

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS – 2013

Programa Nacional para as
Doenças Cérebro-Cardiovasculares



Portugal. Direcção-Geral da Saúde.
Direcção de Serviços de Informação e Análise

Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2013
ISSN: 2183-0681
Periodicidade: Anual

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 050
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

Autores

Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares

Rui Cruz Ferreira
Rui César das Neves
Vanessa Rodrigues

Direcção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira
Andreia Jorge Silva
Matilde Valente Rosa
Maria Isabel Alves
Dulce Afonso
Ana Cristina Portugal
Elisabeth Somsen
José Martins
Luís Serra
Ana Lisette Oliveira

Com a colaboração de Nuno Oliveira (INFARMED)

Layout e Impressão

Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.
Av. Júlio Dinis, 14, 6.º Dto. B
1050-131 Lisboa
Tel. 218 287 620
geral@letrasoluvel.pt
www.letrasoluvel.pt

Lisboa

Setembro de 2013

1. Introdução	4
2. Taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares	6
2.1. Taxas de Mortalidade por Doença Cerebrovascular	9
2.2. Taxas de Mortalidade por Doença Isquémica do Coração	11
2.3. Taxas de Mortalidade por Enfarte Agudo do Miocárdio	13
2.4. Espectro das Doenças Cardiovasculares em Portugal e na Europa	16
2.5. Mortalidade Prematura – Anos Potenciais de Vida Perdidos	18
3. Vias Verdes	22
3.1. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC)	22
3.2. Via Verde Coronária	27
3.2.1. Distribuição das Angioplastias Primárias (por Região de Saúde)	31
4. Acessibilidades	34
4.1. Laboratório de Hemodinâmica	34
4.2. Eletrofisiologia e Pacing	37
5. Indicadores Globais de Atividades	40
5.1. Coronariografias	40
5.2. Angioplastias Coronárias Percutâneas	42
5.3. Cirurgias Coronárias	44
5.4. Transplantação Cardíaca	46
5.5. Comparação entre Técnicas de Revascularização Miocárdica	47
6. Recursos em Doenças Cardiovasculares	48
6.1. Consumos Farmacológicos	48
6.2. Consumo de Stents	53
6.3. Implantações de Pacemakers	54
6.4. Implantações de dispositivos de desfibrilhação e ressincronização CDI e CRT-D	55
7. Destaques – As 10 Mensagens mais relevantes	56
8. Notas Finais. Agradecimentos	58
Índice de Quadros	59

1. Introdução

As doenças cardiovasculares constituem a causa de morte mais relevante em toda a Europa, incluindo Portugal, e englobam um vasto conjunto de situações clínicas afetando o sistema circulatório em diferentes localizações. Os sectores afetados condicionam as diferentes formas clínicas de apresentação. Entre elas devem ser destacadas pela sua especial relevância: *a doença isquémica do coração (DIC) cuja manifestação clínica mais relevante é o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e a doença cerebrovascular (DCV) incluindo o acidente vascular cerebral isquémico (AVC).*

Nas últimas duas décadas tem ocorrido uma progressiva diminuição das taxas de mortalidade destas doenças, fenómeno atribuído a uma conjugação de vários fatores:

- A progressiva adoção de medidas e estratégias preventivas, como a Lei de Cessação Tab gica¹, a Iniciativa legislativa de redu o do conteúdo de sal no p o², ou as frequentes campanhas promovidas por sociedades científicas e outras organizações, visando a ado o hábitos de vida saudáveis;
- Ainda na vertente preventiva, verificou-se uma substancial melhoria no diagnóstico e corre o dos fatores de risco modificáveis, como a hipertensão arterial ou a dislipidémia (altera o do metabolismo do colesterol);
- Os avanços significativos no tratamento das duas situações clínicas associadas a maior mortalidade: o EAM e o AVC.

1 – Lei n.º 37/2007

2 – Lei n.º 75/2009

Esses progressos decorrem não só da disponibilização de novos fármacos e técnicas inovadoras, mas sobretudo de uma substancial melhoria das condições organizativas, permitindo uma precoce resposta da emergência pré-hospitalar, um correto encaminhamento para os locais onde os melhores tratamentos podem ser administrados e um reforço operacional dos meios disponíveis em todo o território. Compreende-se assim o realce e particular atenção que o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares tem dado às chamadas Vias Verdes (Coronária e do AVC) definidas como estratégias organizativas do Sistema de Saúde para promover os objetivos mencionados.

Orientações Programáticas

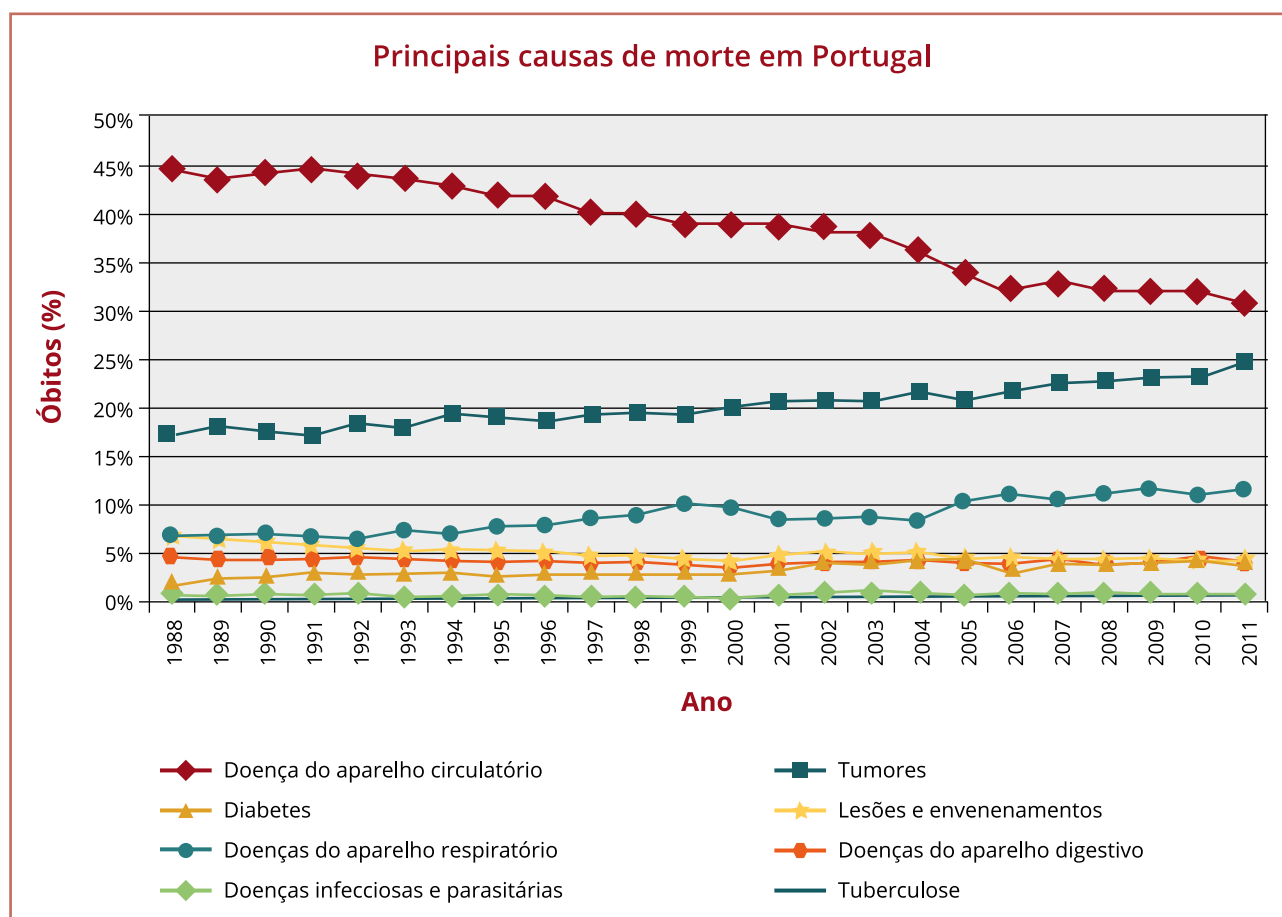
Nestes termos, a publicação do Relatório ora divulgado cumpre o objetivo de melhorar o conhecimento epidemiológico e estatístico dos fatores determinantes das patologias cardiovasculares, tal como consta no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares.

2. Taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares

Nas duas últimas décadas, verifica-se globalmente na população portuguesa uma notória redução da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares ou doenças do aparelho circulatório.

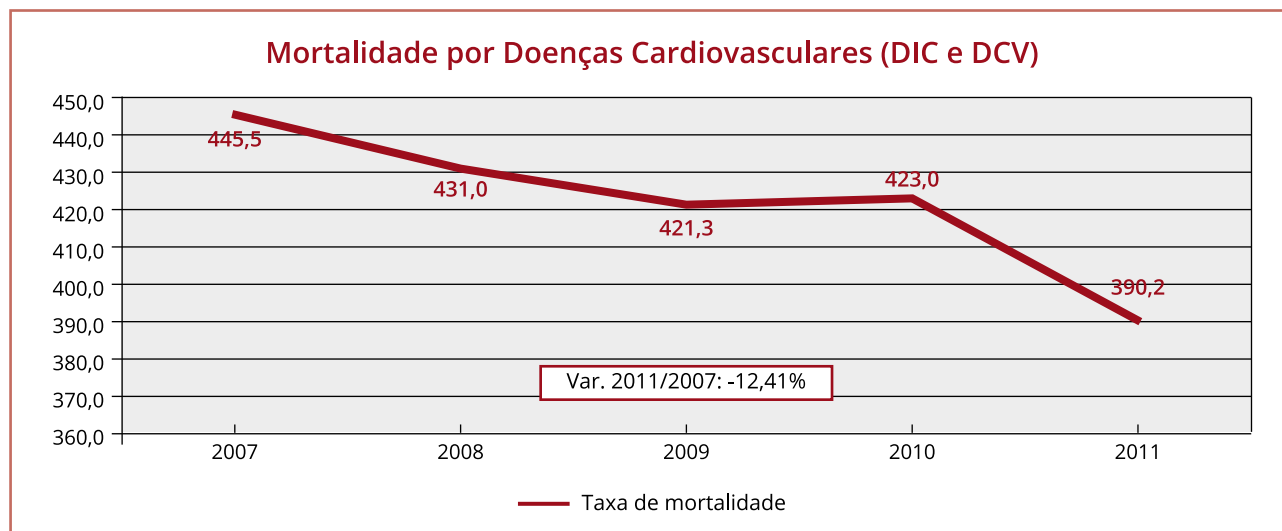
Apesar desta tendência, oposta à que ocorre com a progressão das doenças oncológicas, as doenças do aparelho circulatório são ainda a principal causa de morte em Portugal, e em todos os países europeus.

Figura 2-1. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2011)



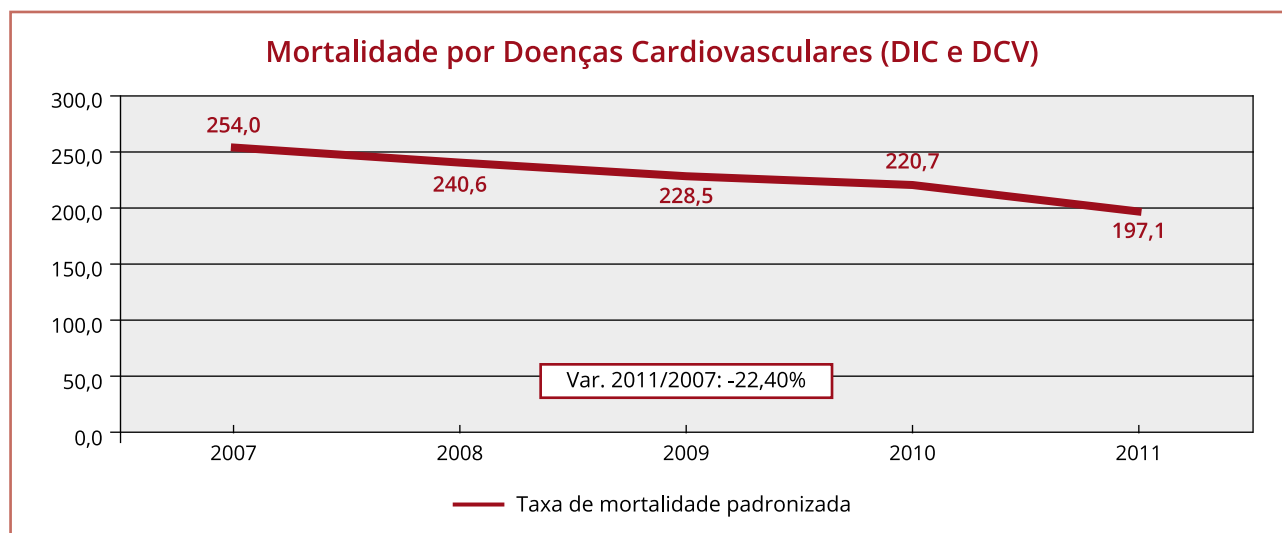
Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2-2. Taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25, I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



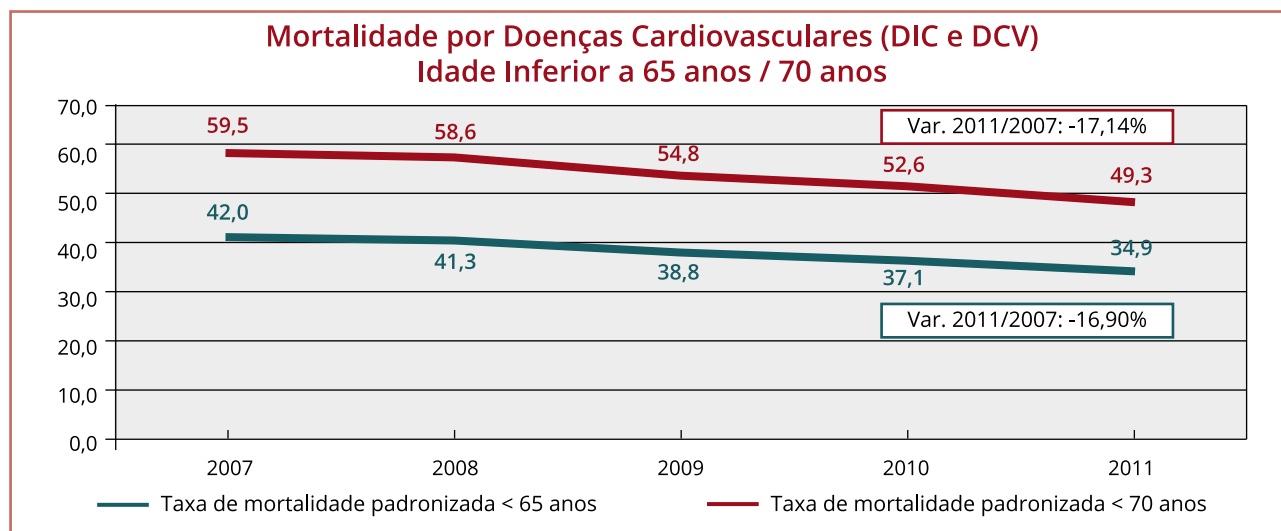
Códigos da CID 10: I20-I25, I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

As taxas de mortalidade padronizadas permitem uma comparação fiável refletindo a correção de potenciais fatores de enviesamento. A redução de 22,4% verificada nos 5 anos em análise é substancial.

PORTUGAL

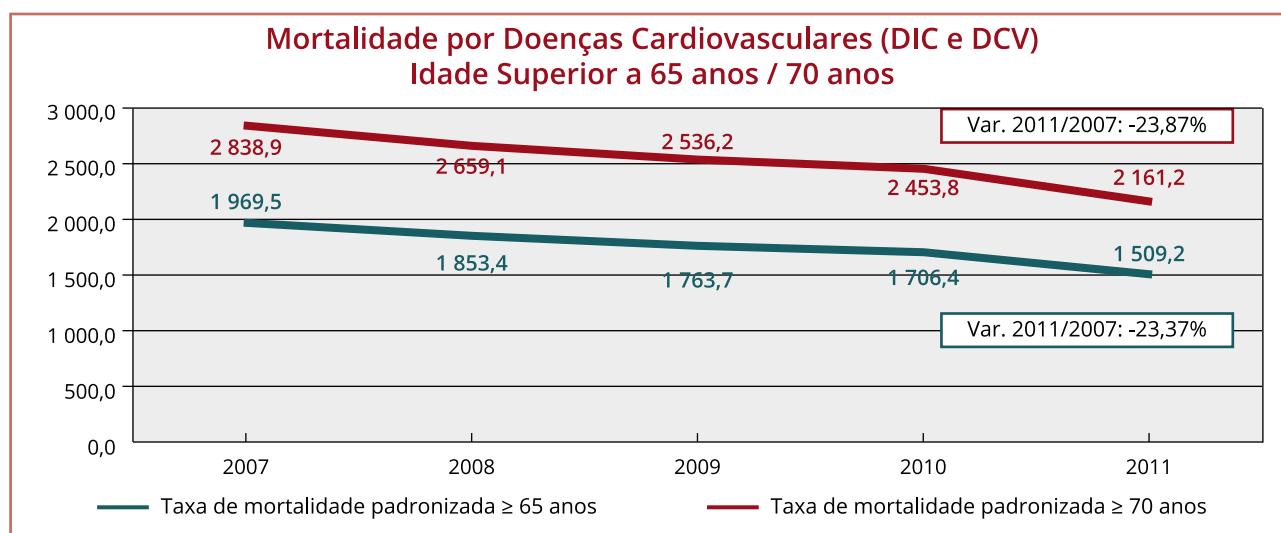
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 2-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25, I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

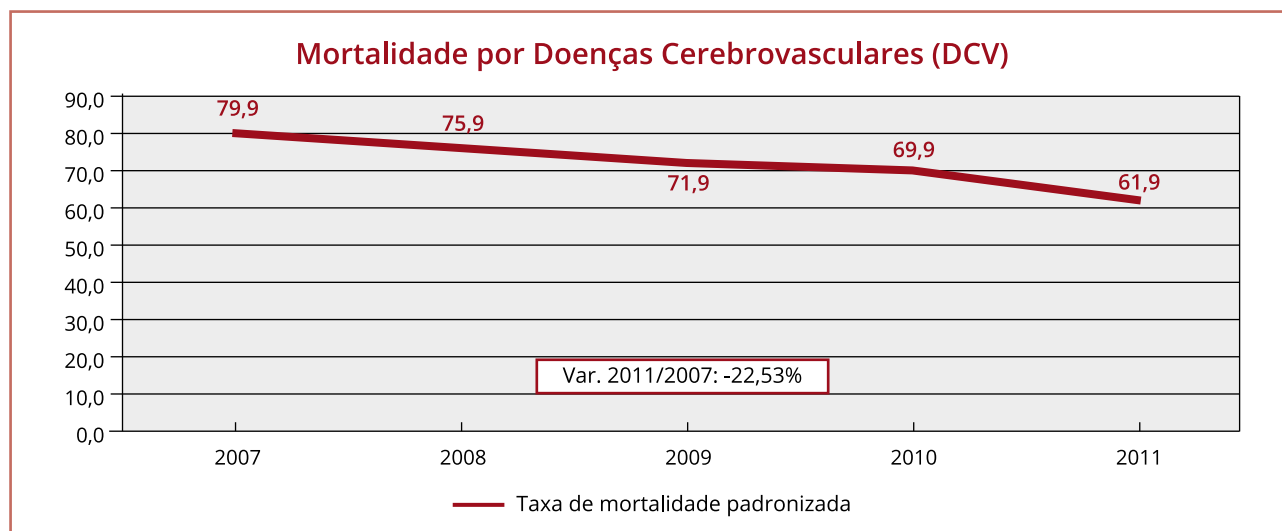
Figura 2-5. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV) em idades superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25, I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

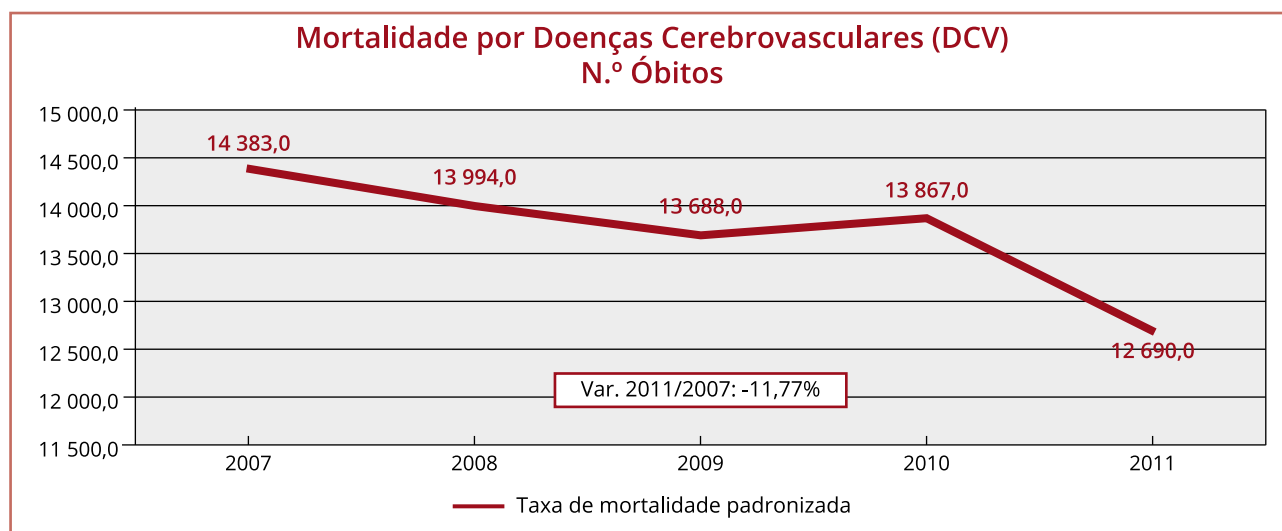
2.1. Taxas de Mortalidade por Doença Cerebrovascular

Figura 2.1-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV), por 100 000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.1-2. Número de óbitos por Doença Cerebrovascular (DCV) em Portugal Continental (2007-2011)



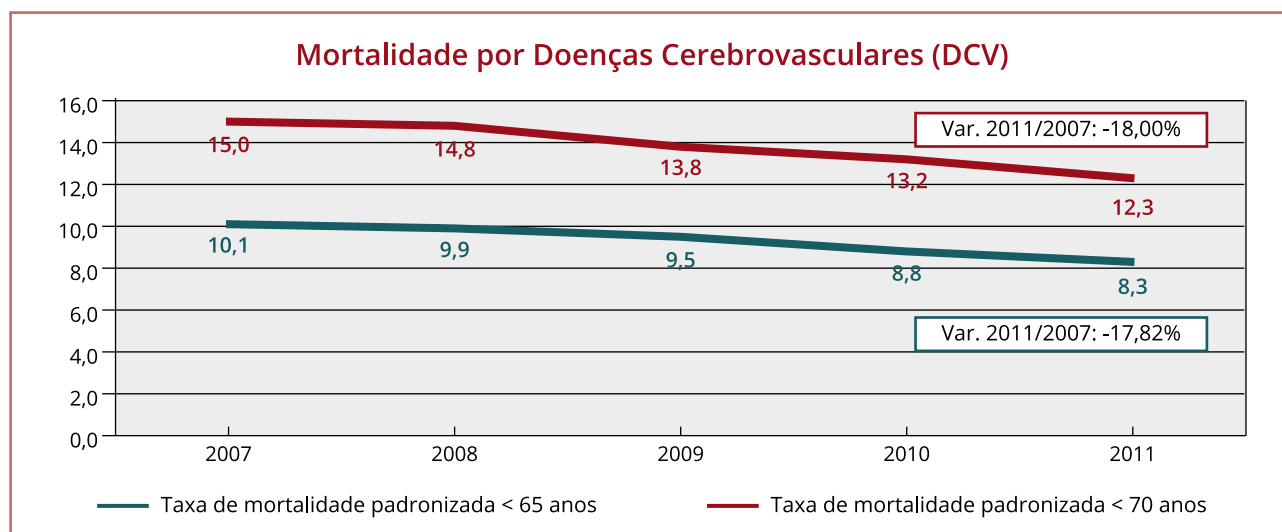
Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

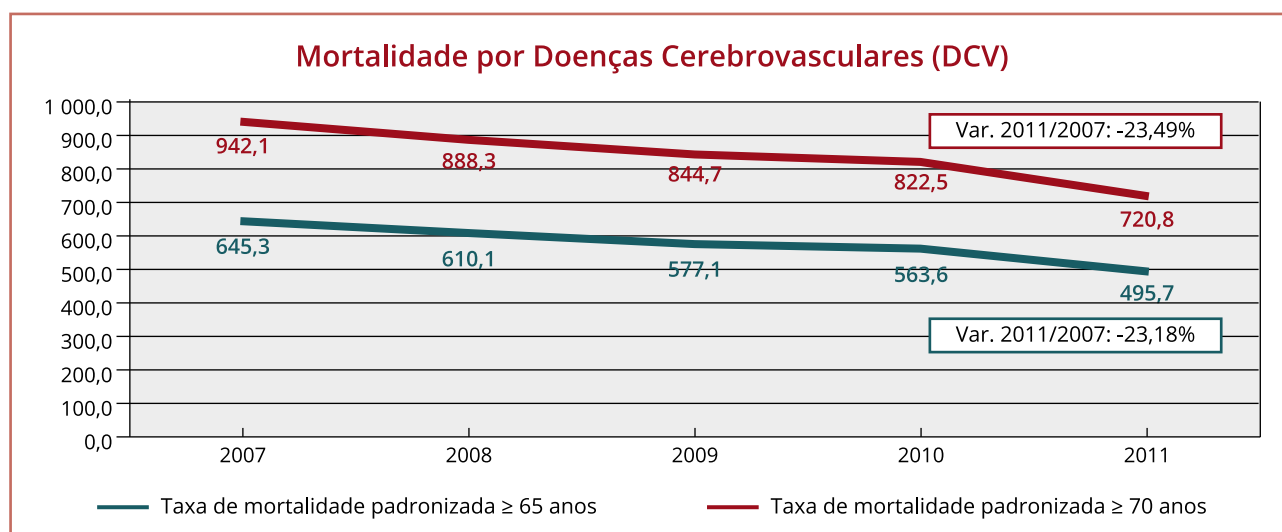
A redução em 5 anos da taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares traduz uma redução de mais de 1600 óbitos anuais.

