

Dia Mundial da Saúde - 7 de abril

2002 - 2012

Dia Mundial da Saúde

Em 2012, nos 214 hospitais existentes em Portugal realizaram-se mais de 1 milhão de internamentos, cerca de 16,5 milhões de consultas médicas externas, 122 milhões de atos complementares de diagnóstico e 22 milhões de atos complementares de terapêutica.

Os hospitais tinham ao serviço cerca de 21 mil médicas/os e de 37 mil enfermeiras/os.

As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos estiveram na origem de mais de metade dos óbitos ocorridos no país, representando respetivamente 30,4% e 23,9% dos óbitos registados.

O número de "anos de vida saudável", número de anos de vida esperados sem limitações de longa duração, era de 60,7 para os homens e 58,6 para as mulheres, em 2011.

Por ocasião do Dia Mundial da Saúde que ocorrerá a 7 de abril, o INE apresenta alguns indicadores sobre a saúde dos portugueses, relativos à década 2002-2012.

Os indicadores estão organizados em 3 capítulos, em que são abordados a atividade desenvolvida pelos hospitais e profissionais de saúde, a mortalidade por causas de morte e, ainda, em nota final, a "Esperança de vida saudável" para homens e mulheres.

1 – Hospitais, equipamentos e atos médicos

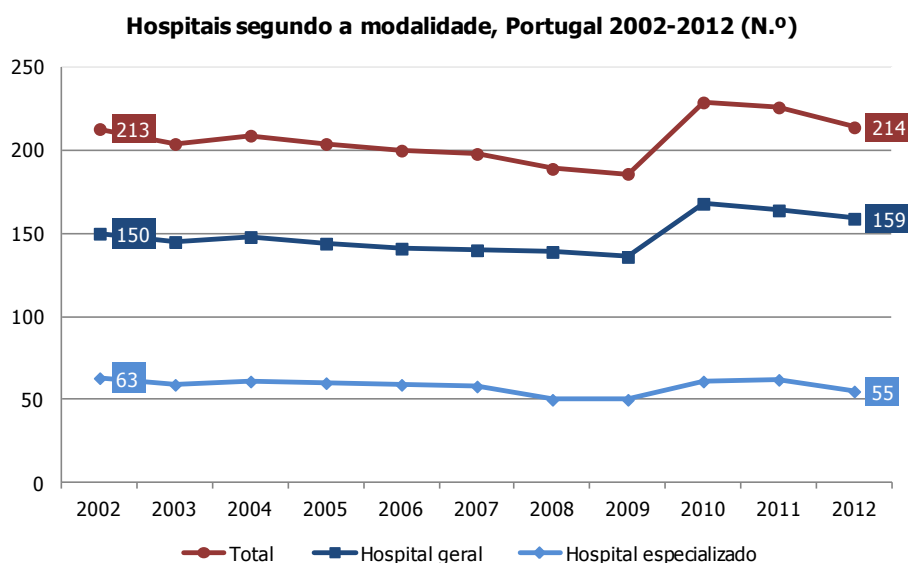
Quase metade dos hospitais são privados

Em 2012, existiam 214 hospitais em Portugal. Destes, 104 eram hospitais privados e 110 hospitais oficiais, ou seja tutelados pelo Estado: 103 hospitais de acesso universal e 7 hospitais militares ou prisionais.

O número de hospitais manteve-se relativamente estável entre 2002 e 2012, destacando-se todavia um ligeiro aumento do número de hospitais privados, de 94 em 2002 para 104 em 2012.

Cerca de 75% dos hospitais existentes em 2012 eram hospitais gerais, ou seja, integravam mais do que uma valência. Dos 55 hospitais especializados, isto é, com apenas uma valência, destacavam-se os de Psiquiatria (24).

Depois de uma redução entre 2002 e 2009, quer no número de hospitais gerais, quer no de hospitais especializados, em 2010 ocorreu um aumento particularmente significativo no número dos primeiros, voltando a reduzir-se até 2012. O número total de hospitais no final da década era idêntico ao inicial, em resultado do acréscimo de 9 unidades hospitalares gerais e do decréscimo de 8 unidades hospitalares especializadas.



88% dos atendimentos nos serviços de urgência ocorreram em hospitais oficiais

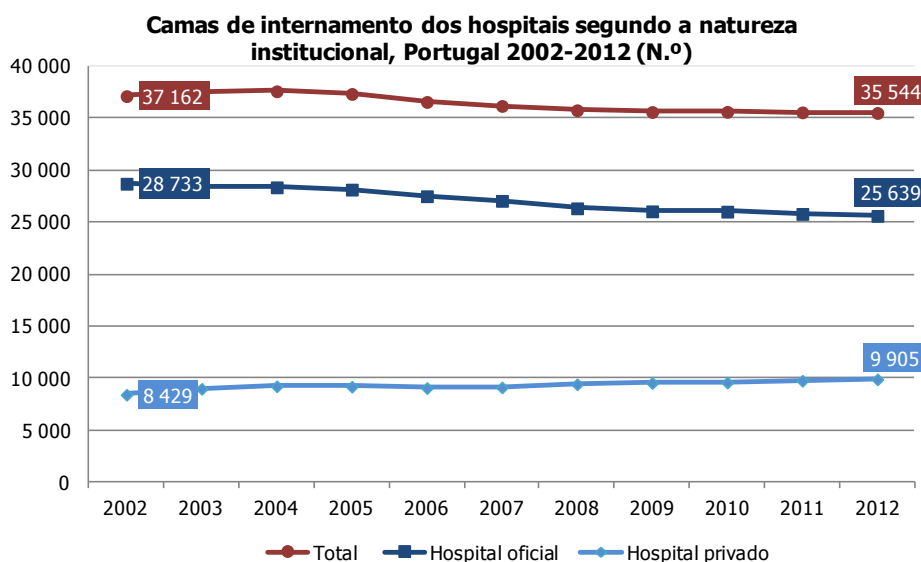
Em 2012, foram realizados cerca de 7 milhões e 300 mil atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais. Aproximadamente 88% desses atendimentos ocorreram em hospitais oficiais, tendo cerca de 82% sido motivados por doença, 12% por acidente e os restantes 6% por outras causas (nomeadamente lesões por agressão e lesões autoprovocadas).

Nos hospitais oficiais, o número de atendimentos em serviço de urgência manteve-se relativamente estável entre 2002 e 2010 (de 6 663 mil em 2002 para 6 779 mil atendimentos em 2010), tendo decrescido nos últimos dois anos (4,8%).

