

Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016

2. Perfil de Saúde em Portugal



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**



2. PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL

2.1. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO	2
2.1.1. DETERMINANTES DA SAÚDE.....	2
2.1.2. ESTADO DE SAÚDE.....	22
2.2. ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E FINANCIAMENTO	33
2.2.1. ESTRUTURA	33
2.2.2. FINANCIAMENTO E DESPESA	33
2.3. TENDÊNCIAS DA SAÚDE.....	34
2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

No que a seguir se expõe, com vista à obtenção de um fotograma atual do sistema de saúde e do estado de saúde dos portugueses, sobressaem os significativos ganhos de saúde que Portugal alcançou nos últimos anos, medidos e avaliados por um conjunto de indicadores que se têm aproximado dos melhores valores registados nos países da União Europeia.

De facto, o estado de saúde da população melhorou de forma consistente e sustentada, o que terá resultado de uma evolução positiva dos vários determinantes da saúde e da capacidade de investimento nesta área.

Neste capítulo caracteriza-se o estado de saúde da população portuguesa¹, começando por descrever os seus fatores determinantes. Segue-se um breve resumo do sistema de saúde. Apresentam-se os valores atuais dos indicadores mais relevantes para esta análise e respetiva evolução na última década, para reconhecimento de tendências. Sendo objetivo deste capítulo contribuir para a identificação de ganhos de saúde ainda possíveis, os valores dos indicadores de Portugal Continental são comparados com os que se observaram nas diferentes regiões de saúde, assim como com a média dos cinco melhores valores registados nos países da União Europeia, sempre que esta informação esteja disponível.

2.1. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1.1. DETERMINANTES DA SAÚDE

1. Os determinantes da saúde são de diversa natureza, podendo ser categorizados de muitas maneiras diferentes. Por exemplo, Kirch sugere quatro categorias: contexto demográfico e social (cultura, política, género, fatores socioeconómicos e capacidade comunitária), ambiente físico (condições de vida e de trabalho), dimensões individuais (legado genético e comportamentos) e acesso a serviços de saúde (Kirch, 2008).

¹ Os valores apresentados ao longo do capítulo dizem respeito a Portugal Continental, excepto se tais valores não estiverem disponíveis. Nesses casos, identificados em nota de rodapé, apresentam-se os valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

Contexto demográfico e social

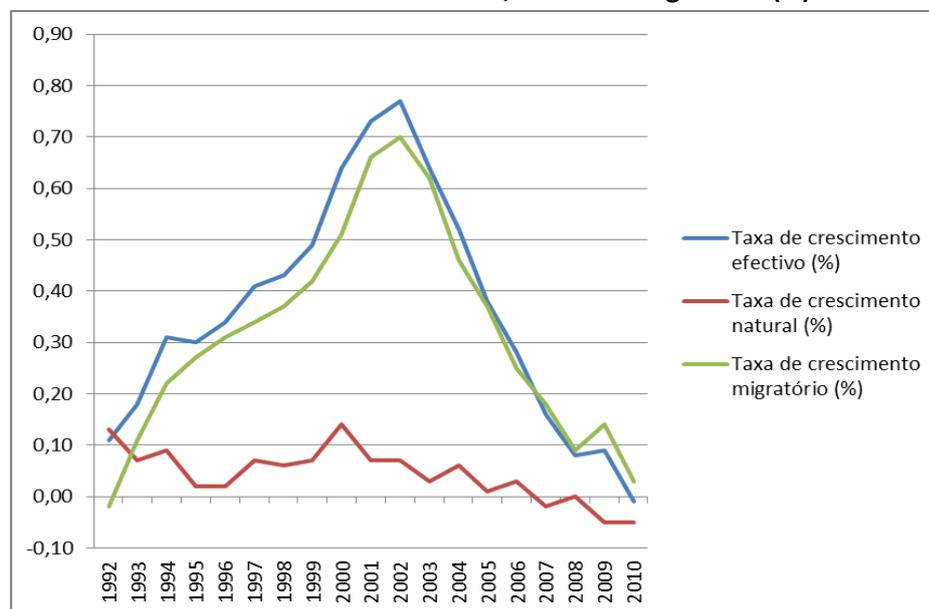
2. À data dos Censos 2011 residiam em Portugal Continental 10 047 083 habitantes, dos quais 15% tinha menos de 15 anos e 19% tinha 65 e mais anos (dados provisórios disponíveis no portal do INE). Para 2020, embora a maioria dos cenários de previsão aponte para o não decréscimo da população, espera-se que a proporção de jovens (0-14 anos) desça para 14% e a de população de 65 e mais anos aumente para 21%, incluindo este valor 6% de indivíduos com 80 ou mais anos² (portal do INE, 2012).

Quadro 2.1 - Evolução na última década

- Proporção crescente de idosos e decrescente de jovens;
- Aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento;
- Taxa de crescimento natural negativa;
- Decréscimo do índice sintético de fecundidade;
- Diminuição da taxa de crescimento migratório;
- Melhoria generalizada do nível de instrução;
- Crescente taxa de desemprego;
- Diminuição da taxa de risco de pobreza.

3. Em 2010 verificou-se uma diminuição da população residente, o que não ocorria desde o início da década de 90. Entre 2001 e 2010 a taxa de crescimento natural diminuiu de 0,07% para -0,05% e o índice sintético de fecundidade³ de 1,5 para 1,4 (não permitindo a renovação de gerações). Após as grandes vagas de imigração registadas no início dos anos 2000, a taxa de crescimento migratório apresentou uma forte desaceleração, tendo passado de 0,66% para 0,03%, entre 2001 e 2010 (Figura 2.1) (portal do INE, 2012).

FIGURA 2.1 - Taxas de crescimento efetivo, natural e migratório (%) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

4. O peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. Os resultados provisórios dos Censos 2011 mostram

² Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas, de acordo com os resultados do cenário central das "Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060" (publicação disponibilizada no portal do INE em 19 de Março 2009).

³ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento.

que o índice de envelhecimento da população é de 131, o que significa que por cada 100 jovens há hoje 131 idosos (65 ou mais anos). Em 2001 este índice era de 104. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência de idosos na última década, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2011b).

5. O nível de instrução atingido pela população portuguesa progrediu de forma muito expressiva na última década. A proporção da população que possui o ensino superior completo passou de 9% a 12%. Nos restantes níveis de ensino, os Censos 2011 indicam que 13% da população possui o ensino secundário completo, 16% concluiu o 3º ciclo e 13% o 2º ciclo. No entanto, a proporção da população que apenas completou o 1º ciclo do ensino básico representa ainda 25%; a população que não terminou qualquer nível de ensino atinge 19%. De referir, que as mulheres possuem qualificações mais elevadas do que os homens e que cerca de 61% dos licenciados é do sexo feminino (INE, 2011b).
6. Em 2010, o Produto Interno Bruto⁴, a preços constantes de 2006, era de 15 248 euros, por habitante, o que representa um aumento de 316 euros (2,1%) relativamente ao ano 2004 (INE, 2011a).
7. À semelhança do que se verifica nos outros países europeus, em Portugal também a taxa de desemprego regista uma tendência crescente, que se agravou nos últimos anos. Em 2011, entre o 1º e o 4º trimestre, a taxa de desemprego aumentou de 12,4% para 14,0% da população ativa (portal do INE, 2012).
8. Considerando apenas os rendimentos do trabalho, de capital e transferências privadas, 42,5% da população residente em Portugal, incluindo as Regiões Autónomas, estaria em risco de pobreza em 2010. Nesse ano, os rendimentos provenientes de pensões de reforma e sobrevivência contribuíram para um decréscimo de 17,1 pontos percentuais, observando-se uma taxa de risco de pobreza após pensões e antes de transferências sociais de 25,4%. Globalmente, as transferências sociais, relacionadas com a doença e incapacidade, família, desemprego e inclusão social contribuíram para a redução do risco de pobreza em 7,4 pontos percentuais. Assim, após transferências sociais, a taxa de risco de pobreza fixou-se em 18,0% em 2010, valor próximo do estimado para os dois anos anteriores. A taxa de risco de pobreza das famílias com crianças dependentes atingiu 20,1%, mais 2 pontos percentuais do que o valor registado para o total da população residente. Os resultados para os indicadores de desigualdade na distribuição dos rendimentos foram em 2010 superiores aos registados em 2009, todavia inferiores ao observado nos restantes anos. Em 2010, o rendimento monetário líquido equivalente dos 20% da população com maiores recursos correspondia a 5,7 vezes o rendimento dos 20% da população com mais baixos recursos (INE, 2012a).
9. Entre 2007 e 2010, o número de beneficiários do rendimento social de inserção aumentou de 39,4 para 56,7 por 1000 habitantes em idade ativa (portal do INE, 2012).

Ambiente Físico

10. O território físico e o tecido social também constituem importantes determinantes da saúde. A organização dos espaços, a qualidade do ar, da água e a gestão dos resíduos, assim como as

⁴ Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

condições de habitação são alguns dos aspetos que interferem com o estado de saúde da população.

11. Entre os dois momentos censitários (2001 e 2011) o país acentuou o padrão de litoralização e reforçou o movimento de concentração da população junto das grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Agravou-se o desequilíbrio na distribuição da população pelo território e a desertificação alastrou-se a uma parte significativa do território. Os municípios do litoral, em geral, mantiveram ou reforçaram a capacidade para fixar e atrair população. A grande maioria dos municípios do interior perdeu população na última década. Em 2001, 171 municípios tinham perdido população, mas em 2011 este valor subiu para 198 (INE, 2011b). Globalmente, no território continental, a densidade populacional passou de 110,9 para 113,9hab/km², no período 2001-2010 (portal do INE, 2012).
12. Em Portugal⁵, no período de 2006 a 2009 verificou-se uma diminuição do potencial de efeito de estufa⁶, em cerca de 9%. Após um aumento significativo das emissões até 2006, a tendência de emissão de gases de efeito de estufa (GEE) inverteu-se, registando em 2009, uma percentagem de emissões de 24%, valor que se situa 3 pontos percentuais abaixo da meta de Quioto⁷. Das emissões ocorridas em 2009, destacam-se a “indústria da energia” e os “transportes” como as principais atividades antropogénicas responsáveis pelas emissões de GEE, com cerca de 27% e 26%, respetivamente. Em 2006, registava-se uma emissão de 7,58 t CO₂eq *per capita*, enquanto em 2009 este valor era de 6,90t CO₂eq *per capita*. No que se refere ao Índice de Qualidade do Ar, constata-se que entre 2006 e 2010, predominou a classe “bom”, tendo-se verificado a partir de 2008 um decréscimo acentuado das classes de “médio”, “fraco” e “mau” (INE, 2011c).
13. Entre 2006 e 2009, a percentagem de população residente em Portugal Continental que se encontrava servida por sistemas de abastecimento de água aumentou de 90% para 96%. No mesmo período, a percentagem da população servida por sistemas de drenagem de águas residuais aumentou de 77% para 84% e por estações de tratamento de águas residuais de 71% para 74% (portal do INE, 2012). Em termos globais⁸, os operadores de serviços de águas atingiram em 2010 um cumprimento quase pleno no que se refere à realização de análises obrigatórias, com cerca de 99% de análises realizadas. No período 2006-2010, a proporção de água controlada e de boa qualidade foi sempre superior a 95%, atingindo 97% em 2010 (INE, 2011c).
14. A produção anual de resíduos urbanos tem vindo a aumentar. Entre 2002 e 2010 passou de 441 a 511kg/habitante. A quantidade de resíduos urbanos recolhidos seletivamente representa ainda uma pequena fração do total de resíduos produzidos, apesar de também mostrar tendência crescente: de 20 a 78kg/habitante, no mesmo período (portal do INE, 2012).
15. Observaram-se melhorias nas condições de habitabilidade dos alojamentos, nas últimas décadas. As infraestruturas básicas, como água canalizada, esgotos e instalações sanitárias com banho e duche, estão hoje praticamente presentes em todas as casas.

⁵ Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

⁶ O potencial de efeito de estufa é calculado através da combinação dos três principais gases que mais contribuem para o efeito de estufa: o dióxido de carbono (CO₂), o óxido nitroso (N₂O) e o metano (CH₄).

⁷ Ao abrigo do protocolo de Quioto e do acordo da partilha de responsabilidades, Portugal deverá limitar em 27% o aumento das emissões de GEE, no período 2008-2012, face ao valor de referência ajustado a partir do registo de 1990.

⁸ Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.



TABELA 2.1 - Alojamentos familiares de residência habitual sem infraestruturas básicas, à data dos Censos 2001 e 2011, em Portugal Continental

	2001		2011	
	N	%	N	%
Sem água canalizada no alojamento	20529	0,6%	23176	0,6%
Sem sistema de drenagem de águas residuais	58559	1,7%	17679	0,5%
Sem instalação de banho ou duche	215135	6,3%	74088	1,9%

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

16. No território continental, à data dos Censos 2011, a percentagem de alojamentos familiares de residência habitual que ainda não dispunha de água canalizada era de 0,6% (23 176 alojamentos), percentagem análoga à observada em 2001. Também a disponibilidade de sistema de esgotos é hoje praticamente universal: há apenas 0,5% (17 679) de alojamentos que não dispõe de sistema de esgotos, enquanto em 2001 essa percentagem atingia 1,7%. No ano 2011 cerca de 1,9% (74 088) dos alojamentos ainda não dispõe de casa de banho com banho e duche, mas esta percentagem encontra-se 4,4 pontos percentuais abaixo da apurada em 2001 (6,3%) (portal do INE, 2012).

Dimensões individuais

17. Entre os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida destacam-se o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Os dados recolhidos no 4º Inquérito Nacional de Saúde (entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006) permitem caracterizar estes consumos, na população de 15 e mais anos (INE/INSA, 2009).

