



Evangelista Rocha¹
Rui Cruz Ferreira², Ana Abreu³
Rui Portugal⁴, Paulo Nogueira⁵, Ana Timóteo⁶

Relatório

Prevenção em Destaque – Portugal

Relatório inserido na iniciativa *Prevention in your Country* promovido pela EACPR*

¹Coordenador de Prevenção Cardiovascular da SPC, Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

²Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, DGS

³Coordenadora do Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca da SPC

⁴Diretor Executivo do Plano Nacional de Saúde, DGS

⁵Diretor da Direção de Serviços de Informação e Análise, DGS

⁶Grupo de Estudo de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca da SPC

**European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* da Sociedade Europeia de Cardiologia



Informação Básica sobre Portugal

Portugal é um país com uma área geográfica distribuída por uma região continental (89 102km²) e pelos arquipélagos dos Açores e Madeira (3 123km²). É um estado membro da Organização do Tra-

tado do Atlântico Norte (NATO) desde 1949, das Nações Unidas (UN) desde 1955, da União Europeia (EU) desde 1986 e integra a Zona Euro desde 2001. Portugal é uma república democrática com base parlamentar.

Alguns indicadores-chave:

População residente no final de 2013 (nº pessoas)	10 427 301
Densidade populacional (nº pessoas/Km ²)	113,1
População urbana (%) (2012)	62
Índice de envelhecimento (razão - %)	133,5
Cobertura da população pela segurança social e regime público de pensões (%)	40,6
População com ensino superior (%)	15
PIB <i>per capita</i> em EUR PPP (Paridades do poder de compra) (2012)	19 491
Gastos totais com a saúde <i>per capita</i> em EUR PPP (2012)	1 845
Esperança de vida à nascença, total/homem/mulher (anos) (2012)	80,6/77,3/83,6
Mortalidade infantil (óbitos de crianças <1 ano por 1000 nados vivos) (2013)	3
Pontuação no <i>Euro Health Consumer Index</i> (2013) (16.ª posição em 35 países)	671
Nível de rendimento (OCDE) (2013)	Alto
PIB (bilhões US \$)	220,0

Fontes: Instituto Nacional de Estatística, Direção Geral da Saúde, PORDATA, Banco Mundial, *Health Consumer Powerhouse*, *OECD Health at a Glance: Europe 2014*



Estrutura dos Serviços de Saúde em Portugal

Estrutura

O sistema de saúde português caracteriza-se pela coexistência de:

- Serviço Nacional de Saúde (SNS)
- Subsistemas, públicos e privados, específicos para alguns setores profissionais
- Seguros de saúde voluntários privados

O SNS é o meio pelo qual todos os cidadãos residentes, independentemente da sua situação económica ou social, pode aceder aos cuidados de saúde. O SNS integra os vários níveis de prevenção, desde a promoção da saúde à prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social. Nos últimos anos, com o objetivo de melhorar o desempenho e eficácia do sistema de saúde, foram implementadas diversas reformas na rede e nas urgências hospitalares, nos cuidados primários de saúde e

na rede nacional de cuidados continuados integrados (convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção e cuidados paliativos).

O SNS fornece cuidados hospitalares agudos e de reabilitação (em alguns hospitais a fase I e II de reabilitação cardíaca), clínica geral e assistência materno-infantil.

Em 2008, a organização dos cuidados primários de saúde e a saúde pública foi reestruturada com a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). A missão é assegurar a provisão de cuidados de saúde primários para a população de uma área geográfica definida (com uma população de 120 000 a 200 000 habitantes). Os ACES foram desenhados para a orientação, coordenação e apoio aos serviços comunitários, e para trabalhar em conjunto com as unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

(UCSP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Recursos Partilhados (URAP). Foram constituídos numa base voluntária e estão a operar atualmente em cerca de metade do país. Existem atualmente 74 ACES.

Em 2013 havia 9,1 cardiologistas por 100 000 habitantes, sendo 6% cardiologistas pediátricos.

A promoção da saúde e a prevenção, a diferentes níveis, são alvos estratégicos definidos em programas de Intervenção do Ministério da Saúde. O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 estabelece objetivos e eixos estratégicos, incluindo qualidade em saúde e políticas saudáveis. As estratégias para a melhoria da qualidade em saúde estão baseadas, entre outros conceitos, na governação que integra a gestão de risco e a preparação de *guidelines* clínicas e organizacionais. As estratégias para o reforço de políticas saudáveis estão baseadas em medidas reguladoras, plataformas e redes de parceria intersectorial, planeamento e governação dos programas de saúde. Os serviços de saúde pública desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença na população incluindo a avaliação do impacto em saúde.

