



Observatório Nacional Doenças Respiratórias 2024



ÍNDICE

1. Introdução	3
2. Totais gerais sem ventilados	5
3. Totais gerais de ventilados	11
4. Diagnósticos secundários sem ventilados	16
5. Diagnósticos secundários de ventilados	20
6. Diagnósticos primários sem ventilados	24
7. Diagnósticos primários de ventilados	28
8. Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)	33
9. Asma brônquica	40
10. Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	43
11. Cancro do pulmão (neopl. pleuropulmonar primária)	47
12. Pneumonia bacteriana	55
13. Pneumoconiose	61
14. Variabilidade	67
15. Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)	74

1. Introdução



Francisco José Pereira Alves - MD. PhD
Presidente da Fundação Portuguesa do Pulmão

Talvez esta secção se devesse chamar apresentação, mas depois de tantas edições do ONDR parece-nos menos bem usar esse termo. O ONDR tem vindo a ser fonte de conhecimentos para quem, por alguma razão, precisa de números da saúde respiratória portuguesa. Tem tido vários responsáveis com diferentes metodologias e propósitos nem sempre coincidentes, todavia sempre foi nosso desejo apresentar um trabalho atualizado e capaz de exprimir a nossa realidade com tanta veracidade quanto possível. Em anos anteriores comparámos os dados da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) com os do Instituto Nacional de Estatística (INE) e com os do Registo Oncológico Nacional (RON). Este ano optamos por estudar com mais detalhe os dados da ACSS. Apresentamo-los em números absolutos e relacionando os diferentes internamentos e tratamentos com o número de óbitos, conscientes que estes óbitos podem ter ocorrido por causas diferentes da causa do internamento. Apresentamos, também, os totais nacionais para os podermos comparar com os respiratórios.

Entre as diferentes patologias respiratórias escolhemos a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), a Asma Brônquica, o Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), a Pneumonia Bacteriana, o Cancro do Pulmão e as Pneumoconioses para observar com mais pormenor.

Pela primeira vez apresentamos dados do SAOS e destinamos um capítulo ao estudo possível da variabilidade na qualidade dos serviços.

Sentimos necessidade de partilhar com os leitores algumas ideias que estiveram na definição da metodologia utilizada. Além das patologias individuais, estudamos três grandes grupos de doentes, o total dos internamentos com ventilação e sem ventilação, os diagnósticos secundários com e sem ventilação e os diagnósticos primários com e sem ventilação. No primeiro grupo abordámos todos os internamentos independentemente do diagnóstico. No segundo, os que foram internados por uma qualquer causa mas que tinham como diagnóstico secundário, na sua história clínica, uma doença respiratória. Finalmente, no terceiro estudámos os doentes que foram internados por doença respiratória como causa de internamento. Dividimos cada um dos grupos em duas partes, uma sem ventilação, outra com ventilação, não tivemos em conta os diferentes tipos de ventilação, apenas ventilação ou não ventilação. No futuro teremos em conta os diferentes tipos de ventilação.

Para ser possível comparar estes grupos usámos uma taxa, relação, entre os internamentos e os óbitos, o número de óbitos por cada 100 internamentos. Criámos gráficos que nos permitem aceder à probabilidade de óbito nos diferentes grupos estudados, definindo métricas que nos ajudam a avaliar a qualidade, a normalidade ou se quiserem a variabilidade da qualidade de serviços prestados, por uma instituição, um serviço, um responsável por internamentos. Pensamos poder ajudar na autoavaliação e na procura da normalização e melhoria dos resultados terapêuticos.

Agradecemos a colaboração da Sra. Dra. Maria José Guimarães, da Sra. Prof.a Gabriela Fernandes e do Sr. Dr. Miguel Guimarães, a disponibilidade para participar na execução deste ONDR. Agradecemos à Administração Central dos Serviços de Saúde a partilha dos dados que constituem o ONDR 2024.

2. Totais Gerais sem ventilados

TOTAIS GERAIS SEM VENTILADOS

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.
00-17	376	129849	353	128754	284	108547	272	106644	291	112918	273	118617
Feminino	177	61750	146	60442	141	51334	128	50635	134	53287	117	55991
Masculino	199	68096	207	68310	143	57208	144	56008	157	59630	156	62623
Outro	0	3	0	2	0	5	0	1	0	1	0	3
18-39	571	139102	563	138678	539	121233	516	120699	475	122750	446	123824
Feminino	239	107770	255	106928	218	94910	242	92283	203	95068	196	96857
Masculino	332	31332	308	31750	321	26323	274	28415	272	27682	250	26965
Outro	-	-	-	-	-	-	0	1	-	-	0	2
40-59	5155	157993	5013	158390	4914	134321	4902	148166	4493	139996	4116	135448
Feminino	1782	79748	1821	80301	1744	66917	1701	74550	1637	71633	1444	69740
Masculino	3373	78245	3192	78089	3170	67404	3201	73616	2856	68363	2672	65708
60-74	12168	194679	12258	196666	12580	169959	13268	188613	12231	183224	11438	181728
Feminino	4129	84145	4182	85129	4252	72055	4418	81664	4196	79409	3935	79214
Masculino	8039	110534	8076	111537	8328	97903	8850	106945	8035	103812	7503	102514
Outro	-	-	-	-	0	1	0	4	0	3	-	-
75-00	36499	256551	35863	256837	38447	228309	40107	242391	38687	242844	35151	239896
Feminino	19078	143671	18821	143290	20075	127033	20746	133954	20056	134300	18275	132462
Masculino	17421	112879	17042	113547	18372	101276	19361	108437	18631	108544	16876	107434
Outro	0	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total Geral	54769	878175	54050	879326	56764	762370	59065	806513	56177	801732	51424	799513

Quadro 1: Internamentos e óbitos por ano, grupo etário e género desde 2018 a 2023.

Neste capítulo apresentamos o grupo de doentes que foram internados nos serviços de saúde do SNS sem terem sido sujeitos a ventilação e independentemente do diagnóstico, ou seja, o grupo em estudo é o conjunto de todos os internamentos em que não foi usada ventilação.

TOTAIS GERAIS SEM VENTILADOS

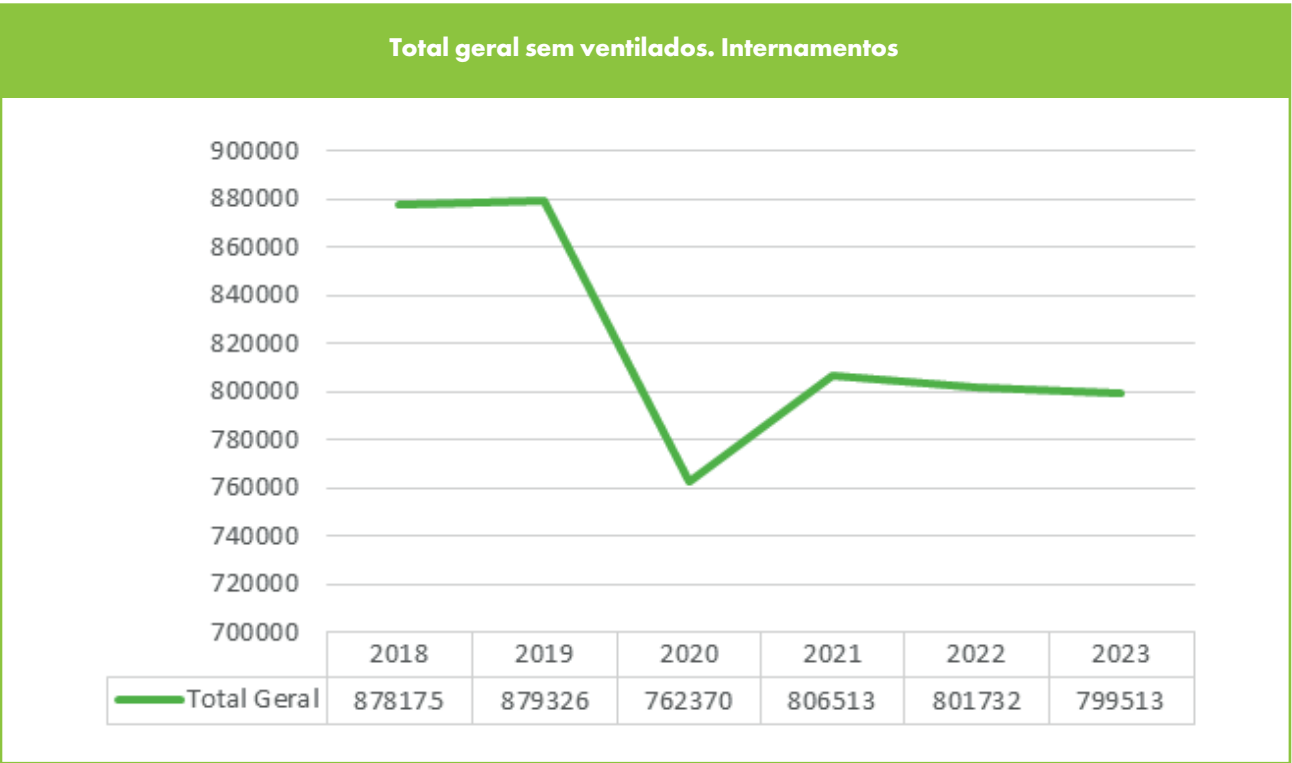


Figura 1: Internamentos totais por ano, de 2018 a 2023. Observa-se uma queda em 2020 provocada pela COVID 19. Nos anos seguintes há uma recuperação no sentido dos números anteriores, embora parcial, com uma queda de 9% em 2023 relativamente a 2018.

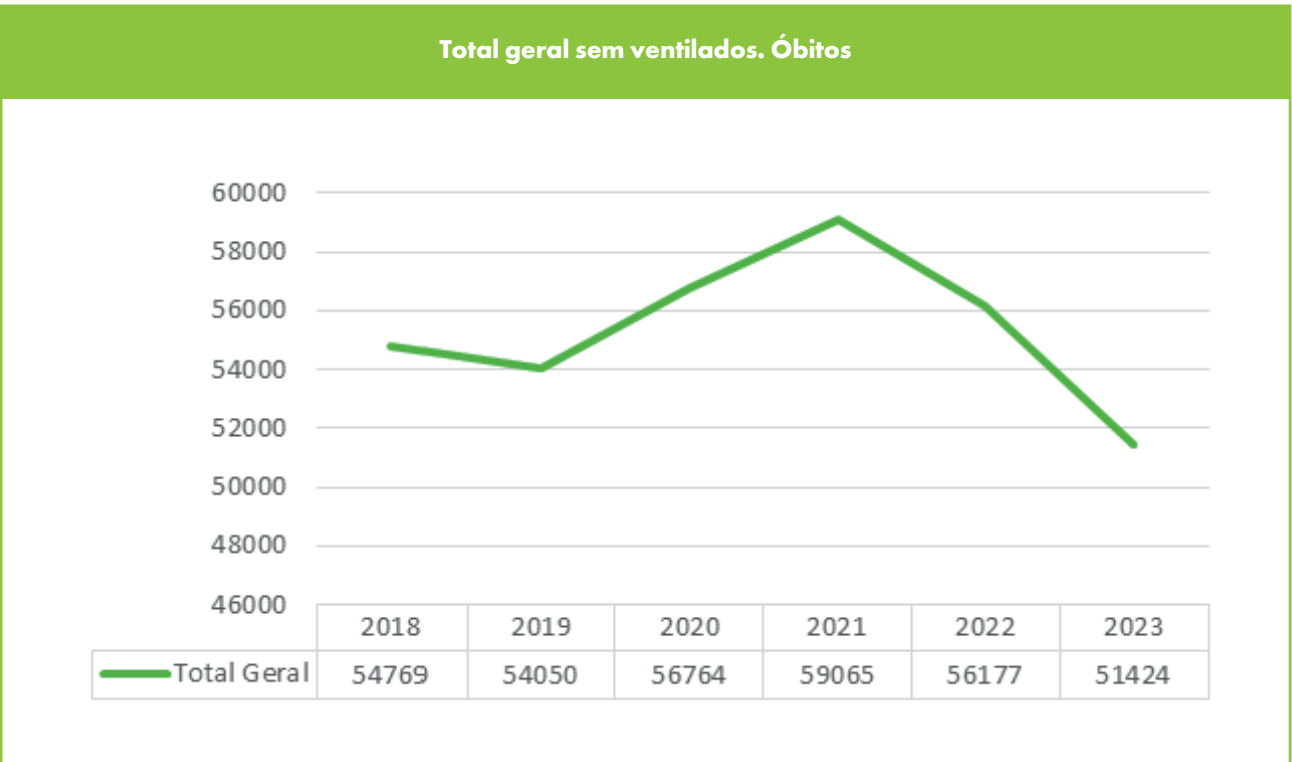


Figura 2: Óbitos totais por ano, de 2018 a 2023.

Os óbitos totais subiram com a pandemia. Em 2021 atingiram 107,8% dos valores de 2018, ocorreu seguidamente uma diminuição em 2022 e 2023, neste ano registaram-se valores 93,9% de 2018. As atitudes tomadas para conter a pandemia e a subida da taxa de mortes continuaram a ter resultados positivos mesmo depois do fim da pandemia.

Entretanto, o número de mortes ocorridas nos serviços de saúde atinge em 2023 cerca de 50% do número de todas as mortes no território nacional, o que nos permite pôr em causa a veracidade das diferentes causas de morte nas certidões de óbito que condicionam as taxas de mortalidade portuguesas. Aconselha-se um estudo da veracidade das certidões de óbito semelhante ao executado em 1992¹.

Na figura 3 apresenta-se a percentagem do número de óbitos relativamente ao número de internamentos. No caso anterior e em todos os seguintes usados neste ONDR relacionaram-se o número de óbitos num determinado grupo de internamento, apresentando o número de óbitos por cada 100 internamentos (percentagem de óbitos em internamentos). Esta relação é necessária para poder comparar os dados entre os diferentes grupos de internamento. Regista-se um aumento dessa percentagem nos anos da pandemia e regresso posterior a valores semelhantes ao período anterior. À diminuição dos óbitos em valor absoluto não corresponde uma diminuição percentual porque a queda de internamento foi maior que a dos óbitos, 9% nos internamentos e 6,1% nas mortes. Aparentemente é mais fácil mudar as regras de internamento do que a gravidade das doenças.

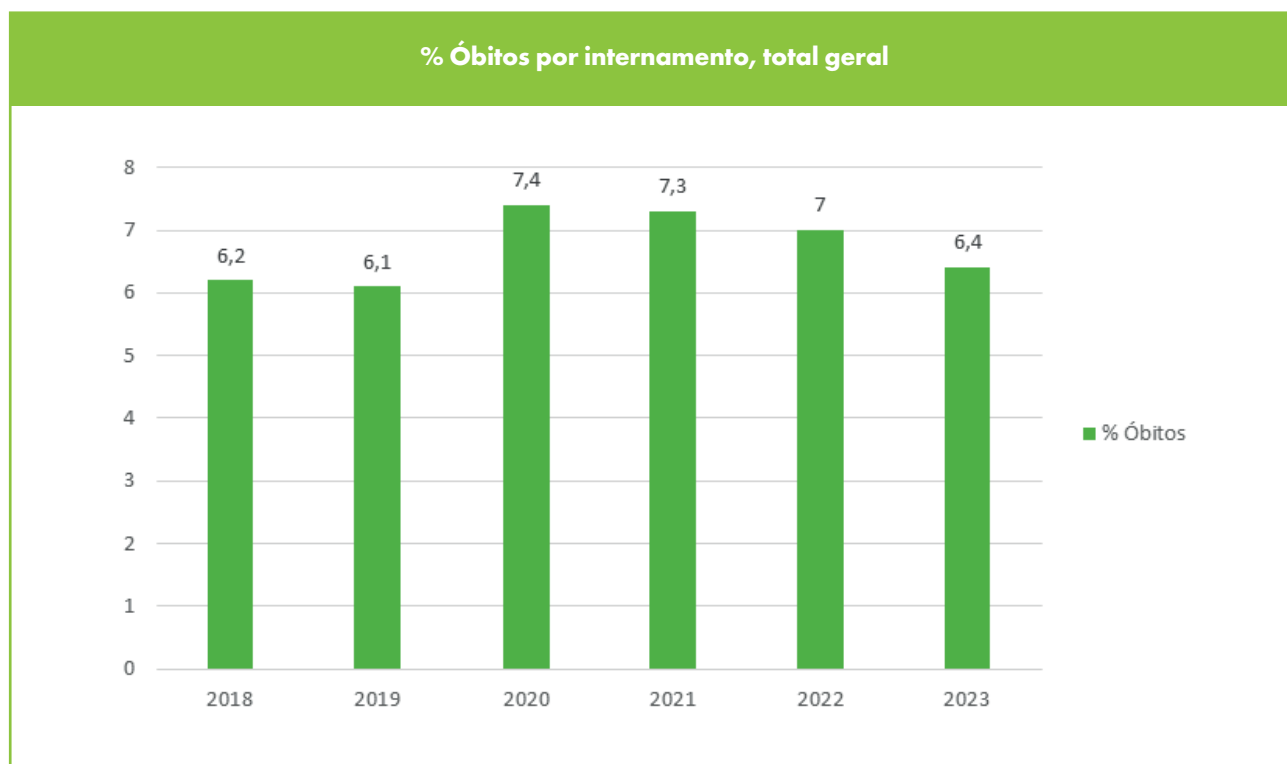


Figura 3: Percentagem de óbitos por internamentos, de 2018 a 2023.

[1] Rigor das taxas portuguesas de mortalidade por asma em 1991. Tese de doutoramento. Francisco José Pereira Alves. 1994, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

TOTAIS GERAIS SEM VENTILADOS

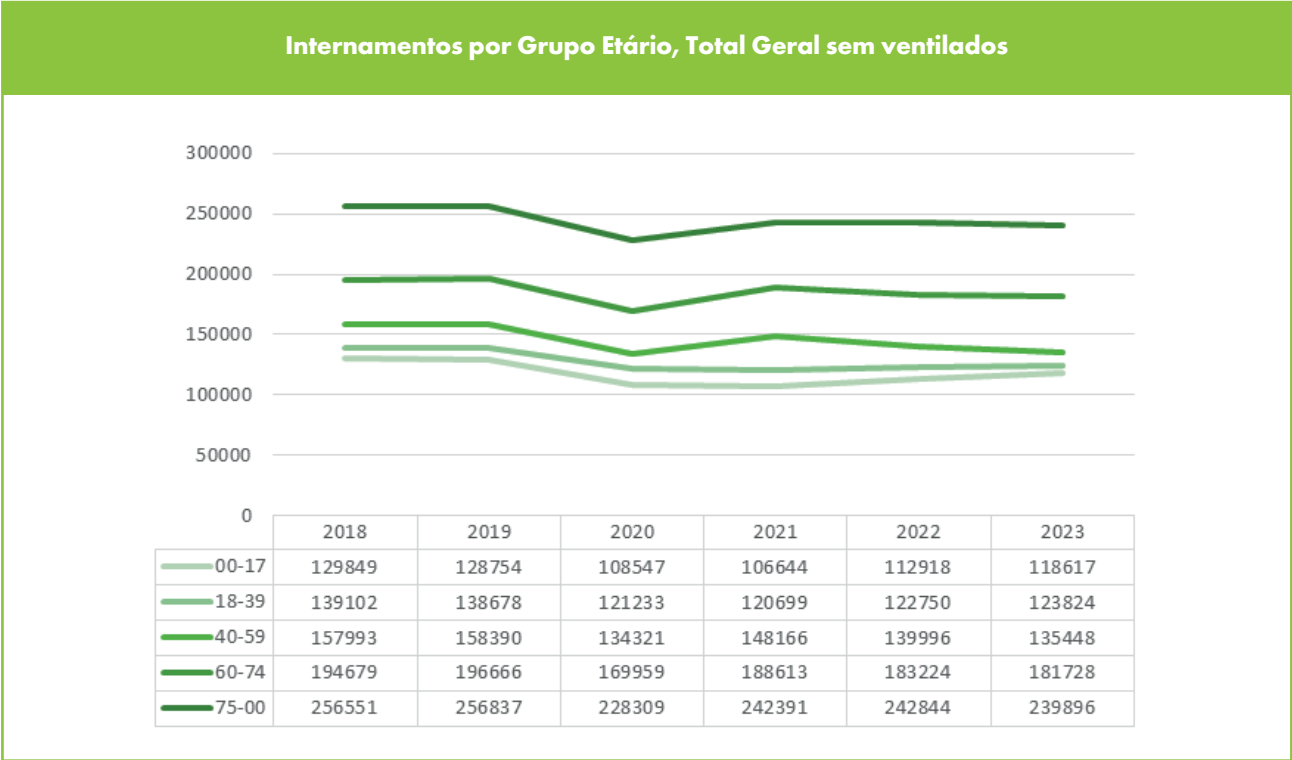


Figura 4: Internamentos por todas as causas e por grupo etário.

Na figura 4, internamentos por grupo etário, pode observar-se a estabilidade das linhas do gráfico, com pequena inflexão em 2021. Todos os grupos etários mostram diminuição em 2023 relativamente a 2018: menos de <17anos, 9%; 18-39, 11%; 40-59, 15%; 60-74, 7%; mais de >75 anos, 7%.

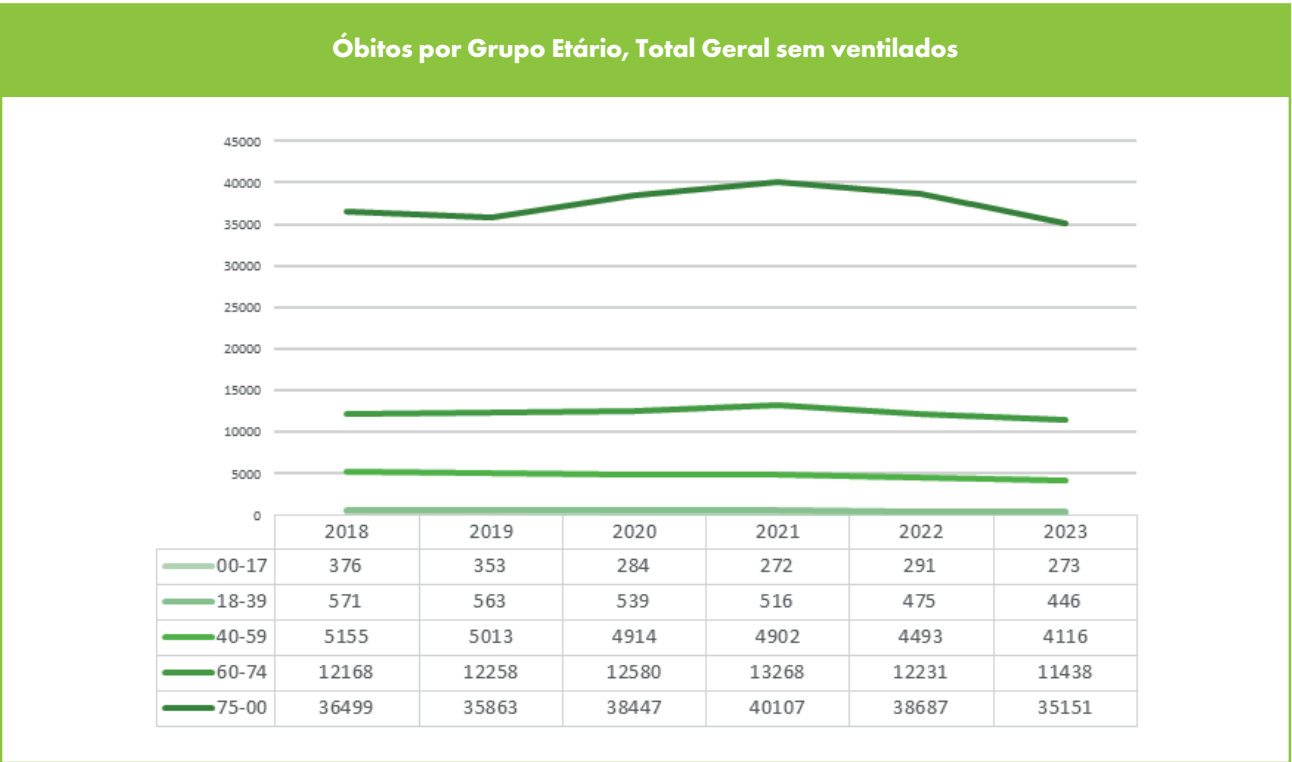


Figura 5: Número de óbitos por grupo etário.

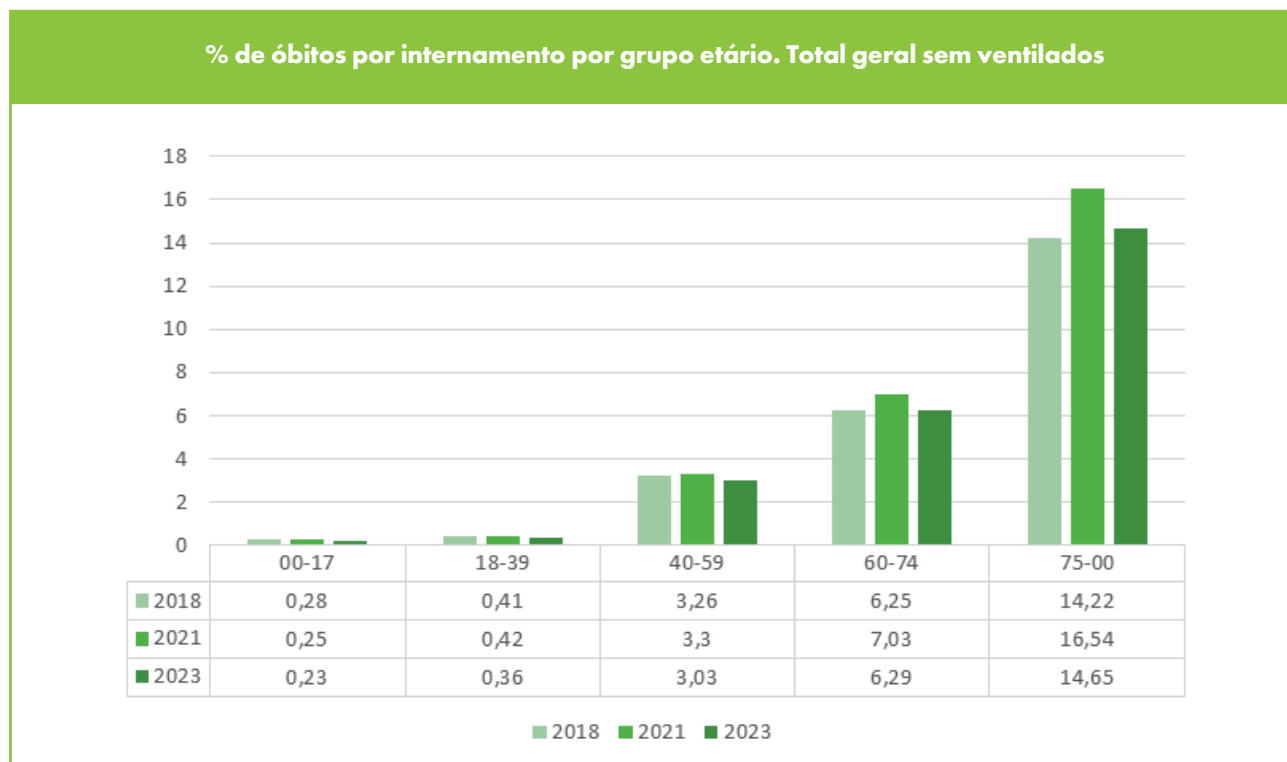


Figura 6: Percentagem do número de óbitos relativamente ao número de internamentos, por grupo etário, nos anos 2018, 2021 e 2023.

3. Total Geral de ventilados

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.
00-17	255	4534	236	4603	190	3932	180	4185	214	4845	200	5473
Feminino	122	1990	94	1985	89	1727	78	1820	99	2056	86	2357
Masculino	133	2544	142	2618	101	2205	102	2365	115	2789	114	3115
Outro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	1
18-39	210	1161	202	1212	216	1351	180	1662	190	1250	174	1195
Feminino	131	721	122	772	149	879	116	1078	121	757	110	766
Masculino	131	721	122	772	149	879	116	1078	121	757	110	766
40-59	1160	4963	1158	5082	1175	5537	1393	7316	1242	5474	1136	4880
Feminino	370	1614	375	1730	407	1865	437	2337	429	1848	356	1534
Masculino	790	3349	783	3352	768	3672	956	4979	813	3626	780	3346
60-74	2623	9982	2588	10210	2922	10644	3863	13475	3022	10993	2709	10157
Feminino	901	3594	859	3655	929	3569	1259	4703	986	3910	905	3595
Masculino	1722	6388	1729	6555	1993	7075	2604	8771	2036	7083	1804	6562
Outro	-	-	-	-	-	-	0	1	-	-	-	-
75-00	5017	15526	5125	16572	5376	14957	6714	17726	6173	17368	5247	15449
Feminino	2450	8598	2561	9324	2581	8022	3125	9363	2876	9332	2510	8266
Masculino	2567	6928	2564	7248	2795	6935	3589	8363	3297	8036	2737	7183
Total Geral	9265	36166	9309	37679	9879	36421	12330	44364	10841	39930	9466	37154

Quadro 2: Total geral de ventilados. Valores em números absolutos por grupo etário e género de 2018 a 2023.

Este grupo de doentes, os que necessitaram de ventilação durante o internamento, mostrou-se mais estável sendo possível observar uma variação menor entre os dados anuais. A causa poderá estar no número fixo ou pouco alterável de camas com equipamento suficiente para a ventilação. Ainda assim, durante a pandemia registaram-se números mais elevados quer nos internamentos quer nos óbitos. Nos anos seguinte os totais diminuíram, embora ainda se mostrem superiores aos de 2018.

