



RESUMO DAS CONCLUSÕES

Introdução – As Doenças Respiratórias em Portugal

O 13º relatório do ONDR vem sublinhar, uma vez mais, a progressiva importância das doenças respiratórias. As doenças do aparelho respiratório têm uma elevada prevalência, sendo que em Portugal são responsáveis por cerca de 19% dos óbitos e a principal causa de internamento hospitalar. Estima-se que, em 2020 no mundo, as doenças respiratórias sejam responsáveis por cerca de 12 milhões de mortes anuais. Em 2016 morreram por doenças respiratórias 13474 residentes em Portugal, o que representa 12,1% da mortalidade no país. Isto significa que, por dia, morreram cerca de 37 pessoas por doença respiratória. A idade média foi de 82,5 anos, mais elevada nas mulheres (84,4 anos), do que nos homens (80,8 anos). Se a este número acrescentarmos os óbitos por cancro da traqueia, brônquios e pulmão que totalizam 4.074, poderemos dizer que por dia morreram cerca de 48 pessoas por doenças respiratórias. Dos 13.474 óbitos por doenças respiratórias, em cada 6.006 a causa de morte foi Pneumonia (44,6%). Este número é particularmente relevante, visto ser uma patologia potencialmente curável. Parece óbvio que esta é uma área em que tem de se apostar fortemente. Três dessas doenças - DPOC, neoplasias do pulmão e infeções respiratórias – integram a lista das doenças com maior mortalidade no nosso país. Os custos associados aos internamentos por doenças respiratórias atingiram 213 milhões de euros em 2013. O custo médio de um internamento por doença respiratória foi, em 2013 de 1.892 Euros.

Como nos anos anteriores, avaliámos a evolução dos internamentos por doença respiratória nos últimos 10 anos disponíveis (2007-2016). Verificamos, que o número total de internamentos por doenças respiratórias aumenta 26% e os episódios de doentes submetidos a ventilação mecânica cresceu 131%. Quanto às patologias como causa de internamento constatamos que contribuem para este aumento as Pneumonias, Fibroses Pulmonares e Insuficiência Respiratória. De realçar a diminuição marcada de 57% nos internamentos por Tuberculose e uma diminuição em 14% dos internamentos por DPOC.

A gravidade das doenças respiratórias que necessitam internamento é bem expressa pelas taxas de mortalidade, superiores à da média dos doentes do foro da medicina internados. A DPOC tem uma taxa de mortalidade de 8%, os cancros de 31%, as pneumonias de 20% e a insuficiência respiratória de 25%. Estas taxas de mortalidade não têm diminuído. Das patologias com maior incidência no internamento só a asma tem taxa de mortalidade reduzida, inferior a 1%.

Na avaliação de potenciais constrangimentos ao tratamento adequado das doenças respiratórias salienta-se que as doenças respiratórias são mais frequentes nos grupos etários mais elevados. Ora Portugal é 3º país europeu com índice de envelhecimento mais elevado: 133,5 pessoas com mais de 65 anos para cada 100 portugueses com menos de 15 anos. Existe ainda acentuado défice na promoção da saúde e na prevenção da doença, por falhas na educação para a saúde, mas carece ainda a implementação de uma verdadeira rede de espirometria essencial para a avaliação funcional dos doentes respiratórios e mais grave ainda

a praticamente inexistência de reabilitação respiratória, que deve fazer parte integrante do plano terapêutico dos doentes respiratórios crónicos sintomáticos.

Doenças Respiratórias e Tabaco

A percentagem de fumadores em Portugal é de 23% e a de ex-fumadores de 15%. Na Europa os valores médios são de 28% de fumadores e de 21% de ex-fumadores. Há variações regionais encontrando-se as maiores prevalências de fumadores nos Açores e no Alentejo. Nos grupos etários entre os 15 e os 64 anos, as taxas de fumadores variam entre 20 e 40%, conforme as Regiões. A prevalência de fumadores é superior nas pessoas desempregadas, comparativamente às pessoas empregadas, respectivamente 43% versus 31% nos homens e 27% versus 20% nas mulheres.