Referência

Anuário Estatístico de Portugal 2013 (ESS)
Plano Nacional de Saúde 2012-2016 acessível em: <http://pns.dgs.pt/>

Aspetos Financeiros

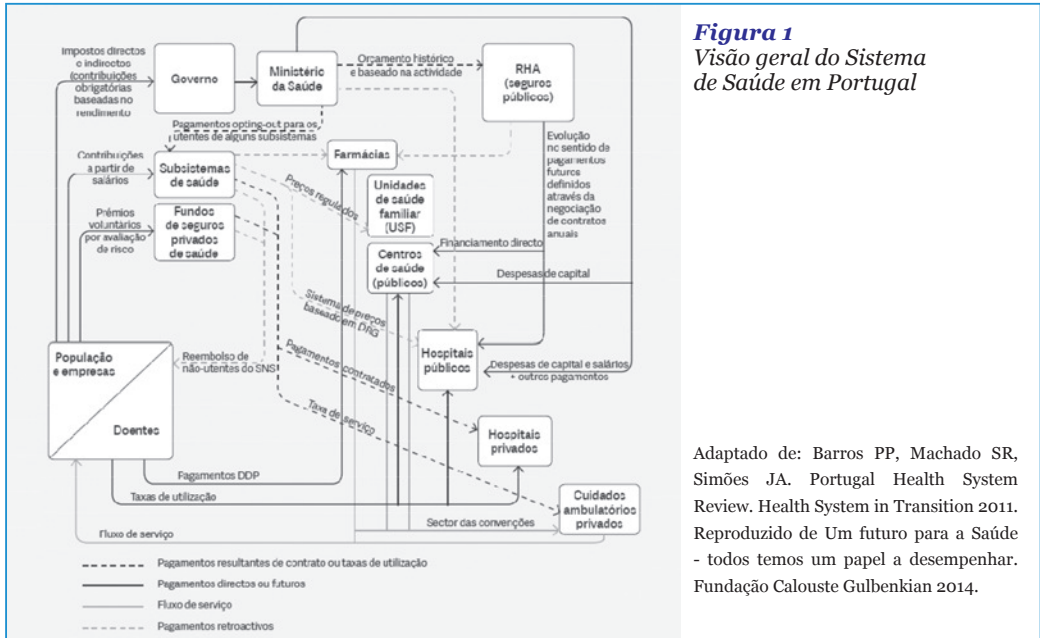
A despesa total da saúde em 2012 foi de 9,5% do produto interno bruto (PIB), ligeiramente acima da média da OCDE de 9,3%, sendo a despesa com saúde pública de 5,9% *versus* 6,7% e os gastos com produtos farmacêuticos de 1,8% *versus* 1,5% em relação ao PIB. O setor público é a principal fonte de financiamento dos cuidados de saúde, cerca de 65% em 2012, abaixo da maioria dos países da UE (média da OCDE - 72%).

A estrutura de financiamento da saúde é complexa. Mais de 90% da despesa pública provém de impostos e inclui o financiamento da provisão direta de cuidados de saúde dentro do SNS. A despesa privada inclui sobretudo pagamentos diretos (*out-of-pocket* - OOP), seguros de saúde voluntários e subsistemas de saúde privados e de saúde pública.

O financiamento estatal do SNS em 2011 foi 54% da despesa total, os pagamentos diretos cerca de 30%, geralmente co-pagamentos no SNS (produtos farmacêuticos, exames e taxas de serviços). Os seguros privados contribuíram com menos de 6% do financiamento global. Os subsistemas públicos e outros financiamentos públicos contribuíram com cerca de 7% (2011). As isenções dos co-pagamentos incluem planeamento familiar, gravidez, crianças com menos de 12 anos, pensionistas com baixo rendimento, responsáveis por menores com deficiência, doenças crónicas como diabetes e neoplasias, e população social ou economicamente desfavorecida. Atualmente cerca de 5 milhões de pessoas (metade da população) está isenta.

A despesa com a saúde por função e modo de produção, em 2012 (ou ano mais próximo), foi a seguinte: internamento (cuidados curativos e reabilitação) - 27%; cuidados em ambulatório (domiciliários e serviços auxiliares de cuidados de saúde) - 45%; cuidados de longa duração - 2%; produtos farmacêuticos e outros artigos não duráveis - 23%; prevenção e administração - 4% (OCDE 2014).

A maioria dos tratamentos dentários e consultas de especialidade em ambulatório (60%) são pagas diretamente pelos utentes. Os serviços de diagnóstico, diálise renal, fisioterapia e programas de reabilitação cardíaca são frequentemente prestados através de acordos entre o SNS e/ou subsistemas.



III Estatísticas dos Fatores de Risco

Mortalidade por Doença Cardiovascular

Em Portugal, a tendência na mortalidade por doença cardiovascular (DCV), definida como a diferença em percentagem de mor-

tes entre 1990 (45%) e 2012 (30,4%) é de acentuada diminuição, enquanto as mortes por neoplasia continuam a aumentar.

As mortes por doenças do sistema circulatório, em 2012, estiveram sobretudo

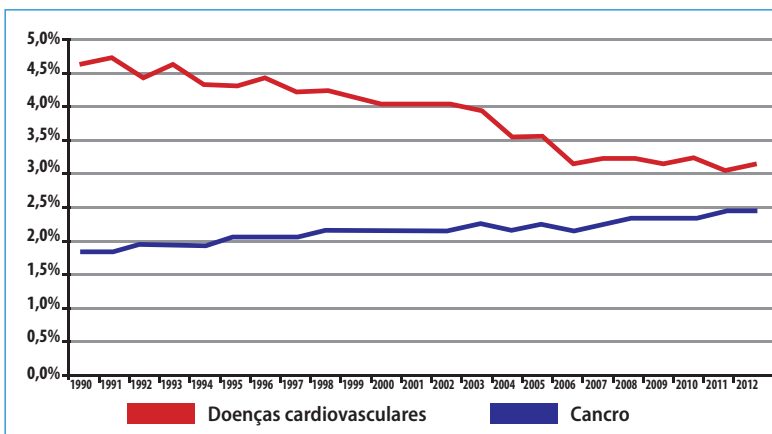


Figura 2
Tendências na mortalidade por doenças cardiovasculares e cancro em Portugal, 1990-2012

