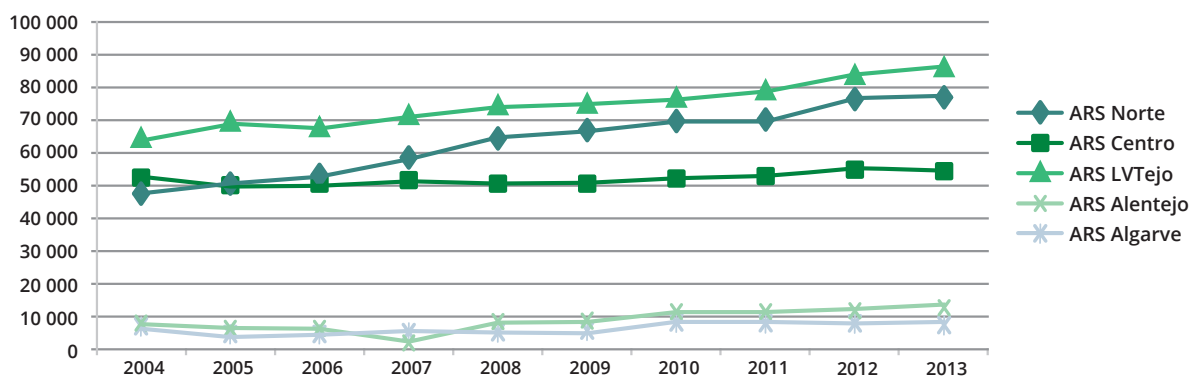
Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjunto; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas; 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

9. 75 OU MAIS ANOS DE IDADE

Neste grupo etário o número de episódios de internamento hospitalar apresenta no global e por ARS tendências de crescimento. No entanto, verificam-se distintas velocidades de aumento por região.

Figura 17. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de indivíduos com 75 ou mais anos de idade por Administração Regional de Saúde, 2004-2013



Dados: GDH-ACSS, 2015

A evolução da ordenação do diagnóstico principal responsável pelo internamento hospitalar é caracterizada pela ocorrência de pneumonia e influenza; outras formas de doença cardíaca (estável no tempo); as doenças vasculares cerebrais; as outras doenças do aparelho urinário; e as outras doenças do aparelho digestivo. Salienta-se que, desde 2008, existe grande estabilidade dos diagnósticos principais nas oito primeiras posições.

Quadro 17. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) associados ao internamento hospitalar de indivíduos com 75 ou mais de idade, em Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
430-438	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488
480-488	430-438	430-438	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429
420-429	420-429	420-429	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
410-414	570-579	570-579	570-579	590-599	590-599	590-599	590-599	590-599	590-599
570-579	410-414	410-414	820-829	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579
360-379	820-829	820-829	590-599	820-829	820-829	820-829	820-829	820-829	820-829
820-829	360-379	590-599	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414	410-414
150-159	510-519	360-379	360-379	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159
590-599	590-599	150-159	150-159	360-379	490-496	490-496	460-466	460-466	460-466
510-519	150-159	510-519	510-519	510-519	510-519	460-466	490-496	V50-V59	490-496

480-488	Pneumonia e Influenza	820-829	Fractura do Membro Inferior
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	410-414	Doença Cardíaca Isquémica
430-438	Doença Vasculiar Cerebral	150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu
590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário	510-519	Outras doenças do Aparelho Respiratório
570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo	490-496	Doença Pulmonar Crónica Obstrutiva

Dados: GDH-ACSS, 2015

A evolução da ordenação dos diagnósticos principais dos internamentos que resultam em óbito mantém um padrão inalterado nas suas posições cimeiras: i) pneumonia e influenza; ii) doença vascular cerebral; e iii) outras formas de doença cardíaca. A quarta posição, nos últimos dois anos (2012 e 2013) foi ocupada pelas outras doenças bacterianas, que mostram tendência de aumento progressivo, sobrepondo-se aos anteriores diagnósticos principais que dominavam esta posição, nomeadamente: neoplasia maligna dos órgãos digestivos e peritoneu (mais recentemente), e as outras doenças do aparelho respiratório (anteriormente).