18. Em 2006, 20,8% da população residente em Portugal Continental era fumadora. Entre os fumadores, cerca de 10,6% fumava apenas ocasionalmente e 89,4% fazia-o diariamente. A proporção de fumadores atuais era mais elevada na população masculina: 30,5%, contra 11,8% das mulheres. Em ambos os sexos, o valor mais elevado encontrava-se no grupo dos 35 aos 44 anos: 44,6% e 21,2%, respetivamente, em homens e em mulheres.

19. Considerando a média dos 5 melhores valores europeus, no mesmo ano, verifica-se que a prevalência de fumadores em Portugal é ligeiramente superior (20,8% vs. 19,5%). No entanto, esta diferença é mais elevada ao considerar apenas a população masculina (30,5% vs. 21,2%). Por outro lado, Portugal é o país da UE em que a proporção de mulheres fumadoras é mais baixa.

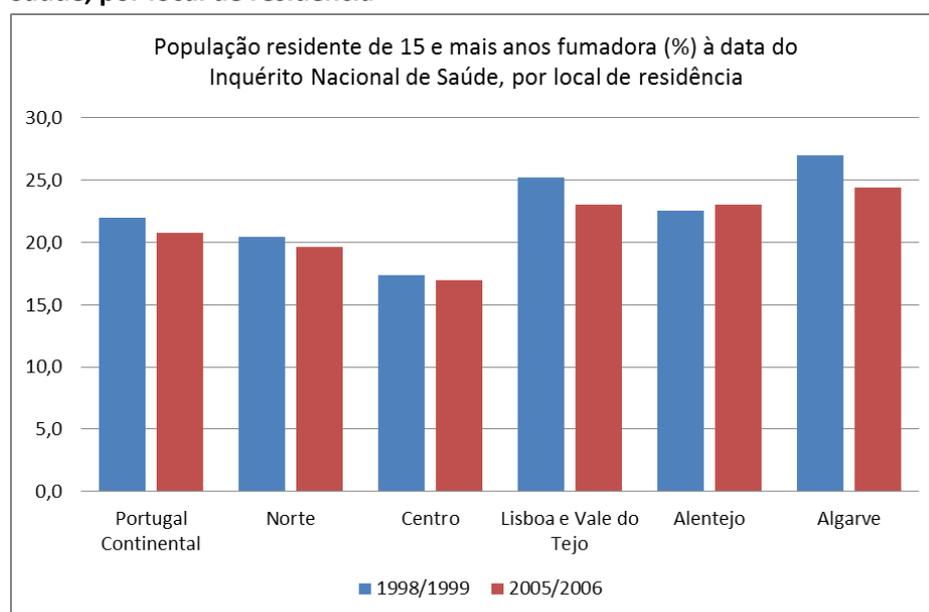
TABELA 2.2 - População residente de 15 e mais anos fumadora (%), por sexo e local de residência (2006)

	HM	H	M
Norte	19,7	31,4	8,9
Centro	17,0	26,6	8,2
Lisboa e Vale do Tejo	23,1	30,5	16,2
Alentejo	23,0	35,5	11,2
Algarve	24,4	34,1	14,8
Portugal Continental	20,8	30,5	11,8
Média 5 melhores valores UE	19,5	21,2	15,0

Fonte: Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009 e WHO, Health for All Database, 2012.

20. Entre 1999 e 2006, os Inquéritos Nacionais de Saúde mostraram que o número de fumadores diminuiu (de 22,0% para 20,8%). Para a população masculina a prevalência de fumadores aumentou no grupo dos 15 aos 24 anos (de 29,7% para 31,4%) e diminuiu em todos os restantes grupos etários, com destaque para uma diminuição de 50,4% para 39,0% entre os jovens adultos (25 a 34 anos). Entre a população feminina também se observou diminuição da prevalência neste grupo etário. No entanto, registou-se aumento nos restantes grupos etários até aos 74 anos, com destaque para um aumento de 4,7 pontos percentuais nas mulheres dos 45 aos 54 anos.

FIGURA 2.2 – População residente de 15 e mais anos fumadora (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência



Fonte: Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

21. Segundo o estudo Health Behaviour in School-aged Children (Matos et al, 2012), a percentagem de adolescentes escolarizados, com 11, 13 e 15 anos, que responde que fuma todos os dias tem vindo a diminuir: 5,4% em 1998, 8,5% em 2002, 5,0% em 2006 e 4,5% em 2010. Não foram encontradas diferenças significativas para o género, na análise dos dados de 2010 relativos a experimentação e consumo de tabaco.

22. A designada Lei do Tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto) veio alterar os hábitos tabágicos entre os fumadores, quer no que se refere à redução do fumo ativo, quer no que respeita aos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo. O relatório da primeira avaliação do impacte da Lei do Tabaco, relativamente ao período 2008-2010 (DGS/INSA, 2011), reuniu evidência de que a prevalência do consumo do tabaco diminuiu cerca de 5% no período de dois anos de vigência da lei; relativamente às mulheres não foi encontrada evidência de que a prevalência do consumo de tabaco continuasse a aumentar.

23. De acordo com dados recolhidos no 4º INS, 40,5% dos residentes em Portugal Continental referiu ter tomado pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista. Essa proporção aumentou para os 54,8% no conjunto da população masculina, o dobro da que se observou para as mulheres: 27,0%. Ainda de acordo com o 4º INS, 24,5% dos residentes referiu ter tomado bebidas

alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista. Este indicador era mais elevado nos homens, com 37,6%, face ao observado para as mulheres (12,3%) e contrastava com o observado para consumos pontuais de 1 ou 2 dias durante a semana, em que a proporção estimada rondava os 11% em ambos os sexos.

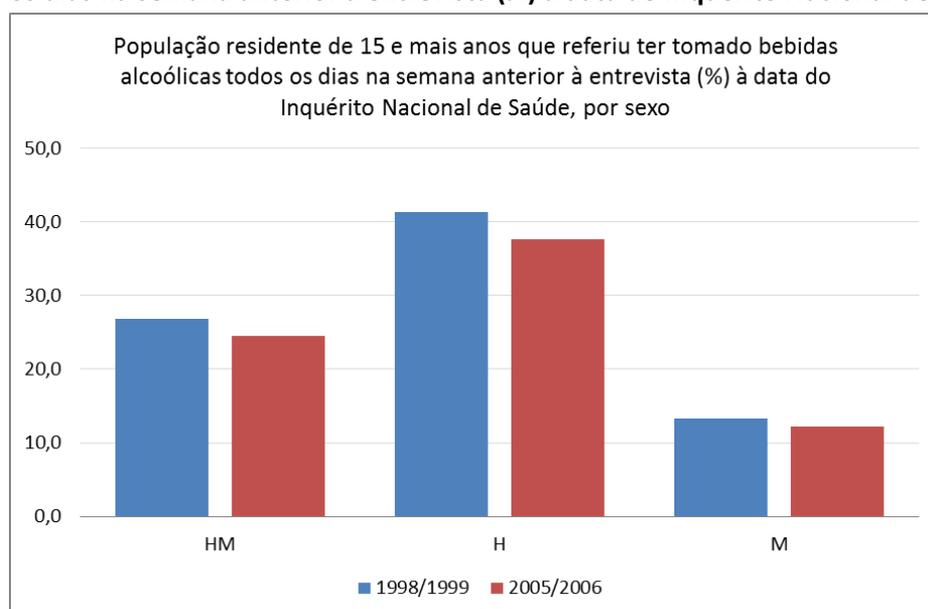
TABELA 2.3 - População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%), por sexo e grupo etário (2006)

	HM	H	M
15 a 24 anos	5,7	9,8	1,4
25 a 34 anos	18,2	30,3	5,9
35 a 44 anos	31,3	48,2	14,8
45 a 54 anos	41,8	63,3	21,3
55 a 64 anos	41,8	64,1	21,9
65 a 74 anos	37,7	58,6	20,8
75 a 84 anos	32,3	55,5	17,0
85 anos ou mais	26,4	47,7	16,3
Total	24,5	37,6	12,3

Fonte: Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009

24. No período entre 1999 e 2006, a proporção da população residente que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista diminuiu de 26,8% para 24,5%, tendência que se verificou nos dois sexos, com uma diminuição de 41,3% para 37,6% nos homens e de 13,4% para 12,3% nas mulheres.

FIGURA 2.3 - População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

25. Considerando o consumo que é registado através de dados nacionais de produção, importação, exportação e vendas, estima-se que em 2007 terão sido consumidos 11,4 litros de álcool puro *per*

capita em Portugal, valor superior à média dos 5 países da UE com menores consumos no mesmo ano (8,1 litros per capita) (WHO, Health for All Database, 2012).

TABELA 2.4 - Consumo de álcool puro (litros per capita) na população residente de 15 e mais anos (2007)

	HM
Portugal ⁹	11,4
Média 5 melhores valores UE	8,1

Fonte: Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

26. Dados recolhidos no inquérito realizado em 2010 a adolescentes portugueses escolarizados (Matos et al, 2012) revelam que, ao nível da experimentação de drogas, a substância mais frequentemente referida é haxixe/erva (8,8% refere já ter experimentado) e que são os rapazes que mais frequentemente referem ter experimentado haxixe (10,7% nos rapazes e 7,0% nas raparigas). O consumo regular de drogas ilícitas no mês anterior à entrevista foi referido por 1,4% dos adolescentes (2,2% nos rapazes e 0,7% nas raparigas).

27. Quer a experimentação de haxixe, quer o consumo regular no mês anterior à entrevista são mais frequentemente referidos por adolescentes que residem nas regiões do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo (Matos et al, 2012).

TABELA 2.5 - Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), por local de residência (2010)

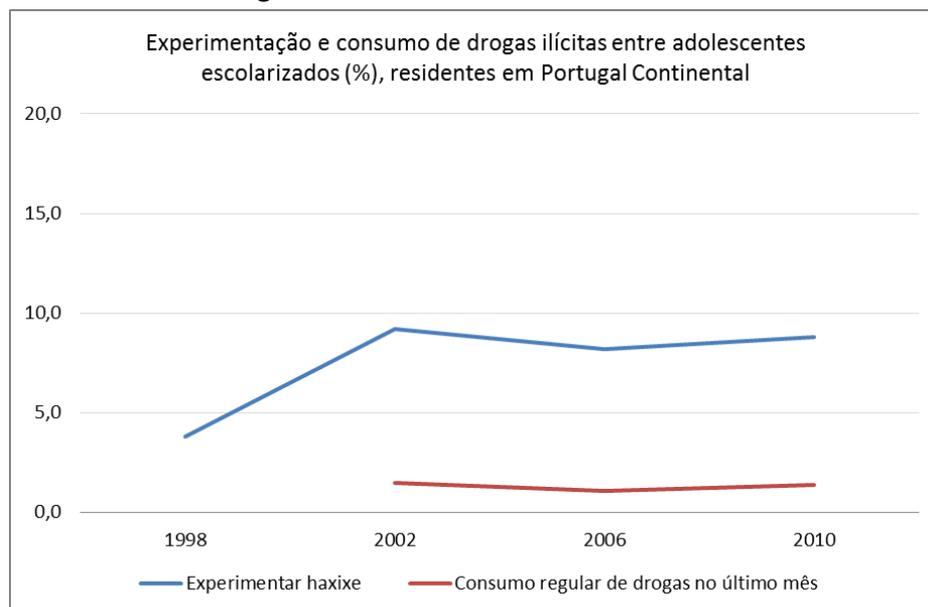
	Experimentar haxixe	Consumo regular de drogas no mês anterior
Norte	7,7	1,3
Centro	7,8	1,5
Lisboa e Vale do Tejo	10,3	1,7
Alentejo	8,9	0,4
Algarve	10,9	1,8
Portugal Continental	8,8	1,4

Fonte: Elaborado a partir de dados de Matos et al, 2012.

28. A análise dos dados recolhidos desde 1998 revela que o número de jovens que afirmou ter experimentado haxixe aumentou entre 1998 e 2002 (de 3,8% para 9,2%), mas tem-se mantido abaixo dos 9% desde então. A proporção de adolescentes que tinha consumido regularmente drogas ilícitas no mês anterior ao da entrevista é inferior a 1,5% em todo o período analisado.

⁹ Valor referente a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

FIGURA 2.4 – Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), residentes em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados de Matos et al, 2012.

29. No contexto europeu, verifica-se que a proporção de adolescentes portugueses de 15 anos que referiu ter consumido cannabis é superior à média calculada para os 5 países da UE em que o consumo declarado é mais baixo. Esta tendência observa-se quer no consumo ao longo da vida (ter consumido pelo menos uma vez), quer no consumo recente (ter consumido no mês anterior à entrevista) (Currie et al, 2012).

TABELA 2.6 - Consumo de cannabis entre adolescentes escolarizados de 15 anos (%), por sexo (2010)

	Ao longo da vida		No último mês	
	H	M	H	M
Portugal	15	9	7	4
Média 5 melhores valores UE	12	7	5	2

Fonte: Elaborado a partir de dados de Currie et al, 2012.

30. Em 2006, 15,2% da população residente adulta (18 e mais anos) em Portugal era obesa¹⁰. A prevalência de mulheres com obesidade (15,9%) era ligeiramente superior à verificada para os homens (14,4%). Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade era mais elevada nos grupos etários entre os 45 e os 74 anos, com valores acima de 20%.

¹⁰ A condição de obesidade foi calculada com base no Índice de Massa Corporal (IMC). De acordo com este indicador, são consideradas obesas todas as pessoas com um resultado igual ou superior a 30 kg/m².