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Mortalidade por causa de morte (Anuário Estatístico de Portugal 2013)

associadas às doenças cerebrovasculares, contribuindo com 41% das causas de morte, como é claramente observado para as pessoas com 65 ou mais anos (Quadro 1). É de salientar que a redução relativa nas taxas de mortalidade ajustadas para a idade por doença isquémica do coração (DIC) e por doença cerebrovascular entre 2007 e 2012 foi semelhante (25%), e em 2012 a idade média à morte por estas causas foi, respetivamente, 78,5 e 81,2 anos.

A variação dos anos potenciais de vida perdidos devido a DCV entre 2012 e 2008 (-18,9%) foi semelhante nos homens (-19,10%) e nas mulheres (-18,46%), mas foi mais elevada para a DIC (-20,90%) do que para a doença cerebrovascular (-15,17%).

Quadro 1

Taxas de mortalidade padronizadas para a idade por DCV, DIC e doença cerebrovascular por 100 000 habitantes, por género e grandes grupos etários, em Portugal 2012

	Total	< 65 anos	≥ 65 anos
DCV			
Total	155,2	24,0	1216,7
Homens	177,6	36,0	1323,0
Mulheres	136,3	12,9	1134,4
DIC			
Total	35,3	8,1	254,7
Homens	47,9	13,8	323,4
Mulheres	25,2	3,0	205,2
Doença Cerebrovascular			
Todos	63,3	8,6	505,7
Homens	71,2	12,2	549,1
Mulheres	56,8	5,4	473,0

Fontes: Eurostat, OECD *Health at a Glance: Europe 2014*, *Statistics Portugal 2014*, WHO/Europe, *European Health for All and European detailed mortality databases, 2014*; <http://www.dgs.pt>, Portugal Doenças Cerebro-cardiovasculares em Números 2014

Recursos para Intervenção Coronária Percutânea

Existem em Portugal 28 centros de Cardiologia de Intervenção (19 públicos, 9 privados) com capacidade de realização de intervenção coronária percutânea (ICP), 2,6 centros por milhão de habitantes. Dezoito centros disponibilizam ICP 24h/dia. Desde 2011 Portugal ultrapassou a média europeia de angioplastia primária, o tratamento mais efetivo do enfarte agudo de miocárdio, com mais de 300 procedimentos por milhão de habitantes/ano. O tempo de demora mediano casa-balão para o tratamento do enfarte de miocárdio com elevação de ST (STEMI) foi de 55 minutos em 2013.

Referência
<http://www.spc.pt/APIC>

Principais Fatores de Risco Cardiovascular

Hipertensão Arterial

A taxa de mortalidade padronizada por acidente vascular cerebral (AVC) não especificado como hemorrágico ou isquémico, em ambos os sexos, em Portugal Continental, diminuiu de 41,0 para 27,1 por 100 000 habitantes, entre 2007 e 2012. Se a taxa de mortalidade por AVC é um indicador da situação em termos de hipertensão arterial (HTA), isto significa que o controlo da HTA melhorou significativamente.

Tabagismo

Apesar da informação e diretivas, o consumo de tabaco é ainda elevado em adultos e jovens de ambos os sexos.

Hipercolesterolemia

A elevada prevalência de hipercolesterolemia (mais de 50%) significa que apesar da utilização de hipolipemiantes (9 871 160 embalagens vendidas em 2013, 37% do número de anti-hipertensores), a maioria dos doentes não atingem o valor alvo defi-

Quadro 2

Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular em Portugal

Fator de Risco	Prevalência (%)	Observações
Hipertensão arterial (≥18 anos)	42	2003, 2007, 2012, critérios <i>standard</i> , cuidados primários, prevalência ponderada (18-90 anos)
Hipertensão arterial (≥18 anos), Masc.	45	
Hipertensão arterial (≥18 anos), Fem.	40	
Tabagismo (≥15 anos)	18,6	2006 fumadores diários
Tabagismo (≥15 anos), Masc.	27,6	
Tabagismo (≥15 anos), Fem.	10,6	
Hipercolesterolemia (≥18 anos)	63,7	2007 ≥200mg/dl ou em tratamento, prevalência ponderada (18-90 anos)
Hipercolesterolemia (≥18 anos), Masc.	63,4	
Hipercolesterolemia (≥18 anos), Fem.	63,9	
Obesidade (≥15 anos)	15,4	2006, peso e altura autoreportados
Obesidade (≥20 anos)	24,0	2008 estimativas OMS
Obesidade (≥15 anos), Masc.	21,6	
Obesidade (≥15 anos), Fem.	26,3	
Excesso de peso (≥20 anos)	59,1	
Excesso de peso (≥20 anos), Masc.	61,8	
Excesso de peso (≥20 anos), Fem.	56,6	
Diabetes (20-79 anos)	9,6	2006 autoreporte, estimativa da prevalência, padronizada (População Padrão Mundial)
Diabetes (20-79 anos)	13,0	2013 estimativa a partir da prevalência ponderada (2009)
Diabetes (20-79 anos), Masc.	15,6	
Diabetes (20-79 anos), Fem.	10,7	
Inatividade Física (≥15 anos)	53,9	2008 estimativas OMS
Inatividade Física (≥15 anos), Masc.	50,0	
Inatividade Física (≥15 anos), Fem.	57,5	
Consumos		
Gordura saturada (% calorías)	10,8	FAOSTAT 2007
Frutas e vegetais (gramas <i>per capita</i>)	877	FAOSTAT 2009
Sal (gramas por dia)	12,3	2010, estimativa OMS
Sal (gramas por dia)	10,7	2011, inquérito nacional
Álcool (consumo anual, ≥15 anos) (litros <i>per capita</i>)	10,8	2010 (10º lugar em 34 países da OCDE, listados por valores decrescentes)