Quadro 18. Evolução da ordenação dos diagnósticos principais (CID-9-MC) do internamento hospitalar resultante em óbito, em indivíduos com 75 ou mais de idade, Portugal Continental (2004-2013)

2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488	480-488
430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438	430-438
420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429	420-429
150-159	510-519	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	150-159	030-041	030-041
410-414	150-159	510-519	510-519	510-519	510-519	590-599	030-041	150-159	150-159
510-519	410-414	410-414	410-414	410-414	030-041	510-519	590-599	590-599	590-599
570-579	030-041	030-041	030-041	030-041	410-414	410-414	510-519	510-519	510-519
030-041	570-579	570-579	570-579	590-599	590-599	030-041	410-414	410-414	410-414
179-189	490-496	179-189	590-599	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579	570-579
490-496	179-189	590-599	179-189	179-189	179-189	500-508	500-508	500-508	500-508

480-488	Pneumonia e Influenza	030-041	Outras Doenças Bacterianas
430-438	Doença Vasculiar Cerebral	410-414	Doença Cardíaca Isquémica
420-429	Outras Formas de Doença Cardíaca	590-599	Outras Doenças do Aparelho Urinário
150-159	Neoplasia Maligna de Órgãos Digestivos e do Peritoneu	570-579	Outras Doenças do Aparelho Digestivo
510-519	Outras Doenças do Aparelho Respiratório	179-189	Neoplasia Maligna de Órgãos Geniturinários

Dados: GDH-ACSS, 2015

A caracterização da produção hospitalar de 2013 neste grupo etário apresenta padrões algo homogéneos entre as quatro dimensões.

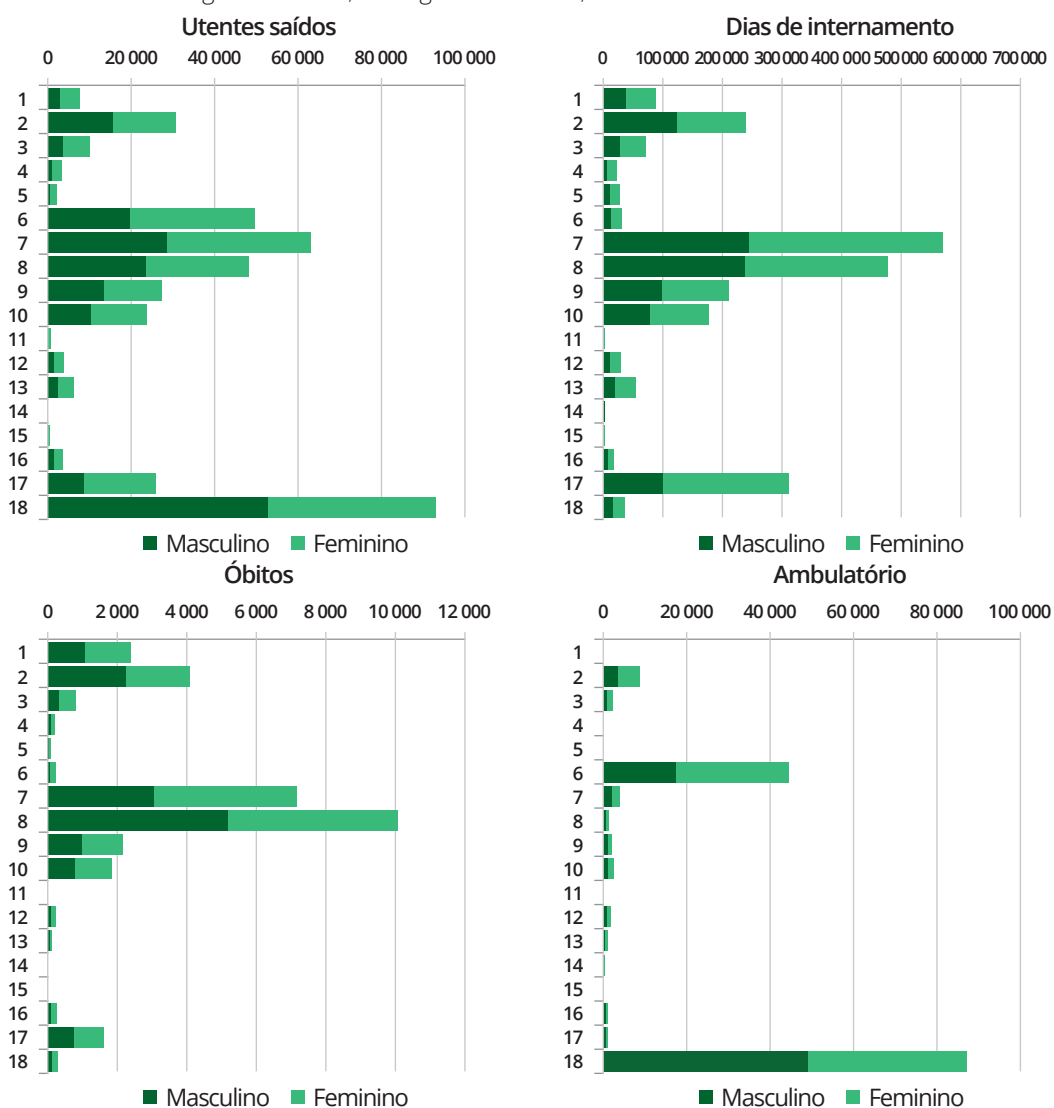
Na dimensão dos utentes saídos têm maior importância as doenças do aparelho circulatório; seguindo-se as doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos; as doenças do aparelho respiratório; as neoplasias; as doenças do aparelho digestivo; e as lesões e envenenamentos.