É preocupante o consumo de tabaco nos alunos dos ensinos básico e secundário. Número significativo inicia-se no consumo por volta dos 11 anos. Aos 15 anos fumam 11% dos rapazes e 10% das raparigas. No ensino secundário 40% ou mais dos alunos fumam. As taxas de fumadores são semelhantes nos dois sexos, com ligeiro predomínio no sexo masculino. Contudo no Alentejo não há diferenças entre os dois sexos e nos Açores há mesmo predominância no sexo feminino. Recomenda-se que a educação para a saúde e o combate ao tabagismo façam parte dos currículos escolares do 1º ao 12º ano de escolaridade.

Segundo o Institute of Healths Metrics and Evaluation, em 2016, morreram em Portugal 11800 pessoas por doenças relacionadas com o tabaco, o que corresponde à morte de uma pessoa a cada 50 minutos. Destas 9.263 eram homens, a que corresponde 16,3% do total dos óbitos e 2.581 eram mulheres, a que corresponde 4,7% do total dos óbitos. O tabaco foi responsável por 46,4% das mortes por DPOC, 19,5% das mortes por Cancro, 12% das mortes por Infecção Respiratória inferior, 5,7% das mortes por Doença cérebro-cardiovascular e 2,4% das mortes por Diabetes. Para reforçar o impacto na mortalidade, há que referir que o tabaco mata prematuramente. Nos homens a maior percentagem de óbitos atribuído ao tabaco, 30% das mortes, está no grupo etário dos 50 aos 59 anos, enquanto nas mulheres o grupo etário com maior impacto foi dos 45 aos 49 anos com 14.5% do total de óbitos.

Patologias

Este relatório contou com a colaboração de importantes peritos das diferentes áreas da saúde respiratória, nomeadamente asma, défice de alfa-1-antitripsina, fibrose quística, fibroses pulmonares, neoplasia do pulmão, gripe e outras infeções, tuberculose e transplante pulmonar.

Asma

Sobre a Asma, Mário Morais de Almeida e Helena Pité realçam que no Inquérito Nacional sobre o Controlo da Asma (INCA), os asmáticos entrevistados tinham a doença controlada em 57% dos casos, embora fosse muito frequente neste estudo uma perceção errada ou conhecimento deficiente do estado de controlo da doença pois até 88% dos asmáticos não controlados consideravam que tinham a sua doença controlada. Salienta-se que em Portugal o número de óbitos por asma é baixo, sendo a taxa de mortalidade semelhante à dos países com os melhores indicadores de saúde.

Deficit de Alfa-1-Antitripsina (DAAT)

Maria Sucena apresenta o estudo retrospectivo com todas as amostras enviadas para o Instituto de Patologia Molecular e Imunologia da Universidade do Porto entre 2006 e 2015 com o propósito do diagnóstico de Deficit de Alfa-1-Antitripsina (DAAT). De acordo com as directrizes internacionais, todos os doentes com DPOC, enfisema ou asma sem obstrução totalmente reversível ao fluxo aéreo são recomendados para o teste de DAAT. No entanto, esta avaliação não está a ser realizada nos estágios iniciais da doença.

Fibrose Quística

Celeste Barreto realça que a melhoria franca do prognóstico da fibrose quística, observada nas últimas décadas, deve-se a vários fatores nomeadamente ao diagnóstico precoce, seguimento dos doentes em centros especializados de acordo com guidelines de consenso e acesso às novas terapêuticas. De acordo com European Cystic Fibrosis Society Standards of Care: Best Practice guidelines (Journal of Cystic Fibrosis 13 (2014) S23–S42) as “10 regras de ouro” no tratamento dos doentes com FQ são: 1) controlo nutricional; 2) reabilitação respiratória diária; 3) drenagem das secreções facilitada pela inalação da dornase alfa recombinante humana e do soro hipertónico; 4) terapêutica antibiótica precoce para erradicação das *Pseudomonas aeruginosa*; 5) terapêutica com antibióticos inalados para controlo da infeção crónica a *Pseudomonas aeruginosa*; 6) tratamento precoce e agressivo das exacerbações pulmonares; 7) terapêutica anti-inflamatória; 8) identificação e tratamento precoce das complicações; 9) seguimento em centros especializados com avaliações frequentes; 10) adesão às terapêuticas. Outro marco importante foi o aparecimento recente da terapêutica dirigida ao defeito molecular e que visa corrigir o defeito molecular.