Fontes: Estudo PAP 2003; Estudo VALSIM 2007; Estudo PHYSA 2012; Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006; Estudo PREVDIAB 2009; Estudo DYSIS Portugal; FAOSTAT 2013; Infarmed Portugal - Estatística do Medicamento 2013; *WHO Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*; *WHO-European Region-Portugal 2013 (Nutrition, Physical Activity and Obesity)*; www.oecd.org/Portugal 2014; *OECD Health at a Glance: Europe 2014*; [www.dgs.pt/Priority Health Programs/ Health Statistics](http://www.dgs.pt/Priority%20Health%20Programs/Health%20Statistics); www.who.int/countries (WHO 2014); <http://data.euro.who.int/hfad/>

nido pelas *guidelines* da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC).

Obesidade

A obesidade em crianças e adolescentes, assim como em adultos, é um desafio para o futuro próximo, devido aos riscos associados.

Inatividade Física

A inatividade física é considerada a dimensão negligenciada da prevenção, e os efeitos para a saúde do insuficiente exercício físico significa que é um problema de saúde *major* do século XXI.

Diabetes

Em Portugal a diabetes é provavelmente o problema de saúde que cresce mais rapidamente, atingindo proporções pandémicas. A diabetes custa ao sistema de saúde cerca de 1,2% do PIB e 12% dos gastos em saúde em 2012 (*International Diabetes Federation Diabetes Atlas 2012*).

Fornecimento de Frutas e Vegetais

Portugal teve um fornecimento de frutas e vegetais de 877g *per capita* por dia

em 2009 (recomendação da Organização Mundial da Saúde e Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação (OMS/FAO): 600g), mas entre 2008 e 2012 (INE, 2014) houve uma diminuição na disponibilidade, agravando o *deficit* relativamente às recomendações da Roda dos Alimentos portuguesa. Devido às mudanças no consumo doméstico no anos recentes, o nível de fornecimento alimentar, para o período de 2008-2012 alterou-se, com uma redução de 4% nos laticínios e de 10,6% nas frutas (2009-2012).

Álcool

Ao longo da última década o consumo de álcool manteve-se quase inalterado na região europeia e em Portugal, onde a prevalência de consumo abusivo (60g de álcool puro em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias) em 2010 (≥ 15 anos em ambos os sexos) era de 20,4% na população em geral (1 em cada 5 adultos) e 35,8% em consumidores regulares.



Principais Intervenientes e Métodos de Prevenção

Quem intervém?

Portugal tem uma história de uma longa década no desenvolvimento de Planos Nacionais de Saúde (PNS) no intuito de a dar orientação estratégica e coerência para o desenvolvimento e implementação do PNS a diferentes níveis de governação e administração e como uma orientação para todos os agentes do sistema de saúde portugueses incluindo os prestadores de cuidados de saúde e os cidadãos.

O PNS 2012-2016 é encarado como a estratégia nacional para reunir pessoas e

instituições na discussão e troca de diferentes perspetivas e conhecimento em saúde e para promover um sentimento de pertença em relação à política de saúde e fortalecimento do sistema de saúde.

Enquanto os governos têm o papel principal e responsabilidade na resposta às doenças não transmissíveis, todas as pessoas têm um papel a desempenhar na prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, incluindo as sociedades científicas, profissionais de saúde, os meios de comunicação social e os cidadãos. As organizações não

governamentais também prestam importantes serviços de saúde. De todos estes intervenientes, salientamos três grupos de profissionais de saúde.

Médicos de família

Em 2013 havia 57 médicos especialistas em medicina geral e familiar por 100 000 habitantes, com um pouco mais de 1/3 do número de médicos não especialistas (internos de especialidade, clínicos gerais, investigadores). Os médicos de família têm um papel crítico nos cuidados primários e por isso na prevenção das DCV na prática clínica. São os primeiros a identificar indivíduos em risco de desenvolver doença vascular aterosclerótica e podem desenvolver uma parceria com o doente e família. Uma aplicação informática desenvolvida pela Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) dá a possibilidade aos médicos de família nas unidades de saúde de registar as principais variáveis e aceder a uma ferramenta interativa para a estimativa do risco cardiovascular global, semelhante ao *HeartScore* europeu.

