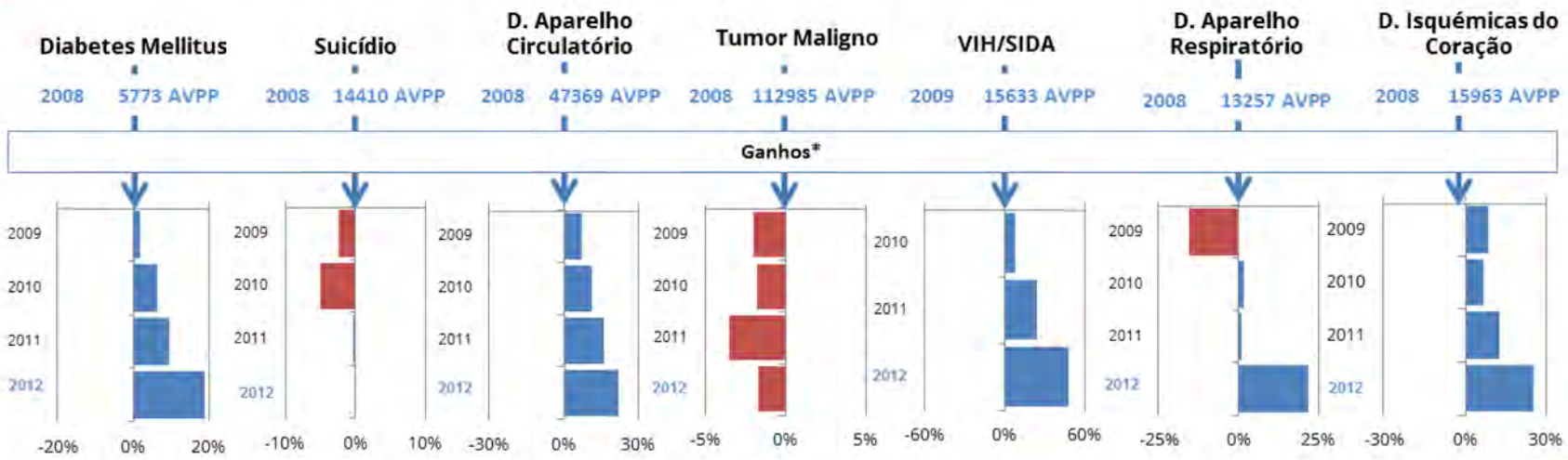
DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PORTUGAL
PROGRAMAS DE SAÚDE PRIORITÁRIOS EM NÚMEROS – 2014

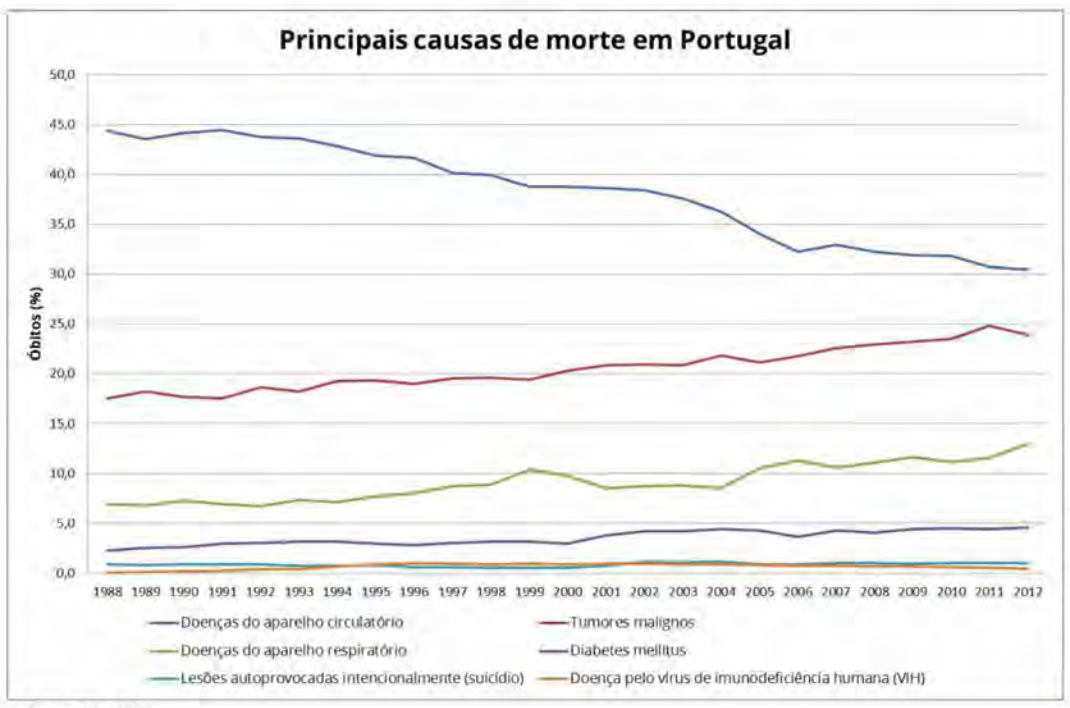
GOVERNO DE PORTUGAL
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Retrato a 15 de Setembro