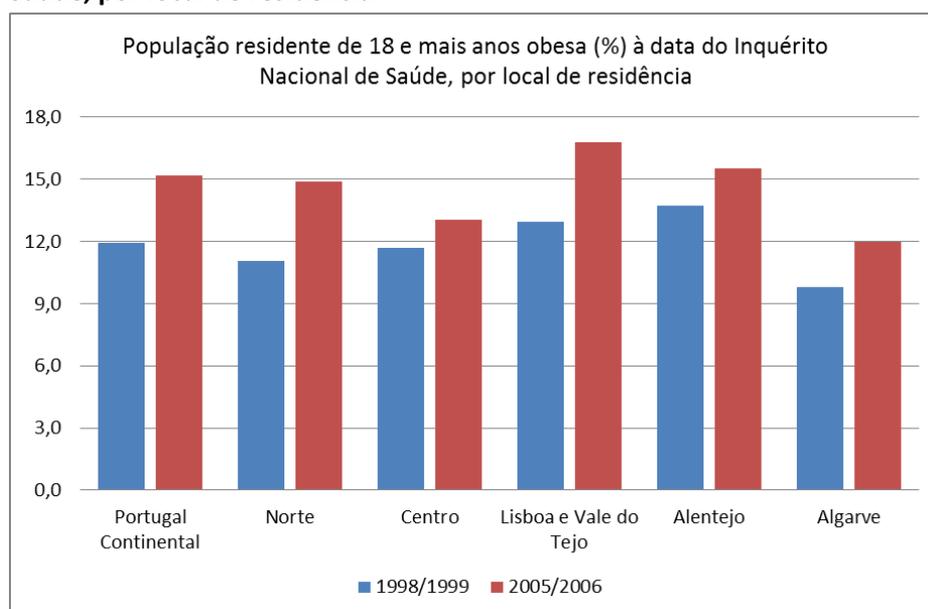
TABELA 2.7 - População residente de 18 e mais anos obesa (%), por sexo e local de residência (2006)

	HM	H	M
Norte	14,9	14,6	15,2
Centro	13,1	12,5	13,6
Lisboa e Vale do Tejo	16,8	15,5	18,0
Alentejo	15,5	13,3	17,6
Algarve	12,0	12,5	11,5
Portugal Continental	15,2	14,4	15,9

Fonte: Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

31. No Continente, a prevalência de obesos aumentou em 3,2 pontos percentuais entre 1999 (12,0%) e 2006 (15,2%). A região Norte e a região Lisboa e Vale do Tejo registaram os aumentos mais acentuados, respetivamente com 14,9% e 16,8% em 2006 face a 11,1% e 12,9% em 1999 (INE/INSA, 2009).

FIGURA 2.5 – População residente de 18 e mais anos obesa (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência



Fonte: Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

32. Resultados do Eurobarómetro sobre desporto e atividade física (Special Eurobarometer, 2010) indicam que a maioria dos portugueses¹¹ (55%) nunca pratica desporto ou exercício físico e que 11% fazem-no raramente. Apenas 9% dos portugueses referiu prática regular (pelo menos 5 vezes por semana), sendo esta proporção mais elevada entre a população masculina dos 15 aos 24 anos (24%). A proporção de portugueses que pratica desporto ou exercício físico com alguma regularidade (1-2 ou 3-4 vezes por semana) atinge 24%.

33. A prática de algum tipo de atividade física, excluindo a prática de desporto - ciclismo, marcha, dança ou jardinagem, por exemplo – é mais comum do que a prática de um desporto organizado:

¹¹ Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

17% dos portugueses refere fazê-lo regularmente e 31% com alguma regularidade. O grupo etário mais jovem (15-24 anos) é aquele em que se regista maior proporção de prática de algum tipo de atividade física com alguma regularidade. A razão mais citada pelos portugueses que praticam desporto ou outro tipo de atividade física (65%) é a melhoria do estado de saúde.

TABELA 2.8 - População residente de 15 e mais anos que pratica desporto/exercício físico ou realiza outras atividades físicas (%), por sexo e grupo etário (2009)

	Prática de desporto/exercício físico regularmente		Prática de outras atividades físicas com alguma regularidade	
	H	M	H	M
15 a 24 anos	24	7	48	39
25 a 39 anos	7	6	31	32
40 a 54 anos	7	8	23	34
55 a 69 anos	8	7	27	31
70 anos ou mais	10	6	23	23

Fonte: Elaborado a partir de dados de Special Eurobarometer, 2010.

34. No conjunto dos países da UE, Portugal é o país com maior percentagem de cidadãos que afirmou nunca realizar qualquer atividade física (36%), valor muito superior à média europeia (14%). A proporção de portugueses que, pelo menos uma vez por semana, pratica desporto ou exercício físico é 33%. No caso da prática de outras atividades físicas, atinge 48%. Estes valores encontram-se abaixo da média dos 5 melhores valores europeus, respetivamente 64% e 82%.

TABELA 2.9 - Prática de desporto/exercício físico e de outras atividades físicas pelo menos uma vez por semana (%) em 2009

	Prática de desporto/exercício físico	Prática de outras atividades físicas
Portugal ¹²	33	48
Média 5 melhores valores UE	64	82

Fonte: Elaborado a partir de dados de Special Eurobarometer, 2010.

35. Outros determinantes relacionados com comportamentos de risco mostram uma melhoria, registando-se um decréscimo na proporção de internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool, assim como na proporção de vítimas mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l.

36. Em 2008 os internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool representavam 1,8% do total de internamentos nos hospitais públicos de Portugal Continental, enquanto em 2003 representavam 2,5% (ACS, 2010). Do total de vítimas mortais de acidentes de viação autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal em 2011, 27% tinha taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l; em 2007 esta percentagem era superior a 31% (INML, 2012).

37. Também a mortalidade por acidentes com veículos a motor e por acidentes laborais têm apresentado, genericamente, tendência decrescente.

38. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos, era de 7,6 óbitos por 100000 habitantes, verificando-se uma grande disparidade entre os

¹² Valor referente a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

valores para a população masculina e a feminina (12,4 vs. 2,9), assim como entre regiões. Observou-se, ainda, que a mortalidade prematura por acidentes com veículos a motor em Portugal foi cerca do dobro da média dos 5 países da UE com melhores valores, para o mesmo ano.

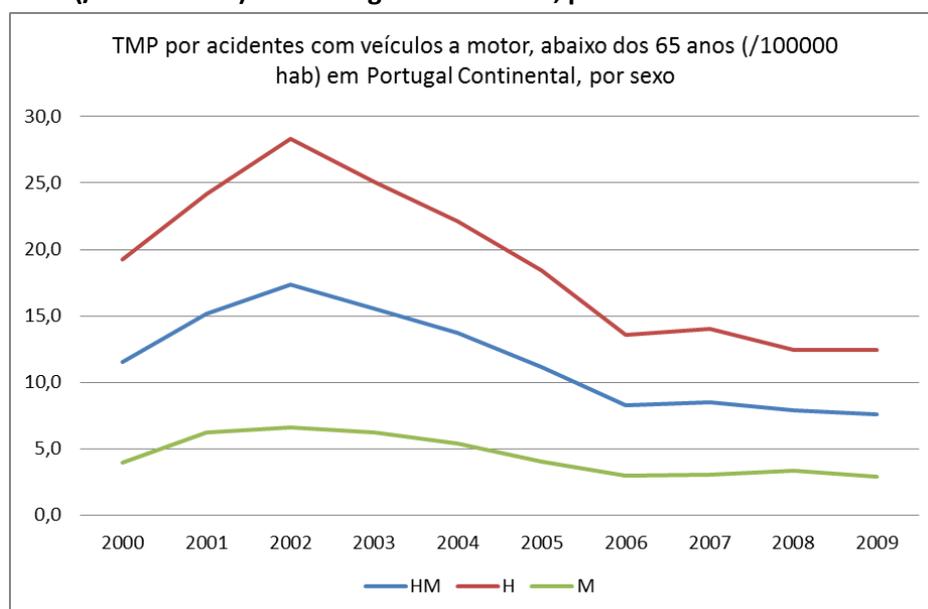
TABELA 2.10 - Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	5,4	8,2	2,6
Centro	9,9	16,2	3,8
Lisboa e Vale do Tejo	7,7	12,8	2,7
Alentejo	13,0	21,1	4,5
Algarve	12,2	22,1	1,8
Portugal Continental	7,6	12,4	2,9
Média 5 melhores valores UE	3,6	5,6	1,5

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

39. A evolução deste indicador entre 2000 e 2009 caracterizou-se por um crescimento até 2002, a que se seguiu um período de redução e de estabilização. A evolução foi análoga para homens e mulheres.

FIGURA 2.6 – Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

40. A taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais em 2008 foi de 1,8 óbitos por 100000 habitantes. Tal como no caso da mortalidade por acidentes com veículos a motor, também a mortalidade por acidentes laborais é mais elevada entre a população masculina (3,4 vs. 0,1).

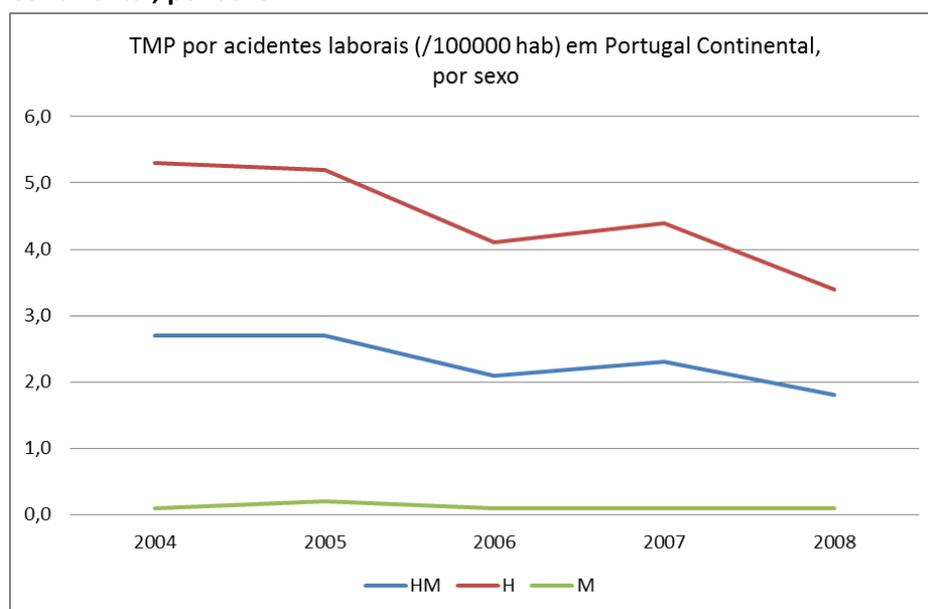
TABELA 2.11 - Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab), por sexo e local de residência (2008)

	HM	H	M
Norte	1,5	2,9	0,1
Centro	2,5	5,0	0,1
Lisboa	1,3	2,5	0,1
Alentejo	2,4	4,5	0,3
Algarve	2,0	3,5	0,5
Portugal Continental	1,8	3,4	0,1

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011.

41. A taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais, em Portugal Continental, no período 2004-2008 baixou de 2,7 para 1,8 óbitos por 100000 habitantes. Para o sexo masculino a tendência no mesmo período também foi decrescente: de 5,3 para 3,4 óbitos por 100000 habitantes. A mortalidade por acidentes laborais para as mulheres, muito inferior à do sexo masculino, oscilou no período em causa entre 0,1 e 0,2 óbitos por 100000 habitantes.

FIGURA 2.7 - Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011.

42. Outros determinantes, como a mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio apresentam, nos últimos anos, uma tendência de aumento. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos, atingiu 12,9 óbitos por 100000 habitantes e a taxa masculina foi cerca de 6 vezes superior à taxa feminina, indicando que é um problema que condiciona essencialmente a saúde dos homens. Os valores regionais variaram entre 9,2 e 15,0 óbitos por 100000 habitantes.

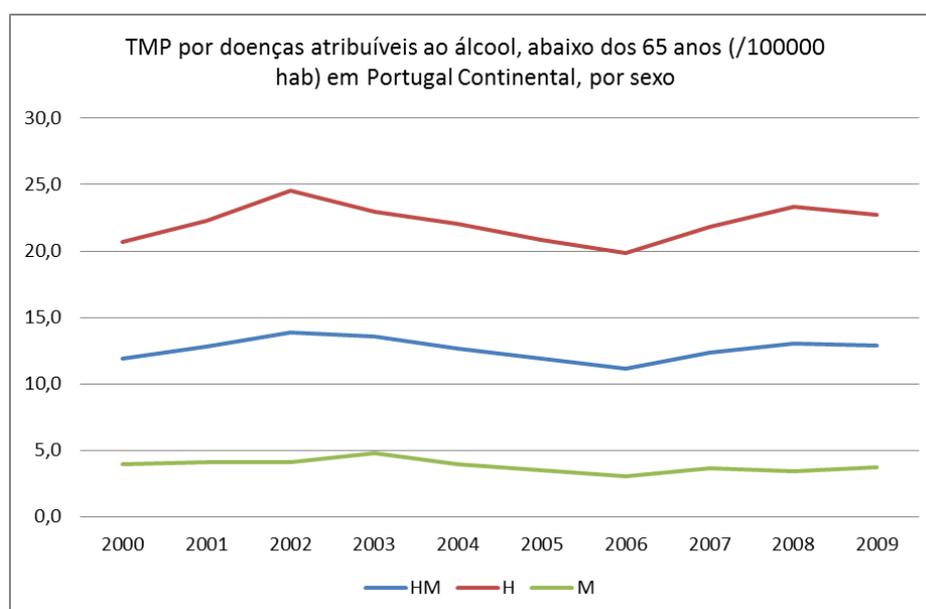
TABELA 2.12 - Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	15,0	25,7	5,0
Centro	13,3	24,2	3,0
Lisboa e Vale do Tejo	10,8	19,7	2,7
Alentejo	9,2	16,8	1,8
Algarve	14,4	23,8	4,9
Portugal Continental	12,9	22,7	3,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

43. Na evolução deste indicador na década 2000-2009 observa-se um valor máximo (13,9/100000 hab) no ano 2002, seguido de um período de decréscimo até 2006. Entre 2006 e 2009 a taxa aumentou de 11,2 para 12,9 óbitos por 100000 habitantes.