Em contrapartida, a evolução nos hospitais privados é marcada por sucessivos acréscimos, tendo o número de atendimentos em serviço de urgência praticamente duplicado na década. De facto, de acordo com os dados recolhidos em 2002, os hospitais privados efetuaram cerca de 460 mil atendimentos nos seus serviços de urgência, o que representava 6,5% do total; em 2012, esse número tinha ultrapassado 800 mil, o que correspondia a 11,6% do total de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses.

Globalmente, reduziu-se o número de camas disponíveis para internamento

Em 2012, existiam nos hospitais 35 544 camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes. Cerca de 72% do total de camas pertenciam a hospitais oficiais (25 639) e as restantes 28% a hospitais privados (9 905).



O período compreendido entre 2002 e 2012 é marcado por duas tendências de sentido contrário: uma diminuição contínua do número de camas de internamento nos hospitais oficiais e um reforço constante do número de camas nos hospitais privados.

Em 2012 os hospitais oficiais tinham aproximadamente menos 3 000 camas de internamento do que em 2002 e os privados mais 1 400 camas; desta evolução resultou uma redução de 1 618 camas no total.

Em 2012 quase 90% das camas de internamento dos hospitais oficiais eram camas de enfermaria, isto é, pertenciam a estruturas funcionais com um mínimo de 3 camas onde permanecem doentes internados.

No caso dos hospitais privados, a percentagem de camas de internamento em enfermarias apesar de maioritária, não atingia 60%. Em contrapartida, nestes hospitais, os quartos semiprivados e privados representavam cerca de um terço das camas de internamento.

No total, nos hospitais oficiais existiam 351 camas de internamento em quartos semiprivados e privados; nos hospitais privados o número destes quartos era de 3 303.

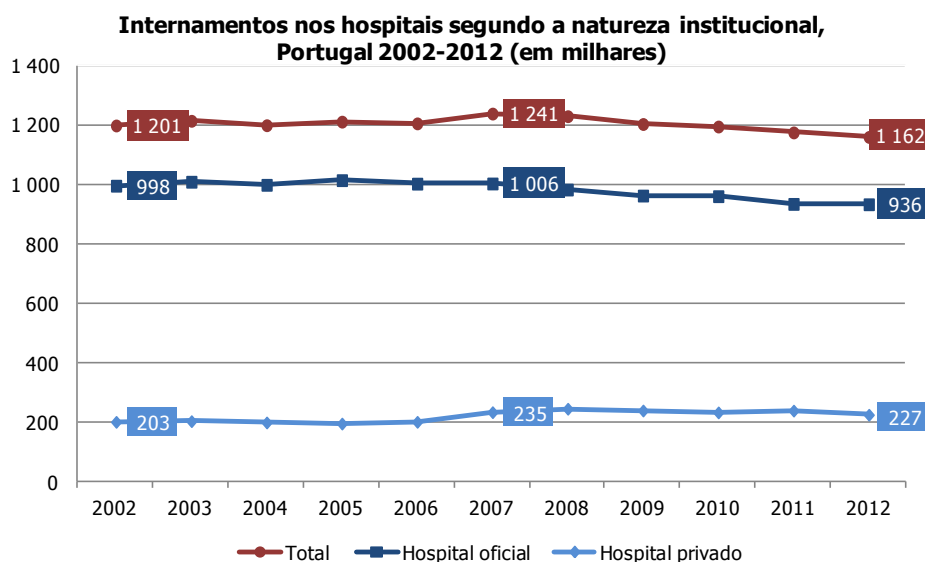
80,5% dos internamentos ocorreram em hospitais oficiais

A evolução ocorrida na década 2002-2012 é marcada por uma ligeira diminuição do número de dias de internamento nos hospitais oficiais e por um acréscimo nos hospitais privados.

Em 2012, registaram-se 1,2 milhões de internamentos nos hospitais portugueses, 80,5% ocorreram em hospitais oficiais.

Todavia, o número de internamentos nos hospitais oficiais tem vindo a diminuir, em particular e de forma mais acentuada a partir de 2008.

Nos hospitais privados, verificou-se um ligeiro aumento: eram cerca de 203 mil em 2002 e passaram para 227 mil em 2012).



Os internamentos ocorridos nos hospitais, em 2012, corresponderam a cerca de 10 milhões de dias de internamento, 73,7% dos quais foram assegurados por hospitais oficiais.

Nos hospitais oficiais cerca de 95% dos internamentos ocorridos em 2012 ocorreram em enfermarias, com especial relevo nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia. O período de internamento mais longo ocorreu em Medicina Interna.

No caso dos hospitais privados, a maior parte dos internamentos ocorreu em quartos semiprivados ou privados (61,7%). Os internamentos em enfermarias representaram apenas 34,3% e a especialidade com maior número de dias de internamentos verificou-se em Ortopedia.

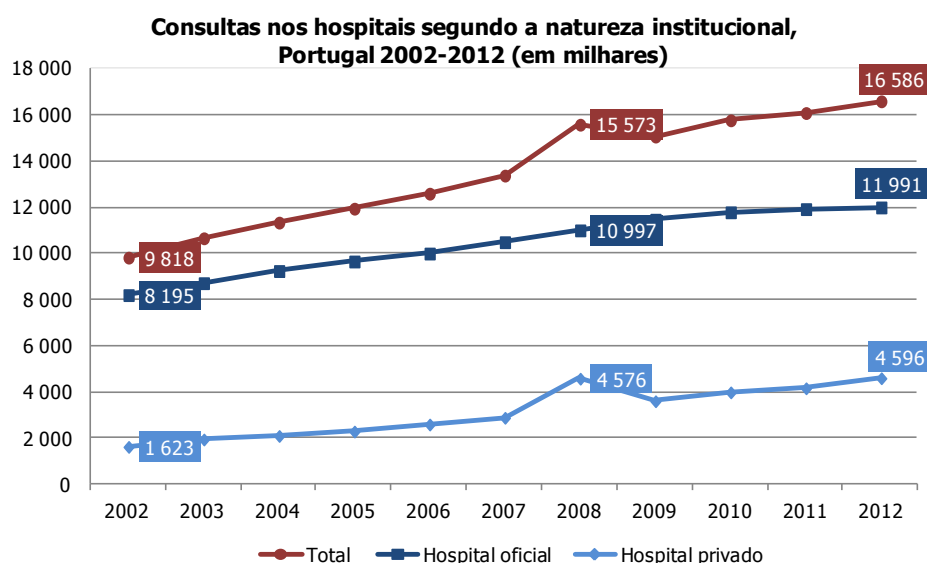
Ainda no caso dos hospitais privados — e apesar do predomínio do número de internamentos ocorridos em quartos semiprivados e privados — o número mais elevado de dias de internamento ocorreu nas enfermarias, particularmente devido à duração do internamento em Psiquiatria (81,6% do total de dias, nas enfermarias).