* Ganhos foram calculados como a redução % de AVPP (anos de Vida Potenciais Perdidos) relativa, usando o valor observado em 2008 como referência.

Peso das causas de morte associadas aos Programas de Saúde Prioritários na mortalidade total (%), Portugal (1988-2012)



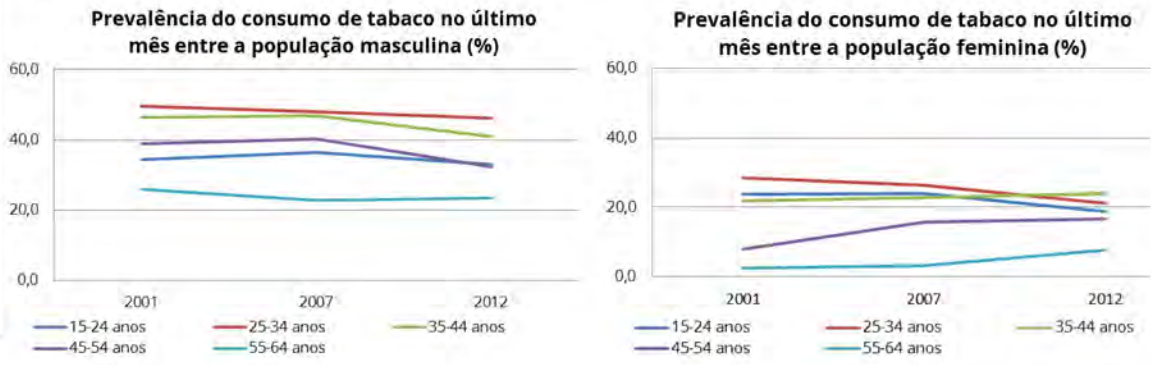
Fonte: INE, 2014

As causas de morte associadas aos Programas Prioritários relativos ao Tabaco, Alimentação Saudável e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos não têm causas diretas atribuídas, não são por ora apresentadas.

PORTUGAL
PREVENÇÃO E CONTROLO DO TABAGISMO EM NÚMEROS – 2014

Reduzir em pelo menos 2% a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos, até 2016

De acordo com dados recolhidos no âmbito dos Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas (Balsa, C. et al,abril 2013) e analisada a evolução entre 2001 e 2012 quanto aos consumos atuais declarados (no "último mês"), registou-se uma descida do consumo nos grupos etários mais jovens (dos 15 aos 44 anos) e uma ligeira subida nos restantes. No sexo masculino, essa descida ocorreu em todos os grupos etários, à exceção do grupo dos 55 aos 64 anos. Contudo, no sexo feminino, essa redução apenas se observou no grupo dos 15 aos 34 anos.