TOTAL GERAL DE VENTILADOS

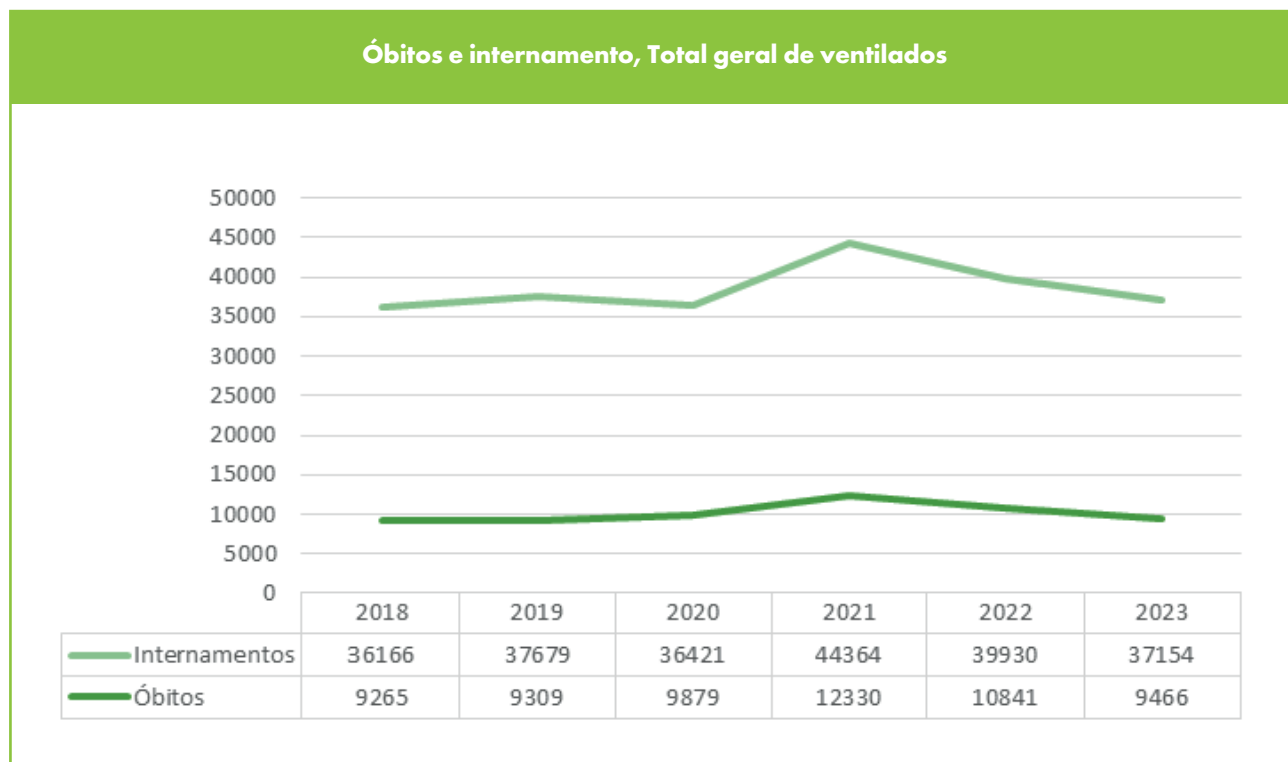


Figura 7: Óbitos e internamentos de ventilados. Totais gerais.

A percentagem de óbitos em ventilados tem-se mostrado mais alta que nos outros internamentos, e sofrido menos variações nos diferentes anos, em 2023 aparece muito semelhante à de 2018.

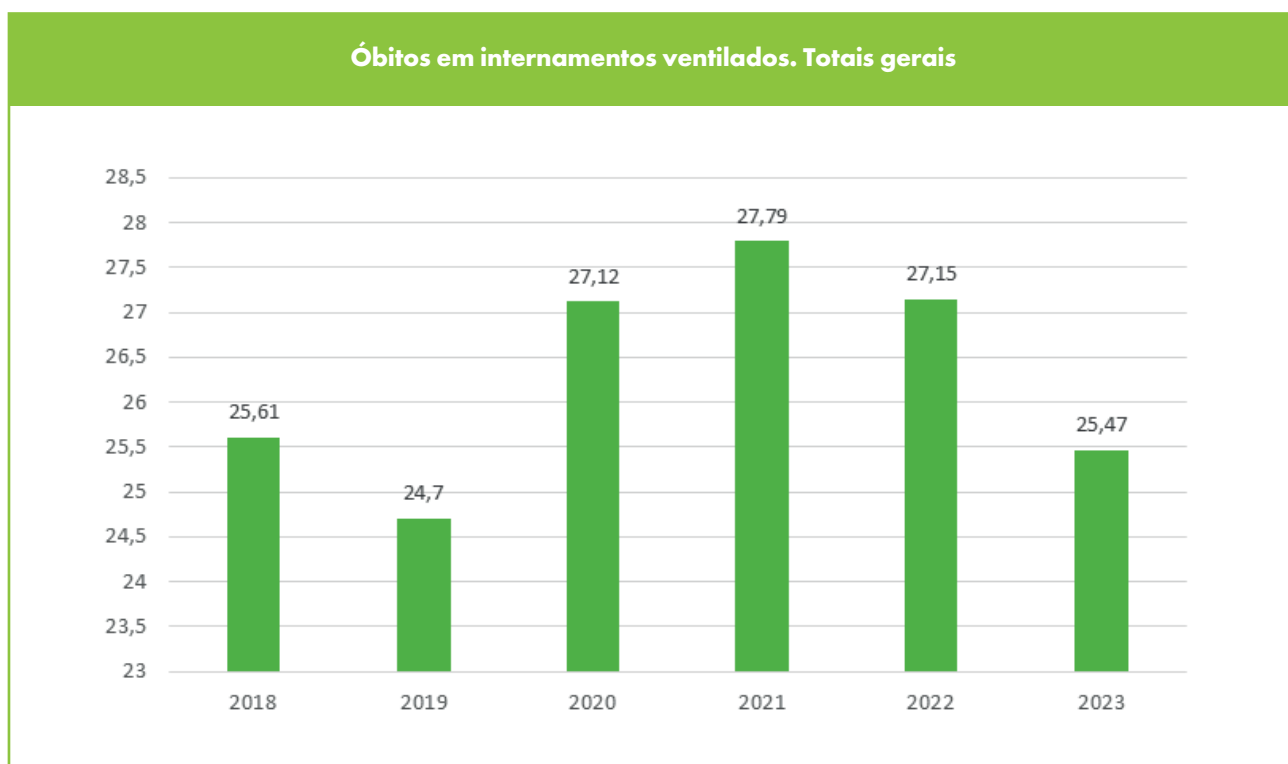


Figura 8: Percentagens de óbitos em internamentos com ventilação.

Internamentos de ventilados por grupo etário

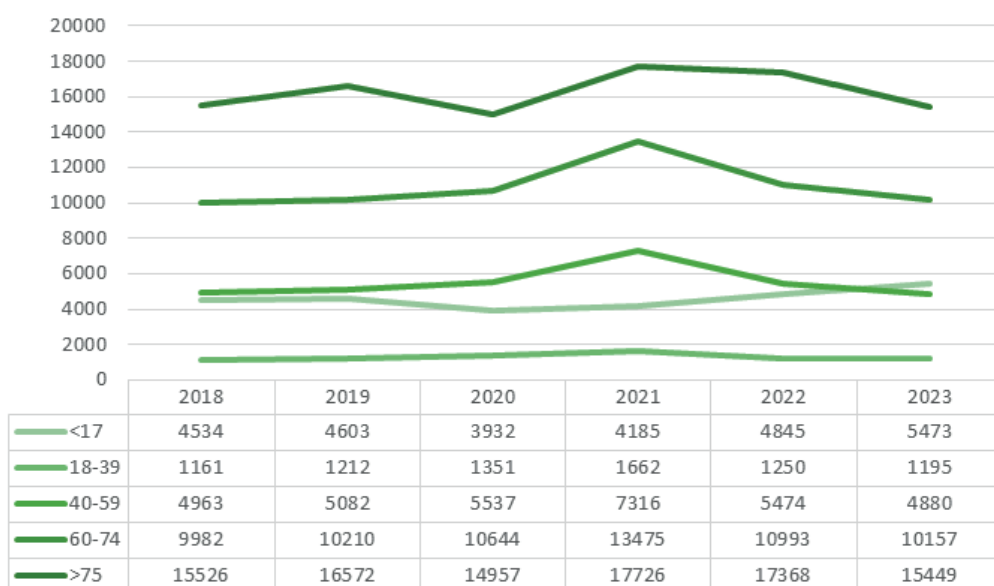


Figura 9: Internamentos em ventilados por grupo etário.

No grupo etário entre os 18 e os 39 anos observa-se o número mais baixo de internamentos e óbitos, enquanto nos grupos mais velhos os valores sobem significativamente.

Óbitos por grupo etário em ventilados

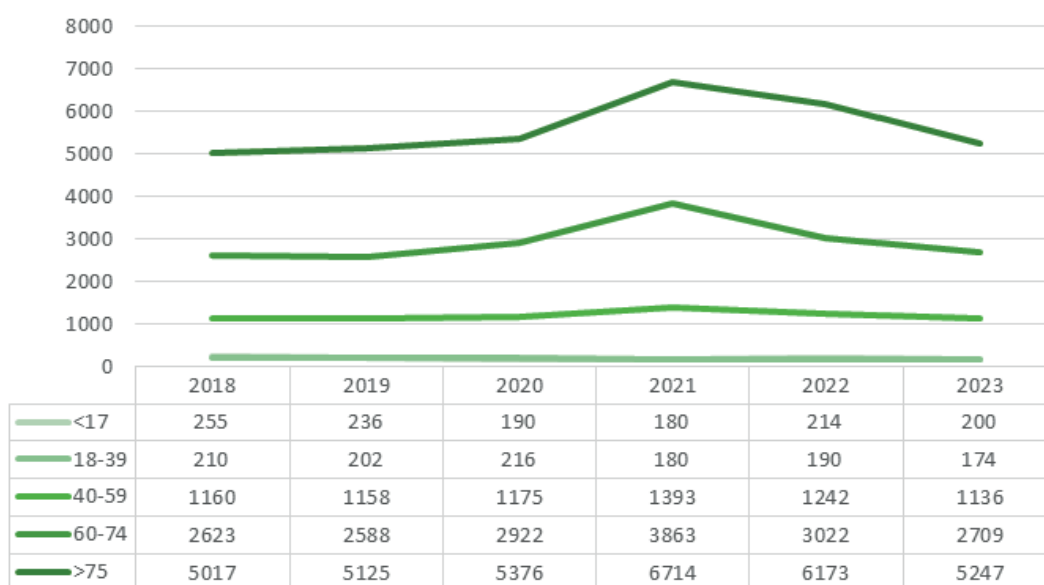


Figura 10: Óbitos por grupo etário em ventilados.

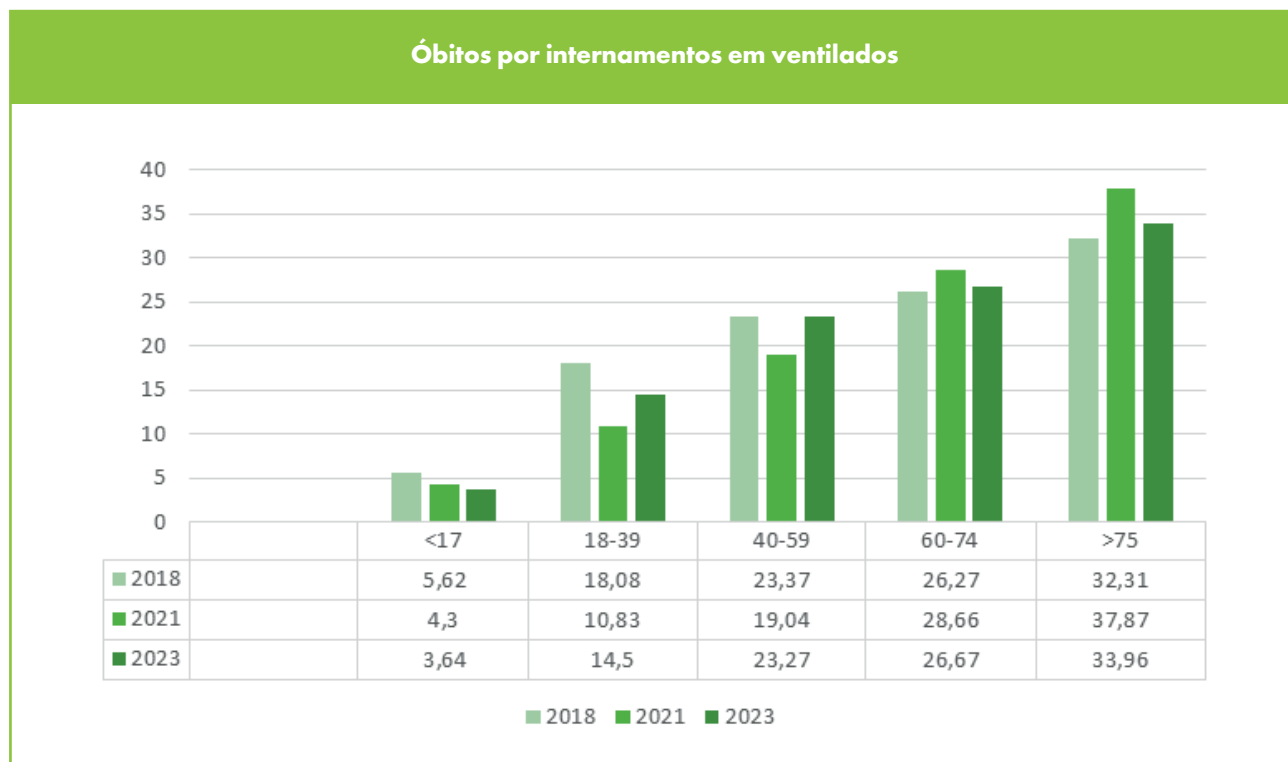


Figura 11: Percentagem de óbitos nos internamentos com ventilação por grupo etário em 2018, 2021 e 2023.

As percentagens de óbitos por internamento com ventilação mostram valores mais altos em 2021 nos dois grupos etários mais elevados e mais baixos nos grupos etários até aos 59 anos, mostrando-se coerentes com a noção prévia de terem sido mais atingidos os mais velhos durante a epidemia.

4. Diagnósticos secundários sem ventilados

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS SEM VENTILADOS

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.
Alveolitis	24	276	26	356	31	320	27	263	30	350	39	404
Asma Bronquica	518	15337	538	16333	669	14913	706	17251	769	17948	747	18708
Bronquiectasias	273	3599	323	3670	374	3257	309	3286	299	3201	309	3447
Derrame Pleural e Empiema	151	1004	159	1018	177	952	167	891	158	955	151	970
DPOC Enfisema	3677	35471	3617	36437	4012	31834	3865	33381	3820	34497	3483	33966
Fibrose Pulmonar	363	2401	318	2376	302	2097	356	2466	347	2336	304	2298
Fibrose Quística	2	125	2	108	2	84	2	74	1	82	2	73
Gripe	23	478	54	595	26	285	1	31	41	469	53	544
Neo Pleuropulmonares Primárias	330	1730	351	1983	407	1935	457	2228	446	2222	446	2224
Neo Pleuropulmonares Secundárias	3047	8736	3102	8991	3119	8989	3155	9047	2940	8520	3018	8479
Pneumoconiosis	1532	4786	1665	5141	2069	5692	2109	5928	2089	6012	1969	6040
Pneumonia Bacterianas	4451	16339	4219	15708	4291	14145	4480	14812	4891	17949	4325	17016
Pneumonias Virais	10	149	10	191	27	203	8	129	19	317	42	466
Pneumotoraces	50	277	56	315	59	281	65	368	49	390	51	373
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	560	11192	608	13268	864	13282	972	16446	1045	17864	1017	19296
Tuberculose	69	540	57	537	55	452	50	444	65	431	46	413

Quadro 3: Internamentos e óbitos em doentes com diagnóstico secundário de doença respiratória.

Nas próximas páginas vamos mostrar os dados referentes aos internamentos em que uma doença respiratória está identificada como diagnóstico secundário. Nestes casos os doentes foram internados por outra causa diferente da doença respiratória que apresentavam simultaneamente.

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS SEM VENTILADOS

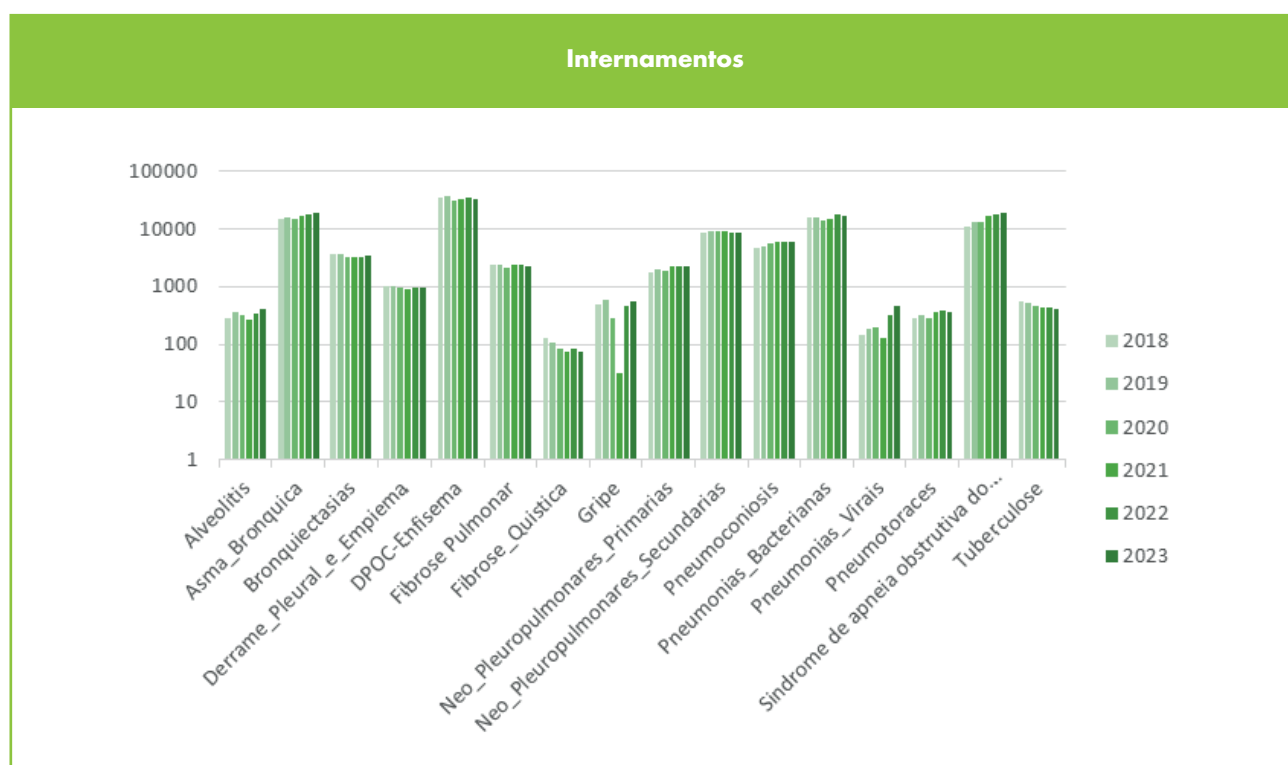


Figura 12: Internamentos com diagnóstico secundário de doença respiratória.

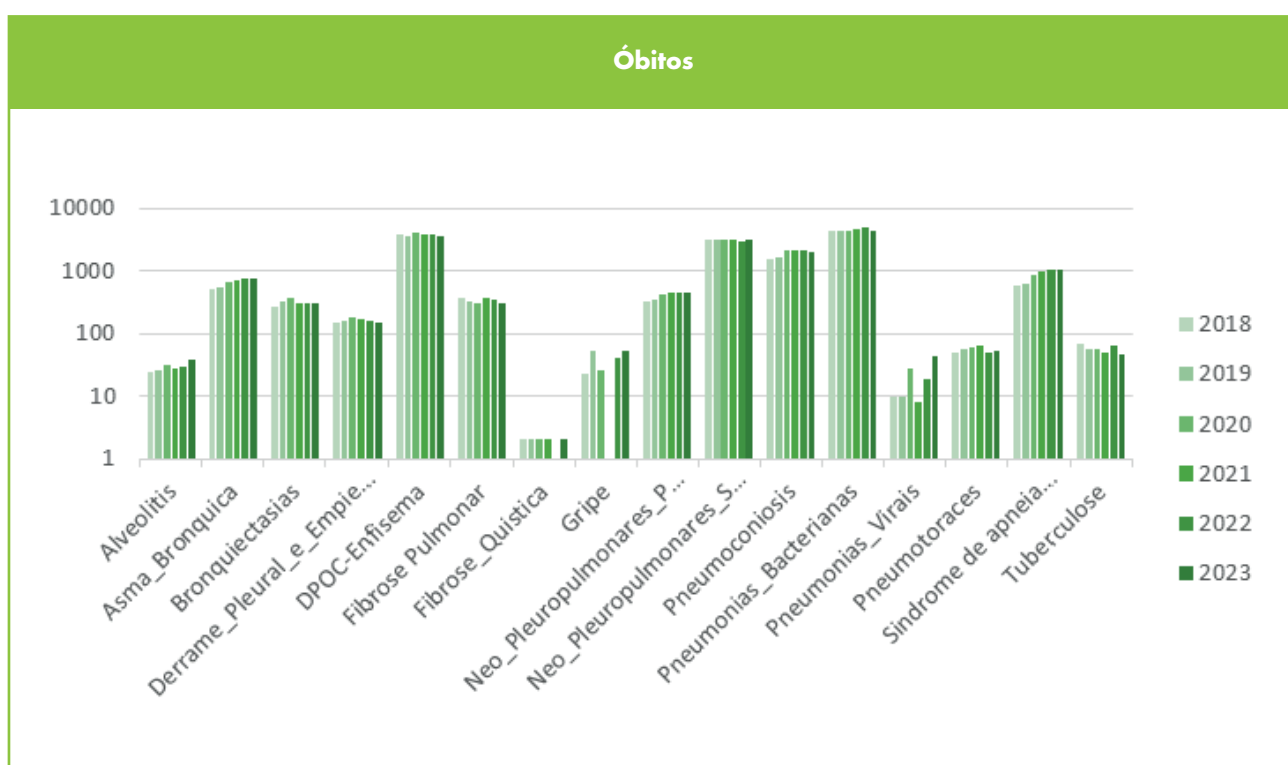


Figura 13: Óbitos em internamentos com diagnóstico secundário de doença respiratória.

Nas figuras 12 e 13 merecem relevância dois factos, a diminuição dos internamentos e óbitos por gripe em 2021, muito provavelmente pelo uso da máscara, e a subida consistente dos valores referentes ao SAOS. De notar que a escala apresentada é logarítmica foi escolhida para serem visíveis todos os diagnósticos, os mais prevalentes e os menos prevalentes, é necessário ter em atenção que a impressão visual é muito menor que os valores absolutos, pelo que deve ser consultado adicionalmente o quadro 3.

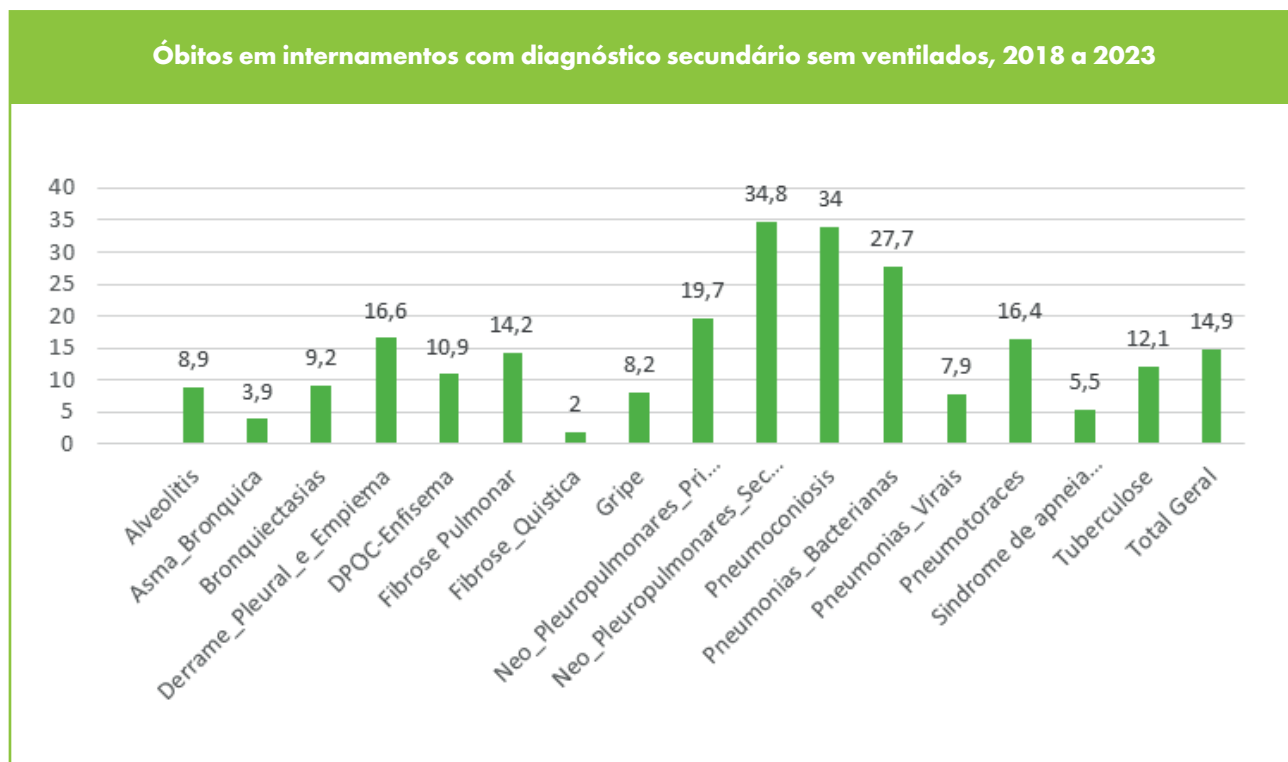


Figura 14 Percentagens de óbitos em internamentos com o diagnóstico secundário de doença respiratória.

As percentagens de óbitos por internamento com diagnóstico secundário são genericamente mais elevadas que as apresentada no grupo de internamento geral sem ventilados identificando a doença respiratória como um fator de mau prognóstico. Não acontece em todas as doenças, havendo até tendências contrárias. A asma brônquica, fibrose quística e SAOS tem percentagens mais baixas, fator protetor, as mais elevadas e de pior prognóstico são as metástases pulmonares (neoplasias pleuropulmonares secundárias), pneumoconioses e pneumonias bacterianas.

5. Diagnósticos secundários de ventilados

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS DE VENTILADOS

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.
Alveolitis	20	67	29	91	38	76	35	88	41	105	34	112
Asma Bronquica	171	842	171	962	223	1041	280	1398	267	1199	277	1292
Bronquiectasias	152	794	152	785	189	727	185	698	164	638	169	726
Derrame Pleural e Empiema	103	271	89	253	113	291	125	335	122	322	110	293
DPOC Enfisema	1454	5608	1416	6097	1453	5525	1739	5862	1551	6081	1380	5881
Fibrose Pulmonar	196	474	203	475	198	473	387	915	292	657	237	574
Fibrose Quística	5	13	0	19	2	13	2	19	2	10	2	10
Gripe	41	131	56	168	26	110	1	10	30	128	56	141
Neo Pleuropulmonares Primárias	57	131	83	192	87	194	103	224	125	239	118	260
Neo Pleuropulmonares Secundárias	153	245	172	299	181	321	206	377	271	428	244	400
Pneumoconiosis	517	1376	541	1491	606	1527	764	1825	783	1913	761	1919
Pneumonia Bacterianas	1544	4335	1664	4465	1880	4779	2619	6587	2233	5972	1887	5312
Pneumonias Virais	9	35	8	58	17	72	6	37	21	99	29	155
Pneumotoraces	45	103	40	102	48	133	82	202	65	128	47	112
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	417	3165	471	3678	636	3872	780	4360	668	3988	652	3977
Tuberculose	43	82	24	61	27	60	15	48	31	66	23	60

Quadro 4: Internamentos e óbitos em internados ventilados com o diagnóstico secundário de doença respiratória.

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS DE VENTILADOS

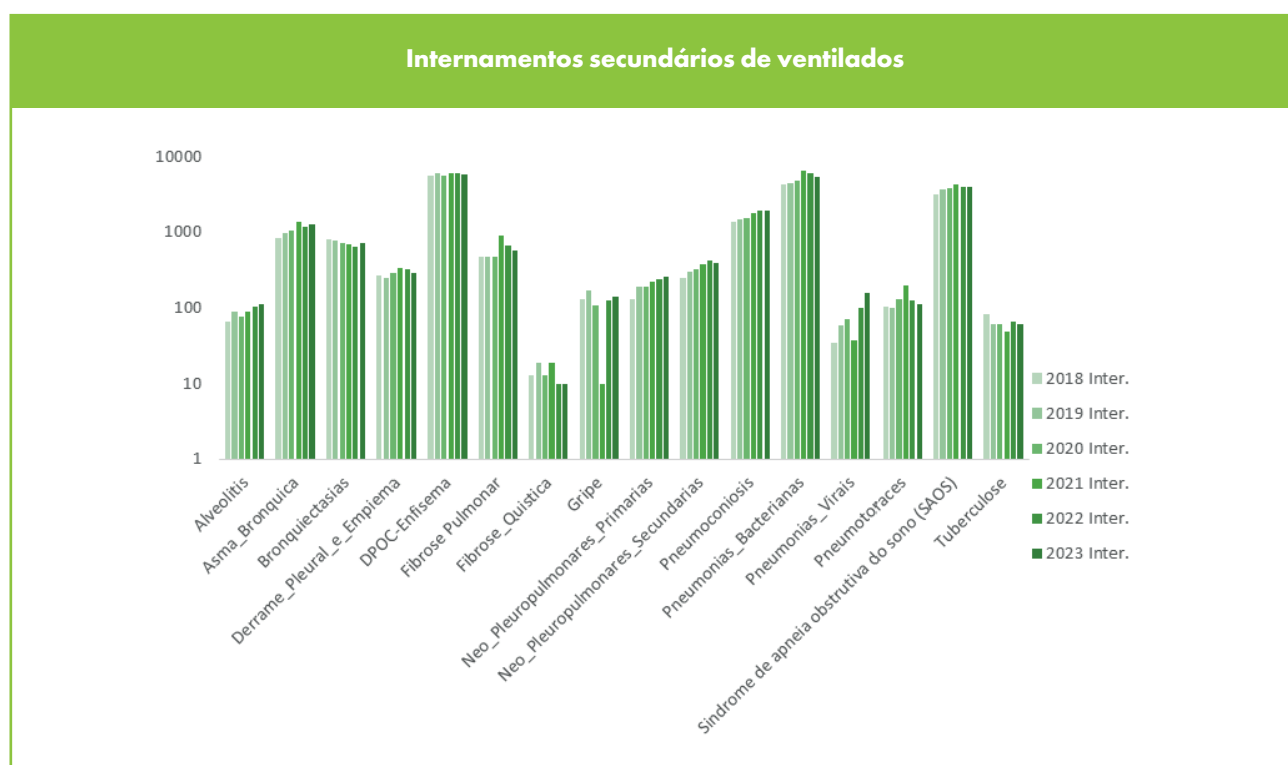


Figura 15: Internamentos com o diagnóstico secundário e ventilação.