Em 10 anos, o número de consultas externas nos hospitais aumentou 69%

Em 2012 foram realizadas cerca de 16 milhões e 500 mil consultas médicas na consulta externa dos hospitais. Destas, aproximadamente 70% foram asseguradas pelos hospitais oficiais.

Na década em análise, o número de consultas médicas nas consultas externas dos hospitais registou aumentos sucessivos: mais de 9 milhões em 2002, mais de 13 milhões em 2007, mais de 15 milhões em 2008 e mais de 16 milhões a partir de 2011.

Esta tendência é comum aos hospitais oficiais e privados, embora mais marcada no caso dos privados. Em 2002, estes hospitais asseguraram 16,5% do total de consultas médicas realizadas nos hospitais portugueses (cerca de 1 milhão e 600 mil consultas), enquanto em 2012 foram responsáveis por 27,7% (cerca de 4 milhões e 500 mil consultas).



As especialidades com maior número de consultas externas nos hospitais oficiais foram, em 2012 e por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ginecologia-Obstetrícia e a Cirurgia Geral.

No caso dos hospitais privados, a Ortopedia e a Oftalmologia foram as especialidades com maior número de consultas.

75% das grandes e médias cirurgias realizadas nos hospitais oficiais, em 2012

Em 2012 nos hospitais portugueses foram realizadas cerca de 880 mil grandes e médias cirurgias e cerca de 185 mil pequenas cirurgias.

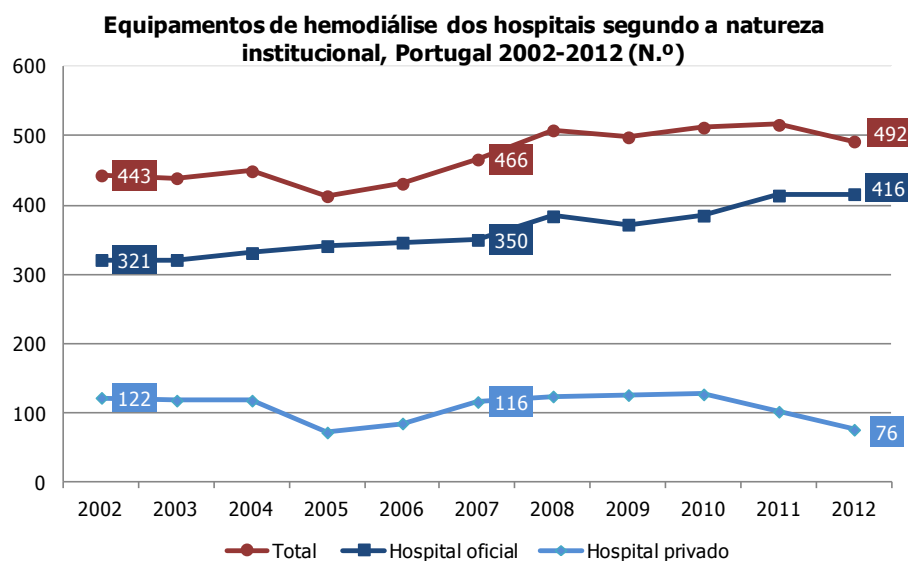
O número de grandes e médias cirurgias cresceu de forma contínua entre 2002 e 2010, tendo ultrapassado 900 mil em 2009 e 2010, registando-se uma diminuição em 2011 e 2012 (-25 mil e -11 mil, respetivamente).

Cerca de 75% das grandes e médias cirurgias realizadas no ano 2012 ocorreram em hospitais oficiais, 86% foram programadas, ou seja, sujeitas a marcação prévia. No caso dos hospitais privados, as intervenções cirúrgicas programadas têm um peso maior, representando 95% do total de grandes e médias cirurgias realizadas em 2012.

Os equipamentos de hemodiálise disponíveis aumentaram ao longo dos últimos anos

Em 2012, o equipamento de diagnóstico e terapêutica com maior número de unidades nos hospitais portugueses era o hemodialisador. No total, existiam 492 equipamentos deste tipo e 416 pertenciam a hospitais oficiais (84,6%).

O número de hemodialisadores dos hospitais oficiais cresceu sucessivamente ao longo da década: eram 321 em 2002, passaram a ser 350 em 2007 e ultrapassaram os 400 em 2011.



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais

Ainda em 2012, eram também os hospitais oficiais que dispunham de maior número de *scanners* para tomografia axial computadorizada (74,5%, ou seja, 146 em 196), de câmaras gama de medicina nuclear (86,7%, ou seja, 26 em 30) e de equipamentos de radioterapia (87,8%, ou seja, 36 em 41).

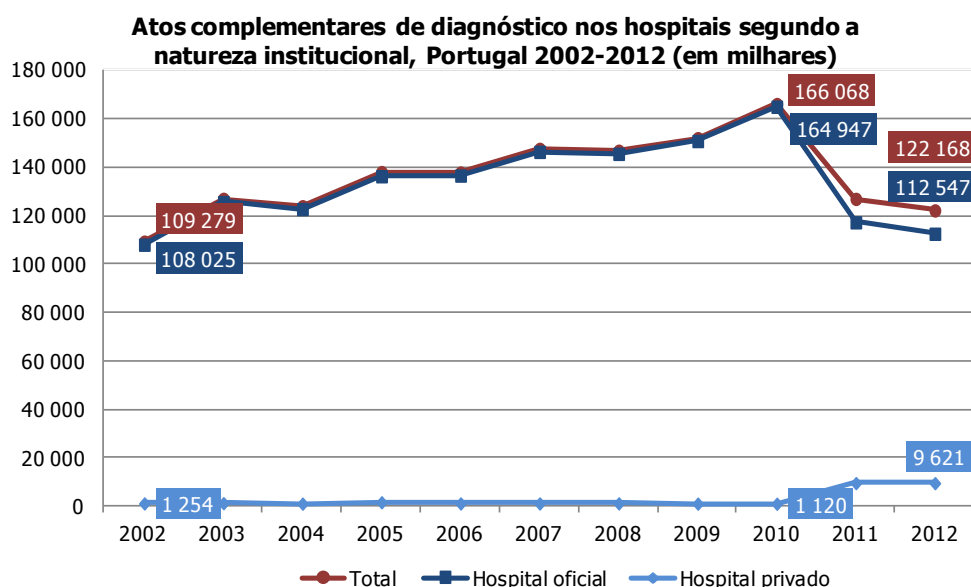
Em contrapartida, ao nível dos equipamentos de angiografia, de mamografia e de tomografia por emissão de positrões verificava-se uma repartição mais equilibrada entre hospitais oficiais e privados (54 equipamentos de angiografia nos