Figura 2.1-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

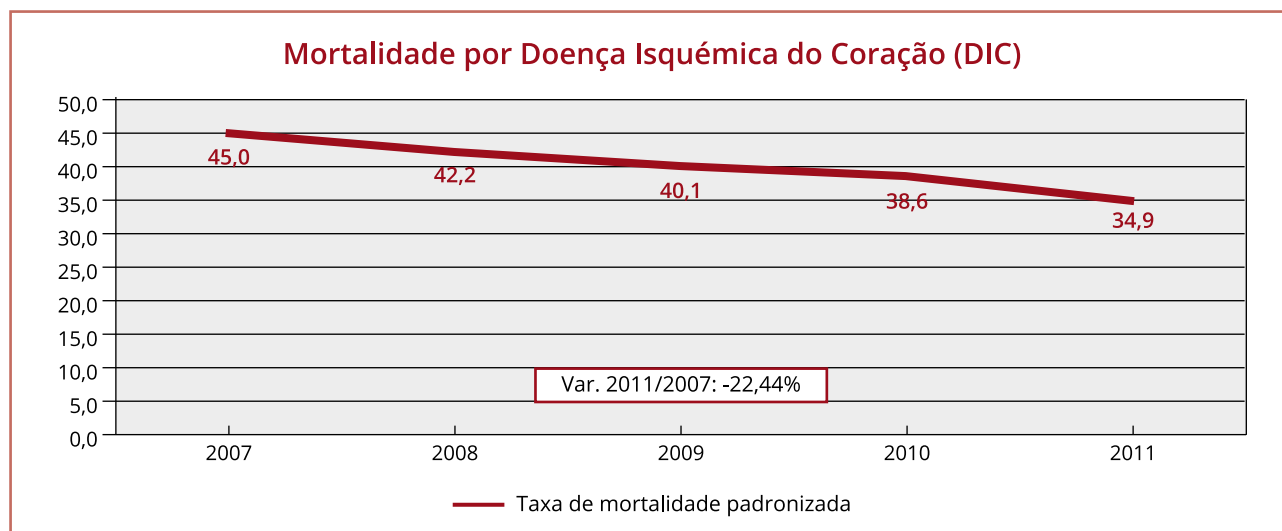
Figura 2.1-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) em idades superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

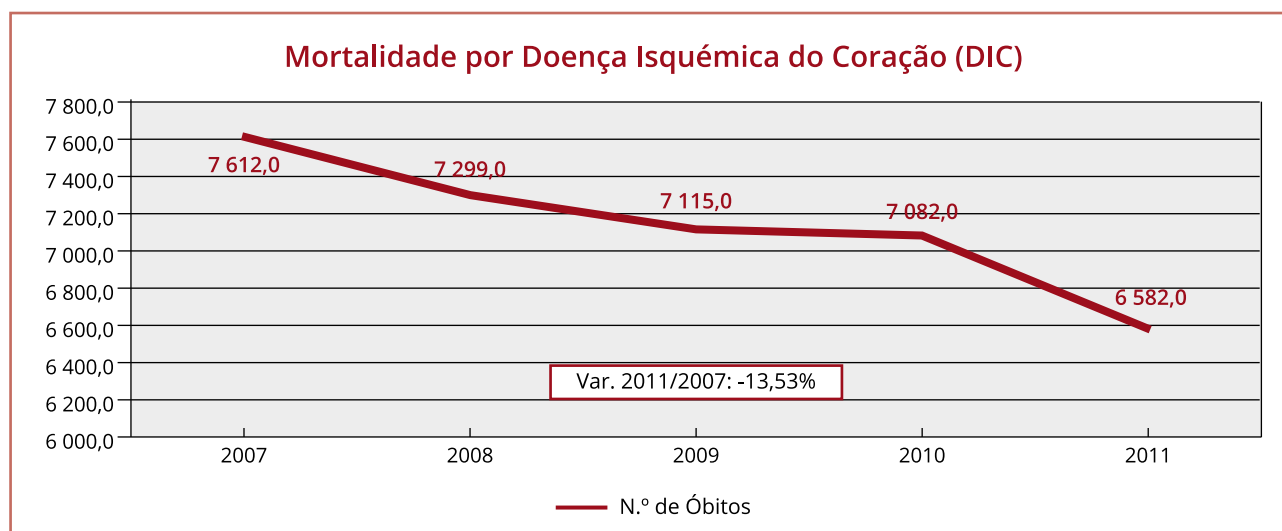
2.2. Taxas de Mortalidade por Doença Isquémica do Coração

Figura 2.2-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.2-2. Número de óbitos por Doença Isquémica do Coração (DIC) em Portugal Continental (2007-2011)

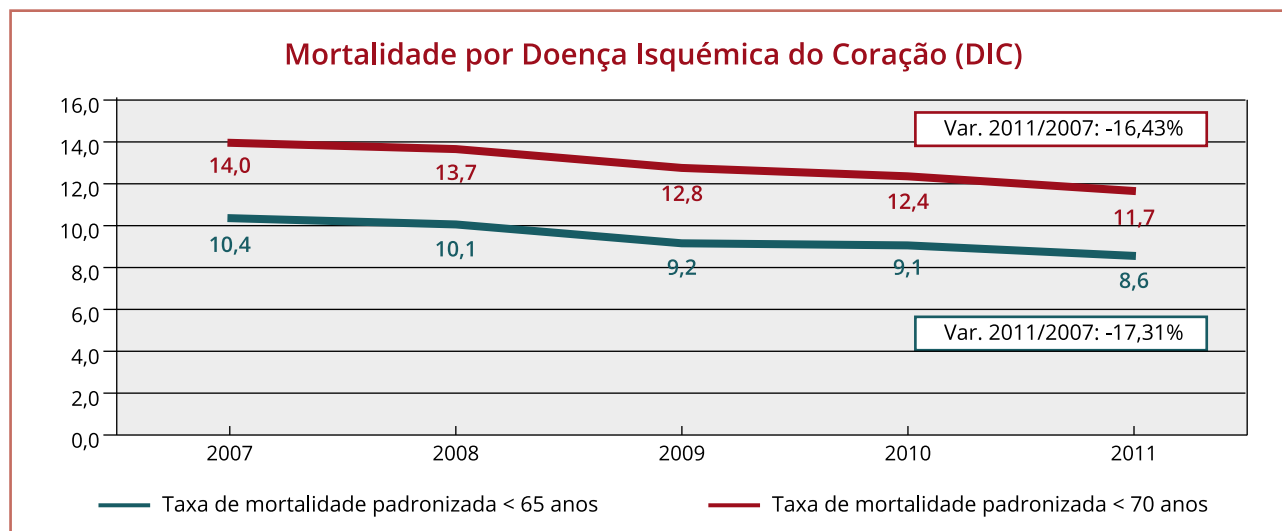


Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

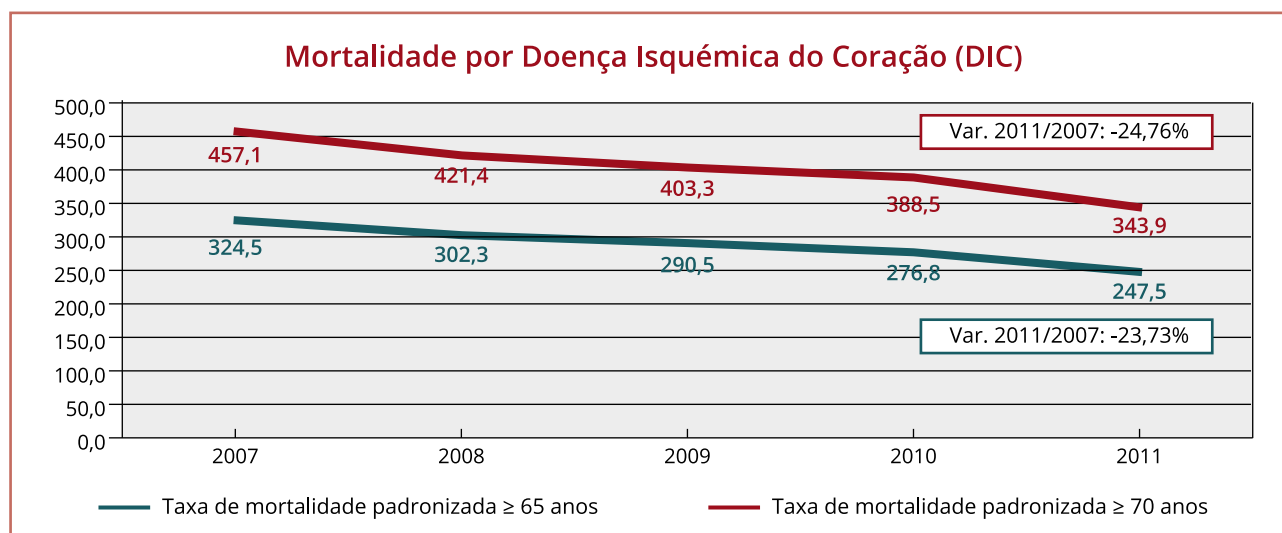
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 2.2-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.2-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC) em idades superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)

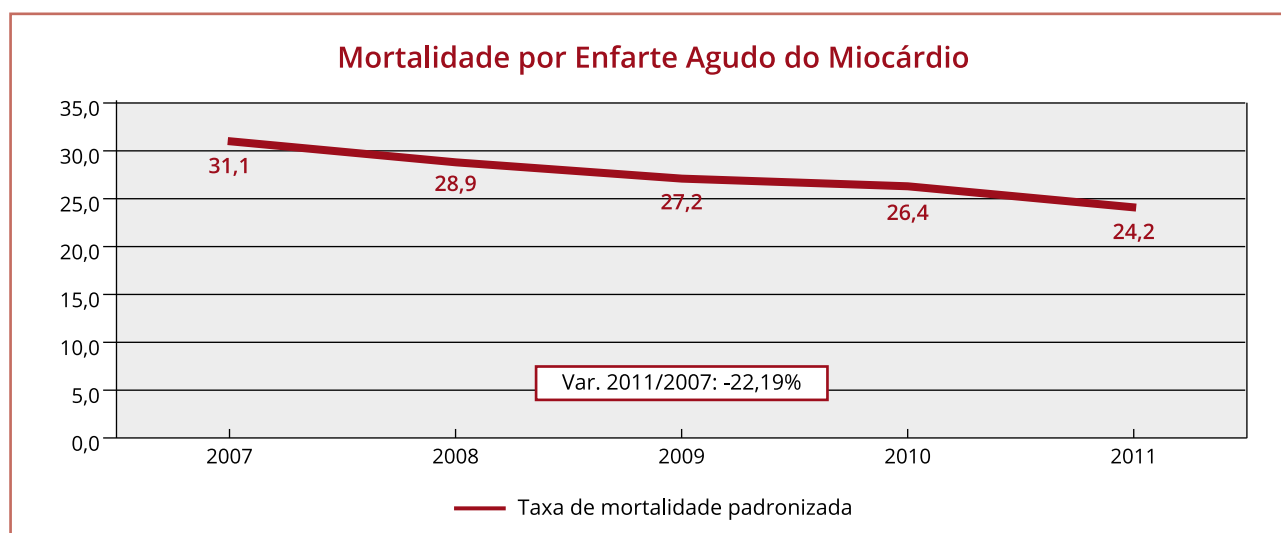


Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

2.3. Taxas de Mortalidade por Enfarte Agudo do Miocárdio

Entre as diferentes formas clínicas de apresentação da doença isquémica cardíaca, assume particular relevância o enfarte agudo do miocárdio, atendendo aos significativos progressos verificados na terapêutica, com alteração da história natural da doença. Constitui também uma situação clínica que reflecte com grande sensibilidade a qualidade da prestação de cuidados assistenciais.

Figura 2.3-1. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)

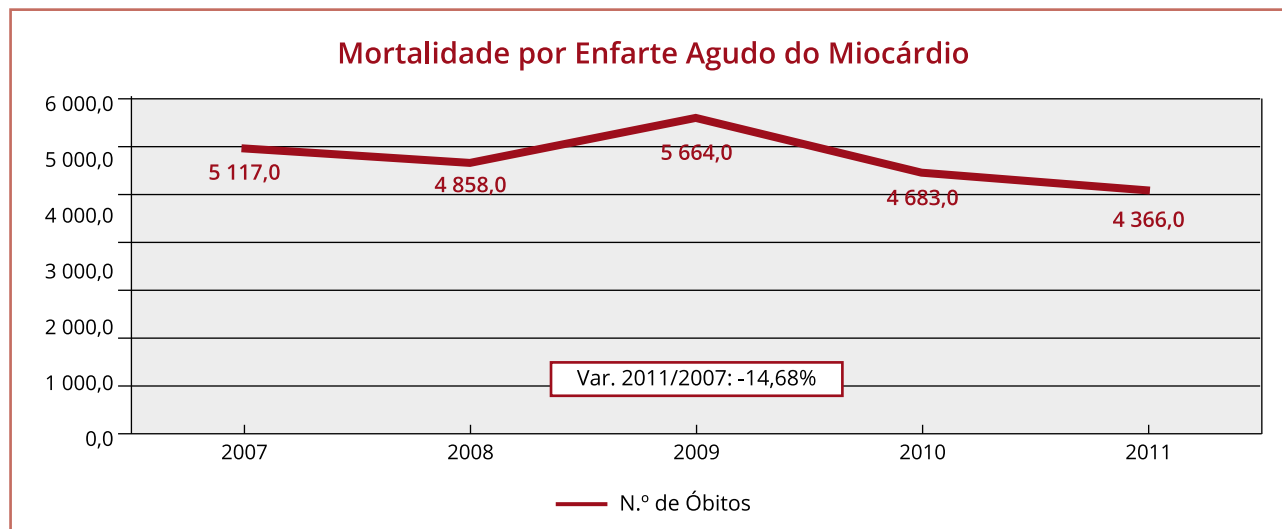


Códigos da CID 10: I21. Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

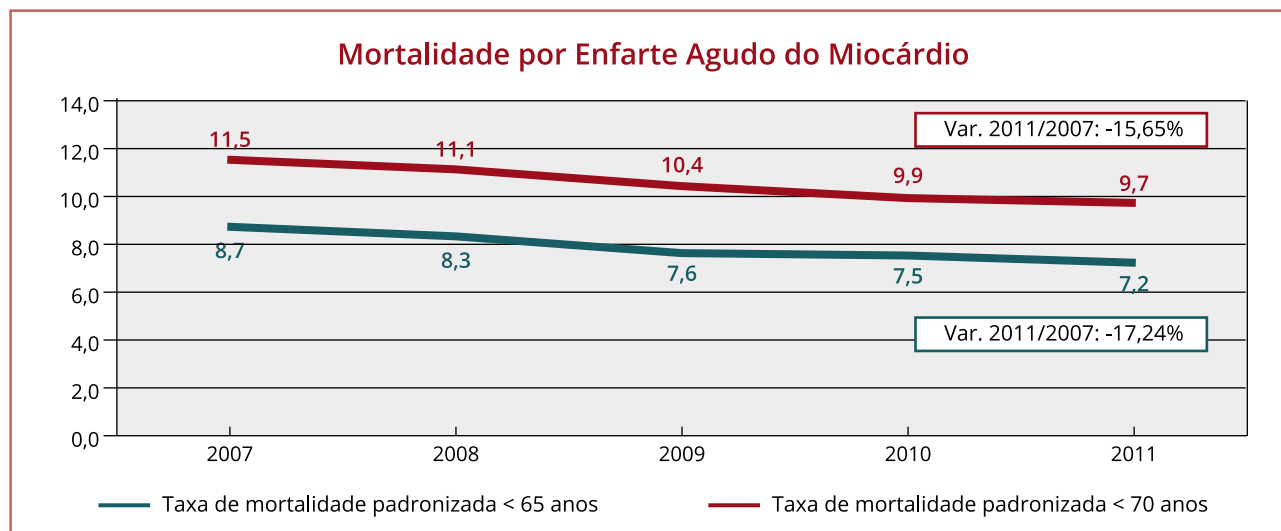
Figura 2.3-2. Número de óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I21. Fonte: INE, IP (2013)

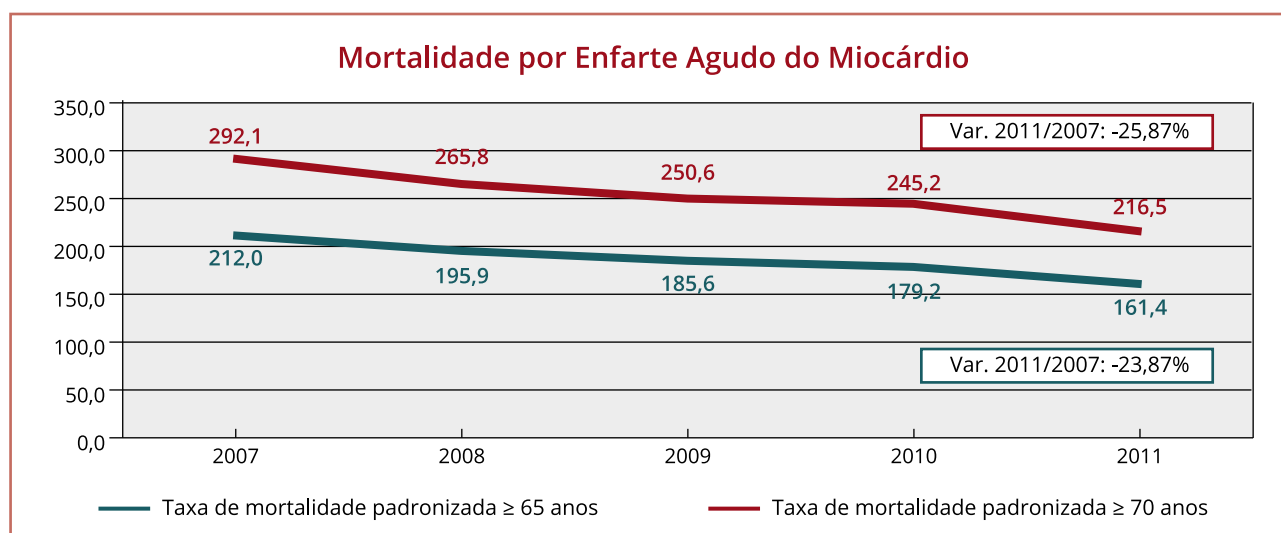
Deverá ser aprofundada em futuras análises a discrepância, apenas parcialmente expectável, entre o número de óbitos global atribuídos ao enfarte agudo do miocárdio e o número de óbitos bastante inferior, reportado nos episódios de internamento hospitalar (1156 em 2010 e 1034 em 2011), constantes na base de dados de “Grupos de Diagnóstico Homogéneo”. Grande parte dos óbitos ocorre de forma súbita antes da admissão hospitalar.

Figura 2.3-3. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I21. Fonte: INE, IP (2013)

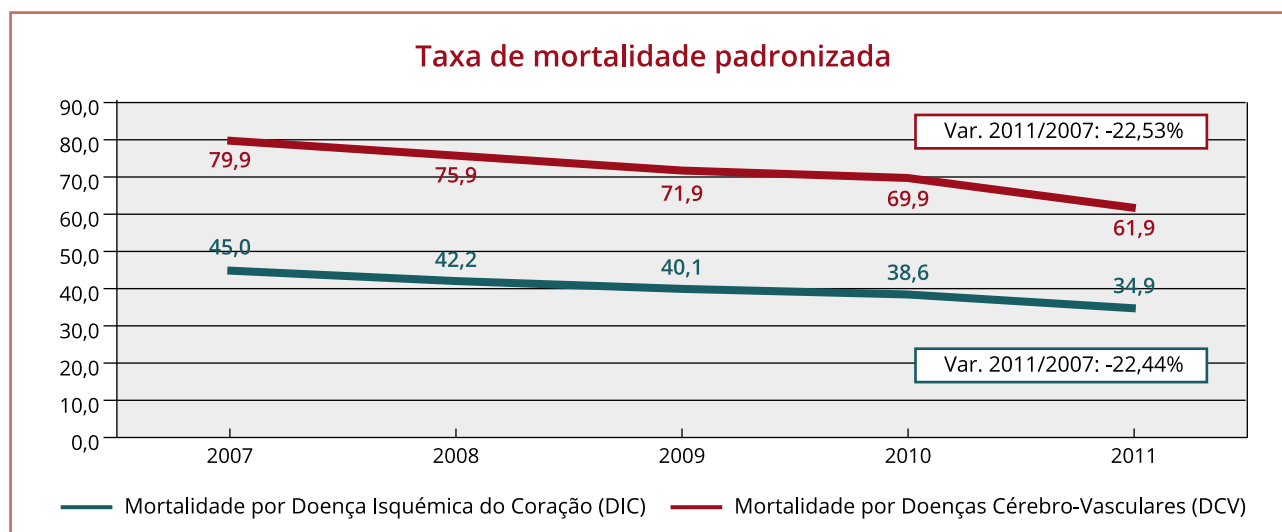
Figura 2.3-4. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em idades superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I21. Fonte: INE, IP (2013)

2.4. Espectro das Doenças Cardiovasculares em Portugal e na Europa

Figura 2.4-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) e por Doença Isquémica do Coração (DIC), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)



Códigos da CID 10: I20-I25, I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

Quadro 2.4-1. Comparação das taxas de mortalidade padronizadas por Doenças Cérebro-cardiovasculares, por 100000 habitantes, em Portugal e alguns países europeus (2010)

	Doenças do Aparelho Circulatório	Doença Isquémica do Coração	Doença Cerebrovascular
Portugal	169,29	39,87	71,07
Espanha	137,58	43,75	33,75
França	118,94	32,06	26,12
Chipre	186,58	62,91	36,16
Itália	167,70	57,37	45,51
Grécia	228,92	62,06	67,84
Alemanha	208,71	80,87	35,86
Reino Unido	164,19	77,25	42,11
Polónia	335,83	90,31	68,50
Finlândia	213,57	120,70	42,95
Bulgária	621,69	114,26	178,62
Letónia	477,62	248,88	131,86

Códigos da CID 10: I00-I99, I20-I25, I60-I69. Fonte: WHO/Europe, HFA Database, March 2013

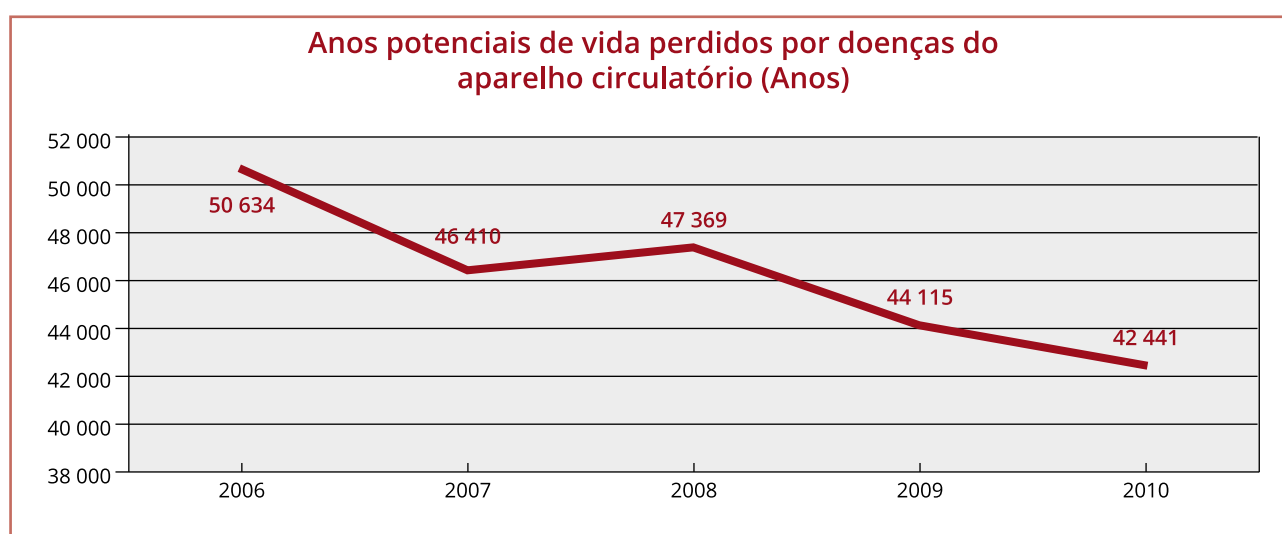
Na tabela apresentada comparam-se os valores das diferentes taxas de mortalidade reportadas em vários países europeus, incluindo a maioria dos países da bacia mediterrânica. São apontados os últimos valores disponíveis (2009 ou 2010). Apenas em Portugal, Grécia e Bulgária as taxas de mortalidade padronizada por doença cerebrovascular são superiores às taxas de mortalidade por doença isquémica cardíaca.