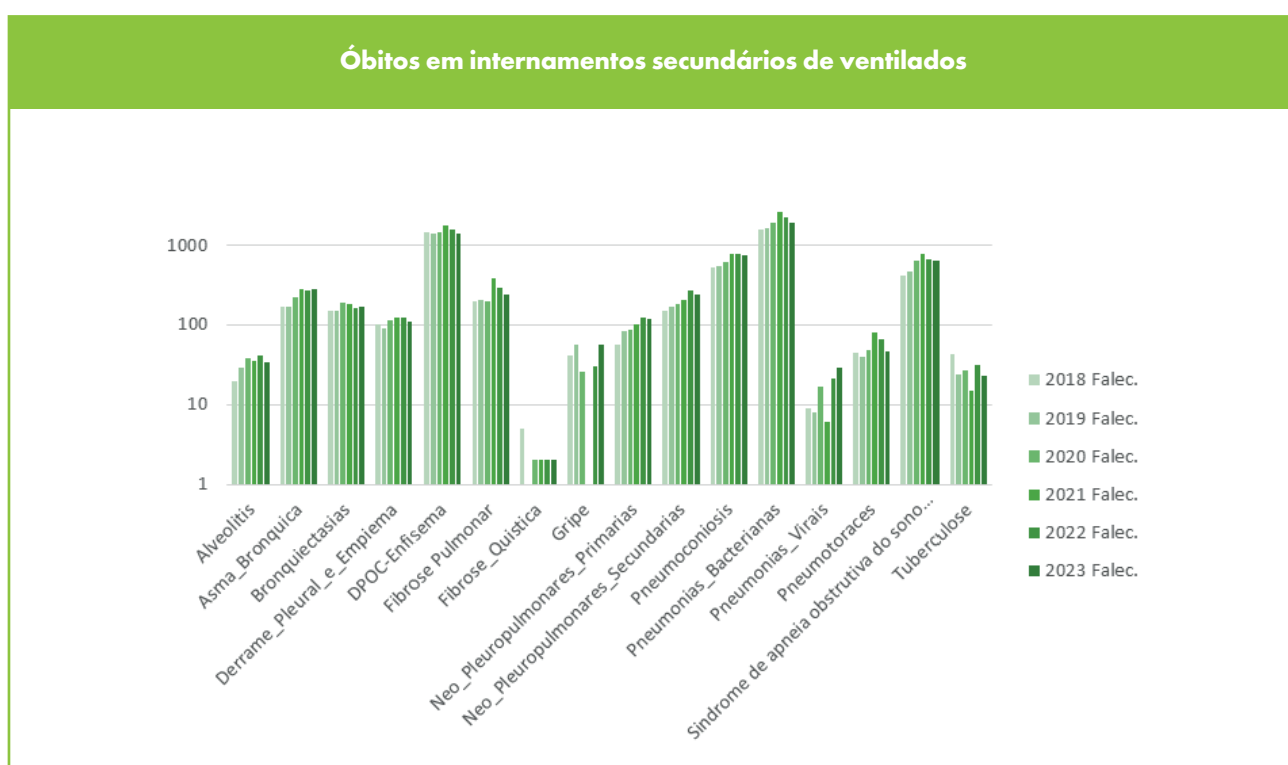


Figura 16: Óbitos em internamentos secundários e ventilação.

% de óbitos por internamento secundário com ventilação, 2018 a 2023

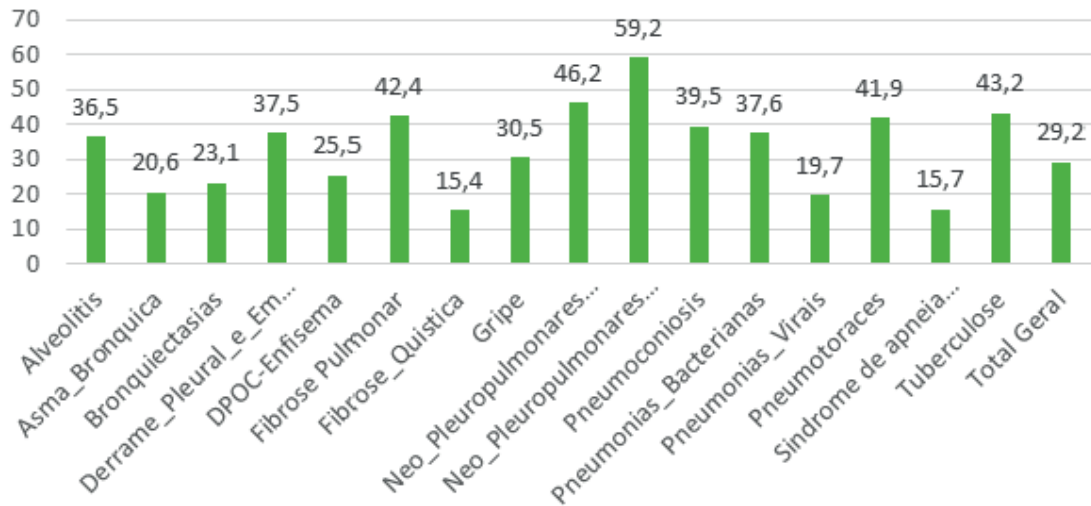


Figura 17: Percentagens de óbitos em internamentos secundários com ventilação.

Nas figuras anteriores vemos que este grupo de doentes, diagnóstico secundário com ventilação, apresenta as mesmas tendências que o anterior, diagnóstico secundário sem ventilação, embora as neoplasia pulmonares primárias e secundárias mostrem subida consistente de óbitos nos seis anos, os óbitos por pneumoconioses subiram nos 3 primeiros, mantendo-se constantes nos três últimos, os das pneumonias bacterianas subiram nos primeiros quatro e desceram nos dois últimos.

6. Diagnósticos primários sem ventilados

DIAGNÓSTICOS PRIMÁRIOS SEM VENTILADOS

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.	Falecidos	Internam.
Alveolitis	7	74	9	101	4	75	8	126	8	121	12	147
Asma Bronquica	14	2202	16	1994	12	1298	1	1345	11	1643	14	1837
Bronquiectasias	30	864	34	877	31	580	32	590	39	840	49	926
Derrame Pleural e Empiema	34	426	40	466	47	455	39	427	35	498	44	496
DPOC Enfisema	482	7339	416	6450	337	3874	306	3357	318	4288	348	4946
Fibrose Pulmonar	58	482	54	447	51	463	60	524	77	599	71	536
Fibrose Quística	1	122	0	105	4	71	0	71	1	42	0	44
Gripe	38	804	85	1243	25	693	2	23	76	1046	52	969
Neo Pleuropulmonares Primárias	767	3397	728	3528	662	3114	655	3549	684	3833	658	3674
Neo Pleuropulmonares Secundárias	131	751	126	683	123	711	115	758	134	757	106	688
Pneumoconiosis	1219	3596	1353	4100	1455	4043	1658	4738	1567	4598	1591	4821
Pneumonia Bacterianas	7167	38130	6242	34426	5637	25623	4397	19604	4624	23178	4939	27945
Pneumonias Virais	9	460	13	501	34	492	20	460	41	889	95	1139
Pneumotoraces	5	760	8	795	13	613	6	700	9	744	8	678
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	0	474	0	329	0	214	1	270	3	371	2	327
Tuberculose	50	831	44	921	50	758	61	668	44	666	33	587

Quadro 5: Óbitos e internamentos com doença respiratória como diagnóstico principal sem ventilados.

DIAGNÓSTICOS PRIMÁRIOS SEM VENTILADOS

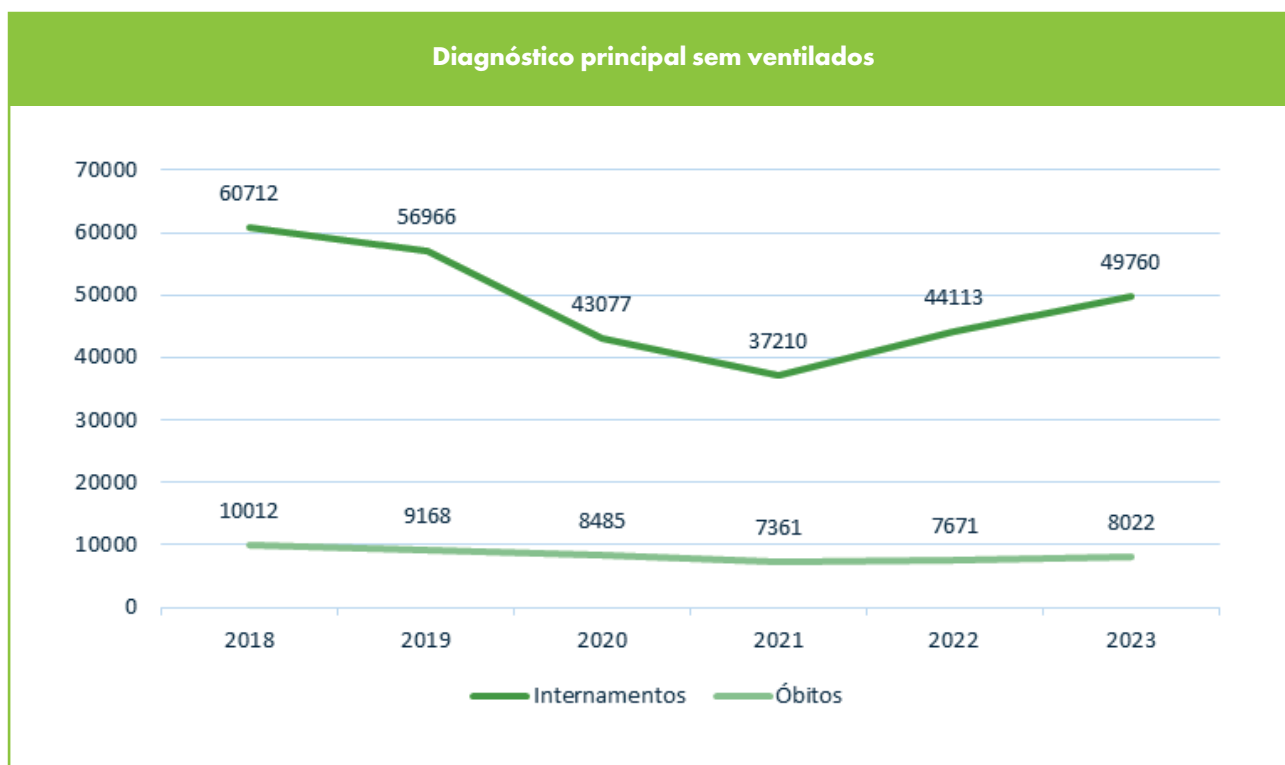


Figura 18: Óbitos e internamentos com o diagnóstico principal de doença respiratória.

Em 2021 registaram-se, apenas 61,3% dos internamentos ocorridos em 2018, poder-se-ia dizer que a razão desta descida foi a pandemia e ficar por aqui. No entanto, reflexões adicionais são assertivas. Foi possível, sem que, temos a certeza, tenha sido posta em causa a vida dos portugueses. Pensamos que com medidas acertadas, menos extremas, poderemos aprender com o ocorrido e diminuir tanto o internamento quanto os óbitos. A prova do que dissemos são os números dos anos seguintes que subiram mas não atingiram os de 2018, 81,9% nos internamentos e 80,9% nos óbitos.

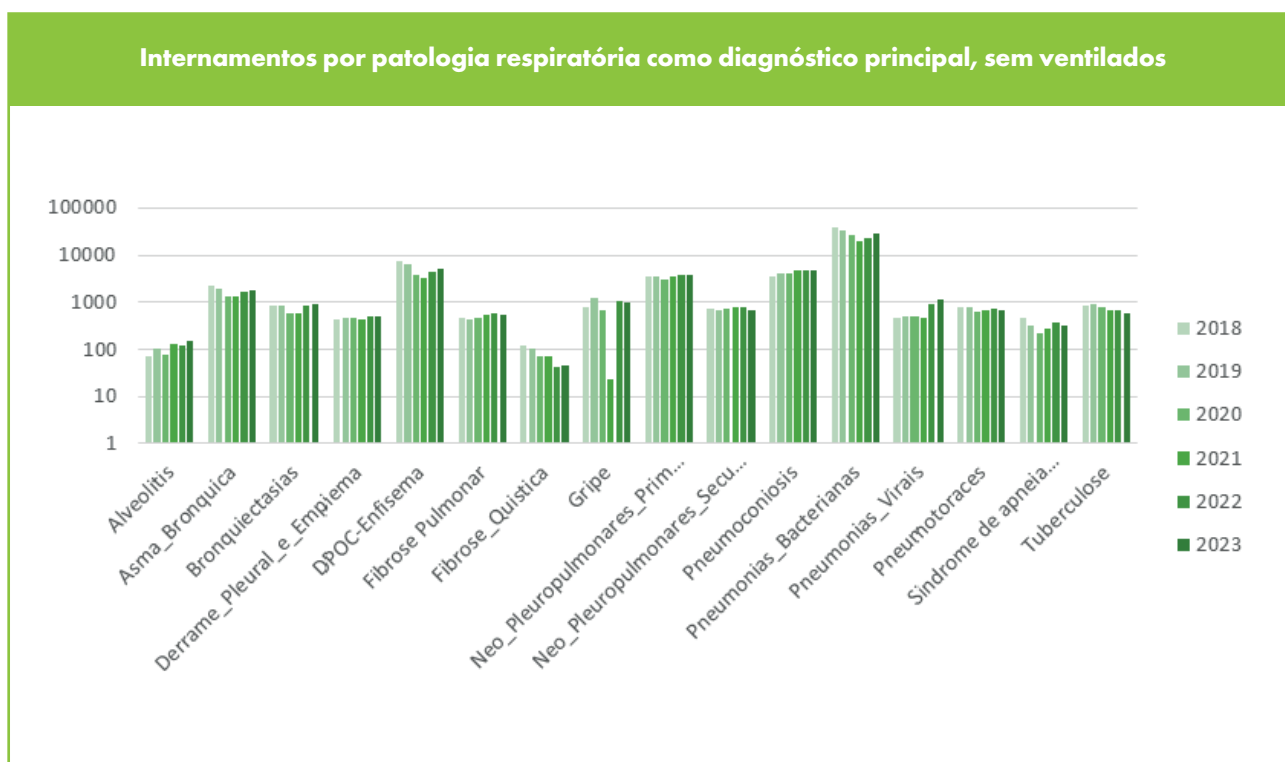


Figura 19: Internamentos principal por doença respiratória.

Óbitos por patologia respiratória como diagnóstico principal, sem ventilados

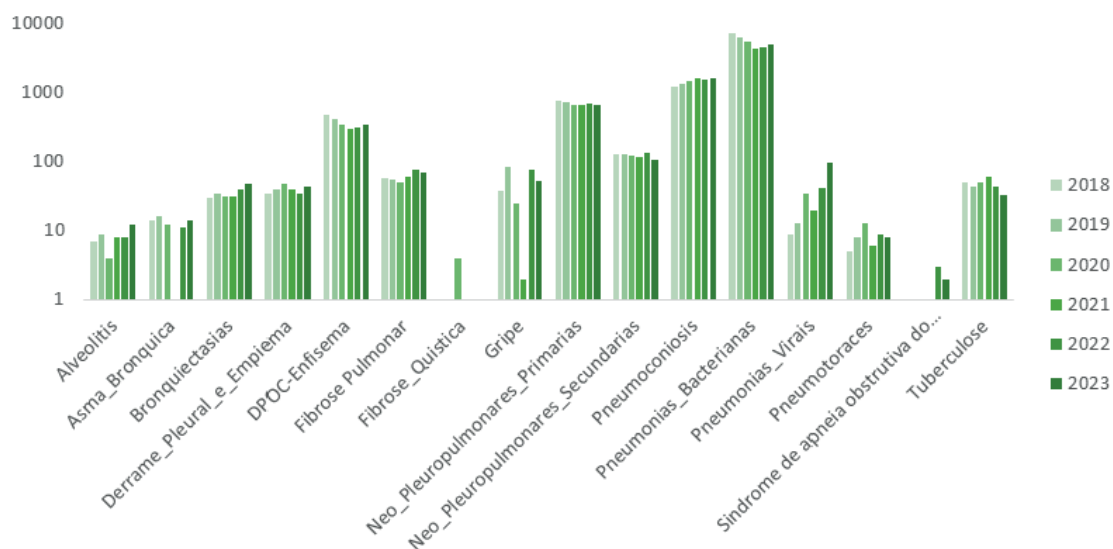


Figura 20: Óbitos por diagnóstico principal de doença respiratória.

Óbitos em internamentos com o diagnóstico principal sem ventilados

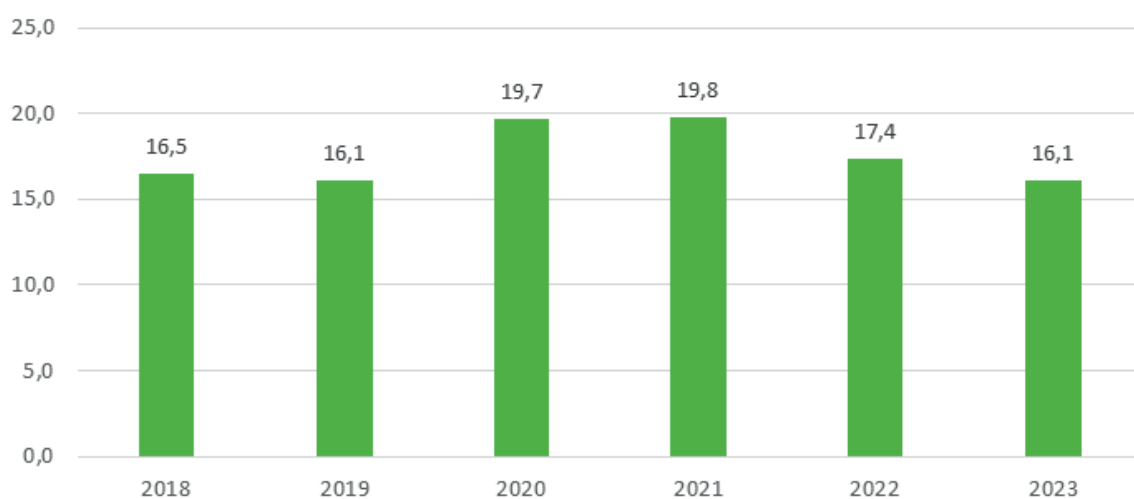


Figura 21: Percentagem de óbitos por internamento com diagnóstico principal de doença respiratória.

A figura 21 mostra que apesar da diminuição de internamentos e óbitos, a relação entre óbitos e internamento subiu em 2021, confirmando a maior gravidade dos internamentos. Note-se que nesta abordagem não é tida em conta a COVID 19 por não ser considerada doença respiratória.

7. Diagnósticos primários de ventilados

DIAGNÓSTICOS PRIMÁRIOS DE VENTILADOS

INTERNAMENTOS						
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Alveolitis	27	22	28	38	53	64
Asma Bronquica	161	181	178	212	238	235
Bronquiectasias	247	231	188	190	232	256
Derrame Pleural e Empiema	35	44	40	35	45	34
DPOC Enfisema	2572	2737	1912	1861	2175	2361
Fibrose Pulmonar	97	103	97	154	160	127
Fibrose Quística	23	22	19	19	7	8
Gripe	122	230	136	-	151	174
Neo Pleuropulmonares Primárias	142	246	242	263	168	158
Neo Pleuropulmonares Secundárias	17	22	53	53	25	19
Pneumoconiosis	293	359	280	451	535	451
Pneumonia Bacterianas	3843	3813	2729	2349	2823	3105
Pneumonias Virais	53	67	59	58	133	219
Pneumotoraces	11	19	44	24	17	16
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	92	97	48	62	49	75
Tuberculose	38	34	41	34	34	45
Total	7773	8227	6094	5803	6845	7347

Quadro 6: Internamentos com diagnóstico principal e ventilados.

DIAGNÓSTICOS PRIMÁRIOS DE VENTILADOS

	ÓBITOS					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Alveolitis	8	8	9	13	27	24
Asma Bronquica	14	18	2	10	14	18
Bronquiectasias	29	26	28	33	30	33
Derrame Pleural e Empiema	10	12	12	5	8	6
DPOC Enfisema	343	368	241	280	309	307
Fibrose Pulmonar	45	47	41	78	76	62
Fibrose Quística	3	5	1	2	0	0
Gripe	29	60	23	-	26	36
Neo Pleuropulmonares Primárias	72	74	65	89	87	97
Neo Pleuropulmonares Secundárias	5	7	10	12	14	13
Pneumoconiosis	122	162	108	188	249	191
Pneumonia Bacterianas	1149	1129	852	807	914	967
Pneumonias Virais	5	7	8	8	26	38
Pneumotoraces	2	2	5	2	3	1
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	0	1	0	2	0	0
Tuberculose	13	14	18	17	16	23
Total	1849	1940	1423	1546	1799	1816

Quadro 7: Óbitos em diagnóstico principal com ventilados.

Internamentos e óbitos por doença respiratória com ventilação

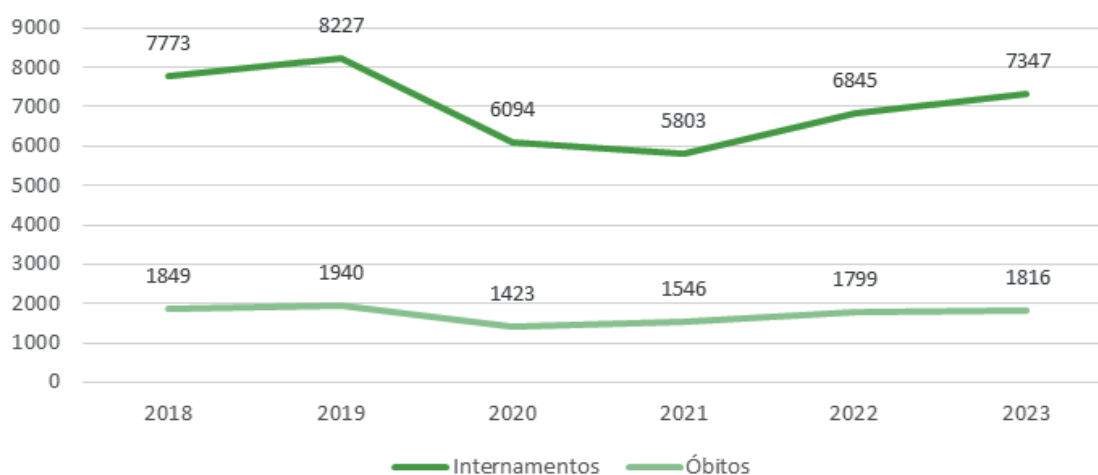


Figura 22: Valores totais de internamentos e óbitos.

As curvas referentes a estes seis anos relativas a este grupo de doentes, com ventilação, são parecidas com as do grupo anterior, diminuem até 2021 e posteriormente evoluem em direção aos números de 2018. Apresentam, no entanto, menor variação percentual relativa a 2018.

Internamentos por doença respiratória com ventilação

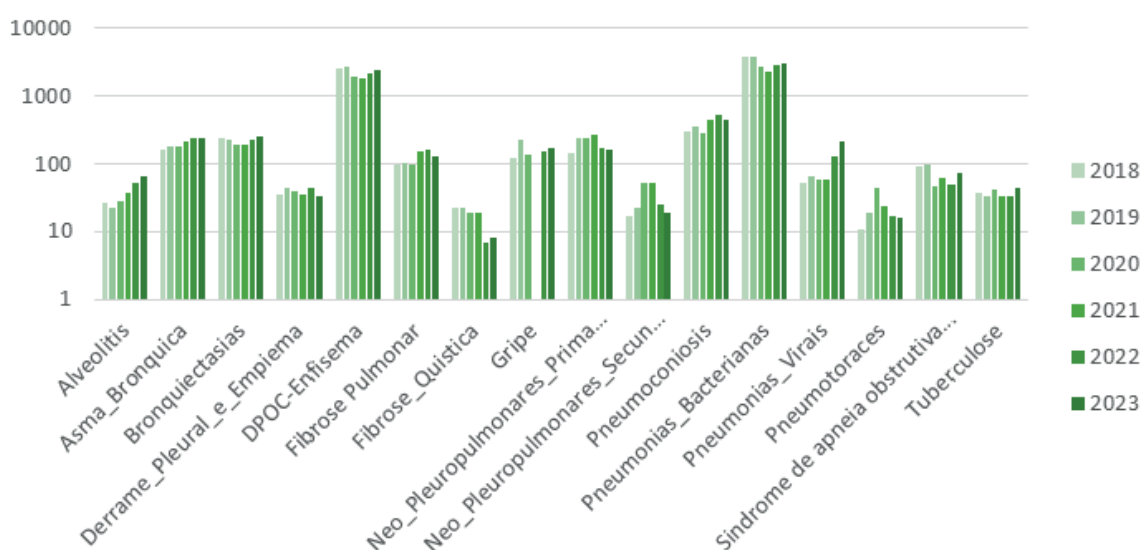


Figura 23: Variação nos internamentos das diferentes patologias respiratórias.

DIAGNÓSTICOS PRIMÁRIOS DE VENTILADOS

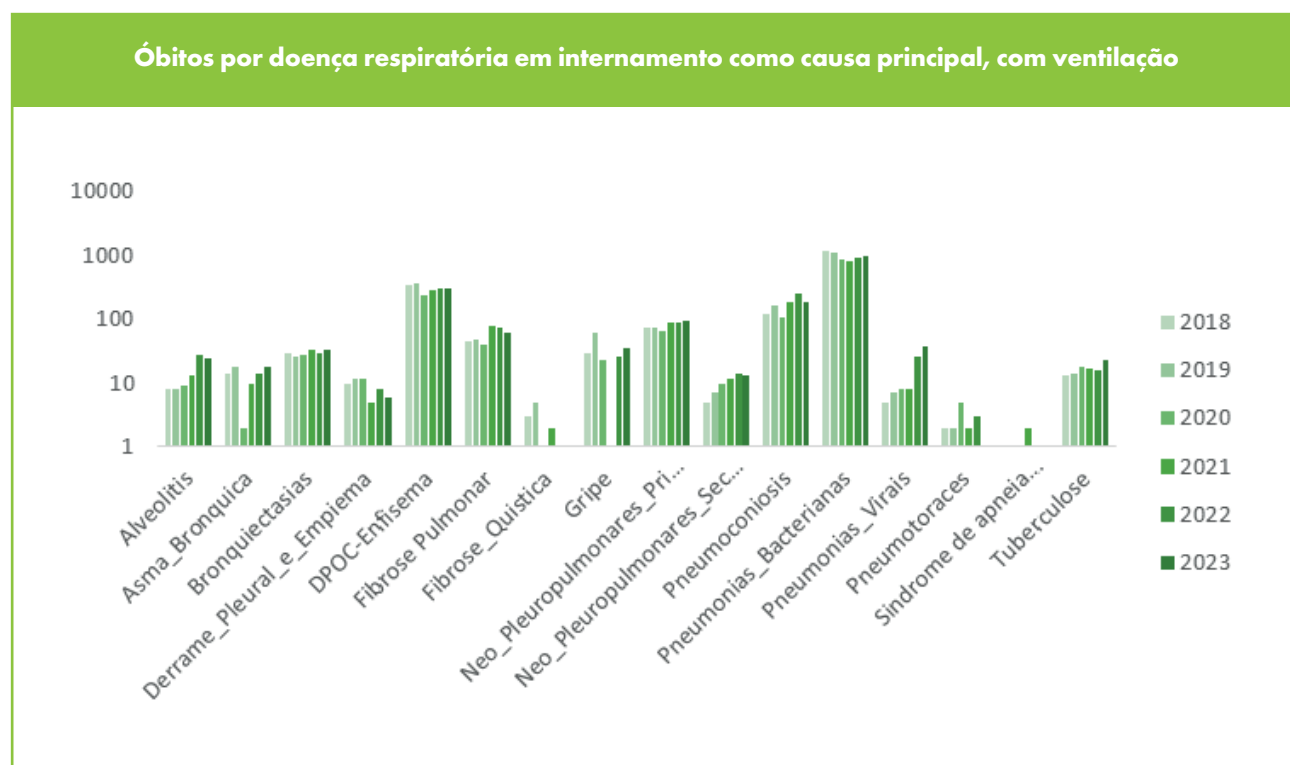


Figura 24: Números de óbitos por patologia respiratória.

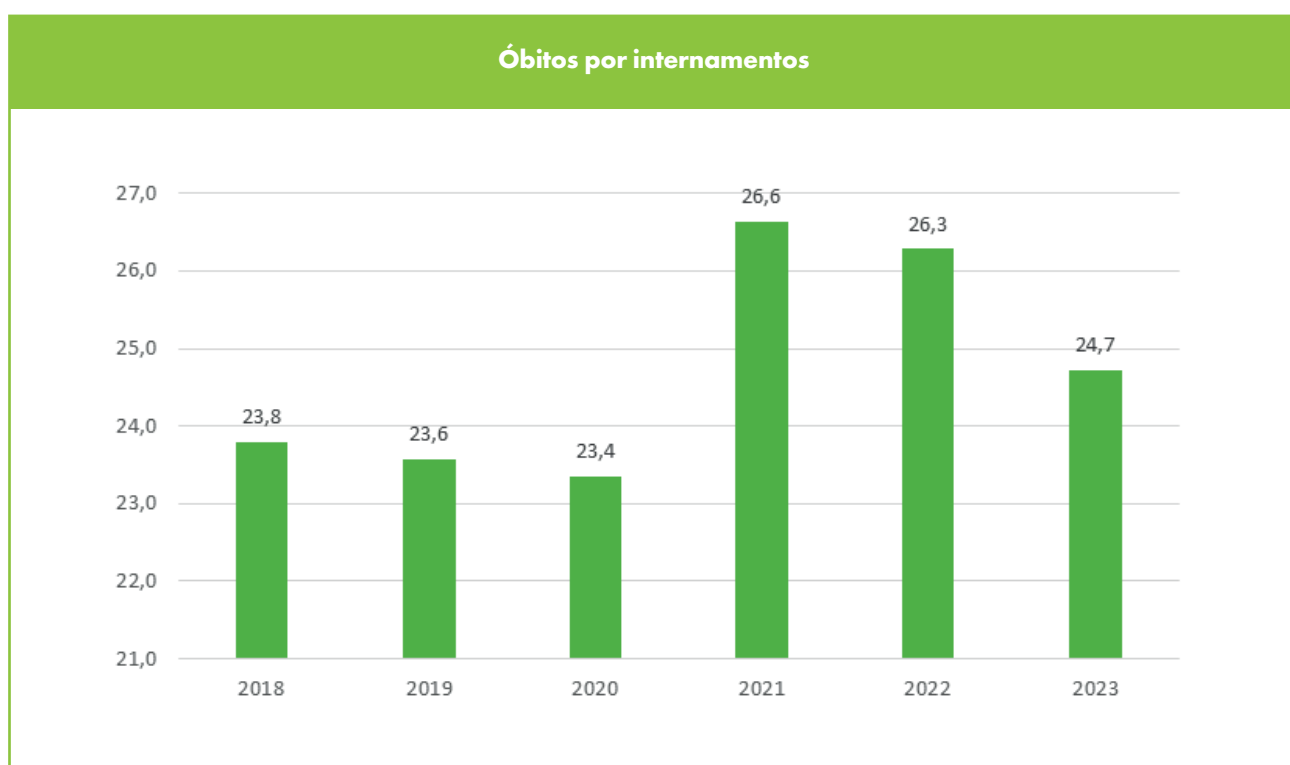


Figura 25: Percentagem de óbitos por internamento.

A variação percentual entre internamentos e óbitos enfatiza o aumento da gravidade dos internamentos em 2021, nos anos seguinte observa-se uma tendência de regresso aos valores de 2018.