Pneumonias Intersticiais Idiopáticas e Fibrose Pulmonar

Leonardo Ferreira e Rita Pinto Basto sobre as Pneumonias Intersticiais Idiopáticas apresentam o que mudou em 40 anos e realçam que se estima que na Europa, a prevalência da fibrose pulmonar idiopática seja de 27/100.000 habitantes e que a da sarcoidose seja de 15/100.000 habitantes. Em Portugal, os internamentos por fibrose pulmonar apresentam um aumento consistente desde 2009. Segundo os dados do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, desde 2011 observou-se um incremento de 75% no número de internamentos por fibrose pulmonar. Por sua vez, a taxa de mortalidade padronizada a partir dos 65 anos por fibrose pulmonar, apresentou o valor de 34,7/100 000 habitantes em 2015 o que correspondeu a um aumento de 34% desde 2007. Perante uma doença rara e com aspectos diagnósticos e terapêuticos específicos, é reconhecida a necessidade de desenvolver trabalho em equipa multidisciplinar nos diversos centros nacionais especializados. A criação de uma rede de referência nas doenças intersticiais que permita organizar e otimizar os cuidados prestados a estes doentes foi já preconizada e aguarda-se a sua implementação na realidade nacional. A introdução dos antifibróticos na prática clínica é uma mais-valia de relevo na pneumologia moderna. A sua prescrição tem colocado questões do ponto de vista económico, pois são terapêuticas dispendiosas em que existe, em Portugal, uma intervenção directa do Infarmed restringindo a sua utilização.

Usámos durante décadas a imunossupressão que se provou ser nociva na FPI, mas agora que há terapêuticas que demonstram ser potencialmente útil aos doentes com FPI, estamos limitados 'por ausência de indicação formal' do seu uso noutras patologias mesmo com expressão de Pneumonia Intersticial de tipo Usual-UIP que é a expressão clinico-radiológica e histológica da FPI.

Cancro do Pulmão

Fernando José Barata apresenta o presente e o futuro do cancro do pulmão e mostra que um em cada cinco homens e uma em cada seis mulheres terão cancro durante as suas vidas. Também um em cada oito homens e uma em cada onze mulheres morrerão desta doença. Na incidência a nível mundial, o cancro do pulmão é responsável por 11,6 % de todos os casos de cancro. O cancro da mama apresenta igual percentagem, logo seguido do cancro coloretal com 10,2%, do cancro da próstata com 7,1% e do cancro do estômago com 5,7%. Os países com elevado índice de desenvolvimento humano terão 2 a 3 vezes maior incidência de cancro diagnosticado que os países de baixo índice de desenvolvimento humano. Dentro de 5 anos estima-se que 43,8 milhões de pessoas a nível mundial vivam com a sua doença oncológica controlada. A nível mundial e segundo dados de 2018 da Agência Internacional para a Pesquisa do Cancro (dados de 185 países e 36 tipos de cancro), a mortalidade por cancro do pulmão ocupa

o primeiro lugar destacado com 18,4%, seguido do cancro coloretal com 9,2%, cancro do estômago com 8,2%, fígado com 8,2% e cancro da mama com 6,6%.