Fonte: Balsa C, Vital C, Urbano C. III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa. 2012. Relatório preliminar. Lisboa: CESNOVA. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de lisboa, 2013. Coleção Estudos-Universidades.

Prioridade: Proceder à revisão da Lei 37/2007, de forma a melhorar a proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco e transpor a nova Diretiva Europeia sobre Produtos do tabaco (Diretiva 2014/40/UE, de 3 de abril).

PORTUGAL
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS – 2014

Reduzir a mortalidade por doença do aparelho circulatório em 1%, até 2016

A mortalidade por doenças do aparelho circulatório está em redução progressiva nas últimas duas décadas, sendo mais pronunciada na população com idade superior a 70 anos. No entanto, a redução da mortalidade prematura traduzida em ganhos nos "anos potencias de vida perdidos" é uma das mais expressivas quando consideradas todas as causas de morte.



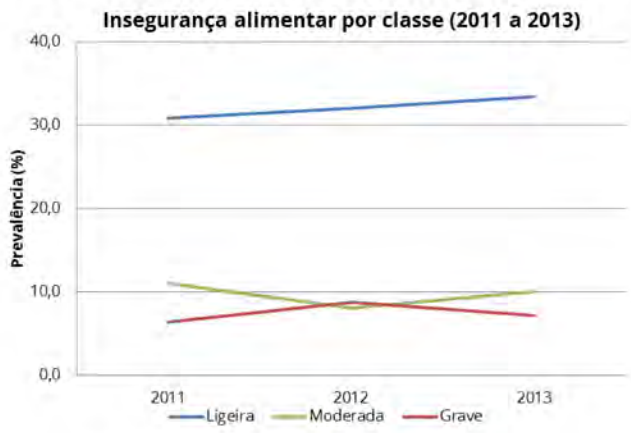
Fonte: INE, 2014

Prioridade: Actuação nos factores de risco, com redução da ingestão de sal na alimentação de forma a reduzir o impacto da hipertensão arterial e correta terapêutica da dislipidemia. Incremento da terapêutica precoce no enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral.

PORTUGAL
ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM NÚMEROS - 2014

Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2016

A monitorização da Insegurança alimentar em Portugal Continental iniciada pela primeira vez em 2011, revelou um ligeiro acréscimo na classe de insegurança alimentar ligeira, ligada à preocupação económica de garantia dos alimentos ou da respetiva qualidade por parte das famílias; contudo, as categorias associadas a alterações dos padrões alimentares, apesar de alguma variação entre si, mostraram-se, em conjunto, estáveis nos anos em estudo.



Fonte: DGS, Infofamília, 2014

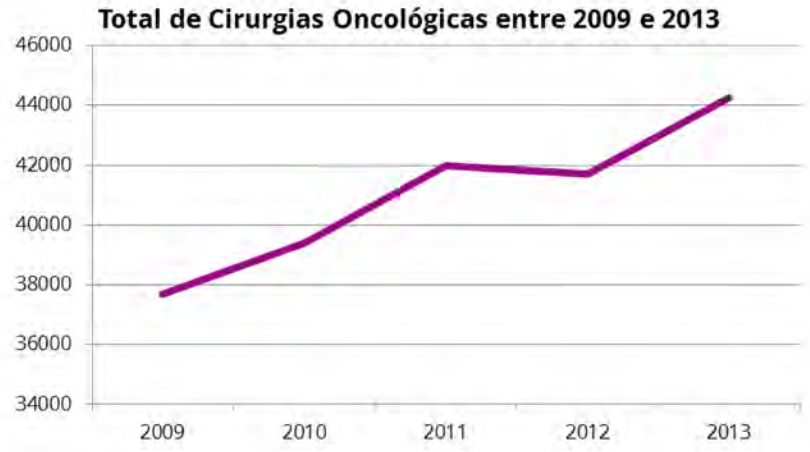
Prioridade: Aumentar o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências

PORTUGAL
DOENÇAS ONCOLÓGICAS
EM NÚMEROS – 2014

Aumentar a taxa de cobertura total dos rastreios oncológicos (mama e colo do útero), garantindo mais de 60% de cobertura em todo o território até 2016

A capacidade de resposta dos hospitais face à procura cirúrgica pelos doentes oncológicos tem aumentado progressiva e consistentemente, embora se assista ao aumento de 1 dia na mediana do tempo de espera.

Total de Cirurgias Oncológicas entre 2009 e 2013



Fonte: SIGIC/ACSS 2012

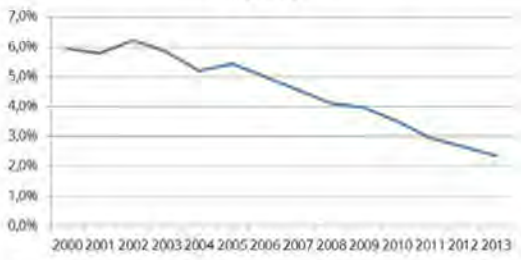
Prioridade: Investir na promoção de estilos de vida saudável e na prevenção primária, com eliminação progressiva dos fatores de risco conhecidos, considerados mais importantes, como é o caso do tabagismo.

DIABETES:
FACTOS E NÚMEROS - 2014

Diminuir a mortalidade específica por diabetes, reduzindo a mortalidade intra-hospitalar, por todas as causas, nas pessoas com diabetes em 10% até 2016

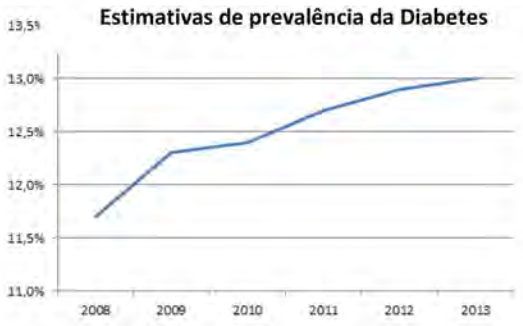
A letalidade intra-hospitalar (por todas as causas) em doentes hospitalizados com diabetes registou uma redução sustentada, mostrando uma tendência de melhoria dos cuidados hospitalares no que concerne à diabetes.
Em relação à prevalência foi estimada em 13% para 2013 (INSA – Médicos-Sentinela) mostrando uma tendência de estabilização da taxa de incidência desde 2008

Letalidade Intra-Hospitalar por Diabetes Mellitus



Fonte: GDH - ACSS/DGS, 2013

Estimativas de prevalência da Diabetes



Fonte: INSA, Médicos Sentinela,2013

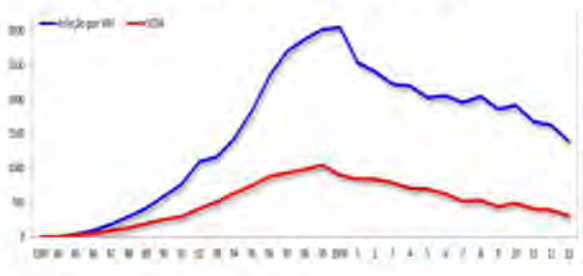
Prioridade: Identificar a população em risco de diabetes a 10 anos nos Cuidados de Saúde Primários e intervir junto dela sistematicamente, prevenindo comportamentos diabetogénicos.