8. DPOC

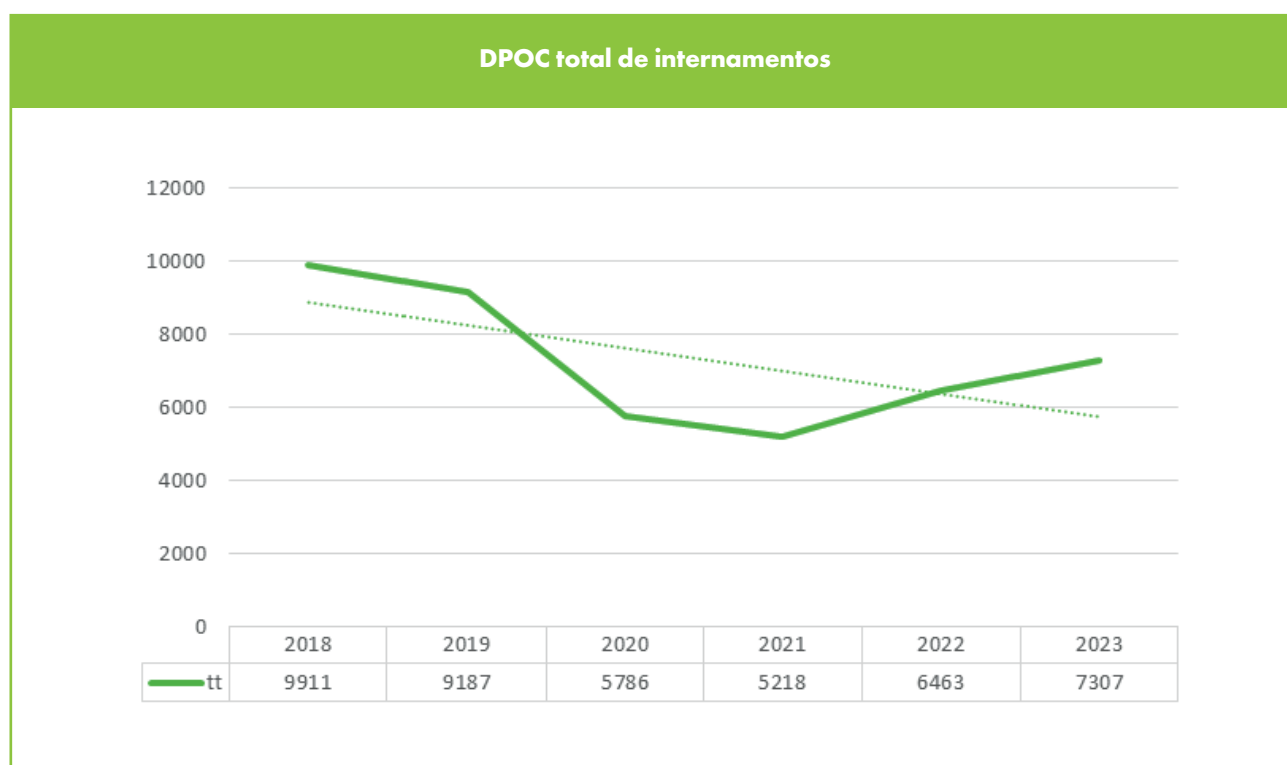


Figura 26: Internamentos por DPOC sem necessidade de ventilação.

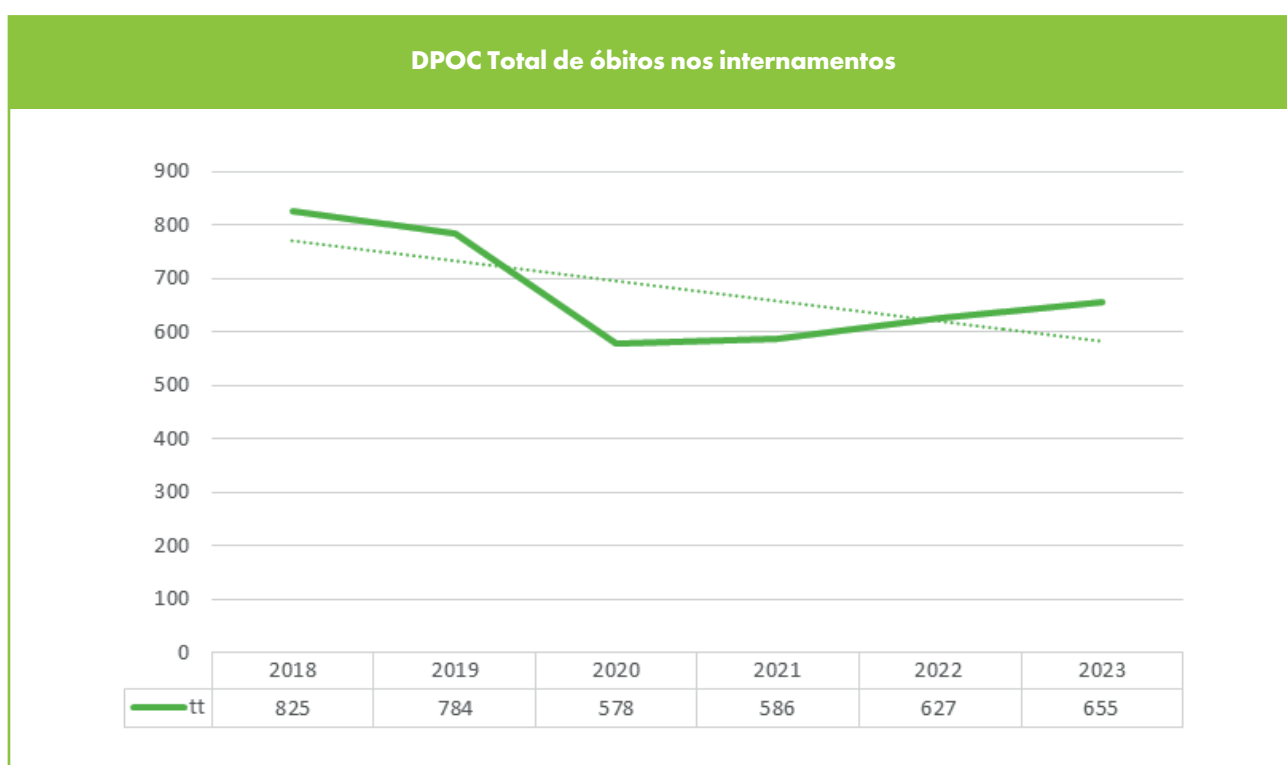


Figura 27: Óbitos ocorridos nos internamentos referidos na figura anterior.

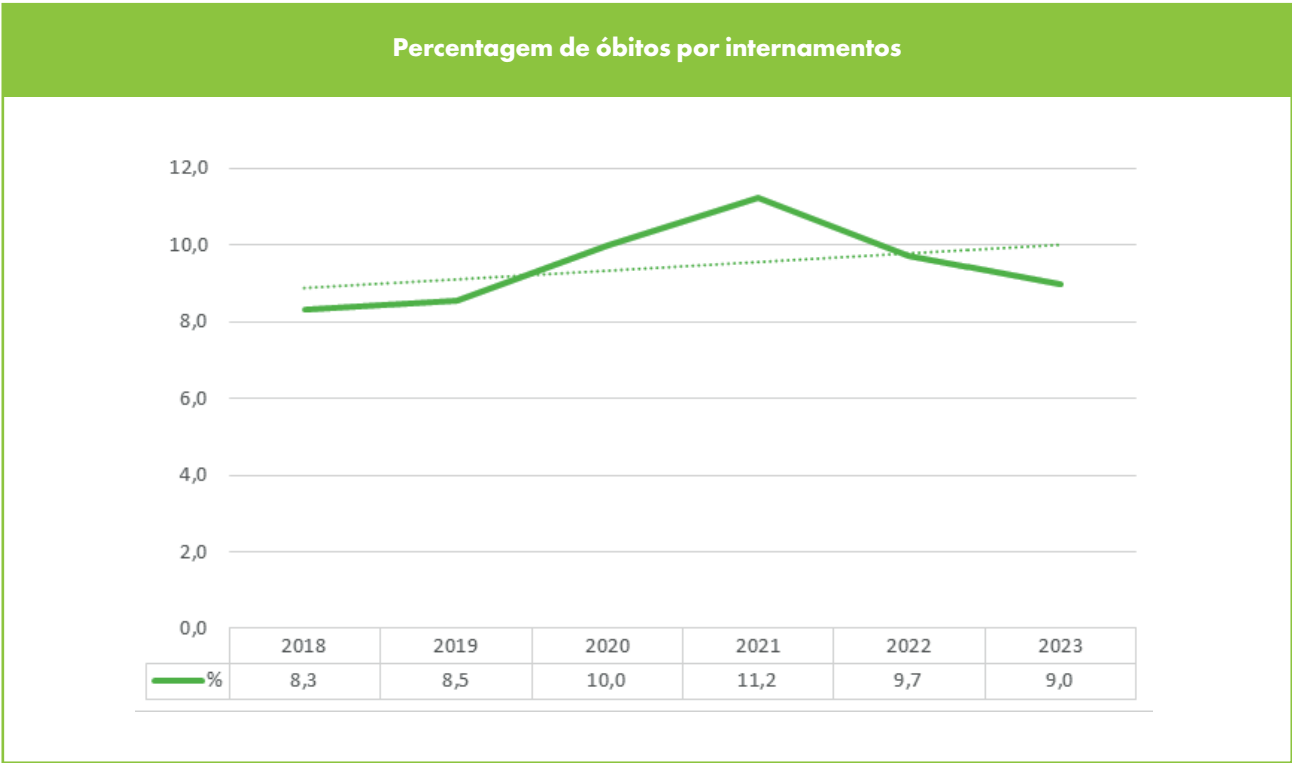


Figura 28: Percentagem de óbitos por internamento.

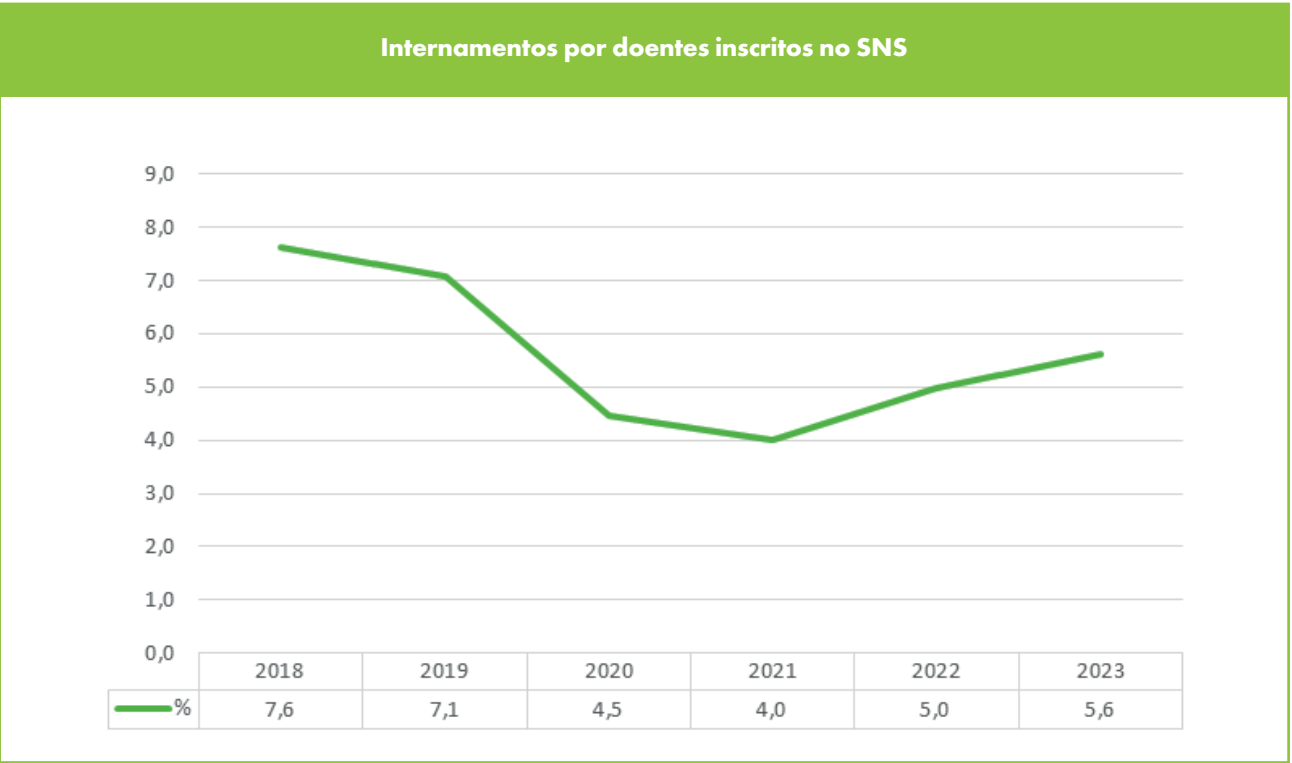


Figura 29: Percentagem do número de internamentos em relação ao número de inscritos no SNS com DPOC².

[2] Using pharmacy sales data to estimate treated COPD prevalence in Portugal. European Respiratory Journal, 56(supll 64), 998. Rodrigues, AT e al.

Internamentos por grupo etário, sem ventilados. DPOC

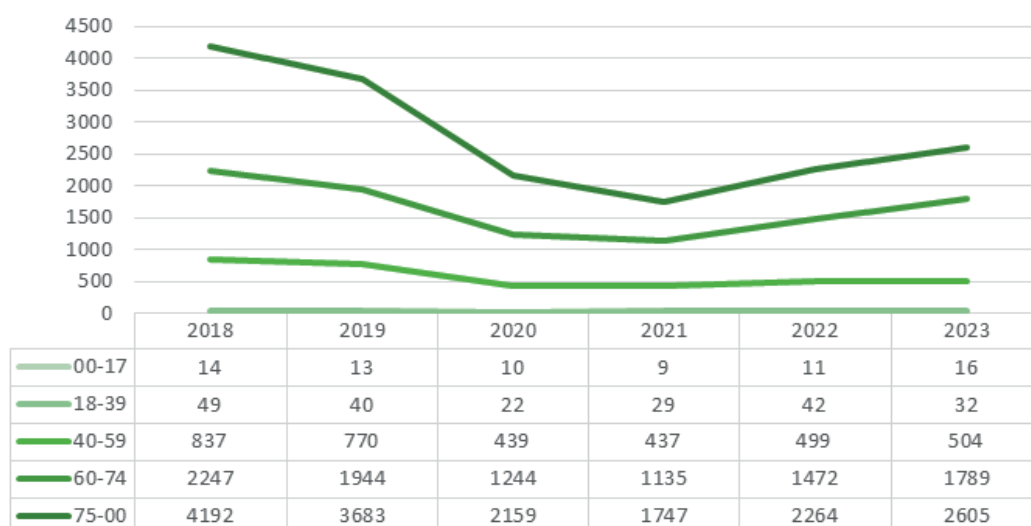


Figura 30: Internamentos por grupo etário. Estranham-se os números até aos 40 anos.

Óbitos por grupo etário, sem ventilados

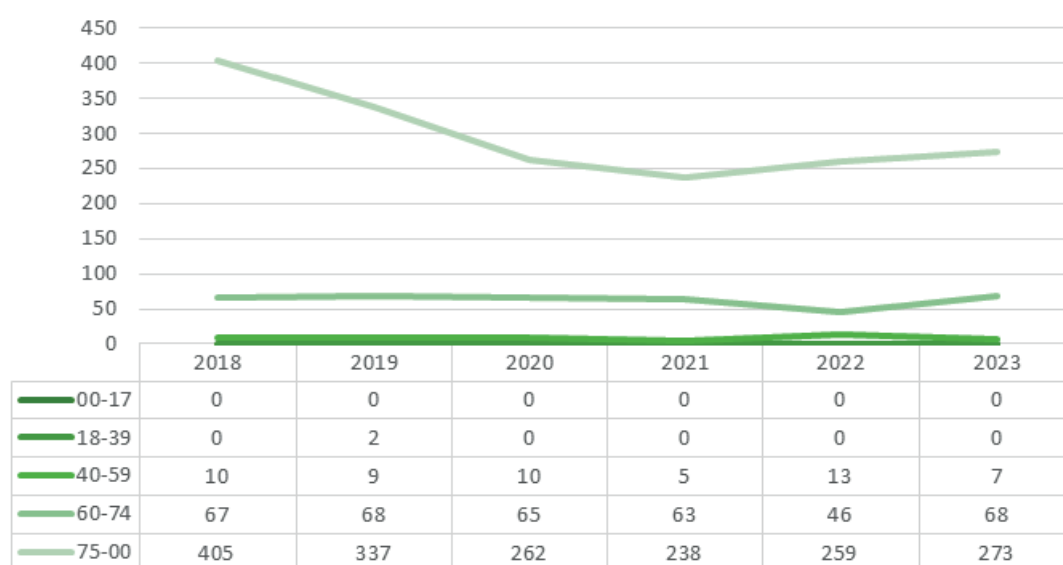


Figura 31: Óbitos em internamentos por DPOC, sem ventilação. Ocorreram principalmente nos mais velhos, sofrendo a influência espectral da pandemia. No entanto os valores de 2023 são apenas 67% dos de 2018, mostrando melhor controlo da patologia.

Internamentos por grupo etário com ventilados

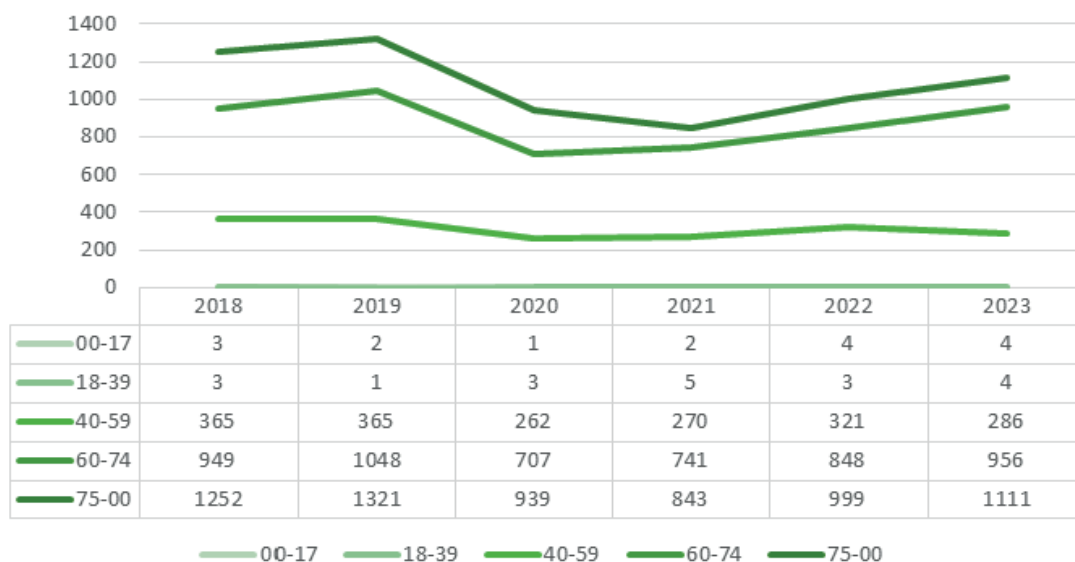


Figura 32: Internamentos por grupo etário com ventilação.

Óbitos por grupo etário em internamento de ventilados, DPOC

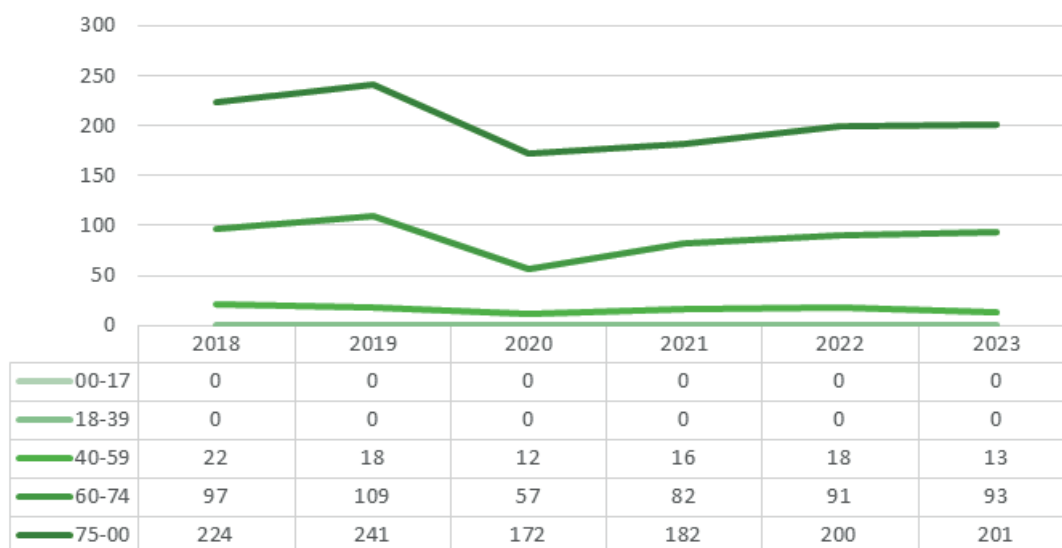


Figura 33: Óbitos por grupo etário com ventilação.

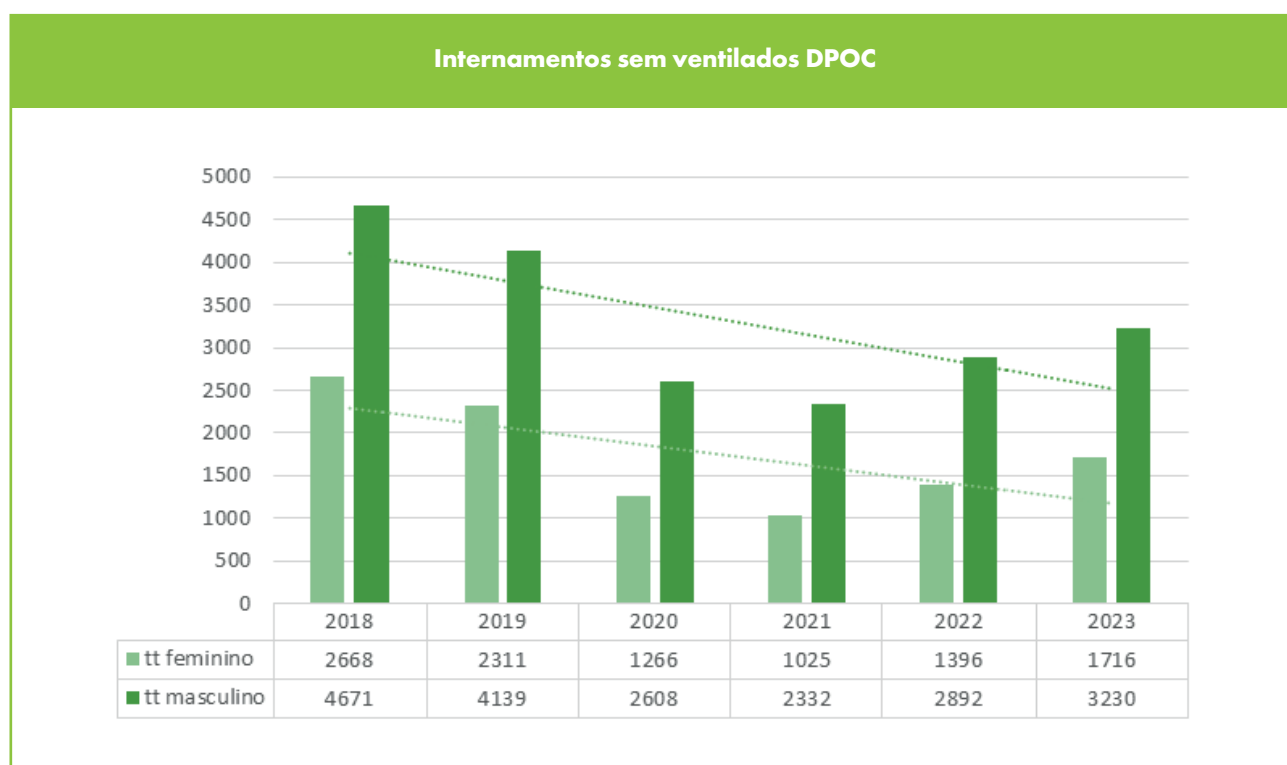


Figura 34: Internamentos sem ventilação por género.

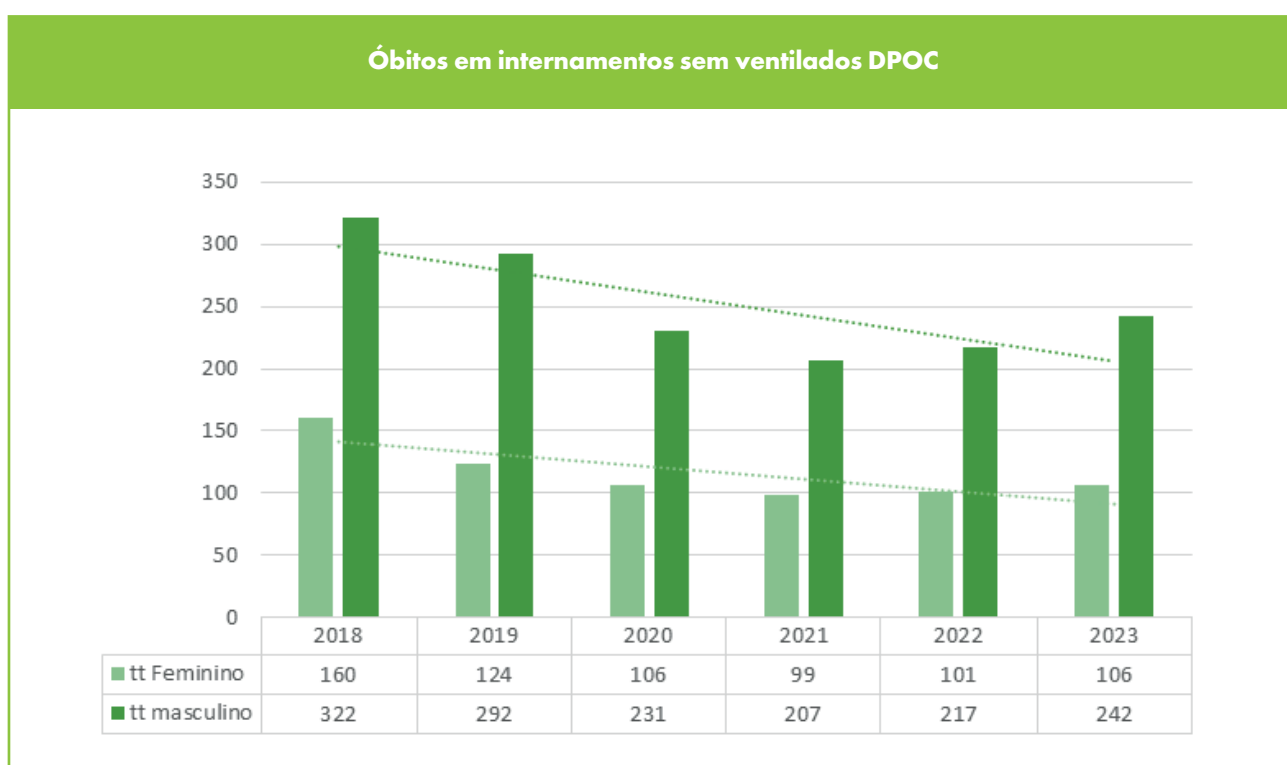


Figura 35: Óbitos em internamentos sem ventilação por género.

Miguel Guimarães.

Assistente Graduado de Pneumologia.

Coordenador da Unidade de Pneumologia do Hospital Lusíadas Porto.

Diretor Clínico da Clínica Lusíadas de Gaia.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma causa importante de morbilidade e mortalidade por doença respiratória.

Com prevalência estimada de 14,2%, na população acima dos 40 anos, continua a verificar-se subdiagnóstico preocupante desta patologia. A melhoria do acesso ao exame que estabelece o diagnóstico, a espirometria, ainda não atingiu o patamar desejável.

Tradicionalmente associada ao consumo do tabaco, que continua a ser a principal causa da doença, a DPOC está também associada ao deficiente desenvolvimento pulmonar nas idades jovens, às infeções respiratórias de repetição, à poluição e a causas genéticas como a deficiência de alfa1-antritripsina, sem esquecer o contributo das sequelas de tuberculose pulmonar e a infeção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH).

O papel das novas formas de consumo de tabaco (cigarro eletrónico e tabaco aquecido) na génese desta patologia está longe de estar esclarecido.

Nos últimos 5 anos assistiu-se a uma tendência de redução do número de internamentos e do total de óbitos associados à DPOC. Os anos de 2020 e 2021 foram atípicos dadas as consequências da pandemia de Covid-19. Quando comparamos 2023 com os anos pré-pandemia, verifica-se uma redução de internamentos e de mortalidade.

No entanto, os óbitos durante o internamento registaram um ligeiro aumento. Novas soluções de atendimento (hospitais de dia e internamento domiciliário) podem ajudar a justificar estes dados, na medida em que cada vez mais se internam apenas os doentes mais graves e com comorbilidades associadas.

Os óbitos em indivíduos com menos de 60 anos, que não necessitam de suporte ventilatório, continuam a ser residuais.

O número total de internamentos e óbitos é superior nos doentes de sexo masculino de acordo com a distribuição desta patologia por género.

A introdução de novas terapêuticas farmacológicas e as estratégias de vacinação terão seguramente contribuído para os resultados obtidos.

9. Asma Brônquica

Internamentos com e sem ventilação

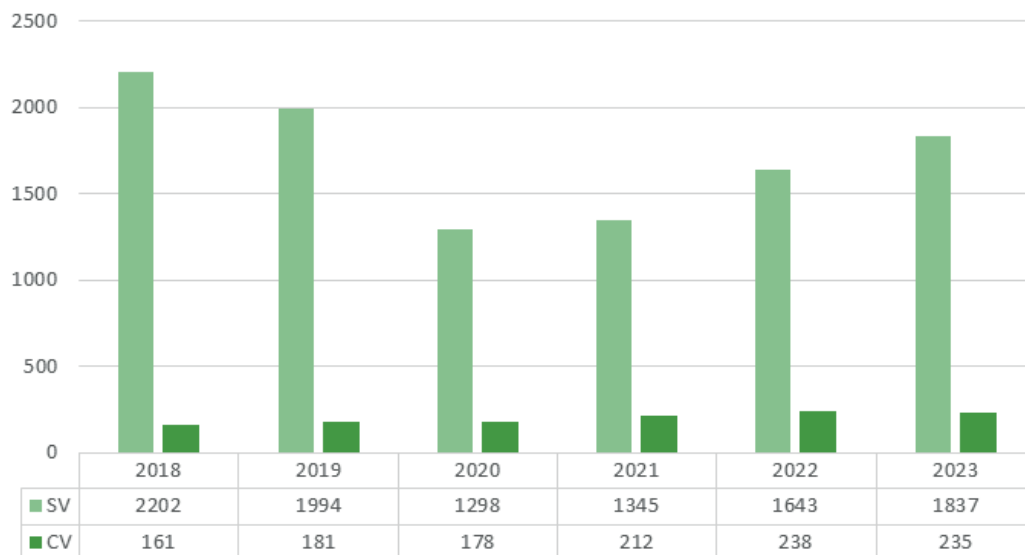


Figura 36: Internamentos, com e sem ventilação, por asma brônquica. SV – sem ventilação; CV – com ventilação.