O número de novos casos de cancro do pulmão, em Portugal, segundo estimativas da Agência Internacional de Observação da Doença Oncológica (Globocan 2018) serão de cerca de 5.200 sendo de 4.000 nos homens e 1.200 nas mulheres. Ainda, para Portugal, o cancro do pulmão será o 4º em incidência, após coloretal, mama e próstata, mas o primeiro em mortalidade. O fumador tem 15 a 30 vezes maior probabilidade de desenvolver cancro do pulmão que os não fumadores. Se a tendência atual for mantida, o tabaco matará 8 milhões de pessoas em 2030 e aproximadamente mil milhões de pessoas morrerá durante o século XXI por causa do uso do tabaco. Recentemente produtos de tabaco como pastilhas, tabaco de mascar, tabaco eletrónico ou tabaco aquecido são promovidos como alternativas e auxiliares no abandono do hábito, mas tais novas alternativas estão longe de ser seguras e ainda com efeitos pouco conhecidos. Análises laboratoriais a cigarros eletrónicos encontraram carcinogénicos e outros produtos químicos tóxicos. Os homens em risco de cancro de pulmão que realizaram TC tiveram uma redução de 26% nas mortes por cancro de pulmão em 10 anos. Novos fármacos estão a revolucionar e entusiasmar doentes, família e profissionais para passo a passo darmos ao nosso doente mais vida com qualidade.

Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)

Paula Pinto sobre a Apneia Obstrutiva do Sono refere que, nos últimos anos, se tem verificado um aumento da prevalência da SAOS, com o estudo Hypnolus apontando para prevalências de SAOS moderada a grave na ordem dos 23,4% nas mulheres e 49,7% nos homens. Não tendo ainda sido possível o desenvolvimento em Portugal de um estudo de prevalência da SAOS de base populacional, em 2013 foi efetuado um estudo cujo objetivo foi estimar a prevalência de SAOS com diagnóstico conhecido na população sob observação da Rede de Médicos Sentinela dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal.

Os seus resultados estimaram uma prevalência de SAOS de 0,89% (IC 95: 0,80-1,00%), na população com 25 ou mais anos, sendo superior no género masculino 1,47% (IC 95: 1,30-1,67%) e no grupo etário entre os 65 e os 74 anos (2,35%). A maioria dos casos diagnosticados correspondeu a SAOS moderada a grave (82,4%). A obesidade (84,6 %), hipertensão arterial (74,8 %) e diabetes mellitus (38,7 %) foram as comorbilidades mais frequentes. O facto de se ter observado, no estudo em análise, uma prevalência menor de SAOS do que a estimada noutros países, pode decorrer não só da metodologia de definição de caso, mas também revelar um subdiagnóstico desta condição clínica, em Portugal. Também a existência de uma maior proporção de casos graves (48,4%), quando comparada com a encontrada noutros países, levamos a colocar a hipótese de que os doentes com diagnóstico de SAOS conhecidos em Portugal ao nível dos CSP sejam os que apresentam um espectro clínico mais grave. Atendendo à prevalência crescente da SAOS e à eficácia comprovada do seu tratamento com CPAP, o futuro desenvolver-se-á numa estratégia eficaz de referência dos doentes ao nível dos CSP, na inovação diagnóstica com a descoberta e validação de novos métodos de diagnóstico simples, acessíveis e de baixo custo e na inovação terapêutica na melhoria dos modelos de seguimento dos doentes tratados com CPAP.

Isabel Carvalho sobre a Tuberculose refere que em Portugal, a taxa de notificação da tuberculose continua a diminuir a um ritmo que no último quinquénio atingiu 6,4% ao ano. Em 2017, a taxa de notificação foi de 17,8 casos por 100 mil habitantes. Tem-se mantido uma concentração dos casos nos distritos do Porto e Lisboa. Em 2017, 19.2% dos casos de tuberculose ocorreram em doentes nascidos fora do país. Embora a maior parte dos casos de tuberculose em Portugal ocorra em população nativa, a proporção de casos em imigrantes continua a aumentar. Em 2017 a demora mediana entre o início de sintomas e o diagnóstico foi de 74 dias. Este valor tem vindo a aumentar na última década, tanto na sua componente atribuível ao utente (tempo decorrido entre o início de sintomas e data da primeira consulta) como na componente atribuível aos serviços de saúde (tempo decorrido entre a data da primeira consulta e a data do diagnóstico). À medida que a incidência de tuberculose diminui, reduz-se a suspeita de doença por parte da população e dos profissionais de saúde, conduzindo ao atraso no diagnóstico e na interrupção da transmissibilidade da doença na comunidade. A redução do número de casos de tuberculose multirresistente (TBMR) corresponde a outros dos objetivos principais de atuação do PNT. Em 2017, ocorreram em Portugal 10 casos de TBMR. A tuberculose tem vindo a diminuir no país, tendo ultrapassado o limite definido como de baixa incidência. A sua concentração nos grandes centros urbanos, a sua associação a dificuldades sociais e a diferentes comorbilidades torna-a mais difícil de abordar, necessitando de uma ação conjunta a nível social e médico.