hospitais oficiais e 47 nos privados; 60 equipamentos de mamografia nos hospitais oficiais e 51 nos privados; 4 equipamentos de tomografia por emissão de positrões nos hospitais oficiais e 4 nos privados).

Apenas relativamente aos equipamentos de ressonância magnética e de litotrícia se registava um relativo equilíbrio entre hospitais oficiais e privados: no caso dos primeiros existiam 34 unidades nos privados e 33 nos oficiais; nos segundos existiam 15 unidades nos privados e 14 nos oficiais.

Em 2011 e 2012 reduziram-se os atos complementares de diagnóstico realizados nos hospitais

Em 2012, foram realizados cerca de 122 milhões de atos complementares de diagnóstico nos hospitais portugueses (análises laboratoriais, imagiologia, endoscopia, biópsias, exames anatomopatológicos) isto é, exames ou testes necessários para o estabelecimento de um diagnóstico. Aproximadamente 92% destes atos foram realizados em hospitais oficiais.



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais

O número de atos complementares de diagnóstico aumentou de forma contínua nos hospitais oficiais até 2010 e manteve-se relativamente estável e a um nível muito baixo nos hospitais privados. A partir de 2011, regista-se um decréscimo daqueles atos de diagnóstico nos hospitais oficiais e um reforço nos hospitais privados. Em consequência, os hospitais privados passaram a assegurar 7,9% do total (face a 1,1% em 2002).

A Patologia Clínica, especialidade médica que se dedica ao diagnóstico laboratorial das doenças, representou cerca de 80% dos atos efetuados nos hospitais oficiais em 2012.

Nos hospitais privados, a Patologia Clínica, embora maioritária, representa apenas cerca 60% destes atos complementares.

A Imagiologia, a especialidade baseada na obtenção de imagens do corpo humano para fins clínicos ou científicos, tem um peso relevante nos hospitais privados, representando 26% dos atos complementares de diagnóstico realizados nestes hospitais.

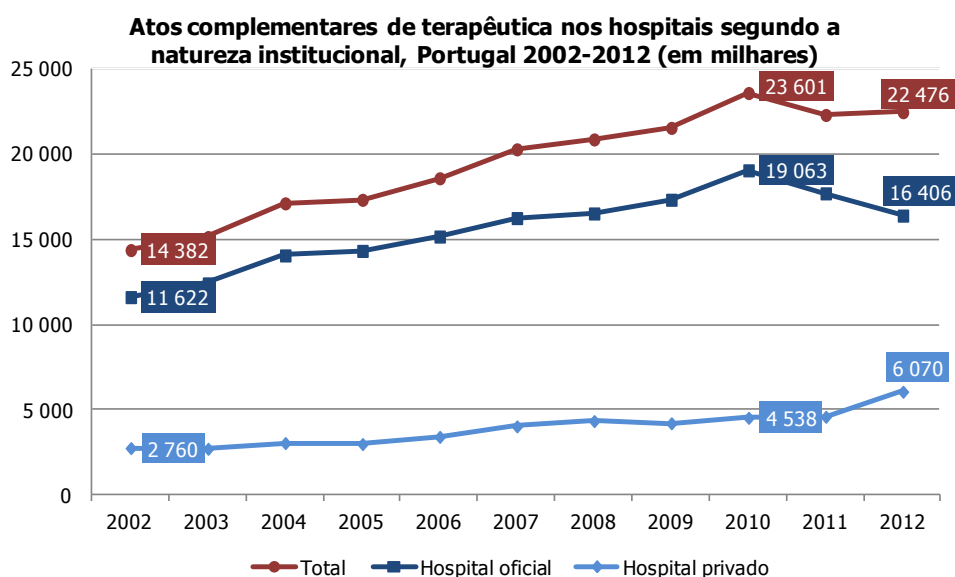
Para além da Imagiologia, é também de destacar o peso dos atos de Endoscopia, especialidade médica que se dedica à obtenção de imagens médicas do aparelho digestivo, e de Anatomia Patológica, especialidade médica que visa diagnosticar doenças através do exame de qualquer material biológico, realizados pelos hospitais privados.

É nestas três especialidades – Endoscopia, Imagiologia e Anatomia Patológica - que os hospitais privados têm uma percentagem mais expressiva no total de atos complementares realizados nos hospitais portugueses, respetivamente 37,1%, 24,5% e 16,5%.

73% dos atos complementares de terapêutica foram realizados nos hospitais oficiais, em 2012

Em 2012, foram realizados cerca de 22 milhões atos complementares de terapêutica, atos destinados à prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica, tais como fisioterapia, radioterapia, litotricia, imunohemoterapia, entre outros.

A percentagem de atos desta natureza efetuados em hospitais oficiais era dominante (73%), face aos hospitais privados.



Nos hospitais oficiais o número de atos complementares de terapêutica aumentou entre 2002 e 2010 (de 11 milhões e 600 mil para cerca de 19 milhões) e decresceu nos dois anos seguintes, para cerca de 17 milhões e 700 mil em 2011 e para cerca de 16 milhões e 400 mil em 2012.

Nos hospitais privados, prevalece uma tendência de crescimento: em 2002 realizaram menos de 3 milhões de atos complementares de terapêutica, em 2007 ultrapassaram 4 milhões, e em 2012 realizaram mais de 6 milhões.

A Fisioterapia constituiu a principal área (68,7%) em 2012, quer se tratasse de hospitais oficiais (61,3%) ou de hospitais privados (88,6%). Destaca-se o peso dos hospitais privados em duas áreas: Fisioterapia (34,8%) e Litotricia (27,2%).