Saliente-se também a enorme discrepância dos valores globais das taxas de mortalidade, evidenciando o conhecido gradiente Sul/Oeste – Norte/Leste que ocorre nas regiões europeias.

2.5. Mortalidade Prematura – Anos Potenciais de Vida Perdidos

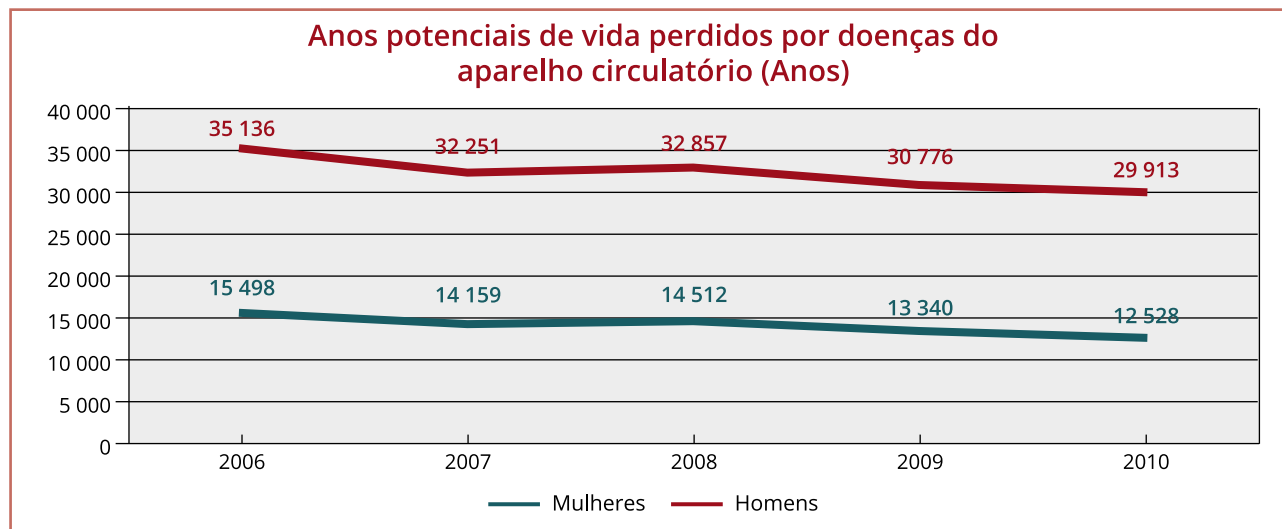
Apesar do maior decréscimo da mortalidade ocorrer acima dos 70 anos, a redução da mortalidade prematura, traduzida na redução dos “anos potenciais de vida perdidos” é da maior relevância social e familiar.

Figura 2.5-1. Anos potenciais de vida perdidos por Doenças do Aparelho Circulatório (anos) em Portugal (2006-2010)



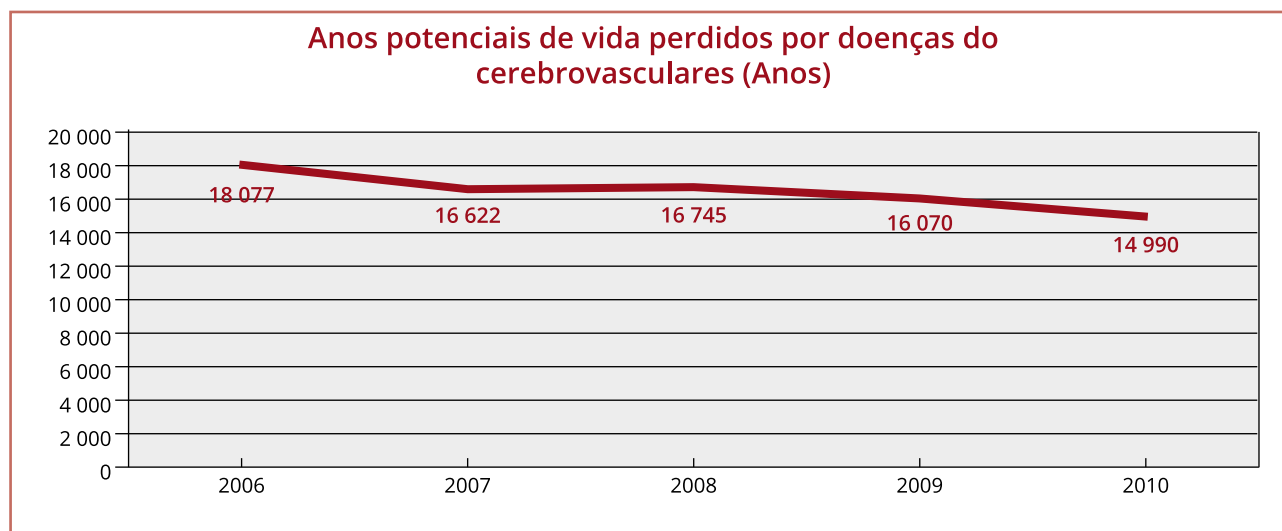
Códigos da CID 10: I00-I99. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.5-2. Anos potenciais de vida perdidos por Doenças do Aparelho Circulatório (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)



Códigos da CID 10: I00-I99. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.5-3. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Cerebrovascular (anos) em Portugal (2006-2010)

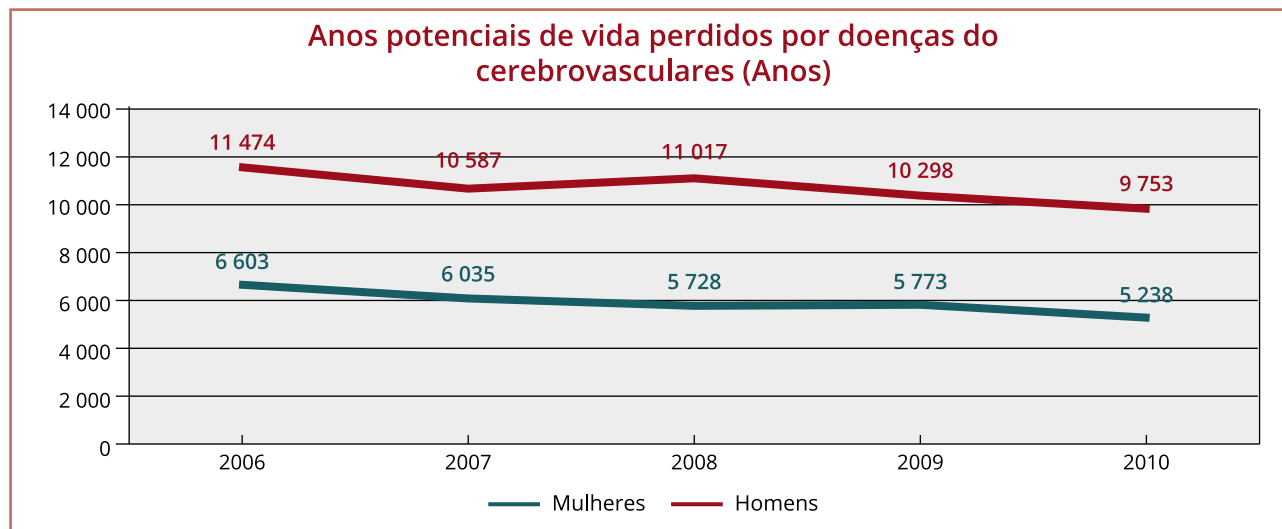


Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

PORTUGAL

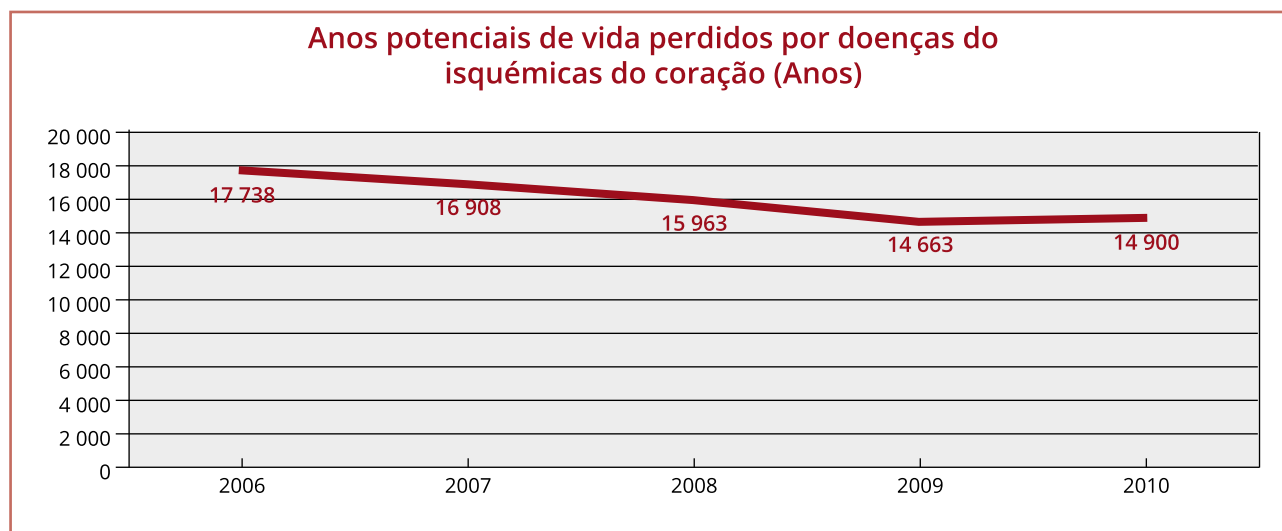
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 2.5-4. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Cerebrovascular (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)



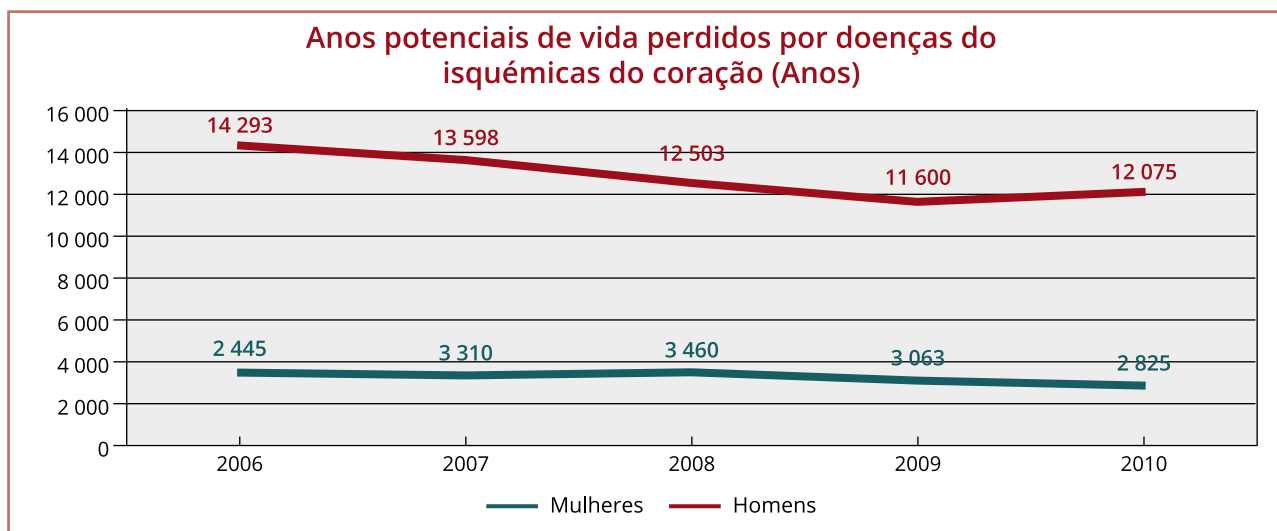
Códigos da CID 10: I60-I69. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.5-5. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Isquémica do Coração (anos) em Portugal (2006-2010)



Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

Figura 2.5-6. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Isquémica do Coração (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)

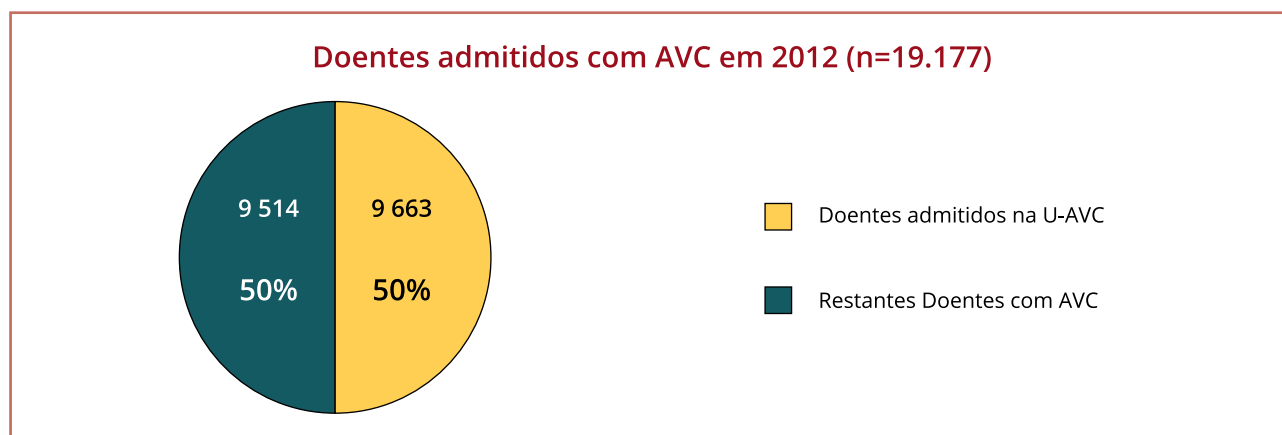


Códigos da CID 10: I20-I25. Fonte: INE, IP (2013)

3. Vias Verdes

3.1. Via Verde do Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Figura 3.1-1. Doentes admitidos com AVC no Hospital, em Portugal (2012)



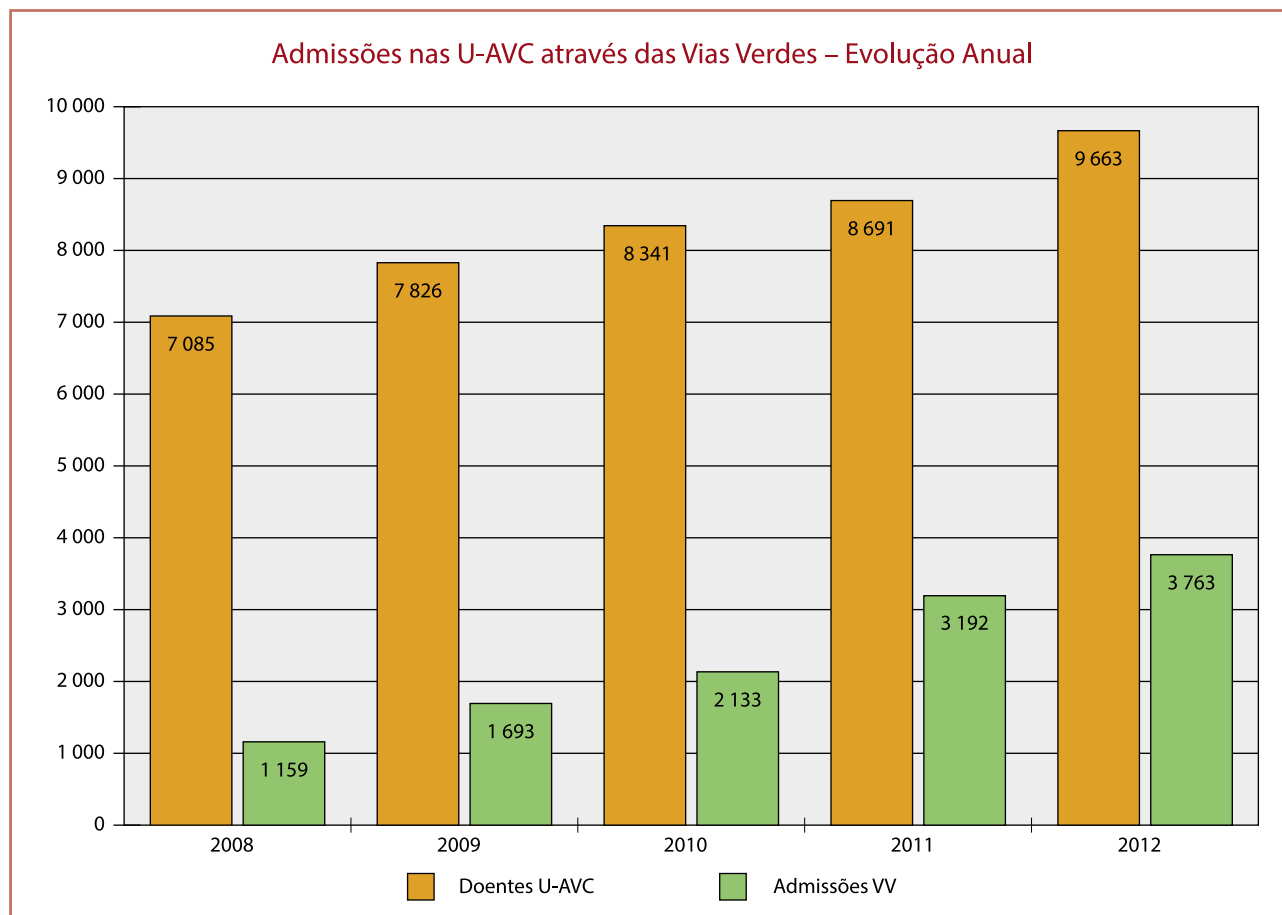
Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Em 2012, 50% dos doentes internados por AVC tiveram acesso a unidades especializadas no manejo clínico destas situações. Esta percentagem duplicou nos últimos 3 anos, refletindo o grande investimento realizado, em recursos materiais e humanos, que permitiu aumentar a abrangência da cobertura territorial.

As vantagens do funcionamento destas unidades especializadas são decisivas: permitem desenvolver protocolos e aplicar rotinas com impacto, não só na mortalidade cerebrovascular, mas também na limitação das sequelas mentais e motoras, muitas vezes devastadoras a nível pessoal e familiar.

Consideramos que a consolidação destas estruturas deverá estar inscrita no topo das prioridades do investimento do Sistema de Saúde.

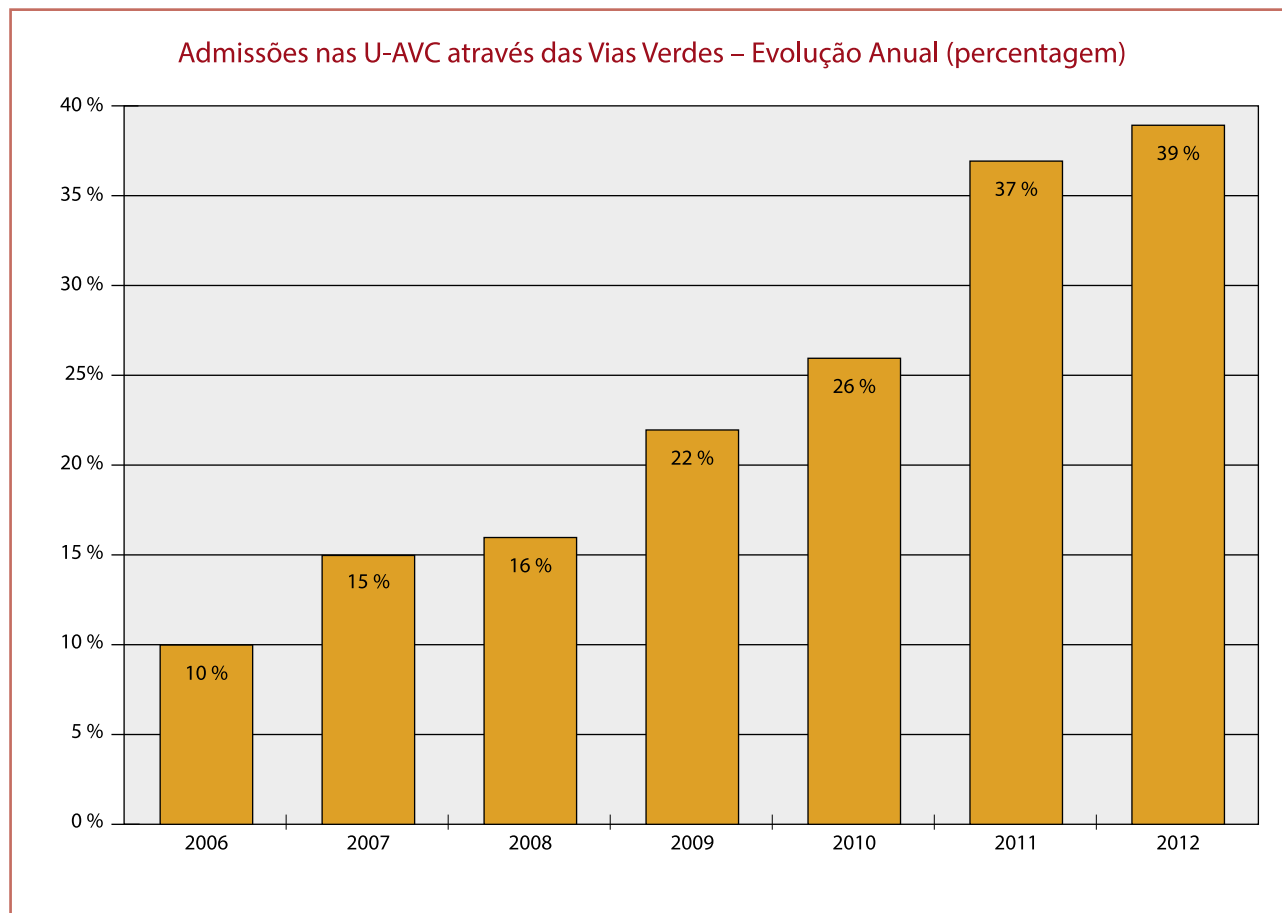
Figura 3.1-2. Admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), total e através das Vias Verdes, em Portugal (2008-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Merece ser destacada a concordância de progressão destes dois indicadores. A relevância do incremento dos doentes corretamente encaminhados pelo sistema de emergência pré-hospitalar – INEM é evidenciada pela estreita janela de oportunidade para administração de terapêutica fibrinolítica: 3 horas no caso do acidente vascular cerebral.