Óbitos em internamentos com e sem ventilação



Figura 37: Óbitos por asma em internamentos com e sem ventilação. Como seria de esperar, os número de óbitos é reduzido.

Internamentos sem ventilação, por grupo etário

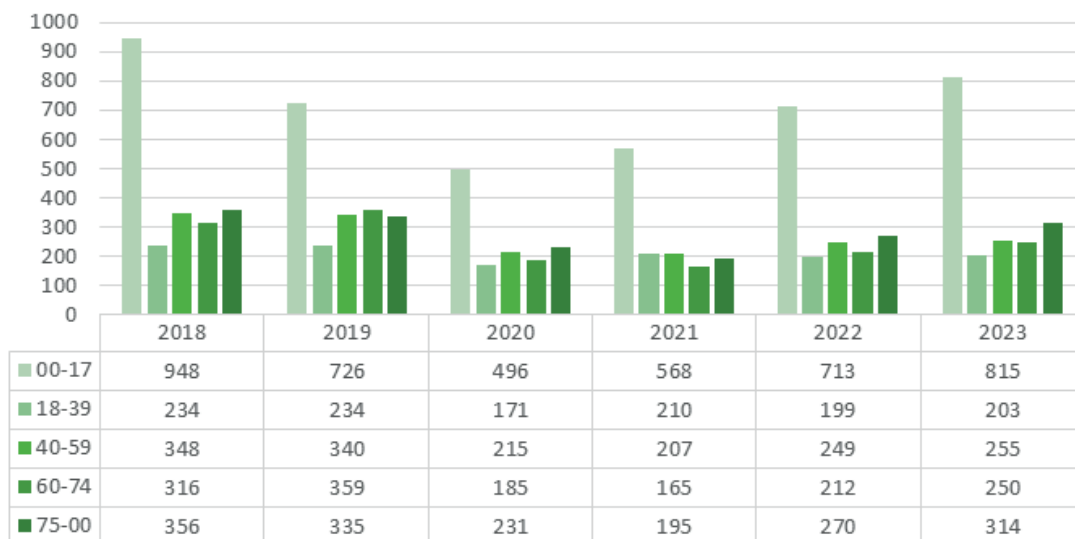


Figura 38: Internamentos por asma brônquica por grupo etário. Evidencia-se o grupo etário até aos 17 anos com mais internamentos.

Internamentos sem ventilação, por género

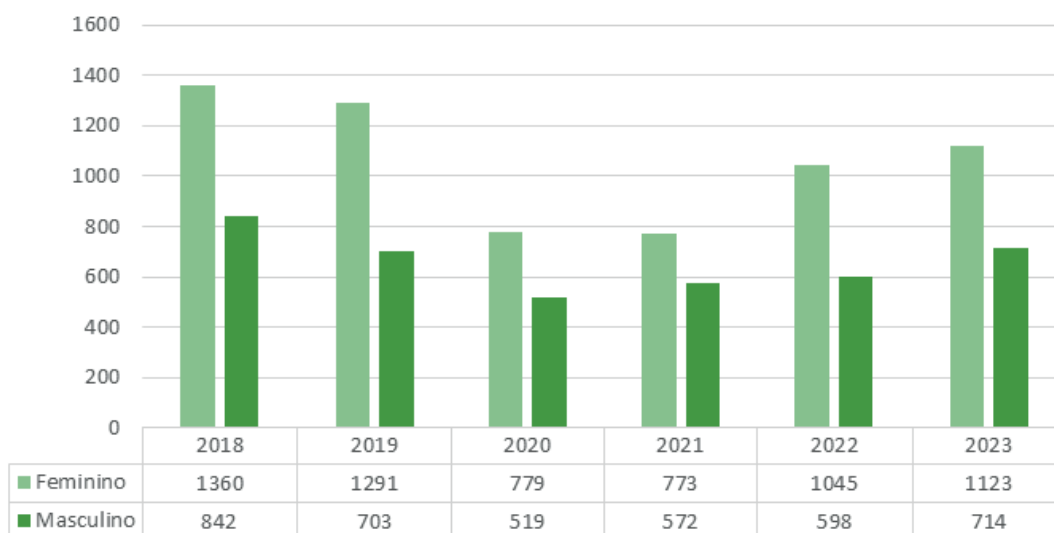


Figura 39: Internamentos por asma brônquica por género. Confirma-se o expectável.

10. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

SAOS, Internamento sem e com ventilação

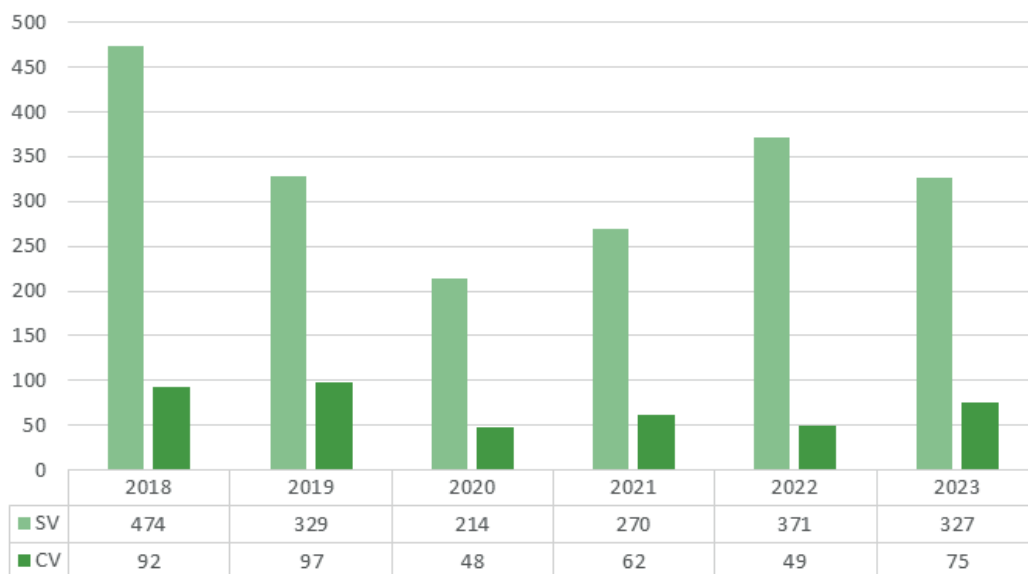


Figura 40: Internamentos com e sem ventilação.

SAOS, Óbitos em internamentos com e sem ventilação

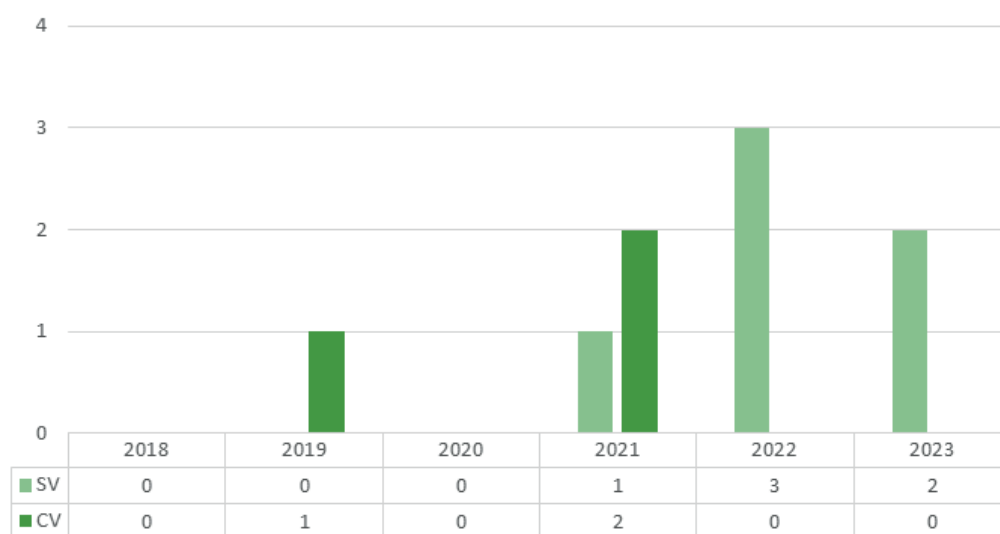


Figura 41: Óbitos em internamentos com e sem ventilação.

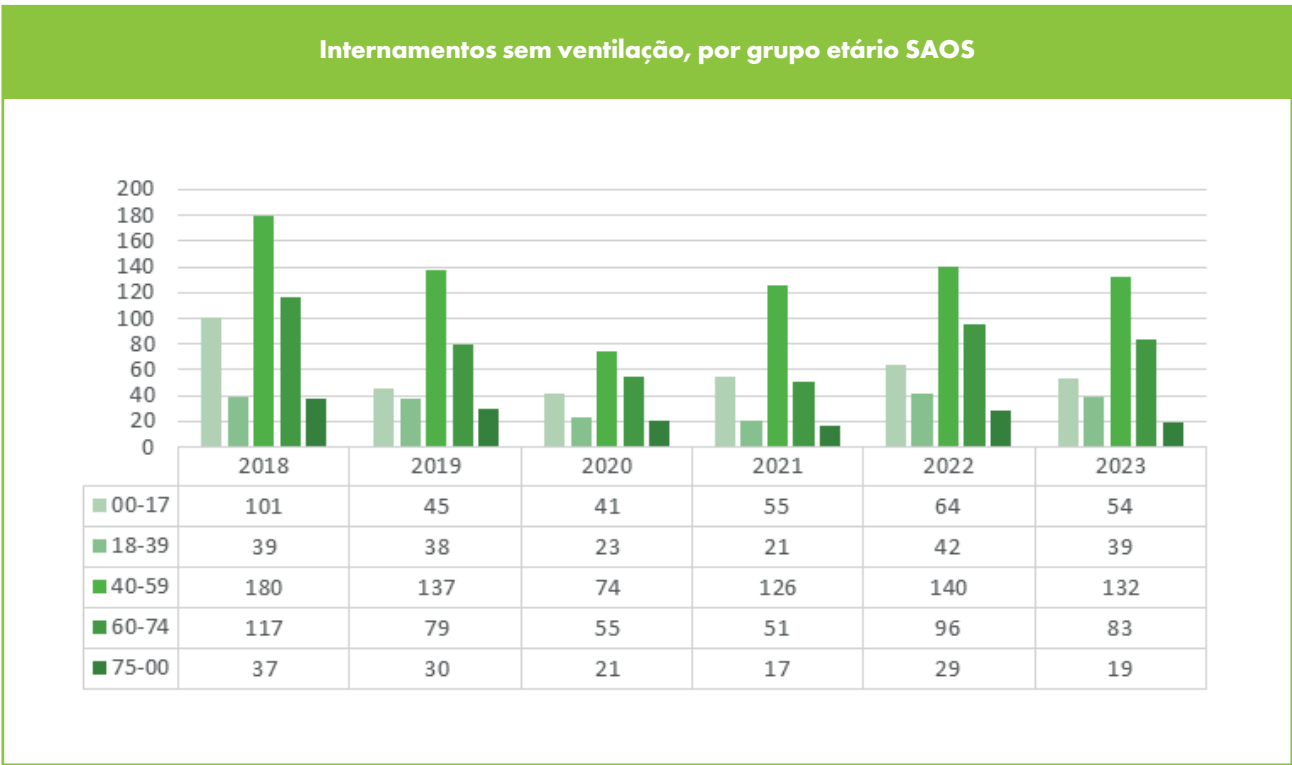


Figura 42: Internamentos por grupo etário. Destaca-se o grupo entre os 40 e os 59 anos.

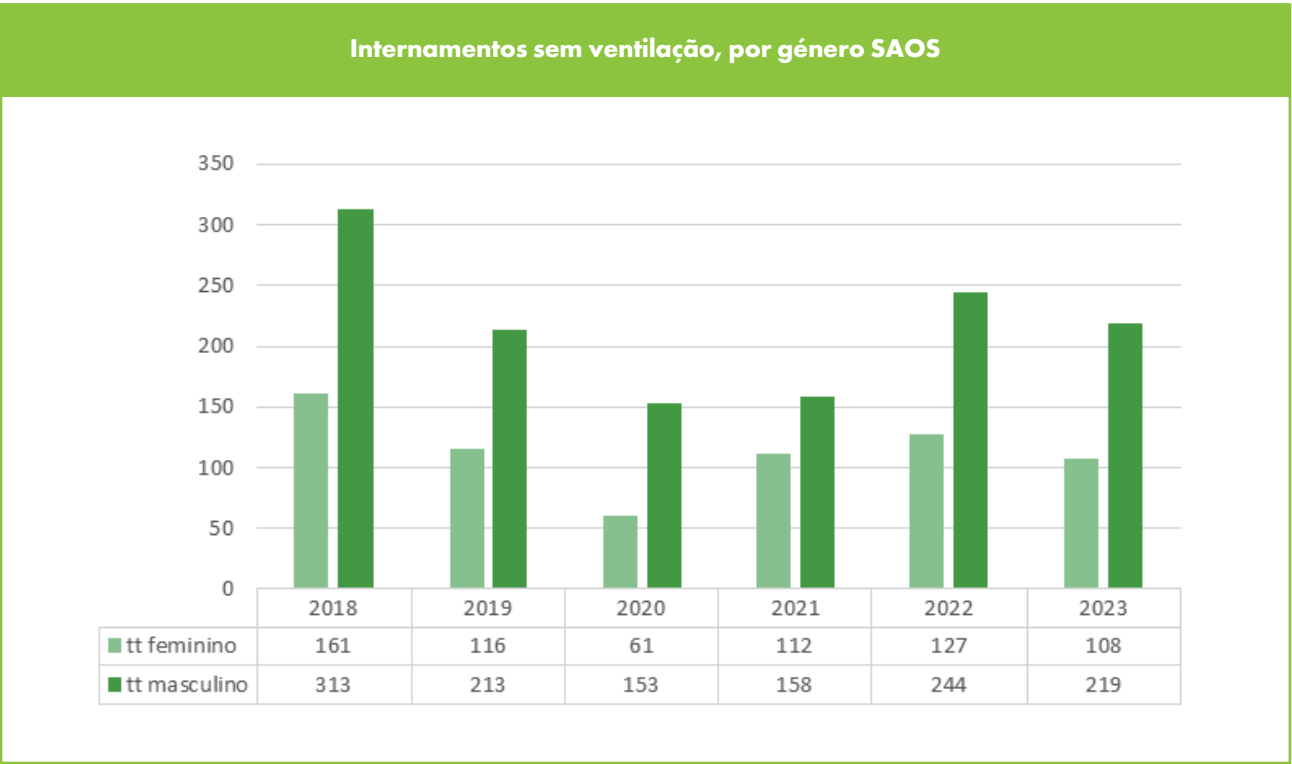


Figura 43: Internamentos por género. Observa-se prevalência mais elevada no sexo masculino, Embora menos significativa nos últimos anos.

Maria José Guimarães, MD
Grau de Consultor em Pneumologia
Competência em Medicina do Sono pela OM

Relativamente à Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS), tendo em conta a elevada prevalência desta doença a nível mundial, confirmamos que esta patologia, quer como diagnóstico principal quer como secundário, é responsável por internamentos e mortalidade no nosso país.

Nos internamentos hospitalares, houve uma redução significativa entre 2018 e 2023, cerca de 27%, o que poderá traduzir um melhor controlo da doença em ambulatório, certamente com mais diagnósticos precoces e tratamentos atempados. Para isso contribuem as consultas de apneia de sono, que são solicitadas pelos cuidados primários de saúde cada vez mais. Estes dados refletem, a meu ver, a importância da literacia em SAOS na comunidade médica para se identificarem mais doentes na fase de controlo em ambulatório, evitando internamentos por esta patologia. Por outro lado, a diminuição de internamentos em doentes ventilados (cerca de 18%), mostra que a SAOS continua a ser uma comorbilidade importante em doentes mais graves.

Quanto aos óbitos por SAOS, a escassez de casos pode ser causada pelo número reduzido de doentes com o diagnóstico de SAOS relatado nos processos, o facto de haver mais óbitos recentemente lembramos da necessidade de atribuir codificação correta aos diagnósticos dos registos clínicos. Contudo, podemos considerar que a SAOS não é uma das patologias mais responsáveis por mortalidade em internamentos hospitalares, confirmando-se assim a importância de continuar a investir no controlo da doença em regime de ambulatório.

No que se refere aos internamentos por grupo etário, sabemos que nos doentes mais jovens, a SAOS é cada vez menos controlada a nível hospitalar, quer pela existência de mais tratamentos eficazes alternativos à cirurgia, quer pela intervenção no controlo da morbilidade ao nível dos cuidados de saúde primários, como já foi referido.

Na faixa dos doentes com mais de 60 anos, a redução dos internamentos sem ventilação pode refletir o aumento crescente do número de doentes ventilados por SAOS nesta população, o que está em concordância com o comentário anterior relativo à maior precocidade de diagnóstico e tratamento da doença nos últimos anos.

Por fim, a tendência da distribuição por género não variou desde 2018 até 2023, transparecendo o que sabemos da prevalência da SAOS, que é maior nos homens do que nas mulheres (em cerca de 2:1). Porém, continua a verificar-se uma tendência para a diminuição ao longo dos anos dos internamentos por SAOS, apesar de discreta parece consistente em todos os gráficos aqui analisados, com a devida ressalva da época pandémica.

11. Cancro do Pulmão (Neoplasia pleuropulmonar primária)

Internamentos com cancro do pulmão. Com ventilação, sem ventilação e totais

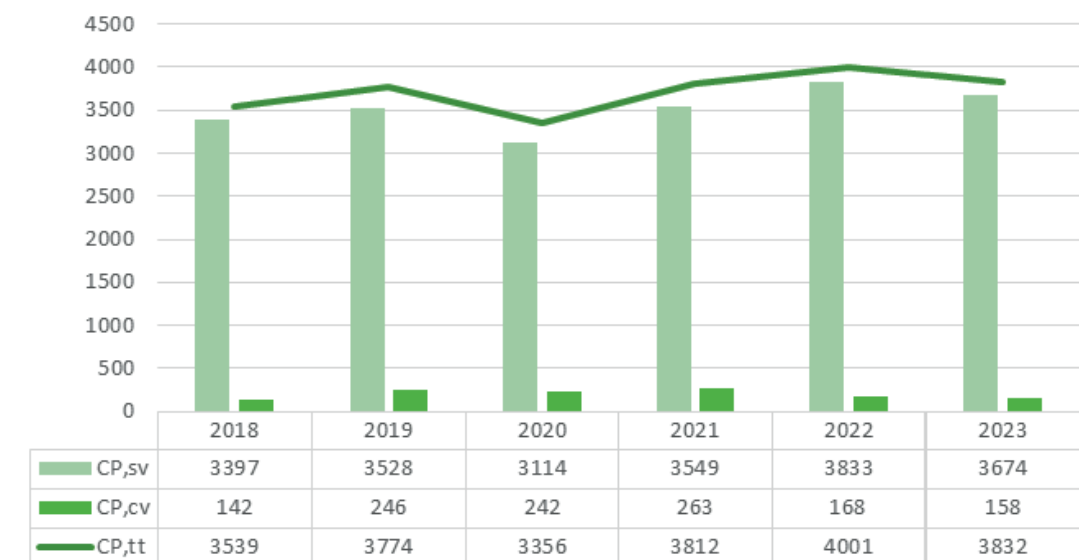


Figura 44: Internamentos por cancro do pulmão. CP, sv - Sem ventilação; CP, cv – Com ventilação; CP, tt – Totais.

Óbitos em internamentos por cancro do pulmão. Sem ventilação, com ventilação e totais

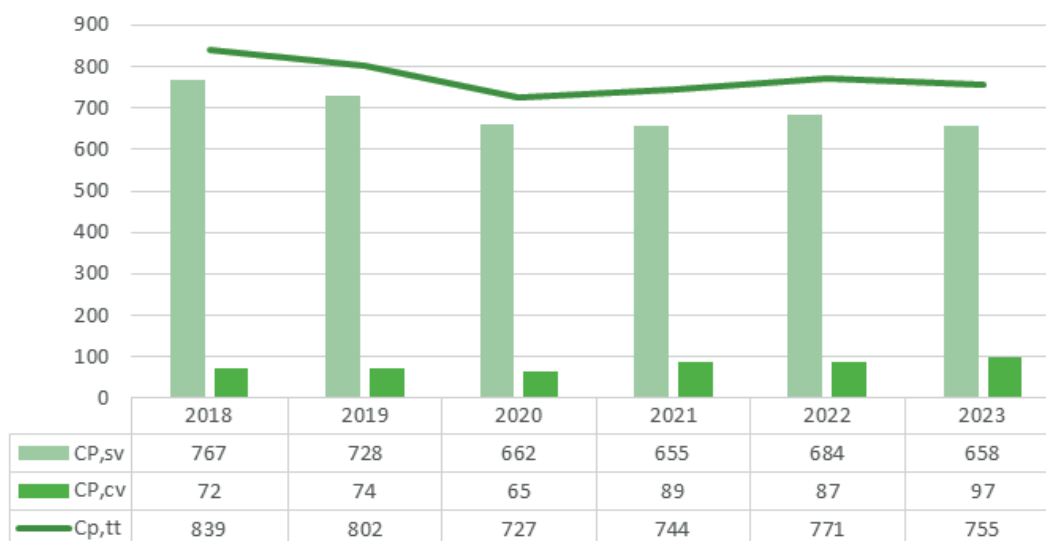


Figura 45: Óbitos em internamentos por cancro do pulmão.

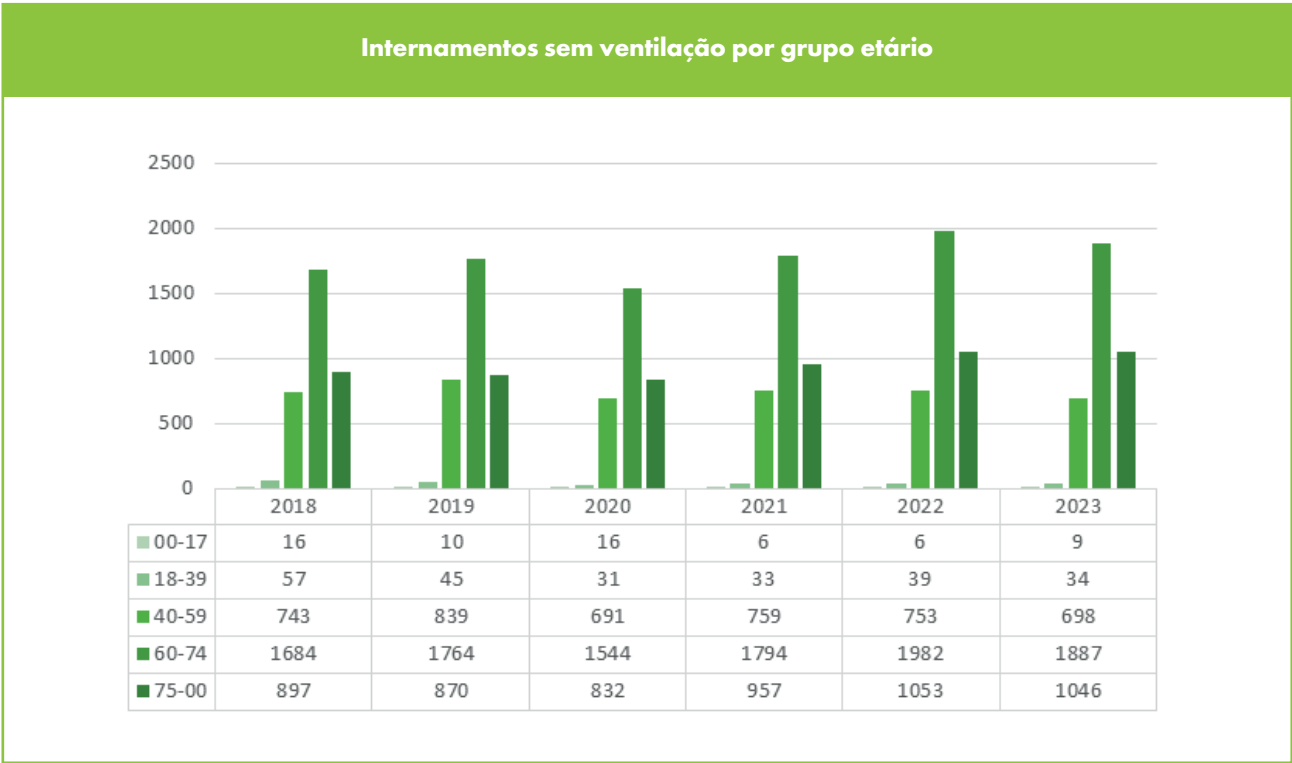


Figura 46: Cancro do pulmão, internamentos sem necessidade de ventilação, por grupo etário.

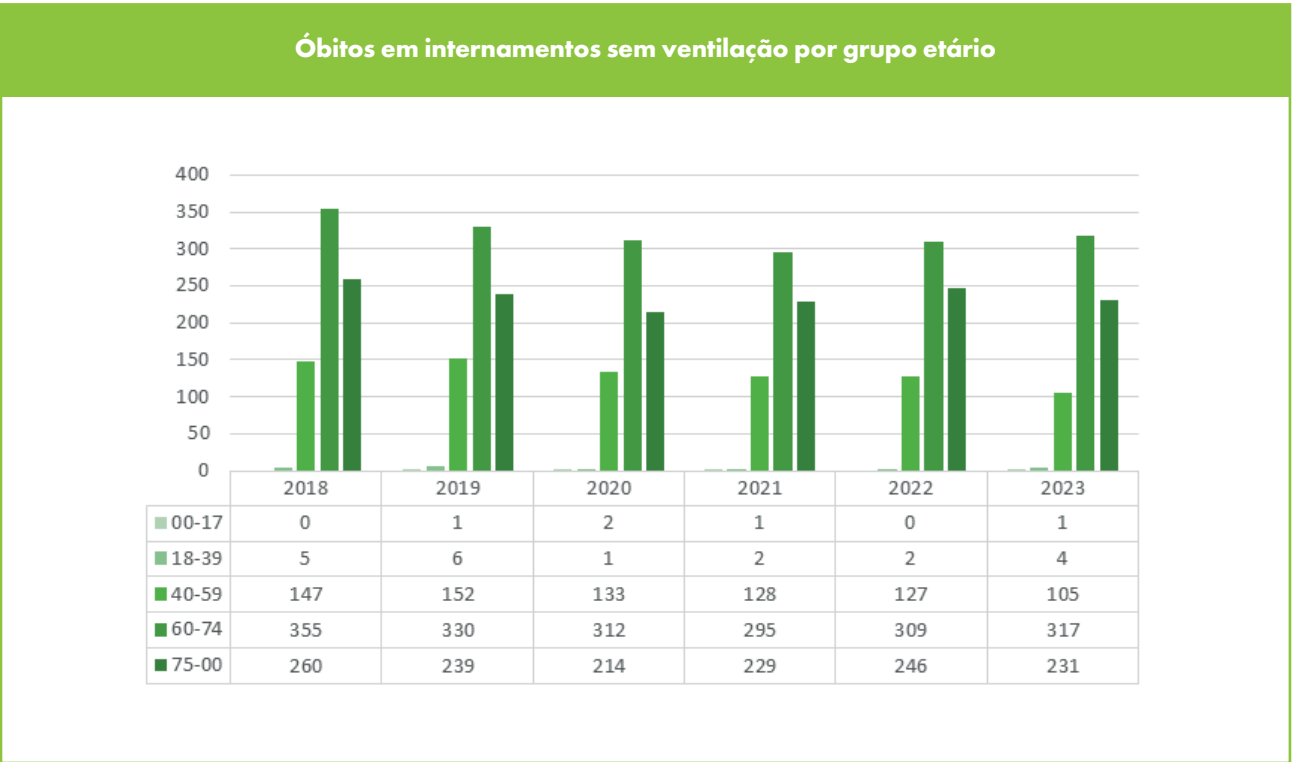


Figura 47: Óbitos em internamentos por cancro do pulmão que não necessitaram de ventilação.

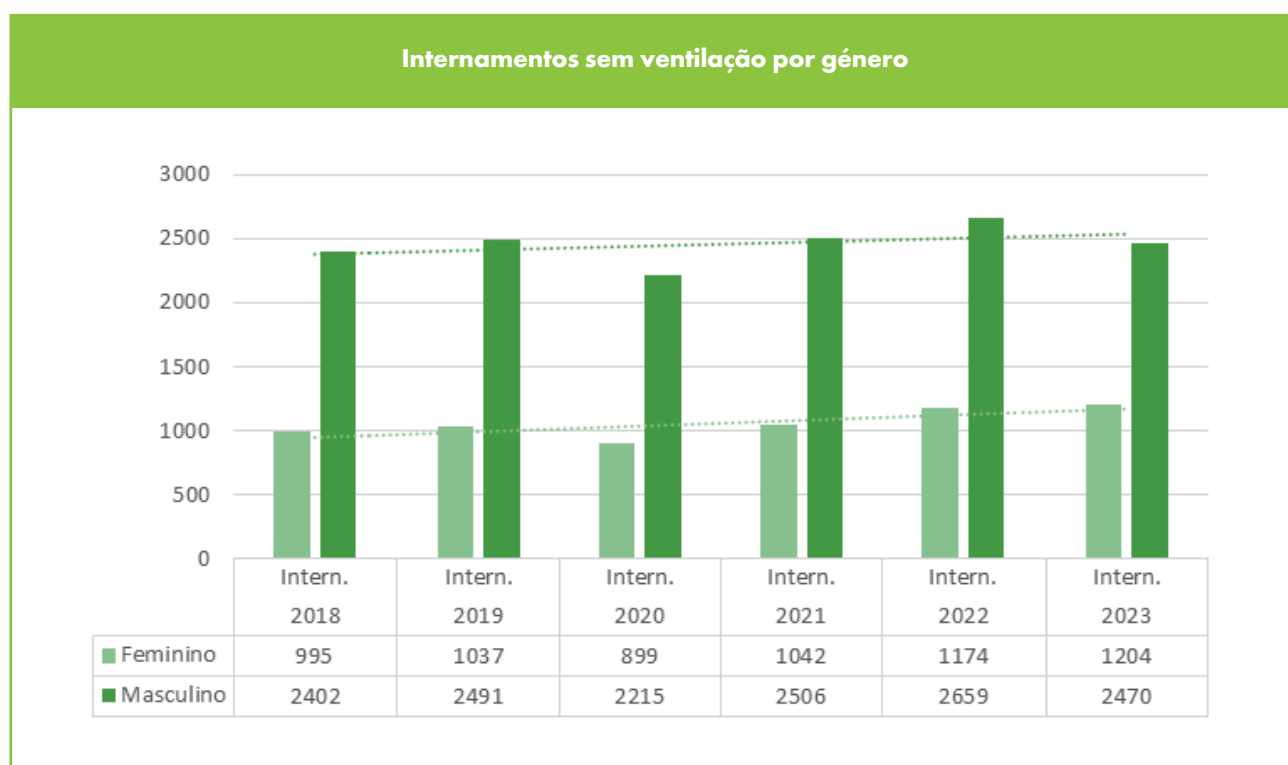


Figura 48: Internamentos por cancro do pulmão sem necessidade de ventilação, por género.
Tendência de aumento nos homens e nas mulheres.