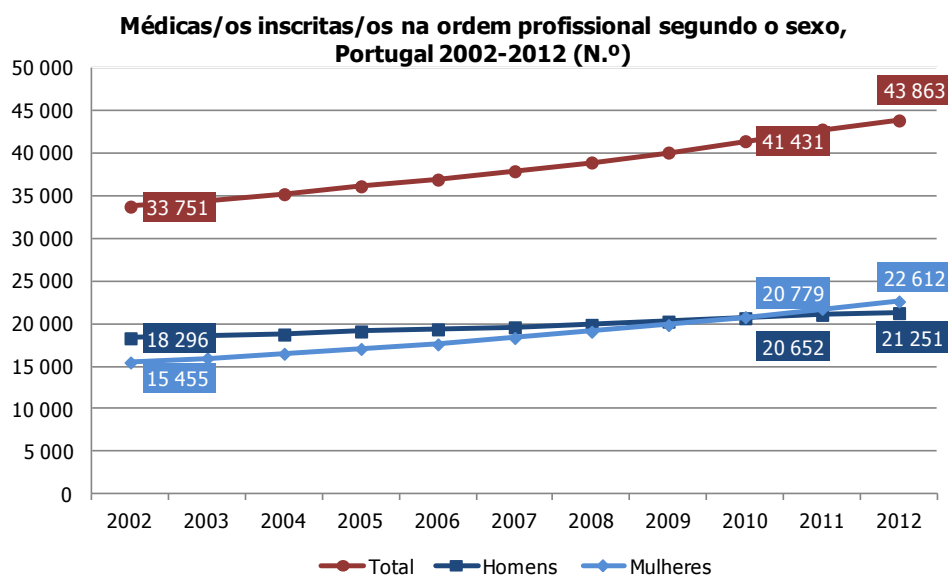
2 – Profissionais de Saúde

Aumentou o número de médicas/os por mil habitantes, na década em análise

Em 2012, estavam inscritas/os na Ordem dos Médicos 43 863 médicas/os, das/os quais 27 422 (62,5%) eram especialistas, ou seja, estavam habilitadas/os a exercer pelo menos uma especialidade em Medicina.

O número de médicas/os inscritas/os na Ordem dos Médicos aumentou entre 2002 e 2012, com um saldo positivo de 10 mil profissionais em 10 anos. No mesmo período, o número de médicas/os por mil habitantes também aumentou, tendo passado de 3,2 para 4,2.

Em 2010, pela primeira vez o número de médicas inscritas na Ordem dos Médicos ultrapassou o número de profissionais do sexo masculino, padrão que se manteve nos dois anos seguintes. Em 2012, estavam inscritas 22 612 médicas, o que correspondia a 51,6% do total.



Os 27 422 médicas/os especialistas inscritas/os na Ordem dos Médicos em 2012 detinham 31 773 especializações, subespecializações ou competências.

A Medicina Geral e Familiar, a Cirurgia Geral e a Medicina Interna eram as especialidades mais frequentes entre os profissionais do sexo masculino, e a Medicina Geral e Familiar, a Pediatria, a Anestesiologia, a Medicina Interna e a Ginecologia-Obstetrícia as mais frequentes para as profissionais do sexo feminino.

Em 2012, encontravam-se ao serviço dos hospitais portugueses 21 mil médicas/os, num total de 43 863 médicas/os existentes no País. Os hospitais oficiais dispunham de aproximadamente 19 mil médicas/os (90% do total).

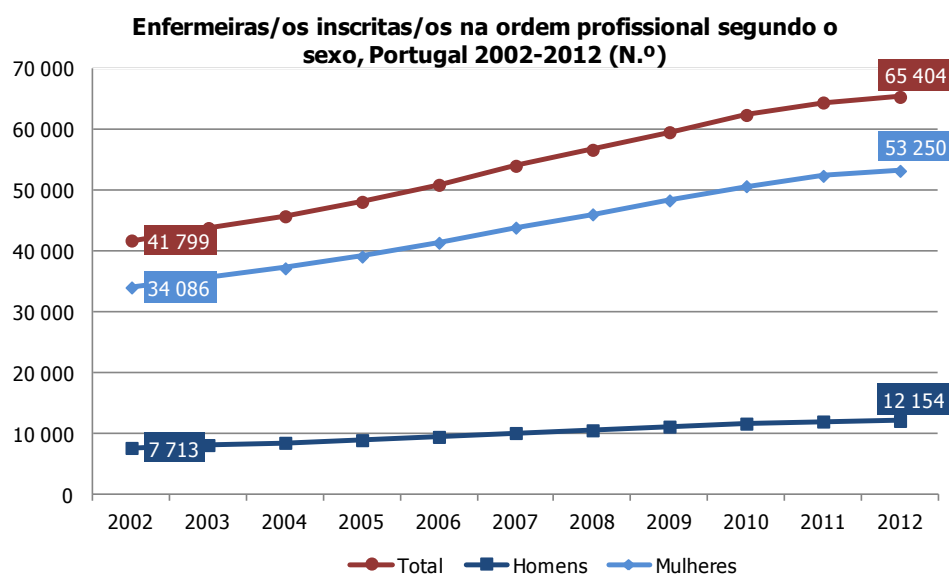
Nos hospitais, quase 70% das/os médicas/os detinham uma especialidade, menos de 3% eram médicas/os generalistas e os restantes 28% estavam a realizar o Internato Geral ou Complementar.

81,4% das/os enfermeiras/os em 2012 eram mulheres

Em 2012 estavam registadas/os na Ordem dos Enfermeiros 65 404 profissionais, 81,4% dos quais eram mulheres (53 250).

Na década de 2002-2012 o número de enfermeiras/os inscritas/os aumentou continuamente, registando-se um acréscimo total de cerca de 23 mil profissionais (eram 41 799 em 2002).

No mesmo período, o rácio de enfermeiras/os por mil habitantes aumentou de 4/mil habitantes em 2002, para 6,2/mil habitantes em 2012, com aumentos idênticos nos dois sexos (56% no caso das mulheres e 58% no caso dos homens).



Do conjunto de profissionais ativos em 2012, os hospitais portugueses contavam com cerca de 37 mil, 91,8% deles afetos a hospitais oficiais.