Figura 3.1-3. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC) em Portugal (2006-2012)

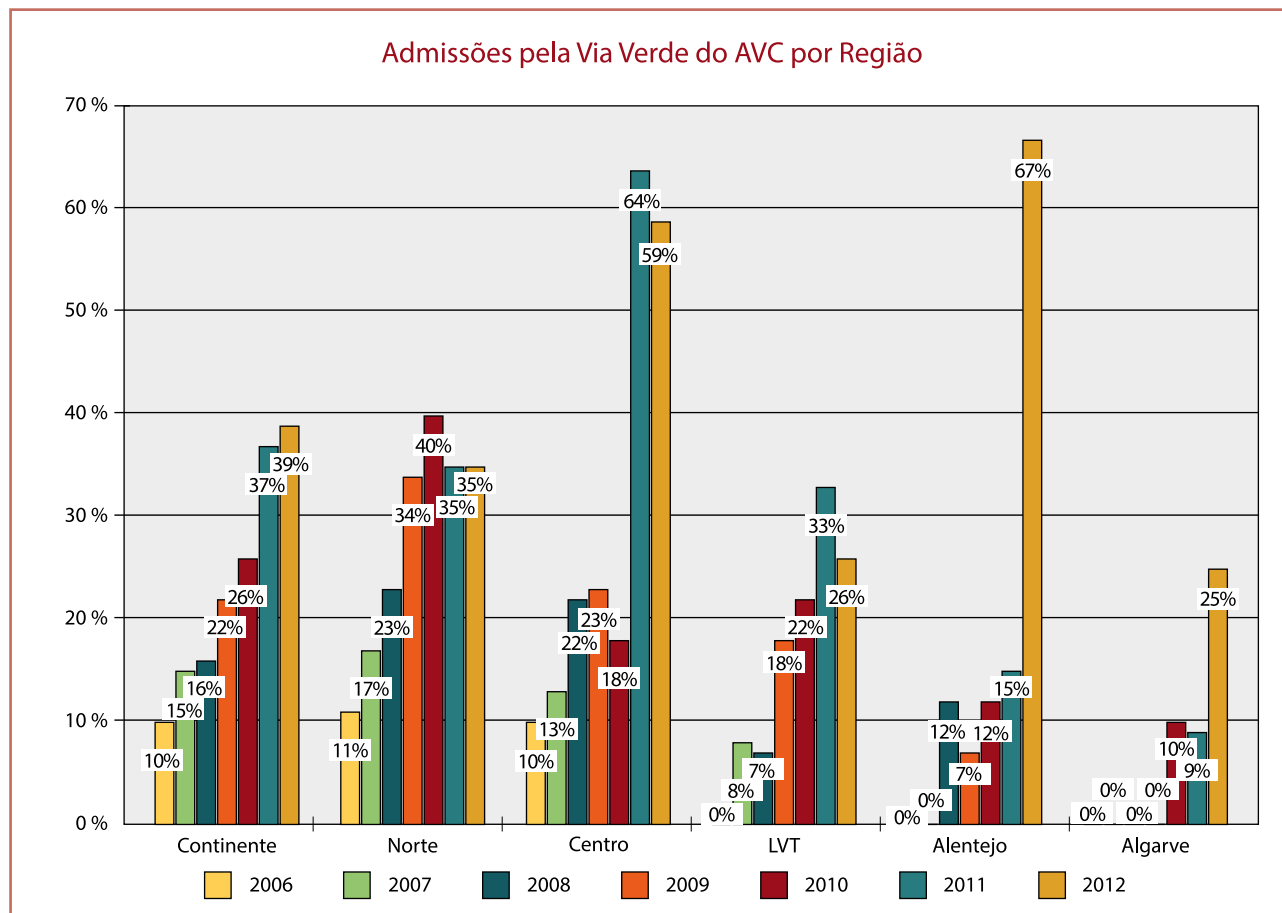


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

O incremento desta proporção é manifesto, embora talvez seja mais lento que o desejável. Assumem particular relevância neste domínio, fatores de educação na saúde, como o reconhecimento pela população dos sinais de alarme das situações potencialmente ameaçadoras e da disponibilidade de meios específicos de auxílio.

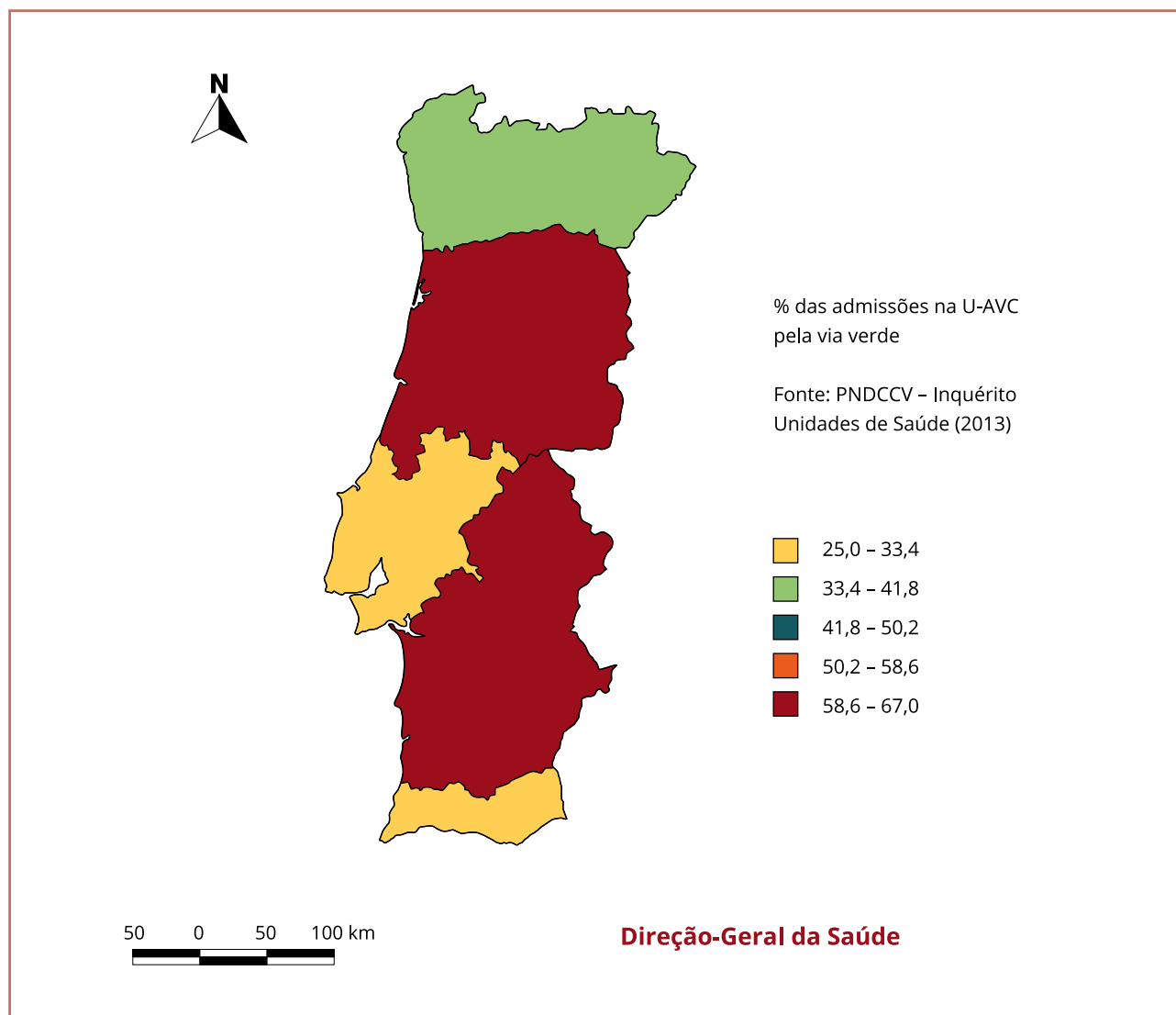
Existem assimetrias regionais manifestas que deverão ser progressivamente esbatidas, embora seja quantificável o impacto regional de medidas de reorganização dos serviços assistenciais e de cuidados pré-hospitalares.

Figura 3.1-4. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), por Região de Saúde (2006-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

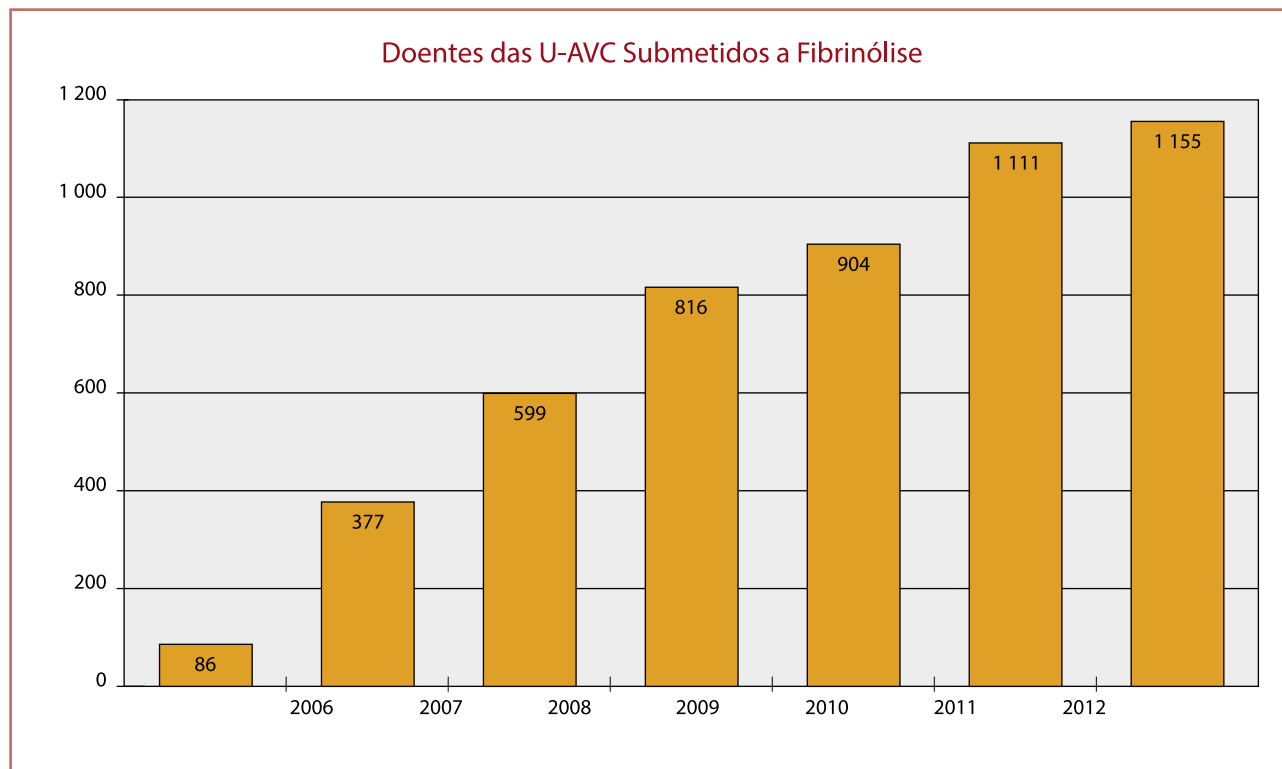
Figura 3.1-5. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Esta intervenção terapêutica exige disponibilidade permanente para realização de Tomografia Axial Computorizada crânio-encefálica e da existência de equipas multidisciplinares familiarizadas com o seu manejo. A evolução do número de doentes submetidos a terapêutica fibrinolítica é o resultado final de desenvolvimento de uma rede organizada de prestação de cuidados.

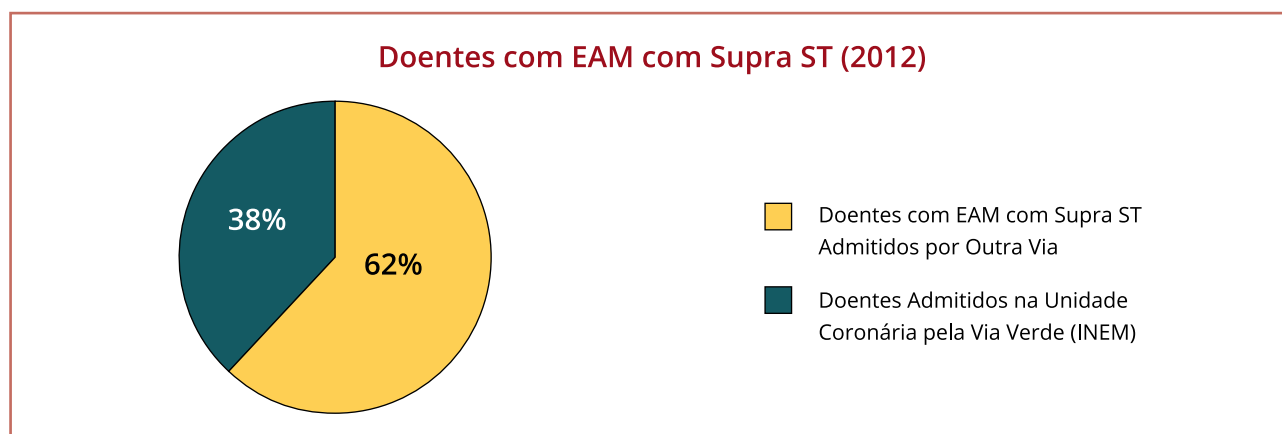
Figura 3.1-6. Doentes admitidos nas Unidades de AVC (U-AVC) submetidos a Fibrinólise em Portugal (2006-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

3.2. Via Verde Coronária

Figura 3.2-1. Doentes admitidos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com Supra ST, em Portugal (2012)

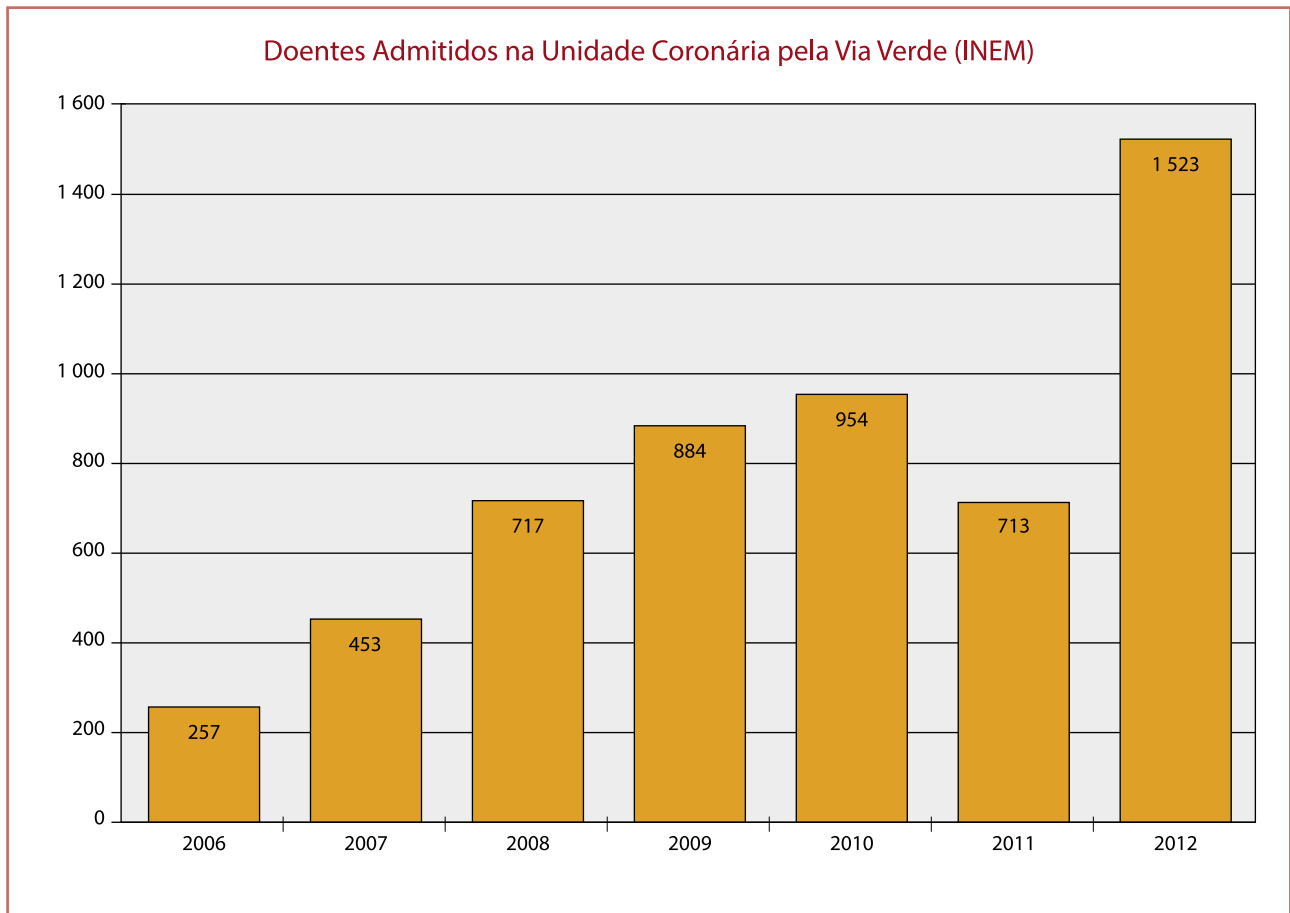


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

PORTUGAL

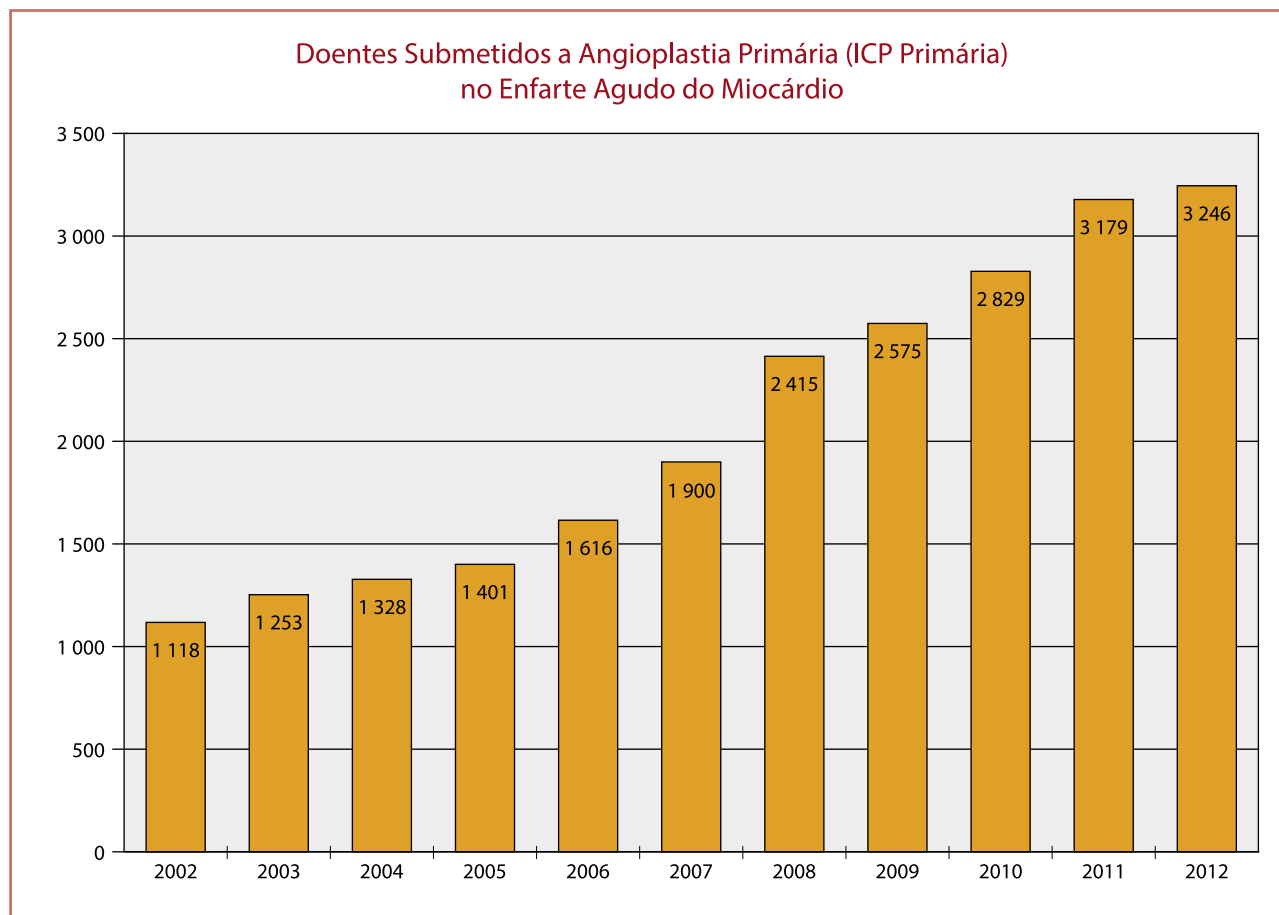
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 3.2-2. Doentes Admitidos na Unidade Coronária pela Via Verde (INEM) em Portugal (2006-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Figura 3.2-3. Doentes Submetidos a Angioplastia Primária (ICP Primária) no
Enfarte Agudo do Miocárdio em Portugal (2002-2012)

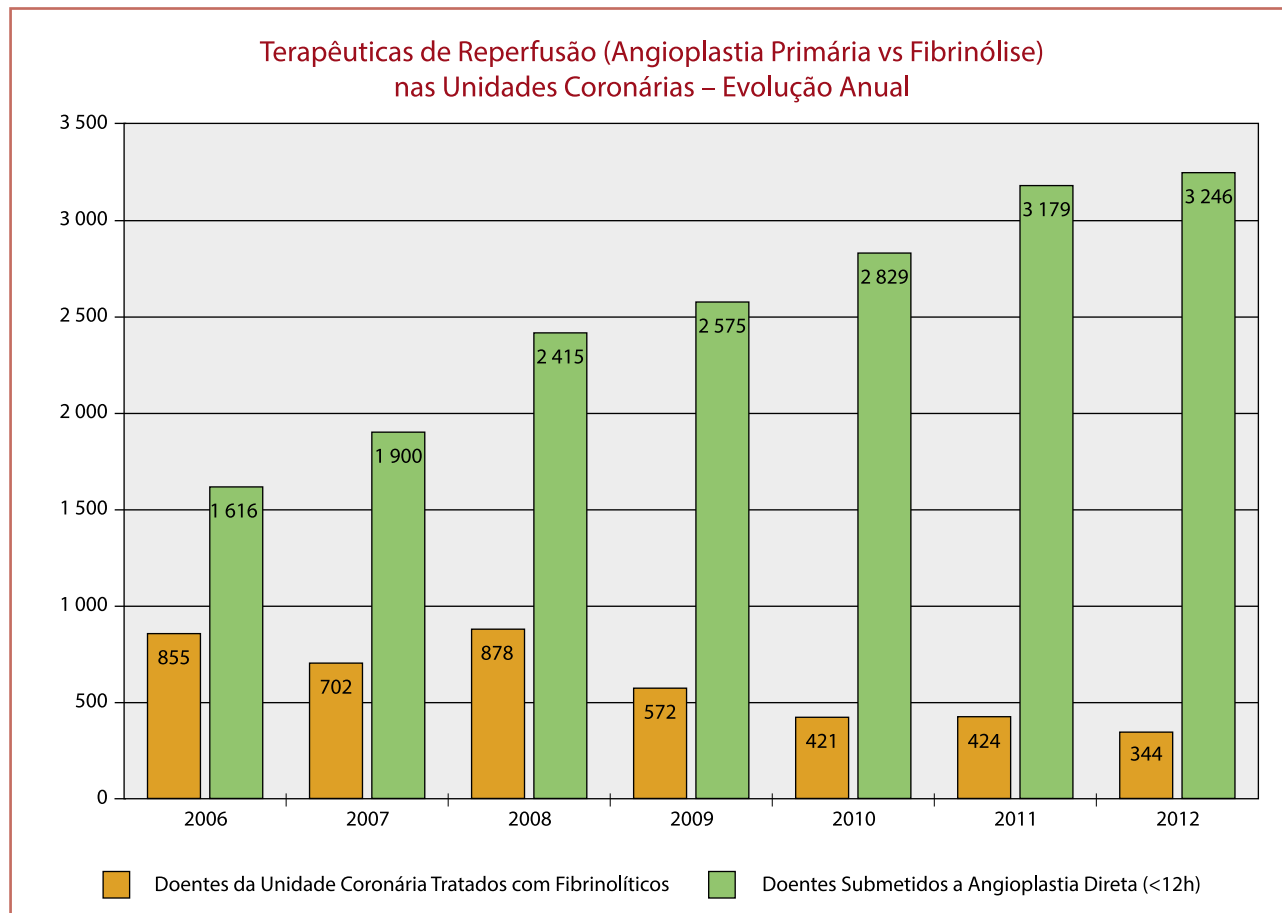


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

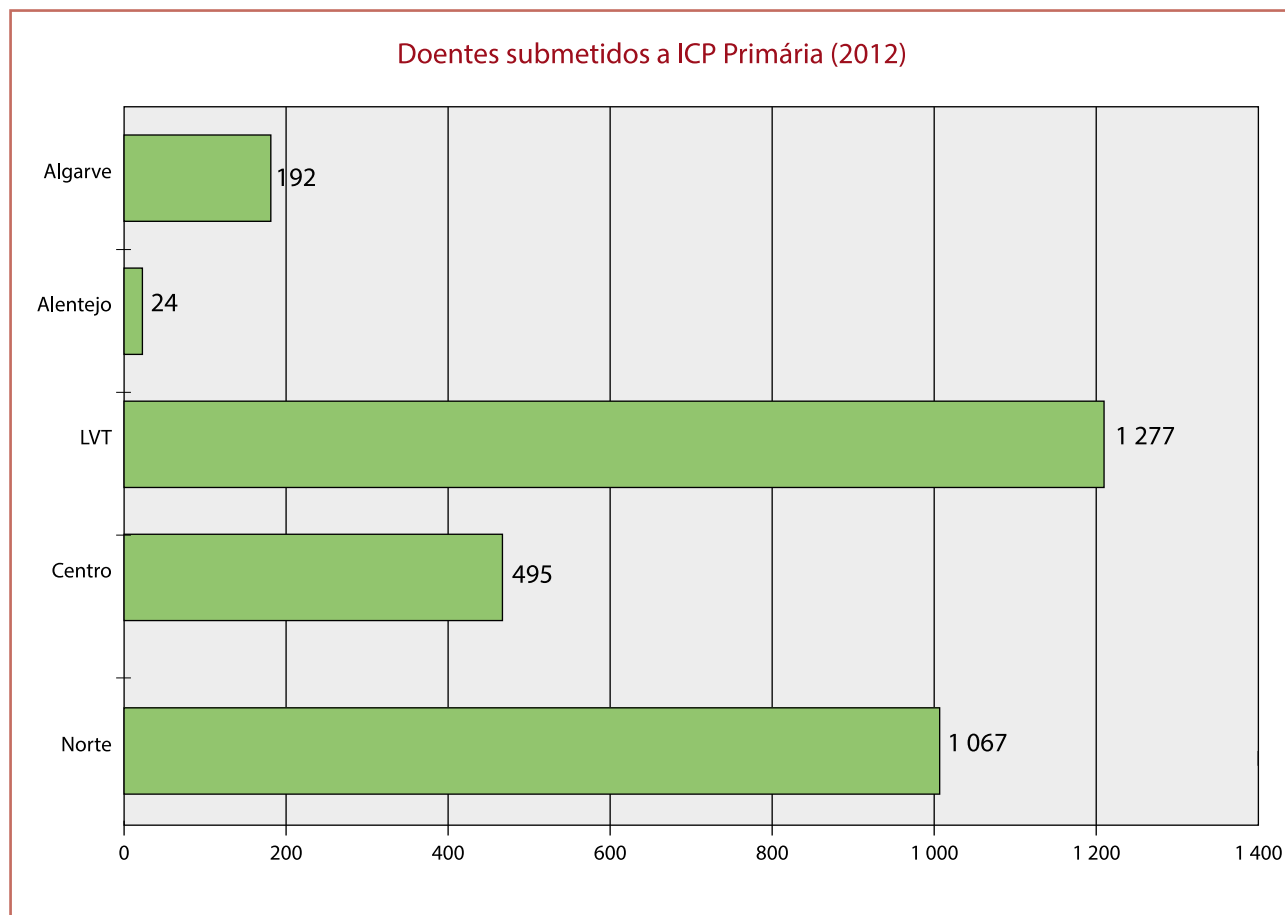
Figura 3.2-4. Terapêuticas de Reperusão (Angioplastia Primária vs Fibrinólise) nas Unidades Coronárias em Portugal (2006-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