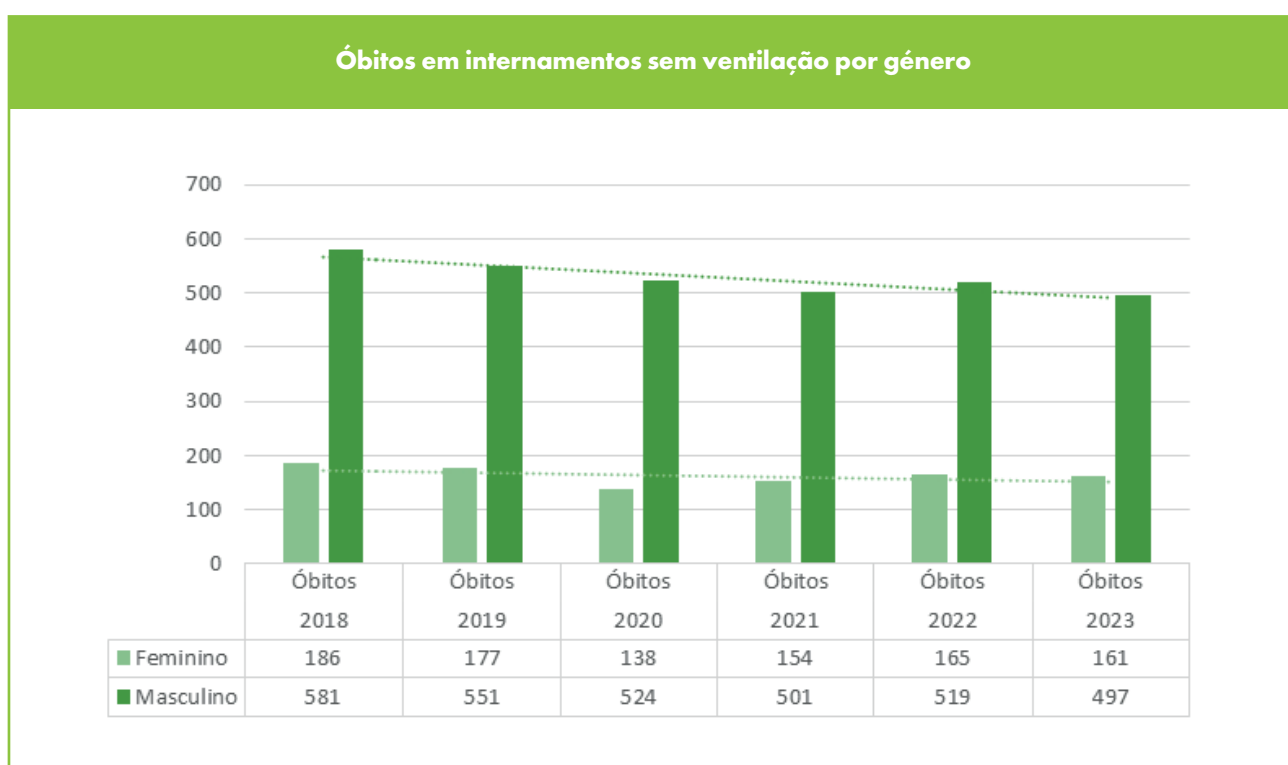


Figura 49: Óbitos no grupo de doentes da figura 48. Observa-se tendências decrescentes,
Mais nos homens do que nas mulheres.

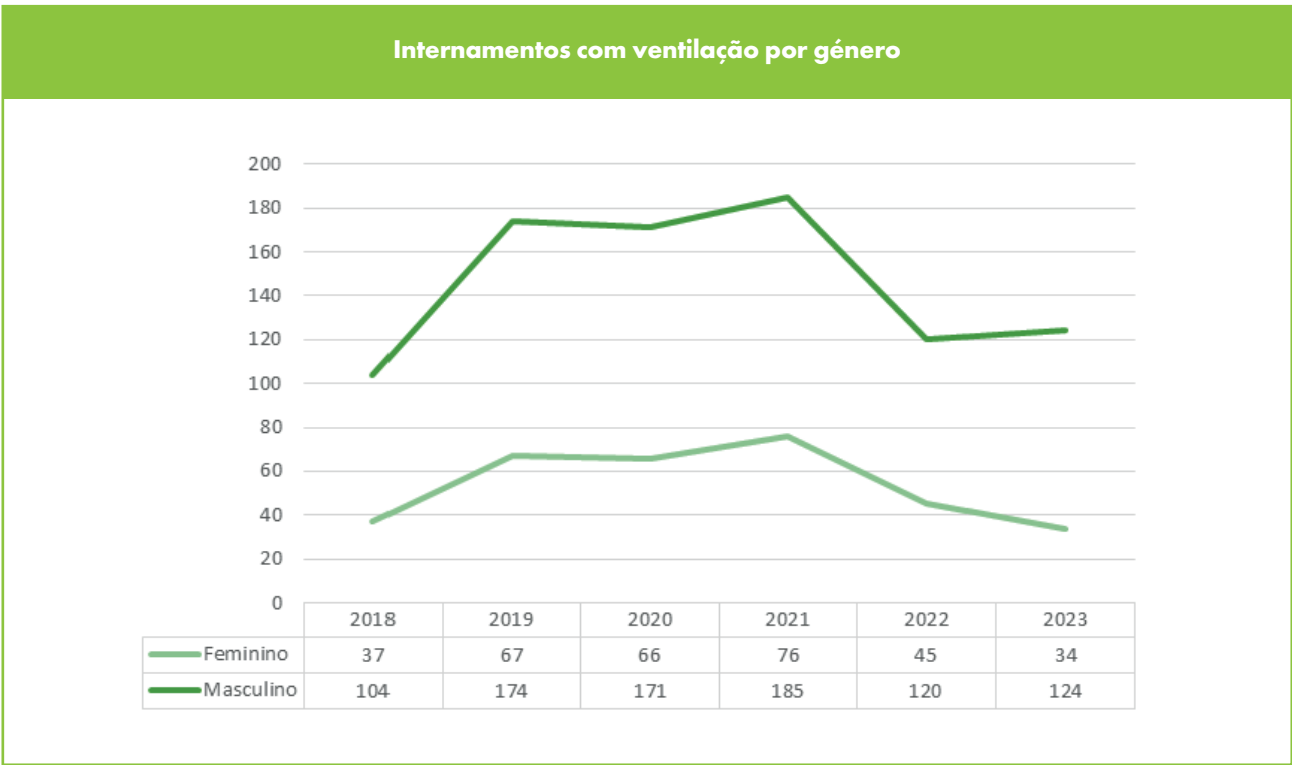


Figura 50: Internamentos por cancro do pulmão, com ventilação e por género.

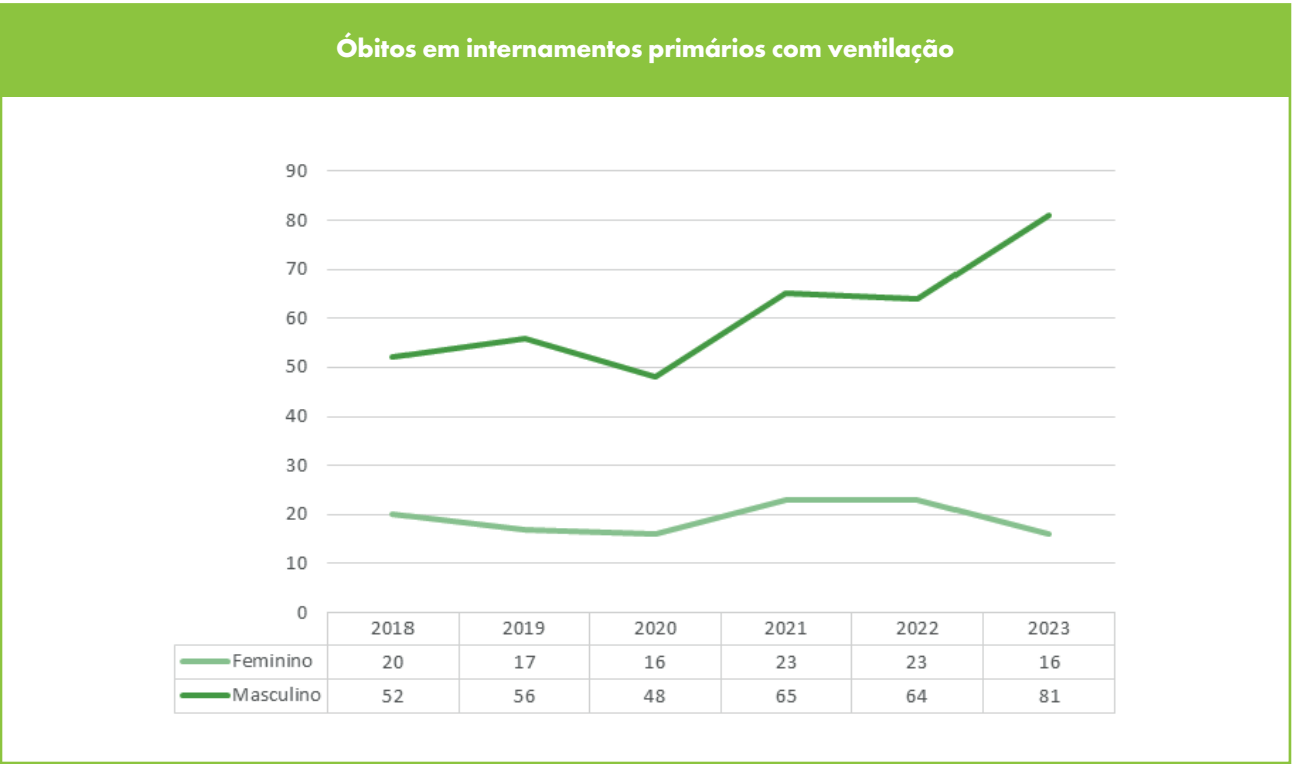


Figura 51: Óbitos em internamentos por cancro do pulmão, com ventilação e por género.

Óbitos em internamentos com ventilação por género

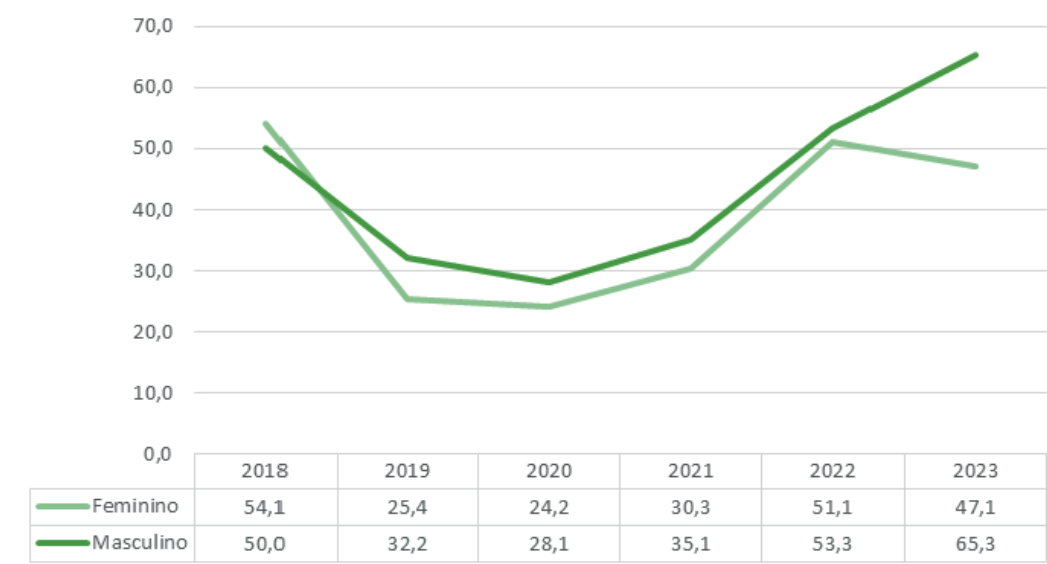


Figura 52: Percentagem óbitos em internamentos com ventilação por cancro do pulmão, por género.

Gabriela Fernandes, MD. PhD.

Assistente Hospitalar Graduada de Pneumologia, CHUSJ

Professora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Observatório nacional de doenças respiratórias – cancro do pulmão

O cancro do pulmão permanece uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em Portugal e no mundo, representando um desafio significativo para os sistemas de saúde e para a saúde pública. Neste capítulo apresentam-se os principais dados relativos ao cancro do pulmão em Portugal, com o objetivo de informar e capacitar médicos, investigadores e decisores políticos para uma ação mais eficaz no controlo desta doença.

Internamentos Relacionados ao Cancro do Pulmão (2018-2023)

Da observação da figura 44 constata-se um aumento gradual nos internamentos totais até 2022 (pico de 4001), seguido por um leve declínio em 2023 (3832). Entre os internamentos, predominam os casos sem necessidade de ventilação (>95%), refletindo quadros avançados, mas não críticos. Por outro lado, os internamentos com necessidade de ventilação permanecem baixos (cerca de 4% em média), com leve diminuição após 2019.

A redução nos internamentos durante o período pandémico e o aumento observado em 2022 traduz, possivelmente, a consequência de atrasos no diagnóstico e tratamentos nesse período.

Analisando por faixa etária, os dados são desagregados em cinco grupos. 0-17, 18-39, 40-59, 60-74 e 75 anos ou mais. A faixa etária 60-74 anos, apresenta consistentemente o maior número de internamentos ao longo do período analisado, com valores que variam entre 1544 (2021) e 1982 (2022). A segunda faixa etária com mais internamentos é 75 anos ou mais, cujos valores também se mantêm elevados, variando de 832 (2020) a 1046 (2023). Isso reflete a maior incidência do cancro do pulmão nesses grupos etários. As faixas etárias mais jovens (0-17 e 18-39 anos) registam números muito baixos e estáveis, refletindo a menor prevalência da doença nestas idades. O grupo entre os 40-59 anos, apesar de menos representativo também apresenta números consideráveis e com tendência crescente. Embora os números sejam baixos nas faixas mais jovens, estratégias de prevenção devem ser reforçadas para evitar a exposição precoce a fatores de risco como o tabagismo. Em resumo, a figura 46 evidencia a concentração de internamentos nas populações mais idosas (60+), sublinhando a necessidade de cuidados especializados para estas faixas etárias.

Relativamente à distribuição por género, a figura 48 apresenta os internamentos por cancro do pulmão (sem ventilação) desagregados por género entre 2018 e 2023, destacando a evolução ao longo dos anos para os géneros masculino e feminino. Ao longo de todo o período, o número de internamentos é consistentemente mais elevado no género masculino, representando mais do dobro dos internamentos femininos em todos os anos. A disparidade atribui-se a fatores como maior prevalência histórica de tabagismo no género masculino.

Analisando a evolução, no género masculino, observa-se um ligeiro aumento geral, com um pico em 2022 e uma redução em 2023 (2470 internamentos), à semelhança do apresentado para o total dos internamentos. No género feminino, os internamentos mostram uma tendência mais linear, com um crescimento constante, passando de 995 (2018) para 1204 (2023). Este aumento deverá estar associado à crescente incidência de cancro do pulmão entre as mulheres, possivelmente devido ao aumento do tabagismo nas mulheres nas últimas décadas. A taxa de crescimento dos internamentos no género feminino é mais acentuada do que no masculino. Este facto pode indicar um desafio emergente para a saúde pública no que diz respeito ao controlo e prevenção da doença entre mulheres.

Óbitos

A figura 45 apresenta os dados de óbitos em internamentos por cancro do pulmão em Portugal, no período descrito (2018 e 2023). O número de óbitos totais mostra tendência decrescente entre 2018 (839) e 2020 (727), com uma recuperação gradual nos anos seguintes até atingir 755 em 2023. A queda observada em 2020 estará associada ao impacto da pandemia de COVID-19, consequente a atrasos no diagnóstico e restrições no acesso aos cuidados de saúde. Entre 2018 e 2023, os valores dos óbitos em doentes ventilados oscilaram, com um aumento evidente em 2023, o maior valor do período analisado, possivelmente indicando maior utilização de ventilação em casos graves. O decréscimo entre 2018 e 2020 pode estar relacionado com a redução de internamentos, menor procura por cuidados hospitalares durante a pandemia e ao subdiagnóstico da doença. A estabilização e ligeiro aumento nos anos seguintes indicam uma possível retoma dos serviços de saúde e maior identificação de casos em fases mais avançadas da doença. O crescimento gradual de óbitos em internamentos com ventilação sugere um aumento da utilização deste suporte em doentes mais graves, o que pode refletir um maior investimento em suporte avançado de órgãos nestes doentes com mais admissões em cuidados intensivos ou maior gravidade e complexidade dos casos tratados.

Comentários Finais

Os dados apresentados refletem o impacto de fatores como o envelhecimento da população e a evolução epidemiológica dos hábitos tabágicos.

A predominância masculina reforça a necessidade de manter estratégias específicas de rastreio e intervenção direcionadas a esta população. O aumento constante no género feminino aponta para a importância de políticas de prevenção e campanhas educacionais adaptadas às mulheres, especialmente aquelas com história de exposição a fatores de risco. A redução observada em 2020 é indicativa de fatores externos (como a pandemia), sublinhando a importância de planeamento resiliente em tempos de crise para assegurar cuidados contínuos aos doentes oncológicos.

Este capítulo pretende, assim, não apenas descrever a situação atual, mas também identificar oportunidades estratégicas para melhorar os resultados clínicos e promover uma resposta integrada e equitativa ao cancro do pulmão em Portugal.

O cancro do pulmão continua a ser uma prioridade de saúde pública para nós. A relevância e pertinência da implementação de um programa nacional de rastreio de cancro do pulmão e estratégias integradas de diagnóstico, estadiamento e tratamento, com a criação de vias verdes para o cancro do pulmão, são medidas essenciais para reduzir a mortalidade associada.

12. Pneumonia Bacteriana

Pneumonia Bacteriana. Internamento sem ventilação, com ventilação e totais

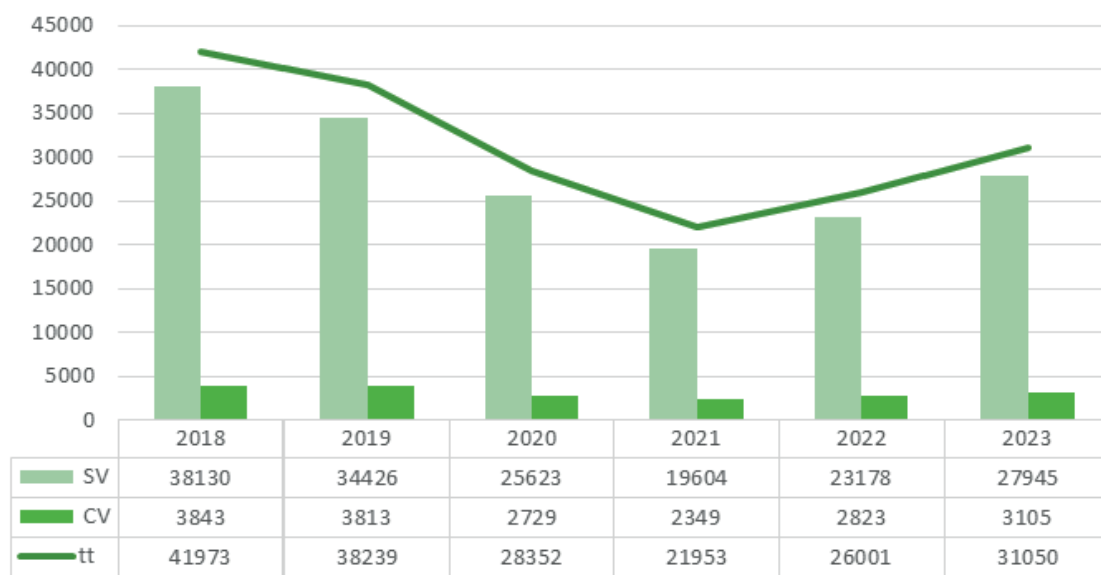


Figura 53: *Pneumonia bacteriana. Internamentos sem ventilação, com ventilação e totais. SV sem Ventilação; CV com ventilação; tt totais.*

A pneumonia bacteriana é uma importante causa de internamento e de morte entre as doenças respiratórias, sendo a sua mortalidade significativa entre todas as causas de morte. No entanto, é preciso lembrar que a informação que temos corresponde ao número de óbitos, não havendo a certeza de a causa de morte ser a pneumonia.

Pneumonia Bacteriana. Número de óbitos em internamentos sem ventilação, com ventilação e totais

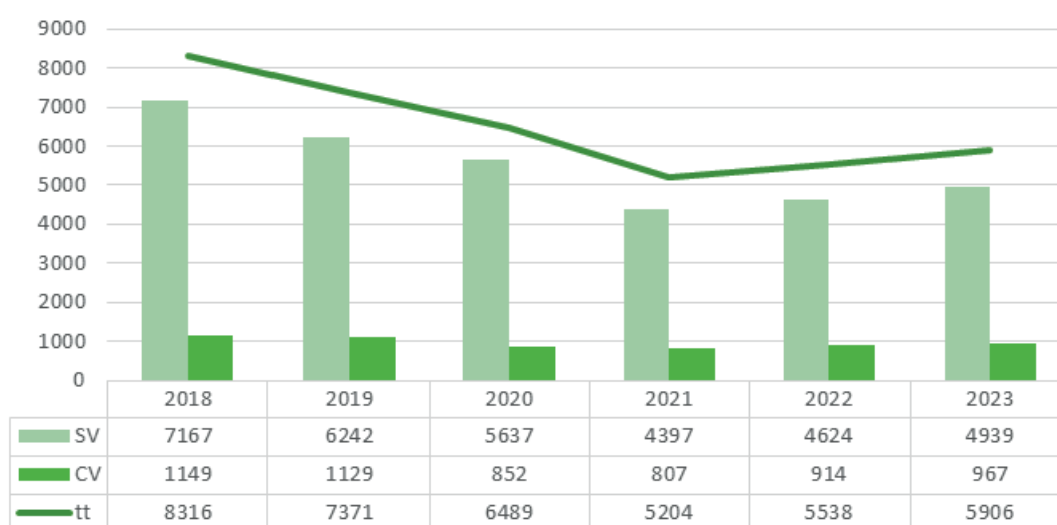


Figura 54: *Pneumonia bacteriana. Óbitos em internamento sem ventilação, com ventilação e totais. SV- sem Ventilação; CV com ventilação; tt totais.*

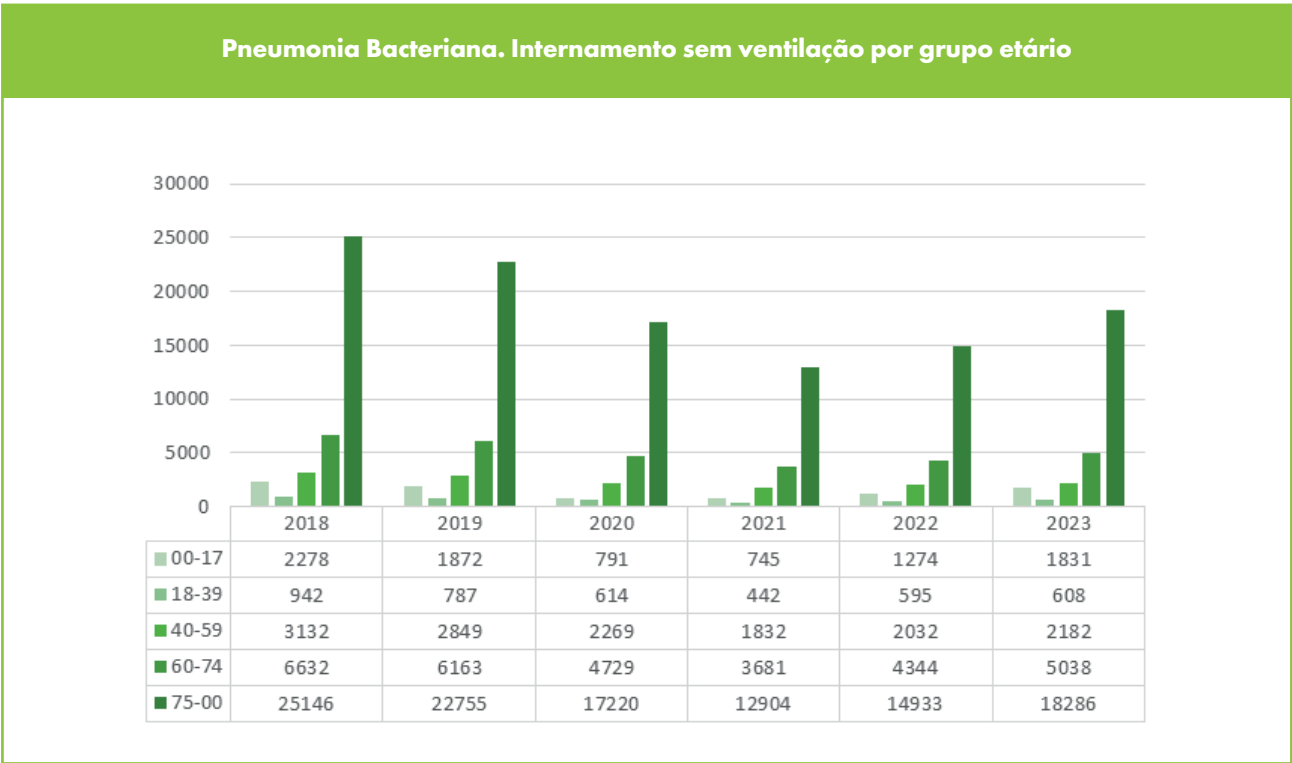


Figura 55: Internamento sem ventilação por grupo etário.

Os internamentos e óbitos subiram de 2022 para 2023, mantendo-se mais baixo que os de 2019 e 2020, respetivamente, são mais frequentes nos grupos etários mais elevados, e menos entre os 18 e 39. Os óbitos registam-se principalmente depois dos 75 anos.

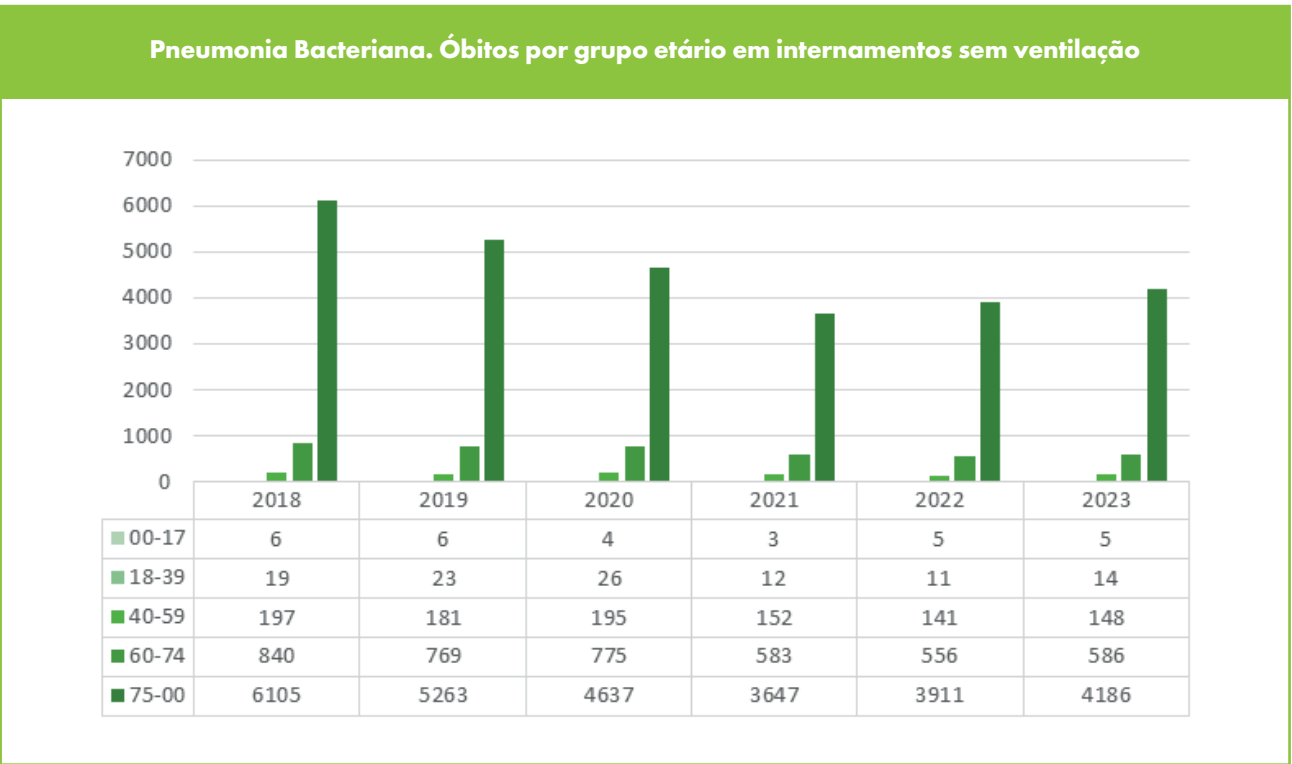


Figura 56: Óbitos em internamentos sem ventilação, por grupo etário.

Pneumonia Bacteriana. Internamentos com ventilação por grupo etário

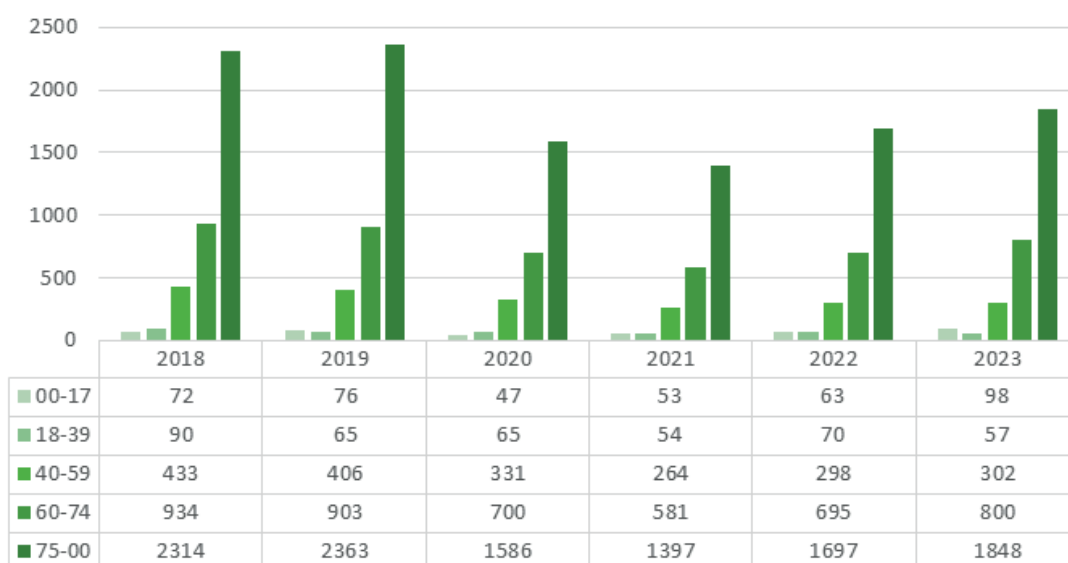


Figura 57: Internamento com ventilação por grupo etário.