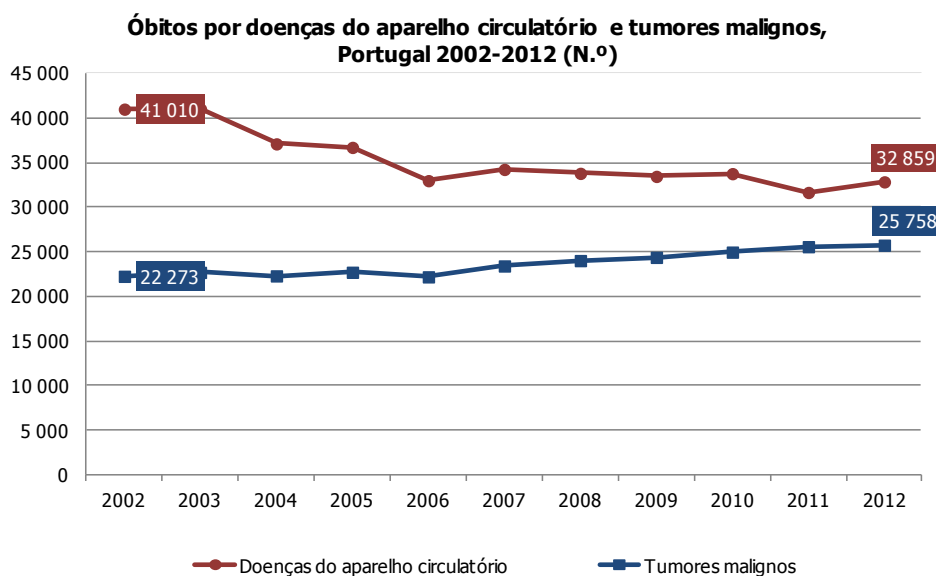
Ao longo da década, o número destes profissionais de saúde nos hospitais oficiais registou um claro reforço (de 26 332 em 2002 para 34 261 em 2012), enquanto nos hospitais privados se verificou uma certa estabilidade (2 688 em 2002 e 3 049 em 2012).

Quase 88% das/os enfermeiras/os afetas/os a hospitais em 2012 eram enfermeiras/os de cuidados gerais. Os restantes 12% estavam habilitados a exercer uma especialidade na área de Enfermagem, destacando-se o número de enfermeiras/os com a especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (1 028).

3 – Mortalidade, por causas de morte

As doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos são as duas principais causas básicas de morte, em Portugal.

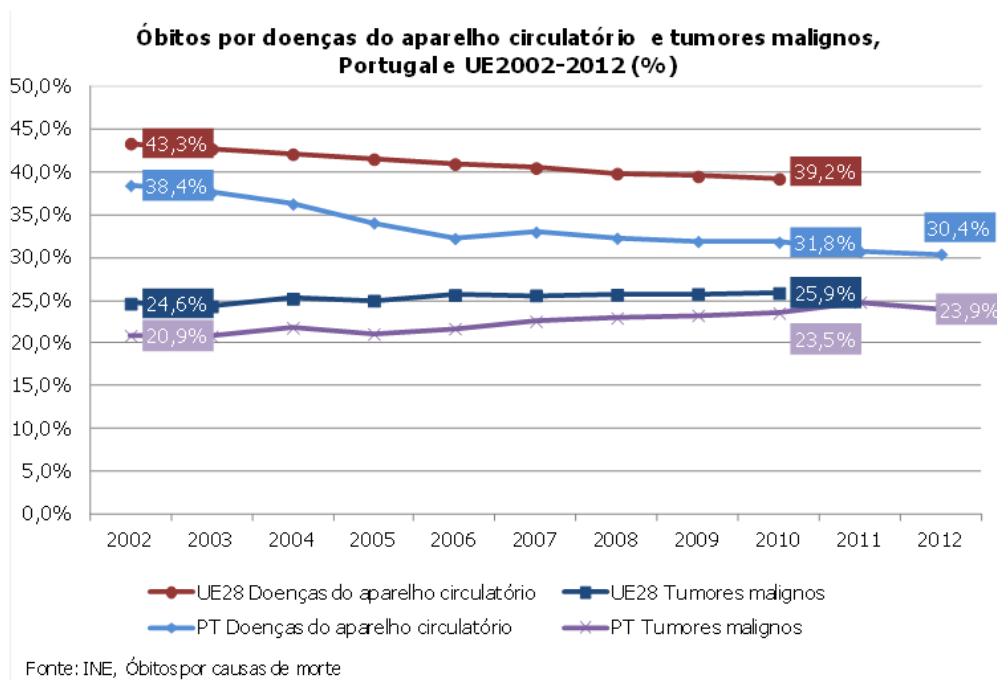
Estes dois conjuntos de doenças estiveram na origem de mais de metade dos óbitos no país, representando respetivamente 30,4% e 23,9% dos 107 969 óbitos registados em 2012 (incluindo 357 de residentes no estrangeiro).



Fonte: INE, Óbitos por causas de morte

Para estas doenças, Portugal regista proporções inferiores à média europeia UE28, menos 7 pontos percentuais entre 2002 e 2010 para as doenças do aparelho circulatório, e menos 3 p.p. para os tumores malignos, de acordo com os dados publicados pelo Eurostat, relativos a 2002-2010.

Por outro lado, tal como verificado para o conjunto dos 28 países da União Europeia mas de forma mais acentuada, tem vindo a observar-se uma tendência de redução da proporção dos óbitos devidos a doenças do aparelho circulatório (41 010 óbitos em 2002 e 32 859 em 2012) e um aumento da proporção de óbitos devidos a tumores malignos (mais 3 p.p. entre 2002 e 2012).



Em Portugal são também relevantes as mortes devidas a doenças do aparelho respiratório, que representaram 12,9% do total de óbitos ocorridos em 2012, e aquelas em que a causa básica de morte foi a diabetes (4,5% em 2012).

São doenças em que, contrariamente às duas principais causas de morte, Portugal regista uma situação mais grave do que a observada ao nível da UE28. Efetivamente, e de acordo com os dados registados, em Portugal observou-se um crescimento acentuado da proporção de mortes devidas a doenças do aparelho respiratório: 8,6% entre 2002 e 2004 e 11,0% entre 2005 e 2010. Ao nível europeu verificou-se uma estabilização da proporção destas mortes entre 2002-2010 (variando entre 7,5% e 8,0%).

Entre 2002 e 2010, a proporção de mortes devidas a Diabetes em Portugal era o dobro da registada na UE28.

Em 2012, 16,4% dos óbitos registados no país envolveram pessoas com menos de 65 anos. A maior proporção (39,6%) destas mortes foi provocada por tumores malignos (principalmente da laringe, traqueia, brônquios e pulmão), por doenças do aparelho digestivo (13,9%) e por causas externas (10,3%) nomeadamente os acidentes.