Cardiologistas

O foco principal dos cardiologistas que trabalham no sistema público e/ou em hospitais privados é a prevenção secundária e terciária da DCV. No entanto, o número daqueles que trabalham em equipas de reabilitação cardíaca é muito limitado, tanto em hospitais (fase I-II) como em centros privados. A prevenção primária da DCV não constitui uma prioridade na sua prática diária, exceto para os doentes com HTA severa, obesidade, diabetes ou dislipidemias, quando referidos para o cardiologista pelo seu médico de família.

Enfermeiros

Em 2013 existiam 6,3 enfermeiros por 1000 habitantes, certificados pelas respetivas associações profissionais (INE 2013), e que trabalham na prestação direta de

serviços aos doentes e outros com funções no sistema de saúde como gestores, educadores e investigadores. Para além das suas funções tradicionais, muitos enfermeiros, tanto em hospitais como nos cuidados primários, têm agora outros papéis, como por exemplo na educação, literacia em saúde, seguimento de doentes crónicos, registos de saúde e de doença, controlo de HTA e anticoagulação. A sua intervenção pode melhorar o acesso aos cuidados de saúde e reduzir tempos de espera.

Onde?

Cada vez mais serviços de saúde prestam cuidados de saúde integrados a todos os indivíduos, independentemente do local ou da forma como eles são prestados – cuidados primários (centros de saúde, comunidades, domicílios) ou cuidados diferenciados (hospitais e centros de reabilitação), públicos ou privados. O sistema de saúde orienta-se para ser centrado na pessoa e baseado em equipas.

Orientação

Em Portugal existem várias sociedades científicas e associações que congregam profissionais de saúde envolvidos na área da prevenção cardiovascular (cardiologia, HTA, diabetes, medicina geral e familiar, etc.). A Sociedade Portuguesa de Cardiologia adotou todas as *guidelines* da ESC e traduziu todas as *Pocket Guidelines* para português.

A Direção Geral da Saúde (<http://www.dgs.pt>) emite circulares normativas e normas clínicas desenvolvidas em parceria com sociedades científicas, incluindo na área cardiovascular (risco cardiovascular, fatores de risco *major*, diagnóstico, tratamento).

A epidemiologia cardiovascular está incluída no *curriculum* básico nas escolas de ensino médico. Uma introdução às ferramentas de avaliação do risco, incluindo o *HeartScore* europeu é ensinada. Nos anos

clínicos, todos os aspetos da DCV (prevenção, diagnóstico e tratamento) também são estudados.

Controlo de Qualidade

A auditoria e acreditação de unidades prestadoras de cuidados de saúde são instrumentos que fazem parte da missão do Departamento de Qualidade da Direção Geral da Saúde.

Todos os indicadores solicitados pela equipa de apoio regional estão disponíveis por sistemas de informação acessíveis ao nível dos cuidados primários. Os indicado-

res de monitorização incluem hipertensão, diabetes, saúde dos adultos, e consultas médicas relacionadas com tabagismo, obesidade e alcoolismo. O desempenho dos hospitais públicos no continente é avaliado anualmente, considerando três indicadores:

A Sociedade Portuguesa de Cardiologia em 2014 iniciou a certificação das suas reuniões científicas pelo *European Board of Accreditation in Cardiology*, um importante processo para garantir a qualidade da educação médica continuada, idade, complicações e readmissões hospitalares.



IV Principais Atividades de Prevenção

As atividades de prevenção são levadas a cabo nas áreas da legislação, educação, intervenção e inovação pelos departamentos, agências e corpos consultivos sob a administração estatal e por organizações não governamentais (ONGs).

Foi aprovada legislação sobre a proteção dos cidadãos à exposição voluntária e involuntária do fumo do tabaco e em relação ao limite do conteúdo de sal no pão; também foram publicadas orientações referentes à rotulagem dos alimentos embalados para consumo humano.

Campanhas

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

- *Carta Europeia para a Saúde do Coração*
- Iniciativas como a *Loja do Coração*, *7 Dias do Coração*, *Exercício no Parque* e *Minuto de Saúde*, foram desenhadas para a sensibilização pública de conceitos constantes na *Carta Europeia para a Saúde do Coração*

Referência
<http://www.spc.pt>

- *Não perca tempo. Salve uma vida.*

Foi desenvolvida uma campanha educacional para o grande público no sentido de sensibilizar para os sintomas do enfarte agudo de miocárdio (EAM) e a necessidade de agir rapidamente e contactar o número nacional de emergência. Atividades educacionais, distribuição de folhetos, vídeos, sessões educacionais em empresas, formação de alunos e professores, rastreios cardiovasculares em centros comerciais, empresas, unidades de cuidados de saúde primários, farmácias e na Assembleia da República, tiveram cobertura mediática na imprensa escrita, televisão e rádio.

Referência
<http://stentforlife.pt>

Fundação Portuguesa de Cardiologia

- *Maio: Mês do Coração*

Em cada ano há uma mensagem específica para a população. A Fundação promove uma intensa divulgação através de diversos meios: televisão, rádio, cinemas, cartazes

em locais públicos, painéis, vários sítios na *internet* e nas *intranet* de várias empresas. Realizam-se também encontros, seminários, palestras, rastreios cardiovasculares e eventos desportivos.