FIGURA 2.8 - Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

44. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, era de 5,9 óbitos por 100000 habitantes, sendo a taxa masculina 4 vezes superior à taxa feminina. A variabilidade espacial também foi elevada, com taxas regionais entre 3,7 e 12,6 óbitos por 100000 habitantes. No contexto europeu, Portugal permanece ainda entre os países com menor mortalidade prematura por suicídio.

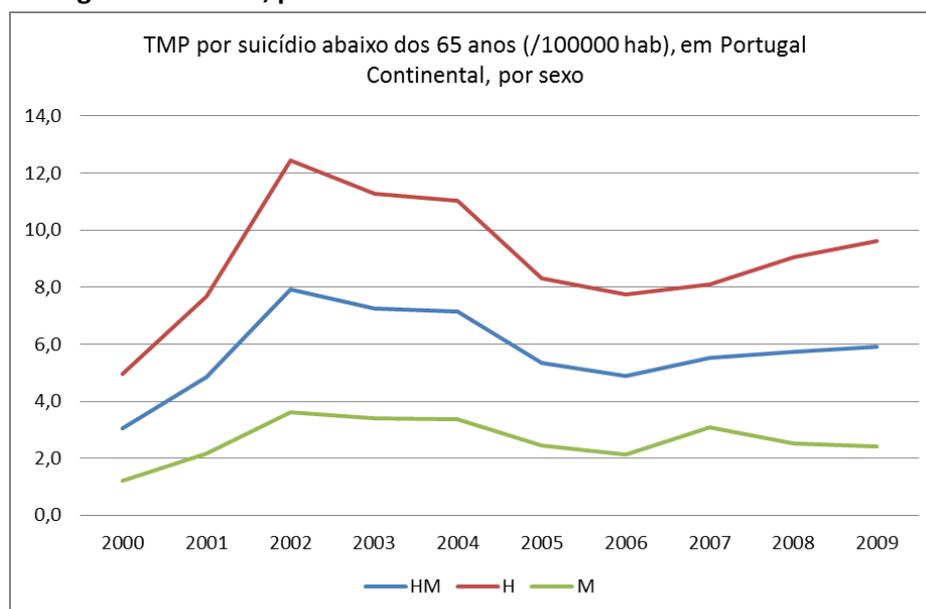
TABELA 2.13 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	3,7	6,1	1,5
Centro	6,9	11,3	2,6
Lisboa e Vale do Tejo	6,5	10,9	2,4
Alentejo	12,6	18,0	6,9
Algarve	8,2	12,5	3,7
Portugal Continental	5,9	9,6	2,4
Média 5 melhores valores UE	4,6	7,3	1,5

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

45. A taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, em Portugal Continental, apresentou na década 2000-2009 evolução semelhante à das doenças atribuíveis ao álcool, com períodos alternados de crescimento e decréscimo. Em 2002 registou-se o valor mais elevado (7,9 óbitos por 100000 habitantes) e a partir de 2006 a tendência voltou a ser crescente. Entre 2006 e 2009, a taxa aumentou de 4,9 para 5,9 óbitos por 100000 habitantes.

FIGURA 2.9 - Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

46. Numa análise global dos dados apresentados para os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida, observam-se diferenças assinaláveis entre sexos. Estas incidem maioritariamente no consumo de tabaco e álcool, em todos os grupos etários estudados, e na mortalidade por acidentes laborais e com veículos a motor, por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio, cabendo os valores mais elevados ao sexo masculino.

Acesso a serviços de saúde

47. Em 2006, 81,1% da população residente recorria essencialmente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para obtenção de serviços de saúde, valor ligeiramente inferior ao registado em 1999 (82,5%). O segundo subsistema mais referido correspondia à Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), sendo utilizado por 10,1% dos residentes em 2006 e por 8,8% em 1999 (INE/INSA, 2009).
48. A maioria da população portuguesa em 2006 não tinha seguro de saúde: apenas 10,5% dos residentes em Portugal Continental declarou a posse de um seguro desta natureza. Todavia, verificou-se que entre 1999 e 2006 a proporção de residentes com seguro de saúde quase duplicou (de acordo com o 3º INS estimou-se que 5,5% dos residentes tinha seguro de saúde em 1999). Dos residentes em Portugal Continental com seguro de saúde em 2006, 30,8% referiu que o seguro abrangia os riscos de internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; 40,3% optou por incluir adicionalmente a opção medicamentos.
49. O Programa Nacional de Vacinação (PNV), de caráter universal e gratuito, no terreno desde 1965, ultrapassou a cobertura de 95% da população.
50. Em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde e apoio social, recuperadora e paliativa, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência e apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados. O número de camas contratualizado para cuidados continuados e integrados de saúde tem vindo a aumentar, atingindo o valor de 5948 em junho de 2012: 906 “de convalescença”, 1808 “de média duração e reabilitação”, 3041 “de longa duração e manutenção” e 193 “de paliativos”, com taxas de ocupação entre 94% e 100% nas diversas regiões de saúde. A capacidade assistencial das equipas domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) correspondia a 6964 lugares domiciliários na Rede, ou seja 54% dos lugares totais da RNCCI (UMCCI, 2011).
51. Desde a criação da RNCCI foram referenciados 122523 utentes pelos Cuidados de Saúde Primários ou pelos Cuidados Hospitalares. O total de utentes referenciados para a Rede durante o 1º semestre de 2012 foi de 17266 utentes, representando um crescimento de 18% em relação aos referenciados no 1º semestre de 2011 (14618 utentes). A distribuição nacional da proveniência da referenciação por entidade referenciadora mostra um aumento percentual da referenciação pelos Centros de Saúde, subindo para 35%, reforçando o papel da referenciação a partir da comunidade.

TABELA 2.14 - Número de lugares de internamento e ECCI e cobertura populacional, por região de saúde (1º semestre 2012)

	Nº de lugares			Nº de lugares por 100000 hab. 65 e mais anos		
	Camas	ECCI	TOTAL	Camas	ECCI	TOTAL
Norte	1888	1730	3618	297	273	570
Centro	1666	1188	2854	421	301	722
Lisboa e Vale do Tejo	1279	1961	3240	182	279	461
Alentejo	702	570	1272	544	442	986
Algarve	413	1515	1928	467	1714	2181
Portugal Continental	5948	6964	12912	305	357	662

Fonte: Elaborado a partir de dados de UMCCI, 2011.



52. Na última década, registaram-se aumentos no número médio de consultas médicas por habitante, assim como na percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas. Nas unidades hospitalares do SNS observou-se um ligeiro decréscimo em anos mais recentes tanto no número de doentes saídos de internamento como no número de doentes observados nas urgências (a partir de 2005 no primeiro caso e de 2007 no segundo caso). No entanto, nesta análise temporal deve ser tido em conta o surgimento de novos estabelecimentos hospitalares privados, o que pode fazer variar, substancialmente, os resultados. Em 2009, por exemplo, os doentes saídos de internamento em unidades hospitalares do SNS representavam 77,1% do total de doentes saídos de internamento. No caso dos doentes observados nas urgências, no mesmo ano, 86,8% foram observados em unidades hospitalares do SNS (DGS, 2011).

53. Em 2010 cada habitante de Portugal Continental recorreu 4,2 vezes ao médico¹³, em média. Nas regiões de saúde os valores médios variaram entre 3,9 e 4,9 consultas médicas por habitante. Discriminando esta informação por nível de cuidados de saúde, verifica-se que houve maior recurso às consultas nos centros de saúde do que nos hospitais (2,7 vs. 1,5). Esta tendência foi observada em todas as regiões, mas foi mais patente na região do Alentejo (3,9 vs. 1,0) e menos nas regiões Norte (2,3 vs. 1,6) e Lisboa e Vale do Tejo (2,5 vs. 1,6).

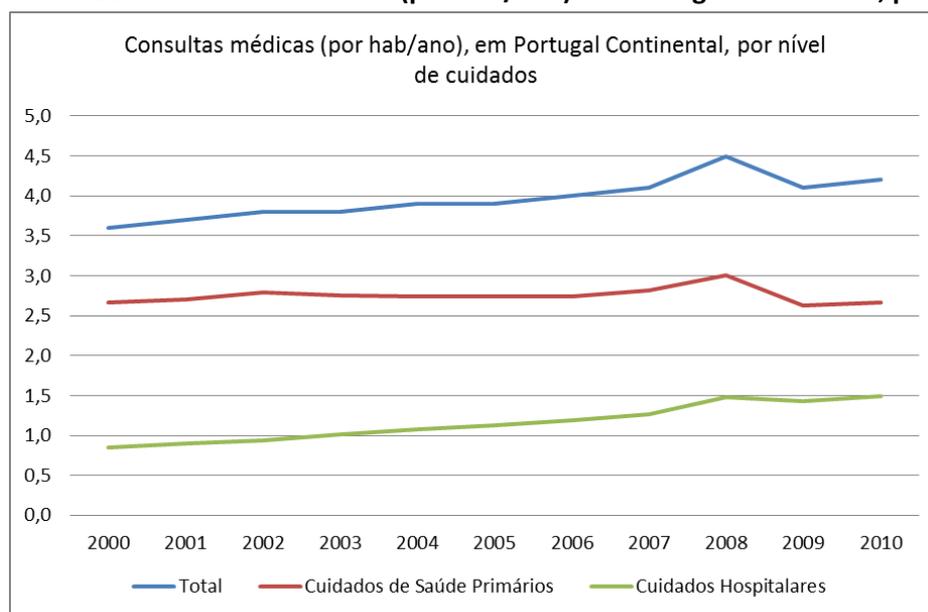
TABELA 2.15 - Consultas médicas (por hab/ano), por nível de cuidados e região de saúde (2010)

	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares	Total
Norte	2,3	1,6	3,9
Centro	3,4	1,3	4,8
Lisboa e Vale do Tejo	2,5	1,6	4,2
Alentejo	3,9	1,0	4,9
Algarve	2,9	1,0	3,9
Portugal Continental	2,7	1,5	4,2

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

54. O número médio de consultas médicas por habitante aumentou de 3,6 em 2000 para 4,2 em 2010. Esta variação deveu-se, essencialmente ao aumento do número médio de consultas médicas nos hospitais (de 0,8 em 2000 para 1,5 em 2010), uma vez que o número médio anual de consultas por habitante nos centros de saúde se manteve próximo de 2,7 em todo o período.

¹³ Para cálculo do valor médio de consultas médicas foram consideradas as consultas externas nos Hospitais (todas as especialidades) e as consultas nos Centros de Saúde (seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral – Saúde de adultos, Ginecologia/Obstetrícia, Planeamento familiar, Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, Saúde materna).

FIGURA 2.10 – Consultas médicas (por hab/ano) em Portugal Continental, por nível de cuidados


Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

55. Do total de consultas externas realizadas em 2010 em unidades hospitalares do SNS, 28,7% foram primeiras consultas. A nível regional, este indicador atingiu valores mais elevados nas regiões do Alentejo e Algarve (31,4%).

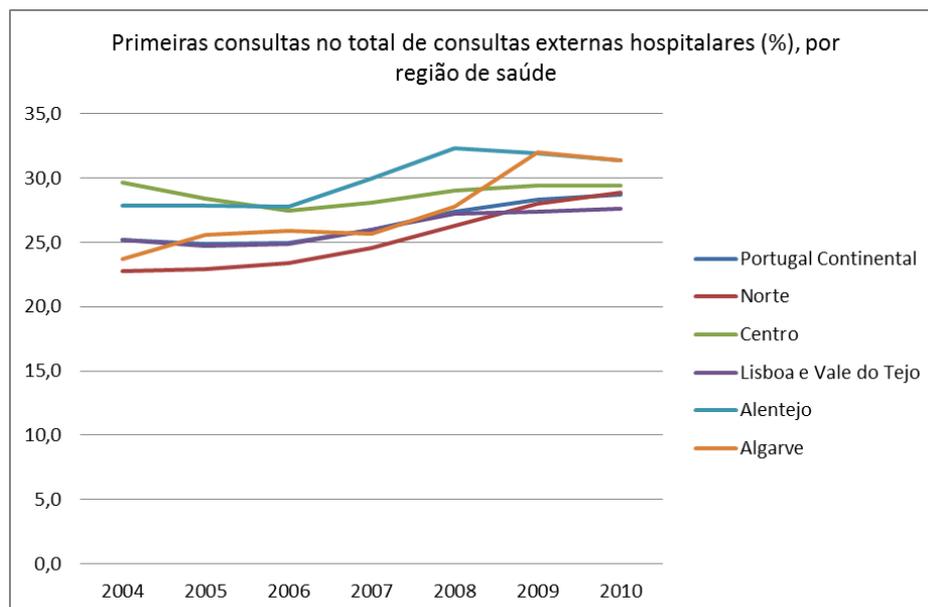
TABELA 2.16 - Primeiras consultas no total de consultas externas em unidades hospitalares do SNS (%), por região de saúde (2010)

	1ª consultas/total
Norte	28,9
Centro	29,4
Lisboa e Vale do Tejo	27,6
Alentejo	31,4
Algarve	31,4
Portugal Continental	28,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados por ACSS, 2011.

56. Durante o período 2004-2010, observou-se aumento da percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares em todas as regiões de saúde, excepto na região Centro onde se registou um ligeiro decréscimo.

FIGURA 2.11 – Primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares (%), por região de saúde



Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados por ACSS, 2011.