3.2.1. Distribuição das Angioplastias Primárias (por Região de Saúde)

Figura 3.2.1-5. Doentes submetidos a ICP Primária por Região de Saúde (2012)

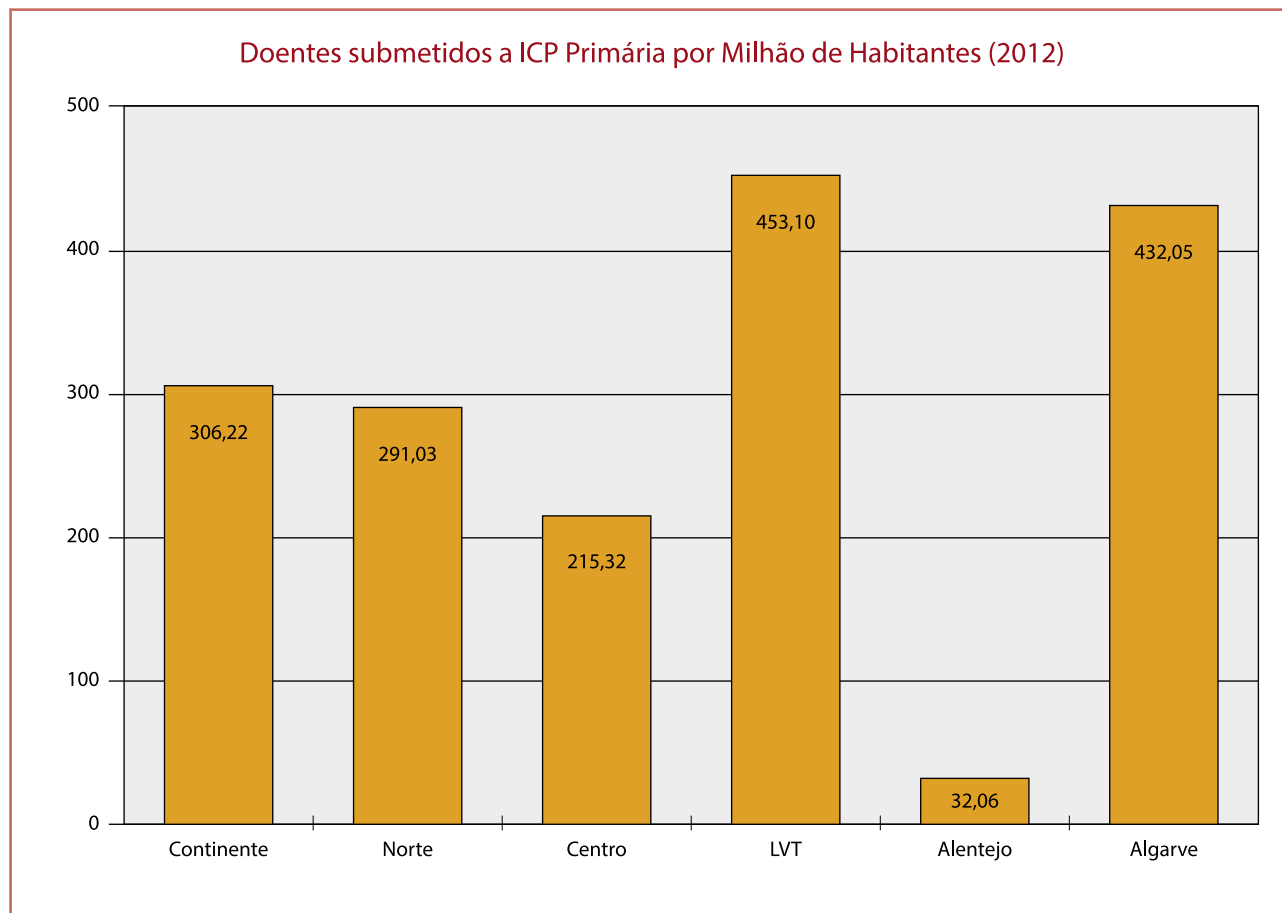


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

PORTUGAL

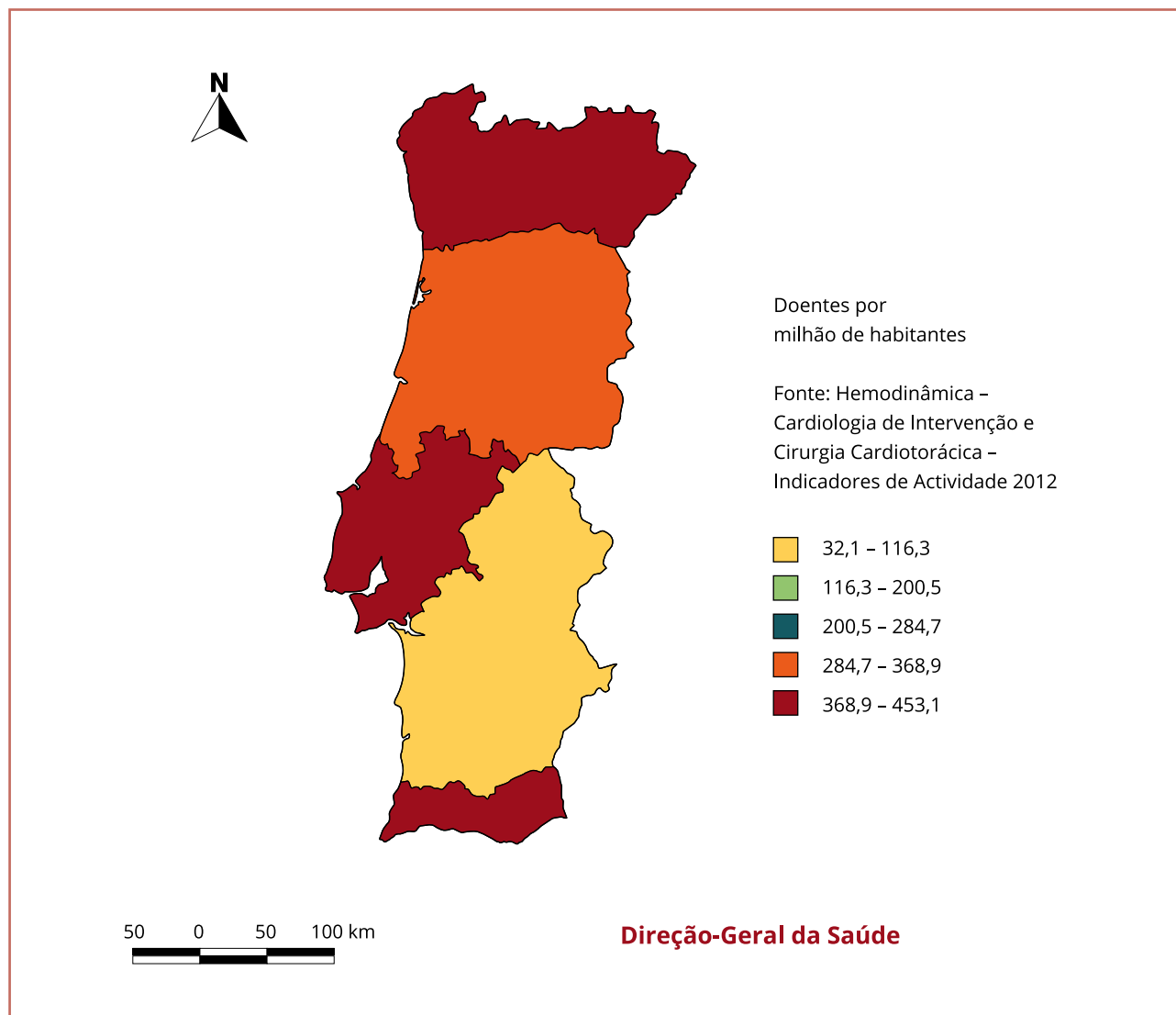
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 3.2.1-6. Doentes submetidos a ICP Primária, por milhão de habitantes, por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Figura 3.2.1-7. Doentes submetidos a Angioplastia Primária (ICP Primária), por milhão de habitantes, por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

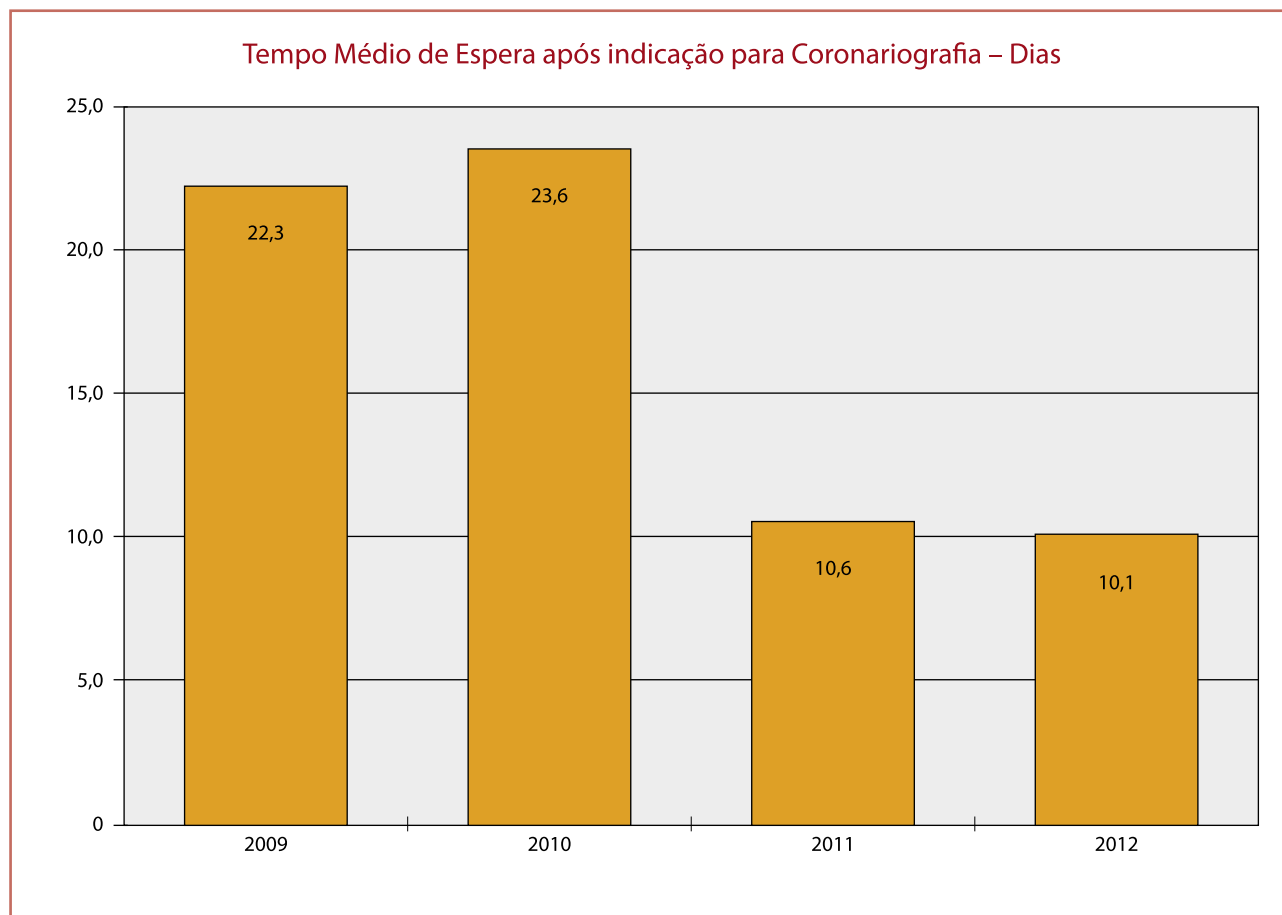
O aumento do número de admissões através da Via verde Coronária tem sido lento e não proporcional ao incremento, mais rápido, da utilização da angioplastia primária como terapêutica de reperfusão preferencial no enfarte agudo do miocárdio.

Os dados apresentados sublinham o espaço de progressão nesta área, em que as melhores práticas se situam na região do Algarve onde mais de 70% dos casos de enfarte agudo do miocárdio são encaminhados através da Via Verde.

4. Acessibilidades

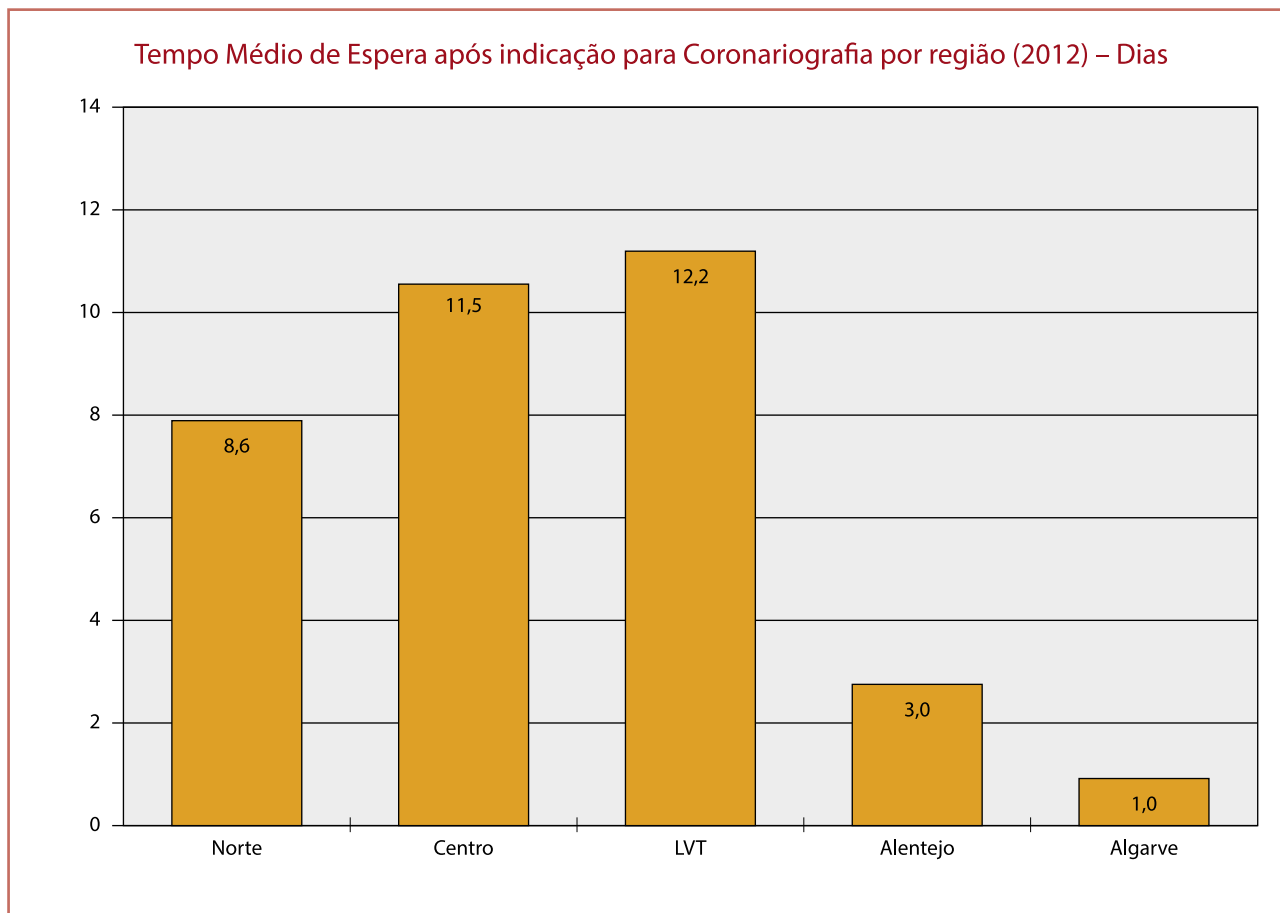
4.1. Laboratório de Hemodinâmica

Figura 4.1-1. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) em Portugal (2009-2012)



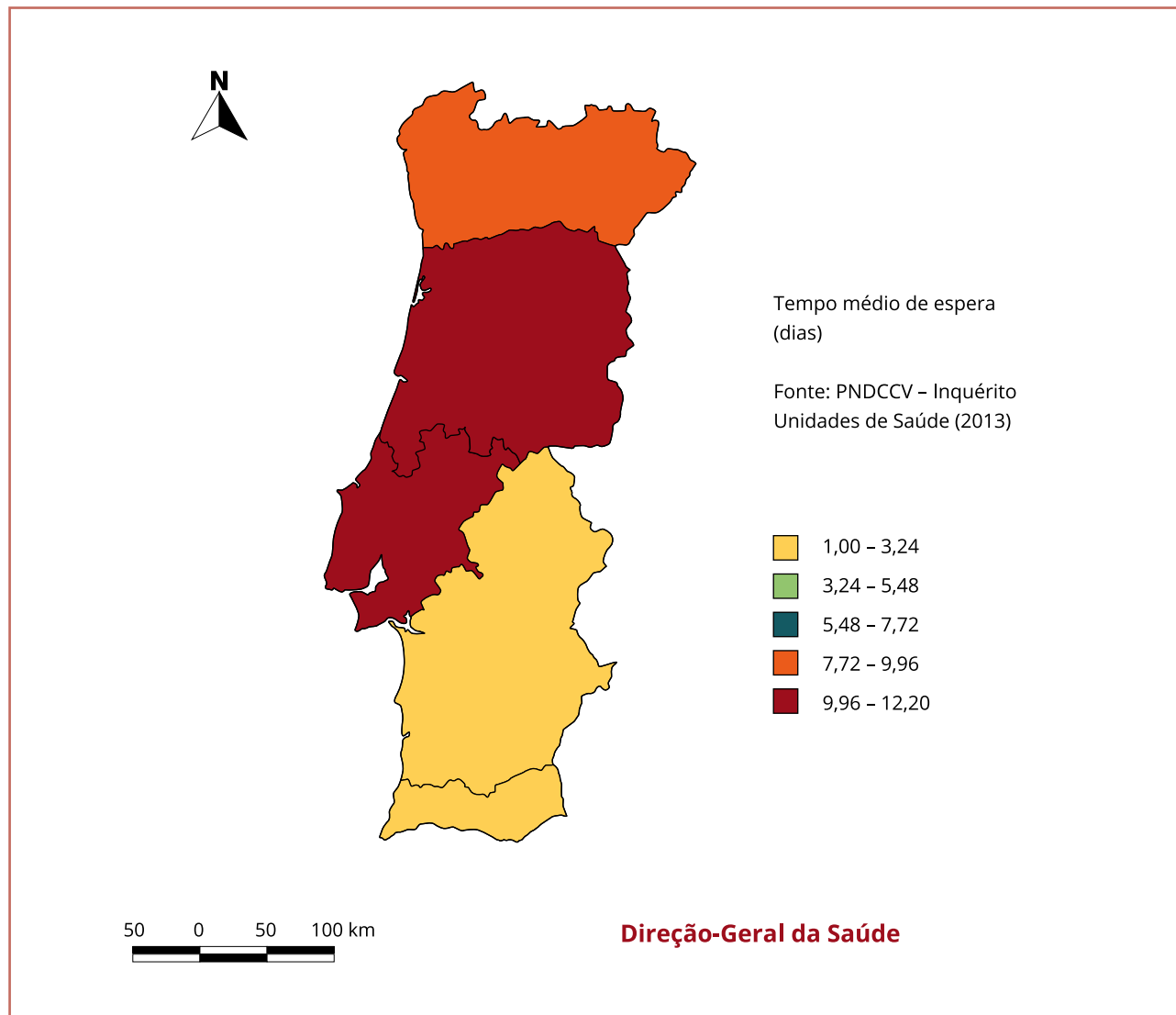
Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Figura 4.1-2. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia
(dias) por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

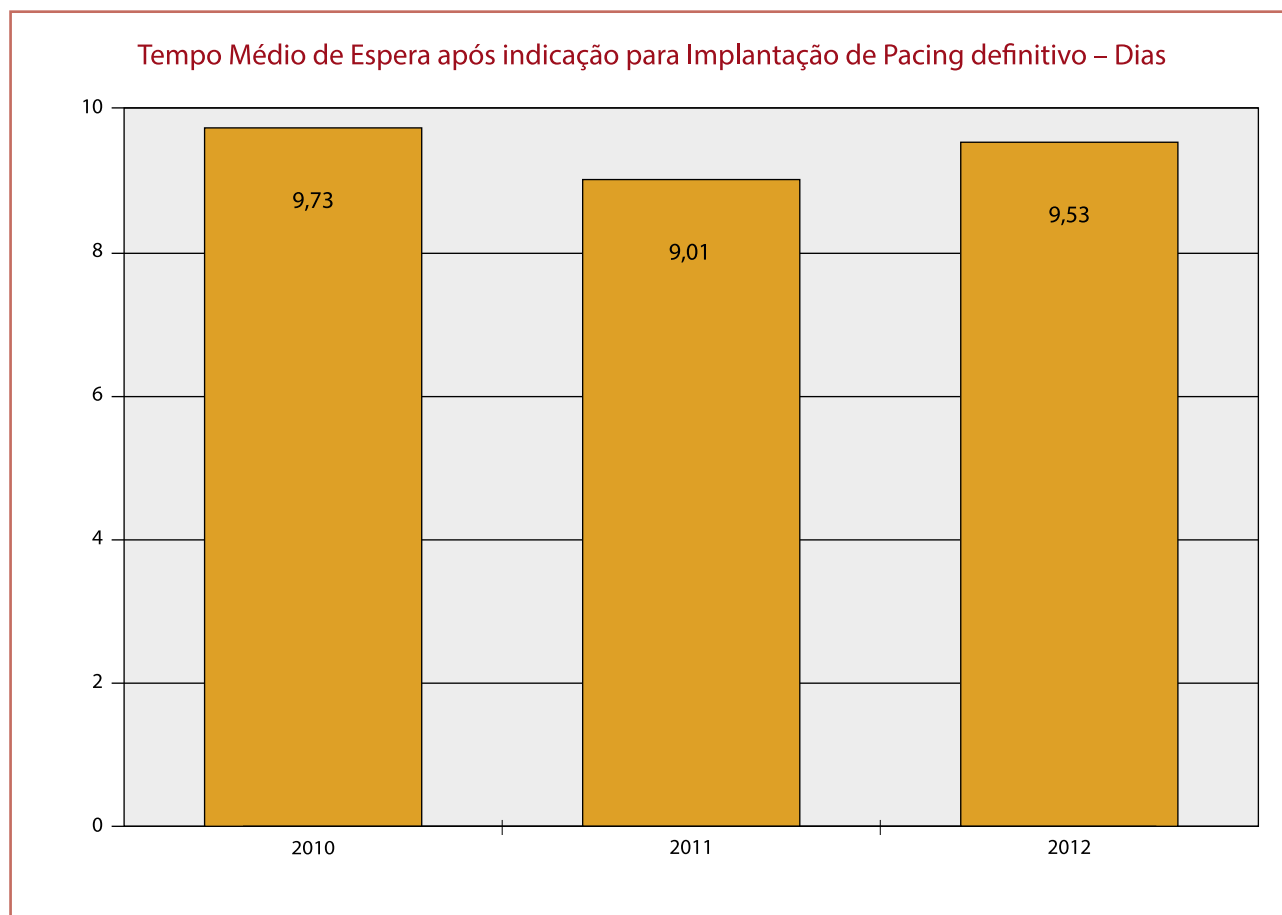
Figura 4.1-3. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