Gripe

Paula Pinto sobre a Apneia Obstrutiva do Sono refere que, nos últimos anos, se tem verificado um aumento da prevalência da SAOS, com o estudo Hypnolaus apontando para Filipe Froes apresenta os dados referentes à época de Gripe 2017/2018. A época gripal de 2017/2018 foi uma das menos intensas após a pandemia de 2009 e o registo de atividade gripal estendeu-se entre outubro de 2017 a abril de 2018. O pico de atividade ocorreu na última semana de 2017, verificando-se um novo aumento de atividade na 3ª semana de janeiro. O pico de atividade traduziu-se numa taxa de incidência semanal máxima de 69,6 casos por 100.000 habitantes, um valor incluído no intervalo de “atividade baixa”. O segundo pico de atividade na 3ª semana de janeiro foi de 58,4/100.000. Dos 451 casos positivos para o vírus da gripe analisados no Centro de Referência Nacional do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, os resultados foram: 301 (66,7%) do tipo B, 88 (19,5%) do subtipo A(H1)pdm09 e 62 (13,7%) do subtipo A(H3). Os vírus da gripe do tipo B foram na sua maioria da linhagem Yamagata (86%). Todas as vacinas trivalentes contra a gripe, as únicas disponíveis em Portugal, incluíram as estirpes A(H1) e A(H3), que circularam na comunidade, e uma estirpe B da linhagem Victoria, ou seja, de linhagem diferente à que circulou na comunidade. Verificou-se, assim, uma discordância antigénica entre a linhagem B vacinal e a linhagem B predominante na comunidade. Esta discordância entre estirpes e linhagens B tem ocorrido com relativa frequência e foi um fator decisivo para o desenvolvimento das novas vacinas tetravalentes. As vacinas tetravalentes já estão disponíveis em Portugal.

Em Portugal, em relação aos casos graves com necessidade de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) foram registados 220 casos nas UCI incluídas na Rede de Vigilância da Gripe em Cuidados Intensivos. O valor máximo das admissões ocorreu na semana 1 de 2018, com 7,6% do total dos doentes admitidos por todas as causas. A maioria eram homens (58%),

56% com 65 anos de idade e 78% com doença crónica subjacente. Dos 98 casos em que o estado vacinal foi determinado, apenas 15 (15%) tinham sido vacinados.

Transplante Pulmonar

Pela primeira vez o Relatório anual do ONDR apresenta um capítulo dedicado ao Transplante pulmonar em que Luisa Semedo nos dá os elementos evolutivos dos últimos 10 anos. O Centro Hospitalar Lisboa Central (CHLC) é o único onde são efetuados os transplantes pulmonares no nosso país. O primeiro transplante cardiopulmonar foi realizado em 1991 pelo Dr. Rui Bento no Hospital de S. Marta. Em 2001 foi efetuado o primeiro transplante unipulmonar pelo Dr. Vaz Velho sob a direção do Professor Doutor Roquette. Posteriormente, em 2007, o Professor Doutor José Fragata assume a liderança da Equipa, continuando até hoje como o Diretor do Serviço e do Centro de Referência de Transplante Pulmonar. As principais patologias para este procedimento são: a doença pulmonar obstrutiva crónica, fibrose quística e outras causas de bronquiectasias, fibrose pulmonar idiopática e outras doenças do interstício pulmonar, hipertensão pulmonar arterial, sarcoidose, linfangioleiomiomatose e histiocitose X. Após a realização dos primeiros transplantes, o Programa de Transplante Pulmonar tem crescido de forma consistente nos últimos dez anos. Num total de 208 transplantes pulmonares, 192 foram realizados desde 2008.