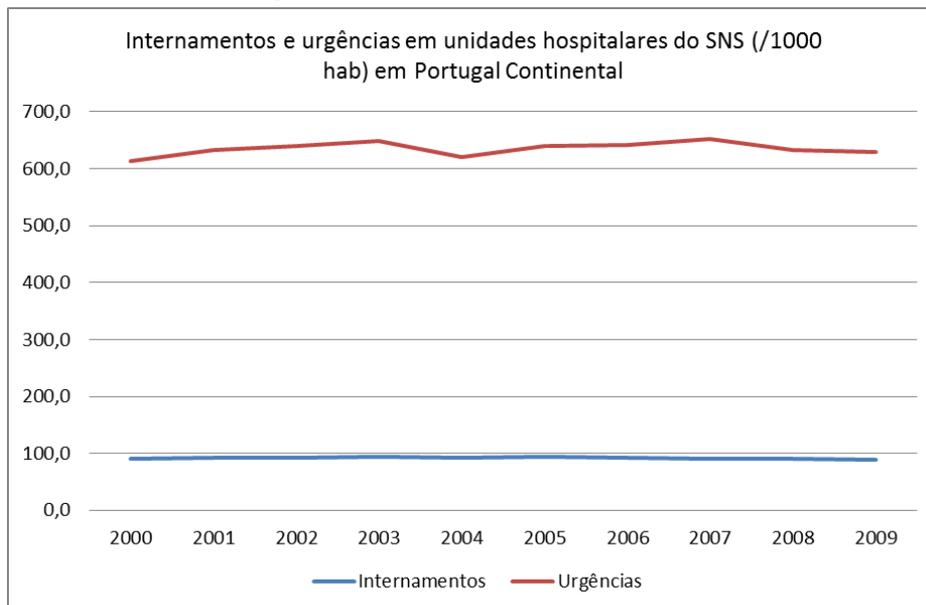
TABELA 2.17 - Número de doentes saídos de internamento e de doentes observados nas urgências em unidades hospitalares do SNS e privadas (/1000 hab), por região de saúde (2009)

	Internamentos	Episódios de urgência
Norte	86,3	595,0
Centro	108,3	753,6
Lisboa e Vale do Tejo	83,8	609,9
Alentejo	69,3	561,2
Algarve	76,1	645,5
Portugal Continental	88,0	628,8

Fonte: Elaborado a partir de dados de DGS, 2011.

57. Para estudar a evolução temporal consideraram-se apenas os doentes saídos de internamento ou observados nas urgências em unidades hospitalares do SNS, por não estarem disponíveis dados referentes às unidades privadas desde o ano 2000.

FIGURA 2.12 – Internamentos e urgências em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/1000 hab) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados de DGS, 2003 a 2011.

58. Relativamente ao acesso a cuidados cirúrgicos, de acordo com o Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada (ACSS, 2012), a procura de cuidados cirúrgicos (avaliada através da inscrição de novos episódios – entradas - em lista de inscritos para cirurgia) tende a crescer continuamente desde que é efetuada uma medição sistematizada. O crescimento face ao primeiro semestre de 2006 é de 41,5%, situando-se acima de 319 mil entradas no primeiro semestre de 2012 o que face ao período homólogo representa um aumento de 1,8% (5.769 episódios).

59. A lista de inscritos para cirurgia (LIC) que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia, tinha vindo a decrescer continuamente desde a instauração do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e pela primeira vez inverteu a tendência, apresentando em Dezembro de 2011, em relação ao período homólogo, um crescimento de 11,2%. No entanto, e apesar do valor no primeiro semestre de 2012 ainda ser superior ao primeiro semestre de 2011, houve uma diminuição de 3,3% face a 31 de Dezembro de 2011.

60. O comportamento da mediana do tempo de espera (TE) dos utentes que aguardam cirurgia é semelhante ao da LIC. No primeiro semestre de 2006 apresentava um valor de quase 7 meses e desde então vinha progressivamente a diminuir, apresentando no primeiro semestre de 2011 um valor de 3,13 meses. Esta tendência inverteu-se no segundo semestre de 2011 onde apresentava um valor de 3,33 meses. Já no primeiro semestre de 2012 apesar da mediana do TE da LIC ter diminuído ligeiramente para 3,30 meses, este valor ainda é superior ao valor do primeiro semestre de 2011 (mais 5 dias).

61. A rede pública/convencionada de estruturas especializadas para o tratamento de dependências associadas ao consumo de álcool e drogas, constituída por unidades de ambulatório, unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas e centros de dia, tem aumentado a cobertura nacional, facilitando a integração em programas de desabilitação. Em 2010, na rede pública de tratamento da toxicodependência (ambulatório) estiveram integrados 37983 utentes, 8444 dos quais eram novos utentes (primeiras consultas) (IDT, 2011).



62. O investimento em meios de suporte básico e avançado de vida, cujo rácio por 100 000 habitantes mais do que duplicou nos últimos anos, garante uma mais rápida e correta prestação de cuidados de saúde a sinistrados ou vítimas de doença súbita. Durante o ano de 2011, 56% das ocorrências (a nível nacional) foram triadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) com envio de meios de emergência para o local da ocorrência, tendo-se verificado um aumento de 3% em relação ao ano 2010. Face à percentagem de situações, 44%, cujo resultado não resultou no envio de meios de emergência médica e, com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de atendimento, no final de 2011, foi dado início a um novo procedimento relacionado com as chamadas não emergentes. Assim, começaram a ser transferidas para o serviço da Saúde 24 um conjunto de chamadas catalogadas como não emergentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulte no envio de meios de emergência (INEM, 2011).

63. O consumo de medicamentos *per capita*, no mercado total, aumentou de 288 euros em 2002 para 327 euros em 2009 (INFARMED, 2009).

2.1.2. ESTADO DE SAÚDE

64. A esperança de vida à nascença em Portugal Continental no triénio 2008/2010 atingiu 79,38 anos, vivendo as mulheres, em média, mais 6 anos do que os homens. A diferença entre as regiões onde, em média, se vive mais e se vive menos é de 1,24 anos (portal do INE, 2012). Observa-se, ainda, uma diferença de cerca de 2,4 anos entre a esperança de vida à nascença em Portugal Continental e o valor médio deste indicador nos cinco países da União Europeia onde se vive mais. Esta diferença é mais notória para o sexo masculino (3,1 anos) do que para o sexo feminino (1,8 anos).

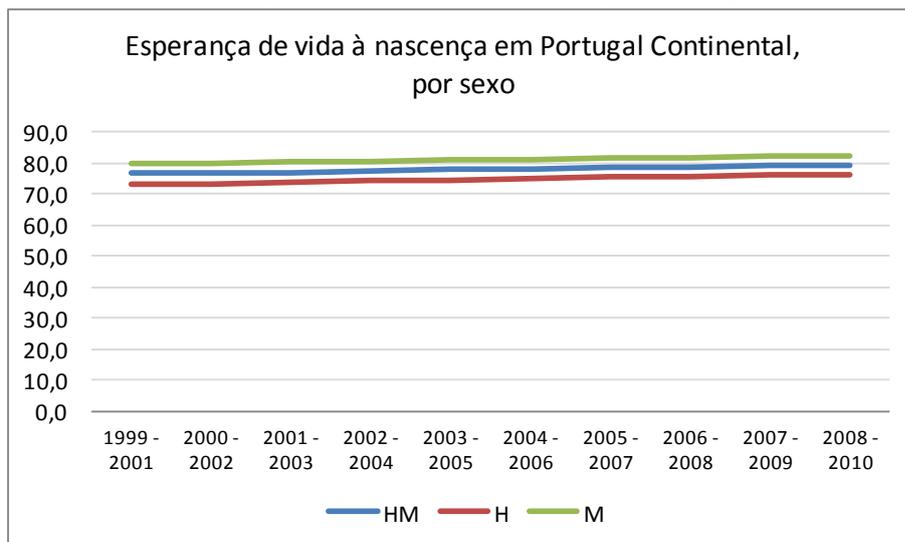
TABELA 2.18 - Esperança de vida à nascença (anos), por sexo e local de residência (2008-2010)

	HM	H	M
Norte	79,58	76,48	82,44
Centro	79,59	76,58	82,48
Lisboa	79,22	76,05	82,10
Alentejo	78,35	75,29	81,27
Algarve	78,66	75,63	81,80
Portugal Continental	79,38	76,26	82,37
Média 5 melhores valores UE	81,80	79,36	84,18

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

65. Entre o triénio de 1999/2001 e o de 2008/10, a esperança de vida à nascença aumentou de forma expressiva, passando de 76,6 anos para 79,4 anos. Em 1999/2001 a diferença entre sexos era de 6,6 anos e em 2008/2010 de 6,1 anos.

FIGURA 2.13 – Esperança de vida à nascença (anos) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

66. No entanto, quando analisada a esperança de vida sem incapacidade em Portugal, para o ano 2010, verifica-se que os homens vivem, em média, 59,3 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 56,6 anos (Eurostat, 2012).

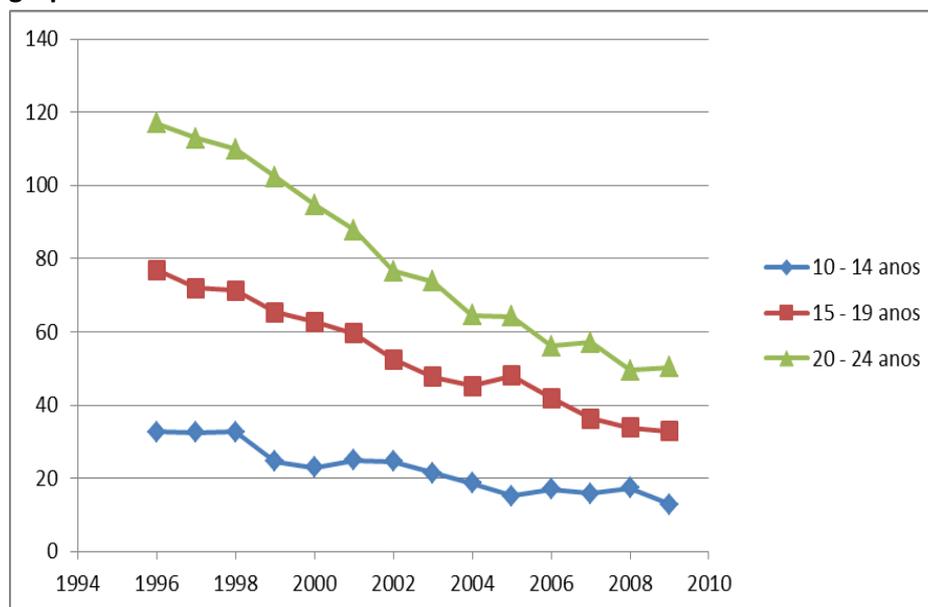
67. A evolução positiva da saúde materna e da saúde infantil em Portugal tem sido referida como exemplo de boas políticas de saúde. A OMS (WHO, 2008) considerou Portugal um dos países mais bem sucedidos na redução consistente das mortalidades, em especial das mortalidades perinatal, infantil, dos 1 aos 4 anos e materna. O crescimento do PIB *per capita* e o desenvolvimento da rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) e Hospitalares (CH) são alguns dos fatores apontados como decisivos para essa evolução. No entanto, a sustentabilidade destes resultados está dependente da evolução social. A maternidade mais tardia, o tratamento da infertilidade e o tabagismo são causas de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e mais recém-nascidos com baixo peso e atraso de crescimento intrauterino, situações com um impacte futuro potencialmente nefasto em saúde pública, nomeadamente na obesidade, na diabetes, na hipertensão e nas doenças cardiovasculares (Gluckman, 2005; Machado, 2008).

68. Na última década (2001-2011), a mortalidade infantil diminuiu de 4,8 para 3,1 óbitos e o risco de morrer antes dos 5 anos de 6,2 para 3,9 óbitos de menores de 5 anos (por 1000 nados vivos). O número de nados vivos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos) decresceu de 5,9 para 3,6; o número de nados vivos pré-termo aumentou de 5,7 para 7,5 e o número de nados vivos com baixo peso ao nascer de 7,2 para 8,4 (por 100 nados vivos). O número de partos por cesariana aumentou de 29,7 para 36,1 (por 100 nados vivos), entre 2001 e 2010 (portal do INE, 2012).

69. A mortalidade em idades jovens (10 a 24 anos) é reduzida, comparativamente ao que se observa em idades posteriores, mas mesmo assim tem diminuído de forma sustentada nas últimas duas décadas. As taxas de mortalidade são mais elevadas no sexo feminino do que no sexo masculino. No entanto, a diferença tem vindo progressivamente a diminuir. No grupo etário dos 10 aos 14 anos, até 2006, as taxas de mortalidade no sexo masculino apresentaram, sistematicamente, valores superiores às do sexo feminino, situação que deixou de se verificar em 2007 e 2008, anos em que as taxas no sexo feminino foram superiores. Segundo a DGS (DGS, 2005), a mortalidade no

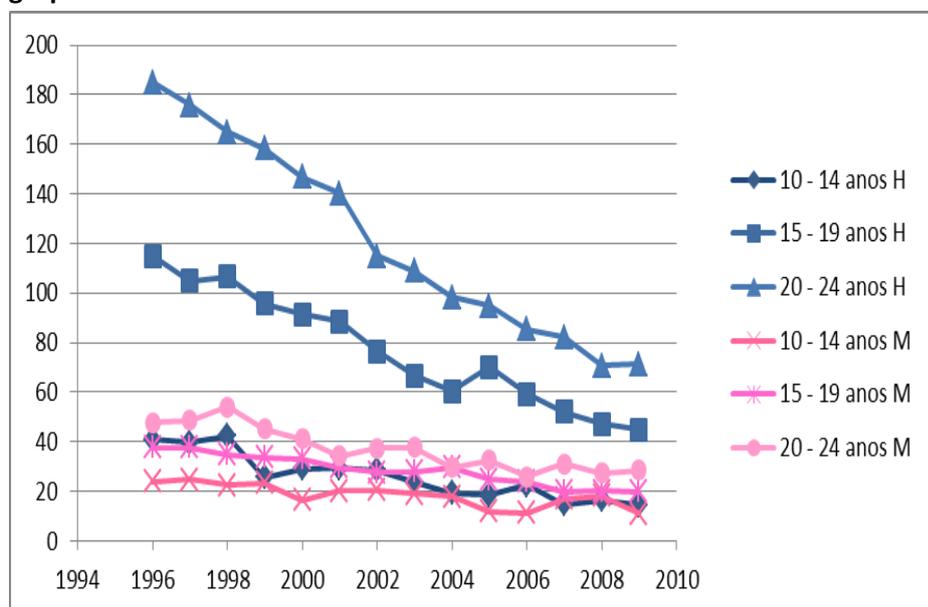
grupo etário dos 10 aos 14 anos está associada a causas naturais, enquanto nos grupos etários seguintes decorre, predominantemente, de causas violentas.