Por sua vez, os óbitos de pessoas com 65 e mais anos, representavam a maior parte das mortes (83,6%). Destas, 33,7% foram motivadas por doenças do aparelho circulatório (principalmente pelas doenças cerebrovasculares), por tumores malignos (20,8%) e por doenças do aparelho respiratório (14,7%), nomeadamente por pneumonia.

A taxa bruta de mortalidade por doenças do aparelho circulatório reduziu-se 21% em 10 anos

De facto, em 2012 a taxa bruta de mortalidade das doenças do aparelho circulatório foi de 312,6 óbitos por 100 mil habitantes, o que representa um decréscimo de 21,0% face ao valor registado em 2002 (395,5 óbitos por 100 mil habitantes). Esta diminuição traduz uma redução média anual de 2,3% nos dez anos em análise.

Trata-se de um conjunto de doenças que afetaram mais homens do que mulheres, com taxas brutas de mortalidade por 100 mil habitantes na ordem dos 358 óbitos para os homens e 311 para as mulheres, entre 2002 e 2012.

Em 2012, o número de anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório foi de 39 339 anos para a população residente em Portugal (27 582 para os homens e 11 757 para as mulheres).

Estes resultados traduzem um ganho de quase 50% relativamente a 2002 (-47,8% para o total da população, -46,9% para os homens e -49,2% para as mulheres).

Nas mortes motivadas por doenças do aparelho circulatório predominaram, em 2012, as doenças cerebrovasculares, com 13 538 mortes no país (41,2%) e as relacionadas com a doença isquémica do coração, com 6 977 mortes (21,2%).

A taxa bruta de mortalidade por tumores malignos aumentou 14,1% em 10 anos

Em 2012, a taxa bruta de mortalidade por tumores malignos foi de 245,0 óbitos por 100 mil habitantes, o que representa um aumento de 14,1 % face ao valor registado em 2002.

Os tumores malignos afetaram mais homens do que mulheres, registando-se taxas brutas de mortalidade por 100 mil habitantes de 306,7 para os homens e de 188,8 para as mulheres.

No mesmo ano, o número de anos potenciais de vida perdidos por tumores malignos foi de 115 754 anos para a população residente em Portugal (70 035 para os homens e 45 719 para as mulheres). Estes resultados traduzem, um decréscimo de 2,5% para o total da população, um aumento de 0,7% para os homens e um decréscimo de 7,0% para as mulheres, face a 2002.

Em 2012, registaram-se 4 012 óbitos causados por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; 2 691 óbitos ocorridos por tumor do cólon; 2 376 óbitos motivados por tumor maligno do estômago; 1 814 óbitos por tumor maligno da próstata; 1 758 óbitos por tumor maligno da mama (feminina); 390 por tumor maligno dos ovários; 216 por tumor maligno do colo do útero.

As mortes infantis devidas a “Transtornos relacionados com a duração da gravidez e com o crescimento fetal” reduziram-se significativamente nos últimos anos

Em 2012, a taxa bruta de mortalidade infantil foi de 3,4 óbitos por 1 000 nados vivos, valor inferior ao registado em 2002 (5,0) o que traduz uma redução média anual de 6,2% nos dez anos em análise.

Em 2012 a principal causa de mortalidade infantil foram algumas afeções perinatais (e.g. infeções específicas do período perinatal, transtornos endócrinos e metabólicos, do aparelho digestivo, entre outros), correspondendo a 15,7% dos óbitos infantis, com maior prevalência entre o nascimento e os 2 meses de vida. Em 2002, esta causa representava 9,0% do total de óbitos com menos de 1 ano, e não constituía a principal causa de morte infantil.

Pelo contrário os «Transtornos relacionados com a duração da gravidez e com o crescimento fetal» que representavam 14,3% da mortalidade infantil em 2002, registaram uma evolução positiva nestes dez anos (5,2% em 2012), sobretudo a partir de 2006.

Em 2012, ocorreram em Portugal 194 óbitos neonatais (óbitos com menos de 28 dias de vida). Em 2002, o valor registado atingiu de 393 óbitos neonatais, o que significa uma redução de cerca de 50% na década em análise.

As duas principais causas da mortalidade neonatal em 2012 foram algumas afeções perinatais (18,6%) e os Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto ou do recém-nascido (14,1%).

Já em 2002, a principal causa de mortalidade neonatal foram os Transtornos relacionados com a duração da gravidez e com o crescimento fetal, com 20,4%.

42,8% das mortes fetais em 2012 foram provocadas por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto

Em Portugal, em 2012, registaram-se 327 fetos-mortos, menos 44,8% do que o valor registado dez anos antes (592 óbitos fetais).

Tanto em 2002 como em 2012, as principais causas de morte fetal foram as afeções por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto (39,2% em 2002 e 42,8% em 2012 e) e a hipoxia intrauterina e asfixia ao nascer (32,6% em 2002 e 28,7% em 2012).

NOTA FINAL: ESPERANÇA DE VIDA EM SAÚDE

Em Portugal, as mulheres continuam a ter uma esperança média de vida superior à dos homens, mas nestes a esperança média de vida sem limitações é mais elevada.

O número de “anos de vida saudável”, que corresponde ao número de anos de vida esperados sem limitações de longa duração, era de 60,7 para os homens e 58,6 para as mulheres, em 2011. A nível da UE27, em 2010 a esperança de vida em saúde era de 61,9 para os homens e 62,7 para as mulheres.

Em Portugal, em 2011, e em termos médios, as mulheres podiam esperar passar 70,0% das suas vidas sem limitações de atividade de longa duração, ao passo que nos homens essa proporção atingia os 78,5%.

Nota metodológica

Inquérito aos hospitais

O Inquérito aos Hospitais (IHSP) é uma operação estatística que recolhe dados sobre os equipamentos e instalações, os recursos humanos e a atividade desenvolvida pelos hospitais localizados no Continente e nas regiões autónomas. Esta operação estatística foi aplicada pela primeira vez em 1986 (sobre dados de 1985) e, desde então, tem sido realizada anualmente.

Atendimento em urgência: ato de assistência prestado num estabelecimento de saúde, em centros de saúde ou hospitais, em instalações próprias, a um indivíduo com alteração súbita ou agravamento do seu estado de saúde.