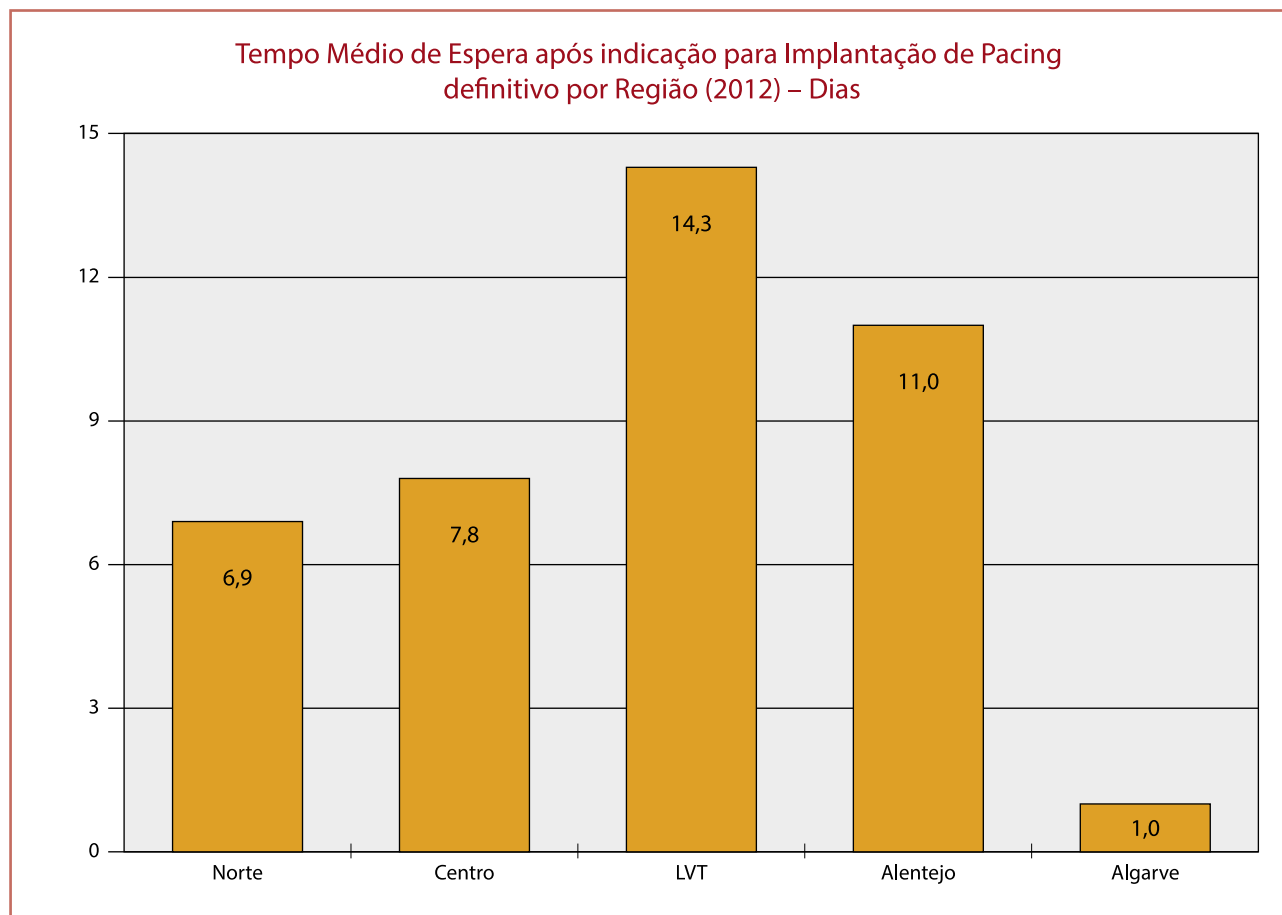
4.2. Eletrofisiologia e Pacing

Figura 4.2-1. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) em Portugal (2010-2012)



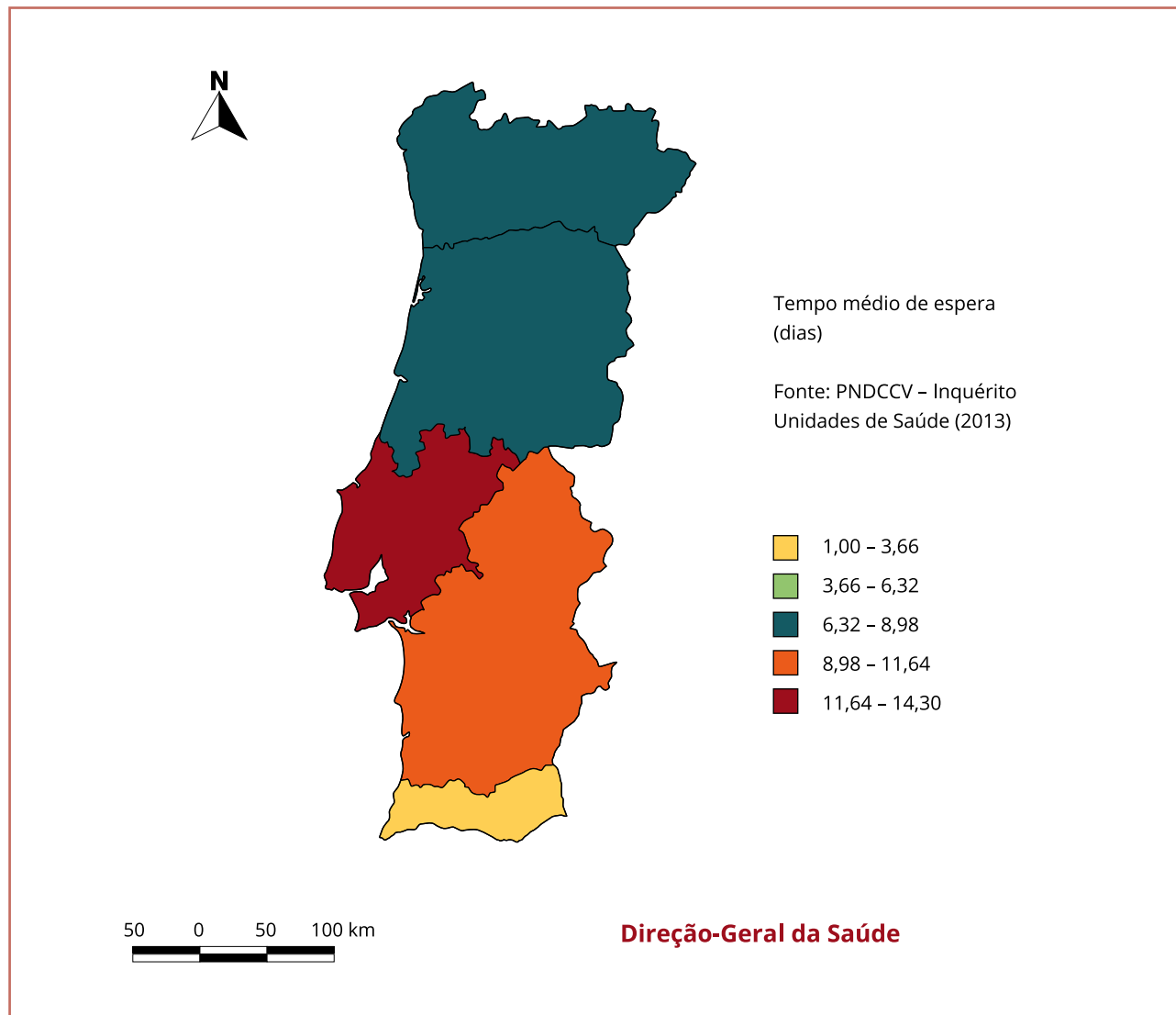
Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Figura 4.2-2. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) por Região de Saúde (2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Figura 4.2-3. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) por Região de Saúde (2012)

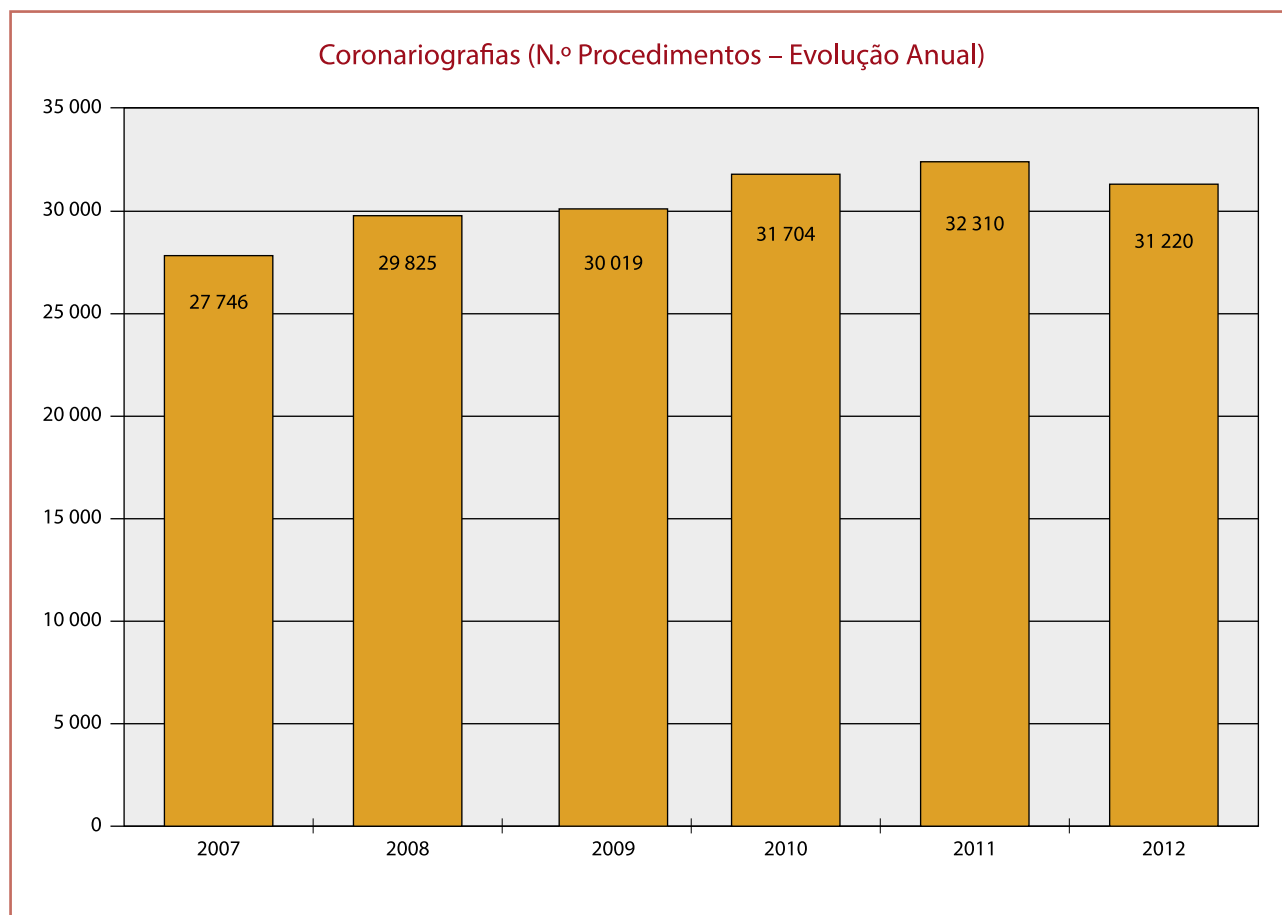


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

5. Indicadores Globais de Atividades

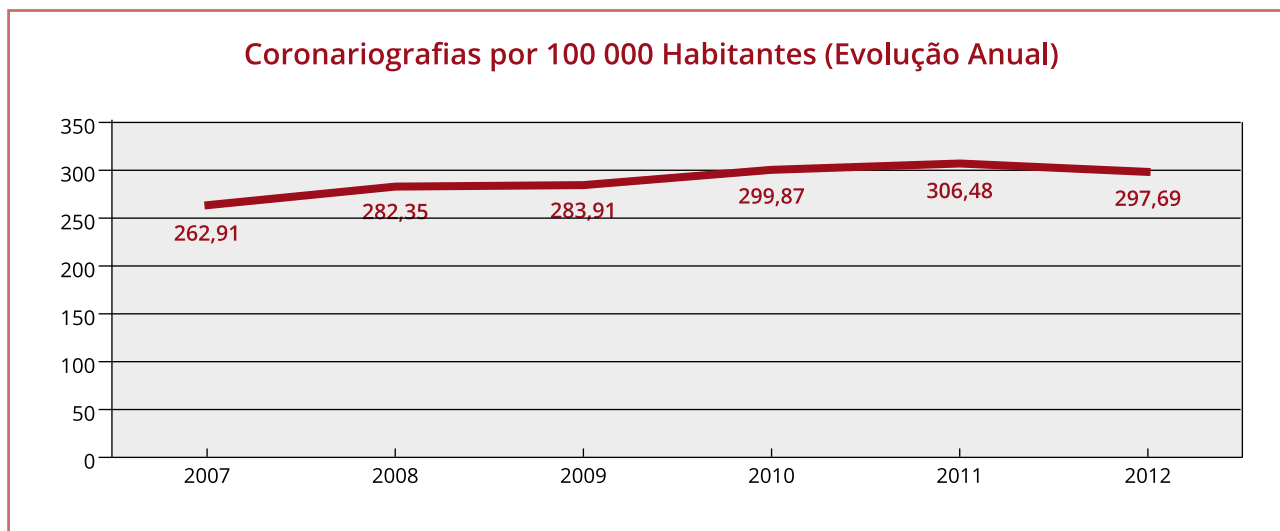
5.1. Coronariografias

Figura 5.1-1. Coronariografias (n.º de procedimentos) em Portugal (2007-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

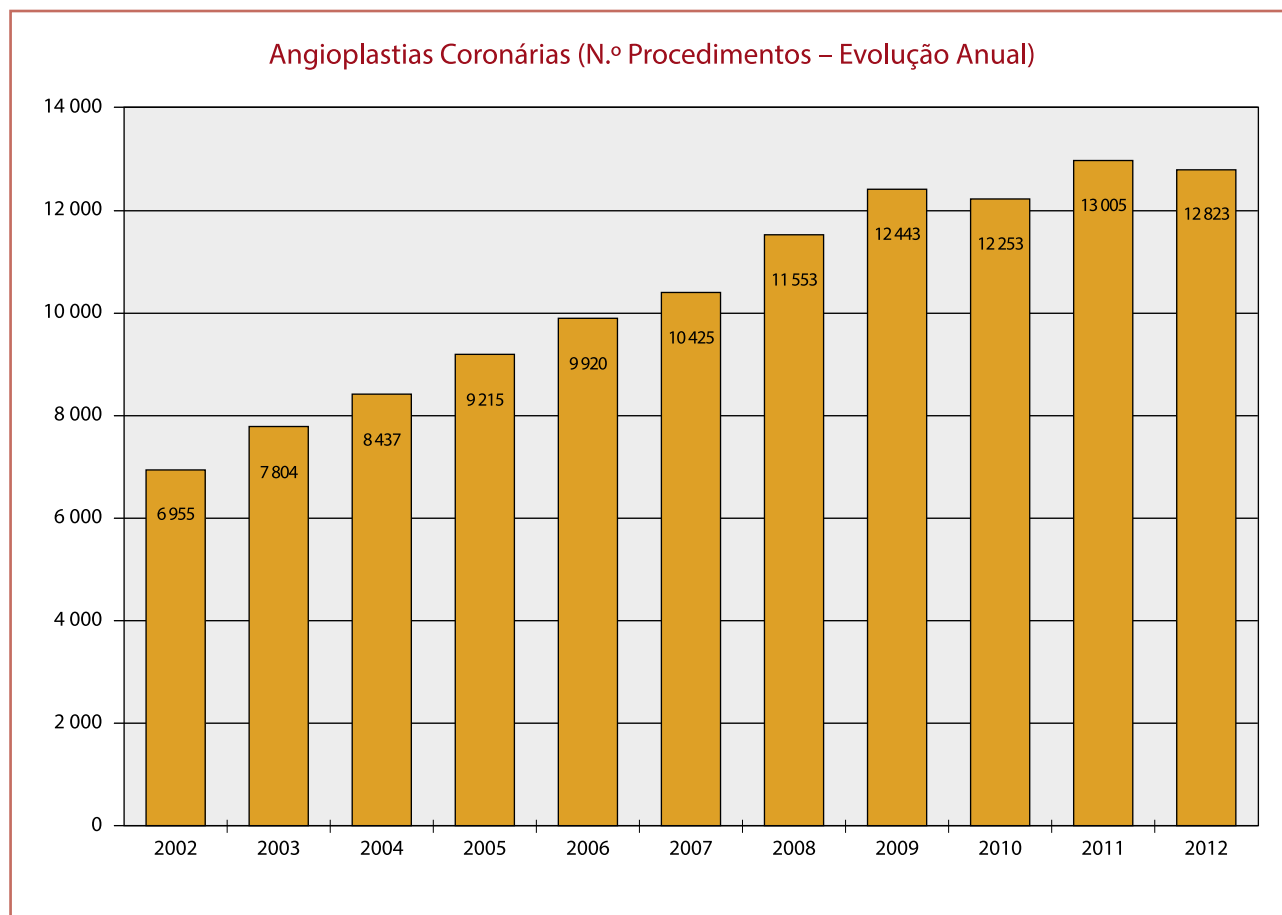
Figura 5.1-2. Coronariografias, por 100000 habitantes, em Portugal (2007-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

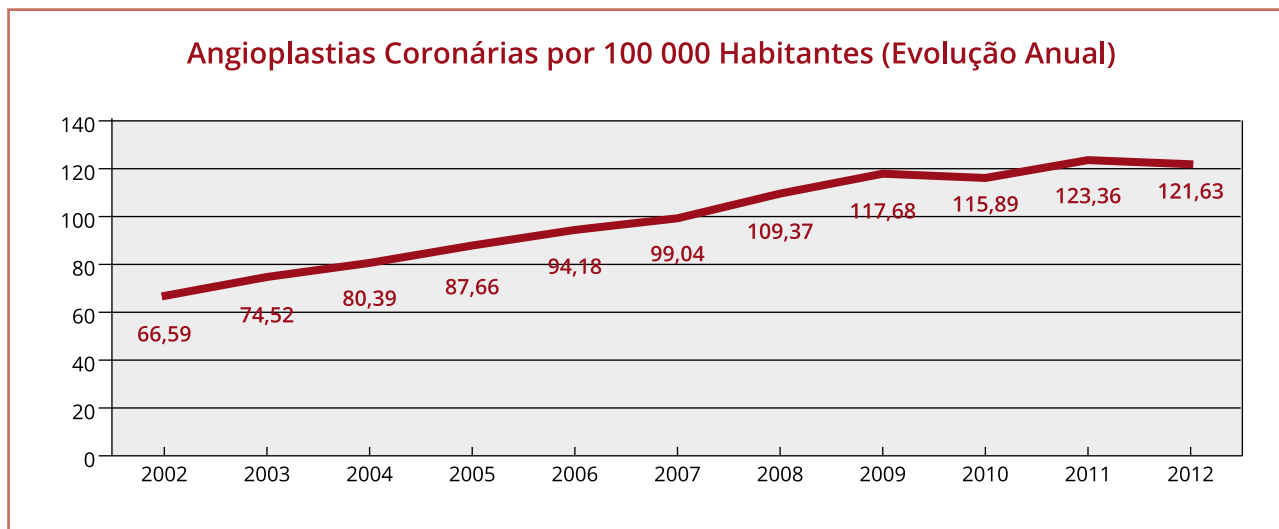
5.2. Angioplastias Coronárias Percutâneas

Figura 5.2-1. Angioplastias Coronárias (n.º de procedimentos) em Portugal (2002-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

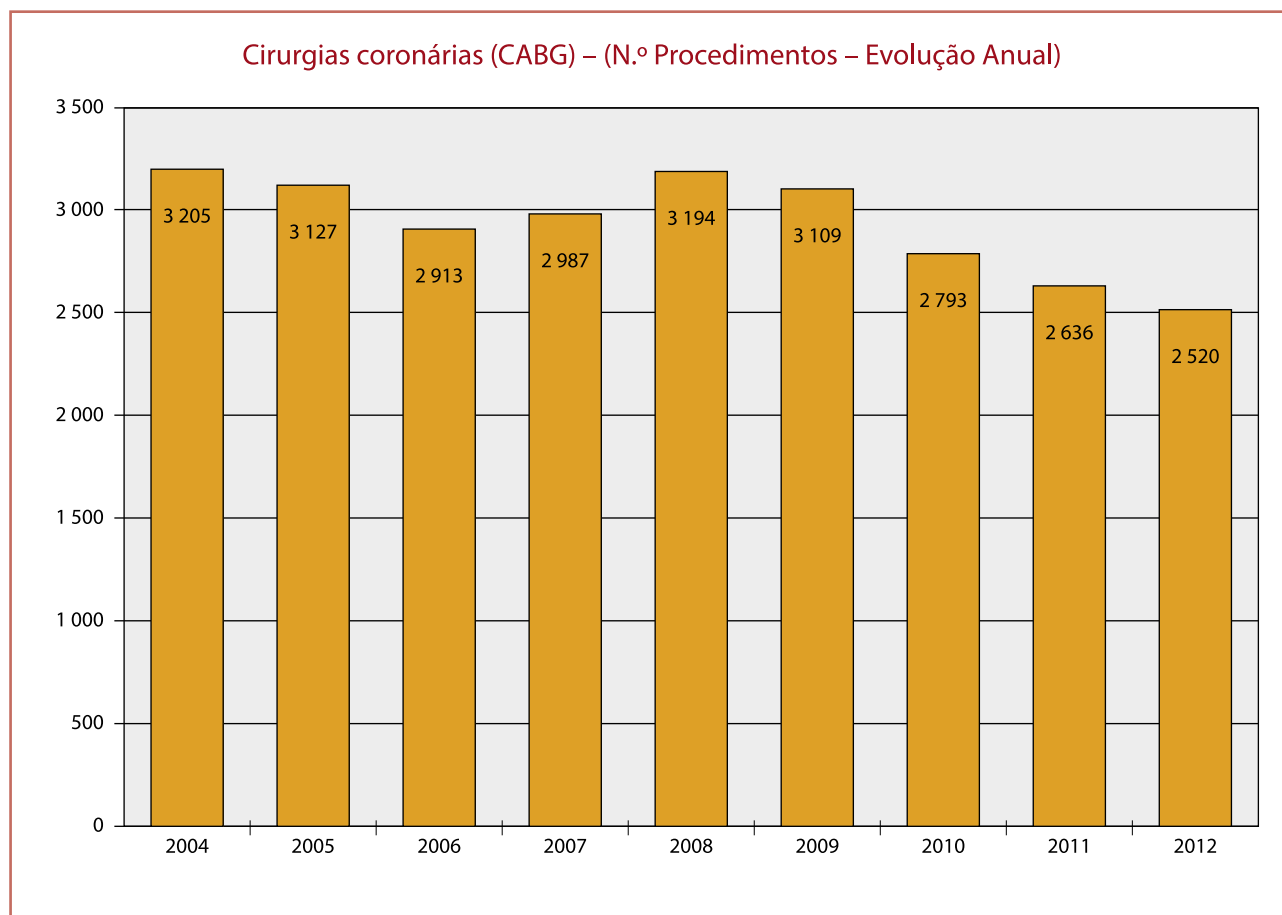
Figura 5.2-2. Angioplastias Coronárias, por 100000 habitantes, em Portugal
(2002-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