Pneumonia Bacteriana. Óbitos por grupo etário em internamentos com ventilação

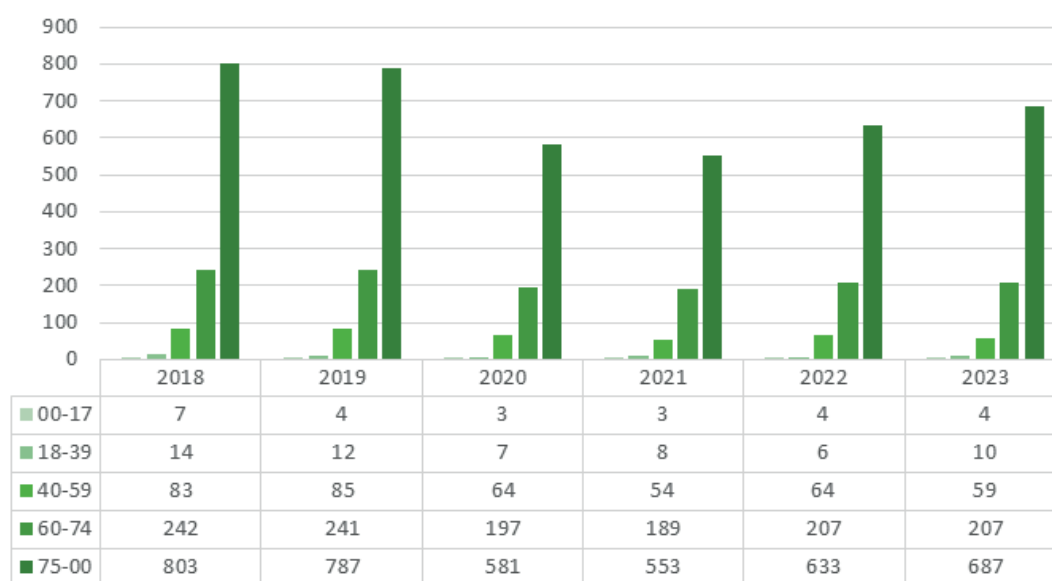


Figura 58: Óbitos em internamentos com ventilação, por grupo etário.

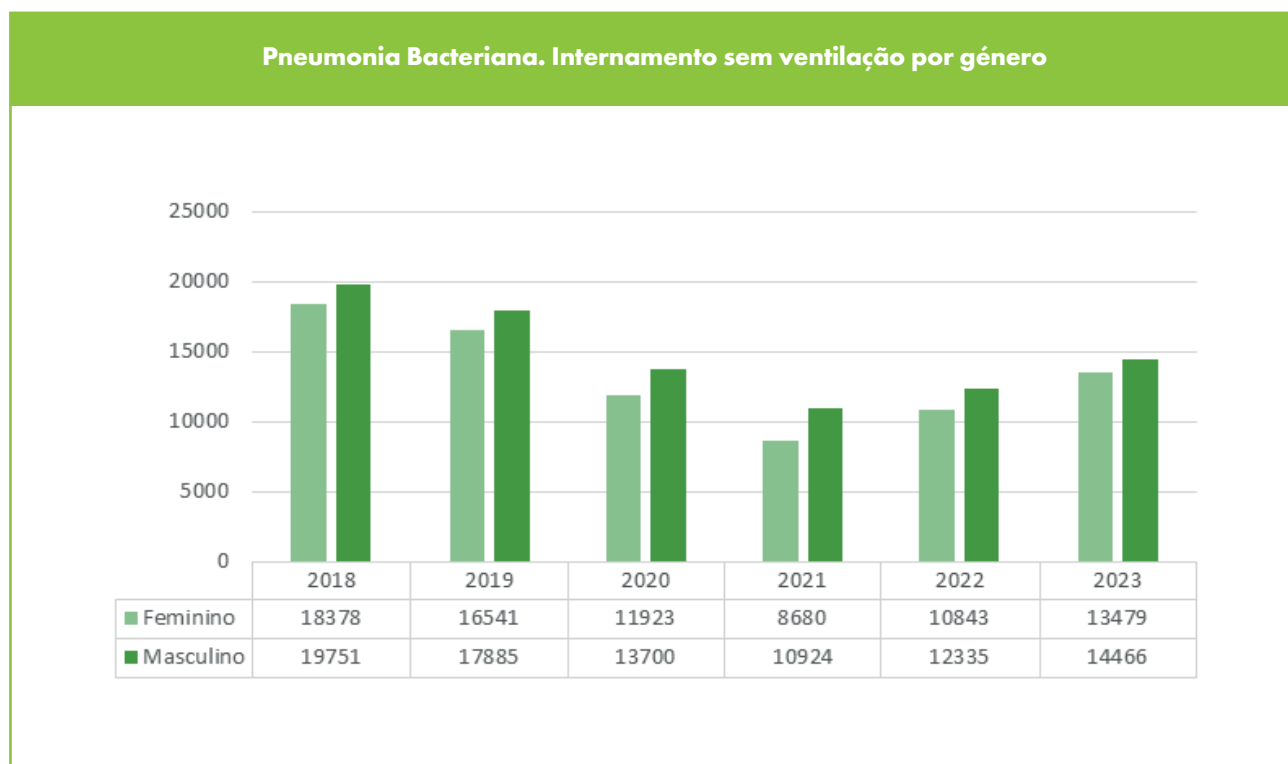


Figura 59: Internamentos sem ventilação por género.

Quando se faz análise por género, constata-se que os internamentos e óbitos são mais frequentes no sexo masculino.

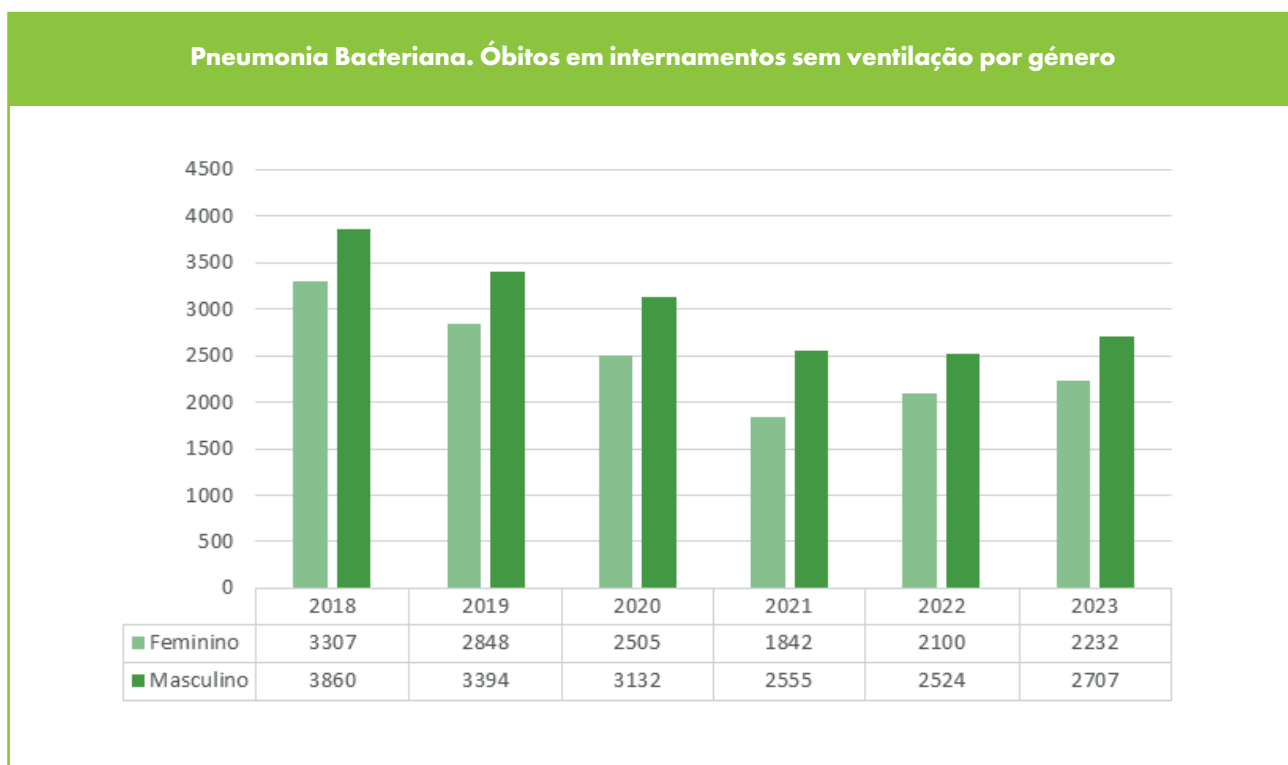


Figura 60: Óbitos em internamento sem ventilação por género.

Pneumonia Bacteriana. Internamentos com ventilação por género

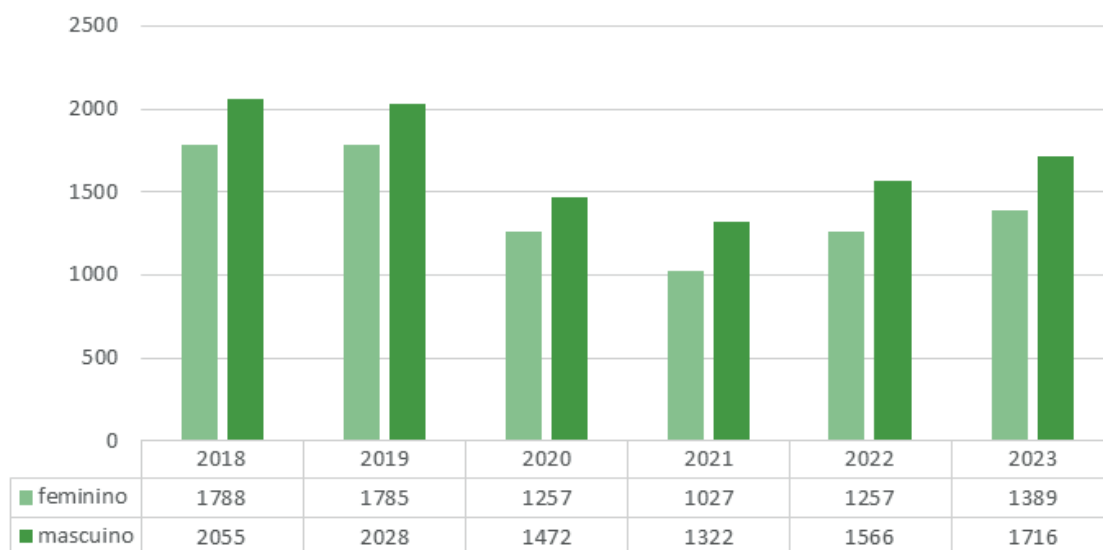


Figura 61: Internamento com ventilação por género.

Pneumonia Bacteriana. Óbitos em internamentos com ventilação por género

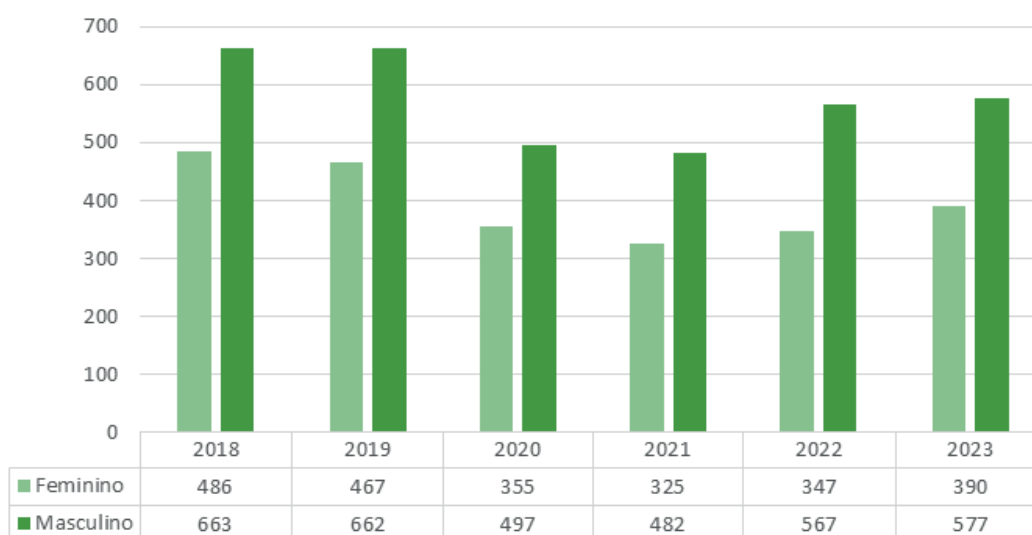


Figura 62: Óbitos em internamentos com ventilação por grupo etário.

13. Pneumoconiose

Pneumoconioses. Internamentos sem ventilação, com ventilação e totais

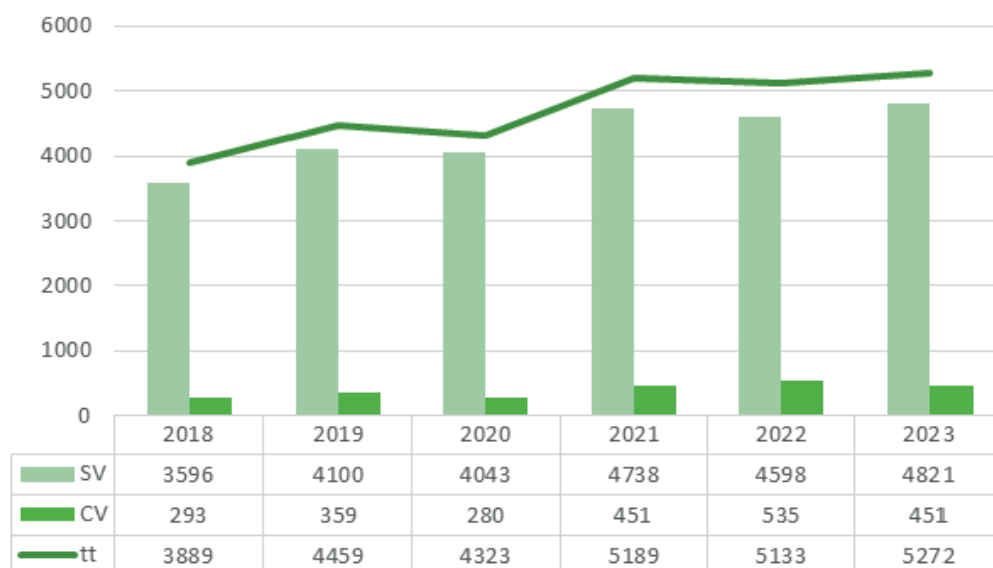


Figura 63: Internamentos sem ventilação, com ventilação e totais. SV- sem Ventilação; CV com ventilação; tt totais.

Pneumoconiose. Óbitos em internamentos sem ventilação, com ventilação e totais

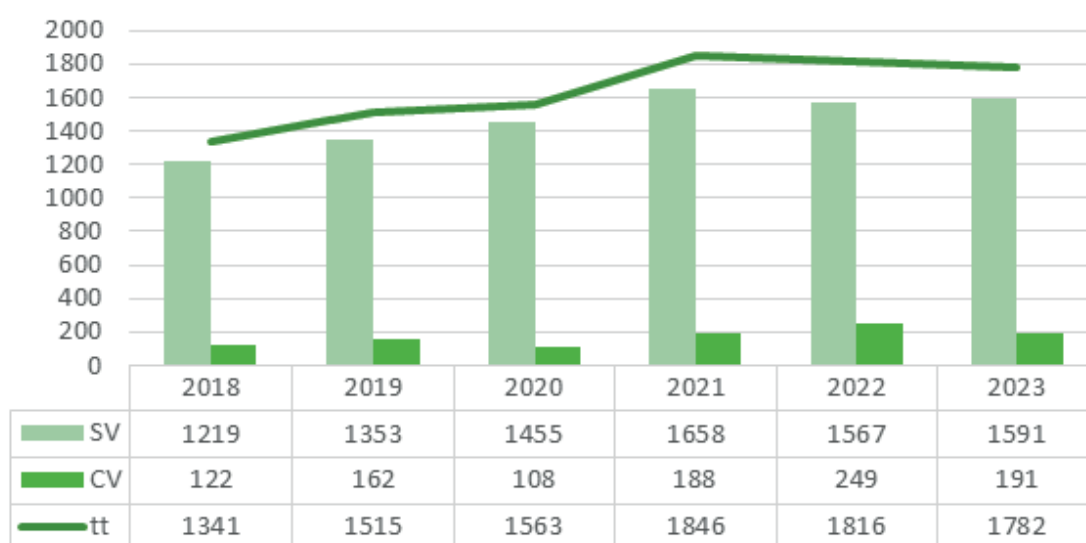


Figura 64: Óbitos em internamentos sem ventilação, com ventilação e totais. SV- sem ventilação; CV com ventilação; tt totais.

Pneumoconiose. Internamentos sem ventilados por grupo etário

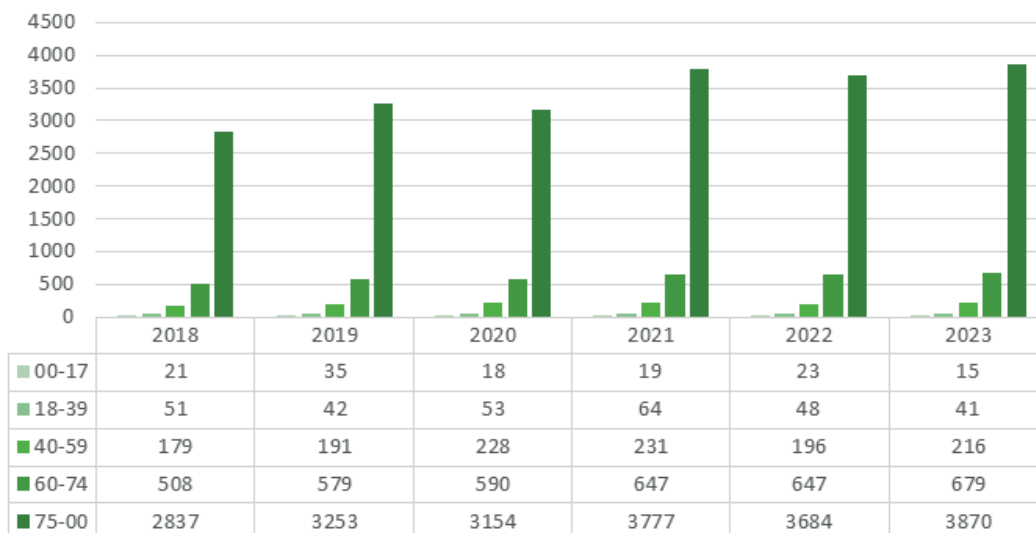


Figura 65: Internamentos sem ventilação por grupo etário.

Pneumocomiose. Óbitos em internamento sem ventilados por grupo etário

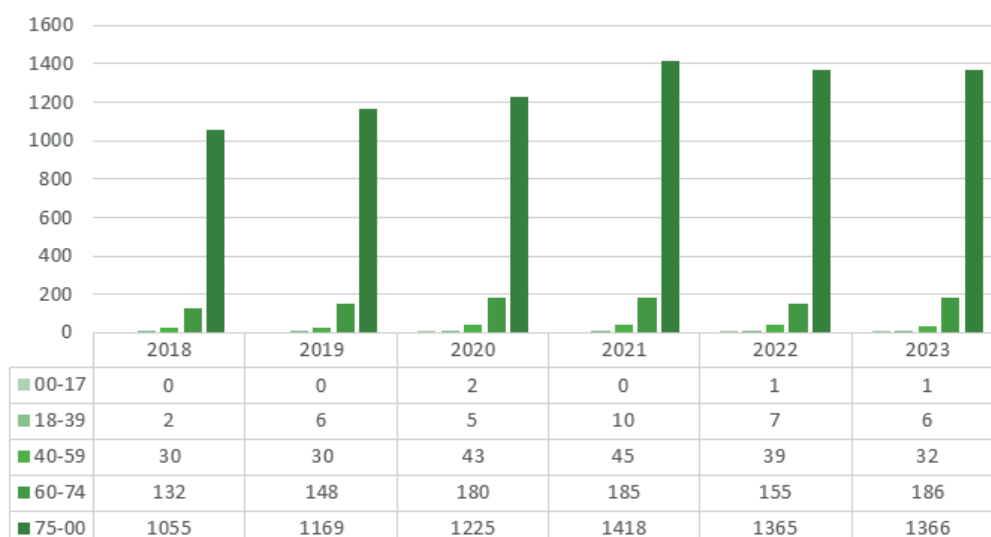


Figura 66: Óbitos em internamentos sem ventilação por grupo etário.

Pneumoconioses. Internamentos com ventilação por grupo etário

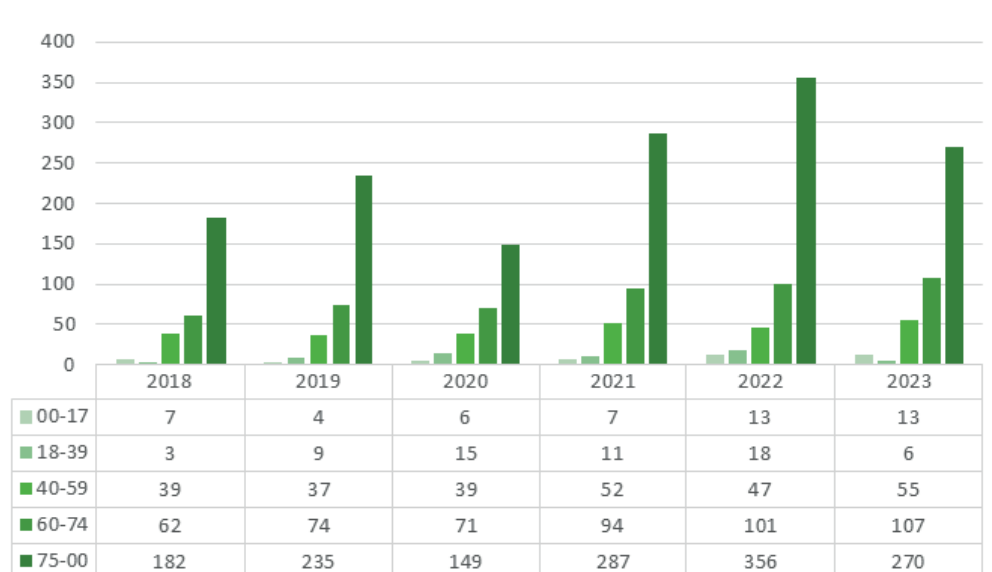


Figura 67: Internamentos com ventilação por grupo etário.

Pneumoconiose. Óbitos em internamentos com ventilação por grupo etário

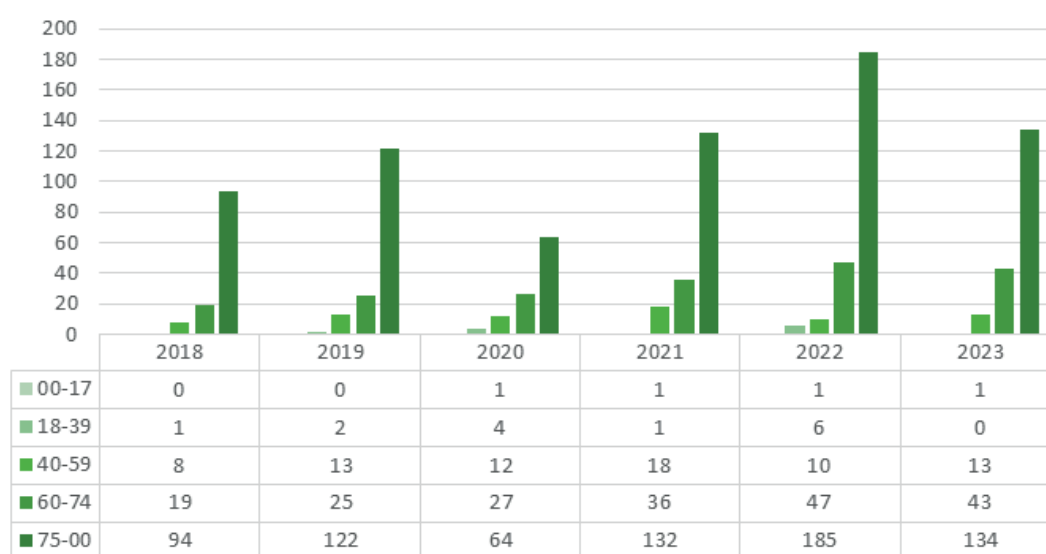


Figura 68: Óbitos em internamentos com ventilação, por grupo etário.

Pneumoconiose. Internamentos sem ventilados por género

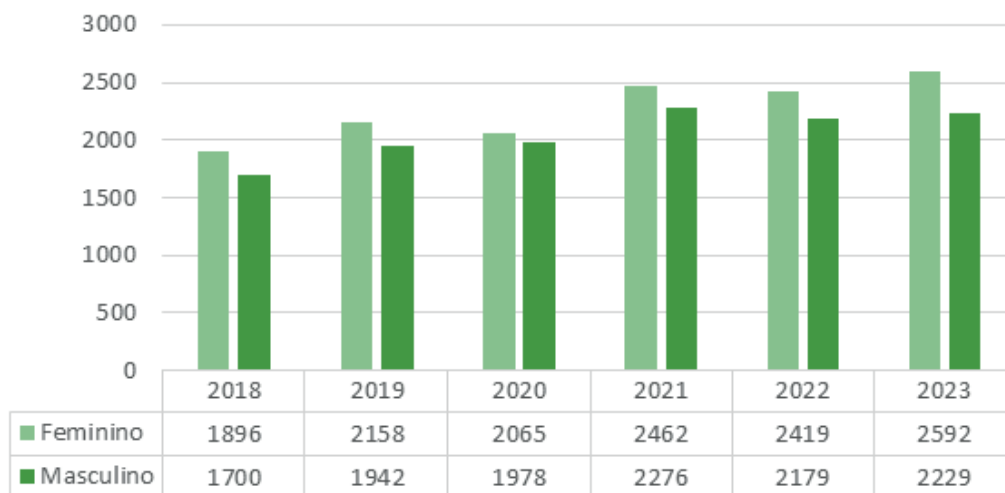


Figura 69: Internamentos sem ventilação, por género.

Pneumocomiose. Internamentos sem ventilados, 2018, grupo etário e género

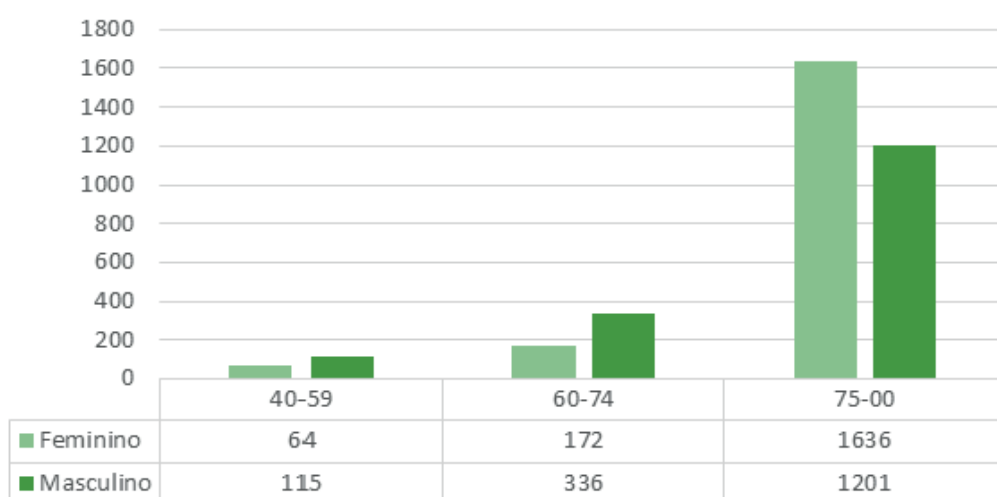


Figura 70: Internamentos sem ventilação, por grupo etário e género, 2018.

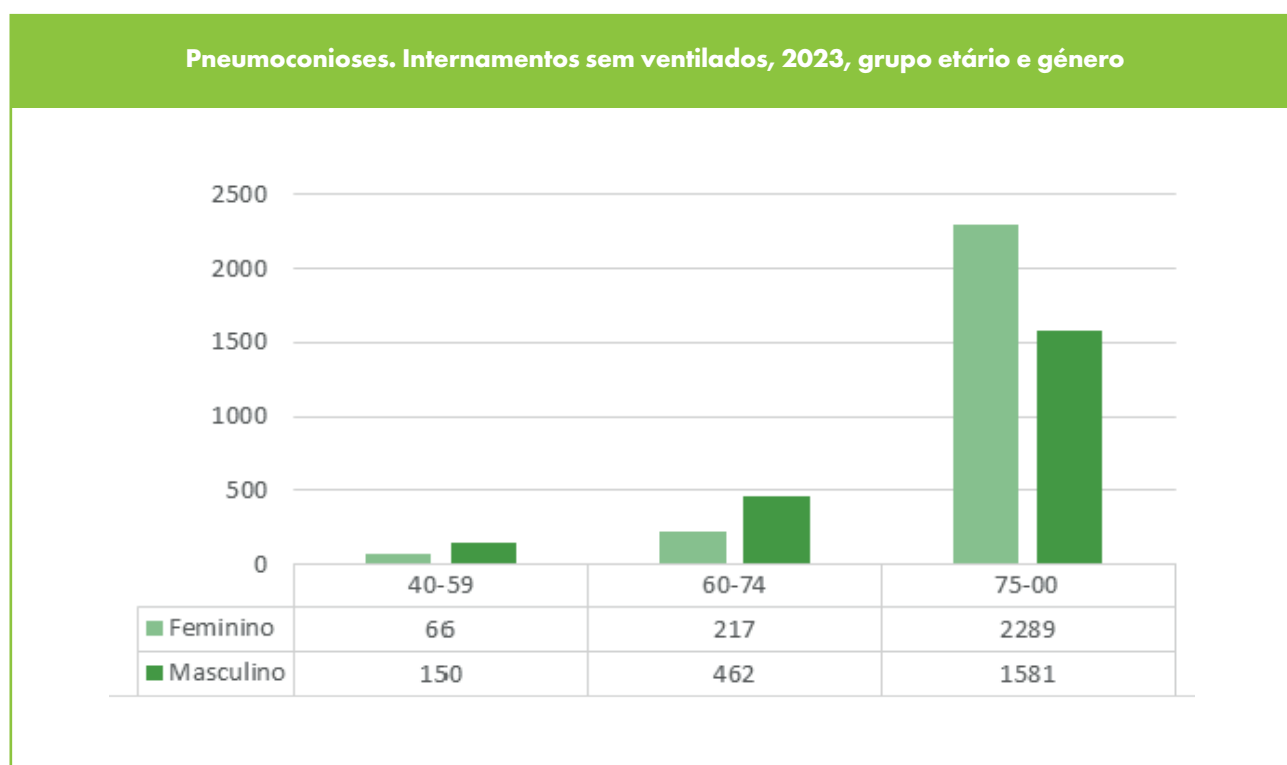


Figura 71: Internamentos sem ventilação por grupo etário e género, 2023.