- *Dias comemorativos:*

Dia Mundial do Coração, Dia Internacional da Mulher, Dia Mundial da Saúde, Dia Mundial da Alimentação, Dia Europeu da Alimentação e Culinária Saudável, Dia Mundial sem Tabaco, Dia Mundial do Não Fumador, Dia Mundial da Diabetes.

A Fundação, em conjunto com autoridades locais, desenvolve iniciativas nestes dias comemorativos internacionais, com foco nos temas estabelecidos pelas organizações internacionais como a Federação Mundial do Coração

Referência

<http://www.fpcardiologia.pt>

Projetos/Programas

Direção Geral da Saúde

Existem nove programas nacionais de saúde prioritários, a maioria dos quais incluem iniciativas para promover intervenções para reduzir os principais fatores de risco modificáveis comuns às doenças não transmissíveis: tabaco, dietas não saudáveis, inatividade física e consumo excessivo de álcool.

- *Programa Nacional para a Diabetes*
- *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*
- *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*
- *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares*

Referência

<http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios.aspx>; <http://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie.aspx>

Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva

Destacam-se duas intervenções do Instituto, financiadas por fundos de fundações e de entidades públicas, e dirigidas à população geral (nacional e regional)

- *CINDI-Portugal (1987-1997)*

O programa *Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention* (CINDI), desenhado com uma filosofia de integração multidisciplinar e multisectorial, expandiu-se a cerca de 2/3 da população, e foi seguido pelo Plano de Ação da OMS 2008-2013 para a Estratégia Global para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis e pelo Plano de Ação da OMS 2013-2020 para a Prevenção e Controlo de Doenças Não Transmissíveis.

- *Almodôvar – O Concelho + Saudável (2010-2015)*

O Projeto de Almodôvar, num município de 8 000 habitantes, baseado na formação de parcerias com entidades locais, incluindo o Centro de Saúde, o Agrupamento de Escolas e equipas de profissionais de saúde, é um exemplo de ação comunitária com diversas iniciativas e a utilização de meios de comunicação tradicionais e os *media* modernos incluindo mensagens diárias de saúde na *internet*. As atividades têm por objetivo a promoção da saúde e do diagnóstico precoce, com rastreios de pressão arterial, glicemia, colesterol e triglicéridos, entre outros, e aconselhamento de estilos de vida saudáveis e referência para consultas médicas se indicado.

Referência

<http://inec.pt>

Sociedade Portuguesa de Cardiologia

- *Stent for Life*

Em 2011 Portugal aderiu à iniciativa *Stent for Life*, uma plataforma europeia que tem como objetivo melhorar o acesso e as condições para a redução de mortalidade e morbilidade em doentes com enfarte agudo de miocárdio com elevação de ST (STEMI), uma indicação *lifesaving* para Intervenção Coronária Percutânea (ICP), através da admissão direta em centros com capacidade para ICP. No primeiro ano verificou-se melhoria nos tempos de demora média dos doentes.

Referência

<http://stentforlife.pt>

Fundação Calouste Gulbenkian

“Durante mais de 50 anos a Fundação esteve ligada a muitos dos marcos mais relevantes da Medicina Portuguesa. A sua postura independente e de apoio ao serviço público leva a que também faça parte integrante daquilo que tem sido o sucesso do SNS.” (Ministro da Saúde 2014)

- *Saúde em Portugal: um Desafio para o Futuro*. Plataforma Gulbenkian para um sistema de saúde sustentável

Algumas personalidades de topo, nacionais e internacionais, prepararam um relatório sobre a estrutura do sistema de saúde. A Fundação irá apoiar diretamente três *Desafios Gulbenkian*, um dos quais é o Desafio da Diabetes.

Referência

Um futuro para a Saúde: todos temos um papel a desempenhar. Crisp N, Monteiro C, Pinheiro MJ (eds). Lisboa: Calouste Gulbenkian; 2014. p:1-221

- *Inovar em Saúde*

Este programa tem como objetivos promover e apoiar projetos que contribuam para aproximar a agenda das doenças não transmissíveis e da saúde mental, apoiando a defesa de uma abordagem comum como a melhor prática para o tratamento a longo prazo das doenças crónicas (programa: Saúde Global); incorporar a ciência nas práticas de

saúde, reduzindo o distanciamento entre a saúde pública e a medicina clínica, e qualificando cidadãos através da educação para a saúde, promovendo a literacia em saúde; organizar e apoiar atividades formativas inovadoras (programa: Formação e Qualificação em Saúde – Empoderamento de Profissionais de Saúde e de Cidadãos); promover novos modelos organizativos em saúde, que conduzam a uma alteração de procedimentos e assegurem sustentabilidade, garantindo cuidados inovadores que desafiem os modelos de prestação atuais e contribuam para uma maior participação dos cidadãos na decisão em saúde (programa: Modelos, Serviços e Sistemas de Saúde – Novos Modelos em Saúde).