Ato complementar de diagnóstico: exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico.

Ato complementar de terapêutica: prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica.

Cama: equipamento hospitalar destinado ao internamento de um doente num estabelecimento de saúde.

Consulta externa: unidade orgânico-funcional de um hospital onde os doentes, com prévia marcação, são atendidos para observação, diagnóstico, terapêutica e acompanhamento, assim como para pequenos tratamentos cirúrgicos ou exames similares.

Consulta médica: ato de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde.

Dias de internamento / tempo de internamento num período: total de dias utilizados por todos os doentes internados, nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde com internamento, num período, excetuando os dias das altas dos mesmos doentes nesse estabelecimento de saúde. Não são incluídos os dias de estada em berçário ou em serviço de observação de serviço de urgência.

Doença: estado do organismo em que existem alterações anatómicas ou perturbações funcionais que o afastam das condições normais.

Enfermaria: divisão funcional de um estabelecimento de saúde que contempla o local dos serviços de internamento onde permanecem os doentes, com pelo menos a existência de três camas.

Enfermeiro especialista: enfermeiro habilitado a exercer uma especialidade em Enfermagem.

Enfermeiro: profissional de saúde que programa, executa e avalia cuidados gerais de enfermagem, requeridos pelo estado de saúde do indivíduo, família e comunidade, no âmbito da patologia, prevenção, tratamento e reabilitação da doença e do tipo de intervenção do serviço.

Grande cirurgia: intervenção cirúrgica com valor de K superior ou igual a 110 K conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

Hospital especializado: hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo etário.

Hospital geral: hospital que integra diversas valências.

Hospital oficial: hospital que é tutelado administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Pode ser: Público - tutelado pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militar - tutelado pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitar - tutelado pelo Ministério da Administração Interna; Prisional - tutelado pelo Ministério da Justiça.

Hospital privado: hospital cujas propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos.

Hospital: estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Internamento: conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Intervenção cirúrgica programada: intervenção/cirurgia efetuada com data de realização previamente marcada.

Intervenção cirúrgica: um ou mais atos operatórios com o mesmo objetivo terapêutico e ou diagnóstico, realizado(s) por cirurgia(ões) em sala operatória, na mesma sessão, sob anestesia geral, locorregional ou local, com ou sem presença de anestesista.

Lotação praticada: número de camas (incluindo berços de neonatologia e de pediatria) disponíveis e apetrechadas para internamento imediato de doentes, discriminadas por especialidade / valências num estabelecimento de saúde.

Média cirurgia: intervenção cirúrgica com valor de K inferior a 110 K e igual ou superior a 50 K conforme a tabela da Ordem dos Médicos.

Médico especialista: médico que, pela sua especialização e ou experiência, é perito num campo particular da medicina, reconhecido como uma especialidade.

Médico: profissional qualificado com educação médica e autorizado legalmente a exercer medicina.

Quarto privado: quarto de internamento hospitalar apetrechado com cama para um doente, banheiro privativo e acomodações para acompanhante.

Quarto semiprivado: quarto do internamento de um hospital apetrechado com camas para dois doentes e banheiro privativo.

Sala / gabinete de consulta: espaço destinado à observação de um indivíduo num serviço de consulta, de um estabelecimento de saúde

Sala operatória: sala equipada, integrada em bloco operatório, que permite a execução de intervenções cirúrgicas e de exames que requeiram anestesia geral ou locorregional e elevado nível de assepsia.

Serviço de urgência: unidade orgânica de um Hospital para tratamento de situações de emergência médica, cirúrgica, pediátrica ou obstétrica, a doentes vindos do exterior, a qualquer hora do dia ou da noite.

Pessoal de saúde inscrito

Os dados de pessoal de saúde inscrito resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos fornecidos pelas respetivas ordens profissionais. A informação referente a médicas/os registadas/os na Ordem dos Médicos (ativas/os ou não) é disponibilizada geograficamente segundo a residência declarada pelas/os médicas/os, enquanto a relativa a enfermeiras/os registadas/os na Ordem dos Enfermeiros (ativas/os) é obtida de acordo com o local de atividade das/os profissionais de saúde.

Enfermeiro: profissional de saúde que programa, executa e avalia cuidados gerais de enfermagem, requeridos pelo estado de saúde do indivíduo, família e comunidade, no âmbito da patologia, prevenção, tratamento e reabilitação da doença e do tipo de intervenção do serviço.

Especialidade médica: título que reconhece uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes específicos em medicina.

Médico: profissional qualificado com educação médica e autorizado legalmente a exercer medicina.

Médico especialista: médico que, pela sua especialização e ou experiência, é perito num campo particular da medicina, reconhecido como uma especialidade.

Subespecialidade: título que reconhece uma diferenciação numa área particular de uma especialidade.

Estatísticas dos óbitos por causas de morte

Os dados de óbitos por causas de morte resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos, de informação sujeita ao registo civil e recolhida junto das Conservatórias do Registo Civil através do Sistema Integrado do Registo e Identificação Civil (SIRIC) e através do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO). A Direção Geral da Saúde colabora com o INE procedendo à codificação das causas de morte segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Taxa de mortalidade (bruta): Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média

Taxa padronizada de mortalidade (todas as idades): Resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon, 1976) definida pela OMS.

Taxa padronizada de mortalidade (menos de 65 anos): Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade com idades inferiores a 65 anos, a uma população padrão (com idades inferiores a 65 anos) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon, 1976) definida pela OMS.

Taxa padronizada de mortalidade (65 e mais anos): Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade com idades superiores a 65 anos, a uma população padrão (com idades superiores a 65 anos) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100 000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon, 1976) definida pela OMS.

Anos potenciais de vida perdidos: Número de anos que teoricamente uma determinada população deixa de viver, se morrer prematuramente (antes dos 70 anos). Resulta da soma dos produtos do número de óbitos ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre o limite superior considerado e o ponto médio do intervalo de classe correspondente a cada grupo etário

Esperança de vida em saúde:

Indicador que permite avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado ou não de um aumento de tempo vivido em boa saúde. Conjuga a morbilidade com a mortalidade, utilizando para isso informação da esperança de vida da população (mortalidade) bem como as taxas de prevalência das limitações devido a problemas de saúde (morbilidade). Com base nos dados recolhidos no âmbito das Estatísticas Vitais e do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias (ICOR) e utilizando o método de Sullivan, obtém-se o número de anos de vida que se espera serem vividos sem limitações.