PORTUGAL
INFEÇÃO VIH, SIDA E TUBERCULOSE EM NÚMEROS – 2014

Reduzir o número de novos casos por VIH em 25% e o número de novos casos e mortes por SIDA em 50%, até 2016

Em Portugal, o número de novos casos de infeção por VIH e de SIDA, bem como a taxa de mortalidade associada à infeção VIH/SIDA, têm vindo a decrescer de forma significativa nos últimos anos embora, no contexto europeu, as taxas apresentadas ainda permaneçam elevadas. Também o número de anos potenciais de vida perdidos atribuídos à infeção por VIH tem vindo a decrescer embora permaneça elevado, no contexto das principais causas de morte em Portugal.

Número de casos por VIH e por SIDA



Fonte: INSA – 30.06.2014 – dados não publicados

Taxa de mortalidade Doença pelo Vírus da Imunodeficiência Humana [VIH]



Fonte: INE, 2014

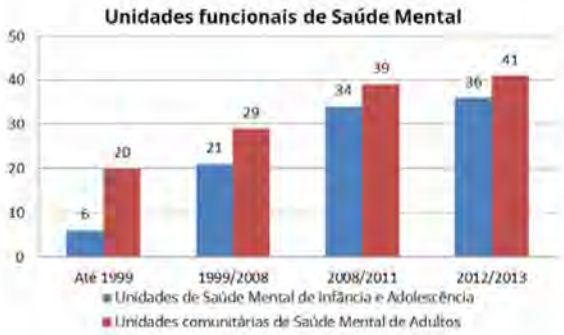
Prioridade: Reforçar as diferentes estratégias de intervenção com particular atenção aos grupos mais vulneráveis ou grupos com comportamento de risco.

PORTUGAL SAÚDE MENTAL
EM NÚMEROS – 2014

Aumentar a acessibilidade à Saúde Mental de crianças/adolescentes e adultos, pela maior descentralização dos Serviços.

As unidades funcionais consideradas localizam-se em hospitais gerais ou em 3 pediátricos, correspondendo a Serviços Locais de S. Mental (complementadas para os adultos por 10 Equipas Comunitárias dos Hospitais Psiquiátricos). Para as crianças e adolescentes a existência de Pedopsiquiatra nem sempre é acompanhada pela de outros profissionais não médicos.
O aumento de produção resultou da descentralização da oferta, antes centrada para os adultos nos Hospitais Psiquiátricos (HP) e, de modo variável em cada região, por algumas consultas comunitárias. A produção dos HP, embora estes tenham sido reduzidos de 6 para 3 e em área de influência, tem estabilizado fruto de criação de mais equipas comunitárias ou de consultas mais especializadas.

Unidades funcionais de Saúde Mental



Consultas externas



Fonte: Direção do Programa Nacional de Saúde Mental 2014

Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS), NOC

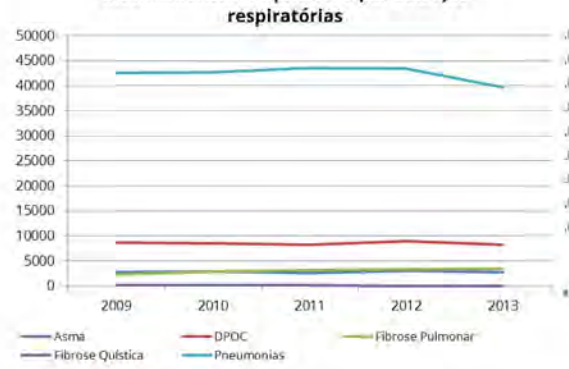
Prioridade: Prevenir o suicídio através de ações combinadas de políticas transversais com vista à intervenção nos seus determinantes, como os que se inserem no domínio social, do mercado de trabalho e da fiscalização do consumo de substâncias aditivas.