Referência

<http://www.gulbenkian.pt/inst/pt/Fundacao/ProgramasGulbenkian/InovarEmSaude>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

- *e_COR: Prevalência de Fatores de Risco Cardiovascular na População Portuguesa*

O principal objetivo deste estudo é a determinação da prevalência de fatores de risco *major* na população portuguesa: sociais e comportamentais (dieta não saudável, estilo de vida sedentário, tabagismo, consumo de álcool), biológicos (hipertensão, obesidade, dislipidemias, hiperglicemia/diabetes) e fatores genéticos (hipercolesterolemia familiar, hiperlipidemia mista familiar, diabetes tipo MODY e risco trombogénico).

Referência

<http://insa.pt>

Educação

A educação pós-graduada está disponível para médicos e enfermeiros, assim como para outros profissionais de saúde relacionados com as DCV, incluindo a prevenção. Estas atividades formativas são programadas nas Faculdades de Medicina e Escolas Superiores de Saúde mas também em reuniões organizadas pelas várias sociedades científicas envolvidas nos cuidados cardiovasculares.



Reabilitação cardíaca

Após o entusiasmo inicial pela intervenção coronária percutânea, a reabilitação cardíaca (RC) tem crescido lentamente nos últimos 35 anos em Portugal.

O Grupo de Estudos de Fisiopatologia do Esforço e Reabilitação Cardíaca (GEFERC) da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (SPC) fez o levantamento sobre a reabilitação cardíaca nacional com intervalos de cinco anos. Apenas foram considerados os centros que incluíam programas de treino individualizados, programas de prevenção secundária, estratégias de alteração de estilo de vida e adesão à terapêutica, incluindo sessões educativas, e com equipas multidisciplinares.

Em 2009 existiam 18 centros de RC (nove públicos e nove privados), localizados em três grandes regiões urbanas da zona costeira: Lisboa, Porto e Faro. As regiões do interior e rurais não estavam abrangidas. Apenas 3% dos doentes após Enfarte Agudo de Miocárdio (EM) foram incluídos em programas de reabilitação cardíaca. Outros doentes, tais como os tratados com cirurgia de revascularização do miocárdio (CABG), ou com insuficiência cardíaca, submetem-se ainda menos a RC.

O levantamento mais recente, realizado em 2014, mostrou que 10% dos doentes após EM estão a ser presentemente reabilitados, o que, comparando com 2009, representa um aumento de mais de 300%. Outras situações clínicas tais como CABG e insuficiência cardíaca são cada vez mais tratadas com RC, correspondendo a 40% de todos os doentes reabilitados (60% dos doentes com RC tinham sido diagnosticados com EM). Relativamente a 2009, seis novos centros começaram a trabalhar, enquanto outros dois (um público e um privado) cancelaram os seus programas de RC. Existem assim,

presentemente, 22 centros (12 públicos e 10 privados), assistindo principalmente doentes com programas de RC em ambulatório - fase 2 (públicos) e fase 3 (privados) - e alguns em regime de internamento - fase 1 (públicos). O número de doentes reabilitados por centro também tem aumentado na maioria dos casos.

Todos os anos, em média, 460 doentes com EM têm necessidade de tratamento de RC, em cada um dos 22 centros. No entanto, a maioria dos doentes com indicação para RC vive longe dos centros, que continuam localizados nas grandes áreas urbanas.

Todos os centros dispõem de uma equipa multidisciplinar, que inclui um cardiologista (apenas um centro dispõe de um internista especializado em exercício e ressuscitação cardíaca), um fisiatra ou um fisioterapeuta e uma enfermeira especializada em reabilitação, e a maioria dispõe de um dietista/nutricionista e de um psicólogo.

Os obstáculos à RC incluem o pequeno número e a desigual distribuição geográfica dos centros de RC, as restrições financeiras (as sessões de RC não são reembolsadas, custos de transporte) falta de suporte legislativo relativo a absentismo laboral para comparecer às sessões de RC, fraca motivação dos doentes, encaminhamento insuficiente pelos médicos, que está ligado à descrença na eficácia da RC e também ao receio de perder doentes.

Com o objetivo de ultrapassar estes obstáculos, o GEFERC realizou as seguintes ações:

- Preparação de um documento conjunto com o Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares do Ministério da Saúde/ Direção Geral da Saúde, abrangendo o quadro nacional da

RC, obstáculos, indicações e estratégias para o aperfeiçoamento da implementação da RC, a ser enviado a todas as administrações hospitalares e disponível no portal do Ministério da Saúde.

- Produção de um filme sobre prevenção cardíaca e RC (*Com o Coração nas Mãos*), destinado aos doentes e profissionais de saúde, disponível no portal da SPC em diferentes línguas, tais como português, inglês e espanhol (<http://www.spc.pt/cardioTV/colecao.aspx?ref=coracaonasmaos>)

- Publicação de um livro em português sobre RC (*Manual de Reabilitação Cardíaca*), destinado aos profissionais de saúde.

- Assinatura de um protocolo entre o GEFERC e a Associação Portuguesa de Cardiologia de Intervenção (APIC), no contexto da iniciativa *Stent for Life*, relativamente às abordagens a ser adotadas após EM, incluindo estratégias para melhorar a reabilitação cardíaca e a prevenção secundária, envolvendo cardiologistas de intervenção e fornecendo informação aos doentes e à população em geral.