FIGURA 2.14 - Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

FIGURA 2.15 – Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário e sexo



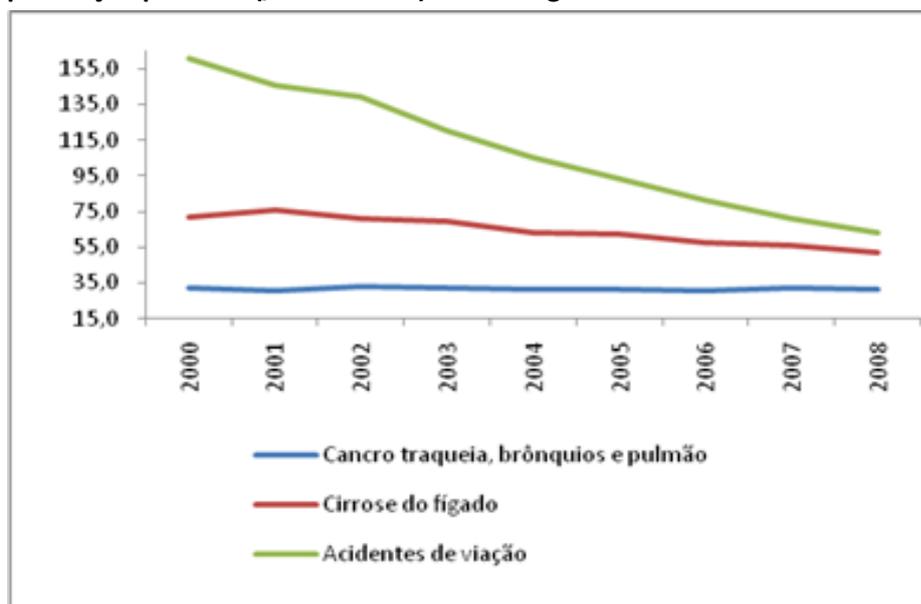
Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

70. As principais causas de internamento de crianças e jovens com menos de 18 anos são as doenças dos aparelhos respiratório (22,8%) e digestivo (13,9%). Na população adulta, as doenças do aparelho circulatório e o cancro representam, respetivamente, 10,1% e 7,9% dos internamentos

hospitalares (base de dados dos GDH, ACSS, 2010).

71. Nos internamentos considerados evitáveis por prevenção primária, nomeadamente internamentos por cancro da traqueia, brônquios e pulmões (0-74 anos), cirrose do fígado (0-74 anos) e acidentes com veículos a motor (todas as idades)¹⁴, destacam-se com maior expressão os internamentos devidos a acidentes com veículos motorizados (43,5%). Relativamente aos internamentos evitáveis através de cuidados de ambulatório¹⁵ destacam-se os relacionados com a diabetes (18,9%).

FIGURA 2.16 - Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados evitáveis por prevenção primária (/100000 hab) em Portugal Continental

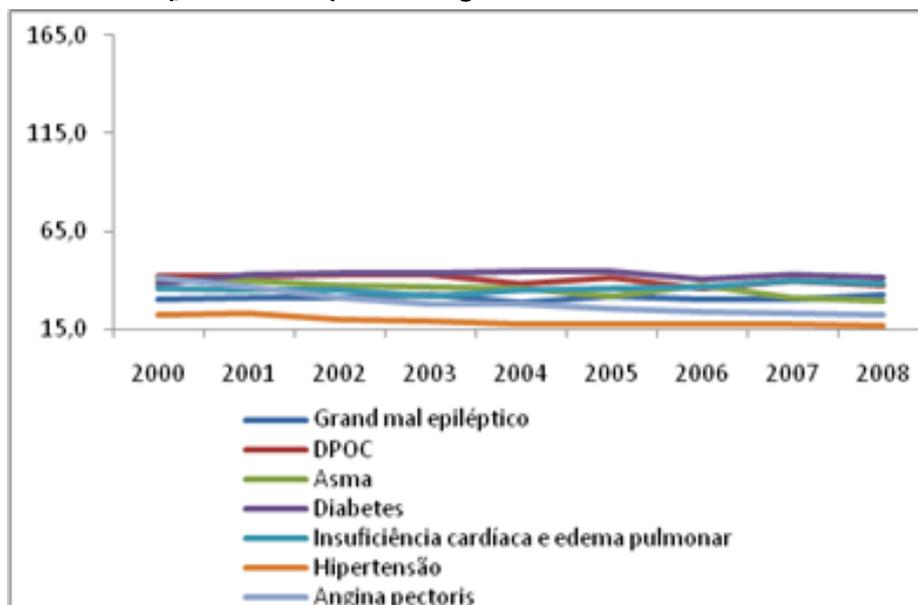


Fonte: Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ACSS, 2010.

¹⁴ Metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004) para as mortalidades evitáveis por prevenção primária.

¹⁵ Internamentos considerados: Grande Mal epilético, DPOC, Asma, Diabetes, Insuficiência cardíaca e edema pulmonar, Hipertensão e Angina pectoris (0-74 anos). Metodologia do Canadian Institute for Health Information (CIHI, 2012).

FIGURA 2.17 - Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados sensíveis a cuidados de ambulatório (/100000 hab) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ACSS, 2010.

72. A morbidade e a mortalidade por doenças infecciosas têm tido um decréscimo significativo e sustentado desde a implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), em 1965. O 2.º Inquérito Serológico Nacional (2001-2002) (DGS, 2004) demonstrou que a maioria da população se encontrava imunizada contra as doenças preveníveis pela vacinação. No entanto, apesar das melhorias expressivas registadas, a incidência de tuberculose e de infeção por VIH em Portugal é ainda muito elevada, quando comparada com a média dos 5 países da EU com as taxas de incidência mais baixas.

TABELA 2.19 - Taxas de incidência (/100 000 hab) em 2010

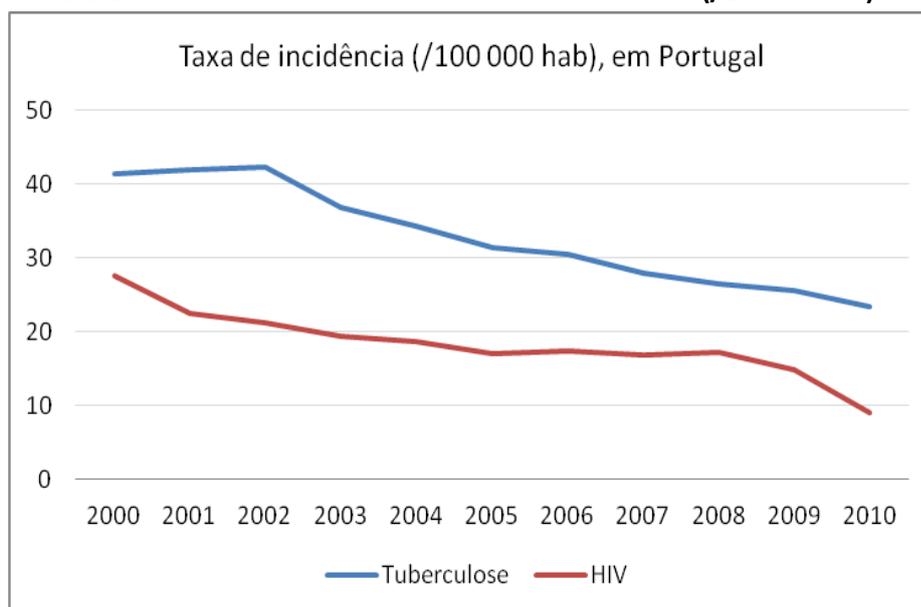
	Incidência de tuberculose	Incidência de VIH
Portugal ¹⁶	23,4	9,0
Média 5 melhores valores UE	3,7	1,3

Fonte: Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

73. Entre 2000 e 2010, a taxa de incidência de tuberculose baixou de 41,3 para 23,4 e a de VIH de 27,6 para 9,0 (por 100 000 habitantes) (WHO, Health for All Database, 2012).

¹⁶ Valor referente a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

FIGURA 2.18 - Taxas de incidência de tuberculose e de VIH (/100000 hab) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

74. As doenças circulatorias (32%), os tumores malignos (23%) e as doenças respiratórias (11,1%) são, para ambos os sexos, as principais causas de mortalidade. A quarta principal causa engloba acidentes, envenenamentos e violência, para o sexo masculino, e diabetes mellitus, para o sexo feminino (portal do INE, 2012).

75. A mortalidade prematura, medida pela taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP), é mais baixa nas regiões do norte do país, sendo mais elevada no Alentejo. Verifica-se ainda que os valores deste indicador, que considera todas as causas de morte, são mais elevados para o sexo masculino do que para o feminino (duas vezes superiores).

TABELA 2.20 - Taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2010)

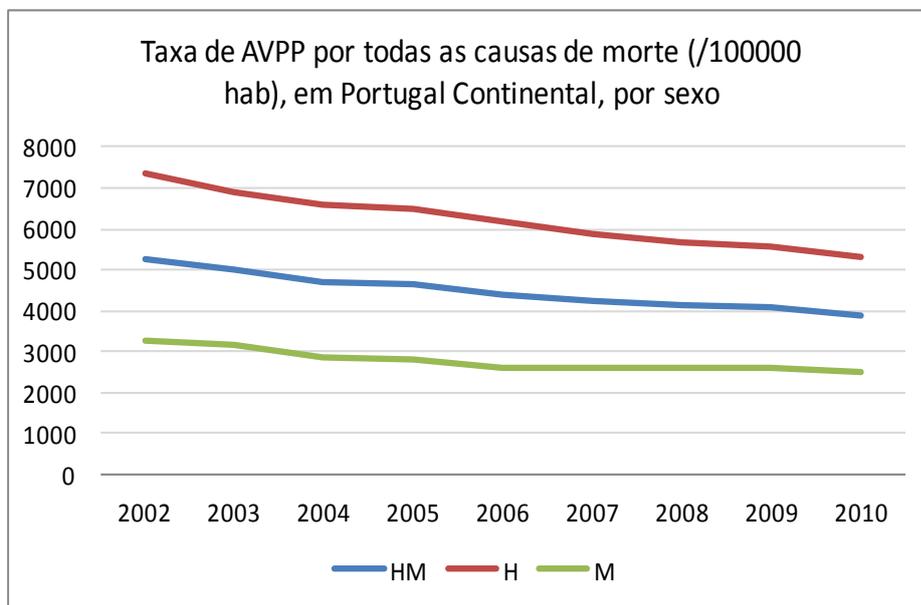
	HM	H	M
Norte	3622	5099	2179
Centro	3776	5115	2452
Lisboa	4218	5651	2823
Alentejo	4386	5921	2809
Algarve	4259	5569	2885
Portugal Continental	3906	5337	2497

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

76. A taxa de AVPP evoluiu positivamente na última década. Assistiu-se de 2002 para 2010 a uma redução considerável: de 5280 para 3906 anos de vida perdidos por 100000 habitantes. Esta evolução é mais acentuada no sexo masculino, em que o problema da morte precoce é mais importante. Nos últimos anos, parece existir alguma tendência de convergência nestas taxas. No entanto, embora seja claro que, nos valores respeitantes ao sexo masculino existe larga margem de progressão positiva (para alcançar o nível de AVPP observado nas mulheres, por exemplo), no sexo feminino parece ter sido atingido o ponto de nadir que coloca sérios desafios quanto às políticas a

seguir para se obterem ganhos neste indicador.

FIGURA 2.19 – Taxa de anos de vida potencial perdidos por todas as causas de morte (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

77. As principais causas de mortalidade prematura, medida através da taxa de AVPP, são os tumores malignos (31,7%), as causas externas (16,3%) e as doenças do aparelho circulatório (11,5%), sendo de destacar que as causas indeterminadas ocupam efetivamente a 3.ª posição (13,0%) (portal do INE, 2012).

TABELA 2.21 - 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) em Portugal Continental (2010)

	HM	Ordem HM	%
Todas as causas	3906	-	100,0
Tumores malignos	1239	1	31,7
Causas externas de mortalidade	636	2	16,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	507	3	13,0
Doenças do aparelho circulatório	450	4	11,5
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	386	5	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	243	6	6,2
Doenças atribuíveis ao álcool	236	7	6,0
Doenças do aparelho digestivo	231	8	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	231	9	5,9
Acidentes de transporte	230	10	5,9

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

78. As principais causas de AVPP em ambos os sexos estão completamente alinhadas com o padrão observado no sexo masculino o que se compreende dado a mortalidade prematura estar particularmente associada ao sexo masculino.



TABELA 2.22 - 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo masculino em Portugal Continental (2010)

	H	Ordem H	%
Todas as causas	5337	0	100,0
Tumores malignos	1519	1	28,5
Causas externas de mortalidade	987	2	18,5
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	765	3	14,3
Doenças do aparelho circulatório	644	4	12,1
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	528	5	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	407	6	7,6
Doenças atribuíveis ao álcool	406	7	7,6
Acidentes de transporte	368	8	6,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	353	9	6,6
Acidentes de trânsito com veículos a motor	351	10	6,6

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

79. A distribuição das principais causas de AVPP no sexo feminino apresenta um padrão diferente. Causas como tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos, doenças atribuíveis ao álcool, acidentes de transporte e algumas doenças infecciosas e parasitárias são causas relevantes de mortalidade prematura para os homens mas não para as mulheres. Em contrapartida, ganham relevância como causas de mortalidade prematura para o sexo feminino tumores malignos de certas localizações (ossos, pele e mama ou dos órgãos genitourinários, por exemplo).

TABELA 2.23 - 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo feminino em Portugal Continental (2010)

	M	Ordem M	%
Todas as causas	2497	0	100,0
Tumores malignos	964	1	38,6
Causas externas de mortalidade	291	2	11,6
Tumores malignos dos ossos, pele e mama	266	3	10,7
Doenças do aparelho circulatório	258	4	10,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	253	5	10,1
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	246	6	9,9
Tumor maligno da mama feminina	241	7	9,6
Tumores malignos dos órgãos genitourinários	134	8	5,4
Doenças do aparelho digestivo	119	9	4,8
Tumores malignos de outras localizações e de localizações não especificadas	117	10	4,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

80. Os AVPP por causas consideradas evitáveis por prevenção primária e por cuidados de saúde¹⁷ correspondem a 36% do total de AVPP (12% e 24%, respetivamente).

81. Em termos de causas de AVPP evitáveis por prevenção primária, em 2002 e 2010, os acidentes com veículos motorizados (2002-2010: 53552 - 19372 anos) e os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (16298 - 17763 anos) foram as mais relevantes.

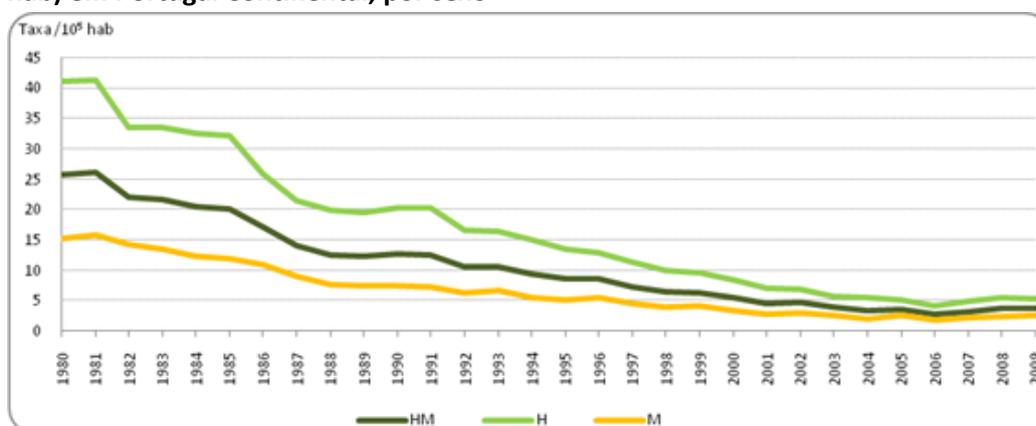
¹⁷ Causas de morte selecionadas com base na metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004)

82. Apesar das melhorias registadas, entre 2002 e 2010, as doenças cerebrovasculares (24109 - 13960 anos) e as doenças isquémicas cardíacas (24900 - 13845 anos) mantiveram-se como as causas mais expressivas de AVPP evitáveis através de cuidados de saúde.

83. O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes. A hipertensão arterial e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes fatores de risco para outras doenças. Entre 1999 e 2006, a população que reporta ter hipertensão arterial aumentou 34% e diabetes, 38% (INE/INSA,2009). Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial seja de 46%, aproximadamente (Espiga de Macedo, 2007) e a de diabetes de 12,3% (OND, 2010)

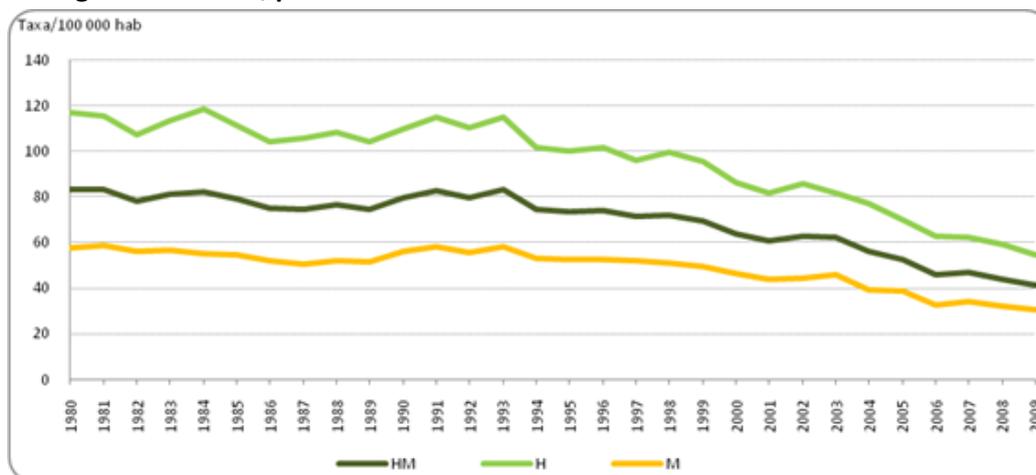
84. Alguns dos indicadores disponíveis relativos a doenças associadas ao consumo de tabaco apresentam uma evolução favorável. A taxa de mortalidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) decresceu sustentadamente desde 1980, atingindo os valores mais baixos durante a primeira década de 2000; a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (DIC) diminuiu desde o princípio dos anos 90, apresentando, em 2009, a taxa mais baixa das três décadas precedentes e a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do pulmão parece ter atingido o seu valor máximo no final dos anos 90.

FIGURA 2.20 – Taxa de mortalidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



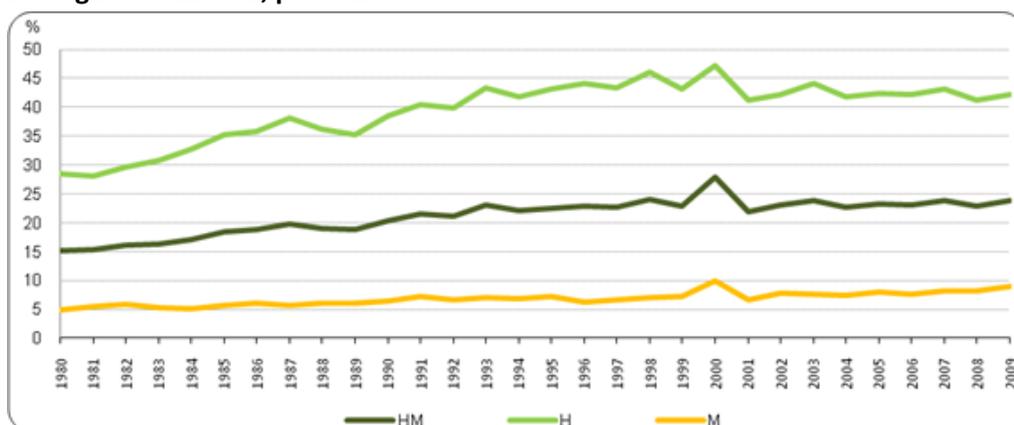
Fonte: Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

FIGURA 2.21 - Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

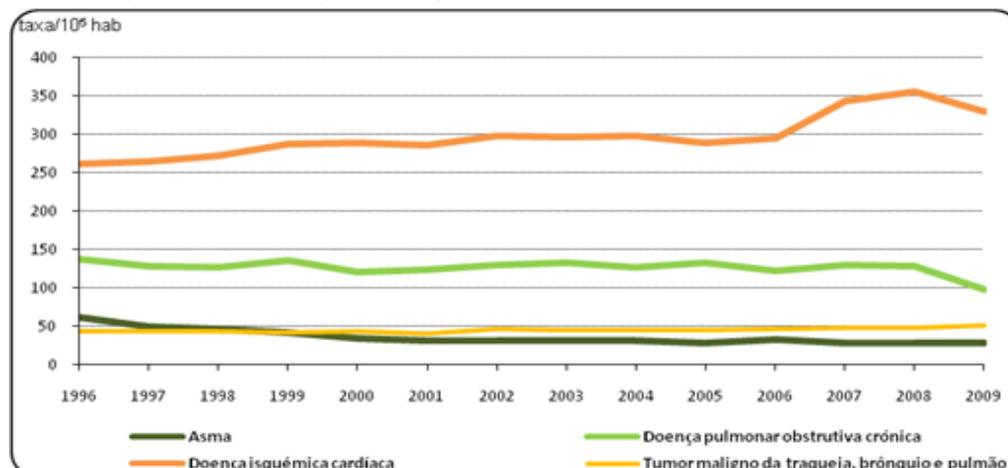
FIGURA 2.22 – Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do pulmão (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009

85. Em termos de morbilidade, as taxas de doentes saídos dos hospitais públicos por asma, DPOC e DIC também apresentam aspetos positivos. A taxa por DIC aumentou até 2008, apresentando um decréscimo em 2009; a taxa de DPOC também baixou substancialmente em 2009 e a taxa por asma continua a decrescer desde meados da citada década de 90.

FIGURA 2.23 - Doentes saídos de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/100000 hab) em Portugal Continental, por doença



Fonte: Direção-Geral da Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. Base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos

86. O número médio de dias de absentismo laboral por doença¹⁸ tem vindo a decrescer, embora no último ano a tendência se tenha invertido, atingindo os 7,3 dias. O número de pensionistas por invalidez também tem vindo a diminuir (dados disponibilizados pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2010).

87. A auto-percepção do estado de saúde é um indicador importante preditivo de mortalidade e morbilidade, bem como de utilização de serviços de saúde. Entre 1999 e 2006 (INE/INSA, 2009), a proporção de indivíduos que avalia positivamente (bom ou muito bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. No entanto, as assimetrias regionais são elevadas, oscilando os valores entre os 46,8% e os 57,2%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma auto-percepção menos positiva do seu estado de saúde.

¹⁸ Rácio Dias de Ausência por Doença/Pessoas Singulares, com pelo menos uma remuneração e/ou contribuição no ano (MTSS/GEP, 2010).



2.2. ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E FINANCIAMENTO

2.2.1. ESTRUTURA

88. A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados (Barros et al, 2011). O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, tendo sido criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro).

89. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência na rede e nas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI). A rede hospitalar em Portugal Continental é formada por 212 Hospitais, dos quais 91 são privados (portal do INE, 2012). Os 363 Centros de Saúde foram organizados em 74 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). Em 2012 estavam em atividade 342 Unidades de Saúde Familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade (CSP, 2012). O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2011, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, atingia 5595. Estas camas estavam distribuídas pelas seguintes tipologias: 906 de convalescença, 1747 de média duração e reabilitação, 2752 de longa duração e manutenção e 190 de cuidados paliativos (UMCCI, 2011).

90. Este processo de reestruturação e criação de novos serviços de saúde foi acompanhado por uma evolução positiva do número de profissionais de saúde. O rácio de médicos por 1000 habitantes aumentou de 3,3 para 4,0 entre 2001 e 2010, embora existam especialidades que já mostram ou anteveem alguma carência, como a Medicina Geral e Familiar, Pediatria, Anestesiologia, Medicina Interna, entre outras. Também o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes aumentou: de 3,8 para 6,0, entre 2001 e 2011 (portal do INE, 2012).

91. A distribuição geográfica dos serviços de saúde e dos recursos humanos evidencia assimetrias, traduzidas em maior oferta no litoral relativamente ao interior.

2.2.2. FINANCIAMENTO E DESPESA

92. O sistema de saúde português incorpora simultaneamente financiamento público e privado. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é maioritariamente (90%) financiado pela tributação, os subsistemas pelos trabalhadores e empregadores e o privado por co-pagamentos e pagamentos diretos do utente, bem como pelo prémio dos seguros de saúde (Barros et al, 2011).

93. O aumento da longevidade da população e a utilização crescente de medicamentos e tecnologia têm determinado um acréscimo nas despesas em saúde, traduzindo-se numa fração cada vez maior

do Produto Interno Bruto (PIB) português. Os serviços de cuidados curativos e reabilitação e os dispositivos médicos disponibilizados a doentes não internados constituem as despesas mais representativas, quer nos prestadores privados, quer nos públicos.

94. Em 2010, a despesa corrente em saúde cresceu 1,6% face a 2009, atingindo os 17534,7 milhões de euros, correspondendo a 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) e a uma despesa *per capita* de 1648,41 euros. Os resultados preliminares revelaram que em 2011 se registou uma diminuição da despesa corrente em saúde, de cerca de 4,6%. Nesse ano, a despesa decresceu para os 16 727,7 milhões de euros, passando a representar 9,8% do PIB (INE, 2012b). Em 2010 e 2011, o peso relativo da despesa corrente suportada por agentes financiadores públicos¹⁹ diminuiu, particularmente no último ano (65,5% em 2011, menos 1,8 pontos percentuais face a 2010, atingindo o seu ponto mínimo desde 2000).

95. Ao nível dos agentes financiadores privados²⁰, em 2010 e 2011, a despesa corrente registou aumentos pouco significativos (2,5% e 0,6%, respetivamente). Entre 2006 e 2011, em termos acumulados, a despesa corrente privada em saúde apresentou um crescimento de 12,1 pontos percentuais superior à despesa corrente pública. Em média, a primeira registou uma taxa de crescimento anual de 3,6%, enquanto que a segunda cresceu 1,4%. O ano de 2011 foi determinante neste distanciamento.