Tem-se verificado um aumento gradual de transplantes e em 2017 foram efetuados 34 (3,4/milhão de habitantes) colocando o CHLC ao nível daqueles que mais transplantam internacionalmente. Já durante o ano de 2018 foi realizado o primeiro retransplante num doente com disfunção crónica do enxerto que tinha efetuado o primeiro transplante dois anos antes. Nos transplantes pulmonares realizados nos últimos dez anos observou-se um discreto predomínio dos transplantes nos doentes do sexo masculino (homens, 61,5%). A idade média dos doentes foi 46,6 anos, com uma idade máxima de 67 anos e mínima de 13 anos. Foi na faixa etária dos 50 aos 60 anos que incidiu o maior número de doentes. De salientar que neste período foram efetuados oito transplantes pulmonares em doentes com idade inferior a 18 anos, todos com o diagnóstico de fibrose quística. O transplante pulmonar foi realizado em doentes com várias patologias observando-se, no entanto, um predomínio nas doenças do interstício pulmonar: 92 (47,9%). A doença pulmonar obstrutiva crónica foi responsável por 47 transplantes (24,5%). A fibrose quística contribuiu para 27 transplantes (14%) e as bronquiectasias para 21 doentes (10,9%). Foi também realizado transplante pulmonar em 4 doentes com deficit de alfa1 antitripsina (2%). A sobrevivência dos doentes transplantados no CHLC é comparável ou ligeiramente superior aos resultados dos registos internacionais (2) tendo sido aos três meses, um ano e cinco anos 98%, 81% e 59% respectivamente. No sentido de aumentar o número de transplantes é fundamental aumentar o número de dadores.

DPOC

A DPOC passou, em 15 anos, de 5ª causa de morte para 3ª, tem uma prevalência estimada em Portugal de 14,2% para os portugueses com mais de 40 anos (cerca de 800.000). Portugal é um país com baixo número de internamentos por DPOC, diminuíram 14,7% em 10 anos e foram internados em 2016 com esta patologia 7864 portugueses. Estes números sugerem um razoável controlo da doença em ambulatório. A doença predomina no sexo masculino. Em 2016, dos doentes internados por DPOC 66% eram do sexo masculino. Relevante é também a mortalidade por DPOC, que em 2016 foi referida como responsável por 2791 óbitos, 20,7% do total dos óbitos registados por doenças respiratórias. 1762 (63%) são do sexo masculino e 1029 (37%) são do sexo feminino. Tinham 65 ou mais anos 93% dos óbitos. Parece confirmar-se um sub-diagnóstico da DPOC: em 2016 apenas estavam referenciados como tendo DPOC 131.632 utentes dos Centros de Saúde. Desses utentes referenciados como tendo DPOC, apenas 42.517 (32.3%) tinham o diagnóstico confirmado por Espirometria, dado que reforça a necessidade da expansão da Rede Nacional de Espirometria.

Pneumonia

A DPOC passou, em 15 anos, de 5ª causa de morte para 3ª, tem uma prevalência A OCDE, no seu último relatório sobre o estado da Saúde, vem realçar que Portugal é o país europeu com a maior taxa de mortalidade por pneumonia, com valores a 57 por cada 100.000 habitantes, o dobro da média dos países da União Europeia, 28,1 por 100.000 habitantes, problema identificado pelo ONDR já em 2012, e que tem sido objeto de estudo pela Fundação Portuguesa do Pulmão e a Universidade do Minho.

Segundo o mesmo relatório Health at a Glance 2018, divulgado recentemente, a 22 de novembro passado, a Pneumonia foi responsável pela morte de 140 mil pessoas em 2015, tendo um peso de 30% na mortalidade por doença respiratória.