Relativamente à dimensão dos dias de internamento, por ordens ligeiramente diferentes, o padrão é essencialmente dado pelas mesmas doenças: i) doenças do aparelho circulatório; ii) doenças do aparelho respiratório; iii) lesões e envenenamento; iv) neoplasias; e v) doenças do aparelho digestivo.

Por sua vez a dimensão de óbitos intra-hospitalares foi encimada por: i) doenças do aparelho respiratório; ii) doenças do aparelho circulatório; iii) neoplasias; e iv) doenças infecciosas e parasitárias.

Na dimensão dos episódios de ambulatório, só existe expressão nas doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos e, a grande distância em termos absolutos, nas neoplasias.

Figura 19. Caracterização da produção hospitalar em indivíduos com 75 ou mais anos de idade por grande grupo da CID-9-MC e segundo o sexo, Portugal Continental, 2013



Legenda: 1 – D. Infecciosas e Parasitárias; 2 – Neoplasias; 3 – D. das glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo e Transtornos imunitários; 4 – D. do Sangue e dos órgãos hematopoiéticos; 5 – Transtornos Mentais; 6 – D. do sistema nervoso e dos órgãos dos Sentidos; 7 – D. do aparelho circulatório; 8 – D. do aparelho respiratório; 9 – D. do Aparelho Digestivo; 10 – D. do Aparelho Geniturinário; 11 – Gravidez, Parto e Puerpério; 12 – D. da pele e do Tecido celular subcutâneo; 13 – D. do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo; 14 – Anomalias Congénitas; 15 – Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal; 16 – Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas; 17 – Lesões e Envenenamentos; 18 – Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde.

Dados: GDH-ACSS, 2015

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Índice de Melhor Vida (<i>Better Life Index</i>) para Portugal em comparação com o Reino Unido (2015)	10
Figura 2. População residente em Portugal (2008 a 2014)	14
Figura 3. Índice sintético de fecundidade (2004-2014)	15
Figura 4. Taxa bruta de natalidade (2004-2014)	15
Figura 5. Esperança de vida à nascença e aos 65 anos, por sexo (1990-2014)	16
Figura 6. Esperança de vida saudável à nascença e aos 65 anos de idade, por sexo (2004-2013)	17
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)	18
Figura 8. Distribuição da perceção do estado da saúde dos utentes do Sistema de Saúde	18
Figura 9. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou muito bom) na população residente com 16 e mais anos de idade (percentagem), por determinantes sociodemográficos, Portugal (2013)	19
Figura 10. Fatores de risco ordenados por peso na carga de Doença (DALY em valor absoluto e percentagem) segundo as doenças associadas, ambos os sexos, Portugal, 2010	20
Figura 11. Estimativas da carga global de doença atribuível a hábitos alimentares inadequados, expressa em DALY, Portugal, 2010	21
Figura 12. Fração atribuível ao álcool para conjunto selecionado de causas de morte, doenças e lesões, OMS, 2012	24
Figura 13. Número de internamentos hospitalares por causas 100% atribuíveis ao consumo de álcool*	25
Figura 14. Prevalência do consumo <i>Binge</i> *, total de inquiridos e na população consumidora	27
Figura 15. Casos declarados de Sarampo (1987-2013)	28
Figura 16. Casos declarados de Poliomielite aguda (1987-2013)	29
Figura 17. Estimativas da carga global de doença atribuível a doenças e lesões, expressa em DALY, Portugal, 2010	30
Figura 18. Estimativas da carga de morbilidade e incapacidade atribuível a doenças e lesões, expressa em YLD, Portugal, 2010	31
Figura 19. Taxa de incidência dos 5 tumores malignos mais frequentes (/100 000 habitantes) por sexo, Portugal (2008)	32
Figura 20. Distribuição percentual de Diabetes, Hiperglicemia intermédia e Normoglicemia	34
Figura 21. Número de notificações pelas 10 principais DDO*, Portugal, 2013	36
Figura 22. Distribuição dos novos casos notificados de infeção por VIH, por género e grupo etário (2013)	36
Figura 23. Evolução da Taxa de incidência de Tuberculose (/100 000 habitantes), Portugal no período 2008-2014	37
Figura 24. Número de óbitos pelas 10 principais causas de morte, Portugal (2013) (a)	38
Figura 25. Número de óbitos abaixo dos 70 anos pelas 10 principais causas de morte, Portugal (2013) (a)	40
Figura 26. Número de óbitos abaixo dos 70 anos por quinquénio e segundo as principais causas de morte (a), Portugal (2004-2013)	40
Figura 27. Evolução dos anos potenciais de vida perdidos (antes dos 70 anos) pelas principais causas de morte, Portugal (2004-2013) (a)	41
Figura 28. Evolução das taxas de mortalidade prematura pelas principais causas de morte, Portugal (2004-2013) (a)	41
Figura 29. Evolução do peso (percentagem) das principais causas de morte na mortalidade prematura, Portugal, (2004-2013) (a)	42
Figura 30. Evolução da proporção de óbitos prematuros (antes dos 70 anos) no total de óbitos (percentagem), Portugal (2004 a 2014)	42