Entre as doenças respiratórias as pneumoconioses são uma das mais importantes causas de internamento e de morte, pelo menos é o que nos dizem os números. No entanto, devemos confessar que a nossa experiência não confirma esta constatação, por isso a preocupação de estudar este diagnóstico em pormenor. Aparece nos grupos etários mais elevados e particularmente após os 75 anos, até aos 74 é mais prevalente nos homens e depois nas mulheres, sendo no conjunto mais frequente no sexo feminino.

Merece um estudo mais detalhado no próximo ONDR.

14. Variabilidade

Óbitos em internamentos sem ventilação, com e sem doença respiratória

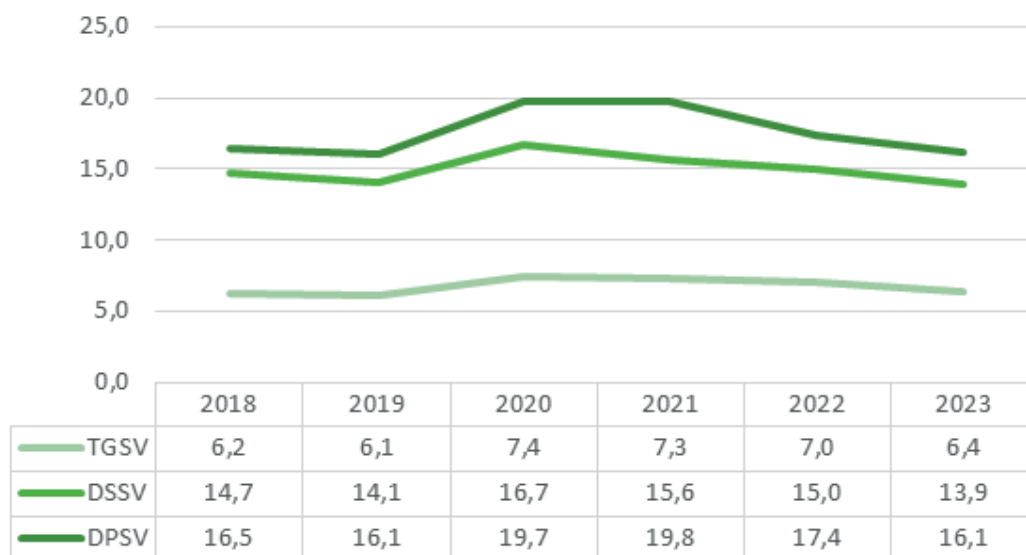


Figura 72: Percentagem de óbitos. TGSV, total geral sem ventilação; DSSV, Diagnósticos secundários sem ventilação; DPSV, Diagnósticos principais sem ventilação.

Óbitos em internamentos de ventilados, com e sem doença respiratória

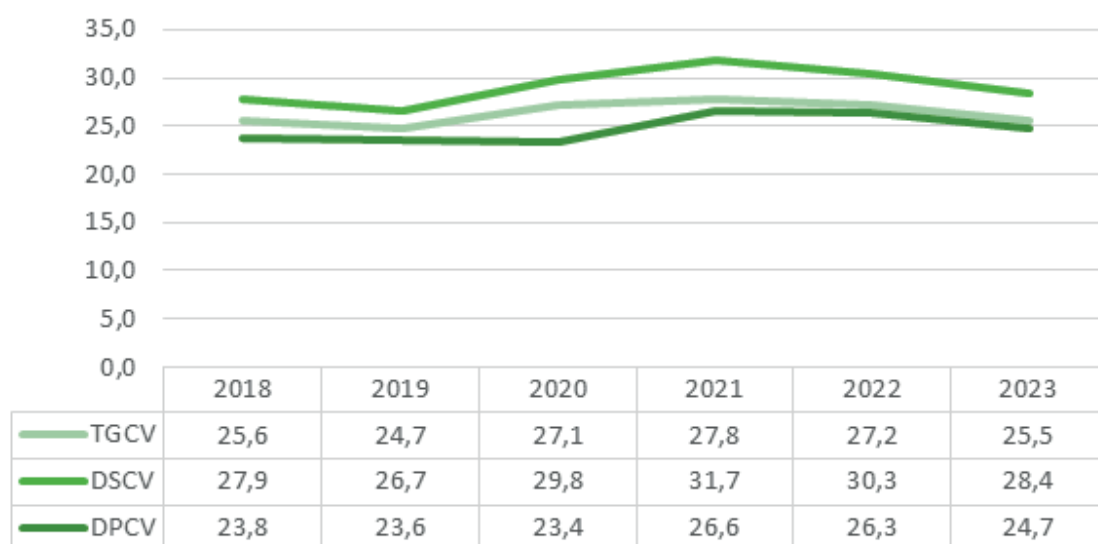


Figura 73: Percentagem de óbitos. TGCV, total geral com ventilação; DSCV, Diagnósticos secundários com ventilação; DPCV, Diagnósticos principais com ventilação.

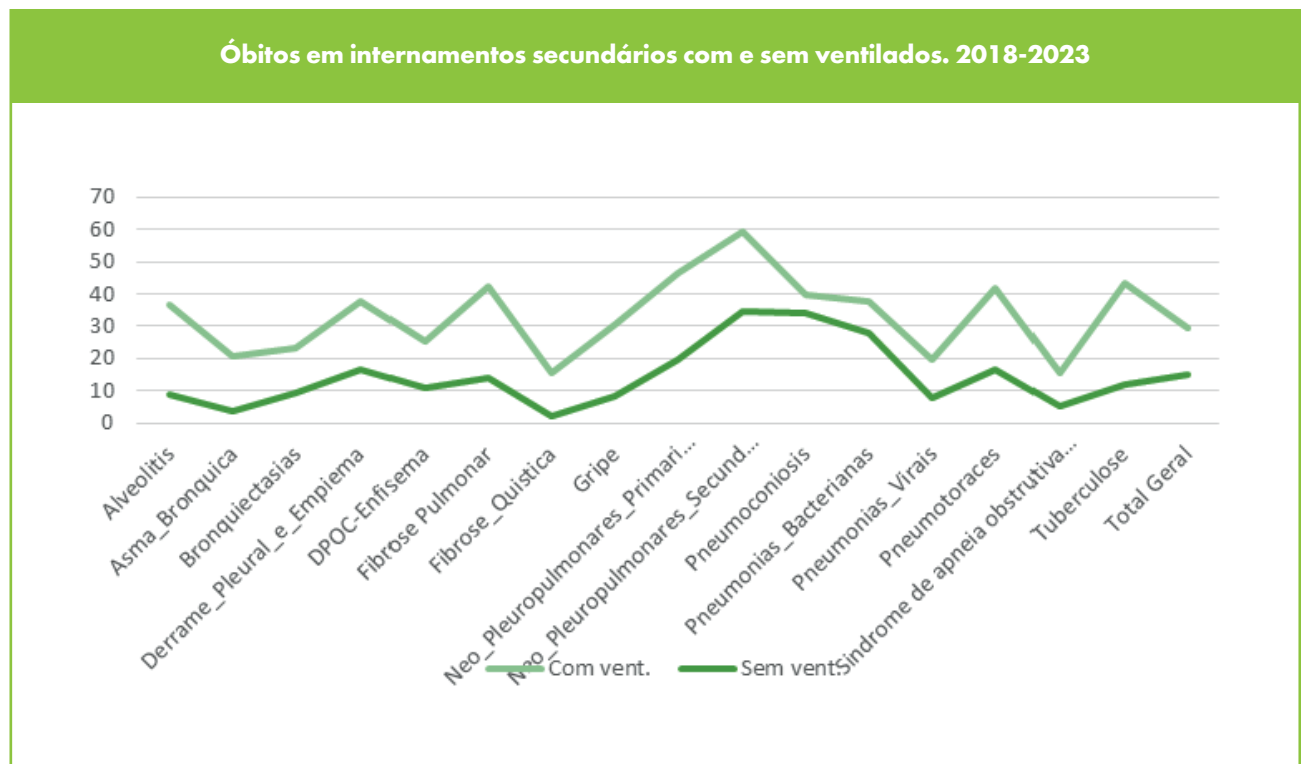


Figura 74: Percentagens de óbitos nas diferentes patologias respiratórias.

	COM VENTILAÇÃO	SEM VENTILAÇÃO
Alveolitis	36,5	8,9
Asma Bronquica	20,6	3,9
Bronquiectasias	23,1	9,2
Derrame Pleural e Empiema	37,5	16,6
DPOC Enfisema	25,5	10,9
Fibrose Pulmonar	42,4	14,2
Fibrose Quística	15,4	2
Gripe	30,5	8,2
Neo Pleuropulmonares Primárias	46,2	19,7
Neo Pleuropulmonares Secundárias	59,2	34,8
Pneumoconiosis	39,5	34
Pneumonia Bacterianas	37,6	27,7
Pneumonias Virais	19,7	7,9
Pneumotoraces	41,9	16,4
Síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS)	15,7	5,5
Tuberculose	43,2	12,1
Total	29,2	14,9

Quadro 74: Valores da figura 74.

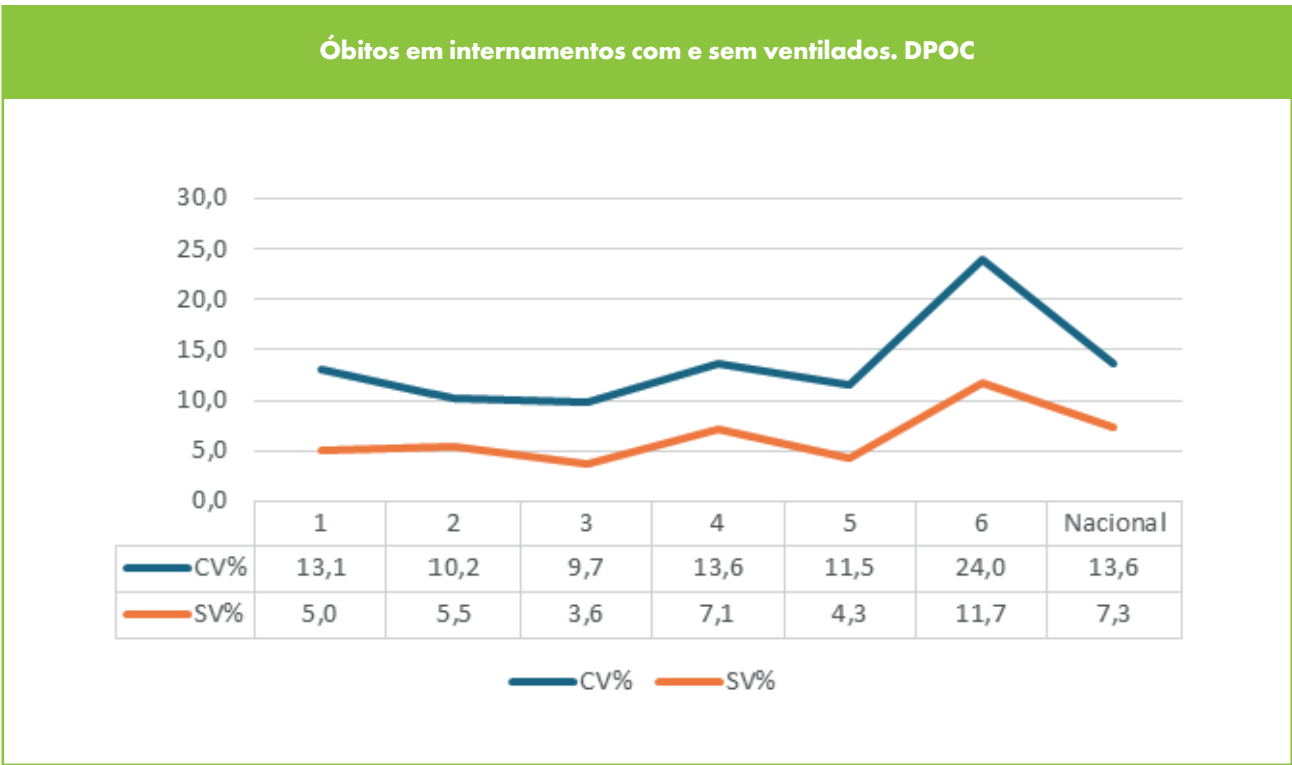


Figura 75: Valores percentuais de óbitos em relação a internamentos de 2018 a 2023 referentes a seis instituições e ao total nacional. DPOC.

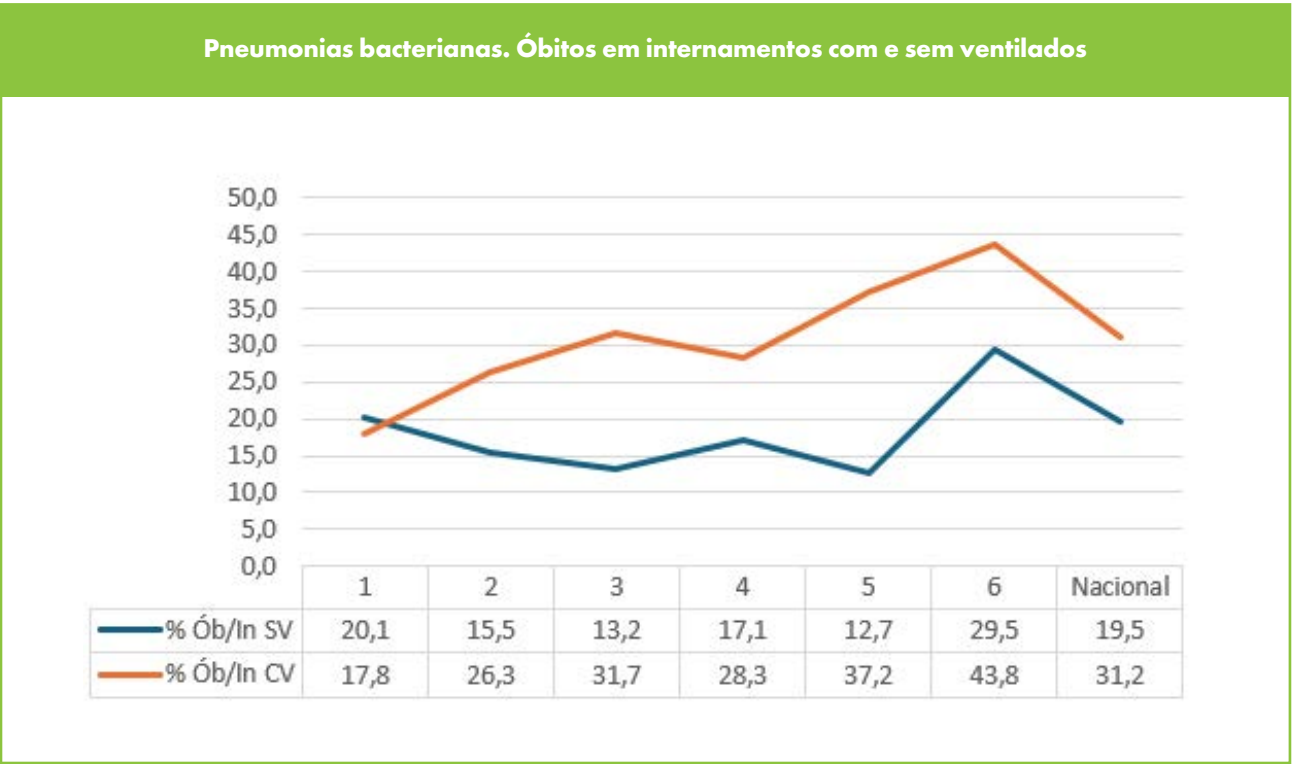


Figura 76: Valores percentuais de óbitos em relação a internamentos de 2018 a 2023 referentes a seis instituições e ao total nacional. Pneumonia bacteriana.

Óbitos em internamentos com e sem ventilação. Cancro do pulmão

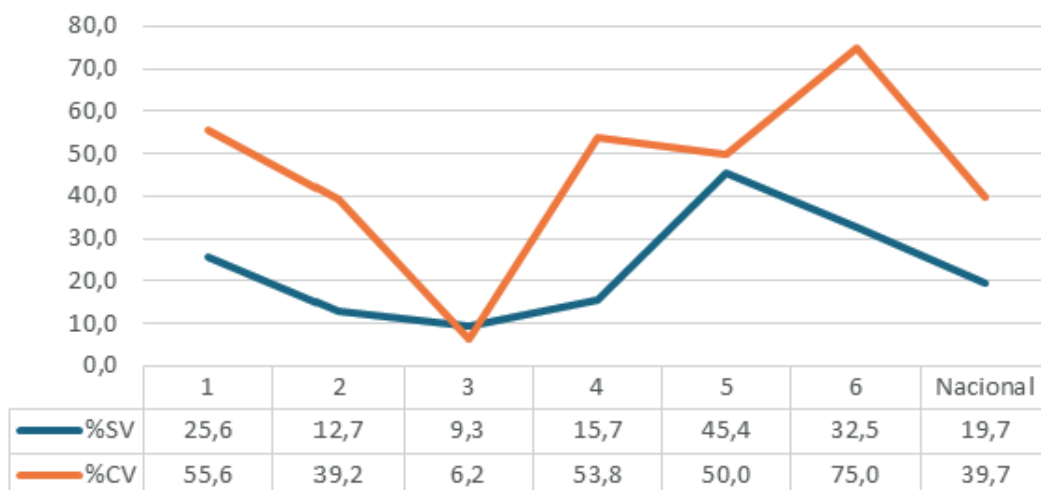


Figura 77: Valores percentuais de óbitos em relação a internamentos de 2018 a 2023 referentes a seis instituições e ao total nacional. Cancro do pulmão.

Óbitos em internamentos com e sem ventilados. Pneumoconiose

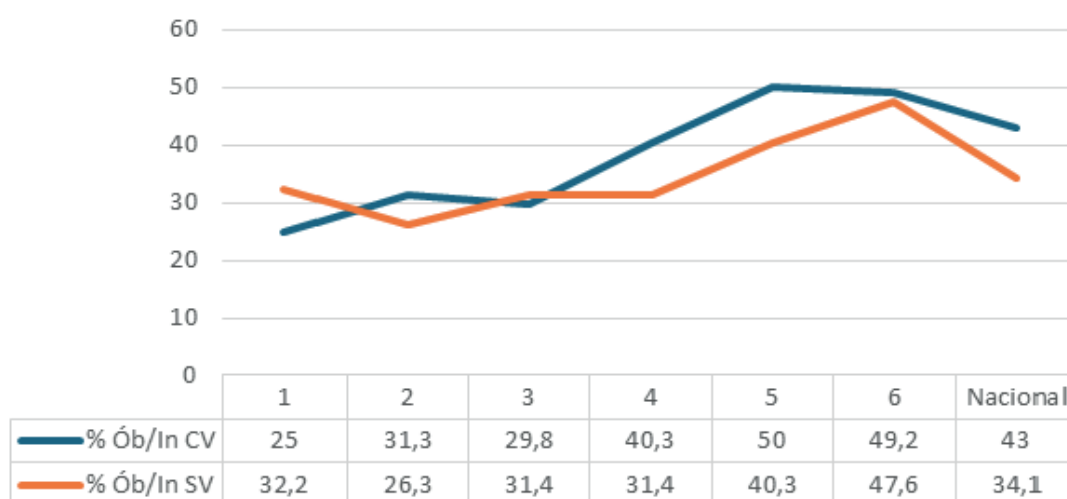


Figura 78: Valores percentuais de óbitos em relação a internamentos de 2018 a 2023 referentes a seis instituições e ao total nacional. Pneumoconioses.

Tão importante como o conhecimento médico é a capacidade de o aplicar a toda a população. Não sendo fácil é muitas vezes impossível, como acontece em países que não têm serviços de saúde gratuitos. No nosso país, o SNS pretende e consegue a maior parte das vezes esse objetivo, saúde gratuita para todos. Porém, é necessário zelar a todo o momento para que isso aconteça. É preciso que um português de uma aldeia transmontana tenha o mesmo tipo de tratamento que um português da Avenida dos Aliados no Porto ou um português do Chiado em Lisboa. Variabilidade no acesso aos tratamentos e variabilidade na qualidade dos tratamentos. Só assim, é respeitada a nossa Constituição, saúde gratuita e de boa qualidade para todos.

Com os dados que estudamos não é possível avaliar a equidade de acesso, porque o internamento em cada um dos hospitais não tem uma área de referência estanque. Uma doente de Vimioso pode ser internada em Faro. A informação estudada não resolve esse problema, mas permite avaliar a variabilidade de qualidade. Isto é: comparando o número de mortos por 100 internamentos de uma determinada patologia podemos avaliar os resultados. Podemos verificar que no local a, b ou c as taxas são iguais, melhores ou piores que a média nacional, desde que os dados nacionais se comportem de forma constante e expectável.

Ao estudarmos dados nacionais anuais e adicionalmente referentes a um período de 6 anos temos uma medida segura do que é a moda do SNS para um determinado problema ou grupo de doentes e compará-la com valores do anos vindouros (Figuras 72, 73 e 74) certificando-nos de que melhoramos ou de que temos um qualquer problema que o impede, bem como comparar valores nacionais com locais (Figuras 75, 76, 77 e 78) observando e justificando a incoerência dos dados encontrados.

Por vezes parece serem os centros as causas das discrepâncias (Figuras 75, 76, 77), enquanto noutros casos (Figura 78) parece que patologia precisa de ser desagregada. Nas figuras 75 a 78, no eixo do "X" temos os valores nacionais comparados com valores de seis instituições do nosso país, numeradas de 1 a 6, com diferente tamanho em locais centrais e periféricos. Como se compreende, por razões éticas e de compromisso, não é possível numa publicação desta natureza identificar as instituições em causa, mas a tutela deverá, deveria, ter em conta estas diferenças relativas às médias nacionais para estudar as causas. Estas poderão ser fruto de alterações de metodologia de trabalho, perfeitamente justificáveis, ou, em alternativa, erros de registo, de comunicação ou ainda e finalmente, de codificação. Seja o que for, ignorar as diferenças locais relativamente às métricas nacionais significa desvalorizar o trabalho de quem se ocupa destes dados e inutilizar as verbas despendidas, esquecendo o impacto que as variações possam ter na saúde da população e na qualidade da medicina prestada.

15. Apneia Obstrutiva do Sono (AOS)

VitalAire, empresa de cuidados respiratórios domiciliários (CRD), apresenta evidências clínicas e económicas em Portugal, sobre a aplicação de um programa personalizado.

Com o aumento das doenças crónicas, do envelhecimento das populações, dos riscos de pandemia, assim como do frágil financiamento das instituições, os sistemas de cuidados de saúde necessitam, cada vez mais, de responder não só a grandes desafios como à garantia da sua sustentabilidade económica.

A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) representa um importante **encargo clínico e económico para o sistema de saúde** devido à **epidemiologia, ao subdiagnóstico, à morbi-mortalidade** e ao impacto na **qualidade de vida dos doentes**. A repercussão clínica e social é significativa uma vez que esta condição está associada a um aumento da mortalidade e à ocorrência de complicações graves e incapacitantes (doenças cardiovasculares, AVC, etc.). Além disso, acarreta um maior risco de acidentes rodoviários e contribui para o desenvolvimento e/ou agravamento de comorbilidades (hipertensão, diabetes, depressão, etc.). Desta forma, os encargos económicos são substanciais, relacionados com internamentos devido a complicações clínicas, acidentes, faltas ao trabalho e perda de produtividade, bem como com os custos de gestão da doença, incluindo diagnóstico, tratamento e exames de seguimento. Dada a evolução demográfica da população portuguesa e os fatores de risco para a AOS, nomeadamente a obesidade, é expectável que o número de doentes com esta patologia continue a aumentar nos próximos anos.

Em Portugal, e analisando os dados cedidos pela APCSD³ relativos ao final do ano de **2021**, no SNS estariam ativas **mais de 130.000 terapias de AOS** apresentando um CAGR⁴ (2016-2021) **>10%**. Com esta tendência, podemos perspetivar o atual volume de mercado.

Por outro lado, estimando-se em Portugal um **subdiagnóstico de 80% no que respeita à AOS** importa destacar a importância de ter tratamentos efectivos, com resultados clínica e economicamente comprovados e que garantam a sustentabilidade a longo prazo.

Neste contexto, é necessário sublinhar que, dada a natureza comportamental da terapia com pressão positiva na via aérea (PAP), a falta de adesão é o principal desafio à eficácia do tratamento com impacto nas complicações da AOS.

Uma vez que a AOS representa o maior número de pessoas em tratamento no setor dos CRD, soluções inovadoras que aportam valor e sustentabilidade devem ser incorporadas no ecossistema de saúde. Com estes objetivos, e para contribuir positivamente na adesão à PAP, a VitalAire Portugal e a Air Liquide Healthcare, parte do Grupo Air Liquide, desenvolveram o programa VitalCare com base em planos de apoio personalizados.

[3] APCSD - Associação Portuguesa de Cuidados de Saúde ao Domicílio, dados de terapias ativas de AOS no SNS, consolidados dos seus associados (D'AR Saúde, Gasoxmed, Linde, Nippon Gases, VitalAire, Vivisol) em 2021.

[4] CAGR (Compound Annual Growth Rate) - Taxa de crescimento anual composto.

Compreender e melhorar o que realmente importa ao doente é o primeiro fundamento da abordagem de valor **VBHC⁵ da VitalAire**, que visa aumentar o valor extraído dos recursos de cuidados de saúde disponíveis, alcançando os melhores resultados de saúde para o doente, com custos otimizados e racionais para o Estado e Agentes Públicos e Privados envolvidos na prestação dos serviços.

Com o objetivo de enfrentar estes desafios multifatoriais e interdependentes, foi identificada a importância de **modernizar e personalizar o modo de operar** numa abordagem de valor **VBHC**, onde são incorporadas **soluções digitais e de proximidade, diminuindo a pegada ecológica**, indo ao encontro das necessidades das pessoas que beneficiam dos tratamentos de CRD, melhorando os resultados obtidos com o tratamento. Esta nova abordagem possibilitará aos prestadores de CRD maior flexibilidade, menor desperdício e promoverá interações importantes para os doentes que permitirão, mediante a apresentação de resultados concretos, incorporar mais valor nos serviços prestados e gerar eficiências para o ecossistema de saúde.

Perante a ausência de evidência em Portugal do impacto no ecossistema de saúde relativo à AOS, o grupo Air Liquide tomou a iniciativa de promover um **Estudo Clínico e de impacto Económico**, de modo a trazer resultados comprovados e caminhos sólidos para o futuro.

Análise clínica e económica de um plano de acompanhamento personalizado para melhorar a adesão à pressão positiva nas vias respiratórias em doentes com apneia obstrutiva do sono em Portugal.

Paula Pinto [Departamento de Tórax, Serviço de Pneumologia, Unidade de Sono e VNI, Unidade Local de Saúde Santa Maria Faculdade de Medicina de Lisboa, ISAMB, Portugal]

Gustavo Reis [Serviço de Pneumologia, Unidade Local de Saúde da Lezíria, Portugal]

Fátima Teixeira [Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Portugal]

Vânia Caldeira [Centro Hospitalar Setúbal, Portugal]

Bebiana Conde [Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal]

Hélène Pasche [Air Liquide Santé International, Bagneux, França]

Henry Taupin [Air Liquide Santé International, Bagneux, França]

Sarah Alami [Air Liquide Santé International, Bagneux, França]

Sylvie Blais [Air Liquide Santé International, Bagneux, França]

Ana Simões [VitalAire Portugal]

Ceu Mateus [Faculdade de Saúde e Medicina, Universidade de Lancaster, Lancaster, Reino Unido]

Joëlle Texereau [Air Liquide Healthcare, Bagneux, França]

Joaquim Moita [Centro Hospitalar Universitário Coimbra, Portugal]

[5] VBHC - Value-Based Healthcare

INTRODUÇÃO:

A terapia com pressão positiva nas vias aéreas (PAP) continua a ser o “gold standard” para o tratamento da AOS mas, instituir e manter a adesão a esta terapia é muitas vezes um desafio. A adesão efetiva é crucial para que os benefícios clínicos e económicos da terapia PAP sejam alcançados.

O prestador de cuidados domiciliários desempenha um papel significativo no percurso do doente com a terapêutica PAP, desde o início do tratamento até à manutenção a longo prazo. Para além dos serviços habituais dos prestadores de cuidados domiciliários, o programa VitalCare, baseado em planos de apoio personalizados, foi concebido para melhorar a adesão à PAP.



OBJETIVO:

Comparar o programa VitalCare com o acompanhamento padrão efetuado pelo prestador CRD no que respeita a:

- Adesão à terapia PAP;
- Impacto económico relacionado com a saúde.

METODOLOGIA:

Foi realizado um ensaio clínico multicêntrico, randomizado (1:1) e controlado, para comparar um plano de acompanhamento personalizado baseado nas necessidades do doente (VitalCare) com o seguimento habitual pelos prestadores de cuidados domiciliários em doentes com Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) que iniciaram PAP em Portugal. Foi, ainda, desenvolvido um modelo económico de saúde baseado na relação estabelecida entre a utilização de PAP e a sua eficácia.

RESULTADOS CLÍNICOS:

Foram analisados 107 doentes: 56 em VitalCare e 51 em seguimento padrão. Os doentes apresentavam um perfil típico de AOS com características de base semelhantes em ambos os grupos. A maioria dos participantes eram do sexo masculino (61%), com uma idade média (desvio-padrão (dp)) de 57,1 (11,7) anos, um Índice de Apneia Hipopneia (IAH) média basal de 30,4 (19,9) e uma Pontuação de Sonolência de Epworth de 9,9 (5,5).

O objetivo primário não foi estatisticamente significativo (utilização média diária de PAP aos 3 meses igual a 4,61 (2,24) horas com VitalCare e 3,85 (2,62) com seguimento padrão ($p=0,059$)). Foi observada uma tendência a favor do VitalCare aos 6 meses, com uma utilização média diária de PAP igual a 4,63 (2,18) horas versus 3,86 (2,68) com seguimento padrão ($p\text{-value} = 0,042$). A taxa de doentes aderentes (utilização média diária de PAP $\geq 4\text{h}/\text{dia}$) foi estatisticamente mais elevada com o VitalCare aos 6 e 12 meses com, respetivamente, 64,3% e 69,6% versus 45,1% e 49,0% de doentes no seguimento padrão (valores de p respetivamente iguais a 0,046 e 0,030).

Foi observada uma interação altamente significativa em termos estatísticos entre o grupo de estudo e o IAH de base. O IAH, a sonolência diurna, o ressonar e a qualidade de vida (Escala Visual Analógica) melhoraram de forma semelhante em ambos os grupos.

RESULTADOS DO MODELO ECONÓMICO DE SAÚDE

Um modelo económico de saúde foi aplicado aos 6.500 doentes seguidos com VitalCare em Portugal, tendo estimado que são evitados anualmente 398 eventos cardiovasculares, 139 acidentes de viação, 98 novos diagnósticos de cancro e 7 acidentes de trabalho, resultando numa poupança potencial de -1,7 M€ de custos diretos (-255€ por doente) e -1,4 M€ de custos indiretos (-220€ por doente).

CONCLUSÃO:

Os planos de acompanhamento personalizados, VitalCare, disponibilizados pelo prestador de cuidados domiciliários VitalAire em Portugal melhorou a utilização de PAP, podendo resultar em benefícios para a saúde e poupanças substanciais.





Copyright © Fundação Portuguesa do Pulmão, 2024