96. Os gastos com medicamentos em Portugal constituem 21,8% dos custos totais com a saúde, num total de 3362 M€, o que corresponde a 2,1% do PIB (2.ª taxa mais elevada dos países da OCDE) [dados de 2006]. No entanto, o financiamento público desta despesa é apenas de 55,9%, uma das percentagens mais baixas no contexto europeu. Nos hospitais do SNS, verifica-se uma tendência de crescimento sustentado no mercado de medicamentos; em termos nominais, o valor dos gastos em medicamentos mais que duplicou, entre 2002 e 2009, registando-se um crescimento médio anual acima dos 10% (Tribunal de Contas, 2011). Nestas instituições, a terapêutica do cancro, os antirretrovirais e os medicamentos biológicos representam 70% das despesas com medicamentos. Os ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos são os que mais têm contribuído para esse aumento, no âmbito dos cuidados de ambulatório. O consumo de antibióticos, nomeadamente quinolonas e cefalosporinas, utilizado como indicador da qualidade, tem vindo a decrescer

97. O consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado total do SNS (DDD/1000hab/dia) registou um aumento relativo superior a 40% entre 2002 e 2009 (2002: 115,6; 2009: 162,3). O consumo (DDD) de antibióticos decresceu de 65.279.709 para 63.635.373 entre 2006 e 2009 e a percentagem de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos baixou, de 2002 para 2009, respetivamente, de 12,6% para 9,2% e de 14,9% para 12,6% (dados disponibilizados pelo INFARMED, 2010).

2.3. TENDÊNCIAS DA SAÚDE

98. A saúde em Portugal apresentou, nos últimos anos, uma evolução muito positiva, que se deseje

¹⁹ Os agentes financiadores públicos englobam as entidades das administrações públicas, tais como as que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde públicos e os fundos de segurança social.

²⁰ Os agentes financiadores privados englobam os seguros privados (subsistemas de saúde privados e outros seguros privados), as famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias e as outras sociedades.



assegurar e reforçar no futuro próximo pelo que, apesar do desafio acrescido que o atual contexto económico representa, devem ser definidas prioridades que, em conjunto com a racionalização dos recursos existentes, permitam alcançar uma melhoria continuada da saúde da população.

99. Os ganhos potenciais em saúde têm carácter multidimensional, incluindo os aspectos relacionados com mortalidade, morbilidade, incapacidade e auto-percepção da saúde.

TABELA 2.24 - Dimensões e indicadores para a identificação de Ganhos em Saúde e definição de prioridades

GRUPO	INDICADOR	FONTE
MORTALIDADE	Número de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) - causas evitáveis por prevenção primária - causas evitáveis por cuidados de saúde	INE
MORBILIDADE	Taxa de internamento por 100 000 habitantes - internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório	Base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos, ACSS
INCAPACIDADE	Permanente: pensionistas de invalidez; anos de trabalho perdidos por invalidez	Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
	Temporária: dias de ausência ao trabalho devido a doença	Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
PERCEÇÃO DA SAÚDE	Auto-percepção do estado de saúde	Inquérito Nacional de Saúde, INE/INSA

100. Em Portugal, na última década, a mortalidade prematura, medida pelos Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP) decresceu 30% (dados disponibilizados pelo INE, 2011). Em 2009, as principais causas foram: tumores malignos; causas externas; doenças do aparelho circulatório; situações originadas no período perinatal; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho respiratório; anomalias congénitas e anomalias cromossómicas; doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

101. Existem, no entanto, outras doenças com mortalidade baixa e taxas de incidência elevadas. Este aspeto deve ser considerado na definição de áreas prioritárias. São disso exemplo os problemas de saúde mental.

102. Uma elevada proporção de AVPP é devida a óbitos por causas classificados como “síntomas, sinais e causas mal definidas” e “tumores malignos não especificados de outra forma”. Os valores excessivamente elevados de óbitos sem diagnóstico definido comprometem a utilidade da informação e apontam para a necessidade de melhoria nos registos.

TABELA 2.25 - Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária ou a cuidados de saúde, em Portugal Continental (2009)

Causa de morte	Taxa de AVPP
Acidente de transporte com veículos a motor	241,7
Situações originadas no período perinatal	236,3
Tumor maligno da mama feminina	159,7
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	144,4
VIH/Sida	128,5
Doença crónica do fígado	128,5
Suicídio	123,8
AVC	119,9
Doença isquémica cardíaca	105,9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	86,6
Pneumonia	58,5
Tumor maligno do colo do útero	40,3
Diabetes Mellitus	40,1

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo INE, 2011.

103. De entre as causas de morte consideradas mais sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde, identificaram-se em Portugal Continental as que registam maior número de AVPP: acidentes com veículos a motor, situações originadas no período perinatal, tumores malignos (com especial relevância para a mama feminina, traqueia, brônquios e pulmão, cólon, reto e ânus e colo do útero), doença crónica do fígado e doenças cardiocerebrovasculares.

104. Algumas destas causas são passíveis de prevenção primária, através do controlo dos seus fatores de risco (tabaco, álcool, regime alimentar desequilibrado, sedentarismo), ou de prevenção secundária, através de rastreios e deteção precoce (cancro da mama, carcinoma do colo do útero e cólon). Também o acesso a tratamento em tempo útil é fundamental para a minimização das consequências de situações como as doenças cardiocerebrovasculares.

105. O quadro abaixo compara os AVPP por causas mais sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde em Portugal e nos países da UE. As causas identificadas são as que apresentam uma maior diferença entre os dois grupos estudados, ou seja, com maior potencial de melhoria em Portugal.

TABELA 2.26 - Taxa padronizada de AVPP (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde (Portugal Continental e países da UE que integram a OCDE, 2007): ordenação decrescente das diferenças

	Portugal	Média dos 5 melhores países da UE	Diferença PT-UE
VIH-SIDA	166	2	164
Acidentes de transporte terrestre	298	182	116
Doença crónica do fígado	144	52	92
AVC	127	69	58
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	85	56	29
Pneumonia*	48	19	29
Situações originadas no período perinatal	186	148	28
Tumor maligno da mama feminina	164	145	19
Tumor maligno do colo do útero	35	16	19
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	141	125	16
Diabetes Mellitus	40	25	15

NOTA: Os valores de 2007 dos países da UE que integram a OCDE representam o último ano disponível na base de dados OECD Health data 2010.

* Os dados da OCDE são para Pneumonia+Influenza. Os valores atribuídos à influenza são muito reduzidos não influenciando as taxas

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo INE, 2011 e OECD Health Data, 2010.

106. Os indicadores de AVPP relativos ao suicídio e à doença isquémica cardíaca apresentavam valores inferiores à média dos cinco melhores valores encontrados nos países em análise. No entanto, o suicídio tem registado uma tendência crescente entre 2000 e 2009.

107. Na última década, tem-se assistido a um decréscimo da taxa de internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório por 100 000 habitantes, que passou de 220,4 para 179,7 (decrécimo relativo de 18,5%).

108. Em 2009, as principais causas de internamentos evitáveis por cuidados de ambulatório foram a diabetes, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).



TABELA 2.27 - Taxa padronizada de internamentos (/100000 hab) por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, em Portugal Continental (2009)

Causas	Taxa 2009
Diabetes	30,0
Asma	29,5
DPOC	29,4
Epilepsia e grande mal	28,3
Insuficiência cardíaca	27,9
Angina de peito	23,3
Hipertensão	11,3
Total	179,7

Fonte: Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ACSS, 2010.

109. Em Portugal, o número médio de dias de ausência ao trabalho devido a doença apresentou um decréscimo relativo de 18,9%, entre 2005 e 2009, diminuindo de 9,0 para 7,3 dias (MTSS, 2011). Entre 2000 e 2009, o número de pensionistas por invalidez na população dos 18 aos 64 anos (/100000 hab.) decresceu 23,9%, passando de 55,6‰ para 42,3‰. Em 2010, o número médio de dias de trabalho perdidos por invalidez era de 11,2 dias (dados disponibilizados pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2011).

110. No país, o valor percentual de habitantes que consideram o seu estado de saúde “bom” ou “muito bom” aumentou entre os últimos INS. No entanto, verificam-se diferenças expressivas entre grupos etários, sexo, níveis de escolaridade, profissões, rendimentos ou regiões de residência. Os valores mais baixos observaram-se nos mais idosos, no sexo feminino, nas pessoas com baixa escolaridade e menor rendimento, nos trabalhadores agrícolas ou não qualificados e nos residentes na região Centro (Graça L, 2002), o que reflete desigualdades demográficas, sociais e económicas sobre as quais é necessário atuar.

111. A percentagem de população residente que avalia positivamente o seu estado de saúde tem vindo a aumentar, atingindo os 53,2% em 2006 (INE/INSA, 2009).



2.4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde, IP. Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada, 1º semestre de 2012. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/balanco+1sem+2012.htm>. Consultado em Outubro de 2012.
- Alto Comissariado da Saúde. Atlas do Plano Nacional de Saúde. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2010.
- Barros P, Machado S, Simões J. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2011, 13(4):1–156.
- Canadian Institute for Health Information. Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs) Hospitalization Rate Technical Note. Disponível em: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic_def_health_system_12#eff. Consultado em Outubro de 2012.
- Cuidados de Saúde Primários. Ponto de situação. Disponível em: <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=1>. Consultado em Outubro de 2012.
- Currie C et al. eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).
- Direção-Geral da Saúde, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Avaliação da lei do tabaco, 2008-2010. Infotabac, Relatório da primeira avaliação do impacte da lei do tabaco. Lisboa: DGS/INSA, 2011.
- Direção-Geral da Saúde. Avaliação do Programa Nacional de Vacinação e melhoria do seu custo-efectividade: 2º inquérito serológico nacional: Portugal Continental 2001-2002. Lisboa: DGS, 2004.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2000. Lisboa: DGS, 2003.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2001. Lisboa: DGS, 2003.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2002. Lisboa: DGS, 2004.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2003. Lisboa: DGS, 2005.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2004. Lisboa: DGS, 2005.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2005. Lisboa: DGS, 2006.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2006. Lisboa: DGS, 2007.

- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2007. Lisboa: DGS, 2008.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2008. Lisboa: DGS, 2010.
- Direção-Geral da Saúde. Centros de Saúde e Unidades Hospitalares: Recursos e produção do SNS: Ano de 2009. Lisboa: DGS, 2011.
- Direção-Geral da Saúde. Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização. Lisboa: DGS, 2005.
- Espiga de Macedo M, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal. The PAP study. Rev Port Cardiol 2007; 26(1):21-39.
- Eurostat. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database. Consultado em Outubro de 2012.
- Gluckman PD, Cutfield W, Hofman P, Hanson MA. The fetal, neonatal, and infant environments - the long-term consequences for disease risk. Early Hum Dev 2005;81(1):51-9.
- Graça, L. (2002). A auto-percepção do estado de saúde da população trabalhadora . Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos150.html#2>. Auto-percepção do estado de saúde.
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP. Estatística do Medicamento 2009. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO. Consultado em Outubro de 2012.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP. Relatório Anual 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: IDT, IP, 2011.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, IP. Relatório de Atividades e Contas 2011. Disponível em: http://www.inem.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27790. Consultado em Outubro de 2012.
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Censos 2011 – Resultados Provisórios. Lisboa: INE, 2011 (b).
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Destaque, informação à comunicação social: Conta Satélite da Saúde (2010 Dados Provisórios, 2011 Dados Preliminares). Lisboa: INE, 2012 (b).
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Destaque, informação à comunicação social: Rendimento e Condições de Vida 2011 (Dados Provisórios). Lisboa: INE, 2012 (a).
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Estatísticas do Ambiente 2010. Lisboa: INE, 2011 (c).
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Indicadores sociais 2010. Lisboa: INE, 2011 (a).
- Instituto Nacional de Estatística, IP. Portal de internet para acesso à informação produzida pelo INE. Disponível em: <http://www.ine.pt>. Consultado em Outubro de 2012.
- Instituto Nacional de Estatística, IP., Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE/INSA, 2009.

- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, IP. Dados de toxicologia forense. Disponível em: http://www.inml.mj.pt/inml.html#/ATIVIDADE_PERICIAL/DELEGACOES_E_GABINETES_MEDICO-LEGAIS/TOXICOLOGIA_FORENSE. Consultado em Outubro de 2012.
- Kirch, W (ed). Encyclopedia of Public Health. New York: Springer-Verlag Inc, 2008.
- Machado MC. Saúde Infantil: uma história de sucesso. In: Sakelarides C, Alves MV, editores. Lisboa, Saúde e Inovação. Do renascimento aos dias de hoje. Lisboa: Edição Gradiva; 2008; 197-203.
- Matos MG et al, 2012. Estudo HBSC - Tendências da década em matéria de saúde e estudos regionais. Disponível em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>. Consultado em Outubro de 2012.
- Nolte E, McKee M. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
- Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: factos e números 2010. Disponível em: <http://www.spd.pt/images/relatorioanualdiabetes%20fev%202011.pdf>. Consultado em Outubro de 2012.
- OECD Health Data 2010. Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>. Consultado em Outubro de 2012.
- Portugal. Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto. Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.
- Portugal. Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro. Cria o Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição.
- Special Eurobarometer 334 / Wave 72.3. Sport and physical activity, March 2010. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/index_en.htm. Consultado em Outubro de 2012.
- Tribunal de Contas. Auditoria ao INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., e ao funcionamento do mercado do medicamento, 2011. Processo n.º 41/2010 - Audit. Relatório n.º 20/2011. Volume I.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) 2011. Disponível em: <http://www.umcci.min-saude.pt/documentacao/Paginas/Relatorios.aspx>. Consultado em Outubro de 2012.
- World Health Organization. European Health for All Database, 2012. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>. Consultado em Outubro de 2012.
- World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Care Now More Than Ever. Genève: World Health Organization; 2008.