Figura 31. Evolução da Taxa de fecundidade por grupo etário (1971-2013)	45
Figura 32. Evolução da distribuição de nados-vivos por duração da gravidez (2000-2014)	45
Figura 33. Número de interrupções voluntárias da gravidez (IVG), Portugal (2008-2014)*	46
Figura 34. Distribuição das interrupções voluntárias da gravidez, por grupo etário (2014)	47
Figura 35. Evolução do número de mortes maternas (2002-2013)	47
Figura 36. Nados vivos com peso à nascença inferior a 2 500 g e nados vivos com duração da gravidez da mãe inferior a 37 semanas	48
Figura 37. Distribuição das grávidas por tipo de VIH (2013)	49
Figura 38. Evolução do número de óbitos infantis e respetiva taxa de mortalidade (1996-2014)	50
Figura 39. Evolução do número de óbitos neonatais e respetiva taxa de mortalidade (1996-2014)	50
Figura 40. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade infantil	51
Figura 41. Número de óbitos neonatais precoces, Portugal 2004-2008 e 2009-2013	52
Figura 42. Distribuição das frequências de consumo por classes (fruta, sopa e hortícolas no prato) em crianças com 4 anos de idade.	53
Figura 43. Proporção de crianças (com idade de 4 anos) por classes de frequência de consumo e segundo o tipo de bebidas açucaradas	54
Figura 44. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade de crianças do grupo etário 1-4 anos de idade	56
Figura 45. Comparação da percentagem de consumo de frutas e de hortícolas (vegetais) pelos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014	56
Figura 46. Comparação da percentagem de consumo de Doces e de Refrigerantes pelos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014	57
Figura 47. Comparação da percentagem da prática de atividade física dos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014	57
Figura 48. Comparação da percentagem do índice de massa corporal dos alunos quando frequentavam os 6.º e 8.º anos em 2010 e em 2014	58
Figura 49. Evolução da prevalência de obesidade e de excesso de peso nas crianças com 7-8 anos	58
Figura 50. Cobertura vacinal contra HPV, por coorte e número de doses, das crianças avaliadas aos 14 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal (dados referentes a 31 de dezembro 2014)	60
Figura 51. Estado de saúde periodontal aos 12, em 2006 e 2013 – Percentagem de jovens com gengivas saudáveis (Índice Periodontal Comunitário = 0)	61
Figura 52. Percentagem de jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes ...	61
Figura 53. Percentagem de crianças e jovens de 6 e 12, que escovam os dentes, pelo menos uma vez por dia, em 2006 e 2013	62
Figura 54. Idade de experimentação de substâncias psicoativas pelos alunos quando frequentavam o 8.º ano em 2014.....	62
Figura 55. Percentagem de utilização do preservativo na primeira relação sexual dos alunos quando frequentavam o 8.º ano em 2014	63
Figura 56. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade de crianças do grupo etário 5-14 anos de idade	64
Figura 57. Comparação da percentagem de consumo de Frutas e de Hortícolas (vegetais) pelos alunos quando frequentavam o 10.º em 2010 e em 2014	65
Figura 58. Comparação da percentagem de consumo de Doces e de Refrigerantes pelos alunos quando frequentavam o 10.º em 2010 e em 2014	65
Figura 59. Distribuição das categorias do índice de massa corporal dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2010 e em 2014.	66
Figura 60. Comparação da % da prática de atividade física dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2010 e em 2014	66
Figura 60. Distribuição das frequências da prática de atividade física dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2010 e em 2014.	66