- Produção de um programa educativo (*De Filhos para os Pais*) nas escolas básicas e secundárias, com palestras proferidas pelos profissionais de saúde e debates, conversas e exposições de desenhos de alunos sobre a doença arterial coronária, fatores de risco e prevenção. Nestas sessões participam pais e membros da direção do GEFERC e terminam com uma discussão, visando educar os pais (muitos sofrem de doença coronária ou de fatores de risco) através dos seus próprios filhos, para além de educar as próprias crianças.

- Encontros de atividade física em diferentes cidades para doentes cardíacos, alargadas à população em geral (*Exercício no Parque, 7 Dias do Coração*), incluindo o rastreio de fatores de risco, anualmente.

- Reuniões anuais do GEFERC para médicos e profissionais de saúde.

- Campanhas nos meios de comunicação (TV, jornais, revistas e *internet*) para transmitir à população em geral informações sobre a prevenção e a reabilitação.



VI O Futuro

Necessidades

Apesar de um progresso enorme no controlo da DCV, estamos longe de atingir o potencial máximo da prevenção no sentido mais lato. Reduzir o impacto da DCV depende do sucesso da prevenção e do controlo dos fatores de risco modificáveis (alterações do estilo de vida) e da utilização otimizada da terapêutica médica cardiovascular.

Possibilidades

- Qualificar os indivíduos através de uma educação para a saúde, aumentando a disponibilidade de informação sobre a saúde e promovendo a literacia em saúde,

que são medidas essenciais para capacitar as pessoas e as comunidades e para as encorajar a responsabilizarem-se pela sua saúde como cidadãos.

- Atrair profissionais que vejam esta abordagem como um desenvolvimento positivo que pode alterar os padrões de saúde da população

- Reduzir o distanciamento entre a saúde pública e a medicina clínica

- Organizar e apoiar os programas de formação inovadores que desenvolverão competências específicas, incluindo ferramentas educativas modernas.

Obstáculos

- Hábitos culturais e expectativas da parte do público bem como dos profissionais de saúde
- A medicalização da vida diária
- Pressões comerciais para vender tratamentos e tecnologias médicas que tendem a enfraquecer as pessoas, transformando os cidadãos e os doentes em consumidores passivos.

As pesquisas do EUROASPIRE mostram que as pessoas pensam que é mais fácil comprar um tratamento que as cure do que atuar de modo a alterar os fatores de risco, biológicos e comportamentais, mesmo após um evento cardiovascular.

Planos a nível nacional

Tabagismo

Portugal e todos os Estados Membros da UE têm o compromisso de pôr em vigor as leis, regulamentos e provisões administrativas necessárias para cumprir com a nova Diretiva 2014/40/UE sobre os produtos derivados do tabaco até 20 de Maio de 2016. Há um forte apoio em Portugal relativamente à cessação tabágica, que incluirá o encorajamento dos profissionais de saúde a realizar intervenções, a redução dos custos da terapêutica da cessação tabágica (espera-se que estas medidas sejam subsidiadas) e a adoção do Protocolo para Eliminar o Comércio Ilícito de Produtos Derivados do Tabaco.

Nutrição

É necessário fortalecer o papel das famílias, dos profissionais de saúde e do sistema de educação no que concerne aos alimentos, dieta e nutrição; estabelecer prioridades baseadas na recolha regular e sistemática de informação sobre os hábitos alimentares, os seus determinantes e consequências; cooperar de um modo integrado com outros setores da sociedade envolvidos (a indústria alimentar, restauração, etc.) na prevenção da obesidade e na promoção de hábitos alimentares saudáveis.

Diabetes mellitus

A Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, juntamente com os municípios

e o SNS, orientarão «associações locais de diabetes» para enfrentar este problema com o apoio dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde, escolas e empresas. Estará associada a organizações nacionais de outros países para estabelecer planos de ação inovadores nesta área (*Fundação Calouste Gulbenkian – O Desafio da Diabetes*).

Colaboração

O Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) formalizaram uma estratégia de cooperação nacional – *Country Cooperation Strategy* – com o objetivo de fortalecer sinergias e promover o alinhamento entre as políticas de saúde definidas por estas instituições para o período de 2015-2020.

Planos para a reabilitação cardíaca e programas de prevenção

Educação

Serão desenvolvidas estratégias para iniciar precocemente a educação para a saúde do coração e continuá-la após eventos cardíacos, destinadas aos profissionais de saúde, doentes e à população em geral. Isto incluirá o envolvimento dos cardiologistas de intervenção, médicos de família e outros profissionais de saúde.

Economia da saúde

Um estudo económico sobre RC em Portugal está planeado, de modo a persuadir o governo a estabelecer um maior número e uma melhor distribuição de centros de RC, tanto nos hospitais como em outras unidades de saúde.

- RC domiciliária: será promovida a RC domiciliária em doentes selecionados residentes em áreas periféricas, com estreito acompanhamento e em conjunto com os hospitais e unidades de saúde.
- Publicidade: prosseguirão os esforços para divulgar os benefícios da RC nos meios de comunicação, em particular na *internet* e TV.
- Extensão: espera-se que até 2019 possa haver reabilitação para 30% dos doentes com EM e que a RC melhore noutras situações cardíacas.