O presente relatório do ONDR reforça a alta prevalência de internamentos por Pneumonia, como diagnóstico principal, com valores de cerca de 7% dos internamentos médicos e de cerca de 4.5% de todos os episódios internamento. Das principais patologias internadas avaliadas pelo ONDR ao longo dos anos, Asma Brônquica, DPOC, Bronquiectasias, Fibrose Quística, Neoplasias Respiratórias, Fibroses Pulmonares, Tuberculose Pulmonar, Gripe, Insuficiência Respiratória e Pneumonias constatamos que as Pneumonias representam cerca de 36% dos episódios de internamento referente a estas mesmas patologias e 35% do total dos óbitos. O número de internamentos se tem mantido nos últimos 10 anos em cerca de 40.000 com uma taxa de mortalidade de cerca de 20%. De salientar, no entanto, que 78% dos internamentos correspondem a doentes com 65 ou mais anos e a mortalidade destes doentes corresponde a 93% do total de óbitos internados por Pneumonia. O peso da mortalidade por Pneumonia na mortalidade global nos episódios de internamento é particularmente relevante, 16%. A mortalidade mantém-se em valores muito elevados, cerca de 20%, sendo superior a 27% no grupo etário de 80 ou mais anos. Da parceria Fundação Portuguesa do Pulmão e a Universidade do Minho com a Prof. Maribela Yasmina Santos para identificar factores relevantes para estes

resultados, já que Portugal não tem condições climáticas particularmente agrestes, nem tem percentagens de tabagismo, que justificam estes dados de incidência e mortalidade.

Dos doentes internados com Pneumonia há predomínio do sexo masculino, no entanto, quando se avalia a mortalidade por género, verifica-se que é maior no sexo feminino. As maiores incidências de internamentos por Pneumonia são em distritos do interior, nomeadamente Bragança, seguida por Castelo Branco, Vila Real e Portalegre.

Em relação à mortalidade são os distritos de Beja com 25% de óbitos, seguidos por Setúbal com 24%, Portalegre 22% e Santarém e Faro com 21%. Constatamos que a mortalidade é particularmente relevante nos doentes com internamentos até 3 dias e que habitavam mais afastados do hospital, o que está relacionado com decisão tardia do doente a aceder aos cuidados, ou a estes não serem disponibilizados em tempo útil. Embora seja no Outono e Inverno, que há um maior número de internamentos por Pneumonia, é nos meses de verão, que a taxa de mortalidade é maior, o que também deve ser explicado pelo atraso no início do tratamento.

Na análise das comorbilidades verificamos haver diferenças entre os géneros, assim no sexo feminino é mais prevalente a doença cardíaca crónica, enquanto no sexo masculino é a doença respiratória crónica. No sexo masculino a incidência de mortalidade é influenciada pela doença respiratória crónica, seguida pela doença cardíaca crónica e depois pela associação de doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica e diabetes mellitus; enquanto no sexo feminino é influenciada pela doença cardíaca crónica, doença respiratória crónica e depois pela associação de doença cardíaca crónica, doença respiratória crónica e diabetes mellitus.

Conclusão

No sentido de alterar a presente situação a FPP apela a que se tomem medidas de diagnóstico precoce, nomeadamente nos doentes idosos e com as comorbilidades: doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica e diabetes mellitus, estes doentes muitas vezes apresentam sintomas pouco específicos; vigiar os grupos de risco precocemente, quando sintomáticos, nomeadamente nos distritos com maior taxa de mortalidade; seguir os protocolos para o tratamento das Pneumonias; e vacinar os doentes com mais de 65 anos, os doentes com doenças crónicas como a doença respiratória crónica, doença cardíaca crónica, diabetes mellitus e doenças com deficit imunitário com a vacina anti-pneumocócica.

A vacinação anti-pneumocócica deve fazer parte do Plano Nacional de Vacinação para pessoas com doentes com 65 ou mais anos, já que a mortalidade destes doentes corresponde a 93% do total de óbitos internados por Pneumonia.