Figura 61. Gravidade da cárie dentária na dentição permanente aos 15 ou 18 anos, em 2000, 2006 e 2013 – Índice CPOD	67
Figura 62. Percentagem de jovens com gengivas saudáveis (Índice Periodontal Comunitário = 0)	67
Figura 63. Percentagem de jovens com pelo menos 1 selante de fissura aplicado em dentes permanentes -	68
Figura 64. Idade de experimentação de substâncias psicoativas dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2014	68
Figura 65. Evolução da prevalência do consumo de substâncias psicoativas (medicamentos, tabaco e bebidas alcoólicas) no último ano, no grupo etário 15-24 anos, por sexo e total (2001, 2007, 2013)	69
Figura 66. Percentagem de utilização do preservativo na primeira relação sexual dos alunos quando frequentavam o 10.º ano em 2014	70
Figura 67. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 15-24 anos de idade	71
Figura 68. Evolução do número de acidentes de trabalho em Portugal, por sexo no grupo etário 25-44 anos (2002-2012))	72
Figura 69. Evolução do número de acidentes de trabalho mortais na população empregada dos 25 aos 44 anos (número e taxa de incidência por 100 000 trabalhadores), Portugal (2002-2012)	73
Figura 70. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 25-44 anos de idade	75
Figura 71. Esperança de vida aos 45 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)	76
Figura 72. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou Muito bom) na população residente dos 45 aos 64 anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)	76
Figura 73. Evolução do número de acidentes de trabalho em Portugal, por sexo no grupo etário 45-64 anos (2002-2012)	77
Figura 74. Evolução do número de acidentes de trabalho mortais na população empregada dos 45 aos 64 anos (número e taxa de incidência por 100 000 trabalhadores), Portugal (2002-2012)	77
Figura 75. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade na população do grupo etário 45-64 anos de idade.....	81
Figura 76. Esperança de viver aos 65 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)	82
Figura 77. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Bom ou muito bom) na população residente dos 65 aos 74 anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)	83
Figura 78. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade no grupo etário 65-74 anos de idade.....	87
Figura 79. Esperança de viver aos 75 anos por sexo e nível educacional, Portugal (2012)	87
Figura 80. Autoapreciação positiva do estado de saúde (Muito bom ou Bom) na população residente de 75 ou mais anos (percentagem) por quintil de rendimento, Portugal (2013)	88
Figura 81. Comparação das taxas quinquenais da causa básica de mortalidade do grupo etário ≥75 anos de idade	91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Prevalência (%) do consumo de tabaco ao longo da vida, último ano e último mês, dos 15 aos 64 anos, por sexo, 2001; 2007; 2012	23
Quadro 2. Indicadores de Mortalidade relativos a Doenças Atribuíveis ao Álcool*	26
Quadro 3. Prevalência de doenças reumáticas na população portuguesa	33
Quadro 4. Número de crianças nascidas com recurso a técnicas de PMA(1) Portugal (2009-2013)	46
Quadro 5. Casos de transmissão mãe-filho de infeção por VIH (2007-2013)	49
Quadro 6. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade inferior a 1 ano, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	51
Quadro 7. Evolução da mortalidade perinatal (2009-2014)	52
Quadro 8. Cobertura vacinal das crianças avaliadas ao 1 ano de idade no período 2010-2014 em Portugal (Dados referentes a 31 de Dezembro).	54
Quadro 9. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 2 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal (dados referentes a 31 de Dezembro)	55
Quadro 10. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 1 e 4 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	55
Quadro 11. Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 7 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal. Dados referentes a 31 de dezembro de 2014	59
Quadro 12. Cumprimento do Programa Nacional de Vacinação. Cobertura vacinal das crianças avaliadas aos 14 anos de idade no período 2010-2014, em Portugal. Dados referentes a 31 de dezembro 2014	59
Quadro 13. Prevalência e gravidade da cárie dentária na dentição decídua, aos 6 anos (Índice cpod) e na dentição permanente aos 12 anos (índice CPOD), em 2000, 2006 e 2013	60
Quadro 14. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 5 e 14 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	64
Quadro 15. Prevalência (%) do consumo de tabaco em alunos do secundário e universitários, 2014	69
Quadro 16. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 15 e 24 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	71
Quadro 17. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 25 e 44 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	74
Quadro 18. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com idade entre 45 e 64 anos (%) por sexo, Portugal (2013)	78
Quadro 19. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 45 e 64 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	80
Quadro 20. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com idade entre 65 e 74 anos (%) por sexo, Portugal (2013)	83
Quadro 21. Taxa de incidência no grupo etário 65-69 anos, por sexo (/100 000 habitantes), Portugal, 2008 – Registo Oncológico Nacional	84
Quadro 22. Taxa de incidência no grupo etário 70-74 anos, por sexo (/100 000 habitantes), Portugal, 2008 – Registo Oncológico Nacional	84
Quadro 23. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade entre 65 e 74 anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	86
Quadro 24. Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde na população residente com 75 ou mais anos de idade (%) por sexo, Portugal (2013)	88
Quadro 25. Óbitos (N.º) e taxa quinquenal de mortalidade (/100 000 habitantes) na população de ambos os sexos com idade de 75 e mais anos, por causa de morte, Portugal, 2004 a 2013	90



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