PORTUGAL
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS
EM NÚMEROS – 2014

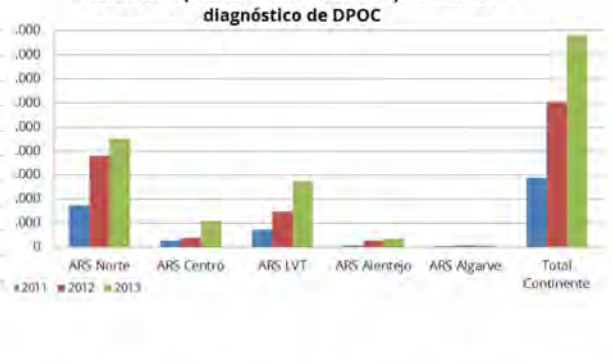
Reduzir os internamentos por doenças respiratórias crónicas em 10%, até 2016

As doenças respiratórias constituem a quinta principal causa de internamento hospitalar correspondendo em 2013 (dados preliminares), a 11% da totalidade dos internamentos e constituindo a primeira causa de mortalidade hospitalar. Os internamentos por fibrose pulmonar têm vindo a aumentar, contudo verifica-se um decréscimo nos internamentos por Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Pneumonias. A nível dos Cuidados de Saúde Primários, o número de diagnósticos de DPOC com recurso à espirometria tem vindo a aumentar, apesar de ser ainda muito baixo.

Internamentos hospitalares por doenças respiratórias



Número de pessoas inscritas com espirometria e diagnóstico de DPOC



Fonte: GDH's – ACSS/DGS, 2013

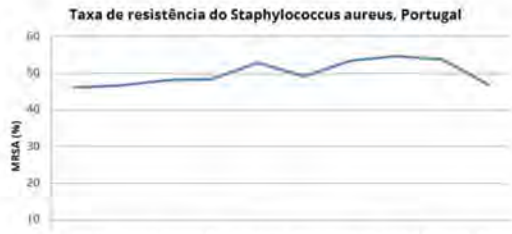
Prioridade: Aumentar a taxa de cobertura vacinal para a vacinação da gripe, sobretudo nos idosos (> 65 anos) e em outros grupos de risco, com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade associada a pneumonias. Aumentar o número de diagnósticos de DPOC nos cuidados de saúde primários, através da melhoria da acessibilidade à espirometria.

PORTUGAL – CONTROLO
DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS EM NÚMEROS – 2014

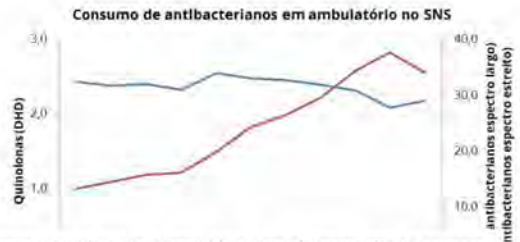
Reduzir o consumo de carbapenemes em 5%, até 2016. Reduzir a taxa de *staphylococcus aureus* resistentes à meticilina em 10%, até 2016

1. A Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica de Resistência aos Antimicrobianas foi alargada de 22 para 66 laboratórios de microbiologia, em 2013, passando a ser possível a obtenção de informação e de estirpes com formas de resistência emergente e particularmente preocupante em menos de 48 horas
2. A taxa resistência à meticilina do Staphylococcus aureus diminui em cerca de 15% nos últimos dois anos (2011 para 2013) e em cerca de 13% no último ano (2012 para 2013), e as incidências de infeção nosocomial da corrente sanguínea por Staphyloccoccus aureus e por MRSA diminuíram em 3% e 5%, respetivamente, entre 2012 e 2013.
3. O consumo de quinolonas em ambulatório diminuiu em 15% entre 2007 e 2013 e o rácio entre consumo de antibióticos de espectro largo e de espectro estreito diminuiu em 2013 em cerca de 10%, após ter subido permanentemente entre 2003 e 2012.

Taxa de resistência do Staphylococcus aureus, Portugal



Consumo de antibacterianos em ambulatório no SNS



Fontes: European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2012. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2013 e INFARMED, IP, 2014

Prioridade: Promover a atuação intersectorial envolvendo a indústria alimentar para impedir o aumento generalizado da resistência aos antimicrobianos no ambiente.