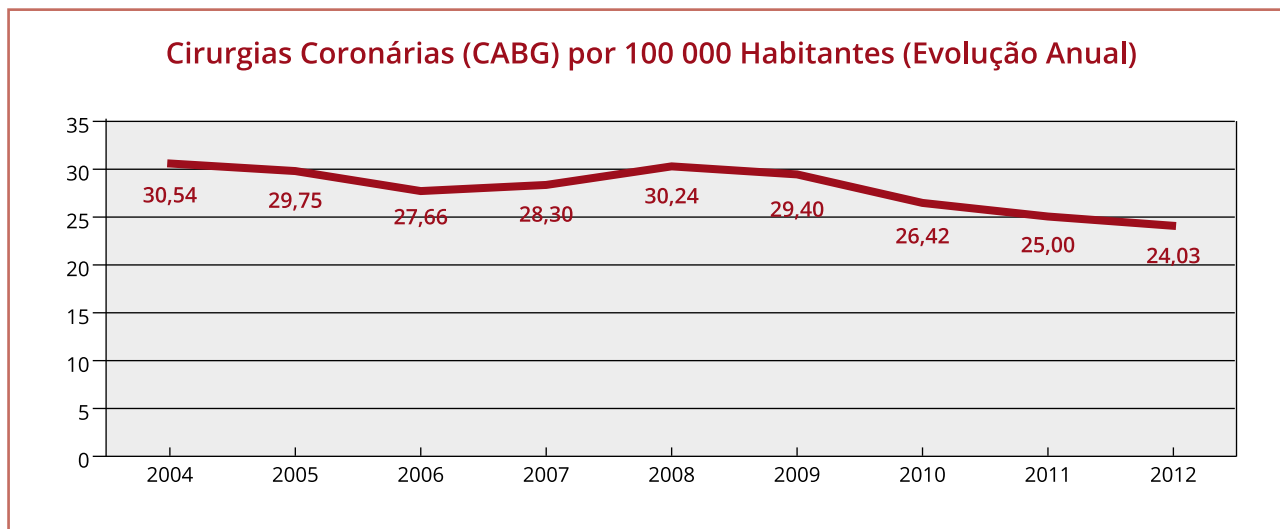
5.3. Cirurgias Coronárias

Figura 5.3-1. Cirurgias Coronárias (CABG) (n.º de procedimentos) em Portugal (2004-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

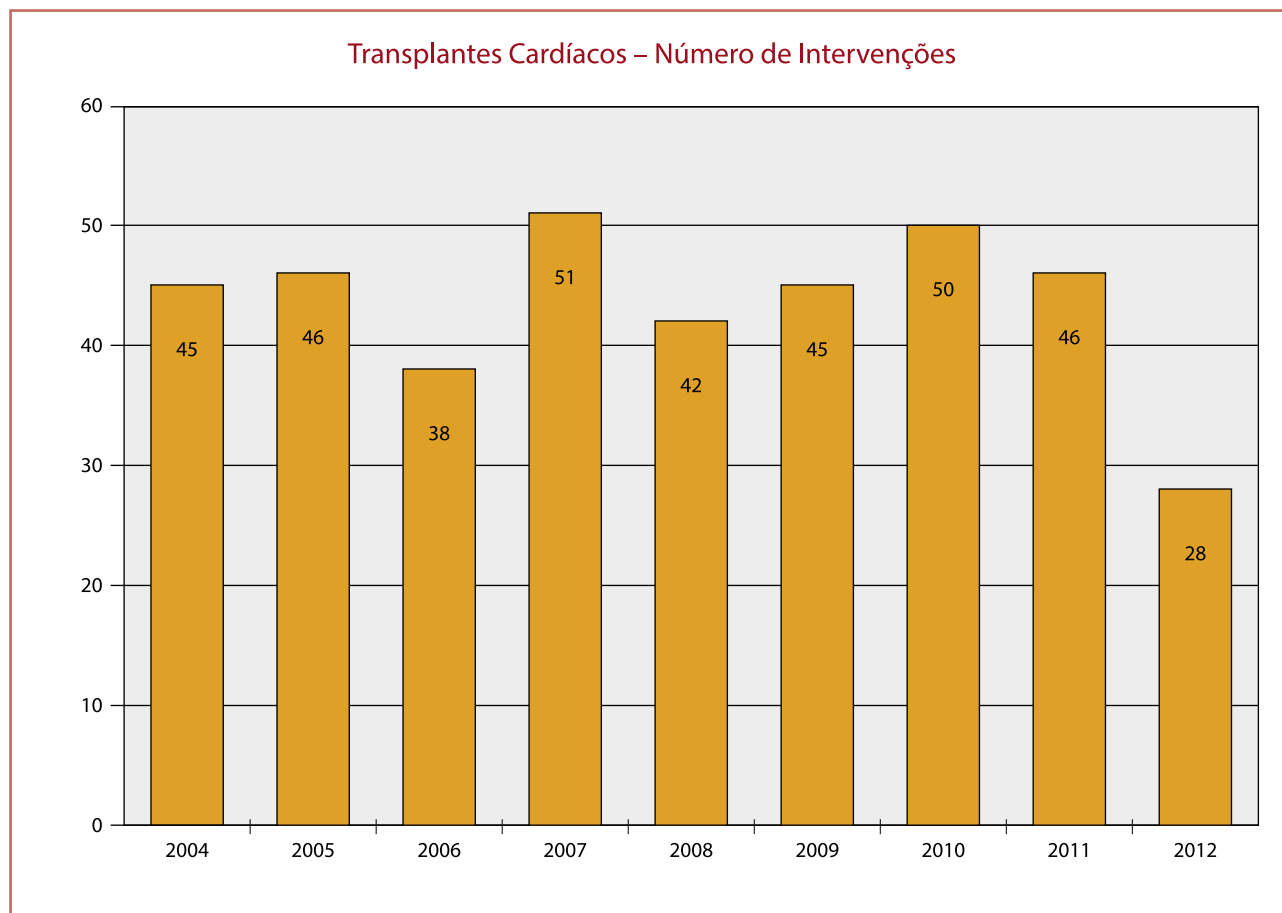
Figura 5.3-2. Cirurgias Coronárias (CABG), por 100000 habitantes, em Portugal (2004-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

5.4. Transplantação Cardíaca

Figura 5.4-1. Transplantes Cardíacos (n.º de intervenções) em Portugal (2004-2012)

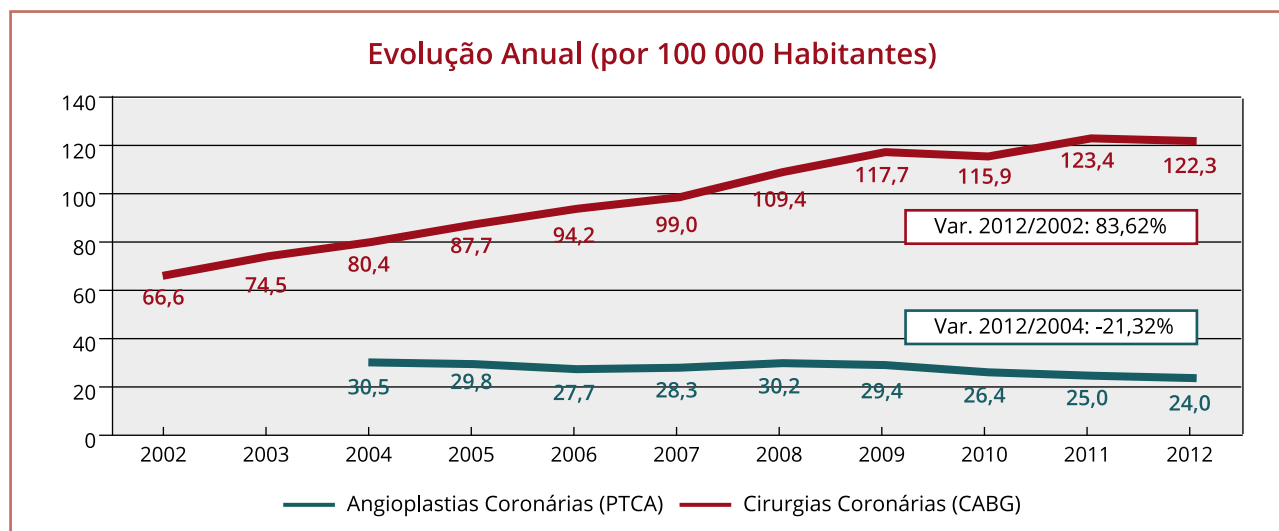


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Verificou-se em 2012 uma redução no número de transplantações cardíacas, que foi comum aos 4 centros onde é realizada no nosso país (CHUC, CHLC, CHLO e H. S. João).

5.5. Comparação entre Técnicas de Revascularização Miocárdica

Figura 5.5-1. Angioplastia Percutânea versus Cirurgia Coronária, por 100000 habitantes, em Portugal (2002-2012)



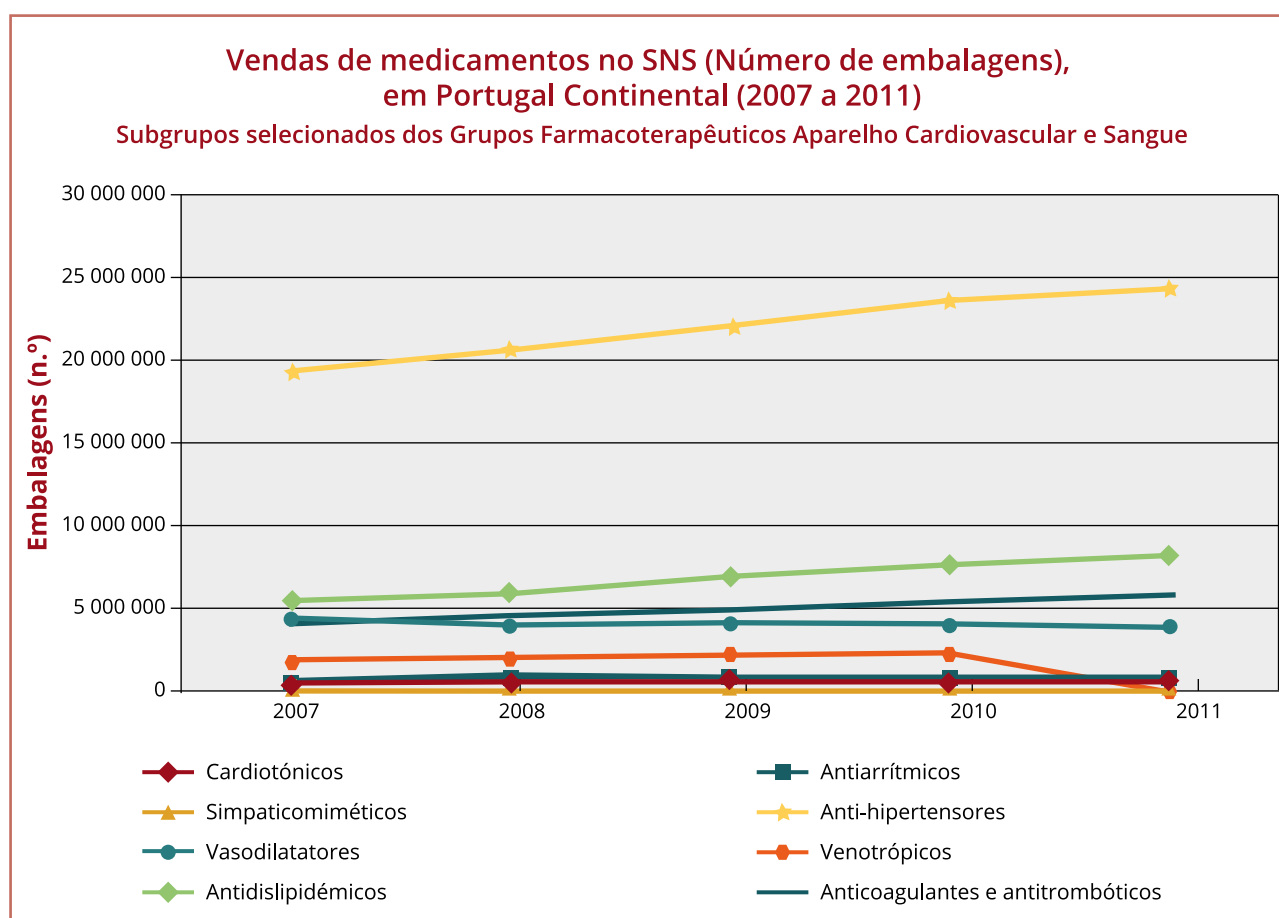
Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

A realização de Coronariografia e procedimentos de revascularização miocárdica por técnicas percutâneas (angioplastia coronária) ou cirúrgicas são internacionalmente considerados como indicadores assistenciais da doença isquémica cardíaca. A relação entre estes dois tipos de procedimentos pode evidenciar, para além da adequação local às diretrizes, a acessibilidade a formas de tratamento diferenciado. A existência de tempos de espera assimétricos, pode contudo introduzir nesta análise, fatores consideráveis de enviesamento.

6. Recursos em Doenças Cardiovasculares

6.1. Consumos Farmacológicos

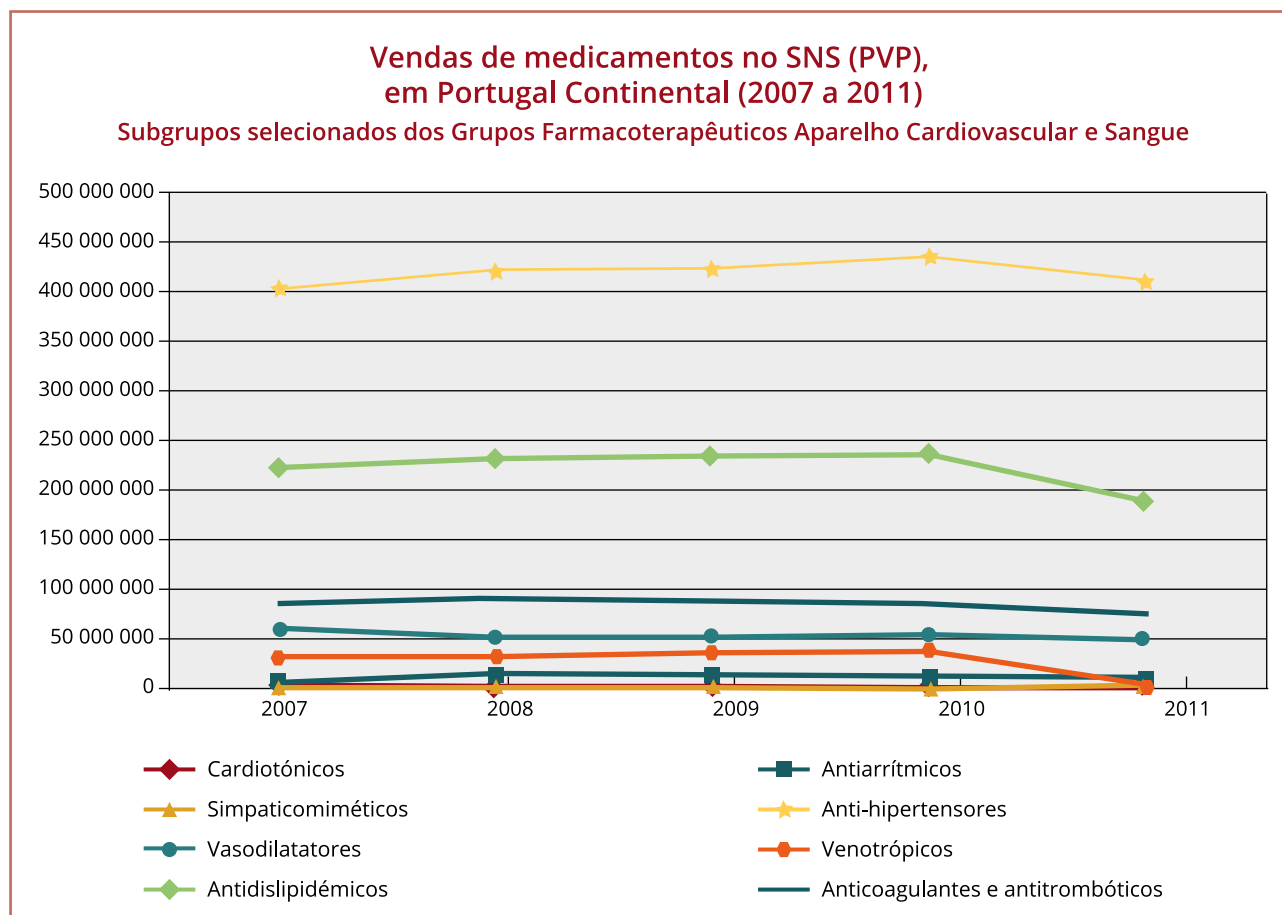
Figura 6.1-1. Vendas de medicamentos no SNS (n.º de embalagens) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue



Fonte: Infarmed (2013)

É manifesta a evolução diferenciada dos subgrupos terapêuticos considerados, com um mantido crescimento da utilização dos fármacos anti hipertensores, antidislipídicos e anticoagulantes/antitrombóticos. Este incremento reflete essencialmente uma expansão do número de doentes tratados, fenómeno que deverá motivar uma monitorização qualitativa mais precisa dos perfis de prescrição.

Figura 6.1-2. Vendas de medicamentos no SNS (PVP) em Portugal Continental
(2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Apa-
relho cardiovascular e Sangue

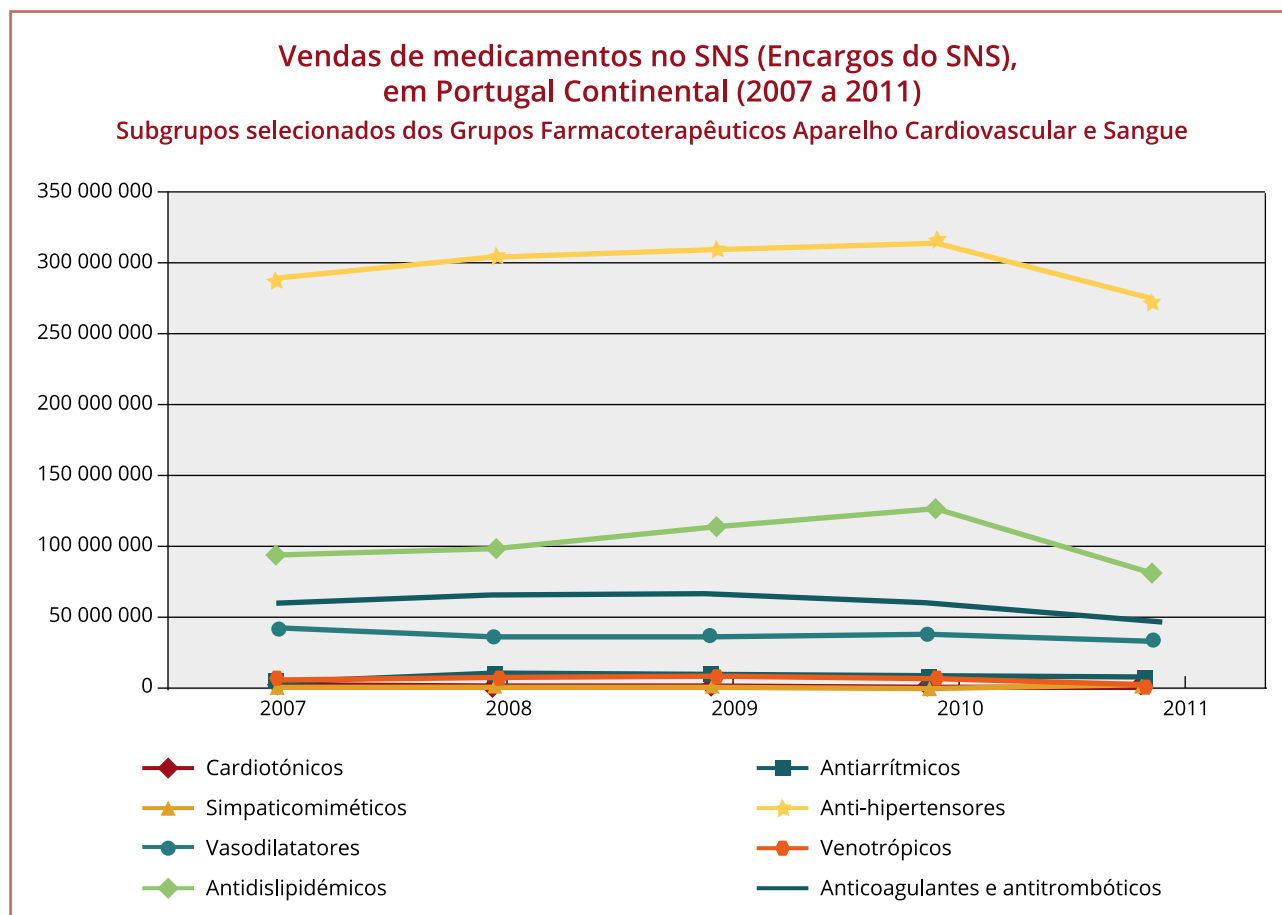


Fonte: Infarmed (2013)

PORTUGAL

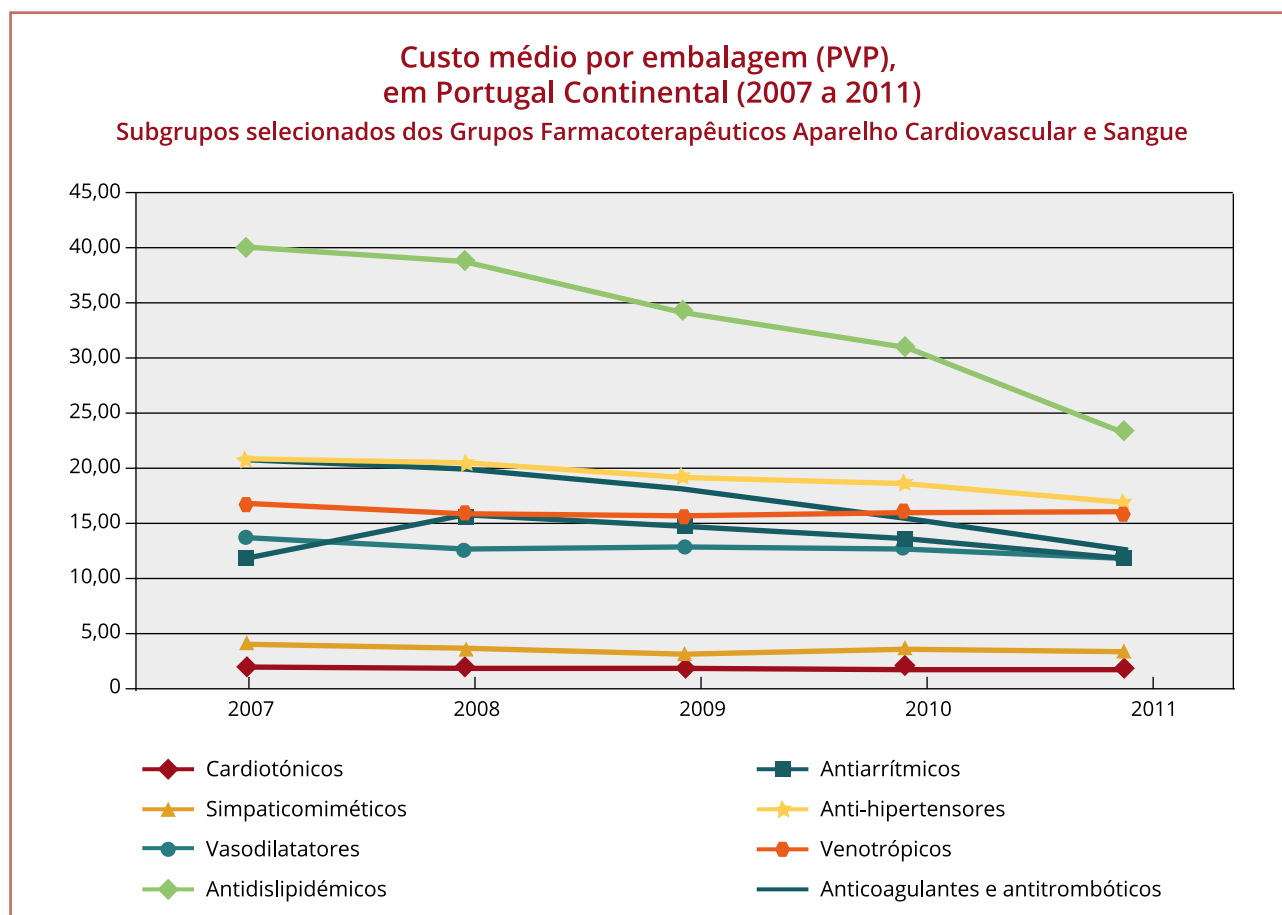
DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 6.1-3. Vendas de medicamentos no SNS (encargos do SNS) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue



Fonte: Infarmed (2013)

Figura 6.1-4. Custo médio por embalagem (PVP) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue

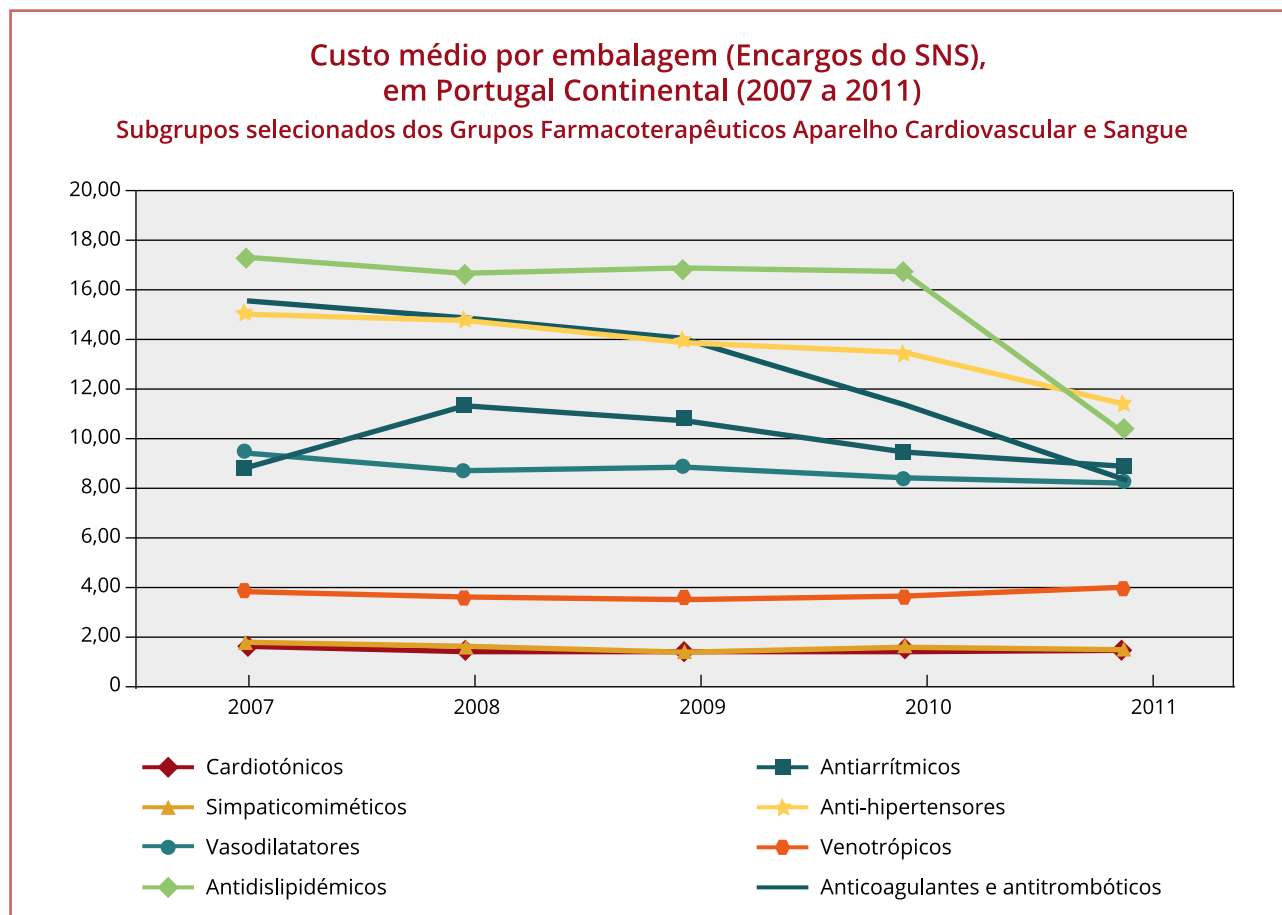


Fonte: Infarmed (2013)

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

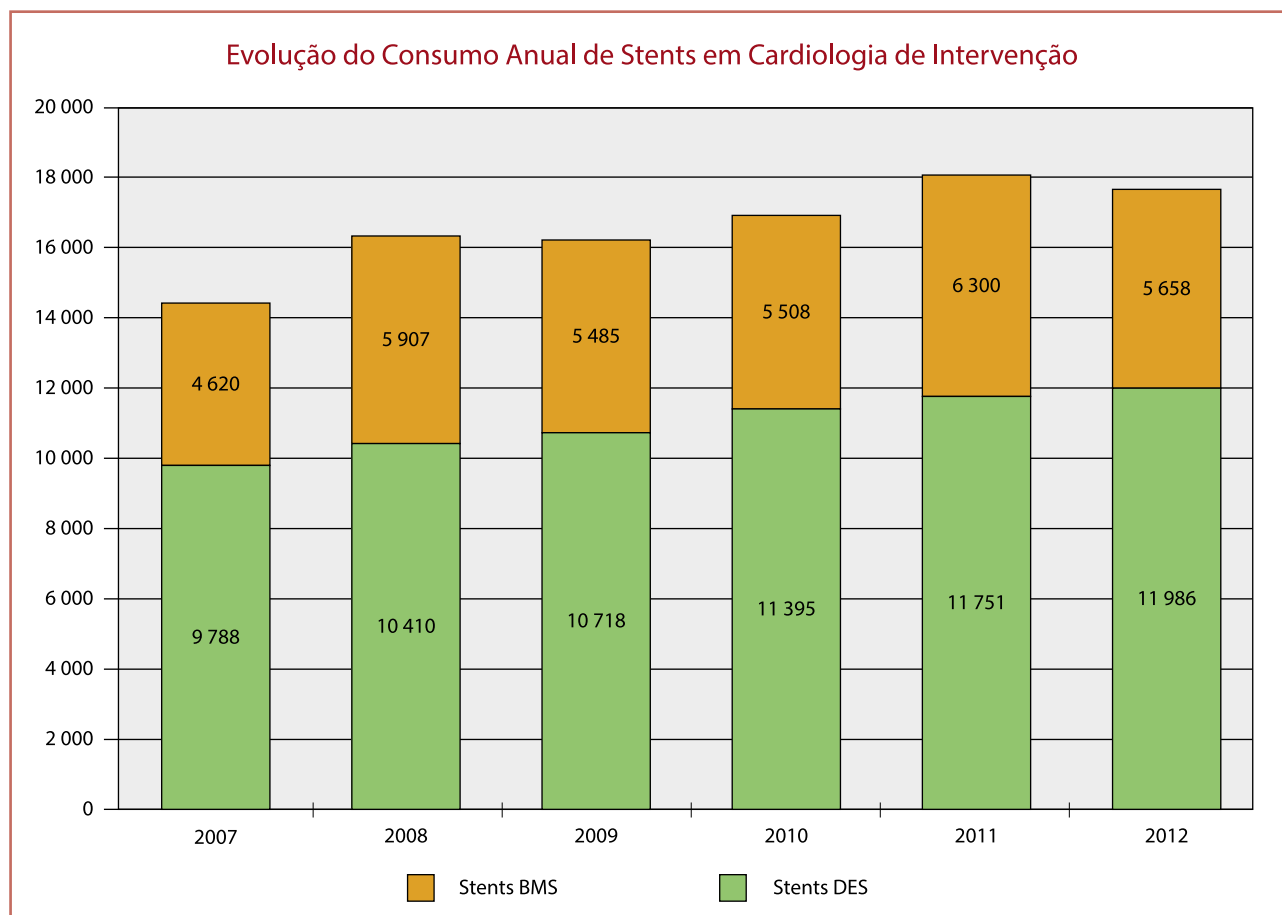
Figura 6.1-5. Custo médio por embalagem (encargos do SNS) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue



Fonte: Infarmed (2013)

6.2. Consumo de Stents

Figura 6.2-1. Consumo anual de Stents em Cardiologia de Intervenção em Portugal (2007-2012)

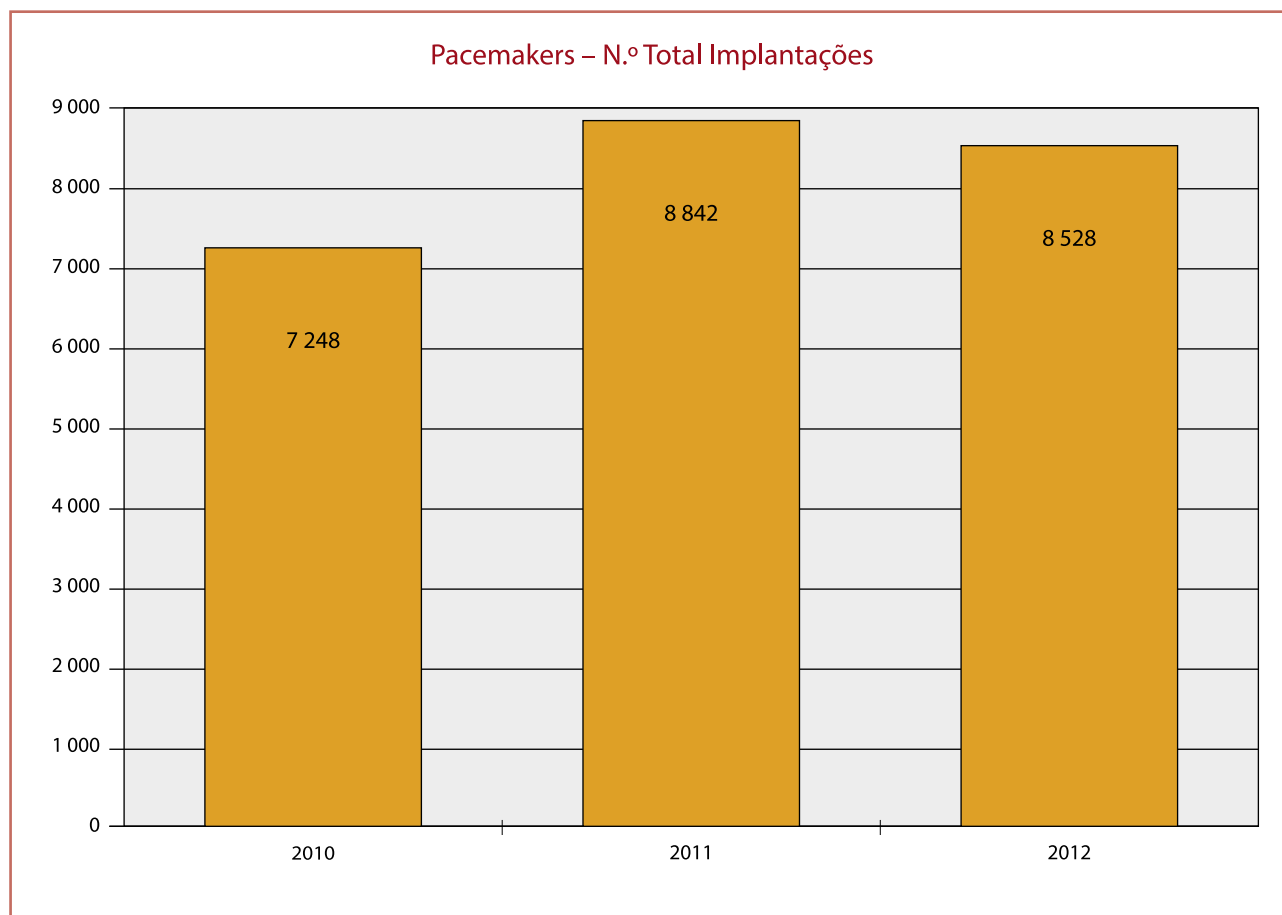


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

A relação entre o número consumido de stents metálicos (BMS) e com revestimento farmacológico (DES) encontra-se alinhada nos últimos cinco anos com a prática da maioria dos países ocidentais, evidenciando elevado grau de seguimento das diretrizes científicas para as melhores práticas.

6.3. Implantações de Pacemakers

Figura 6.3-1. Número total de implantações de Pacemakers em Portugal (2010-2012)

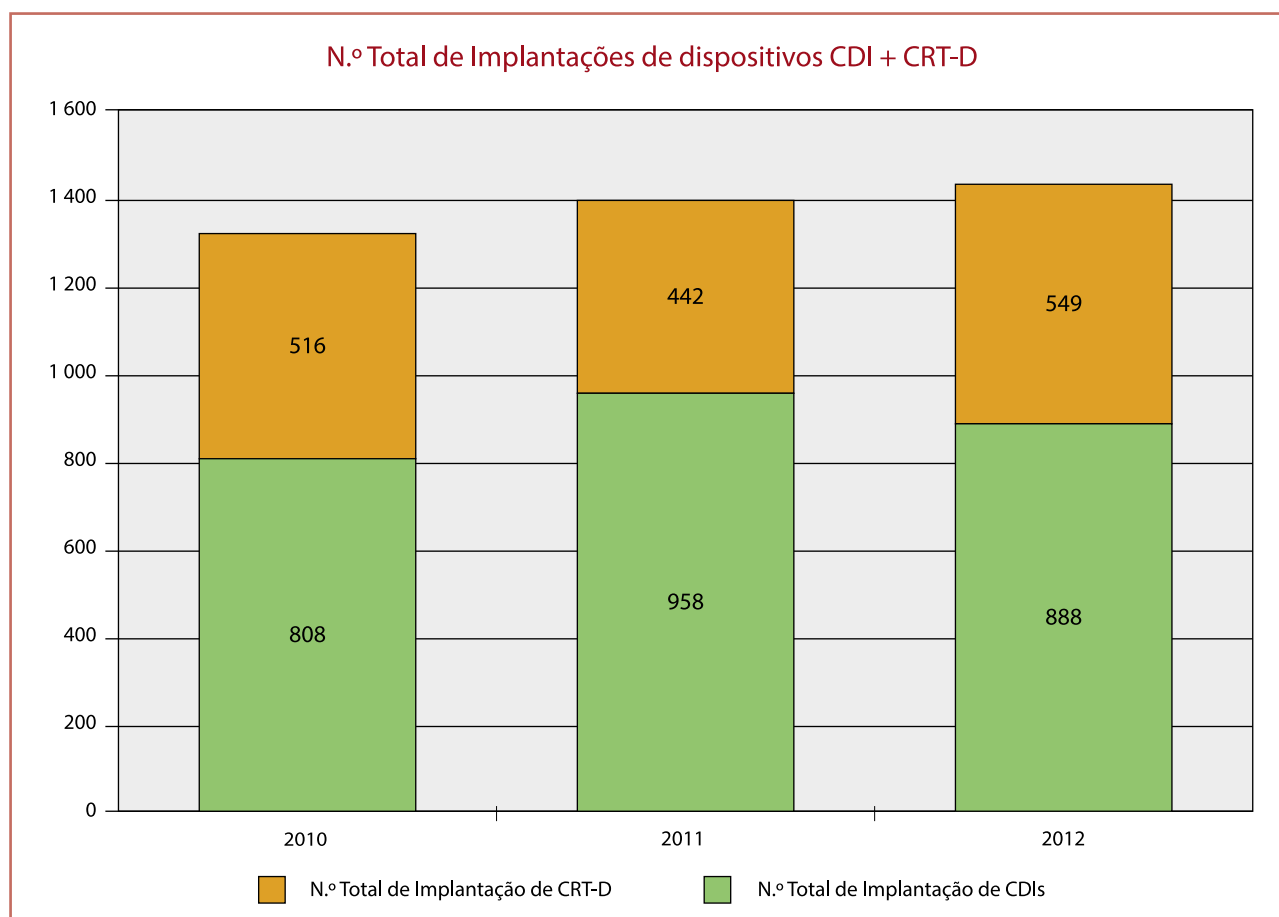


Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

Verifica-se um ligeiro acréscimo de implantações de pacemakers definitivos, tendência que é comum aos dispositivos de cardiodesfibrilhação e ressincronização.

6.4. Implantações de dispositivos de desfibrilhação e ressincronização CDI e CRT-D

Figura 6.4-1. Número total de Implantações de dispositivos CDI + CRT-D em
Portugal (2010-2012)



Fonte: PNDCCV – Inquérito Unidades de Saúde (2013)

7. Destaques

– As 10 Mensagens mais relevantes

1. Em Portugal, a mortalidade por doenças do aparelho circulatório (habitualmente designadas como doenças cardiovasculares, mas incluindo as doenças cerebrovasculares) está em redução progressiva nas últimas duas décadas, apresentando uma tendência oposta à mortalidade devida às doenças oncológicas;
2. Dentro das doenças do aparelho circulatório, a taxa de mortalidade por doenças cerebrovasculares é superior à das doenças isquémicas do coração (incluindo o enfarte agudo do miocárdio). Esta proporção é inversa da verificada na maioria dos países europeus e mesmo mediterrânicos, carecendo de aprofundamento e esclarecimento epidemiológico;
3. A redução das taxas de mortalidade quer das doenças cerebrovasculares, quer das doenças isquémicas cardíacas é mais pronunciada na população idosa (idades superiores a 70 anos);
4. Apesar do maior decréscimo da mortalidade ocorrer acima dos 70 anos, a redução da mortalidade prematura, traduzida em ganhos nos “anos potenciais de vida perdidos” é da maior relevância social e familiar, sendo das mais expressivas quando consideradas todas as causas de morte;
5. Os óbitos devidos ao acidente vascular cerebral e ao enfarte agudo do miocárdio são muito superiores ao descrito nos agrupadores de episódios de internamento hospitalar do SNS (1156 em 2010 e 1034 em 2011). Fenómeno que impõe uma melhor caracterização, apesar do previsível elevado número de situações de morte súbita ocorridas no domicílio ou fora das instituições de saúde;

6. A adoção das estratégias organizativas designadas como “Vias Verdes” permitiu uma progressiva expansão do número de doentes submetidos a terapêuticas com notória influência na história natural do acidente vascular cerebral (terapêutica fibrinolítica) e do enfarte agudo do miocárdio (angioplastia primária);
7. Apesar da progressão mantida do número de doentes encaminhados corretamente pelas Vias Verdes existem ainda assimetrias regionais notórias cuja correção deverá manter-se no topo das prioridades das intervenções planeadas neste sector;
8. A inexistência de tempos de espera significativos para a realização de coronariografias, angioplastia coronária ou implantação de pacemakers indicia a existência de recursos técnicos adequados às necessidades. No entanto, no que respeita às consultas externas ou às intervenções cirúrgicas, é necessária uma monitorização próxima da sua acessibilidade;
9. Entre os recursos utilizados na terapêutica das doenças cardiovasculares assume uma particular relevância o consumo de fármacos de classes farmacológicas específicas como os anti hipertensores ou os fármacos antidislipídemicos. A redução do custo por embalagem tem contribuído para a redução dos encargos globais;
10. O número de implantações de dispositivos de cardiodesfibrilhação (CDI) e ressincronização cardíaca tem apresentado um lento acréscimo. Situação que deverá ser melhorada no futuro, atendendo à expansão das suas indicações clínicas.

8. Notas Finais. Agradecimentos

Documento elaborado pelo Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares em colaboração com a Direção de Serviços de Informação e Análise da Direção Geral de Saúde (Director: Prof. Paulo Nogueira).

Agradecemos a contribuição da Equipa de Apoio Técnico, constituída pela Dr.^a Ana Cristina Portugal e Dr.^a Elisabeth Somsen e o particular empenho do Eng.^o Rui César das Neves na conceção deste documento.

Julho de 2013
Rui Cruz Ferreira

Índice de Quadros

Página

Quadro 2.4-1. Comparação das taxas de mortalidade padronizadas por Doenças Cérebro-cardio-vasculares, por 100000 habitantes, em Portugal e alguns países europeus (2010).....	17
---	----

Índice de Figuras

Página

Figura 2-1. Percentagem de óbitos pelas principais causas de morte no total das causas de morte em Portugal (1988-2011)	6
Figura 2-2. Taxa de mortalidade por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV), por 100000 habitan-tes, em Portugal Continental (2007-2011)	7
Figura 2-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	7
Figura 2-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	8
Figura 2-5. Taxa de mortalidade padronizada por Doenças Cardiovasculares (DIC e DCV) em ida-des superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	8
Figura 2.1-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV), por 100 000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	9
Figura 2.1-2. Número de óbitos por Doença Cerebrovascular (DCV) em Portugal Continental (2007-2011).....	9
Figura 2.1-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) em idades in-feriores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	10
Figura 2.1-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) em idades su-periores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	10
Figura 2.2-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	11
Figura 2.2-2. Número de óbitos por Doença Isquémica do Coração (DIC) em Portugal Continental (2007-2011)	11
Figura 2.2-3. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	12
Figura 2.2-4. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Isquémica do Coração (DIC) em ida-des superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	12

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 2.3-1. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	13
Figura 2.3-2. Número de óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em Portugal Continental (2007-2011)	14
Figura 2.3-3. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em idades inferiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	15
Figura 2.3-4. Taxa de mortalidade padronizada por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em idades superiores a 65 e 70 anos, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	15
Figura 2.4-1. Taxa de mortalidade padronizada por Doença Cerebrovascular (DCV) e por Doença Isquémica do Coração (DIC), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007-2011)	16
Figura 2.5-1. Anos potenciais de vida perdidos por Doenças do Aparelho Circulatório (anos) em Portugal (2006-2010)	18
Figura 2.5-2. Anos potenciais de vida perdidos por Doenças do Aparelho Circulatório (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)	19
Figura 2.5-3. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Cerebrovascular (anos) em Portugal (2006-2010)	19
Figura 2.5-4. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Cerebrovascular (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)	20
Figura 2.5-5. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Isquémica do Coração (anos) em Portugal (2006-2010)	20
Figura 2.5-6. Anos potenciais de vida perdidos por Doença Isquémica do Coração (anos), por sexo, em Portugal (2006-2010)	21
Figura 3.1-1. Doentes admitidos com AVC no Hospital, em Portugal (2012)	22
Figura 3.1-2. Admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), total e através das Vias Verdes, em Portugal (2008-2012)	23
Figura 3.1-3. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC) em Portugal (2006-2012)	24
Figura 3.1-4. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), por Região de Saúde (2006-2012)	25
Figura 3.1-5. Percentagem de admissões através das Vias Verdes no total de admissões nas Unidades de AVC (U-AVC), por Região de Saúde (2012)	26
Figura 3.1-6. Doentes admitidos nas Unidades de AVC (U-AVC) submetidos a Fibrinólise em Portugal (2006-2012)	27
Figura 3.2-1. Doentes admitidos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) com Supra ST, em Portugal (2012)	27

Figura 3.2-2. Doentes Admitidos na Unidade Coronária pela Via Verde (INEM) em Portugal (2006-2012).....	28
Figura 3.2-3. Doentes Submetidos a Angioplastia Primária (ICP Primária) no Enfarte Agudo do Miocárdio em Portugal (2002-2012)	29
Figura 3.2-4. Terapêuticas de Reperusão (Angioplastia Primária vs Fibrinólise) nas Unidades Coronárias em Portugal (2006-2012).....	30
Figura 3.2.1-5. Doentes submetidos a ICP Primária por Região de Saúde (2012)	31
Figura 3.2.1-6. Doentes submetidos a ICP Primária, por milhão de habitantes, por Região de Saúde (2012)	32
Figura 3.2.1-7. Doentes submetidos a Angioplastia Primária (ICP Primária), por milhão de habitantes, por Região de Saúde (2012).....	33
Figura 4.1-1. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) em Portugal (2009-2012)	34
Figura 4.1-2. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) por Região de Saúde (2012)	35
Figura 4.1-3. Tempo Médio de Espera após indicação para Coronariografia (dias) por Região de Saúde (2012)	36
Figura 4.2-1. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) em Portugal (2010-2012).....	37
Figura 4.2-2. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) por Região de Saúde (2012)	38
Figura 4.2-3. Tempo Médio de Espera após indicação para implantação de Pacing definitivo (dias) por Região de Saúde (2012)	39
Figura 5.1-1. Coronariografias (n.º de procedimentos) em Portugal (2007-2012).....	40
Figura 5.1-2. Coronariografias, por 100000 habitantes, em Portugal (2007-2012)	41
Figura 5.2-1. Angioplastias Coronárias (n.º de procedimentos) em Portugal (2002-2012)	42
Figura 5.2-2. Angioplastias Coronárias, por 100000 habitantes, em Portugal (2002-2012).....	43
Figura 5.3-1. Cirurgias Coronárias (CABG) (n.º de procedimentos) em Portugal (2004-2012)	44
Figura 5.3-2. Cirurgias Coronárias (CABG), por 100000 habitantes, em Portugal (2004-2012).....	45
Figura 5.4-1. Transplantes Cardíacos (n.º de intervenções) em Portugal (2004-2012)	46
Figura 5.5-1. Angioplastia Percutânea versus Cirurgia Coronária, por 100000 habitantes, em Portugal (2002-2012)	47
Figura 6.1-1. Vendas de medicamentos no SNS (n.º de embalagens) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue	48

PORTUGAL

DOENÇAS CÉREBRO-CARDIOVASCULARES EM NÚMEROS

Figura 6.1-2. Vendas de medicamentos no SNS (PVP) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue	49
Figura 6.1-3. Vendas de medicamentos no SNS (encargos do SNS) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue	50
Figura 6.1-4. Custo médio por embalagem (PVP) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue	51
Figura 6.1-5. Custo médio por embalagem (encargos do SNS) em Portugal Continental (2007-2011) – Subgrupos selecionados dos Grupos Farmacoterapêuticos Aparelho cardiovascular e Sangue	52
Figura 6.2-1. Consumo anual de Stents em Cardiologia de Intervenção em Portugal (2007-2012)	53
Figura 6.3-1. Número total de implantações de Pacemakers em Portugal (2010-2012).	54
Figura 6.4-1. Número total de Implantações de dispositivos CDI + CRT-D em Portugal (2010-2012). . .	55



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt