



SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

PORTUGAL

2018

Saúde Infantil e Juvenil

PORTUGAL

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL- PORTUGAL

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

Direção de Serviços de Informação e Análise (DSIA)

Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde (DSPDPS)

Lisboa, novembro 2018

Índice

Índice de figuras	6
Índice de tabelas	9
Siglas e acrónimos	10
Preâmbulo	11
Nota da Diretora-Geral da Saúde	13
Sumário executivo	14
1. Caracterização da natalidade em Portugal e na União Europeia	16
2. Caracterização da esperança de vida à nascença em Portugal e na União Europeia	29
3. Caracterização da população infantil residente em Portugal e na União Europeia	31
4. Determinantes	34
4.1. Aleitamento materno	34
4.2. Vacinação	35
4.3. Diagnóstico precoce	39
4.4. Visão	40
4.5. Saúde oral	41
4.6. Comportamentos da população infantil e juvenil	42
4.6.1. Hábitos alimentares	42
4.6.2. Atividade física	44
4.6.3. Obesidade e excesso de peso	47
4.6.4. Consumo de álcool	49
4.6.5. Consumo de drogas	50
4.6.6. Consumo de tabaco	51
5. Evolução da morbilidade na população infantil e juvenil em Portugal	53
5.1. Morbilidade hospitalar	53
5.2. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	57
5.3. Infecções associadas aos cuidados de saúde	59
5.3.1. Inquéritos de Prevalência de Ponto	60
5.3.2. Vigilância epidemiológica de incidência de infeções em cuidados críticos em Hospitais com Apoio Perinatal Diferenciado	61
5.4. Cardiopatias	62
5.5. Diabetes tipo 1	63
5.5.1. Perfusão subcutânea contínua de insulina	63
6. Violência contra as crianças	65
6.1. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco	65

7. Evolução da mortalidade infantil e suas componentes em Portugal e na União Europeia	67
7.1. Causas básicas de mortalidade 2014-2016	70
7.1.1. Mortalidade até aos 4 anos de idade	70
7.1.2. Mortalidade dos 5 até aos 18 anos de idade	72
8. Conclusão	74
Glossário	76
Anexo 1	78
Anexo 2	79

Índice de figuras

Figura 1. Evolução do número de mulheres em idade fértil, por grupo etário, Portugal, 2008-2017	16
Figura 2. Evolução do índice sintético de fecundidade, Portugal, 2008-2017	17
Figura 3. Evolução do número de nados-vivos por grupo etário da mãe, Portugal, 2008-2017	19
Figura 4. Evolução do número de nados-vivos de mães adolescentes, por idade da mãe, Portugal, 2008-2017	20
Figura 5. Evolução da proporção de nados-vivos, por duração da gravidez, Portugal, 2008-2017	21
Figura 6. Evolução da proporção de nados-vivos prematuros, por duração da gravidez, Portugal, 2008-2017	22
Figura 7. Evolução do número de partos, por local e tipo de parto, Portugal, 2007-2016	22
Figura 8. Evolução do número de nados-vivos, por sexo, Portugal, 2008-2017	24
Figura 9. Evolução do número de nados-vivos, por sexo, Portugal, 2008-2017	24
Figura 10. Evolução do número de nados-vivos, por local de residência da mãe, 2008-2017	25
Figura 11. Evolução da taxa bruta de natalidade, por local de residência da mãe, 2008-2017	25
Figura 12. Evolução da taxa bruta de natalidade, Portugal e média da União Europeia, 2008-2017	26
Figura 13. Comparação da taxa bruta de natalidade entre países da União Europeia, 2017	26
Figura 14. Evolução da proporção de nados-vivos, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017	27
Figura 15. Evolução da proporção de nados-vivos com peso à nascença inferior a 2.500 g, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017	27
Figura 16. Evolução da proporção de nados-vivos com peso à nascença igual ou superior a 4.000 g, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017	28
Figura 17. Evolução da esperança de vida à nascença, por sexo e por triénio, Portugal, 1980-1982 a 2015-2017	29
Figura 18. Comparação da esperança de vida à nascença de Portugal com a média da União Europeia, por sexo, 2016	30
Figura 19. Evolução da população infantil residente em Portugal, por sexo, 1970-2017	31
Figura 20. Evolução da população infantil residente em Portugal, por grupo etário 1970-2017	32
Figura 21. Comparação da proporção da população residente com idade inferior a 18 anos (%), por país de residência, União Europeia, 2017	33
Figura 22. Número de casos de poliomielite aguda por ano, Portugal, 1950-2017	36
Figura 23. PNV esquema recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2017, Portugal Continental	37
Figura 24. Vacina contra o sarampo, 2.ª dose. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2017, Portugal Continental	37
Figura 25. Cobertura vacinal contra infeções por HPV por coorte de nascimento, nas jovens nascidas entre 1992 e 2002, Portugal, 2008 a 2017	38
Figura 26. Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa e contra <i>S. pneumoniae</i> 13 aos 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo e contra <i>N. meningitidis</i> C aos 13 meses de idade. Avaliação 2017, Portugal Continental	38
Figura 27. Evolução do número de nascimentos e de recém-nascidos estudados desde o início do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, Portugal, 1980-2016	39
Figura 28. Número de casos de doenças integradas no PNDP identificadas no rastreio neonatal, Portugal,	

1980-2016	39
Figura 29. Rastreio da saúde visual infantil, ARS Norte (projeto piloto), 2016	40
Figura 30. Evolução do número de tratamentos aplicados a crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos, por tipo de tratamento, Portugal Continental, 2009-2016	41
Figura 31. Evolução do índice CPOD aos 12 anos de idade, Portugal, 2000-2013	41
Figura 32. Frequência de consumo de alimentos e bebidas das crianças (6-8 anos), Portugal, 2016	42
Figura 33. Comparação da frequência da toma do pequeno almoço de crianças (6-8 anos), Portugal, 2008 e 2016	43
Figura 34. Consumo de doces nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo, Portugal Continental, 2014	43
Figura 35. Consumo de refrigerantes nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo, Portugal Continental, 2014	44
Figura 36. Prevalência de prática de atividade física moderada a vigorosa (≥ 3 METS) por pelo menos 60 min por dia, por sexo e grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa	44
Figura 37. Prevalência de prática regular de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, por grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderado para a distribuição da população Portuguesa	45
Figura 38. Prevalência de participação em brincadeiras ativas por pelo menos 60 minutos por dia, por sexo e grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa	45
Figura 39. Evolução da proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º ano que realizam atividade física entre 3-6 vezes por semana, Portugal Continental, 2002-2014	46
Figura 40. Proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo e número de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal Continental, 2014	46
Figura 41. Proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por ano de escolaridade e número de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal Continental, 2014	47
Figura 42. Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos), Portugal, 2008 a 2016	47
Figura 43. Prevalência de categorias de índice de massa corporal, por grupo etário (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa	48
Figura 44. Prevalência de categorias de índice de massa corporal (idade inferior a 10 anos), por sexo (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa	48
Figura 45. Prevalência de categorias de índice de massa corporal (10 - 17 anos), por sexo (IAN-AF 2015-2016), ponderada para a distribuição da população Portuguesa	49
Figura 46. Prevalência do consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses (P12M), 13-18 anos, Portugal, 2007-2015	49
Figura 47. Prevalência de situações de embriaguez* nos últimos 12 meses, 13-18 anos, Portugal, 2007-2015	50
Figura 48. Prevalência do consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida, 13-18 anos, Portugal, 2007-2015	50
Figura 49. Comparação entre sexos, relativamente à experimentação de tabaco nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, Portugal Continental, 2002 e 2014	51
Figura 50. Consumo de cigarros ao longo da vida nos alunos do ensino público, Portugal, 2003-2015	52
Figura 51. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário inferior a 1 ano, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017	53
Figura 52. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de crianças no grupo etário	

entre 1 e 4 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017	54
Figura 53. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 5 e 9 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017	54
Figura 54. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 10 e 14 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017	55
Figura 55. Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 15 e 17 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017	56
Figura 56. Distribuição percentual das Infecções mais frequentes em idades neonatal e pediátrica nos Estudos de Prevalência de 2012 e 2017	60
Figura 57. Prevalência de crianças com prescrição de antimicrobiano, Portugal, 2012 e 2017	60
Figura 58. Distribuição percentual dos diagnósticos de infeção mais frequentes entre 2008 e 2017	61
Figura 59. Número de casos existentes de Diabetes Mellitus Tipo 1, 0-18 anos, Portugal Continental, 2000-2016	63
Figura 60. Evolução do número de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) colocados, Portugal Continental, 2014-2017	64
Figura 61. Evolução do número de sinalizações de maus tratos, Portugal Continental, 2010-2016	65
Figura 62. Tipologia dos maus tratos sinalizados no SNS, Portugal Continental, 2016	66
Figura 63. Evolução da taxa de mortalidade fetal, Portugal, 1988-2017	67
Figura 64. Evolução da taxa de mortalidade fetal tardia, Portugal, 1988-2017	67
Figura 65. Evolução das taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal, Portugal, 1965-2017	68
Figura 66. Evolução da taxa de mortalidade infantil entre Portugal e a média da União Europeia, 2016	68
Figura 67. Comparação da taxa de mortalidade infantil entre países e média da União Europeia, 2016	69
Figura 68. Evolução do risco de morrer abaixo dos 5 anos de idade, Portugal, 1991-2017	69
Figura 69. Evolução da taxa de mortalidade entre os 5 e os 18 anos, por grupo etário, Portugal, 1995-2017	70
Figura 70. Comparação da taxa de mortalidade padronizada por infeções agudas respiratórias, pneumonia e gripe abaixo dos 5 anos de idade entre países da União Europeia, 2015	72

Índice de tabelas

Tabela 1. Evolução do número de mulheres em idade fértil, por grupo etário, Portugal, 2008-2017	16
Tabela 2. Evolução do índice sintético de fecundidade, por país da União Europeia, 2007-2016	18
Tabela 3. Evolução da idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho, por país da União Europeia, 2007-2016	19
Tabela 4. Evolução da proporção de nados-vivos de mães adolescentes, por país da União Europeia, 2000, 2005, 2010 e 2014	21
Tabela 5. Evolução do número e proporção dos partos nos hospitais, por tipo de parto e por natureza institucional do hospital, Portugal, 2013-2016	23
Tabela 6. Evolução do número de nados-vivos, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017	28
Tabela 7. Proporção da população residente com idade inferior a 18 anos, por país de residência, União Europeia, 2008 a 2017	33
Tabela 8. Prevalência do aleitamento materno aos 3, aos 4 e aos 6 meses de idade em Portugal, de acordo com o INS 2014	35
Tabela 9. Registo do tipo de aleitamento até à alta hospitalar, no SNS, numa amostra de 3 meses em 2017	35
Tabela 10. Principais causas de internamento hospitalar, por grupo etário, Portugal, 2013-2017	57
Tabela 11. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, por ano de diagnóstico (2010-2016) e sexo	57
Tabela 12. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e idade à data do diagnóstico	58
Tabela 13. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e categoria de transmissão	58
Tabela 14. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos e Transmissão Mãe-Filho, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e idade à data do diagnóstico	59
Tabela 15. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, com diagnóstico entre 2010 e 2016 e Transmissão Mãe-Filho, distribuição segundo o País/Região de naturalidade	59
Tabela 16. Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, distribuição segundo o ano de diagnóstico do estadio SIDA (2010-2016)	59
Tabela 17. Evolução da densidade de incidência de sepsis devido a cateter vascular central, Portugal, 2008-2017	61
Tabela 18. Evolução de causas de mortalidade fetal, neoanatal precoce, neonatal tardia, pós neonatal e abaixo dos 5 anos de idade, Portugal, 2014-2016	71
Tabela 19. Evolução de causas de mortalidade por grupos etários entre os 5 e os 18 anos, Portugal, 2014-2016	73

Siglas e acrónimos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ASCJR	Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
BDMH	Base de Dados da Morbilidade Hospitalar
BIMH	<i>Business Intelligence para a Morbilidade Hospitalar</i>
COSI	<i>Childhood Obesity Surveillance Initiative</i>
CPOD (índice)	Média do número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente
CVC	Cateter Vascular Central
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DOCE	Registo Nacional da Diabetes Infanto-Juvenil para a DM1 designado por: “Diabetes – registo das Crianças e Jovens”
ECATD-CAD	Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências
ESPAD	<i>European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs</i>
HAPD	Hospitais com Apoio Perinatal Diferenciado
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i>
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IACS	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
IAN-AF	Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
IPP	Inquéritos de Prevalência de Ponto
IVG	Interrupções Voluntárias da Gravidez
NACJR	Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (nos Cuidados de Saúde Primários)
NHACJR	Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNDP	Programa Nacional de Diagnóstico Precoce
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSO	Programa Nacional de Saúde Oral
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PPCIRA	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
PRSVI	Program de Rastreio de Saúde Visual Infantil
PSCI	Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina
RAM	Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos
SICAD	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UE	União Europeia
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Preâmbulo

Breve comentário, ao jeito de preâmbulo, do Relatório de Saúde Infantil e Juvenil. Em primeiro lugar a metodologia:

Este manuscrito contém dados importantes e de extracção nacional, a maioria recolhidos por entidades oficiais e alguns provenientes de investigadores inseridos em redes internacionais.

Alguns destes dados são muito satisfatórios. A adesão ao Programa Nacional de Vacinação é um autêntico “case study” internacional e que não diminuiu, não obstante a introdução de novas vacinas, algumas na adolescência.

O programa de Diagnóstico Precoce (Teste do pézinho) é outro dos nossos excelentes indicadores e tem proporcionado, sem dúvida, muitos ganhos em saúde.

A extensão do programa de rastreio visual precoce, após o êxito do projecto piloto que ocorreu na região Norte, também é motivo de grande esperança.

Na saúde oral também os resultados parecem apontar para o bom caminho, o que num primeiro momento não seria difícil pois partiu-se de um nível de cuidados muito baixo. Verificou-se menos extracções e restauros e diminuição do índice CPO-D (número de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente). Será bom estender estes cuidados e rastreios também aos dentes decíduos.

Na Diabetes tipo 1, cuja incidência aumenta anualmente nas idades pediátricas, a colocação dos dispositivos de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI) mais que duplicou nos dois últimos anos abaixo dos 10 anos e a extensão do programa para abranger todas as crianças até aos 18 anos, é uma ótima notícia, enquadrada nos objectivos traçados pelo XXI Governo Constitucional até 2019. No entanto será bom agora sabermos também se o investimento compensou, através da recolha dos “outputs” fornecidos pelas Unidades que os colocam, nomeadamente os níveis de HbA1c.

Quanto aos hábitos alimentares e actividade física os dados parecem encorajadores, resta ver se têm uma representatividade estatística nacional. Se 50% das crianças entre os 6-14 anos – e nos rapazes ainda mais – praticam actividade física diária, o “copo está meio vazio”. A outra quase metade não pratica e, principalmente, vai diminuindo com a idade e é menor aos dias de semana que ao fim de semana (aparentemente as escolas estarão pouco vocacionadas para esse fim).

Bom é também ter-se invertido a tendência crescente para o excesso de peso e obesidade, e de forma sustentada. Resta ainda perceber se foi à custa de bons programas de informação e modificação de oferta nas escolas ou se, à semelhança do resto da Europa, se assiste a um fenómeno em que já foi atingido o nível mais alto e o “obesoestado” populacional está naturalmente a funcionar. O tempo o dirá.

Uma reflexão ainda sobre os índices de mortalidade neonatal e infantil que tão bem nos colocam, desde há alguns anos, na fotografia dos cuidados de saúde na Europa e no mundo.

Os números são muito bons e, o que é melhor, consistentes, mantendo-se assim desde há uma década, com pequenas flutuações. Mas atenção, após uma descida espectacular ocorrida nos anos 80, em que sem dúvida as boas políticas que levaram ao estabelecimento de uma rede integrada de cuidados pré-natais e neonatais deram frutos evidentes, estas taxas têm-se mantido estáveis na última década. Por outro lado, se analisarmos os dados desagregados por regiões, verifica-se uma falta de equidade na distribuição, com piores resultados na área metropolitana de Lisboa, no Alentejo e na R.A. Madeira, dados a merecer reflexão.

Por outro lado, é evidente que a mortalidade fetal se dá muito à custa da mortalidade fetal tardia, que outros países tendo uma menor mortalidade a esse nível poderão ter uma maior mortalidade neonatal e há

espaço para melhorar na taxa de mortalidade padronizada por infeções agudas respiratórias, pneumonias e influenza. Seria também interessante termos o número de quantas destas patologias foram a causa de morte em crianças com doença crónica complexa.

Também na mortalidade entre 1-4 anos se destacam as neoplasias, e as lesões e envenenamentos, pelo que há que estruturar políticas para a deteção precoce das primeiras e a prevenção das segundas.

Ainda relativamente aos números apresentados, há a salientar a enorme preocupação com a constante baixa da natalidade, uma das menores natalidades na UE e sobretudo consistente ao longo das últimas décadas (porventura algo inflacionada aquando dos anos de maior imigração, reduzida ainda mais pela saída de emigrantes em idade fértil).

Esta inversão da pirâmide etária, e que leva a que o primeiro filho surja cada vez mais tarde, não significará necessariamente uma diminuição bruta da natalidade (ver o caso da Irlanda em que as mães têm o primeiro filho ainda mais tarde, mas têm mais filhos, ou da Suécia com uma idade do 1º filho igual à nossa, mas com o 2º maior índice de fecundidade da UE).

No entanto os riscos de prematuridade extrema e muito baixo peso aumentam com as idades extremas das mães e, apesar da descida do número total dos prematuros, as percentagens têm-se mantido constantes na última década (ver Registo Nacional dos Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso).

Os dados dos consumos dos jovens, e em idades cada vez mais precoces, são também motivo de preocupação. Se é certo que o tabagismo diminuiu, o contrário se passa com o consumo de álcool e drogas. Não são, pois, seguramente os motivos económicos que levaram à redução do primeiro e aumento dos outros. Há que perceber o impacto das campanhas antitabaco na escola e através dos media ou de “role models” e implementá-los na luta contra as outras dependências.

Muitos outros dados seriam importantes e interessantes para pintar com mais detalhe este esboço da saúde da criança e adolescente portugueses.

Talvez a existência de um Observatório da Criança que centralize os dados recolhidos pelas várias entidades governamentais (e não apenas as dependentes do Ministério da Saúde), investigadores universitários e redes internacionais, e que promova estudos para a recolha sistematizada de outros parâmetros, para os quais não há ainda dados ou, a haver, reportam-se a grupos populacionais menos representativos.

Ao correr da pena, sugeria:

Horas de sono, desagregadas por escalões etários; Altura média no fim da adolescência; Idade da menarca; Consumo de antibióticos em ambulatório e por escalão etário; Idade média de ida para creche e jardim de infância; Tabagismo passivo (através da taxa de fumadores por agregado familiar com crianças); Taxa de cáries em dentes decíduos; Taxa de perda, por acidente, de peças dentárias e bullying escolar; Taxa (ou percentagem) de crianças em seguimento por doença crónica complexa, incluindo de saúde mental, por escalões etários.

Em conclusão este relatório é uma espécie de arco iris com cores rosas e outras verdes, de esperança, mas também alguns avisos amarelos e (felizmente) poucas francamente vermelhas.

Há que manter as boas políticas, implementar novas, visando corrigir os desvios e estabelecer estratégias para as próximas décadas. Mas para tal é necessário sabermos quem somos e como estamos, em muito mais dimensões para além da saúde.

Gonçalo Cordeiro Ferreira

Presidente da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

Nota da Diretora-Geral da Saúde

Portugal é dos países, a nível mundial, que apresenta melhores resultados em saúde reprodutiva, materna, infantil e juvenil e o relatório apresentado reflete alguns desses resultados. No entanto, existe ainda potencial de melhoria e o nosso desafio é fazer melhor, sempre melhor.

O investimento continuado e sustentado em melhor saúde reprodutiva e oferta de cuidados pré-natais e neonatais, na prevenção primária, de que é um exemplo o Programa Nacional de Vacinação, em rastreios como o “teste do pézinho” e em programas de vigilância ao longo da infância e adolescência, terão contribuído para estes valores. Obviamente, também o desenvolvimento do País e a atenção parental e da sociedade que é dada às crianças e aos jovens resulta em mais e melhor saúde.

A Direção-Geral da Saúde tem acompanhado e coordenado estratégias, programas e iniciativas em saúde reprodutiva, materna, infantil e juvenil, sendo áreas de intervenção prioritária.

Estamos a renovar-nos mantendo-se a aposta no acompanhamento do percurso de vida da população sobretudo em determinadas fases.

A Direção-Geral da Saúde está fortemente empenhada, a nível nacional e internacional, em aprofundar a qualidade da informação que disponibiliza a decisores, parceiros e cidadãos.

Nesse sentido temos capacidade de, com a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA), em parceria com sociedades científicas, a academia, a sociedade civil e com especialistas de diversas áreas, constituir um repositório de informação capaz de gerar conhecimento sobre o estado da saúde e da vida das nossas crianças e jovens.

O conhecimento permite identificar necessidades e expectativas da população e desenvolver boas práticas no que se refere a estratégias de promoção e proteção da saúde.

Contamos com a participação de todos, para acompanhar os desafios sociais e de saúde que se colocam a toda a sociedade com particular ênfase na fase inicial da vida.

Graça Freitas
Diretora-Geral da Saúde

Sumário executivo

Este documento apresenta dados de 2017 relativos a áreas da saúde infantil e juvenil em Portugal, nomeadamente natalidade, esperança de vida, características e comportamentos das crianças e jovens, morbilidade e mortalidade e ainda questões relativas a violência contra crianças.

Em Portugal, o número de mulheres em idade fértil decresceu nas últimas décadas e a natalidade acompanha essa tendência, também em linha com a tendência na União Europeia. Embora desde 2014 o número de nascimentos tenha aumentado ligeiramente, regista-se que, além de menos filhos, as portuguesas têm filhos cada vez mais tarde.

As proporções de recém-nascidos de termo e pré-termo têm-se, contudo, mantido estáveis. Os partos em Portugal ocorrem quase na totalidade em estabelecimentos de saúde, de acordo com as recomendações nacionais, e os partos por cesariana registaram uma ligeira tendência decrescente. A percentagem de cesarianas em serviços privados é mais elevada do que nos públicos, uma diferença que merece reflexão.

O Norte e a região de Lisboa registam o maior número de nascimentos, sendo a taxa bruta de natalidade (número de nados vivos por 100.000 habitantes) maior em Lisboa, seguida do Algarve e dos Açores. É expectável que esta diminua com o envelhecimento da população e, de facto, tem vindo a diminuir quer em Portugal quer em muitos países europeus.

A esperança de vida à nascença registou um crescimento nas últimas décadas, sendo a diferença entre sexos atualmente 5,6 anos e favorável às mulheres.

Na caracterização da população infantil (idade inferior a 18 anos) o destaque vai para a redução nacional de 43% desta população nas últimas quatro décadas, com diminuição progressiva do número de indivíduos em todos os grupos etários, representando atualmente 17,3% da população residente.

O aleitamento materno enquadra-se numa política nacional para o desenvolvimento de uma Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, o qual está em alinhamento com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Os dados aqui apresentados foram recolhidos no último Inquérito Nacional de Saúde (2014) e mostram uma evolução favorável na amamentação exclusiva aos 6 meses de vida, sendo corroborados por dados provisórios obtidos a partir da notícia de nascimento (2017).

A vacinação em Portugal é um programa de sucesso e provavelmente o programa de saúde mais custo-efetivo implementado no país, a ele se devendo o quase desaparecimento de diversas doenças transmissíveis. Até aos 7 anos foi atingido o objetivo de 95% de vacinação para todas as vacinas avaliadas. A título ilustrativo da boa receptividade do programa pela população, no primeiro ano de implementação da vacina pertussis acelular (Tdpa) em grávidas (2017), estima-se que 75% das grávidas tenham sido vacinadas. Estão também cumpridos os objetivos nacionais e internacionais do programa de eliminação do sarampo. Atingidos 10 anos de vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV), verifica-se redução da incidência de condilomas genitais em ambos os sexos, esperando-se a longo prazo impacto na redução do cancro a ele associado em ambos os sexos.

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, iniciado em 1979 e com posteriores atualizações, tem taxas de adesão superiores a 99%, tendo permitido até agora identificar e iniciar precocemente o tratamento em quase dois mil casos de doença, com destaque para o hipotireoidismo congénito e a fenilcetonúria.

Os resultados do Programa de Rastreio da Saúde Visual Infantil, iniciado em 2016 em regime de projeto-piloto, foram um sucesso e por isso o rastreio da ambliopia foi alargado em 2018 à totalidade da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e em regime piloto a todas as restantes ARS.

Também os dados do Programa de Saúde Oral para crianças de 7, 10 e 13 anos, desenvolvido entre 2009-2016, indiciam melhoria na adoção de medidas preventivas precoces.

Os comportamentos da população infantil e juvenil, nomeadamente hábitos alimentares, atividade física, obesidade e excesso de peso, consumos de álcool, de drogas e de tabaco, têm vindo a ser monitorizados e analisados. Esta monitorização, integrada em programas nacionais e internacionais, tem ajudado a caracterizar a população portuguesa e a definir estratégias de intervenção referentes a estilos de vida.

A monitorização da evolução da morbilidade hospitalar é feita através de programa desenvolvido numa parceria entre os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde. Entre o primeiro e o nono ano de vida, destacam-se os internamentos por problemas respiratórios, tendo as doenças infecciosas e parasitárias também representação elevada. As restantes patologias variam de incidência de acordo com o grupo etário. A partir dos 10 anos, as doenças do aparelho digestivo lideram os episódios de internamento, passando as respiratórias para terceiro lugar. Relativamente à infeção por HIV entre os 0 e os 18 anos de idade, verifica-se uma tendência decrescente no número de casos, tendo cerca de 60% destes resultado de transmissão sexual e 32% resultado de transmissão mãe-filho. Não obstante, os casos estão claramente a diminuir e, alguns destes, são importados.

São ainda apresentados dados relativos às infeções associadas aos cuidados de saúde e à vigilância epidemiológica de incidência de infeções em cuidados críticos em Hospitais com Apoio Perinatal Diferenciado.

A violência contra as crianças é objeto de acompanhamento por comissões regionais e nacionais. Tem havido um aumento na sinalização de casos e é apresentada a tipologia dos maus tratos. Apresentam-se também os programas que englobam esta problemática e a sua articulação.

Os indicadores de mortalidade materna e infantil melhoraram progressivamente nas últimas décadas, situando-se ao nível dos melhores da Europa e do Mundo. Também o risco de morrer e a taxa de mortalidade apresentam redução nos diferentes grupos etários, até aos 18 anos. As anomalias congénitas, as lesões e envenenamentos e as neoplasias lideram as causas de morte em crianças e jovens, variando a sua prevalência com o grupo etário.

A partir da análise deste relatório, a Direção-Geral da Saúde (DGS) irá desencadear uma reflexão não apenas do que sabemos, mas também do que necessitamos saber e aprofundar para melhor desenhar estratégias preventivas baseadas em necessidades identificadas. Assim, promove-se o conhecimento sobre a saúde e seus determinantes especificamente no que respeita à Saúde Infantil e Juvenil, bem como iniciativas para melhorar indicadores de desempenho, de saúde e de bem-estar nesta fase tão importante do percurso de vida.

1 Caracterização da natalidade em Portugal e na União Europeia

Em Portugal, o número de mulheres em idade fértil (15-49 anos) regista uma tendência decrescente desde 2002, mantendo-se este cenário no período em análise (2008-2017) (Figura 1 e Tabela 1).

Em 2008, existiam cerca de 2,56 milhões de mulheres em idade fértil, valor que em 2017 registou 2,31 milhões (-253.138). Esta redução ocorre à custa da diminuição da população mais jovem (15-39 anos), já que a proporção de mulheres em idade fértil entre os 40 e 49 anos continua a crescer (em 2008 representava 30,9%, e em 2017 atingia 35,8%).

Figura 1. **Evolução do número de mulheres em idade fértil, por grupo etário, Portugal, 2008-2017**

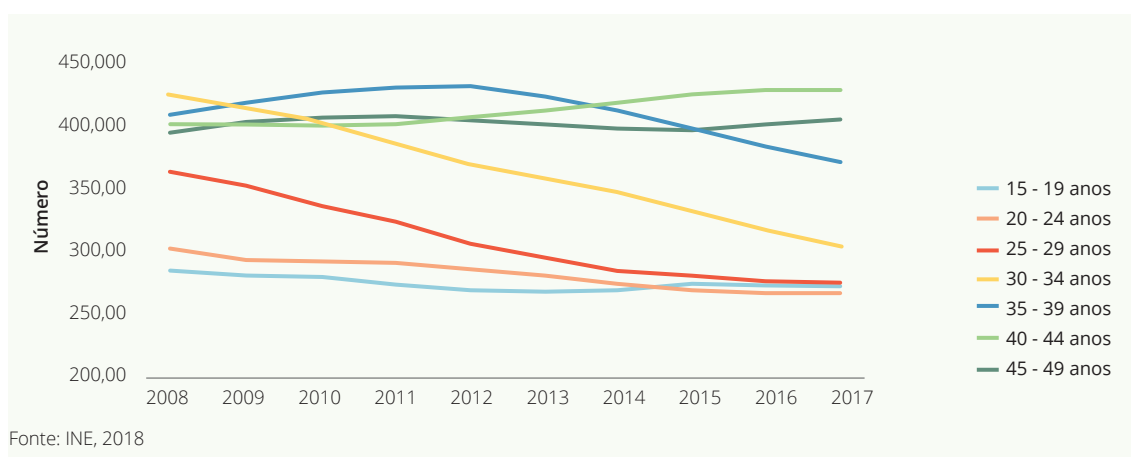


Tabela 1. **Evolução do número de mulheres em idade fértil, por grupo etário, Portugal, 2008-2017**

	15 - 19 anos	20 - 24 anos	25 - 29 anos	30 - 34 anos	35 - 39 anos	40 - 44 anos	45 - 49 anos	Total
2008	283.674	300.409	360.022	419.088	406.154	398.779	391.398	2.559.524
2009	281.288	292.602	349.698	410.001	415.113	396.620	398.926	2.544.248
2010	277.737	289.778	334.228	399.022	422.760	397.097	402.333	2.522.955
2011	273.453	288.074	321.381	383.396	426.522	399.264	402.348	2.494.438
2012	269.874	283.936	305.380	367.851	426.001	403.385	400.834	2.457.261
2013	267.655	279.329	294.052	354.864	419.465	407.787	398.136	2.421.288
2014	270.305	274.078	283.713	343.514	407.829	414.550	394.231	2.388.220
2015	274.313	269.745	278.985	328.388	396.016	420.702	393.565	2.361.714
2016	273.137	265.609	275.467	314.611	380.557	423.942	396.311	2.329.634
2017	271.609	265.025	274.677	302.128	367.436	424.312	401.199	2.306.386
Variação 2017/2008	-4,25	-11,78	-23,71	-27,91	-9,53	6,40	2,50	-9,89

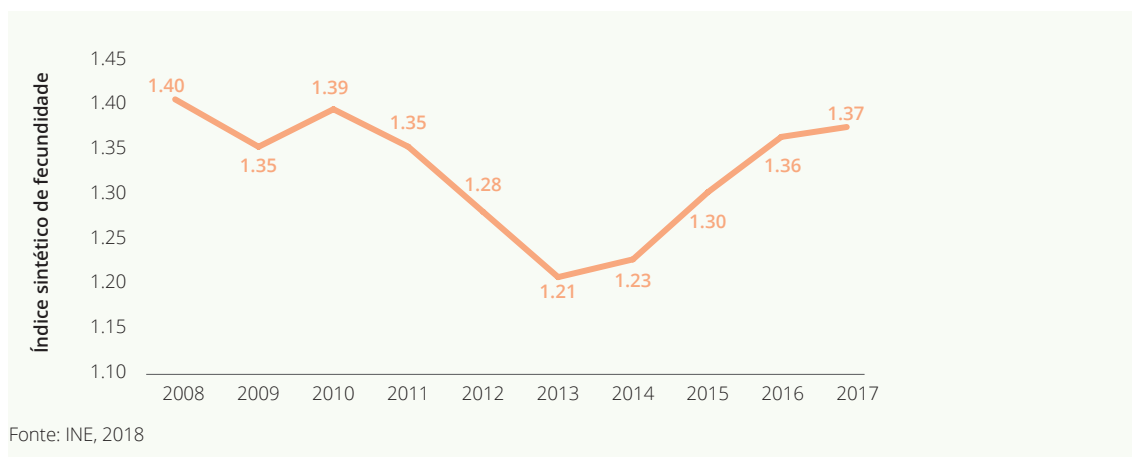
Fonte: INE, 2018

Neste enquadramento, o número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil (índice sintético de fecundidade) regista igualmente um declínio, o qual já se observa desde o final da década de 70, apenas ligeiramente atenuado por curtos períodos ao longo de quase quatro décadas.

O número de 2,1 crianças por mulher é considerado o nível mínimo para que seja assegurada a substituição de gerações. Em Portugal, o último ano em que o índice sintético de fecundidade esteve acima do nível de renovação geracional foi em 1981, sendo igual a 2,13.

No período de 1981 a 2017 destaca-se uma diminuição substancial deste indicador entre 2010 e 2013, ano em que se atingiu o valor mais baixo (1,21). A partir de 2014 verifica-se uma ligeira tendência de crescimento e, em 2017, o índice sintético de fecundidade foi de 1,37. Estes valores continuam, contudo, a comprometer o processo de renovação geracional (Figura 2).

Figura 2. **Evolução do índice sintético de fecundidade, Portugal, 2008-2017**



Portugal apresentou, em 2016, um índice sintético de fecundidade entre os mais baixos da União Europeia (UE) (1,36), situação apenas mais gravosa em Espanha e Itália que detêm o menor valor (1,34). No período 2007-2016, os valores apresentados pelos países da UE situam-se abaixo do valor mínimo de substituição de gerações (2,1), ainda que em alguns casos se tenha verificado uma ligeira estabilidade deste indicador (França, Suécia, Irlanda, Dinamarca e Reino Unido), com os valores a aproximarem-se de 2,0. Pelo contrário, os países da Europa do Sul registaram os valores mais baixos (Tabela 2).

Tabela 2. **Evolução do índice sintético de fecundidade, por país da União Europeia, 2007-2016**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
França	1,98	2,01	2,00	2,03	2,01	2,01	1,99	2,01	1,96 bp	1,92 p
Suécia	1,88	1,91	1,94	1,98	1,90	1,91	1,89	1,88	1,85	1,85
Irlanda	2,01	2,06	2,06	2,05	2,03	1,98	1,93	1,89	1,85	1,81
Dinamarca	1,84	1,89	1,84	1,87	1,75	1,73	1,67	1,69	1,71	1,79
Reino Unido	1,86	1,91	1,89	1,92	1,91	1,92	1,83	1,81 e	1,80 e	1,79 e
Letónia	1,54	1,58	1,46	1,36	1,33	1,44	1,52	1,65	1,70	1,74
Lituânia	1,36	1,45	1,50	1,50	1,55	1,60	1,59	1,63	1,70	1,69
Bélgica	1,82	1,85	1,84	1,86	1,81 b	1,80	1,76	1,74	1,70	1,68
Holanda	1,72	1,77	1,79	1,79	1,76	1,72	1,68	1,71	1,66	1,66
Roménia	1,45	1,60	1,66	1,59	1,47	1,52	1,46 e	1,56 e	1,58 e	1,64
República Checa	1,45	1,51	1,51	1,51	1,43	1,45	1,46	1,53	1,57	1,63
U.E. (28 países)	1,56	1,61	1,61	1,62 b	1,59 b	1,59 b	1,55 e	1,58 e	1,57 bep	1,60 ep
Alemanha	1,37	1,38	1,36	1,39	1,39 b	1,41	1,42	1,47	1,50	1,60 p
Estónia	1,69	1,72	1,70	1,72	1,61	1,56	1,52	1,54	1,58 b	1,60
Eslovénia	1,38	1,53	1,53	1,57	1,56	1,58	1,55	1,58	1,57	1,58
Finlândia	1,83	1,85	1,86	1,87	1,83	1,80	1,75	1,71	1,65	1,57
Bulgária	1,49	1,56	1,66	1,57	1,51	1,50	1,48	1,53	1,53	1,54
Hungria	1,32	1,35	1,32	1,25	1,23	1,34 b	1,35	1,44	1,45	1,53
Áustria	1,38	1,42	1,39	1,44	1,43	1,44	1,44	1,46	1,49	1,53
Eslováquia	1,27	1,34	1,44	1,43	1,45	1,34	1,34	1,37	1,40	1,48
Croácia	1,48	1,55	1,58	1,55	1,48	1,51	1,46	1,46	1,40	1,42
Luxemburgo	1,61	1,61	1,59	1,63	1,52	1,57 b	1,55	1,50	1,47	1,41
Polónia	1,31	1,39	1,40 b	1,41 b	1,33	1,33	1,29	1,32	1,32	1,39
Grécia	1,41	1,50	1,50	1,48	1,40	1,34	1,29	1,30	1,33	1,38
Chipre	1,44	1,48	1,47	1,44	1,35	1,39	1,30	1,31	1,32	1,37
Malta	1,35	1,43	1,42	1,36	1,45	1,42	1,36	1,38	1,37	1,37
Portugal	1,35	1,39	1,34	1,39	1,35	1,28	1,21	1,23	1,31	1,36
Espanha	1,38	1,45	1,38	1,37	1,34	1,32	1,27	1,32	1,33	1,34
Itália	1,40	1,45	1,45	1,46	1,44	1,43	1,39	1,37	1,35	1,34

Nota: Ordenado por ordem decrescente tendo como referência o ano 2016

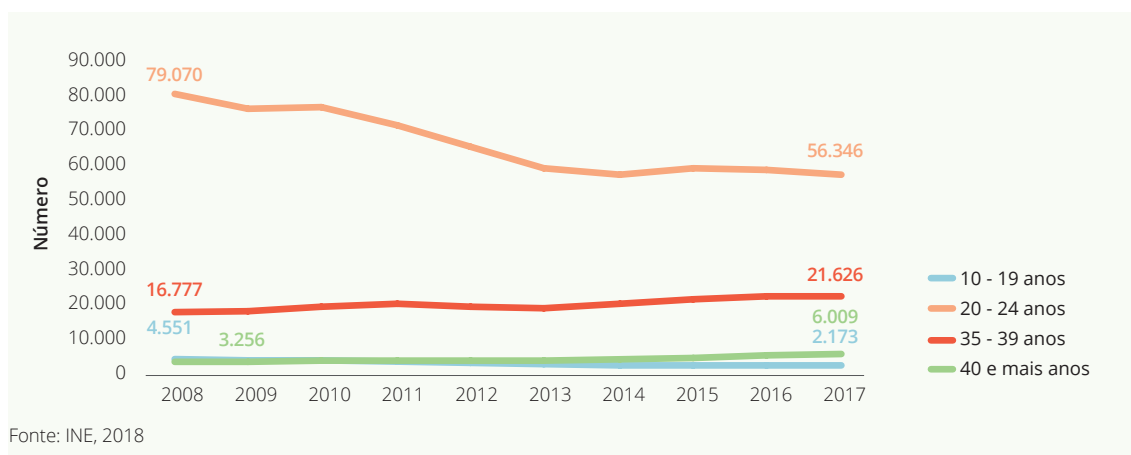
b=Quebra de série e=estimado p=provisório

Fonte: Eurostat, 2018

Comparando os anos 2008 e 2017, no que respeita à proporção de nados-vivos por grupo etário da mãe, verifica-se que aumentou de 19,3% para 32,1% a proporção de nados-vivos cujas mães tinham, na altura do nascimento, 35 ou mais anos de idade. No grupo de mulheres com 40 anos ou mais anos, verificou-se um crescimento de 3,1% para 7,0%. Pelo contrário, a proporção de nados-vivos cujas mães tinham menos de 20 anos decresceu de 4,4%, em 2008, para 2,5% em 2017.

A proporção de Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVG) por opção da mulher neste grupo etário (inferior a 20 anos) representou 10,4% do total de IVG por opção da mulher, em 2016, e 9,6% em 2017, contudo, tem-se observado uma diminuição lenta, mas persistente, desta percentagem que, em anos anteriores a 2013, era superior a 11%.

Relativamente ao grupo etário 20-34 anos observa-se um decréscimo de 76,3% para 65,4%, no mesmo período de análise, refletido na Figura 3.

Figura 3. **Evolução do número de nados-vivos por grupo etário da mãe, Portugal, 2008-2017**Tabela 3. **Evolução da idade média das mulheres ao nascimento do primeiro filho, por país da União Europeia, 2007-2016**

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Itália	:	:	:	:	:	:	30,6 e	30,7 e	30,8	31,0
Espanha	29,4	29,3	29,6	29,8	30,1	30,3	30,4	30,6	30,7	30,8
Luxemburgo	28,9	29,2	29,3	29,5	29,4	29,6 b	30,0	30,2	30,2	30,5
Grécia	28,8	28,8	29,0	29,1	29,4	29,6	29,9	30,0	30,2	30,3
Irlanda	28,8	28,9	29,0	29,2	29,3	29,3	29,6	29,8	29,9	30,1
Holanda	29,0	29,1	29,2	29,2	29,3	29,3	29,4	29,5	29,7	29,8
Chipre	28,2	28,3	28,4	28,5	28,5	28,8	29,0	29,2	29,5	29,6
Portugal	27,6	27,7	27,9	28,1	28,4	28,6	28,9	29,2	29,5	29,6
Alemanha	:	:	28,7	28,9	29 b	29,1	29,3	29,4	29,5	29,4 p
Dinamarca	:	:	:	:	:	29,0	29,0	29,2	29,2	29,3
Áustria	27,7	27,8	28,0	28,2	28,5	28,7	28,8	29,0	29,2	29,2
Suécia	28,8	28,8	28,9	28,9	29,0	29,1	29,1	29,2	29,2	29,2
Malta	26,9	27,2	27,1	27,4	28,0	28,1	28,4	28,6	28,7	29,1
UE (28 países)	:	:	:	:	:	:	28,7 e	28,8 e	28,9 bep	29,0 ep
Finlândia	28,1	28,2	28,2	28,3	28,4	28,5	28,5	28,6	28,8	29,0
Reino Unido	30,2	30,3	30,4	30,6	30,5	30,8	28,3	28,6 e	28,7 e	28,9 e
Bélgica	27,8	27,8	28,1	28,0	28,1 b	28,2	28,5	28,5	28,7	28,8
Eslovénia	28,1	28,2	28,2	28,4	28,4	28,5	28,5	28,6	28,7	28,8
França	:	:	:	:	:	:	28,1	28,3	28,5 bp	28,5 p
Croácia	26,7	26,9	27,2	27,5	27,6	27,8	28,0	28,1	28,3	28,5
República Checa	27,1	27,3	27,4	27,6	27,8	27,9	28,1	28,1	28,2	28,2
Hungria	27,1	27,2	27,4	27,7	27,7	27,7 b	27,7	27,7	27,9	27,8
Estónia	25,3	25,7	26,0	26,3	26,4	26,5	26,5	26,6	27,2 b	27,5
Lituânia	25,3	25,6	26,0	26,4	26,5	26,6	26,7	27,0	27,1	27,3
Polónia	26,0	26,0	26,2	26,5 b	26,6	26,6	26,7	26,9	27,0	27,2
Eslováquia	26,2	26,4	26,7	27,0	27,4	26,8	26,9	27,0	27,1	27,0
Letónia	25,2	25,3	25,7	26,0	25,9	26,0	26,1	26,3	26,5	26,8
Roménia	25,0	25,1	25,1	25,5	25,6	25,7	25,9 e	26,2 e	26,3 e	26,4
Bulgária	25,0	25,0	25,2	25,6	25,7	25,6	25,7	25,8	26,0	26,0

Nota: Ordenado por ordem decrescente tendo como referência o ano 2016

:=não disponível, b=Quebra de série e=estimado p=provisório

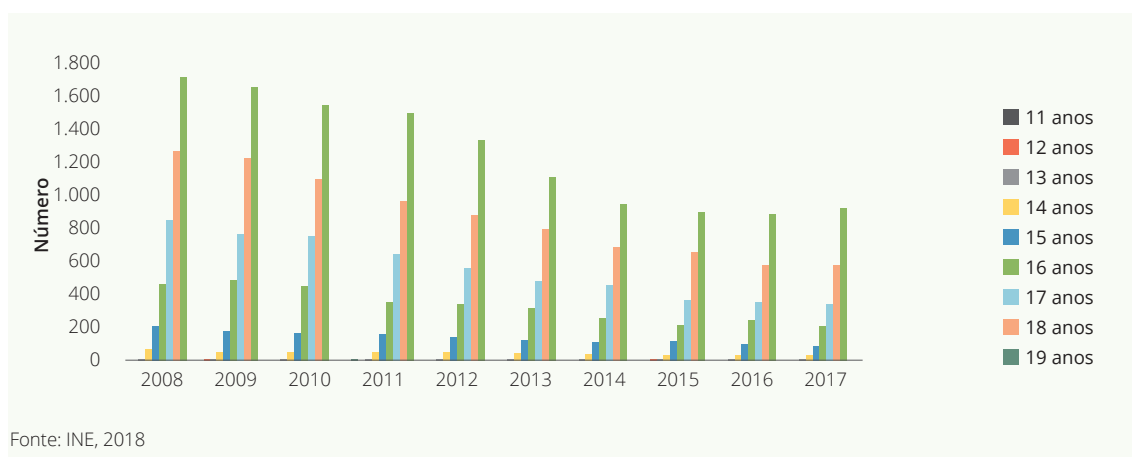
Fonte: Eurostat, 2018

As mulheres em Portugal têm menos filhos e têm filhos cada vez mais tarde. A idade média das mulheres portuguesas ao nascimento do primeiro filho aumentou de 27,6 anos, em 2007, para 29,6 anos, em 2016.

Este fenómeno demográfico é comum a todos os países da UE (Tabela 3). Em 2016 as mulheres da UE, em média, tiveram o primeiro filho aos 29 anos, com diferenças assinaláveis entre os países europeus. A idade média mais baixa foi registada na Bulgária (26,0 anos), seguida por Roménia (26,4), Letónia (26,8), Eslováquia (27,0), Polónia (27,2) e Lituânia (27,3). Em contraste, a idade média das mulheres ao primeiro filho foi superior a 30 anos em Itália (31,0 anos), Espanha (30,8), Luxemburgo (30,5), Grécia (30,3) e Irlanda (30,1).

De realçar como dado positivo o decréscimo de nados-vivos de mães adolescentes (idade inferior a 20 anos), conforme referido anteriormente e ilustrado na Figura 4 de modo mais detalhado. A percentagem de IVG nesta faixa etária tem também diminuído de forma consistente, embora lenta, passando-se de cerca de 12% dos casos de IVG entre 2008 e 2010, para cerca de 10% nos mais recentes anos de 2016 e 2017.

Figura 4. **Evolução do número de nados-vivos de mães adolescentes, por idade da mãe, Portugal, 2008-2017**



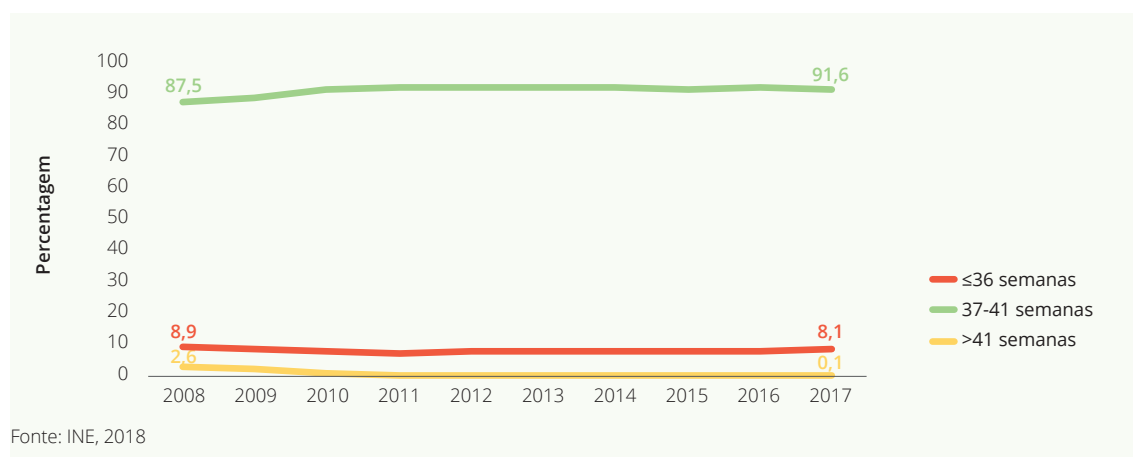
A evolução da proporção de nados-vivos de mães adolescentes, por país da UE, consta da Tabela 4.

Em 2017, 91,7% dos nados-vivos em Portugal resultaram de uma gestação de termo (37 ou mais semanas), observando-se uma proporção relativamente reduzida de nados-vivos prematuros (8,1%) (Figura 5). Ao longo da última década a proporção de nados-vivos de termo tem apresentado um crescimento constante, indiciando a qualidade da prestação de cuidados da vigilância da gravidez.

Tabela 4. **Evolução da proporção de nados-vivos de mães adolescentes, por país da União Europeia, 2000, 2005, 2010 e 2014**

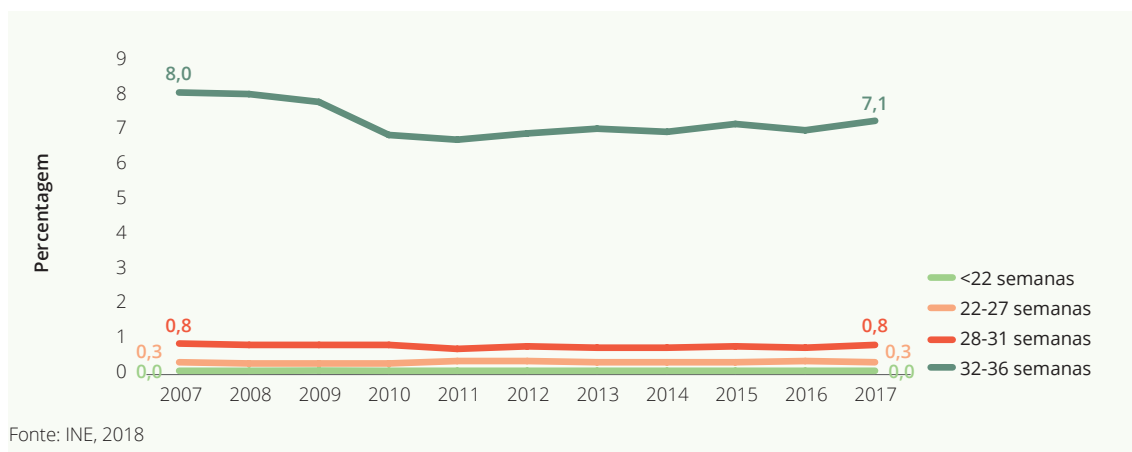
País	2000	2005	2010	2014
1 Roménia	13,8	13,1	10,6	10,0
2 Bulgária	17,4	14,2	11,1	9,8
3 Hungria	8,0	6,4	5,9	6,5
4 Eslováquia	9,5	7,6	6,7	6,3
5 Letónia	10,4	8,7	5,8	4,0
6 Lituânia	9,3	8,3	4,7	3,8
7 Reino Unido	7,7	7,0	5,7	3,8
8 Malta	8,1	8,2	6,5	3,6
9 Polónia	7,3	5,3	4,5	3,5
10 Estónia	10,0	7,8	4,1	3,4
11 Croácia	5,3	4,5	3,5	3,1
12 Portugal	6,2	5,0	4,0	3,0
13 República Checa	4,9	3,4	2,9	2,5
14 Grécia	3,0	2,9	2,8	2,5
15 França	3,1	2,9	2,6	2,4
16 Alemanha	3,8	3,6	2,7	2,2
17 Austria	4,2	3,9	3,2	2,1
18 Espanha	2,9	2,8	2,4	2,0
19 Finlândia	2,9	2,8	2,3	1,9
20 Irlanda	5,7	3,9	2,7	1,8
21 Bélgica	3,0	2,7	2,4	1,7
22 Itália	2,0	1,7	1,7	1,6
23 Luxemburgo	2,6	2,9	1,9	1,5
24 Chipre	3,2	2,2	1,9	1,4
25 Dinamarca	1,6	1,3	1,4	1,1
26 Suécia	1,9	1,7	1,6	1,1
27 Eslovénia	2,8	2,0	1,1	1,1
28 Holanda	1,6	1,5	1,4	1,0

Nota: Ordenado por ordem decrescente tendo como referência o ano 2014
 Fonte: Eurostat, 2018

Figura 5. **Evolução da proporção de nados-vivos, por duração da gravidez, Portugal, 2008-2017**

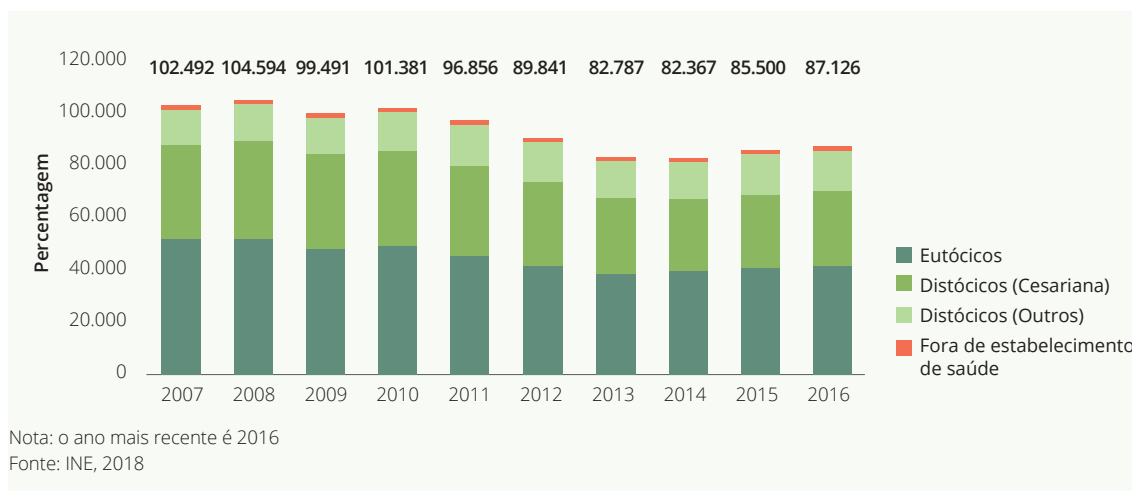
Quanto à evolução da proporção de nados-vivos prematuros, por duração da gravidez, verifica-se uma redução na percentagem de partos entre as 32-36 semanas com tendência para a estabilidade nos últimos anos, havendo também estabilidade na percentagem de nascimentos em idades gestacionais mais baixas (Figura 6).

Figura 6. **Evolução da proporção de nados-vivos prematuros, por duração da gravidez, Portugal, 2008-2017**



De acordo com o Inquérito aos Hospitais, realizado anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2007, a proporção de partos em estabelecimento de saúde correspondia a 98,6% do total. Em 2016, verificou-se uma ligeira redução (98,1%) (Figura 7). Isto significa que em 2016, 1.007 partos ocorreram fora de um estabelecimento de saúde, o que inclui as situações “domicílio” e “outro local”.

Figura 7. **Evolução do número de partos, por local e tipo de parto, Portugal, 2007-2016**



Ainda de acordo com a mesma fonte, no ano 2016, realizaram-se 85.444 partos em estabelecimentos de saúde (sectores público e privado) em Portugal. No mesmo ano os partos por cesariana totalizaram 28.273. A proporção de partos por cesariana tem vindo a apresentar uma redução lenta, mas consistente. Entre 2013 e 2016 baixou de 35,6% para 33,1% (Tabela 5).

A maioria dos partos realizados em estabelecimentos de saúde portugueses ocorre nos hospitais públicos de acesso universal ou hospitais em parcerias público-privadas. Neste universo, a proporção de partos por cesariana encontra-se abaixo de 30% desde 2014, tendo atingido 27,6%, em 2016. Quanto aos partos realizados em hospitais privados, a proporção de partos por cesariana diminuiu ligeiramente entre 2013 e 2015 (de 66,0% para 63,4%) mas voltou a aumentar em 2016 (65,5% dos partos realizados neste sector hospitalar).

Tabela 5. **Evolução do número e proporção dos partos nos hospitais, por tipo de parto e por natureza institucional do hospital, Portugal, 2013-2016**

	Tipo de parto	2013		2014		2015		2016	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Partos (total dos hospitais)	Total	81.559	100,0	81.077	100,0	83.957	100,0	85.444	100,0
	Cesariana	29.000	35,6	27.138	33,5	27.653	32,9	28.273	33,1
Partos nos hospitais públicos de acesso universal e hospitais em parceria público-privada	Total	70.187	100,0	69.201	100,0	71.771	100,0	72.965	100,0
	Cesariana	21.490	30,6	19.457	28,1	19.921	27,8	20.104	27,6
Partos nos hospitais privados	Total	11.372	100,0	11.876	100,0	12.186	100,0	12.479	100,0
	Cesariana	7.510	66,0	7.681	64,7	7.732	63,4	8.169	65,5

Nota: o ano mais recente é 2016

Fonte: INE, 2018

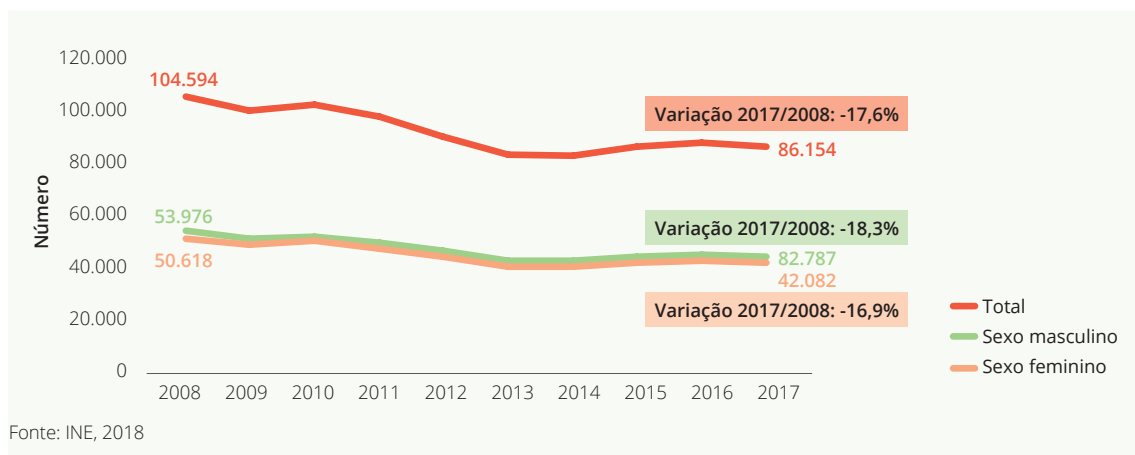
Os valores globais nacionais de partos por cesariana (ainda acima de 30% dos partos) são superiores ao considerado aceitável pela Organização Mundial de Saúde, já que a realização de cesarianas sem necessidade técnica acarreta riscos acrescidos para a mãe e para o feto. De acordo com um documento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)¹ onde se compara a taxa de cesarianas entre diferentes países, Portugal encontra-se entre os países com valores acima de 300 por 1000 nados-vivos. Vários estudos sugerem que as variações entre países e em diversas regiões de um mesmo país não são totalmente explicadas por necessidades clínicas, sendo antes associadas a factores de oferta e de procura. Por exemplo, hospitais privados com fins lucrativos tendem a ter maior taxa de cesarianas do que hospitais públicos (OCDE 2014). As cesarianas clinicamente desnecessárias são motivo de preocupação médica e económica. Vários países, incluindo Portugal, impementaram já políticas para redução do número de cesarianas.

Em 2013, foi criada a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas com o objetivo de implementar várias medidas a nível nacional². Foram produzidos vários documentos técnicos e material informativo para profissionais de saúde e também para a população em geral, assim como uma proposta de modificação do modelo de financiamento para as cesarianas realizadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS).

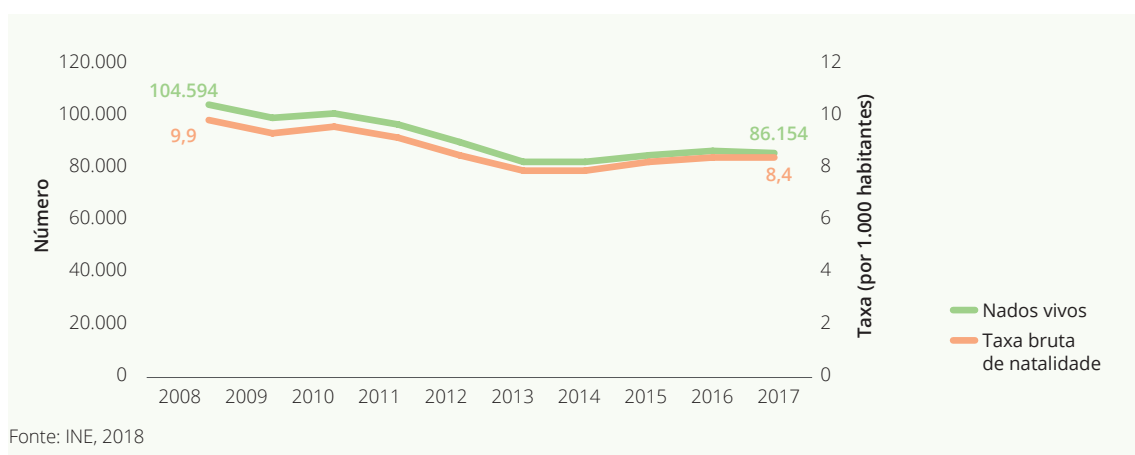
Em 2017 nasceram em Portugal 86.154 crianças. Ao longo dos últimos 10 anos este indicador registou um declínio acentuado, apresentando, no entanto, uma ligeira recuperação a partir de 2014 (82.367 crianças), (Figura 8).

¹ OECD (2014), *Geographic Variations in Health Care: What do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing

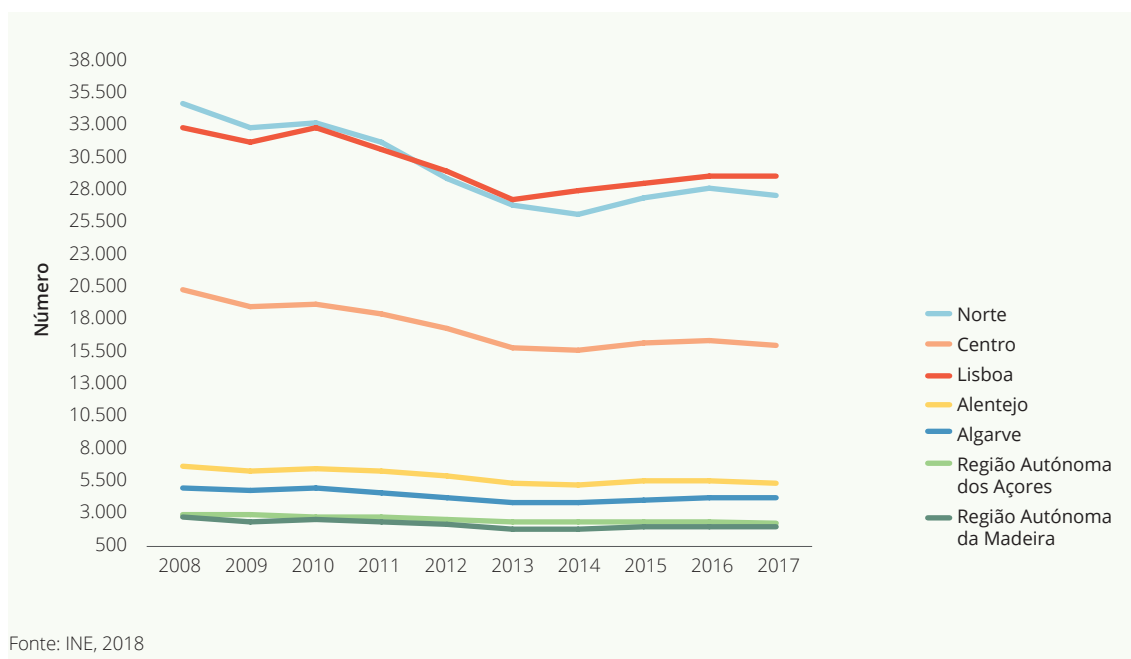
² Conforme Despacho n.º 3482/2013, de 5 de março, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Figura 8. **Evolução do número de nados-vivos, por sexo, Portugal, 2008-2017**

Observou-se uma tendência global de diminuição do número de nados-vivos refletida na taxa bruta de natalidade, que representa o número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período. É habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1.000 habitantes (Figura 9).

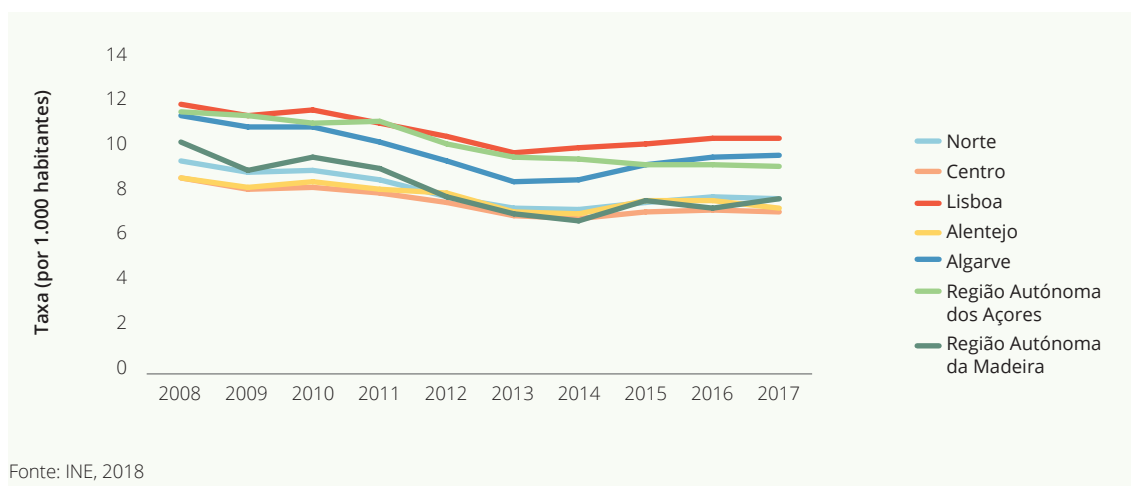
Figura 9. **Evolução do número de nados-vivos, por sexo, Portugal, 2008-2017**

As Regiões de Lisboa e do Norte são aquelas onde nascem atualmente mais crianças. Até 2011, a região com maior número de nados-vivos era a Região Norte. A Região Centro é a terceira região com maior número de nados-vivos (Figura 10).

Figura 10. **Evolução do número de nados-vivos, por local de residência da mãe, 2008-2017**

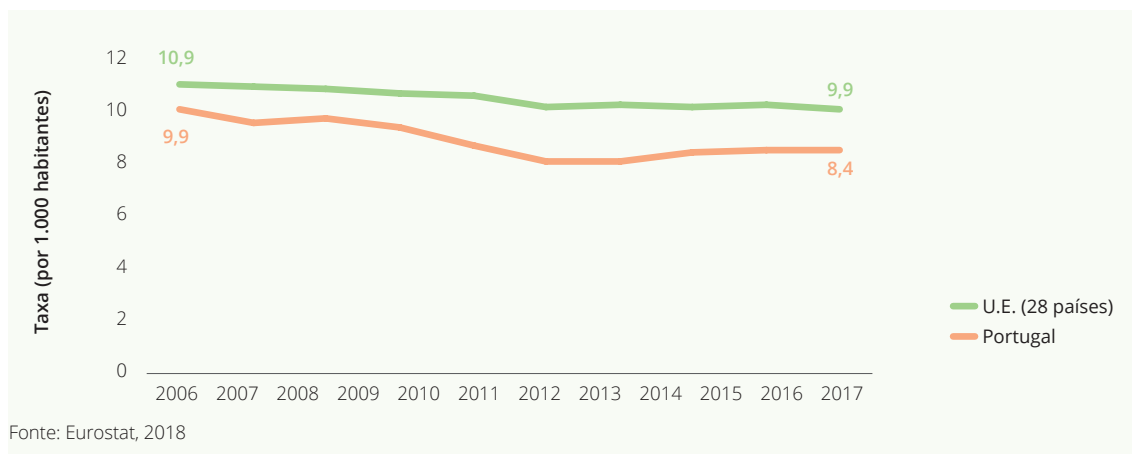
Em todas as regiões, a taxa bruta de natalidade apresentou globalmente decréscimo entre 2008 e 2017 (Figura 11). A Região de Lisboa registou, no período de 2008 a 2017, os valores mais elevados da taxa bruta de natalidade, seguida de muito perto pela Região Autónoma dos Açores que chegou a igualar e superar os valores de Lisboa, em 2009 e 2011. Após 2014 as duas regiões têm vindo a divergir, com redução da taxa nos Açores. A Região do Algarve apresenta uma evolução muito similar e próxima da evolução da Região de Lisboa, apresentando a terceira taxa mais elevada, entre 2008 e 2014, e a segunda maior, em 2016 e 2017.

A taxa bruta de natalidade na Região de Lisboa era, em 2017, a mais elevada a nível nacional (10,3), provavelmente graças à população imigrante, seguida da Região do Algarve (9,6) e da Região Autónoma dos Açores (9,1), apresentando valores que se situavam acima da média nacional (8,4). Por outro lado, a Região Centro registava a menor taxa bruta de natalidade (7,1).

Figura 11. **Evolução da taxa bruta de natalidade, por local de residência da mãe, 2008-2017**

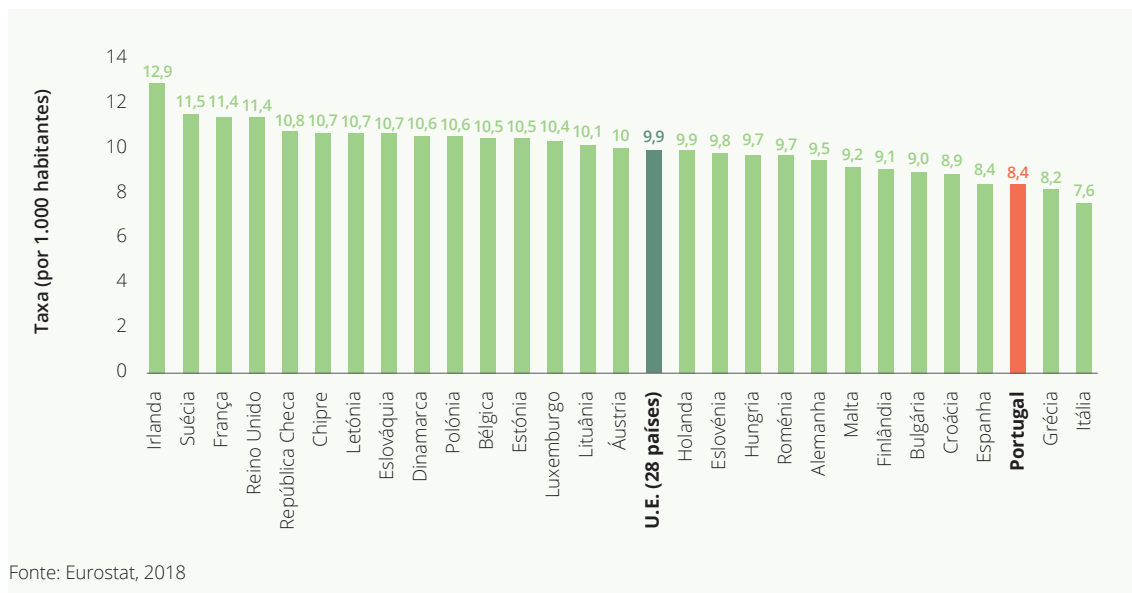
Como resultado imediato de alguns dos indicadores referenciados, a taxa bruta de natalidade tem vindo a diminuir em Portugal e também na maioria dos países europeus (Figura 12).

Figura 12. **Evolução da taxa bruta de natalidade, Portugal e média da União Europeia, 2008-2017**

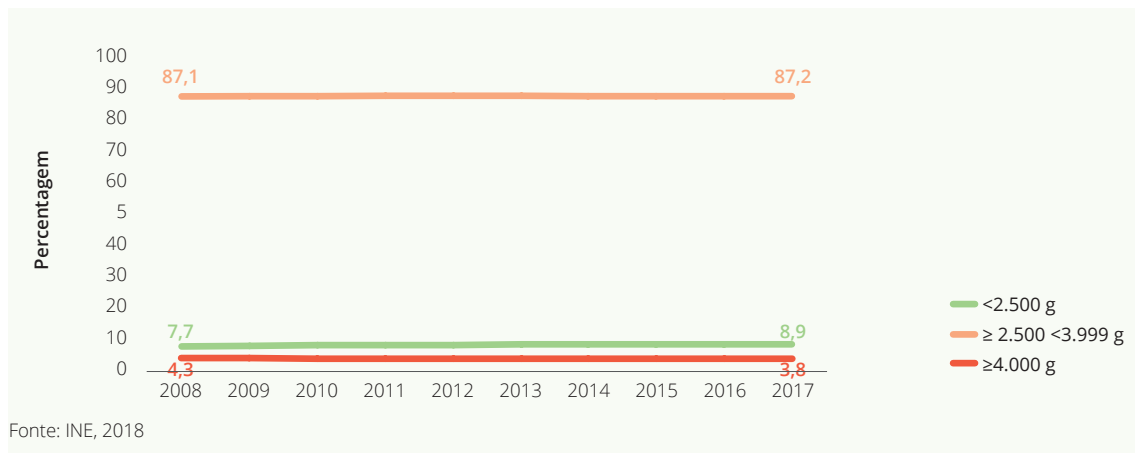


Portugal apresentou, em 2017, uma das taxas mais baixas da UE (8,4), seguindo-se a Grécia e a Itália com o valor mais baixo (7,6). A Irlanda com 12,9 detém o valor mais elevado, sendo o valor médio da UE, 9,9 (Figura 13).

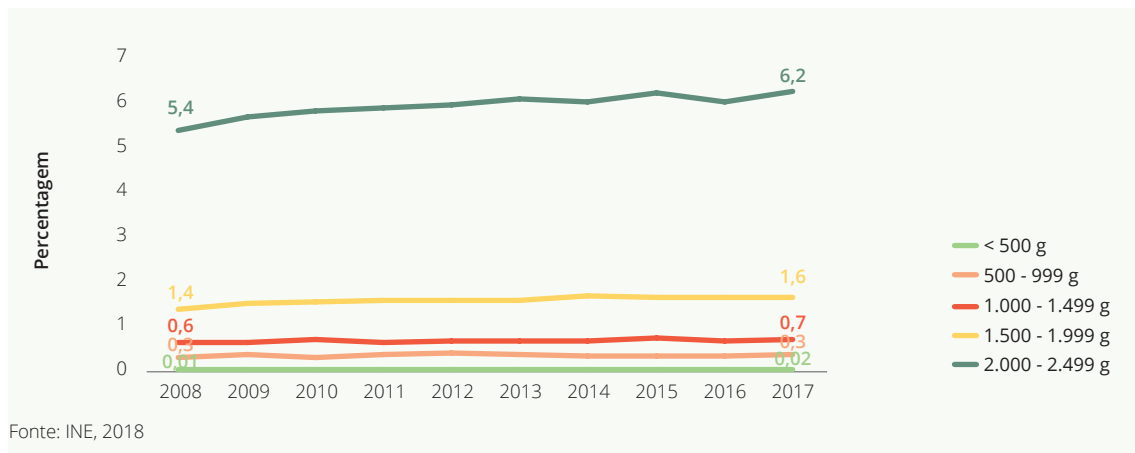
Figura 13. **Comparação da taxa bruta de natalidade entre países da União Europeia, 2017**



Quanto ao peso à nascença, em 2017, a maioria das crianças (87,2%) nasceu com peso entre 2.500 g e 3.999 g; 8,9% nasceu com peso inferior a 2.500 g (baixo peso) e 3,8% nasceu com peso igual ou superior a 4.000 g (Figura 14).

Figura 14. **Evolução da proporção de nados-vivos, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017**

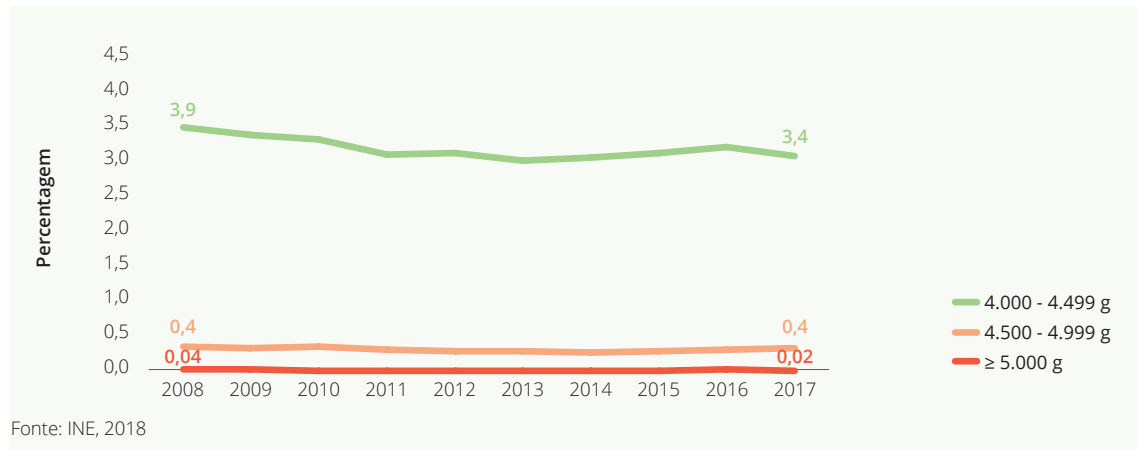
Os 8,9% que nasceram com baixo peso, estão subdivididos na Figura 15, a qual apresenta a evolução da proporção de nados-vivos com peso à nascença inferior a 2.500 g, por escalão de peso.

Figura 15. **Evolução da proporção de nados-vivos com peso à nascença inferior a 2.500 g, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017**

Verifica-se uma tendência lenta mas continuada na redução dos pesos médios mais elevados (Figura 16) e no aumento do escalão mais elevado (2.000-2.499g) dos de baixo peso (Figura 15), o que pode traduzir melhoria no diagnóstico precoce dos desvios de crescimento fetal e acompanhamento mais personalizado dos casos sinalizados.

A Figura 16 ilustra a proporção de nados-vivos com peso à nascença igual ou superior a 4.000 g.

Figura 16. **Evolução da proporção de nados-vivos com peso à nascença igual ou superior a 4.000 g, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017**



Na Tabela 6 reflete-se a evolução do número de nados-vivos para todos os escalões de peso à nascença.

Tabela 6. **Evolução do número de nados-vivos, por escalão de peso à nascença, Portugal, 2008-2017**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
< 500 g	9	11	17	12	14	15	20	11	15	14
500 - 999 g	317	345	285	347	338	287	275	266	296	301
1.000 - 1.499 g	650	619	687	596	587	536	541	610	586	588
1.500 - 1.999 g	1.429	1.505	1.553	1.501	1.394	1.302	1.381	1.409	1.430	1.394
2.000 - 2.499 g	5.603	5.644	5.874	5.679	5.311	5.025	4.946	5.294	5.223	5.370
2.500 - 2.999 g	24.464	23.569	24.178	23.331	21.985	20.366	20.198	20.967	21.069	21.252
3.000 - 3.499 g	44.605	42.456	43.627	41.545	38.404	35.242	35.333	36.275	37.156	36.430
3.500 - 3.999 g	22.030	20.938	20.887	20.044	18.312	16.922	16.565	17.359	17.877	17.477
4.000 - 4.499 g	4.059	3.726	3.724	3.341	3.115	2.762	2.792	2.961	3.102	2.955
4.500 - 4.999 g	424	381	394	336	292	277	253	285	311	315
≥ 5.000 g	39	49	27	22	22	16	17	12	25	19

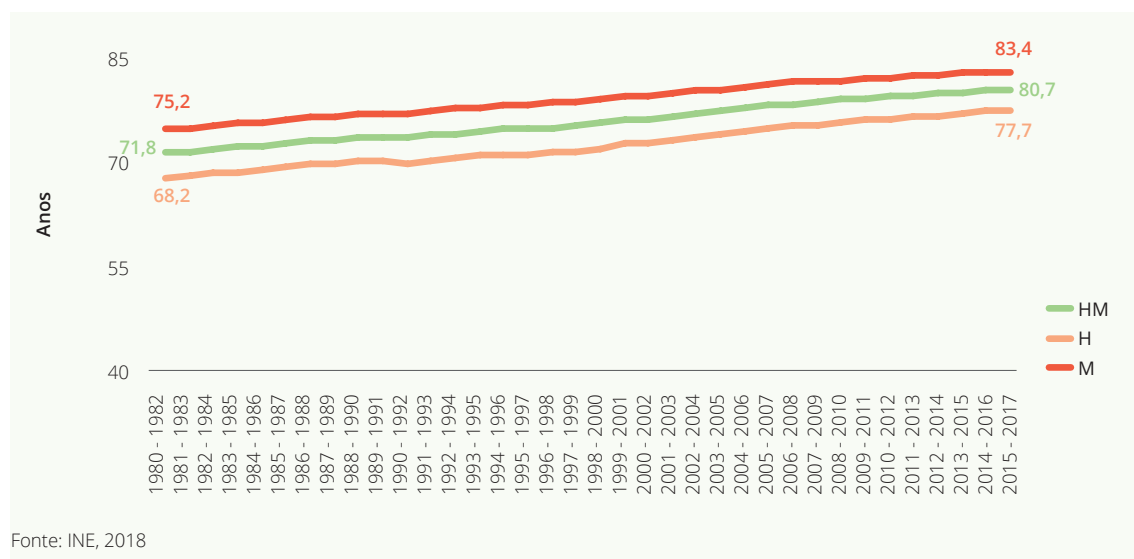
Fonte: INE, 2018

2 Caracterização da esperança de vida à nascença em Portugal e na União Europeia

A esperança média de vida à nascença em Portugal, no triénio 2015-2017 foi de 80,8 anos (77,7 anos para os homens e 83,4 anos para as mulheres), confirmando a tendência de crescimento das últimas décadas (Figura 17).

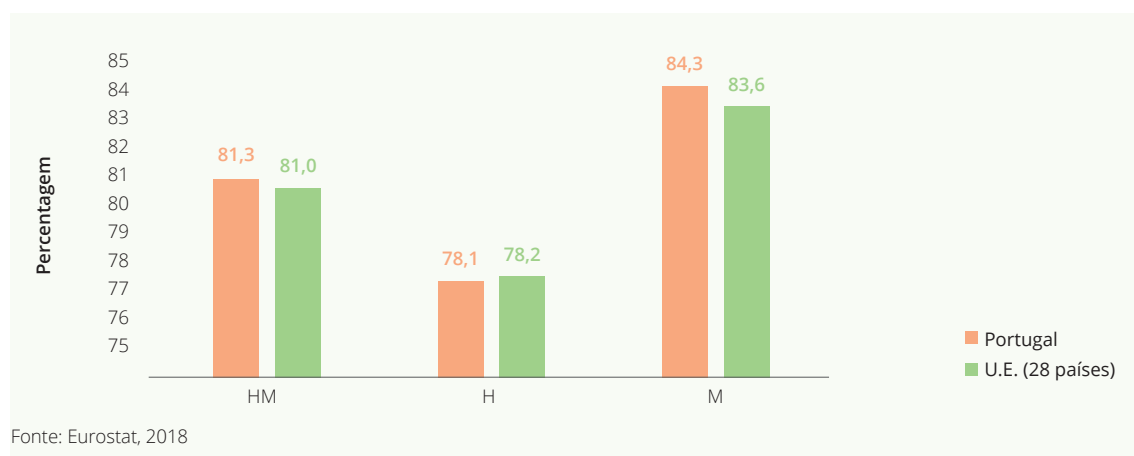
Desde o triénio 2005-2007, tanto para os homens como para as mulheres, verificou-se um aumento gradual da esperança de vida, traduzindo-se num ganho de 2,6 e de 1,8 anos, respetivamente. A diferença entre os sexos tem vindo progressivamente a reduzir-se. No período de 2005-2007 a 2015-2017 passou de 6,5 para 5,7 anos.

Figura 17. **Evolução da esperança de vida à nascença, por sexo e por triénio, Portugal, 1980-1982 a 2015-2017**



A esperança de vida à nascença para os cidadãos europeus nascidos em 2016 foi estimada em 81,0 anos, atingindo 78,2 anos nos homens e 83,6 anos nas mulheres (Figura 18). Os valores estimados pelo *Eurostat* para Portugal mantiveram-se em 2015 e 2016: 81,3 anos para ambos os sexos, 78,1 anos para os homens e 84,3 anos para as mulheres. Este valor representa um dos mais elevados valores da esperança média de vida à nascença das mulheres da UE (7.ª melhor posição).

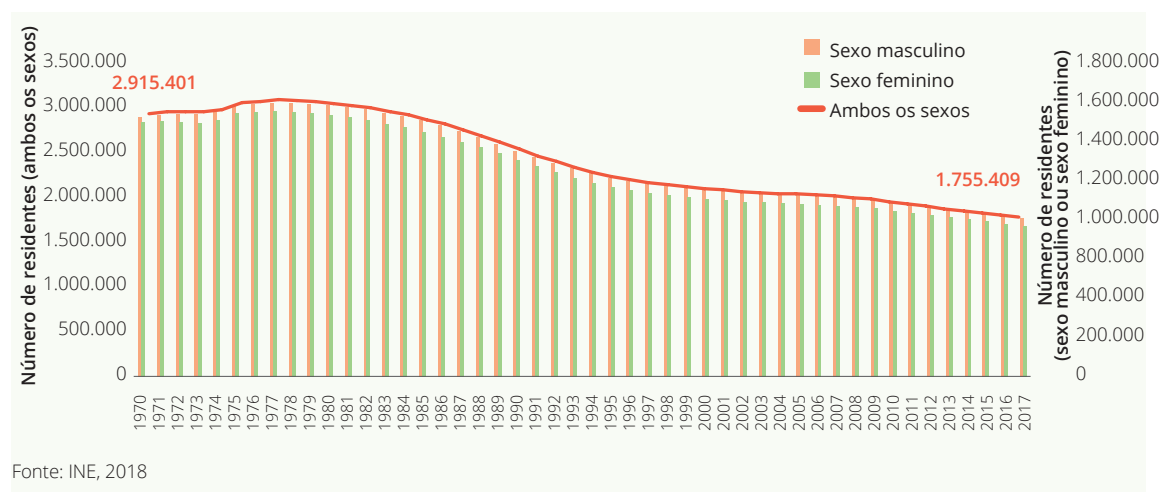
Figura 18. **Comparação da esperança de vida à nascença de Portugal com a média da União Europeia, por sexo, 2016**



3 Caracterização da população infantil residente em Portugal e na União Europeia

A população infantil (idade inferior a 18 anos³) residente em Portugal diminuiu de forma contínua a partir de 1978 até 2017. O ligeiro crescimento observado a partir de 1970 inverteu-se a partir de 1978. Num período aproximado de quatro décadas (1977-2017), o País perde 43% da população infantil, transitando de um total de 3.069.449 indivíduos para 1.755.409 (Figura 19).

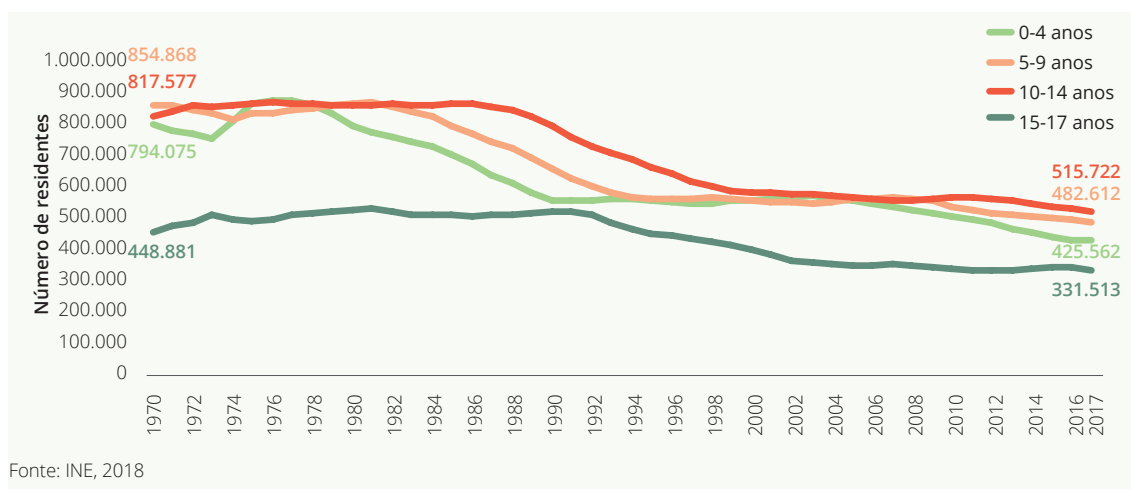
Figura 19. **Evolução da população infantil residente em Portugal, por sexo, 1970-2017**



Quanto à evolução da população infantil, por grupo etário, destaca-se a diminuição progressiva do número de indivíduos em todos os grupos, ainda que diferentemente ao longo do período de observação.

No grupo etário dos 0-4 anos regista-se uma redução de -51% entre 1977-2017, valor que se cifra em -42% no grupo etário 5-9 anos. O grupo etário 10-14 anos, tem a sua maior expressão em 1986 (860.854 indivíduos), iniciando a partir daí um decréscimo acentuado, que só a partir de 2000 regista uma maior estabilidade. O grupo etário 15-17 anos atinge o valor mais elevado em 1981 (524.800 indivíduos), observando-se a partir de 1990, um decréscimo contínuo que apenas revela alguma estabilidade nos últimos anos (Figura 20).

³ Conforme Despacho n.º 9871/2010 de 1 de junho.

Figura 20. **Evolução da população infantil residente em Portugal, por grupo etário 1970-2017**

Nos 28 países da UE a proporção da população residente com idade inferior a 18 anos apresentava um valor médio de cerca de 19% da população europeia, verificando-se uma descida de 0,6 p.p. (pontos percentuais) no período em análise (Tabela 7). A tendência de decréscimo observou-se na maioria dos países europeus (incluindo Portugal), sendo especialmente acentuada em Chipre e Malta, países em que a proporção de população infantil diminuiu, respetivamente, 3,3 p.p. e 3,2 p.p.

Nos países em que se verificou um aumento da proporção da população infantil no período em análise o crescimento foi mais modesto, variando entre 0,2 p.p. e 0,7 p.p. A Irlanda manteve-se, ao longo deste período, como o país europeu com maior proporção de crianças (cerca de 25% da população) apresentado também o crescimento mais elevado de 2008 para 2017.

Em 2017, o país europeu com a menor proporção da população residente com idade inferior a 18 anos foi a Alemanha onde a população infantil representava apenas 16,3% da população residente (Figura 21). Portugal, surge no grupo de 5 países com situação mais desfavorável, grupo que além da Alemanha inclui também Itália, Bulgária e Malta. Os dados mais recentes indicam que as crianças residentes em Portugal constituem 17,3% da população residente.

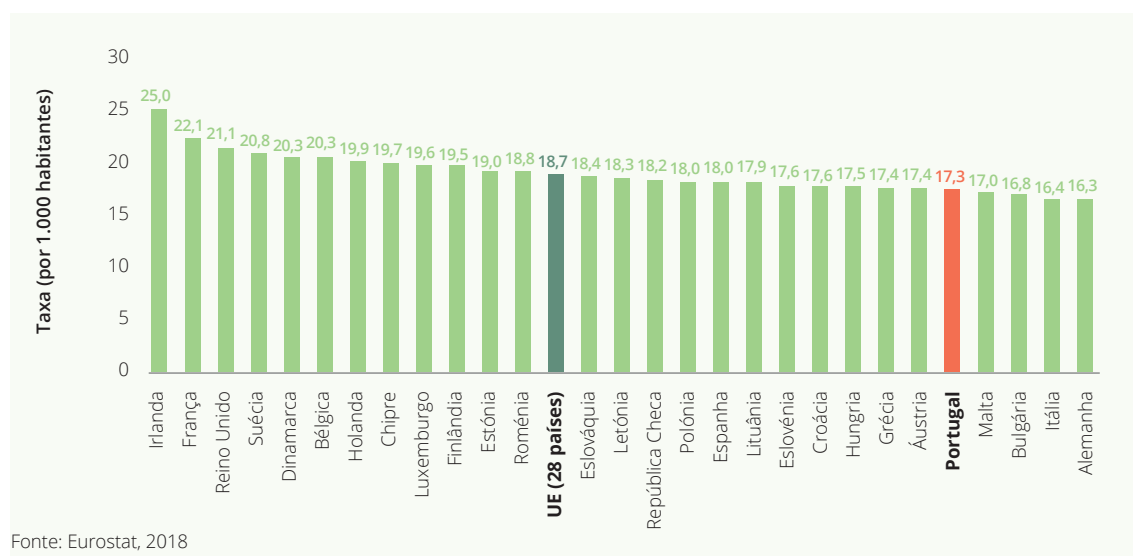
Tabela 7. **Proporção da população residente com idade inferior a 18 anos, por país de residência, União Europeia, 2008 a 2017**

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Irlanda	24,3	24,5	24,7	25,0	25,2	25,3	25,3	25,3	25,1	25,0
França	22,3	22,3	22,2	22,2	22,2 b	22,2	22,2	22,2 b	22,2 p	22,1 p
Reino Unido	21,6	21,5	21,4	21,3	21,2	21,2	21,2	21,2 e	21,1 e	21,1
Suécia	21,0	20,8	20,6	20,4	20,2	20,2	20,2	20,4	20,6	20,8
Dinamarca	22,2	22,1	22,0	21,8	21,5	21,2	20,9	20,7	20,5	20,3
Bélgica	20,6	20,5	20,4	20,4 b	20,4 b	20,4	20,4	20,3	20,3	20,3
Holanda	21,6	21,4	21,2	21,0	20,8	20,6	20,5	20,3	20,1	19,9
Chipre	22,9	22,3	21,8	21,2	20,6	20,2	19,9	20,0	19,9	19,7
Luxemburgo	21,7	21,5	21,4	21,2	20,8 b	20,6	20,4	20,1	19,9	19,6 b
Finlândia	20,7	20,5	20,3	20,2	20,0	19,9	19,8	19,7	19,6	19,5
Estónia	18,8	18,5	18,4	18,4	18,4	18,5	18,5	18,6 b	18,8	19,0
Roménia	20,1	19,1	19,1	19,1	19,1	18,9	18,8 e	18,8 e	18,8	18,8
U.E.	19,3	19,2	19,1 b	19,0 b	18,9 b	18,9	18,8 e	18,8 be	18,7 ep	18,7 bp
Eslováquia	20,1	19,7	19,4	19,1	18,9	18,7	18,6	18,5	18,4	18,4
Letónia	18,3	18,0	17,7	17,4	17,2	17,1	17,3	17,6	17,9	18,3
República Checa	17,9	17,7	17,6	17,6	17,5	17,5	17,6	17,8	18,0	18,2
Polónia	19,6	19,3	19,1 b	18,9	18,6	18,4	18,2	18,1	18,0	18,0
Espanha	17,6	17,7	17,8	17,8	17,9	17,9	18,0	18,0	18,0	18,0
Lituânia	20,1	19,6	19,2	18,8	18,5	18,3	18,1	18,0	17,9	17,9
Eslovénia	17,2 b	17,1	17,0	17,1	17,2	17,3	17,4	17,4	17,5	17,6
Croácia	18,9	18,8	18,7	18,7	18,5	18,4	18,3	18,1	17,8	17,6
Hungria	18,7	18,5	18,2	18,0	18,0 b	17,7	17,6	17,5	17,5	17,5
Grécia	17,9	17,8	17,7	17,6	17,6	17,6	17,6	17,5	17,4	17,4
Áustria	19,0	18,7	18,5	18,2	17,9	17,7	17,5	17,4	17,4	17,4
Portugal	18,9	18,7	18,5	18,2	18,0	17,9	17,8	17,6	17,4	17,3
Malta	20,2	19,7	19,1	18,7	18,4	18,0	17,8	17,5	17,3	17,0
Bulgária	16,6	16,4	16,2	16,1	16,1	16,2	16,3	16,4	16,6	16,8
Itália	17,1	17,0	17,0	16,9	16,8	16,8	16,7	16,6	16,5	16,4
Alemanha	17,0	16,7	16,5	16,5 b	16,4	16,3	16,2	16,1	16,2	16,3

Nota: ordenado por ordem decrescente tendo como referência o ano 2017

b= quebra de série e=estimado p=provisório

Fonte: Eurostat, 2018

Figura 21. **Comparação da proporção da população residente com idade inferior a 18 anos (%), por país de residência, União Europeia, 2017**

Fonte: Eurostat, 2018

4 Determinantes

4.1. Aleitamento materno

A evidência científica mostra que uma intervenção precoce adequada (os primeiros mil dias: da concepção aos dois anos de idade) incluindo alimentação, protecção, apoio afectivo, estimulação sensorial, tem um impacto profundo e duradouro na capacidade de crescer, aprender e prosperar com efeitos na saúde e riqueza da sociedade.

A DGS, através do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e dos sistemas de informação/instrumentos que o apoiam, tem em curso um conjunto de medidas que visam melhorar o sistema de recolha, monitorização e avaliação de dados acerca do aleitamento materno com o objetivo de melhorar as práticas da alimentação do lactente e da criança pequena.

Paralelamente, foram criadas as condições para o desenvolvimento de uma Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena⁴ que enquadre a política nacional nesta matéria em alinhamento com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável.

Importa, assim, definir uma estratégia/política de alimentação do Lactente e da Criança Pequena (até aos 1000 dias de vida, incluindo o tempo de gravidez e parto), em articulação com todos os programas nacionais de saúde e orientações relacionadas com a alimentação infantil, garantindo a vigilância do cumprimento do Código Internacional de Substitutos do Leite Materno.

Os dados apresentados de seguida foram recolhidos no último Inquérito Nacional de Saúde (INS), de 2014, que incluiu Portugal Continental e as Regiões Autónomas.

Este inquérito reporta dados sobre amamentação (item “Amamentou em exclusivo o seu bebé (apenas leite materno)?”). Aos 3 meses, 55,9% de mulheres amamentava em exclusivo, sendo 60,6% residente em Portugal Continental. A percentagem de mulheres respondentes que amamentaram em exclusivo pelo menos até aos 4 meses foi de 48,5% em todo o território, sendo 53% em Portugal Continental, onde até aos 6 meses foi de 32,3%, sendo 30,3% a nível nacional (Tabela 8).

Nas idades estudadas apurou-se uma tendência favorável ao aumento de mulheres que amamentam em exclusivo, mais marcada no território continental, evolução estatisticamente significativa, quando comparada com dados de relatórios de INS anteriores. Entre o INS de 1995/1996 e o último (2014), verificou-se uma evolução, de 20,6% para 32,3% na amamentação exclusiva aos 6 meses.

⁴ Despacho 4411/2018 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, de 4 de maio

Tabela 8. **Prevalência do aleitamento materno aos 3, aos 4 e aos 6 meses de idade em Portugal, de acordo com o INS 2014**

Aleitamento Materno Exclusivo	Portugal	Portugal Continental
3 meses	55,9%	60,6%
4 meses	48,5%	53,0%
6 meses	30,3%	32,3%

Fonte: INE/INSA, 2014

Em dados da Notícia de Nascimento digital (instrumento de registo do PNSIJ) no SNS, ainda não publicados (um período de 3 meses em 2017), verificou-se que até à data da alta 79,1% dos recém-nascidos tiveram aleitamento materno exclusivo (Tabela 9). Dos recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo à data da alta constatou-se uma diminuição de 45% desde a alta da maternidade até aos 6 meses de vida.

Tabela 9. **Registo do tipo de aleitamento até à alta hospitalar, no SNS, numa amostra de 3 meses em 2017²**

Tipo de aleitamento	Percentagem
Aleitamento Materno Exclusivo	79,1%
Aleitamento Misto	18,2%
Aleitamento Artificial	2,7%
Total de registos	100,0%

Fonte: Notícia de Nascimento (NN) digital (dados não publicados)

Estes dados preliminares evidenciam a necessidade de investir na elaboração de uma estratégia que permita a promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno exclusivo continuado de todos os lactentes incluindo os mais vulneráveis.

4.2. Vacinação

A imunização inicia-se durante a vida intrauterina uma vez que os anticorpos da vacinação da mãe³ protegem os filhos contra o tétano neonatal, contra a rubéola congénita e contra a tosse convulsa, doenças devastadoras, bem como contra o sarampo durante os primeiros meses de vida.

A vacinação de grávidas contra a tosse convulsa com vacinas acelulares iniciou-se em 2017 para, por transferência transplacentária de anticorpos, evitar doença grave nos filhos nas primeiras semanas de vida, estimando-se que 75% das grávidas tenham sido vacinadas.

Ainda na maternidade as crianças são vacinadas com a primeira dose da vacina contra a hepatite B, uma das causas de hepatoma, e nesse sentido a vacina reduz também a incidência de cancro do fígado.

Aos 2 meses de idade a vacinação continua iniciando-se a proteção contra a poliomielite (a doença do medo e das sequelas para toda a vida, eliminada em Portugal desde 1986), e também contra a difteria, igualmente eliminada, o tétano, a tosse convulsa e outras infeções/doenças.

Graças à vacinação as “meningites” quase que desapareceram. Eram doenças frequentes, graves e mesmo letais durante a infância.

² Dados não publicados, da banda de dados da Notícia de Nascimento digital, no SNS, entre abril e junho de 2017

³ Antes da era vacinal as mães que tinham contraído as doenças também transmitiam anticorpos aos seus filhos (à exceção do tétano).

A vacinação generalizada integra-se no Programa Nacional de Vacinação (PNV), que é universal, gratuito, acessível para todos os cidadãos, sendo considerado o programa de saúde mais custo-efetivo.

A vacinação permitiu a erradicação da varíola, a eliminação no País da poliomielite, da difteria, do tétano neonatal, do sarampo, da rubéola e da rubéola congénita e o controlo de outras doenças, existindo elevadas expectativas quanto à redução da incidência de doença invasiva pneumocócica e de cancro do colo do útero e de outros cancros causados por Vírus do Papiloma Humano (HPV).

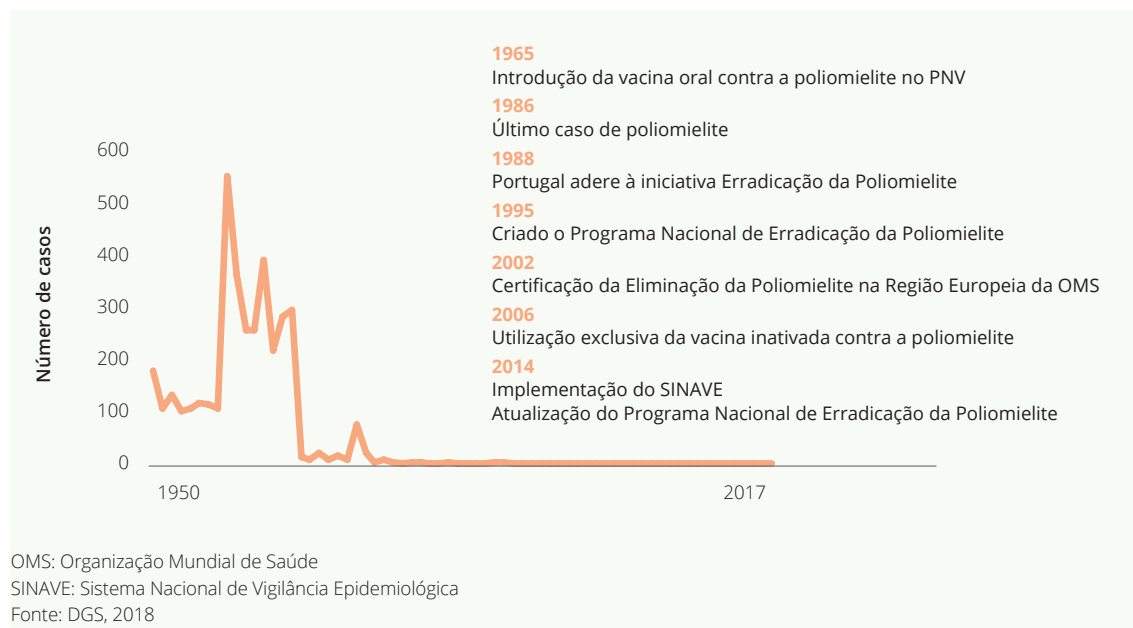
O PNV está em permanente revisão e atualização adaptando-se às necessidades de saúde da população e é sem dúvida um dos fatores determinantes para um crescimento saudável.

As vacinas são para a vida, acompanham o nosso percurso, evitam sofrimento e morte.

O PNV português teve início a 4 de outubro de 1965, com uma campanha de vacinação contra a polio, abrangendo crianças até aos nove anos de idade. Esta estratégia conduziu à queda acentuada da incidência da doença no espaço de um ano (Figura 22).

Desde então a polio está controlada e eliminada no país (último caso em 1986) e na Europa (junho de 2002). A exceção foi a emergência de um surto no início da década de 70 numa localidade com baixas coberturas vacinais.

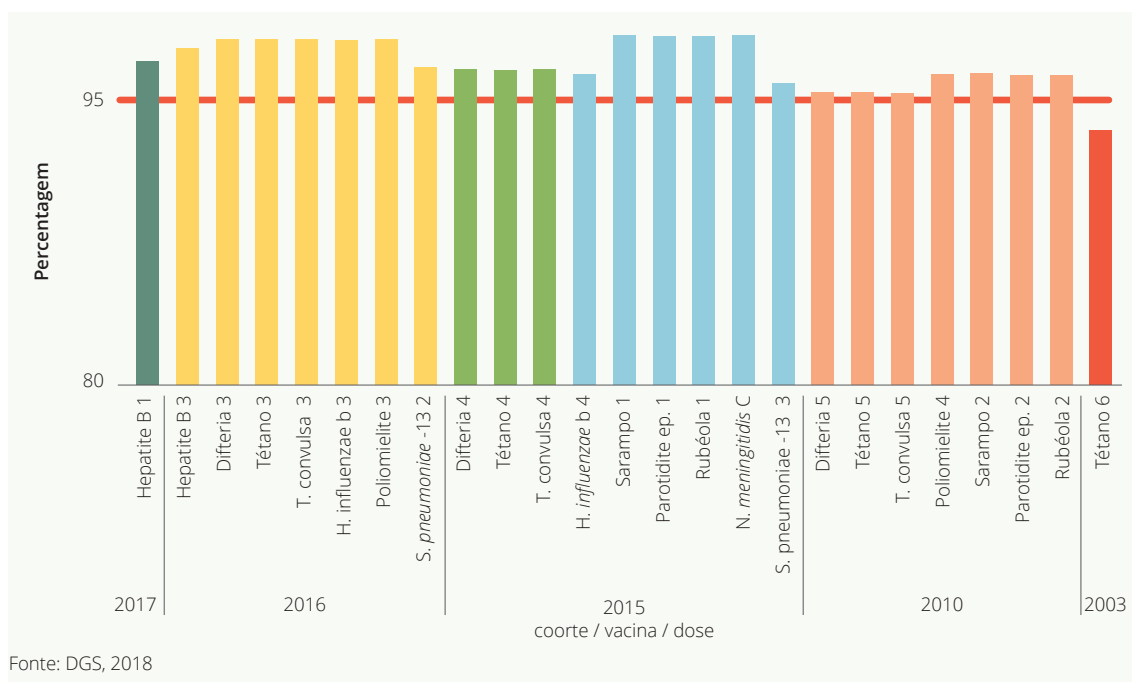
Figura 22. **Número de casos de poliomielite aguda por ano, Portugal, 1950-2017**



Estima-se que cerca de 75% de grávidas tenham sido vacinadas, no âmbito do PNV, com a vacina Tdpa (vacina contra a tosse convulsa) em 2017.

Como se verifica na Figura 23, foi atingido o objetivo de 95% de vacinação para todas as vacinas avaliadas até aos 7 anos de idade. No entanto verificam-se assimetrias regionais e locais que têm sido atenuadas através de campanhas de vacinação coordenadas pela Unidade de Saúde Pública dos respetivos Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), em articulação com os Departamentos de Saúde Pública. A vacinação é descentralizada e efetuada em centenas de pontos de vacinação.

Figura 23. **PNV esquema recomendado. Cobertura vacinal por coorte, vacina e dose. Avaliação 2017, Portugal Continental**



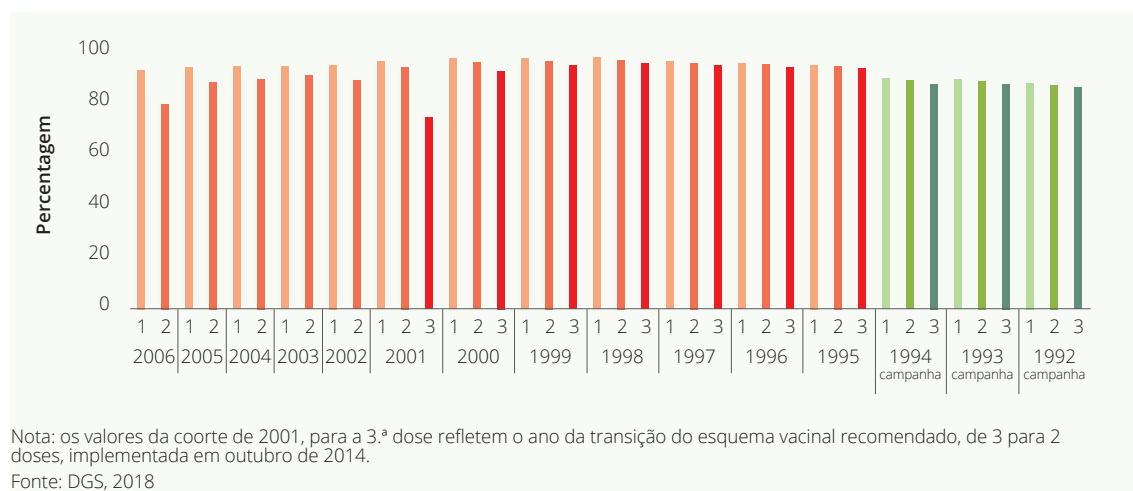
A cobertura vacinal para a primeira dose da vacina contra o sarampo, avaliada aos 2 anos de idade, foi de 98% (coorte de 2015) (Figura 24). As coberturas são mais elevadas do que as verificadas no ano anterior. No entanto, observam-se algumas assimetrias locais, estando em curso campanhas de repescagem para alcançar as metas propostas. Estão cumpridos os objetivos nacionais e internacionais do Programa de Eliminação do Sarampo.

Figura 24. **Vacina contra o sarampo, 2.ª dose. Cobertura vacinal por coorte. Avaliação 2017, Portugal Continental**



Assinalam-se os resultados excecionais (a nível mundial) de uma década de vacinação contra infeções por HPV, com cerca de 750.000 adolescentes corretamente vacinadas e com elevadas coberturas vacinais, cerca de 85% (Figura 25). Estes valores tiveram impacto na redução da incidência de condilomas genitais em ambos os sexos e a médio/longo prazo terão impacto na redução da incidência de cancro do colo do útero e de outros cancros causados por HPV, incluindo na população masculina.

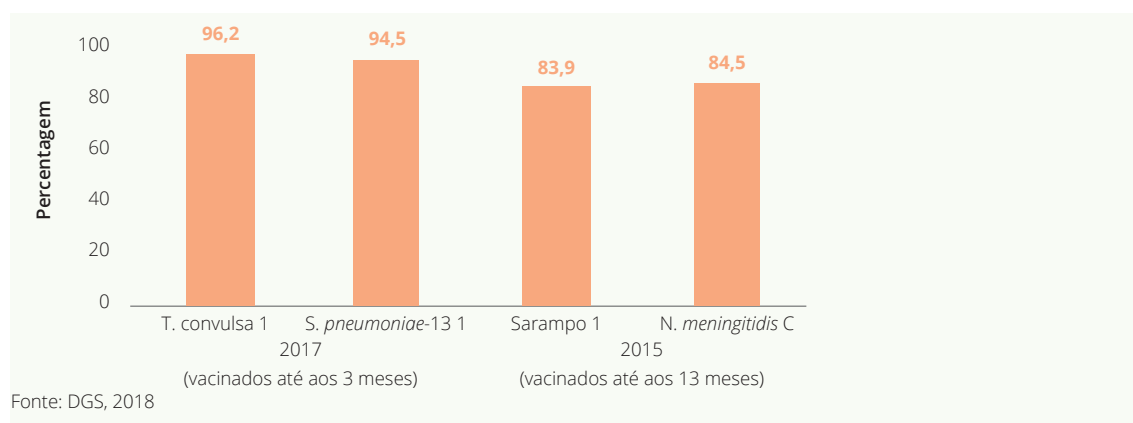
Figura 25. **Cobertura vacinal contra infeções por HPV por coorte de nascimento, nas jovens nascidas entre 1992 e 2002, Portugal, 2008 a 2017**



Quando se avalia o PNV tendo em atenção o cumprimento do esquema recomendado com uma margem de tolerância de apenas um mês em relação à idade ideal, verificou-se que aos 3 meses de idade cerca de 95% das crianças já tinham cumprido o esquema recomendado para as vacinas em estudo (1ª dose da vacina contra *S. pneumoniae*13 e da vacina contra tosse convulsa).

No entanto, aos 13 meses de idade observou-se que a cobertura na idade recomendada é mais baixa com valores de cerca de 85% para as vacinas em análise – contra o Sarampo e contra a *N. meningitidis* C (Figura 26). Estes resultados revelam uma melhoria em relação ao ano de 2016.

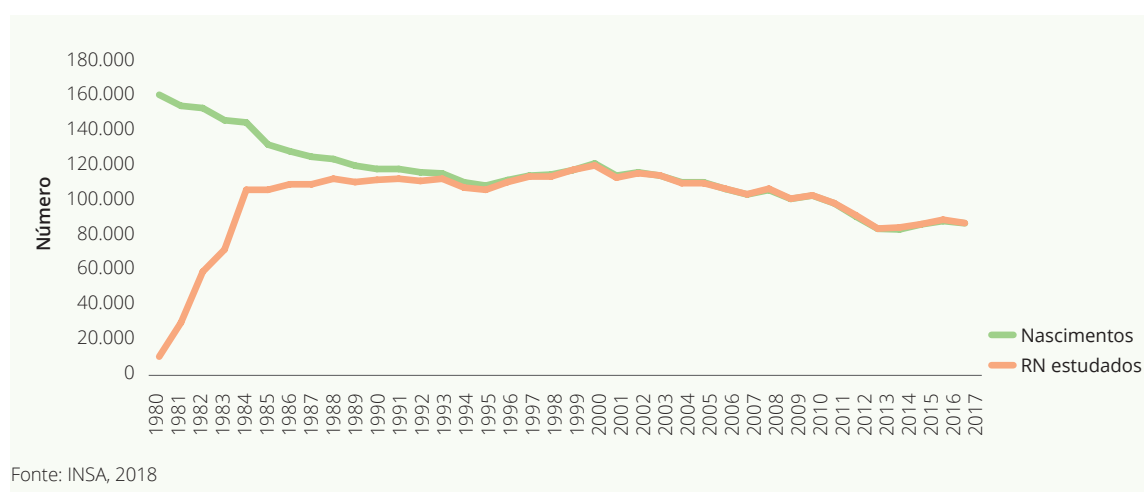
Figura 26. **Vacinação atempada, para as vacinas contra a tosse convulsa e contra *S. pneumoniae*13 aos 3 meses de idade. Vacinação atempada para as vacinas contra o sarampo e contra *N. meningitidis* C aos 13 meses de idade. Avaliação 2017, Portugal Continental**



4.3. Diagnóstico precoce

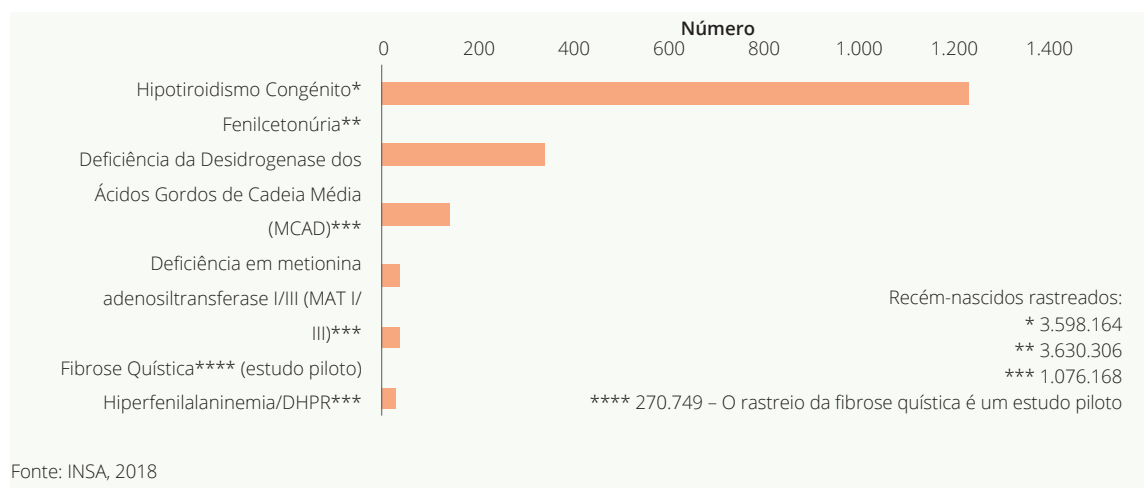
A implementação do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) em Portugal, conhecido como “teste do pezinho”, teve e tem um papel fundamental na deteção e no tratamento de patologias potencialmente fatais ou com elevada morbilidade nos recém-nascidos. O sucesso deste programa advém não só das elevadas taxas de adesão (desde 1993 com coberturas superiores a 99%, conforme Figura 27), mas principalmente do número de casos identificados e passíveis de tratamento. Desde a sua implementação em 1979 e até 2016 foi possível diagnosticar 1.972 casos de doença.

Figura 27. **Evolução do número de nascimentos e de recém-nascidos estudados desde o início do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, Portugal, 1980-2016**



O número de recém-nascidos rastreados para cada um dos grupos das patologias que integram o painel do PNDP é diferente, uma vez que o rastreio da Fenilcetonúria foi iniciado em 1979, o do Hipotiroidismo Congénito em 1981 e para as restantes patologias só a partir de 2004. Na Figura 28 apresenta-se o número de casos positivos no rastreio neonatal das seis patologias com maior número de casos identificados, destacando-se o Hipotiroidismo Congénito (1.224 casos) e a Fenilcetonúria (341 casos).

Figura 28. **Número de casos de doenças integradas no PNDP identificadas no rastreio neonatal, Portugal, 1980-2016**



Este programa permitiu não só a identificação das patologias, mas também uma rápida instituição de terapêutica. Em 2016, o período entre o nascimento e a instituição da terapêutica foi, em média, de 9,8 dias.

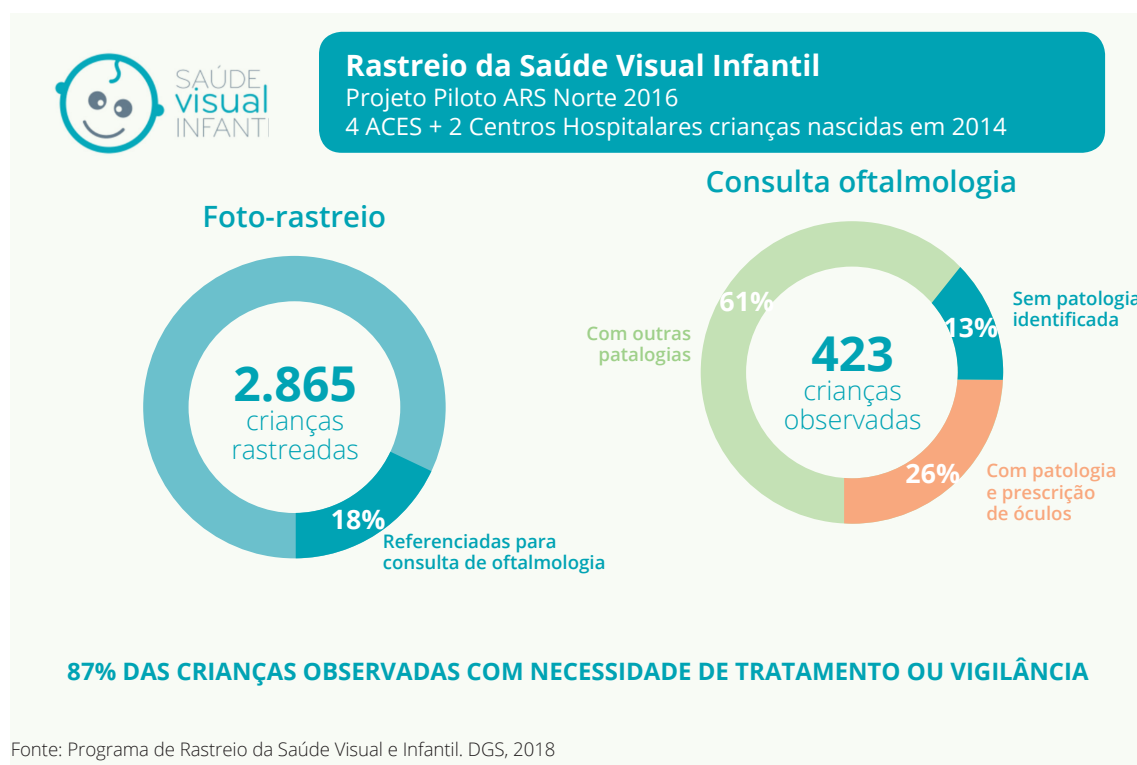
4.4. Visão

Em Portugal, estima-se que as alterações da visão afetem cerca de metade da população e que cerca de 20% das crianças e 50% dos adultos sofram de erros refrativos significativos.

A retinopatia diabética e a ambliopia nas crianças são duas situações passíveis de prevenção e deteção precoce, bem como de tratamento oftalmológico e recuperação.

Em 2016 foi realizado um “Programa de Rastreio da Saúde Visual Infantil” para deteção de ambliopia em crianças aos dois anos de idade (nascidos em 2014) concretizado através de um projeto-piloto que decorreu em quatro ACES e dois Centros Hospitalares da ARS Norte. Num total de 2.865 crianças rastreadas, o teste foi positivo em 18% dos casos, sendo estas crianças referenciadas para consulta hospitalar de oftalmologia. Das 423 crianças com registo de observação na consulta hospitalar, 55 (13%) não apresentavam patologia. As restantes 368 (87%) tinham necessidade de tratamento ou de vigilância, tendo sido prescrito uso de óculos a 110 crianças (26% das crianças observadas) (Figura 29).

Figura 29. **Rastreio da saúde visual infantil, ARS Norte (projeto piloto), 2016**

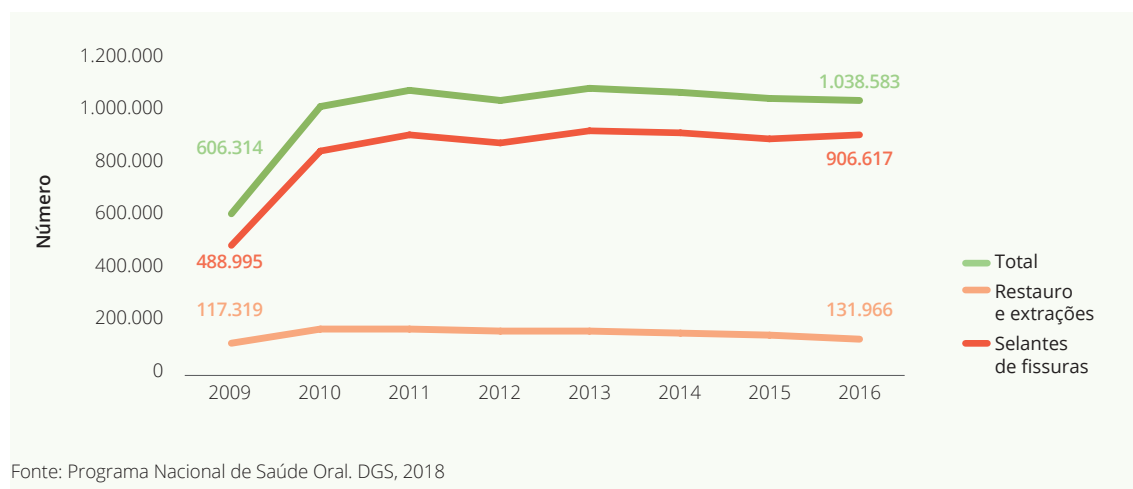


No ano 2017, o rastreio foi alargado na ARS Norte a oito ACES e a quatro instituições hospitalares e em 2018 foi alargado à totalidade da ARS Norte e em piloto a todas as restantes ARS.

4.5. Saúde oral

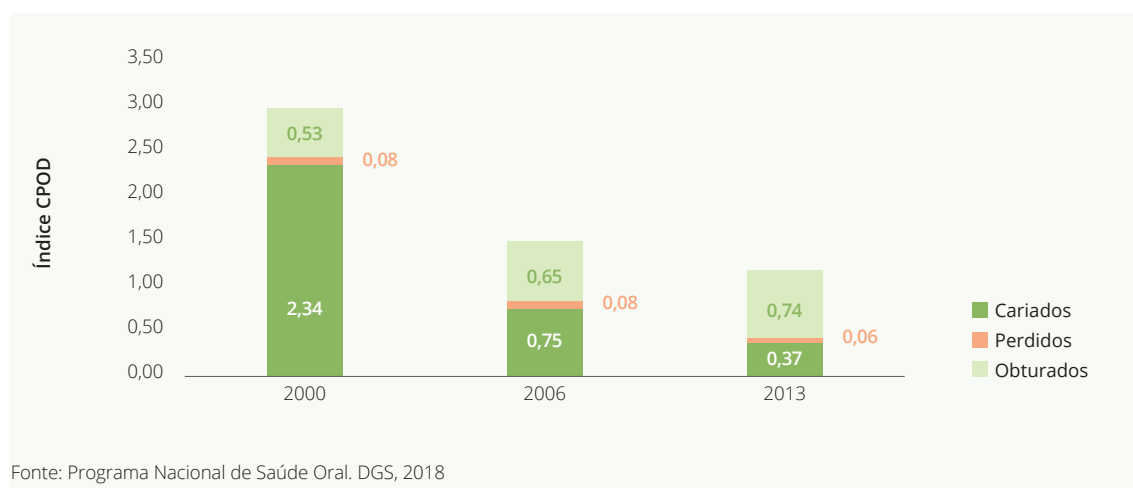
O número global de tratamentos aplicados a crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos, por tipo de tratamento, ao longo do período 2009-2016 manteve-se constante a partir de 2010, sendo de sublinhar um decréscimo contínuo no número de “restauros e extrações” (Figura 30).

Figura 30. **Evolução do número de tratamentos aplicados a crianças e jovens com 7, 10 e 13 anos, por tipo de tratamento, Portugal Continental, 2009-2016**



É igualmente de sublinhar a evolução favorável do índice Dentes Permanentes, Cariados, Perdidos e Obturados (CPOD) aos 12 anos de idade, no período 2000-2013 (figura 31). Estes dados sugerem melhoria nas medidas preventivas precoces em saúde oral.

Figura 31. **Evolução do índice CPOD aos 12 anos de idade, Portugal, 2000-2013**



4.6. Comportamentos da população infantil e juvenil

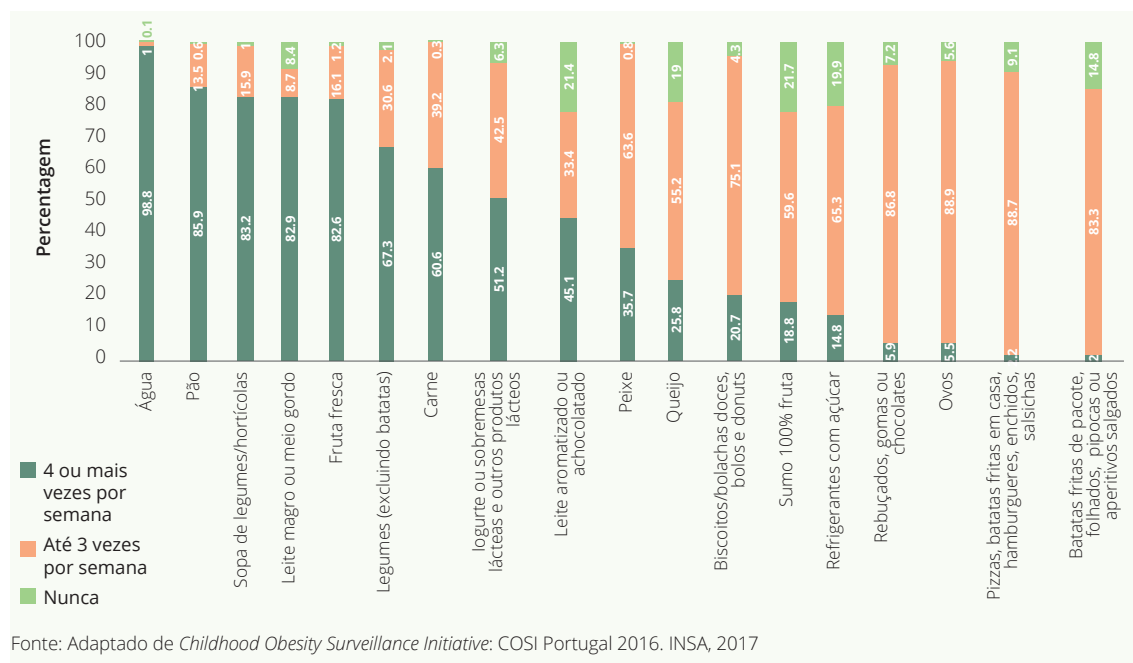
Diversos instrumentos de recolha de dados têm vindo a ser utilizados em Portugal para estudar os comportamentos de saúde da população infantil e juvenil, nomeadamente o *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI), o *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC), o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF) e os diversos estudos do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Os objetivos e aspetos metodológicos mais relevantes dos estudos referidos neste capítulo são apresentados no Anexo 1.

4.6.1. Hábitos alimentares

A informação relativa à frequência alimentar das crianças incluídas no estudo COSI Portugal 2016 (com idade entre os 6 e os 8 anos) foi recolhida através de um questionário dirigido aos pais. Sendo uma informação reportada a *posteriori*, a interpretação dos respetivos dados requer algum cuidado, já que a metodologia utilizada permite identificar o número de vezes que um determinado alimento é consumido numa semana, mas não a quantidade total ingerida.

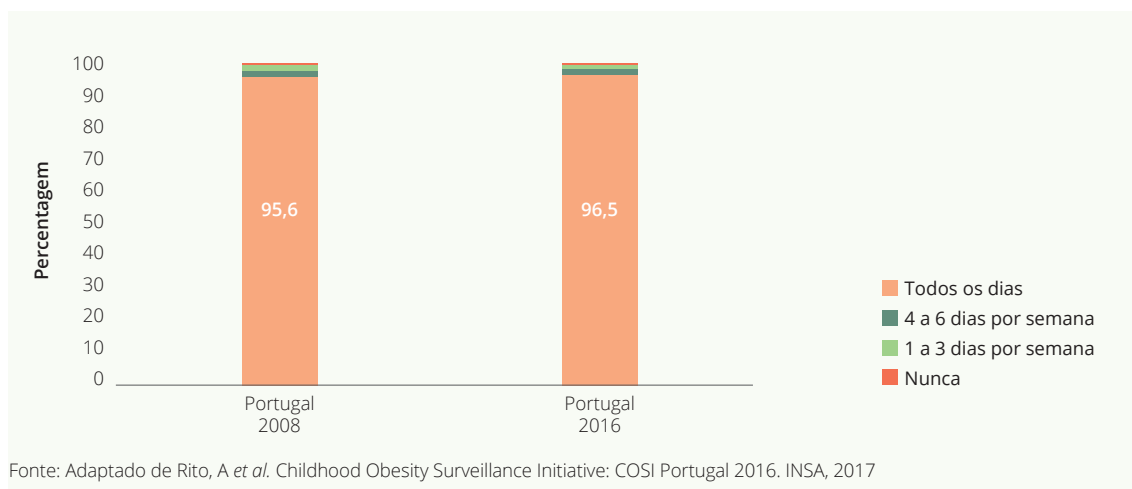
O consumo de alimentos e bebidas entre as crianças em Portugal é muito variado. Relativamente aos hábitos alimentares das crianças, reportados pelas famílias em 2016, a sopa de legumes e a fruta fresca foram consumidas quatro ou mais vezes por semana por 83,2% e 82,6% das crianças, respetivamente. Estes resultados estão em concordância com uma alimentação saudável e mediterrânica. Todavia, os alimentos processados e com excesso de açúcares, como pizzas, folhados, pipocas, tinham consumos elevados, de 3 vezes por semana, em cerca de 80% das crianças (Figura 32).

Figura 32. **Frequência de consumo de alimentos e bebidas das crianças (6-8 anos), Portugal, 2016**



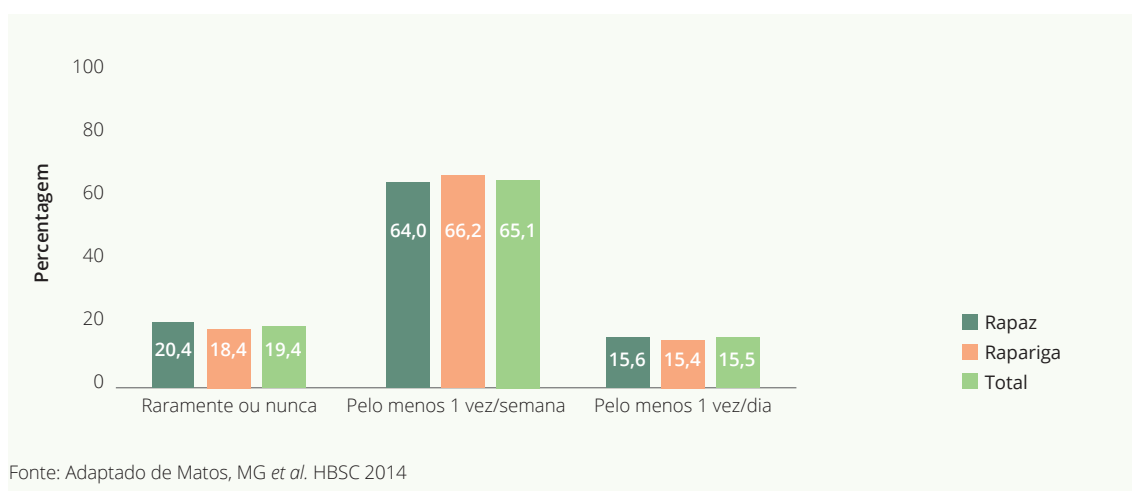
Resultados do mesmo estudo indicam que 96,5% das crianças entre os 6 e os 8 anos tomaram diariamente o pequeno-almoço, valores semelhantes aos de 2008 (Figura 33).

Figura 33. **Comparação da frequência da toma do pequeno almoço de crianças (6-8 anos), Portugal, 2008 e 2016**



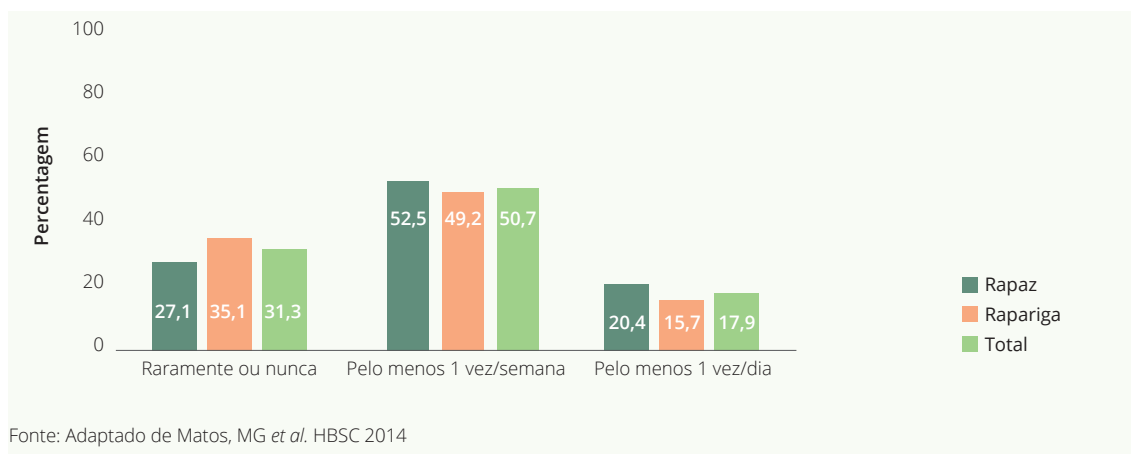
Em 2014, de acordo com o estudo HBSC mais recente, 65,1% dos adolescentes (6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade), residentes em Portugal Continental, reportaram consumir doces pelo menos uma vez por semana, não havendo diferenças entre os sexos (Figura 34).

Figura 34. **Consumo de doces nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo, Portugal Continental, 2014**



Relativamente ao consumo de refrigerantes, 50,7% dos adolescentes reportaram consumir este tipo de bebida pelo menos uma vez por semana e cerca de 18% reportaram consumo diário (Figura 35).

Figura 35. **Consumo de refrigerantes nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo, Portugal Continental, 2014**

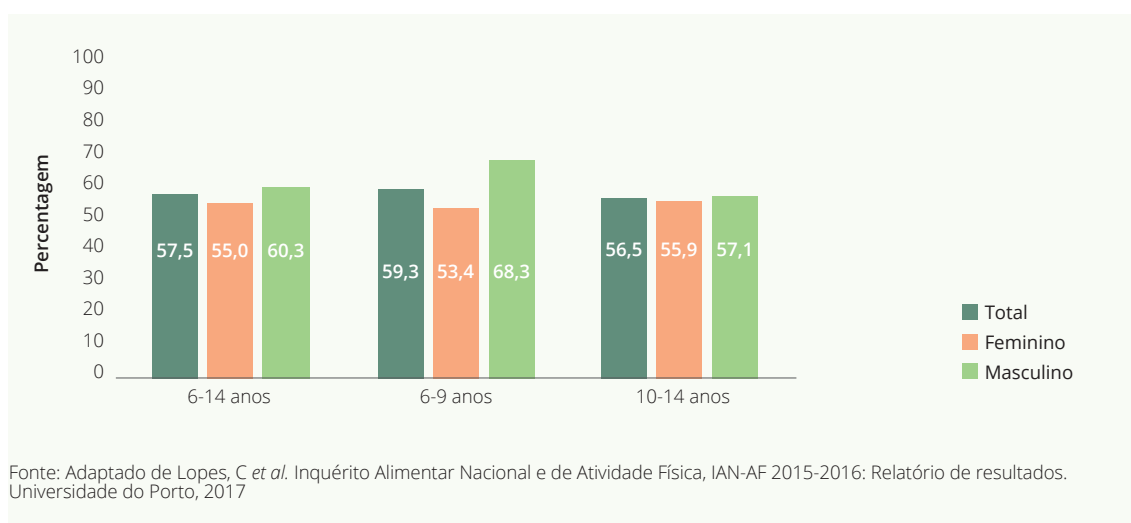


4.6.2. Atividade física

Os resultados do IAN-AF 2015-2016 indicam que a prevalência da população entre os 6 e os 14 anos que cumpre as recomendações de 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa ($\geq 3\text{METS}^5$) (obtida através do diário de atividade física) é de 57,5%. Esta prevalência é superior a 50% qualquer que seja o sexo ou grupo etário analisados (Figura 36).

Embora as diferenças entre sexos não sejam estatisticamente significativas para o conjunto da população em análise (6-14 anos), os rapazes apresentam frequências de cumprimento dos 60 minutos de atividade física moderada a vigorosa mais elevadas, em ambos os grupos etários (6-9 anos e 10-14 anos), sendo estatisticamente significativas no grupo dos 6 aos 9 anos (sexo feminino: 53,4%; sexo masculino: 68,3%).

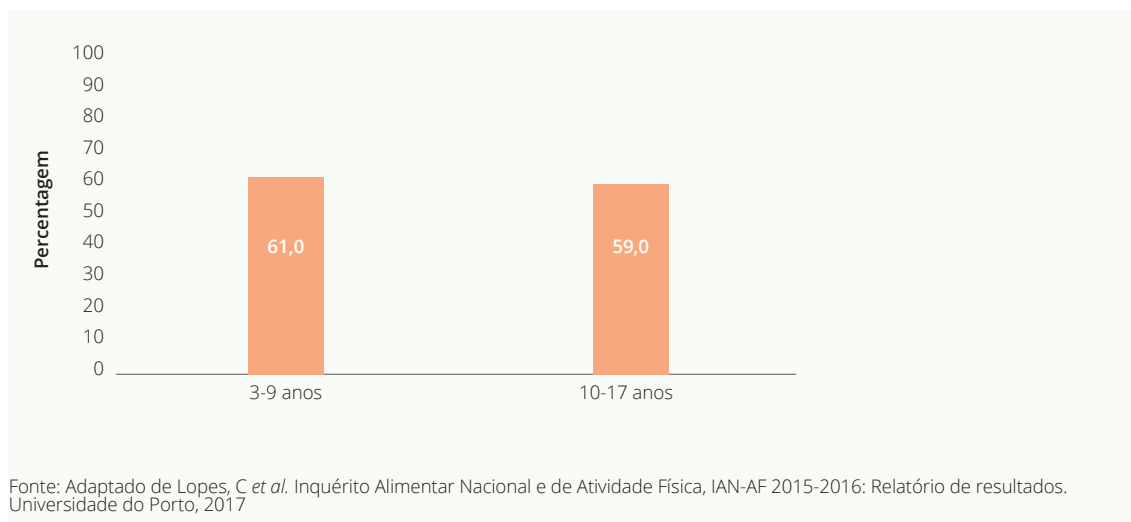
Figura 36. **Prevalência de prática de atividade física moderada a vigorosa ($\geq 3\text{METS}$) por pelo menos 60 min por dia, por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



⁵ Ver Glossário

O IAN-AF inclui uma questão sobre a prática de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, com carácter 'regular' (incluindo o caminhar por lazer). A prevalência mais elevada foi reportada para o grupo etário dos 3 aos 9 anos (61,0%), seguindo-se o grupo etário dos 10 aos 17 anos (59,0%) (Figura 37).

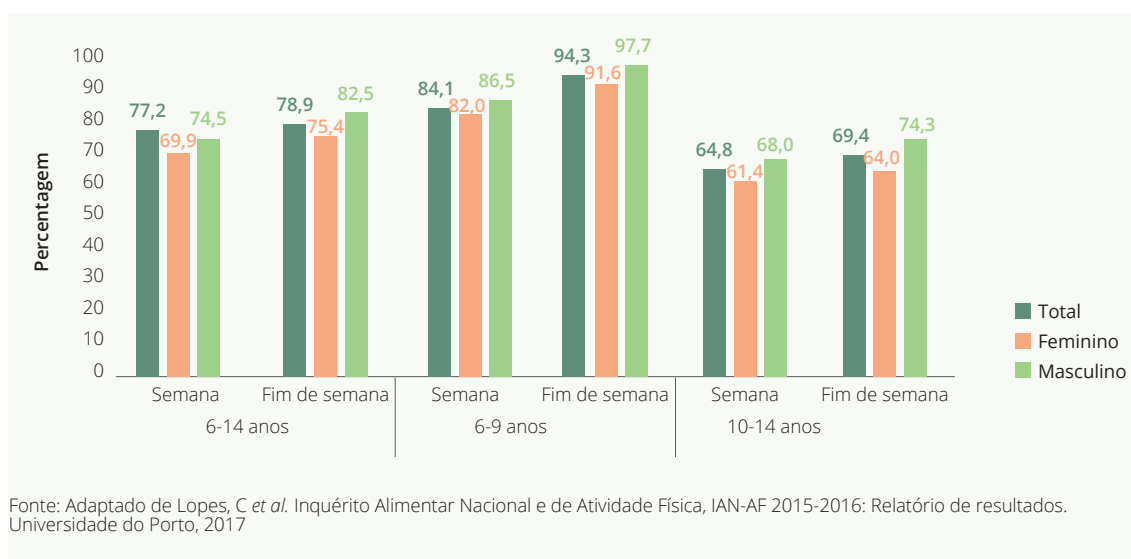
Figura 37. **Prevalência de prática regular de atividade física desportiva e/ou de lazer programada, por grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



A prevalência da população, entre os 6 e os 14 anos, que passa em média mais de 60 minutos por dia em brincadeiras ativas é maior durante os fins de semana quando comparada com os dias da semana.

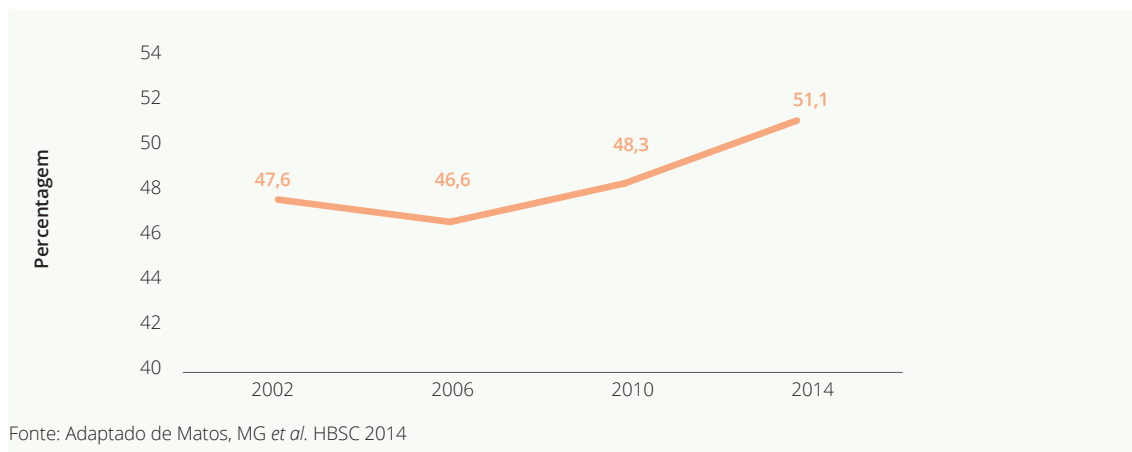
A faixa etária dos 10 aos 14 anos é onde existem as menores prevalências de brincadeiras, quer à semana, quer ao fim de semana. Há um decréscimo significativo da prevalência com a idade e isto é particularmente acentuado nas raparigas (Figura 38).

Figura 38. **Prevalência de participação em brincadeiras ativas por pelo menos 60 minutos por dia, por sexo e grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



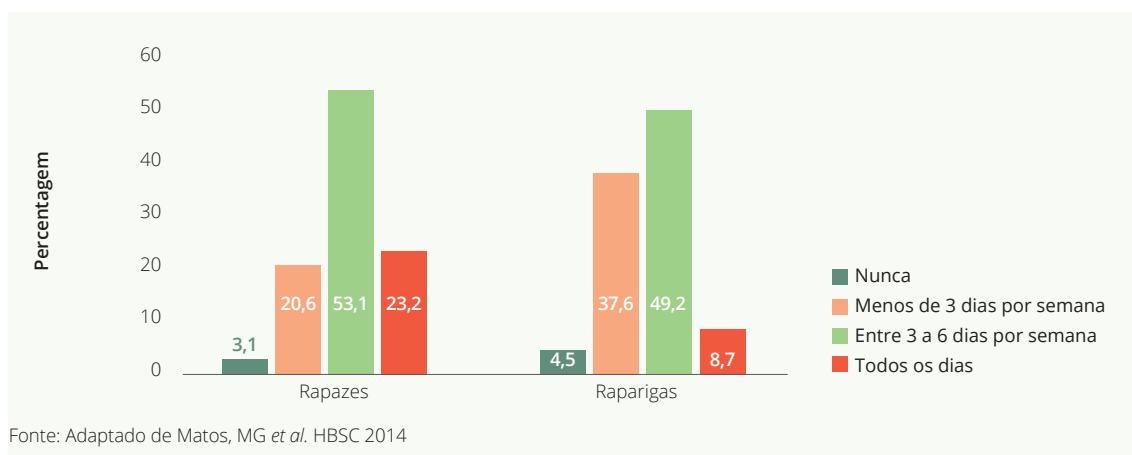
Uma análise dos resultados dos estudos HBSC, realizados em Portugal, desde 2002, revela que a proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade que indicaram prática de atividade física 3 a 6 vezes por semana apresenta uma ligeira tendência de crescimento, após uma descida de 1 p.p. entre 2002 e 2006. De acordo com os dados mais recentes (2014), mais de metade dos adolescentes praticava atividade física com essa frequência (Figura 39).

Figura 39. **Evolução da proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º ano que realizam atividade física entre 3-6 vezes por semana, Portugal Continental, 2002-2014**



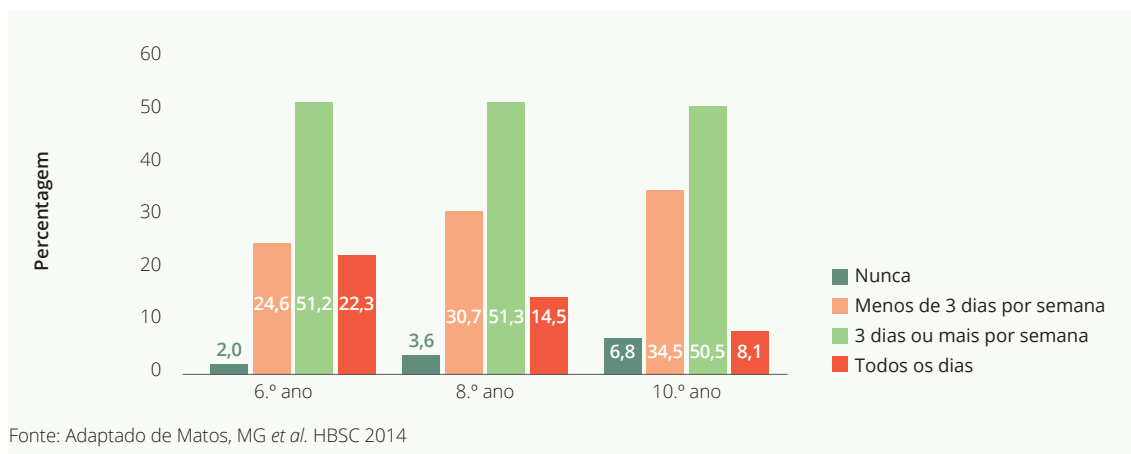
No mesmo estudo, a prática diária de atividade física foi reportada por uma proporção menor de adolescentes (cerca de 15%, em 2014), sendo os rapazes mais ativos do que as raparigas (rapazes: 23,2%; raparigas: 8,7%), conforme se verifica na Figura 40.

Figura 40. **Proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por sexo e número de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal Continental, 2014**



Em função do ano de escolaridade verifica-se que a proporção de adolescentes que pratica atividade física 3 ou mais dias por semana se mantém praticamente constante. No entanto, existe um decréscimo acentuado (de 22,3% para 8,1%) nos que referem praticar atividade física diariamente (Figura 41).

Figura 41. **Proporção de adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, por ano de escolaridade e número de dias de prática de atividade física numa semana normal, Portugal Continental, 2014**

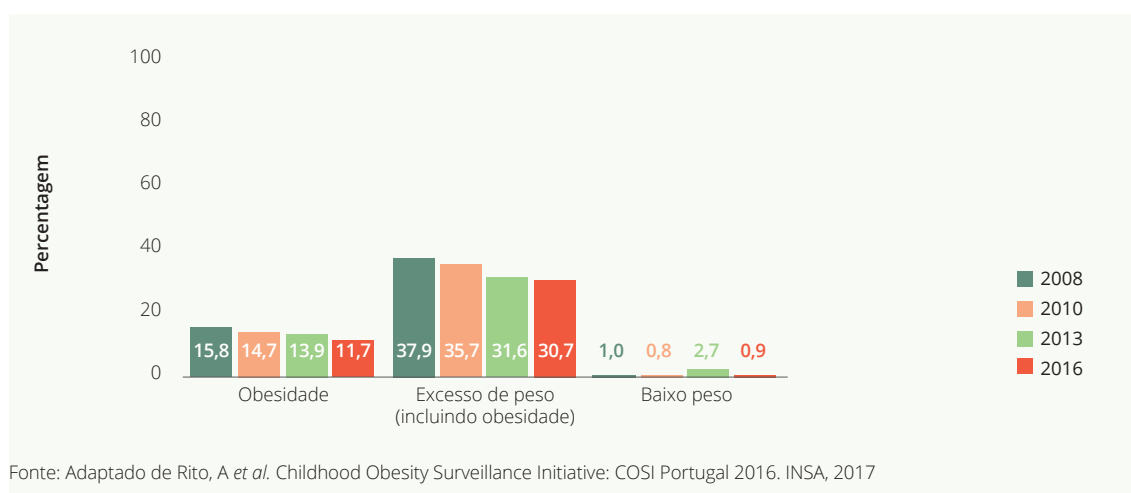


4.6.3. Obesidade e excesso de peso

Os indicadores apresentados relativos à avaliação antropométrica, obtidos através do estudo COSI e do IAN-AF 2015-2016, foram objetivamente medidos e classificados de acordo com os pontos de corte preconizados pela OMS.

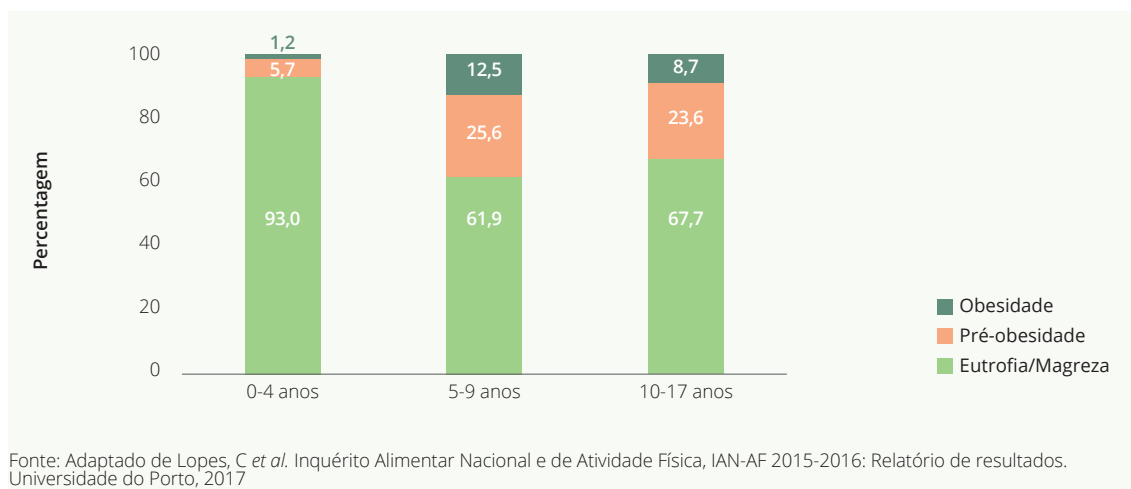
Nos últimos 8 anos, o estudo COSI Portugal (2008 a 2016) tem vindo a mostrar uma diminuição da prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil (6-8 anos) (Figura 42).

Figura 42. **Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos), Portugal, 2008 a 2016**



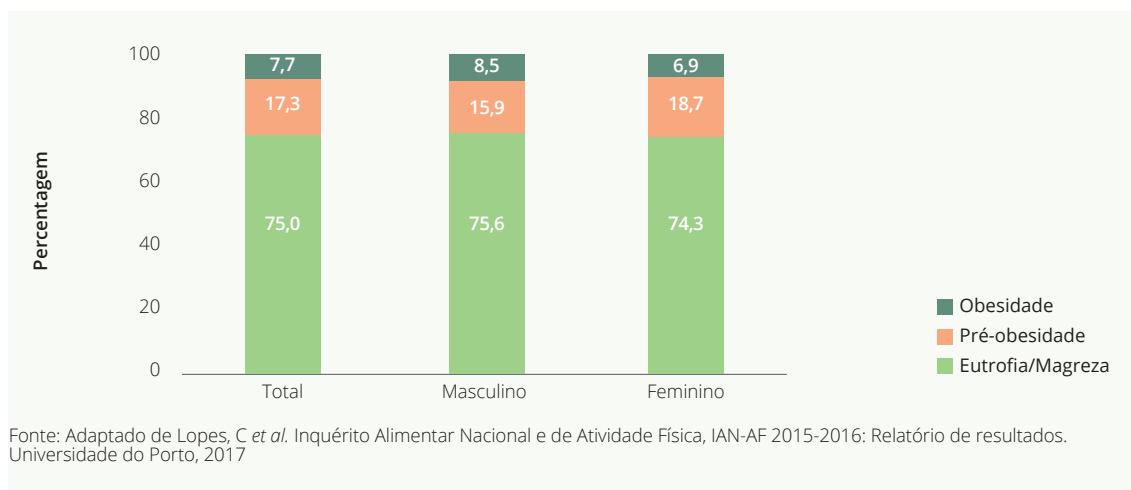
Os dados objetivos resultantes do IAN-AF 2015-2016 demonstram que no conjunto da população infantil e juvenil, o grupo etário dos 5 aos 9 anos é o que apresenta a maior prevalência de excesso de peso (38,1%, incluindo a obesidade) (Figura 43). De realçar o aumento acentuado das categorias Obesidade e Pré-obesidade, do grupo etário abaixo dos 5 anos para o grupo etário dos 5 aos 9 anos.

Figura 43. **Prevalência de categorias de índice de massa corporal, por grupo etário, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



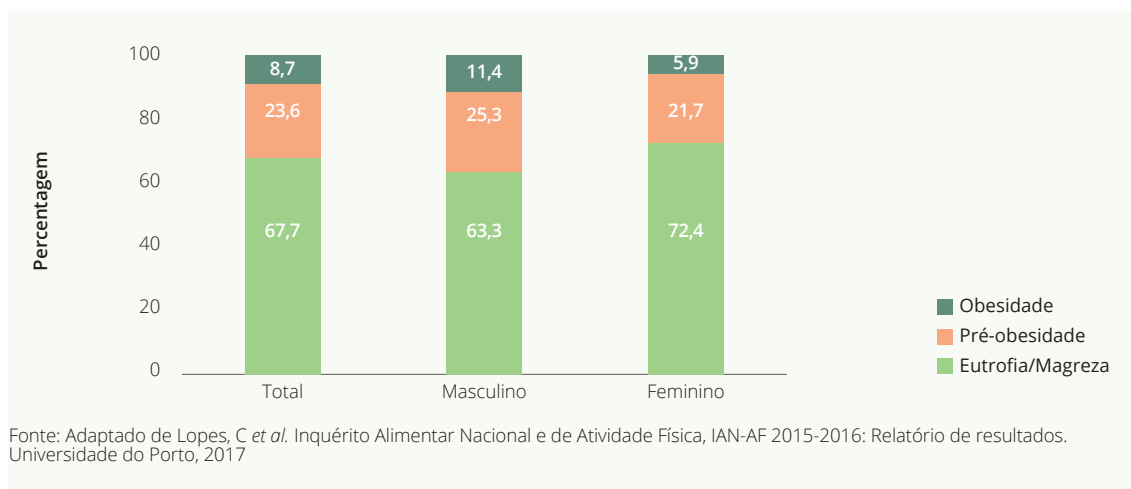
Considerando o grupo etário abaixo dos 10 anos, a análise por sexo revela uma pequena diferença entre a prevalência de excesso de peso nos rapazes (24,4%) e nas raparigas (25,6%).

Figura 44. **Prevalência de categorias de índice de massa corporal (idade inferior a 10 anos), por sexo, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



No entanto, no grupo etário acima (dos 10 aos 17 anos) existe já uma diferença de cerca de 9 p.p. entre sexos (36,7% nos rapazes vs. 27,6% nas raparigas).

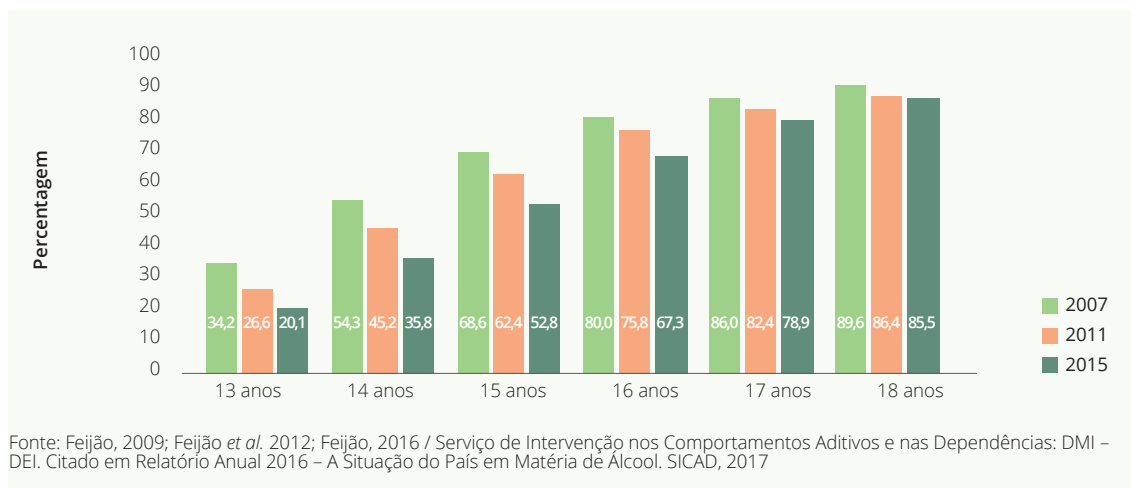
Figura 45. **Prevalência de categorias de índice de massa corporal (10 - 17 anos), por sexo, ponderada para a distribuição da população Portuguesa**



4.6.4. Consumo de álcool

De acordo com dados do SICAD, de 2015, em Portugal 20,1% dos adolescentes com 13 anos tinha consumido bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. Apesar de ao longo dos últimos anos se verificar uma redução dos consumos de bebidas alcoólicas em todas as idades (13-18 anos), estes valores continuam muito acima do desejado (Figura 46).

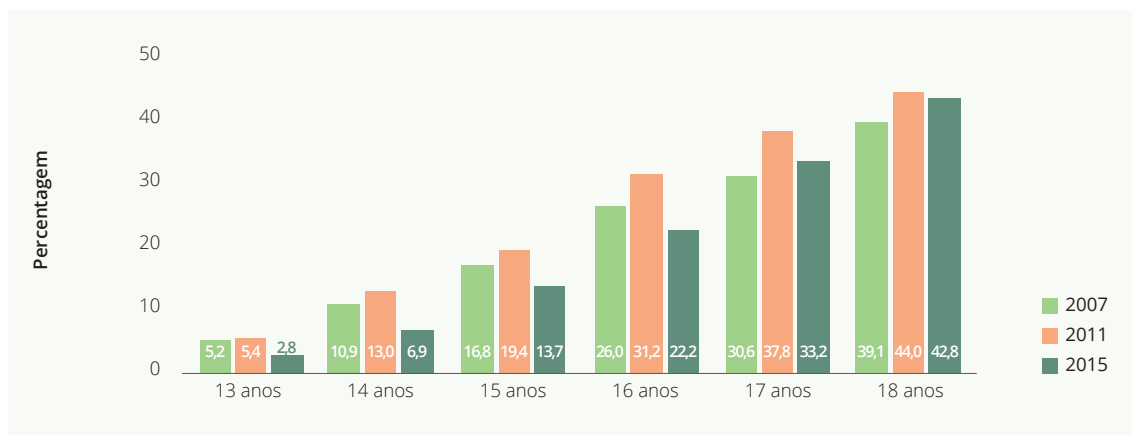
Figura 46. **Prevalência do consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos 12 meses (P12M), 13-18 anos, Portugal, 2007-2015**



Nos 30 dias anteriores à data do inquérito, as bebidas alcoólicas mais consumidas foram as destiladas e as cervejas, predominando as cervejas nos mais novos e as destiladas nos mais velhos.

A prevalência de embriaguez (cambalear, dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar o que aconteceu) tem vindo a mostrar uma redução desde 2011, mais acentuada nos grupos etários dos 13 aos 16 anos (Figura 47).

Figura 47. **Prevalência de situações de embriaguez* nos últimos 12 meses, 13-18 anos, Portugal, 2007-2015**



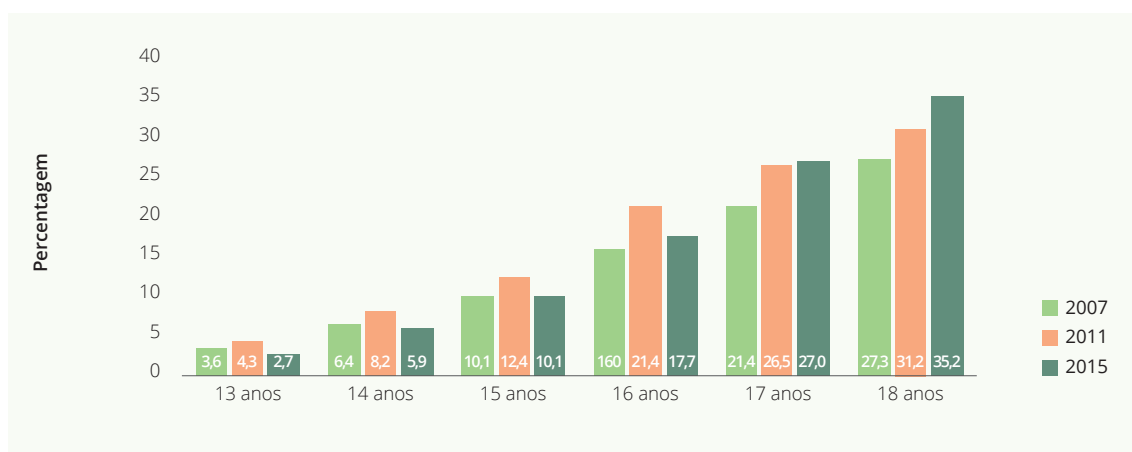
* Ficar a cambalear, dificuldade em falar, vomitar e/ou não recordar o que aconteceu.

Fonte: Feijão, 2009; Feijão *et al.* 2012; Feijão, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI. Citado em Relatório Anual 2016 – A Situação do País em Matéria de Alcool. SICAD, 2017

4.6.5. Consumo de drogas

Um terço da população jovem com 18 anos, em Portugal, já consumiu substâncias ilícitas, de acordo com os registos do SICAD. É de realçar que 2,7% dos jovens com 13 anos, em 2015, consumiram substâncias ilícitas. É nas idades de 17-18 anos, que os dados merecem maior reflexão, pois têm demonstrado um aumento ao longo dos últimos anos, ao contrário do grupo etário dos 13 aos 16 anos (Figura 48).

Figura 48. **Prevalência do consumo de qualquer substância ilícita ao longo da vida, 13-18 anos, Portugal, 2007-2015**



Fonte: Feijão, 2009; Feijão *et al.* 2012; Feijão, 2016 / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências: DMI – DEI. Citado em Relatório Anual 2016 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. ANEXO - Caracterização e Evolução da Situação. SICAD, 2017

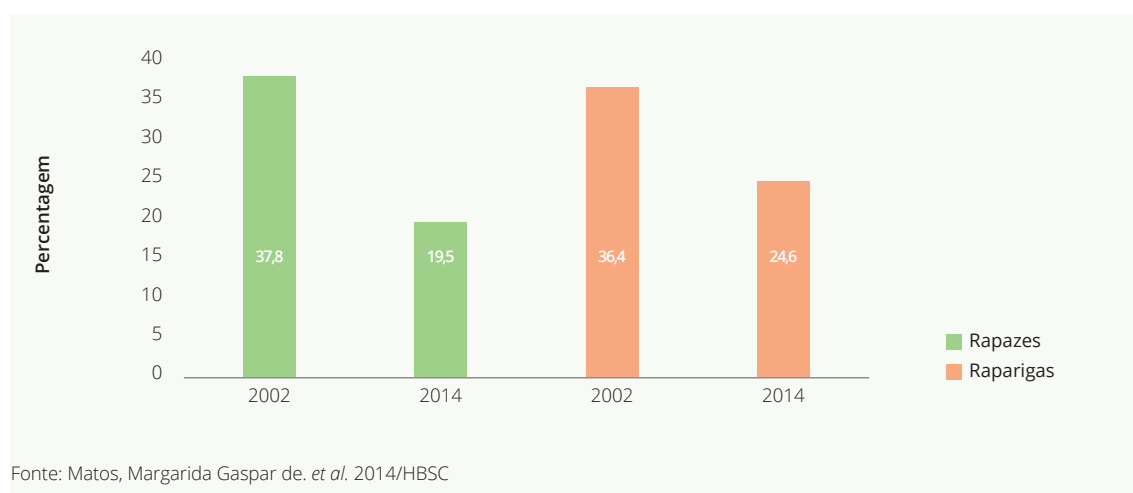
4.6.6. Consumo de tabaco

A adolescência é um período crítico para o início do consumo de tabaco.

O tabagismo é um hábito adquirido, muitas vezes, desde cedo na vida, com uma incidência crescente nas jovens em idade reprodutiva, que mais tarde podem não interromper o consumo durante a gravidez, com os efeitos nefastos para o feto que daí podem advir, designadamente má progressão ponderal e alterações metabólicas.

No período 2002-2014 verificou-se uma diminuição da proporção dos adolescentes de ambos os sexos que experimentaram tabaco pela primeira vez (Figura 49).

Figura 49. **Comparação entre sexos, relativamente à experimentação de tabaco nos adolescentes do 6.º, 8.º e 10.º anos, Portugal Continental, 2002 e 2014**



Em 2015, verificou-se que, dos jovens do ensino público inquiridos, com 13 anos, 14,1% já tinham fumado (13,4% dos rapazes e 14,5% das raparigas). Destes, 1,9% consumiram o primeiro cigarro antes dos 10 anos, 10,9% entre os 10 e os 12 anos e 1,3% aos 13 anos⁶.

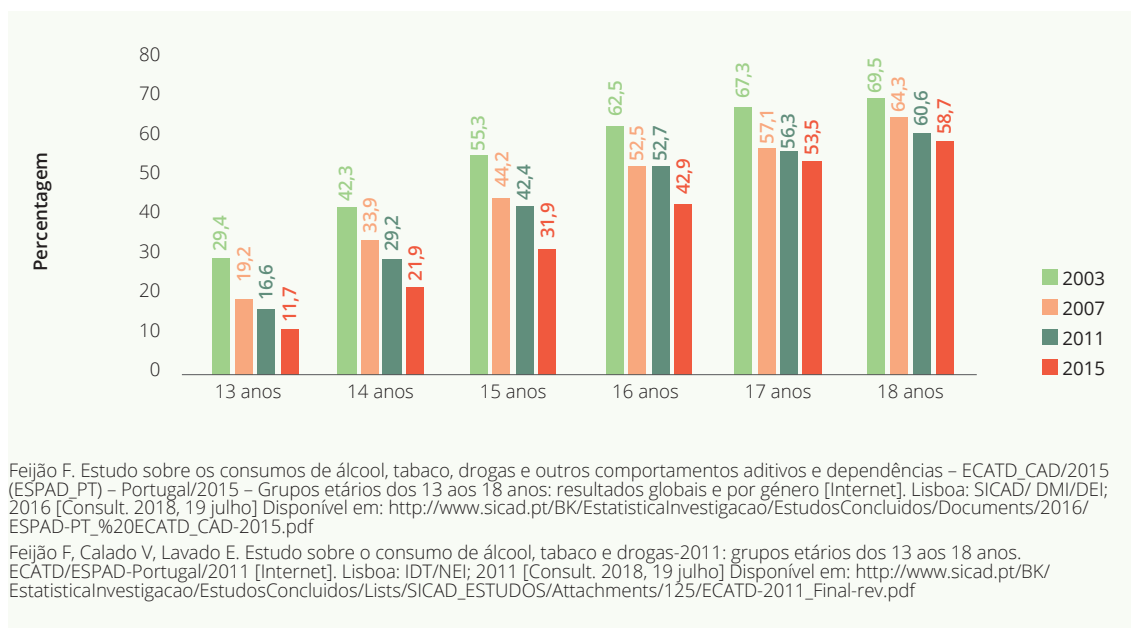
Ainda segundo este estudo, a experimentação de cigarros registou uma ligeira subida entre 1995 e 2003, registando uma tendência decrescente entre 2003 e 2015.⁷

Por outro lado, no período 2003-2015 observa-se uma tendência decrescente do consumo de cigarros ao longo da vida nos alunos do ensino público (Figura 50).

⁶ ECATD-CAD, ESPAD – Portugal, 2015

⁷ Kraus L, Leifman H, Vicente J (coord) *et al.* ESPAD Report 2015 Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) and the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD), 2016. Acedido em 20 de julho 2018: consultável em: http://www.espad.org/sites/espad.org/files/ESPAD_report_2015.pdf

Figura 50. Consumo de cigarros ao longo da vida nos alunos do ensino público, Portugal, 2003-2015



Dos jovens de ambos os sexos com 18 anos, 62,7% já tinham experimentado fumar (62,2% dos rapazes e 63,0% das raparigas). Destes, 2,6% disseram ter fumado o primeiro cigarro antes dos 10 anos, 10,2% entre os 10 e os 12 anos, 34,2% entre os 13 e os 15 anos e 15,7% entre os 16 e os 18 anos.

Assim, destaca-se:

- Aos 13 anos, um em cada sete adolescentes, já experimentou fumar;
- Aos 18 anos, três em cada cinco adolescentes, já experimentaram fumar;
- Aos 18 anos, um em cada três adolescentes, começou a fumar entre os 13 e os 15 anos.

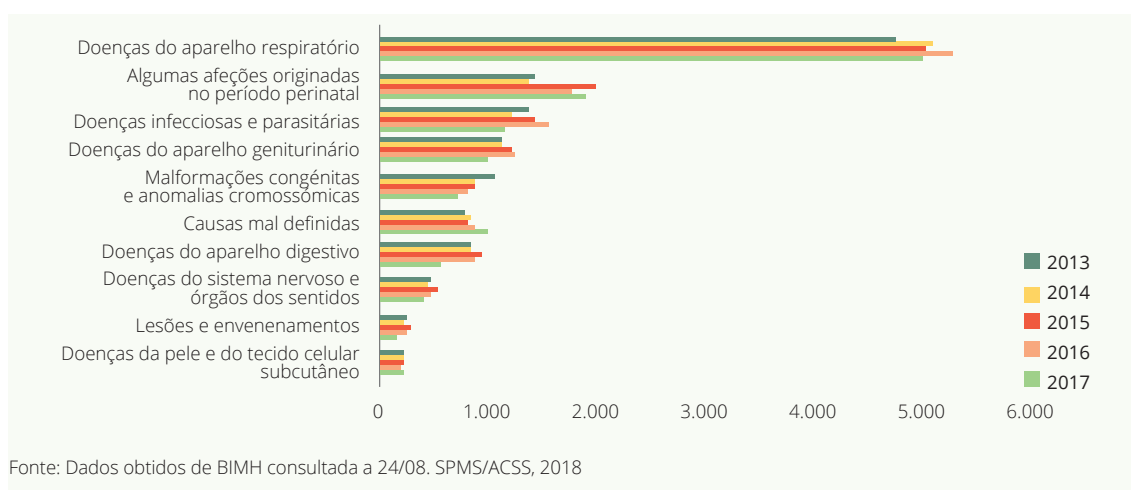
5 Evolução da morbilidade na população infantil e juvenil em Portugal

5.1. Morbilidade hospitalar

Os dados de morbilidade hospitalar apresentados foram obtidos por consulta ao sistema de *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar (BIMH). De referir que a análise se restringe ao diagnóstico principal do episódio de internamento e que os dados com ano de referência 2017 são preliminares. No Anexo 2 deste relatório detalham-se alguns aspetos metodológicos da recolha de dados.

A análise do diagnóstico principal dos episódios de internamento hospitalar de crianças com menos de um ano de idade revela que as doenças do aparelho respiratório são a principal causa de internamentos, com cerca de 5.000 episódios por ano, no período 2013-2017 (Figura 51).

Figura 51. **Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário inferior a 1 ano, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017**



Neste grupo etário, as afeções originadas no período perinatal constituem a segunda causa de internamento, variando o número de episódios entre um mínimo de 1.350 em 2014 e um máximo de 1.981 em 2015.

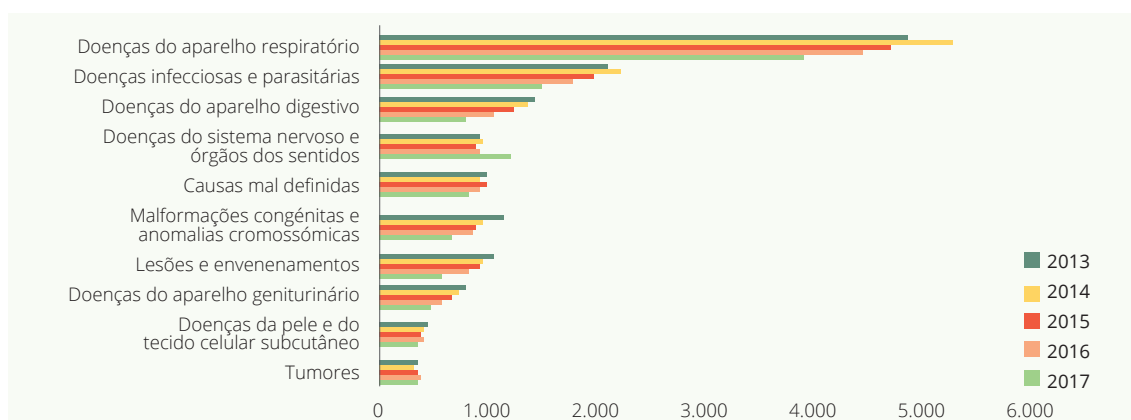
As doenças infecciosas e parasitárias são responsáveis, em média, por cerca de 1.350 episódios de internamento por ano, seguindo-se as doenças do aparelho geniturinário, com um valor médio próximo de 1.150.

As malformações congénitas e anomalias cromossómicas constituem a quinta causa de internamento hospitalar sendo responsáveis em média por cerca de 880 episódios por ano. Deste total, cerca de 270 episódios por ano têm como diagnóstico principal malformações congénitas do aparelho circulatório⁸.

Os episódios de internamento de crianças com idade entre 1 e 4 anos têm, maioritariamente, como diagnóstico principal doenças do aparelho respiratório (Figura 52). Em média, por ano, no período 2013-2017 registaram-se cerca de 4.600 episódios de internamento com este diagnóstico.

⁸ Códigos da ICD9-CM: 745-747; ICD10-CM: Q20-Q28

Figura 52. **Evolução do número de episódios de internamento hospitalar de crianças no grupo etário entre 1 e 4 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017**



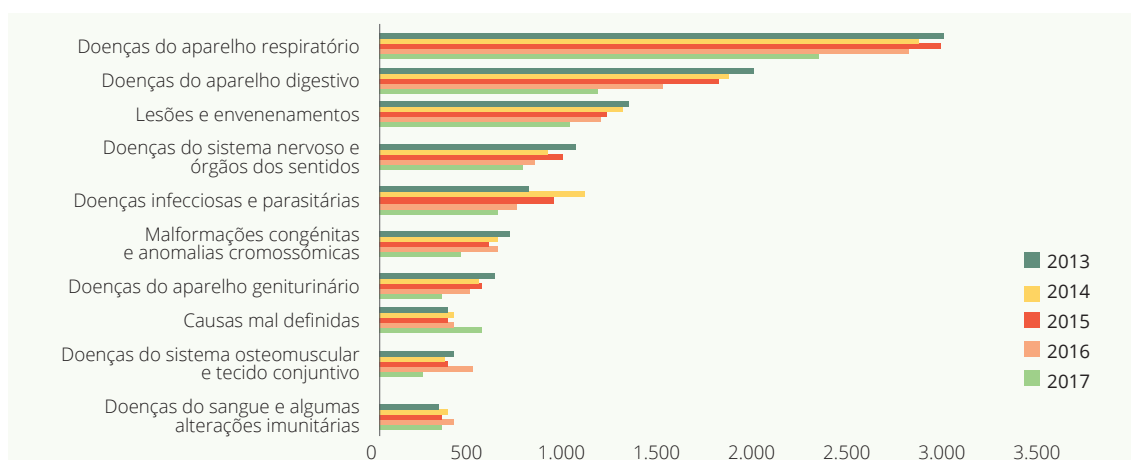
Fonte: Dados obtidos de BIMH consultada a 24/08. SPMS/ACSS, 2018

As doenças infecciosas e parasitárias, com cerca de 2.000 episódios por ano, surgem como segunda causa de internamento de crianças com idade entre 1 e 4 anos. As doenças do aparelho digestivo tornam-se mais relevantes neste grupo etário, representando a terceira causa de internamento (cerca de 1.300 episódios por ano).

Destaca-se ainda do surgimento de episódios de internamento por tumores, com uma média anual de 365 episódios neste período.

No grupo etário dos 5 aos 9 anos as doenças do aparelho respiratório mantêm-se como principal causa de internamento hospitalar, sendo responsáveis por cerca de 2.800 episódios por ano (Figura 53). Na segunda posição surgem as doenças do aparelho digestivo com aproximadamente 1.700 episódios de internamento por ano.

Figura 53. **Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 5 e 9 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017**



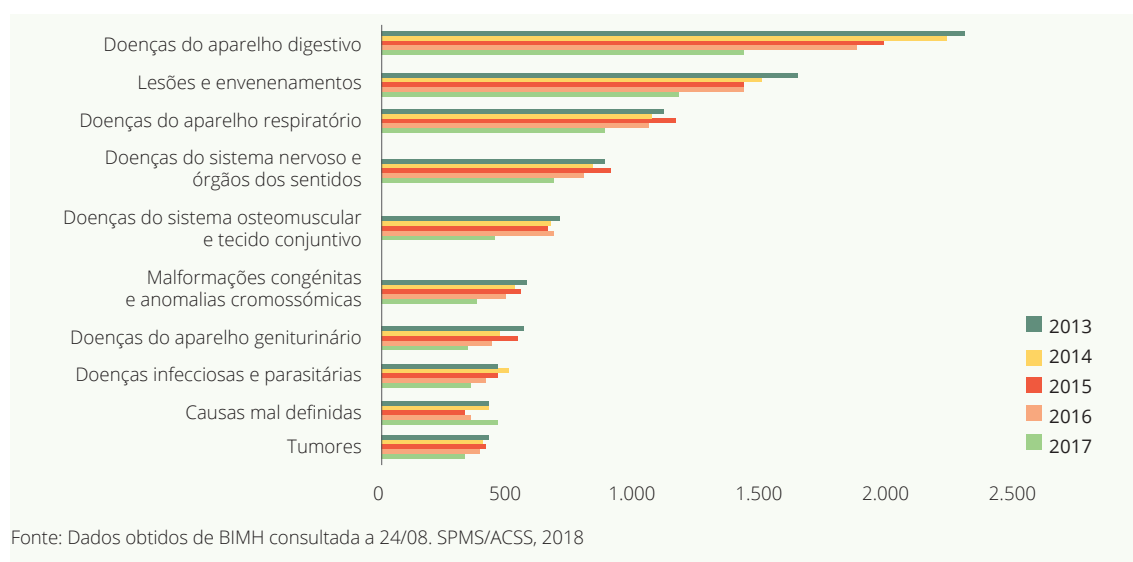
Fonte: Dados obtidos de BIMH consultada a 24/08. SPMS/ACSS, 2018

As causas externas de morbilidade ganham maior relevância neste grupo etário, passando os episódios de internamento por lesões e envenenamentos a constituir a terceira causa de internamento. Em média, registam-se por ano cerca de 1.200 episódios de internamento de crianças entre os 5 e os 9 anos de idade com este diagnóstico principal.

Neste grupo etário regista-se em 2017 (dados preliminares) um aumento do número de episódios por causas mal definidas. Em média no período 2013-2016 verificaram-se 373 episódios por ano, enquanto em 2017 se registaram 533 episódios.

As doenças do aparelho digestivo são responsáveis pelo maior número de episódios de internamento no grupo etário dos 10 aos 14 anos (em média, cerca de 2.000 por ano) (Figura 54). Seguem-se os episódios de internamento por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas que atingem aproximadamente 1.500 episódios por ano.

Figura 54. **Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 10 e 14 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017**



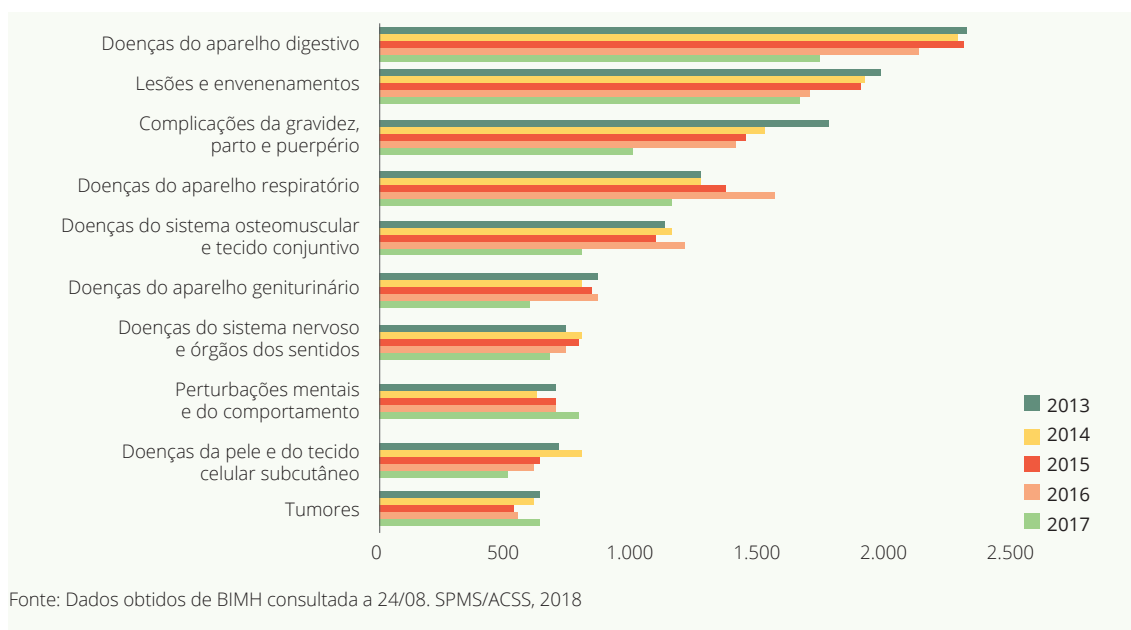
As doenças do aparelho respiratório, que constituem a principal causa de internamento de crianças com menos de 10 anos, perdem esta posição preponderante a partir desta idade. No grupo etário dos 10 aos 14 anos representam a terceira causa de internamento, com um valor médio anual de cerca de 1.100 episódios.

Tal como grupo etário anterior, regista-se um acréscimo do número de episódios de internamento por causas mal definidas em 2017 (dados preliminares) com 458 episódios. Em média no período 2013-2016 registaram-se 379 episódios por ano.

Neste grupo etário, os episódios de internamento por tumores totalizaram em média 400 episódios por ano, tendo-se em 2017 registado 331 episódios.

As doenças do aparelho digestivo (aproximadamente 1.400 episódios por ano) e as consequências de causas externas (cerca de 1.200 episódios por ano) continuam a constituir as principais causas de episódios de internamento hospitalar, no grupo etário entre 15 e 17 anos, tal como no grupo etário imediatamente anterior (Figura 55).

Figura 55. **Evolução do número de episódios de internamento hospitalar no grupo etário entre 15 e 17 anos, por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, Portugal, 2013-2017**



No entanto, para jovens de 15 ou mais anos, surge na terceira posição um novo grande grupo de diagnósticos. Os internamentos por complicações da gravidez, parto e puerpério atingem quase 1.000 episódios por ano, valor que, no entanto, tem vindo a decrescer nos últimos 5 anos.

As doenças do aparelho respiratório passam, neste grupo etário, a representar a quarta causa de internamento.

Neste grupo etário regista-se ainda uma tendência de crescimento do número de episódios de internamento por perturbações mentais e do comportamento. Em média no período 2013-2016 registaram-se 433 episódios por ano e em 2017 registaram-se 500 episódios (dados preliminares).

Regista-se ainda o aumento do número de episódios de internamento por tumores em 2017. Apesar de uma tendência de decréscimo desde 2013 (com média anual de 372), em 2017 foram registados 402 episódios.

Na análise conjunta dos diagnósticos de internamento hospitalar em todos os grupos etários (Tabela 10) destacam-se as doenças do aparelho respiratório. Estas doenças constituem a principal causa de internamento em idades inferiores a 10 anos, passando para 3ª e 4ª causa nos grupos etários seguintes. As doenças infecciosas e parasitárias são igualmente mais relevantes nos internamentos de crianças abaixo dos 10 anos.

Para as crianças mais velhas ganham importância as doenças do aparelho digestivo que passam a constituir a principal causa de internamento acima dos 10 anos de idade. Também os internamentos por lesões e envenenamentos se tornam mais numerosos à medida que a idade aumenta.

No grupo etário 15-17 anos, o maior número de internamentos deve-se a doenças do aparelho digestivo, seguindo-se os devidos a lesões e envenenamentos. As complicações da gravidez, parto e puerpério constituem a 3ª causa de internamento. A análise dos internamentos neste grupo etário por sexo revela que as

complicações da gravidez, parto e puerpério são o diagnóstico mais frequente nos internamentos das raparigas, passando as doenças do aparelho digestivo e as lesões e envenenamentos para a 2ª e 3ª posições. Para os rapazes destacam-se, em primeiro lugar, os internamentos por lesões e envenenamentos, seguidos dos internamentos por doenças do aparelho digestivo e do aparelho respiratório.

Tabela 10. **Principais causas de internamento hospitalar, por grupo etário, Portugal, 2013-2017**

< 1 ano	Doenças do aparelho respiratório	Afeções originadas no período perinatal	Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças do aparelho geniturinário	Malformações congénitas e anomalias cromossómicas
1-4 anos	Doenças do aparelho respiratório	Doenças infecciosas e parasitárias	Doenças do aparelho digestivo	Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	Causas mal definidas
5-9 anos	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do aparelho digestivo	Lesões e envenenamentos	Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	Doenças infecciosas e parasitárias
10-14 anos	Doenças do aparelho digestivo	Lesões e envenenamentos	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
15-17 anos	Doenças do aparelho digestivo	Lesões e envenenamentos	Complicações da gravidez, parto e puerpério	Doenças do aparelho respiratório	Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo

Fonte: Dados obtidos de BIMH, consultada a 24/08. SPMS/ACSS, 2018

5.2. Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana

Em Portugal, o primeiro diagnóstico de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) numa criança ocorreu em 1984.

No período entre 2010 e 2016, registaram-se cumulativamente 158 casos de infeção por VIH na população dos 0 aos 18 anos de idade (Tabela 11). A tendência decrescente do número de novos casos de infeção globalmente na população portuguesa verificada nos últimos anos está presente também nesta faixa etária.

Tabela 11. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤18 anos, por ano de diagnóstico (2010-2016) e sexo**

Ano de diagnóstico	Feminino	Masculino	Total
2010	17	14	31
2011	14	15	29
2012	9	13	22
2013	11	14	25
2014	12	9	21
2015	6	9	15
2016	6	9	15
Total	75	83	158

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

No mesmo período, a distribuição dos casos na população portuguesa até os 18 anos por grupo etário e por ano de diagnóstico mostra que 10,8% dos casos foram diagnosticados antes do primeiro ano de vida e cerca de 65% no grupo etário dos 15-18 anos (Tabela 12).

Tabela 12. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤18 anos, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e idade à data do diagnóstico**

Grupo etário	Ano de diagnóstico							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
< 1 ano	6	4	2	2	2	0	1	17
01-04 anos	6	0	0	2	3	0	2	13
05-09 anos	3	3	2	2	1	1	0	12
10-12 anos	2	1	0	3	1	1	0	8
13-14 anos	0	2	0	3	0	1	0	6
15-18 anos	14	19	18	13	14	12	12	102
Total	31	29	22	25	21	15	15	158

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

A análise dos casos diagnosticados em indivíduos dos 0 aos 18 anos pelas principais categorias de transmissão (Tabela 13), no período em análise, demonstra que a via de transmissão predominante é a via sexual (59,5%), sendo que os casos de transmissão heterossexual e homossexual representaram respetivamente 29,1% e 30,4%. Os casos associados ao consumo de drogas representaram 2,5% do total dos casos. A transmissão mãe-filho foi responsável por 32,3%.

Tabela 13. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤18 anos, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e categoria de transmissão**

Categoria de transmissão	Ano de diagnóstico							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Mãe/filho	15	9	5	9	7	3	3	51
Heterossexual	8	9	7	5	8	5	4	46
Homo ou bissexual	6	9	8	6	6	6	7	48
Toxicodependente	0	1	1	0	0	1	1	4
Transfundido*	0	1	0	0	0	0	0	1
Outro/indeterminado	2	0	0	5	0	0	0	7
Desconhecido	0	0	1	0	0	0	0	1
Total	31	29	22	25	21	15	15	158

*nota: o caso registado na categoria "Transfundido" refere transfusão recebida no estrangeiro.

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

A análise dos casos de transmissão mãe-filho revela que 56,9% dos casos foram diagnosticados durante os primeiros quatro anos de vida, contudo, alguns casos foram diagnosticados anos após o nascimento e/ou correspondem a casos importados (Tabela 14).

De realçar que em Portugal o número de casos de transmissão mãe-filho tem vindo a diminuir, fruto da adoção de medidas e estratégias como sejam a realização do teste específico para o VIH na preparação e durante a gravidez⁹, a administração da terapêutica antirretroviral combinada em mulheres grávidas e a substituição do leite materno por uma fórmula adaptada para lactentes filhos de mães seropositivas¹⁰.

Em 78,5% das crianças está disponível a informação relativa ao país de naturalidade. Destas, 41,2% nasceram em Portugal e 35,3% em países da África subsariana (Tabela 15).

⁹ Nos termos da Circular Normativa nº: 01/DSMIA "Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana" de 04/02/04.

¹⁰ Nos termos da Circular Normativa nº23/DSR, de 29/12/2009 e em consonância com as orientações da OMS.

Tabela 14. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤18 anos e Transmissão Mãe-Filho, distribuição por ano de diagnóstico (2010-2016) e idade à data do diagnóstico**

Grupo etário	Ano de diagnóstico							Total
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
< 1 ano	6	4	2	2	2	0	1	17
01-04 anos	6	0	0	1	3	0	2	12
05-09 anos	1	3	2	2	1	1	0	10
10-12 anos	2	1	0	2	1	1	0	7
13-14 anos	0	1	0	1	0	1	0	3
15-18 anos	0	0	1	1	0	0	0	2
Total	15	9	5	9	7	3	3	51

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

Tabela 15. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤18 anos, com diagnóstico entre 2010 e 2016 e Transmissão Mãe-Filho, distribuição segundo o País/Região de naturalidade**

Naturalidade – País/Região	Nº de casos	%
Portugal	21	41,2%
África subsariana	18	35,3%
Europa Ocidental	1	2,0%
Desconhecido	11	21,6%
Total	51	100,0%

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

O total de casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) notificados entre 2010 e 2016, na população dos 0 aos 18 anos, corresponde a 14 casos, não se verificando nenhuma tendência evolutiva na distribuição anual dos casos (Tabela 16).

Tabela 16. **Casos de infeção por VIH em indivíduos com idades ≤ 18 anos, distribuição segundo o ano de diagnóstico do estadio SIDA (2010-2016)**

Ano de diagnóstico do estadio SIDA	2010	2011	2012	2013	2015	2016	Total
Nº de casos	2	1	3	4	3	1	14

Fonte: Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA. DGS, 2018

5.3. Infeções associadas aos cuidados de saúde

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são problemas relacionados e de importância crescente à escala mundial.

Em contexto neonatal e pediátrico, as infeções associadas aos cuidados de saúde e, consequentemente, as resistências aos antimicrobianos apresentam primordial importância dado o desenvolvimento e maturação incompletos do sistema imunitário, podendo ainda condicionar o neuro desenvolvimento e a aquisição de capacidades motoras e cognitivas.

Neste sentido o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA) inclui a idade neonatal e a idade pediátrica no inquérito de “prevalência de ponto” (IPP) realizado quinquenalmente em unidades hospitalares e realiza uma vigilância epidemiológica de incidência das infeções e das resistências nos cuidados críticos em Hospitais com Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD).

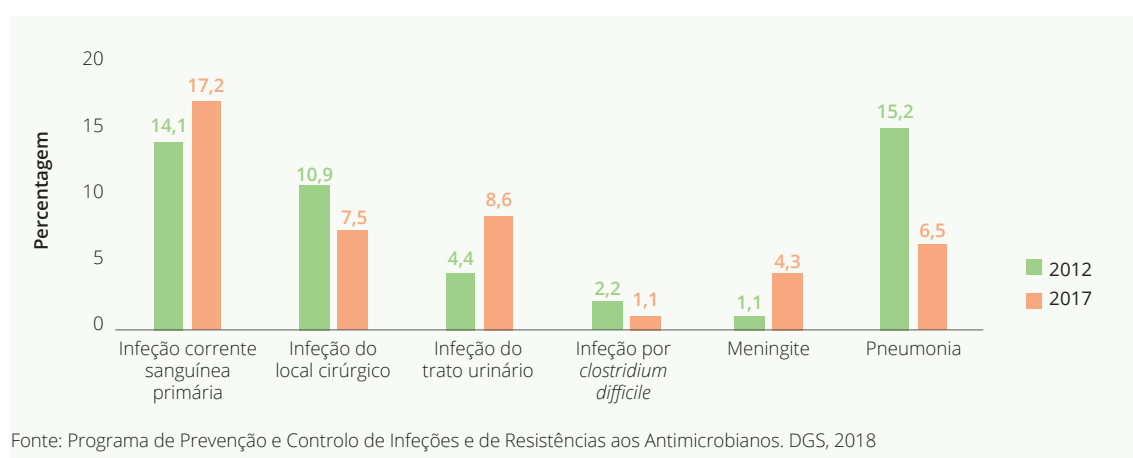
5.3.1. Inquéritos de Prevalência de Ponto

No que se refere ao IPP, o objectivo principal é estimar a prevalência de infeções e de consumos de antimicrobianos, sendo realizado em Portugal desde 1998.

No período neonatal e idade pediátrica no inquérito de 2017, salienta-se que foi observada IACS em 5,3% das crianças internadas (-7,0% quando comparado com 2012).

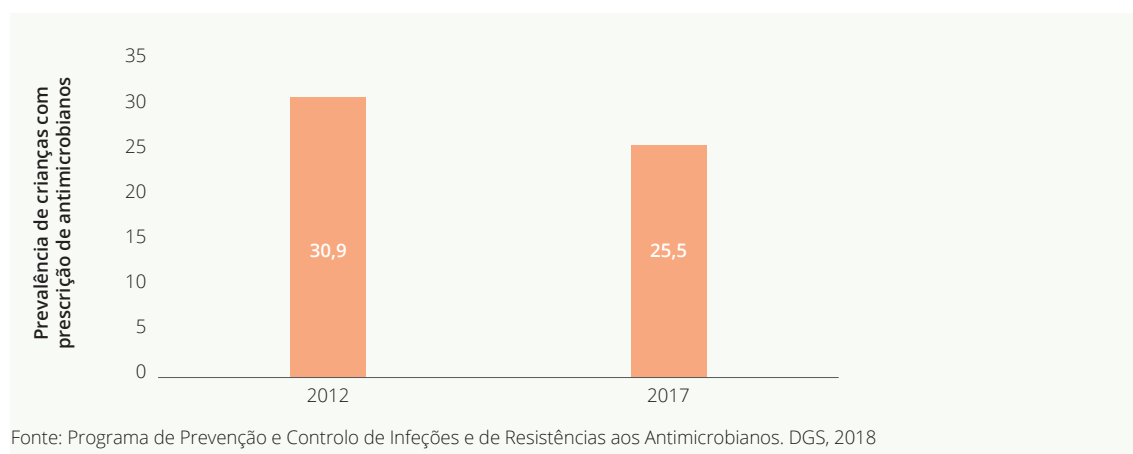
Dado que as idades neonatal e pediátrica se consideram como fatores de risco para o desenvolvimento de infeções, é também de extrema importância caracterizar a sua tipologia (Figura 56).

Figura 56. **Distribuição percentual das Infeções mais frequentes em idades neonatal e pediátrica nos Estudos de Prevalência de 2012 e 2017**



Paralelamente, em contexto neonatal e pediátrico o consumo de antimicrobianos releva especial importância dadas as eventuais reações adversas admissíveis em ambiente hospitalar. A Figura 57 mostra a prevalência de crianças com prescrição de antimicrobianos nestas faixas etárias, sendo de evidenciar que entre 2012 e 2017 se reduziu o consumo em 17,6%.

Figura 57. **Prevalência de crianças com prescrição de antimicrobiano, Portugal, 2012 e 2017**



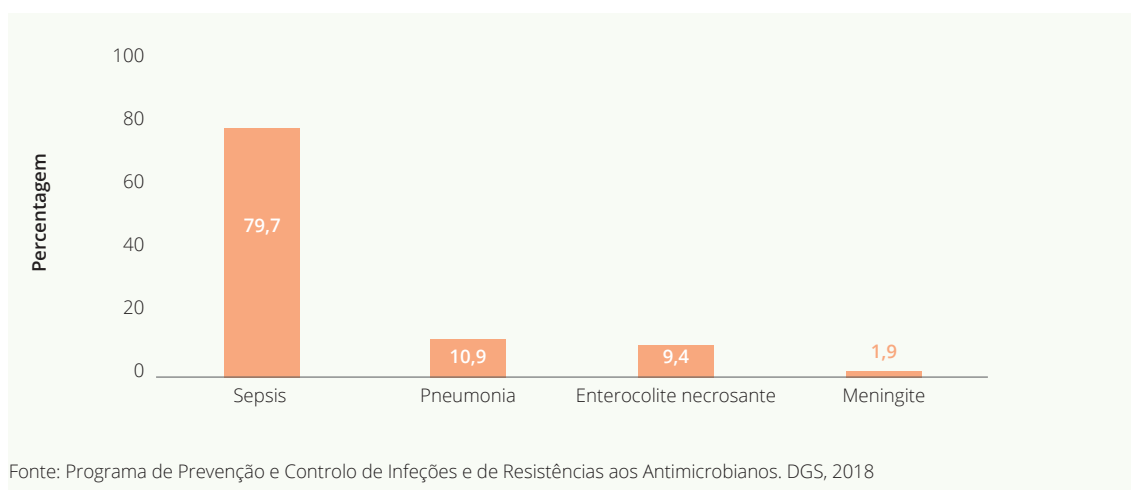
5.3.2. Vigilância epidemiológica de incidência de infeções em cuidados críticos em Hospitais com Apoio Perinatal Diferenciado

Os recém-nascidos são especialmente vulneráveis às infeções dada a imaturidade do seu sistema imunitário (ausência da estimulação de produção de antígenos, baixa quantidade de neutrófilos), a frágil flora cutânea, o que pode ser agravado caso o parto seja por cesariana ou ocorra admissão em unidades de neonatologia, sendo o microbioma nesta altura muito específico e facilmente agredido.

É, assim, de primordial importância o cumprimento rigoroso das precauções básicas em controlo de infeção, nomeadamente as boas práticas de higiene das mãos, assim como das precauções baseadas nas vias de transmissão.

Nos 10 anos de registos desta plataforma, foram vigiados 48.495 episódios de internamento, dos quais 5.039 (7,2 episódios/1.000 dias de internamento) correspondem a IACS. Apresenta-se na Figura 58 uma caracterização das infeções mais frequentes.

Figura 58. **Distribuição percentual dos diagnósticos de infeção mais frequentes entre 2008 e 2017**



Também neste período (2008-2017) ocorreram 231 óbitos entre os 5.039 casos de IACS, o que corresponde a uma letalidade de 4,6%.

É ainda possível especificar que 65,4% dos episódios de sepsis identificados (com ou sem hemocultura positiva) ocorreram em recém-nascidos com acessos venosos centrais, o que representa em termos de incidência 13,5 episódios/1.000 dias de presença de cateter vascular central (CVC).

Na tabela 17 apresenta-se a evolução (de 2008 a 2017) da densidade de incidência de sepsis devido a CVC.

Tabela 17. **Evolução da densidade de incidência de sepsis devido a cateter vascular central, Portugal, 2008-2017**

Ano	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nº de casos de sepsis associada a CVC	266	359	378	373	307	282	291	279	316	239
Total de Dias de CVC	18.521	18.521	21.407	22.231	20.491	18.731	16.997	19.140	20.793	13.359
Densidade de incidência de sepsis-CVC	14,36	19,38	17,66	16,78	14,98	15,06	17,12	14,58	15,20	17,89

Fonte: Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. DGS, 2018

Relativamente à pneumonia foram consideradas como associadas ao ventilador (ventilação invasiva) 71,2% do total de pneumonias diagnosticadas nesta população, sendo a incidência de 5,7 episódios/1.000 dias de ventilação.

A taxa de utilização de CVC e de tubo endotraqueal foram, respetivamente, 27,9% e 24,4%, sendo de salientar que o agente microbiológico mais prevalente nas IACS foi o *Staphylococcus coagulase* negativo (em 49,7% dos agentes isolados) sendo a maior letalidade observada nos episódios causados por *Pseudomonas spp* (30,4%).

Não obstante os resultados anteriormente apresentados relacionados com esta vigilância de incidência, há a salientar que, caso não exista internamento nestas unidades e sujeição a maior invasibilidade, os recém-nascidos pré-termo ou com patologia grave diagnosticada apresentariam uma probabilidade de óbito superior.

No entanto as equipas devem estar orientadas para o objetivo taxa de infeção zero, no que diz respeito aos fatores de risco extrínsecos ao recém-nascido, como é o caso da colocação e manutenção de dispositivos invasivos, sendo de grande importância o cumprimento e auditorias periódicas às *bundles*, a formação e fixação das equipas multidisciplinares, altamente diferenciadas.

5.4. Cardiopatias

As cardiopatias congénitas começaram a ser abordadas de forma estruturada e diferenciada há cerca de 49 anos no nosso país tendo o primeiro Centro especializado surgido no Hospital de Santa Marta¹¹.

Constituem as anomalias congénitas mais frequentes, sendo detectadas logo na criança, e frequentemente parte de síndromas polimalformativas. São também a principal causa de mortalidade infantil. Ocorrem em cada 8 a 10 crianças /1.000 nados-vivos, ou seja, têm uma incidência de 0,8 a 1% nas crianças que nascem vivas, uma vez que são uma das principais causas de interrupção espontânea da gravidez.

A expectativa de vida mudou significativamente ao longo dos anos, em particular nos últimos 20 anos. Atualmente estima-se que a mortalidade global destas anomalias esteja entre os 3% e os 5% a nível nacional.

O diagnóstico da maioria das cardiopatias congénitas pode e deve ser efetuado na vida fetal, através da avaliação da área cardíaca fetal, se necessário da realização de ecocardiografia por cardiologistas treinados, ou outros exames mais específicos.

O tratamento das cardiopatias congénitas é maioritariamente cirúrgico e/ou por cateterismo de intervenção, sendo muitas vezes necessárias múltiplas intervenções ou tratamentos faseados. A terapêutica destas lesões passa ainda pela utilização de técnicas avançadas de insuficiência cardíaca como oxigenação por membrana extra-corpórea (ECMO) e os mecanismos de assistência ventricular e a transplantação cardíaca. Em 2017 (dados preliminares) registaram-se 239 episódios de internamento hospitalar por malformações congénitas do aparelho circulatório¹².

Do ponto de vista clínico estes são doentes crónicos, que requerem cuidados permanentes em centros especializados, sendo os eventos clínicos que surgem nas cardiopatias nativas ou nas tratadas, condicionados por quadros de grau variável de insuficiência cardíaca, hipertensão pulmonar secundária e arritmias.

Em idade pediátrica existe ainda um número cada vez mais significativo de crianças com cardiopatia adquirida, sendo a mais prevalente atualmente a doença de Kawasaki, seguida da miocardite e da miocardiopatia dilatada.

¹¹ Sendo a sua prioneira a Prof.ª Dr.ª Fernanda Sampayo

¹² ACSS, Morbilidade Hospitalar, Códigos da ICD9-CM: 745-747; ICD10-CM: Q20-Q28

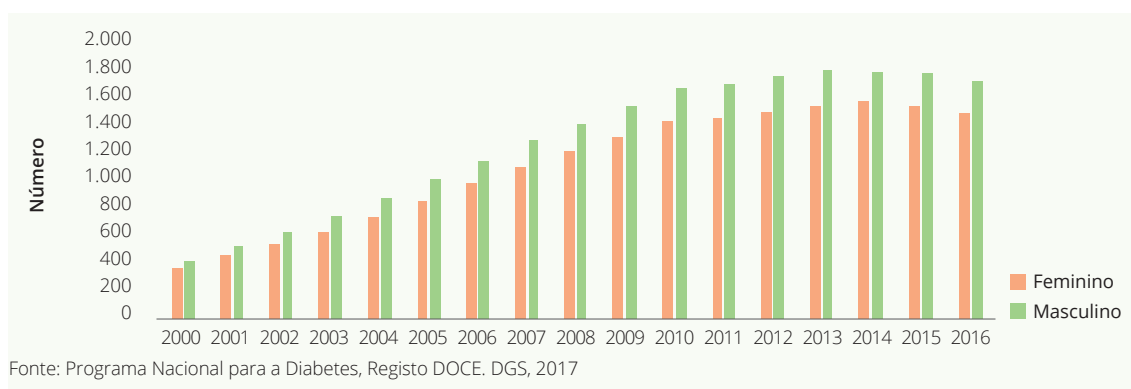
Encontram-se ainda pouco desenvolvidas no país as ações preventivas das repercussões cardíacas em contexto de obesidade, hipertensão arterial e de dislipidemia, pelo que esta deverá também ser uma área fulcral a desenvolver no futuro.

5.5. Diabetes tipo 1

A diabetes *mellitus* (DM) tipo 1, de natureza auto-imune, pode manifestar-se em pessoas de qualquer idade. Contudo, é nas crianças e jovens que o desenvolvimento da doença é mais frequente. A prevalência da DM tipo 1 nas crianças e jovens, entre os 0-18 anos, de acordo com o registo DOCE¹³, tem-se mantido relativamente estável.

A prevalência da DM tipo 1 no grupo etário entre os 0-18 anos é mais alta no sexo masculino do que no feminino (Figura 59).

Figura 59. **Número de casos existentes de Diabetes Mellitus Tipo 1, 0-18 anos, Portugal Continental, 2000-2016**



5.5.1. Perfusão subcutânea contínua de insulina

O sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (PSCI) é uma das prioridades para o Programa Nacional para a Diabetes, que tem como objectivo assegurar até ao final do ano de 2019, a cobertura de todos os utentes elegíveis para tratamento inscritos na Plataforma PSCI da DGS, com idade igual ou inferior a 18 anos de idade.

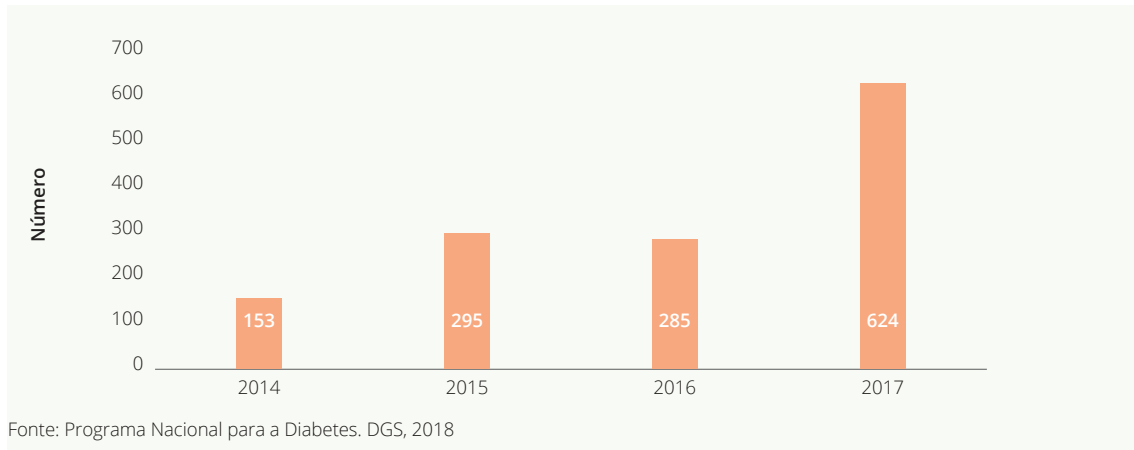
O tratamento com recurso a dispositivos de PSCI melhora o controlo da HbA1c, com uma redução média da HbA1c, e uma diminuição do número de episódios de hipoglicemias graves. Outra vantagem na utilização destes dispositivos é a redução da variabilidade do índice glicémico comparativamente com a terapia com múltiplas administrações de insulina por dia, verificando-se, ainda, a diminuição da dosagem diária de insulina.

Esta abordagem terapêutica proporciona, assim, uma melhoria da qualidade de vida, refletindo-se em vantagens relevantes para as pessoas com doença.

¹³ Registo Nacional da Diabetes Infanto-Juvenil para a DM1 designado por: "Diabetes – registo das Crianças e jovens" (DOCE).

Dados apurados pela Plataforma PSCI revelam que, em 2017, foram colocados 624 dispositivos com um crescimento de mais de 118% em relação ao ano anterior (Figura 60). Este esforço vai-se manter no ano de 2018, a fim de abranger todas as crianças até aos 14 anos.

Figura 60. **Evolução do número de dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI) colocados, Portugal Continental, 2014-2017**



6 Violência contra as crianças

6.1. Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco

Os maus tratos em crianças e jovens são entendidos hoje, a nível mundial, como um verdadeiro problema de saúde pública, com características clínicas multifacetadas, que carecem de intervenções integradas e articuladas.

A cultura tradicional - em que as crianças e os jovens nem sempre têm sido encarados como sujeitos de plenos direitos - a complexidade deste tipo de questões e a diversidade nas formas de expressão clínica têm dificultado a concretização de respostas concertadas e efetivas por parte dos serviços e dos profissionais de saúde.

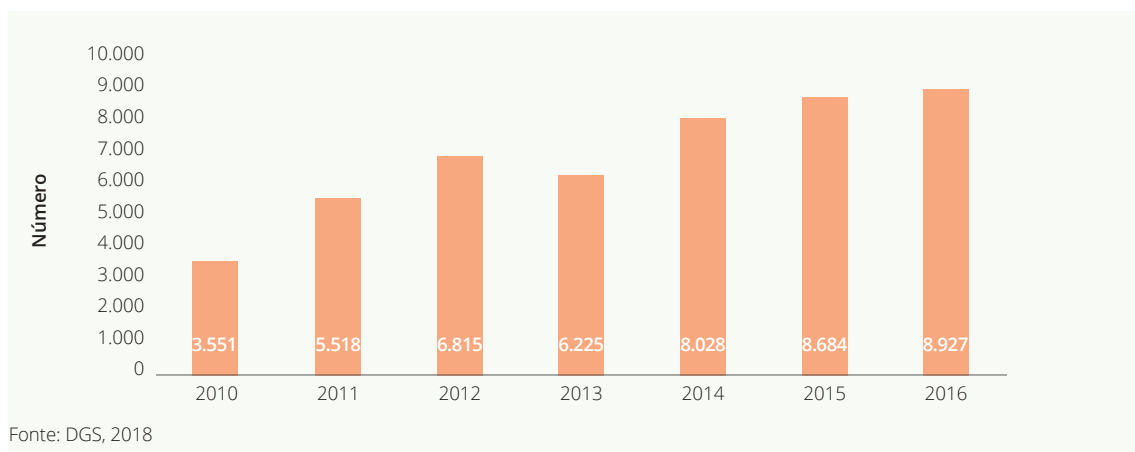
A Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR)¹⁴ veio estruturar e operacionalizar a intervenção e promover o exercício das boas práticas, neste domínio.

O PNSIJ integrou nos seus objetivos a prevenção dos maus tratos a crianças e jovens passando a constituir matéria de abordagem sistemática em todas as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil¹⁵.

A ASCJR assenta a sua intervenção no funcionamento das equipas interdisciplinares que compõem os Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) (nos Cuidados de Saúde Primários) e os Núcleos Hospitalares de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) (nas unidades hospitalares com atendimento pediátrico). Em dezembro de 2016, no SNS, existiam, no total, 268 NACJR e NHACJR.

De 2008 até 2016, nesta rede de Núcleos, foram sinalizadas, e acompanhadas, cerca de 50.000 situações de risco de maus tratos. No ano de 2016, registaram-se cerca de 9.000 ocorrências deste tipo, verificando-se um aumento do número de crianças sinalizadas na rede (Figura 61).

Figura 61. **Evolução do número de sinalizações de maus tratos, Portugal Continental, 2010-2016**



¹⁴ Criada pelo Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro, da Ministra da Saúde.

¹⁵ Norma DGS n.º 10/2013.

Dos casos assinalados em 2016, cerca de 67% referiam-se a negligência, 20% a mau trato psicológico, 7% a mau trato físico e 6% a abuso sexual (Figura 62).

Figura 62. **Tipologia dos maus tratos sinalizados no SNS, Portugal Continental, 2016**

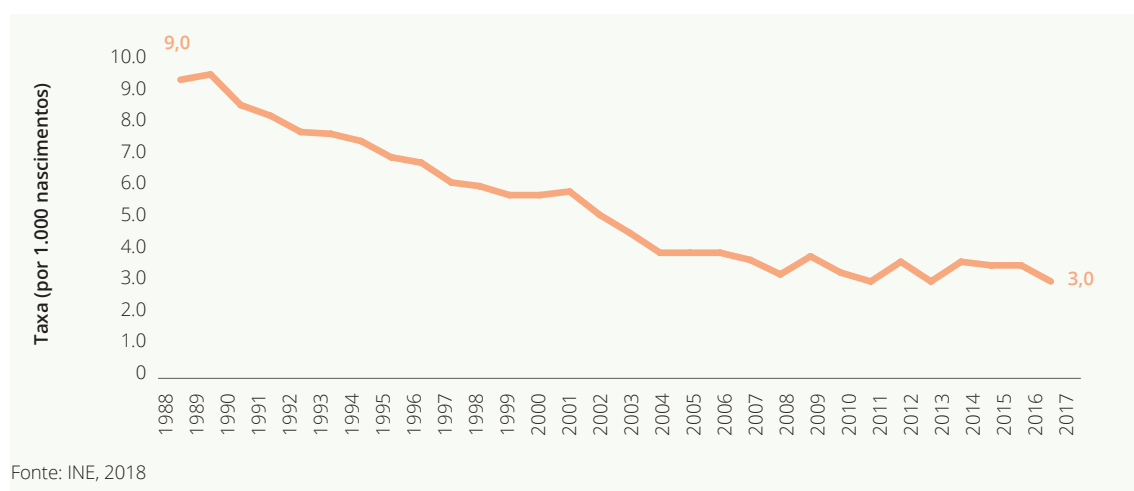


A intervenção dos NACJR e dos NHACJR veio permitir uma mais concreta aplicação dos princípios da subsidiariedade e da intervenção mínima, ao fomentar não apenas a adequação das respostas e a boa prática no atendimento, mas também agilizando a articulação intra e interinstitucional promotora de uma efetiva intervenção integrada, tão necessária na promoção e proteção dos direitos das crianças, dos jovens e das famílias.

7 Evolução da mortalidade infantil e suas componentes em Portugal e na União Europeia

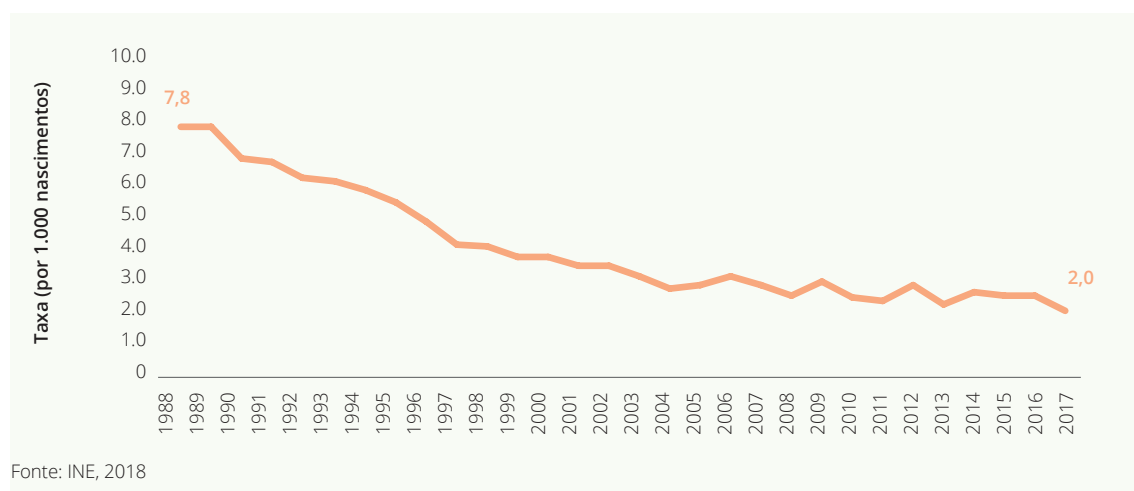
A mortalidade fetal teve um percurso descendente desde 1988, apresentando em 2017 o valor de 3,0 óbitos fetais/1.000 nascimentos. Este valor tem apresentado pequenas variações na última década (Figura 63).

Figura 63. **Evolução da taxa de mortalidade fetal, Portugal, 1988-2017**



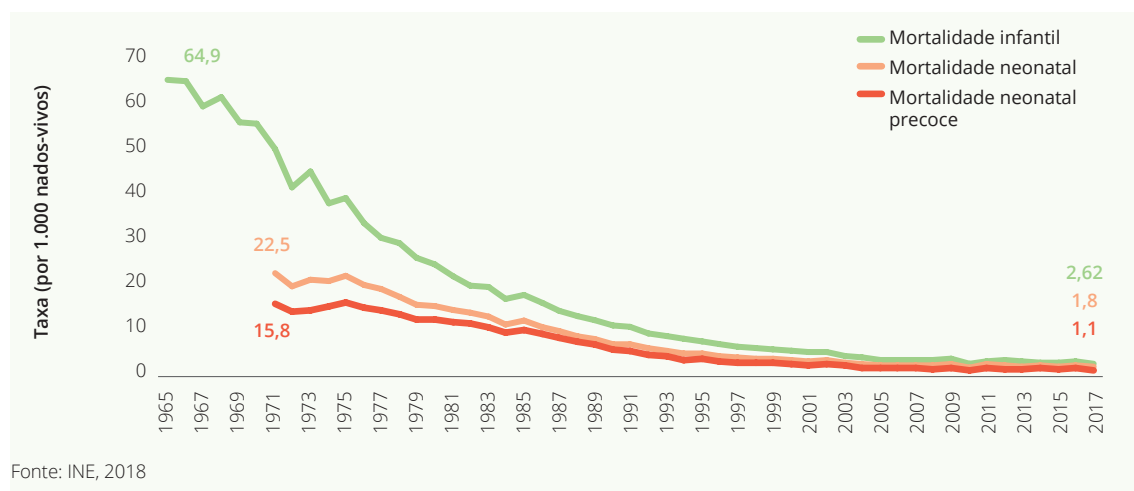
No período 1988-2017, a mortalidade fetal tardia (após 28 semanas de gestação) caracterizou-se por um decréscimo contínuo até 2004, ano em que atingiu o valor de 2,7. A partir daí observam-se pequenas oscilações, sendo o valor de 2017 de 2,0 (Figura 64).

Figura 64. **Evolução da taxa de mortalidade fetal tardia, Portugal, 1988-2017**



A mortalidade infantil é uma das melhores demonstrações da evolução qualitativa dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas em Portugal. Desde 1965 que se tem verificado uma diminuição acentuada, tendo estabilizado desde 2013 nos 3 óbitos por 1.000 nados-vivos. Em 2010, este indicador teve o registo de 2,5 óbitos por 1.000 nados-vivos, o valor mais baixo de sempre (Figura 65). É de notar que em 2017 a mortalidade infantil em Portugal foi de 2,62

Figura 65. **Evolução das taxas de mortalidade infantil, neonatal precoce e neonatal, Portugal, 1965-2017**



Em 2016, Portugal situava-se entre os melhores países da UE, no que se refere à taxa de mortalidade infantil, com 3,2 óbitos por 1.000 nados-vivos (Figura 66 e Figura 67). É de notar que em 2017 a mortalidade infantil em Portugal foi de 2,62.

Figura 66. **Evolução da taxa de mortalidade infantil entre Portugal e a média da União Europeia, 2016**

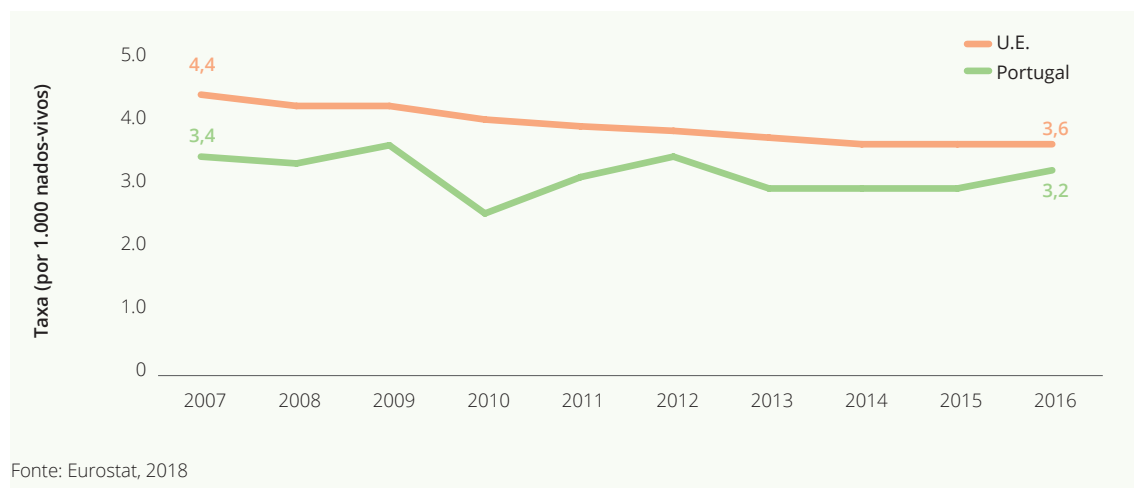
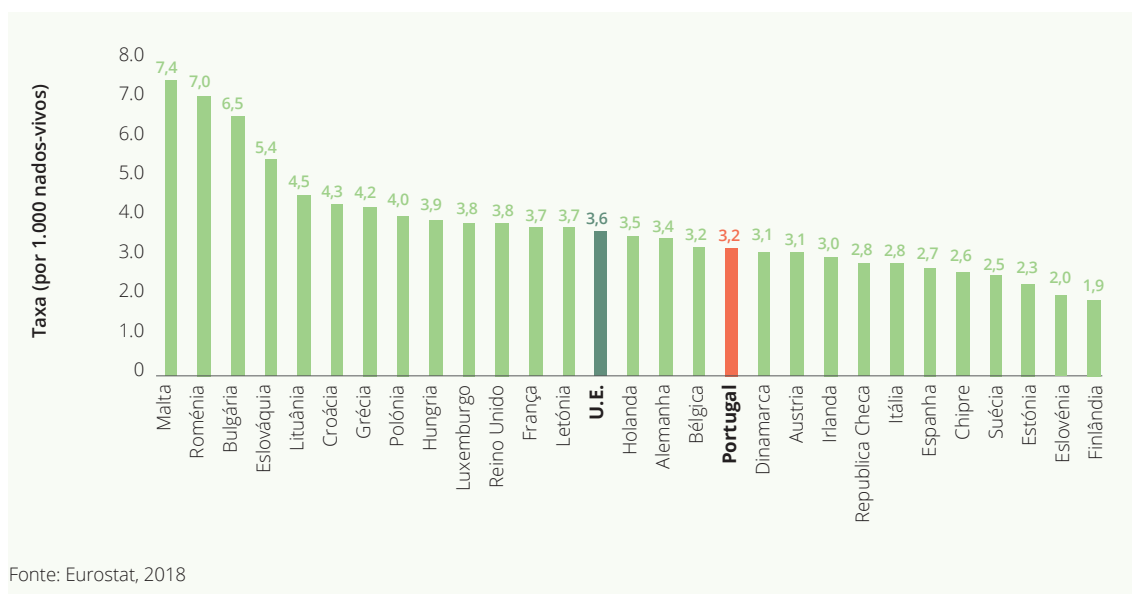
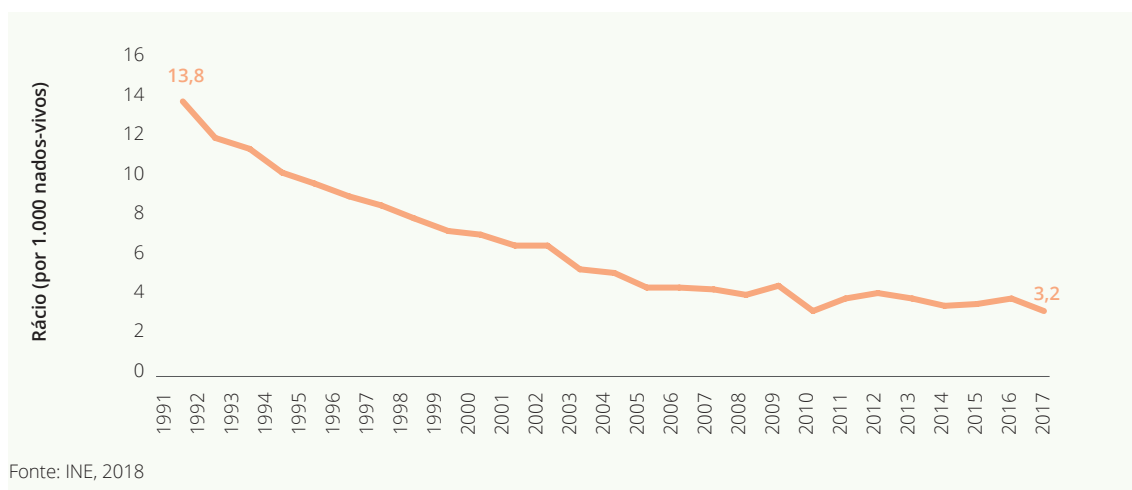


Figura 67. **Comparação da taxa de mortalidade infantil entre países e média da União Europeia, 2016**



É também relevante o decréscimo observado no indicador risco de morrer abaixo dos 5 anos (incluindo a mortalidade infantil) no período 1991-2010, a partir do qual o valor do indicador se tem mantido com pequenas oscilações (Figura 68).

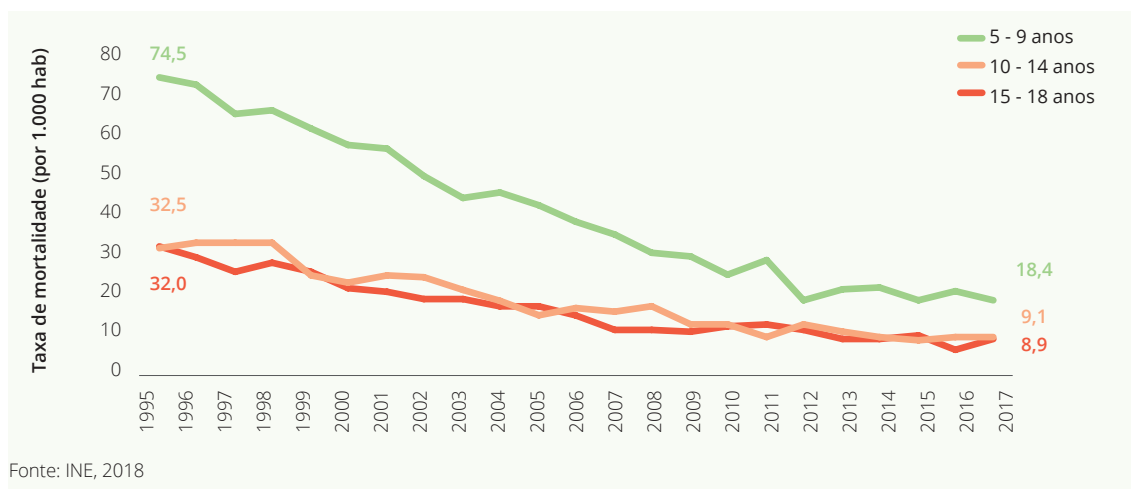
Figura 68. **Evolução do risco de morrer abaixo dos 5 anos de idade, Portugal, 1991-2017**



Ao longo do período 1995 a 2017 observa-se uma evolução análoga das taxas de mortalidade nos grupos etários 5-9 e 10-14 anos (Figura 69). O decréscimo é de 32,5 para 8,9 óbitos por 100.000 no grupo etário 5-9 anos e de 32,0 para 9,1 óbitos por 100.000 no grupo etário 10-14 anos.

No mesmo período temporal, a taxa de mortalidade específica do grupo etário 15-18 anos apresenta um decréscimo ainda mais relevante, diminuindo de 74,5 para 18,4 óbitos por 100.000,

Figura 69. **Evolução da taxa de mortalidade entre os 5 e os 18 anos, por grupo etário, Portugal, 1995-2017**



7.1. Causas básicas de mortalidade 2014-2016

A análise da informação da causa básica de morte, registada no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), foi efetuada de acordo com os Capítulos da Classificação Internacional de Doenças - 10ª versão (CID 10). A análise restringiu-se ao período 2014-2016 e foi elaborada em duas fases.

7.1.1. Mortalidade até aos 4 anos de idade

A componente da mortalidade fetal (maioritariamente, fetos com idade gestacional superior a 24 semanas) apresenta cerca de 300 óbitos anuais registados (sem diferença significativa entre os anos em análise, $p=0,127$). Predominam nesta componente as causas de morte do capítulo das Afeções Originadas no Período Perinatal (capítulo XVI) e o das Anomalias Congénitas (capítulo XVII) este numa dimensão de cerca de 10 vezes inferior (Tabela 18).

As componentes da mortalidade neonatal têm em conjunto uma dimensão absoluta abaixo dos 200 óbitos anuais por ano (também sem diferenças significativas entre os anos aqui abrangidos). Predominam nestas componentes, também as causas de morte do capítulo das Afeções Originadas no Período Perinatal¹² (Capítulo XVI) na ordem dos 100 óbitos anuais no período precoce (até aos 7 dias de idade) seguido das Anomalias Congénitas (Capítulo XVII) com cerca de 20 a 25 óbitos; no período tardio (dos 7 dias aos 27 dias de vida) a predominância das causas de morte concentra-se nos mesmos dois capítulos, mas com proporções distintas.

A componente da mortalidade pós-neonatal (dos 28 aos 365 dias de vida) apresenta uma dimensão abaixo dos 80 óbitos anuais. A predominância das causas básicas de morte denota ainda um papel relevante das Afeções Originadas no Período Perinatal (capítulo XVI) e das Anomalias Congénitas (capítulo XVII), invertendo-se aqui a posição entre ambas, sendo mais relevante o capítulo das Anomalias Congénitas.

¹² Feto e recém-nascido afectados por factores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto; Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal; Traumatismo de parto; Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal; Infecções específicas do período perinatal; Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido; Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido; Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido; Afeções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido; Outros transtornos originados no período perinatal.

Adicionalmente surgem causas básicas de morte associadas às Lesões e Envenenamentos (capítulo XIX) e dos Sinais e Afeções Mal Definidas (Capítulo XVIII), e ainda causas indexadas pelas Neoplasias (capítulo II) todas estas com alguma heterogeneidade entre os anos aqui visados (situação que origina o p-value borderline observado (0,05) e que se reflete na eventual análise conjunta da mortalidade infantil ou na mortalidade abaixo dos 5 anos).

Na componente da mortalidade dos 1 a 4 anos de idade é notório o baixo número de óbitos, cerca de 50 por ano. Nesta faixa etária, os capítulos das causas básicas de morte mais relevantes são as Anomalias Congénitas (capítulo XVII), as Lesões e Envenenamentos (capítulo XIX) e as Neoplasias (capítulo II).

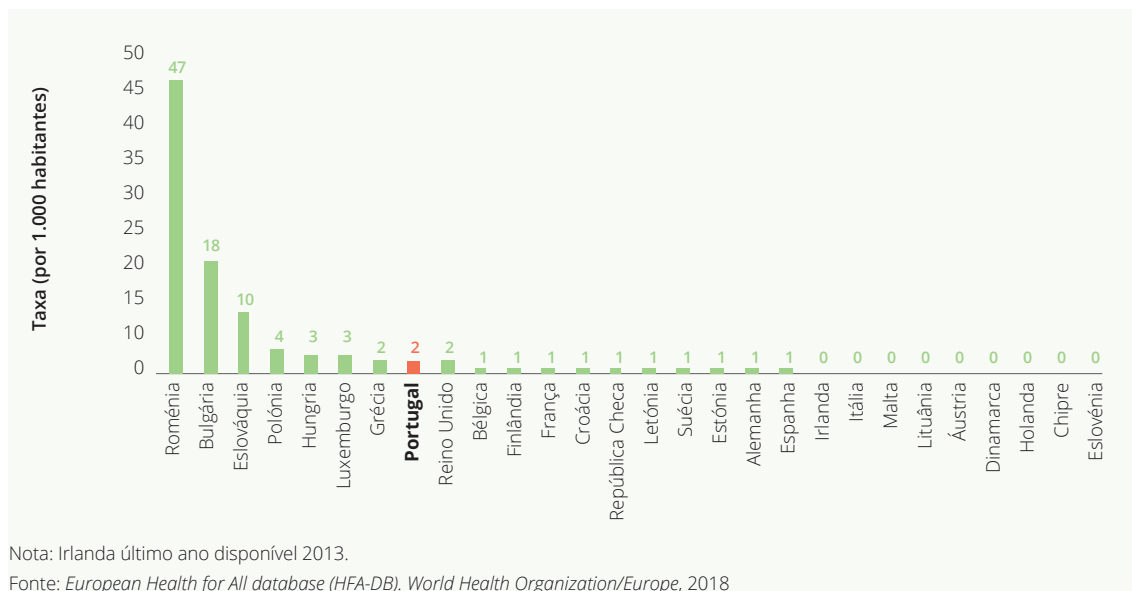
Tabela 18. **Evolução de causas de mortalidade fetal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós neonatal e abaixo dos 5 anos de idade, Portugal, 2014-2016**

Capítulo da CID 10	Componente de mortalidade														
	Fetal			Neonatal precoce			Neonatal tardia			Pós-neonatal			1- 4 anos		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Cap. I - Doenças Infeciosas e Parasitárias	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	3	4	3	2
Cap. II - Neoplasias	-	1	-	-	-	1	-	-	1	2	1	7	14	8	10
Cap. III - Doenças do Sangue e dos Órgão Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	2	1
Cap. IV - Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo	-	-	-	-	3	-	-	-	2	3	3	4	4	5	2
Cap. VI - Doenças do Sistema Nervoso	-	-	-	1	-	1	1	-	2	4	4	7	7	5	7
Cap. IX - Doenças do Aparelho Circulatório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	4	2	1	1	3
Cap. X - Doenças do Aparelho Respiratório	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	6	3	1	7
Cap. XI - Doenças do Aparelho Digestivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-
Cap. XIV - Doenças do Aparelho Geniturinário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Cap. XVI - Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal	278	278	271	104	93	109	28	43	50	11	12	20	-	1	-
Cap. XVII - Anomalias Congénitas	22	18	35	25	15	22	11	17	12	20	29	26	14	10	8
Cap. XVIII - Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas	-	-	-	1	1	-	-	-	-	2	6	2	1	2	1
Cap. XIX - Lesões e Envenenamentos	-	-	-	-	2	-	1	1	1	4	10	1	4	17	11
Total	300	298	306	131	114	133	41	61	68	61	76	79	54	57	52
p-value	0,127			0,159			0,615			0,05			0,281		

Fonte: Sistema de Informação dos Certificados de Óbito, DGS, 2018

No que respeita à taxa de mortalidade padronizada por infeções agudas respiratórias, pneumonia e gripe abaixo dos 5 anos de idade, verifica-se que a maioria dos países da UE, incluindo Portugal, apresenta valores bastantes inferiores de 3 óbitos por 100.000 crianças (Figura 70).

Figura 70. **Comparação da taxa de mortalidade padronizada por infeções agudas respiratórias, pneumonia e gripe abaixo dos 5 anos de idade entre países da União Europeia, 2015**



7.1.2. Mortalidade dos 5 até aos 18 anos de idade

Na mortalidade dos 5 aos 18 anos, o padrão das causas básicas de morte não apresenta variações relevantes ao longo dos três grupos etários estabelecidos (Tabela 19). No entanto, alguns aspetos são de notar:

- Em termos absolutos a mortalidade dos 15 aos 18 anos (4 anos) é sensivelmente a mesma que dos 5 aos 14 anos (10 anos);
- O maior peso da mortalidade no grupo etário 15-18 anos recai nas Neoplasias (capítulo II) e nas Lesões e Envenenamentos (capítulo XIX);
- O capítulo II (Neoplasias) é menos expressivo acima dos 15 anos, isto é o peso da mortalidade por Neoplasias no total das causas de morte neste grupo etário é de cerca de 22% enquanto que nas idades inferiores representava cerca de 32%;
- No capítulo XIX acontece o inverso, isto é, na mortalidade acima dos 15 anos tornam-se muito relevantes as causas de morte associadas a Lesões e Envenenamentos (com aproximadamente metade de todas as mortes do respetivo grupo etário).

Tabela 19. **Evolução de causas de mortalidade por grupos etários entre os 5 e os 18 anos, Portugal, 2014-2016**

Capítulo da CID-10	Grupo etário								
	5 a 9 anos			10 a 14 anos			15 a 18 anos		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Cap. I - Doenças Infeciosas e Parasitárias	-	1	-	1	-	-	-	2	2
Cap. II - Neoplasias	18	17	9	13	15	14	20	22	17
Cap. III - Doenças do Sangue e dos Órgão Hematopoiéticos e Transtornos Imunitários	1	2	1	1	-	-	2	1	1
Cap. IV - Doenças das Glândulas Endócrinas, da Nutrição e do Metabolismo	2	3	-	2	1	6	6	2	4
Cap. V - Transtornos Mentais	-	-	-	-	1	1	-	-	1
Cap. VI - Doenças do Sistema Nervoso	7	9	6	12	6	6	13	5	9
Cap. IX - Doenças do Aparelho Circulatório	1	4	1	3	3	2	2	9	7
Cap. X - Doenças do Aparelho Respiratório	1	-	2	1	2	3	1	3	4
Cap. XI - Doenças do Aparelho Digestivo	-	-	1	1	-	-	-	1	1
Cap. XIII - Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Cap. XIV - Doenças do Aparelho Geniturinário	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap. XV - Gravidez, Parto e Puerpério	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Cap. XVI - Algumas Afeções Originadas no Período Perinatal	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cap. XVII - Anomalias Congénitas	2	3	3	2	4	3	4	2	6
Cap. XVIII - Sintomas, Sinais e Afeções Mal definidas	1	-	1	-	-	-	1	2	5
Cap. XIX - Lesões e Envenenamentos	11	11	4	15	12	14	46	35	39
Total	45	50	29	51	44	49	96	84	96
p-value*	0,621			0,701			0,383		

Fonte: Sistema de Informação dos Certificados de Óbito. DGS, 2018

8 Conclusão

Neste documento são apresentados dados da Saúde Infantil e Juvenil em Portugal principalmente referentes aos últimos 10 anos, que permitem uma descrição e avaliação quer de atividades desenvolvidas, quer da monitorização efetuada.

Os resultados enquadram-se em fatores legislativos, formativos, financeiros, operacionais e também no envolvimento de todos os que diariamente trabalham, de diversas formas, para atingir níveis de excelência nos cuidados de saúde do País.

Atendendo aos dados apresentados ao longo do presente documento, importa identificar perspetivas de melhoria, indutoras de reflexão e orientadoras de políticas sustentáveis e integradoras (multisectoriais), fortemente dirigidas para os resultados a atingir e centradas no alcance do potencial máximo de saúde das crianças e jovens. Assim, promove-se a reflexão a partir dos principais dados aqui expostos:

- Os atuais índices de fertilidade e a natalidade acompanham a tendência decrescente (à semelhança da UE), tornando-se emergente reforçar políticas promotoras do seu incremento em todo o território nacional;
- Apesar dos partos por cesariana terem registado uma tendência decrescente, a percentagem de cesarianas é ainda elevada e importa referir que é significativamente mais elevada nas maternidades privadas, constatando-se espaço para melhoria e necessidade de reflexão acerca da referida assimetria;
- A evolução dos dados relativos ao aleitamento materno apesar de favorável, no que diz respeito à amamentação exclusiva aos seis meses de vida, exige ainda especial atenção para garantir a sustentabilidade da tendência de melhoria. Prevê-se, de extrema importância, o reforço de uma política nacional integradora e multisectorial que amplifique a operacionalização da Estratégia Nacional para a Alimentação do Lactente e da Criança Pequena, em alinhamento com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável;
- O sucesso do Programa Nacional de Vacinação demonstrado pelos dados aqui reportados exige a manutenção do investimento que lhe tem sido garantido para manter os bons resultados custo-efetivos;
- O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce é outro exemplo de bons resultados nacional, sobre o qual importa, por isso, manter o investimento nas políticas de saúde que lhes está subjacente;
- Os bons resultados do Rastreio da Saúde Visual Infantil, iniciado em 2016 em regime de projeto-piloto, fazem deste Programa, que se encontra em extensão a nível nacional, uma importante promessa de melhoria significativa da saúde visual infantil, especificamente no que diz respeito à prevenção e deteção precoce da ambliopia. Acresce, ainda, o facto de ser acolhido numa Estratégia Nacional para a Saúde da Visão, à qual importa reforçar o investimento na celeridade da sua operacionalização, na medida em que prevê também outros programas de melhoria de cuidados na deteção e tratamento precoces em áreas emergentes da saúde da visão, como por exemplo a retinopatia da prematuridade;
- Os dados do Programa de Saúde Oral para crianças de 7, 10 e 13 anos, desenvolvido entre 2009-2016, sugerem melhoria na adoção de medidas preventivas, pelo que emerge reforçar o investimento em políticas de saúde oral cada vez mais precoces, nomeadamente promotoras do indicador livre de cáries aos 6-7 anos de idade;

- No que diz respeito aos dados sobre os comportamentos da população infantil e juvenil, nomeadamente hábitos alimentares, atividade física, obesidade e excesso de peso, consumos de álcool, de drogas e de tabaco, sugere-se o reforço das estratégias dos programas nacionais existentes e o investimento em políticas integradoras e multisectoriais, tais como a promoção da literacia em saúde em todos os contextos de vida desta população (família, escola e comunidade);
- As causas externas de morbilidade (lesões e envenenamento) constituem a terceira causa de episódios de internamento de crianças entre os 5 e os 9 anos de idade. Estes dados merecem um reforço das políticas nacionais na prevenção de acidentes nesta população. A mesma urgência de reflexão se recomenda aplicar às causas de morte por lesão e envenenamento acima dos 15 anos, correspondendo aproximadamente a metade de todas as causas de morte do respetivo grupo etário;
- Na área da violência contra as crianças importa referir que a intervenção dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco, tais nos cuidados de saúde primários, como hospitalares, veio permitir uma mais concreta aplicação dos princípios da subsidiariedade e da intervenção mínima, ao fomentar não apenas a adequação das respostas e a boa prática no atendimento, mas também agilizando a articulação intra e interinstitucional promotora de uma efetiva intervenção integrada. Recomenda-se, assim, manter e reforçar as políticas de saúde que promovam a melhoria contínua da prevenção e intervenção precoce destas situações;
- Em Portugal, tem-se assistido a um aumento generalizado da procura de serviços especializados de saúde mental da infância e adolescência, quer a nível da consulta de ambulatório, quer ao nível do serviço de urgência, bem como a um aumento da gravidade dos quadros clínicos.
A escassez de dados epidemiológicos, sustentados em estudos científicos, impede o desenvolvimento de respostas específicas mais adequadas à realidade nacional, algo que só poderá ser ultrapassado através da realização de um estudo epidemiológico nesta área.
Ainda assim, a recém-publicada Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria de Infância e Adolescência constitui um documento orientador de considerável utilidade para o desenvolvimento dos serviços e para a organização da prestação de cuidados.
Simultaneamente, terá de haver uma integração progressiva deste desenvolvimento com os programas de prevenção e promoção na área da saúde mental lançados regularmente pela DGS.

Para finalizar, importa também referir que se perspectiva, a médio prazo, um incremento na capacidade instalada ao nível da recolha de dados em saúde e seus determinantes, passível de compreender o Sistema Nacional de Saúde, através da implementação da desmaterialização do boletim de saúde infantil e juvenil e da extensão da desmaterialização da notícia de nascimento ao sistema privado de saúde.

A partir da análise deste relatório, a DGS irá desencadear uma reflexão não apenas do que sabemos, mas também do que necessitamos de saber e aprofundar para melhor desenhar estratégias preventivas baseadas em necessidades identificadas. Assim, promove-se o conhecimento sobre a saúde e seus determinantes especificamente no que respeita à Saúde Infantil e Juvenil, bem como iniciativas para melhorar indicadores de desempenho, de saúde e de bem estar nesta fase tão importante do percurso de vida.

Glossário

CESARIANA Parto distócico que consiste na extração de um feto através de incisões na parede abdominal (laparotomia) e da parede uterina (histerotomia).

Fonte: INE

DURAÇÃO DA GRAVIDEZ Período de tempo, medido em semanas completas, que vai do primeiro dia do último período menstrual normal até à data do parto.

Fonte: INE

ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

Fonte: INE

IDADE GESTACIONAL Duração da gestação, a qual é expressa em dias ou semanas completas e é calculada a partir do primeiro dia do último período menstrual normal.

Fonte: INE

- Grande prematuro / Imaturidade extrema – idade gestacional inferior a 28 semanas completas (menos que 196 dias completos)

Fonte: Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde. OMS/CID-10, Vol. 2, 1994, Edição em português

- Outros recém-nascidos de pré-termo – Idade gestacional de 28 semanas completas ou mais, porém menos que 37 semanas de gestação (idade gestacional entre 196 e 259 dias completos)

Fonte: OMS. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde. OMS/CID-10, Vol. 2, 1994, Edição em português

ÍNDICE SINTÉTICO DE FECUNDIDADE Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil).

Fonte: INE

MET MET refere-se a Equivalentes Metabólicos e 1 MET representa a taxa de dispêndio energético em repouso. Convenciona-se que 1 MET equivale a um consumo de oxigénio de 3,5 mililitros por quilograma de peso corporal por minuto. As atividades físicas são frequentemente classificadas de acordo com a sua intensidade, usado o valor de MET(s) como referência.

Fonte: adaptado de *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. OMS 2010

MORTALIDADE PERINATAL Óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade.

Nota: Também pode ser utilizado como limite inferior 22 ou mais semanas de gestação.

Fonte: INE

NADO-VIVO O produto do nascimento vivo (Vide NASCIMENTO VIVO).

Fonte: INE

NASCIMENTO VIVO É a expulsão ou extração completa, relativamente ao corpo materno e independentemente da duração da gravidez, do produto da fecundação que, após esta separação, respire ou manifeste quaisquer outros sinais de vida, tais como pulsações do coração ou do cordão umbilical ou contração efetiva de qualquer músculo sujeito à ação da vontade, quer o cordão umbilical tenha sido cortado, quer não, e quer a placenta esteja ou não retida.

Fonte: INE

NASCIMENTOS TOTAIS Total de nados-vivos e fetos-mortos.

Fonte: INE

ÓBITO FETAL Morte de um produto da fecundação antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Indica o óbito, a circunstância do feto, depois de separado, não respirar nem manifestar quaisquer outros sinais de vida, tais como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou contrações efetivas de qualquer músculo sujeito à ação da vontade.

Fonte: INE

ÓBITO MATERNO Óbito de mulher durante a gravidez ou num período de 42 dias após o seu termo, independentemente da sua duração ou localização, em consequência de causas relacionadas ou agravadas com a gravidez ou por medidas daí decorrentes, mas não devido a causas acidentais ou incidentais.

Fonte: INE

PARTO Completa expulsão ou extração do corpo materno de um ou mais fetos, de 22 ou mais semanas de gestação, ou com 500 ou mais gramas de peso, independentemente da existência ou não de vida e de ser espontâneo ou induzido.

Fonte: INE

PESO À NASCENÇA Primeira medida de peso (em gramas) do nado-vivo obtida após o nascimento. Pesagem feita, de preferência, durante a primeira hora de vida, antes que ocorra uma significativa perda de peso pós-natal.

Fonte: INE

- Recém-nascido com peso muito baixo – peso ao nascer igual ou inferior a 999 gramas.

Fonte: Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde. OMS/CID-10, Vol. 2, 1994, Edição em português

- Outros recém-nascidos de peso baixo – peso ao nascer de 1.000 a 2.499 gramas.

Fonte: OMS. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados com a Saúde. OMS/CID-10, Vol. 2, 1994, Edição em português

TAXA BRUTA DE NATALIDADE Número de nados-vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período (habitualmente expressa em número de nados-vivos por 1.000 (10³) habitantes.

Fonte: INE

Anexo 1

Os objetivos e aspetos metodológicos mais relevantes dos estudos referidos no capítulo sobre comportamentos de saúde da população infantil e juvenil são apresentados de seguida.

O COSI Portugal é um sistema de vigilância nutricional infantil, integrado no estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI/WHO Europe) e tem como principal objetivo criar uma rede sistemática de recolha, análise, interpretação e divulgação de informação descritiva sobre as características do estado nutricional infantil de crianças em idade escolar do 1º Ciclo do Ensino Básico, dos 6 aos 8 anos. Trata-se de um sistema de vigilância que produz dados comparáveis entre países da Europa e que permite a monitorização da obesidade infantil a cada 2-3 anos. Desde 2008 decorreram em Portugal quatro rondas de recolha de dados. A 4ª ronda (2015/2016) do COSI/WHO Europe contou com 35 países da Região Europeia da OMS.

O HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da OMS que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Neste momento conta com 44 países entre os quais Portugal, integrado desde 1996. No nosso país, o primeiro estudo nacional foi concretizado em 1998, realizando-se desde então de quatro em quatro anos. Os dados mais recentes disponíveis correspondem ao estudo realizado em 2014. Nesta ronda a recolha de dados foi obtida através de um questionário online. Os questionários foram aplicados às turmas em sala de aula. Os grupos escolhidos para aplicação dos questionários frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos de escolaridade, procurando encontrar assim um máximo de jovens com 11, 13 e 15 anos de idade.

O IAN-AF em Portugal, realizado entre outubro de 2015 e setembro de 2016, permitiu a criação de uma base descritiva com informação de representatividade nacional sobre três grandes domínios: a alimentação e nutrição, a atividade física e o estado nutricional da população.

Estudos mais específicos sobre consumo de substâncias psicoativas têm vindo a ser realizados com regularidade pelo SICAD destacando-se, no grupo etário de interesse para esta publicação, o *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD). Trata-se de um projeto internacional, realizado em cerca de 40 países europeus, por uma rede de investigadores independentes com o apoio de instituições nacionais e internacionais da área do álcool e/ou drogas. Em Portugal, o ESPAD é promovido pelo SICAD em articulação com o Ministério da Educação.

O ESPAD tem por objetivo recolher e analisar, de modo comparável, dados sobre a evolução dos consumos de substâncias psicoativas, entre os alunos que completam 16 anos no ano do estudo. Realiza-se desde 1995, a cada 4 anos. Em Portugal, desde 2003, optou-se por realizar o estudo não só nos alunos de 16 anos mas também em cada um dos grupos etários dos 13 aos 18 anos. Os dados do grupo dos 16 anos são enviados para o estudo europeu. Assim, o Estudo sobre os Consumos de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD-CAD) corresponde a uma versão alargada do ESPAD europeu.

Anexo 2

Os dados apresentados no capítulo sobre morbilidade hospitalar foram obtidos por consulta ao sistema de *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar (BIMH) desenvolvido numa parceria entre os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Este sistema consiste na construção e manutenção de um *Data Warehouse* alimentado pela base de dados central da Morbilidade Hospitalar (BDMH) e na disponibilização de uma ferramenta de exploração de dados.

À data da consulta (entre 16 e 30 de agosto de 2018) estavam disponíveis no BIMH todos os episódios codificados pelos hospitais abaixo listados (com códigos da Classificação Internacional de Doenças, 9.º e 10.ª versões, válidos) desde 1 de janeiro de 2013 até 14 de junho de 2018. Os dados de 2018 não foram considerados na consulta e chama-se a atenção para o facto de os dados de 2017 serem ainda de carácter preliminar, uma vez que o processo de codificação de episódios com alta em 2017 não está ainda concluído em todas as instituições. Os dados de anos anteriores podem também vir a ser atualizados, pelo que a informação apresentada nesta publicação corresponde aos dados residentes na BDMH à data da consulta.

No que diz respeito ao âmbito geográfico, refira-se que existem episódios codificados por instituições hospitalares das Regiões Autónomas desde 2013, mas o número de episódios registados nesse ano e no ano seguinte parece residual face aos números de 2015 em diante. No entanto, essas instituições não foram eliminadas da consulta por se verificar que representam uma pequena proporção do total de episódios apurados no conjunto de toda as instituições.

Na análise por capítulo da Classificação Internacional de Doenças, para cada grupo etário, apenas se apresentam os resultados para os dez capítulos que originaram maior número de episódios de internamento, não sendo também apresentados os resultados para o capítulo “Classificação Suplementar para Factores com Influência no Estado de Saúde e Contacto com Serviços Saúde”.

A análise restringe-se ao diagnóstico principal do episódio de internamento.

As instituições de saúde incluídas na BDMH são as que constam na lista seguinte:

Instituição de saúde

Centro Hospitalar Barreiro\Montijo, E.P.E.
 Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E.
 Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.
 Centro Hospitalar Povoia do Varzim/Vila do Conde, E.P.E.
 Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
 Centro Hospitalar Setúbal, E.P.E.
 Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
 Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.
 Centro Hospitalar de São João, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Algarve, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E.
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
Centro Hospitalar do Oeste
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.
HPP Hospital de Cascais, Dr. José de Almeida
Hospital Arcebispo João Crisostomo - Cantanhede
Hospital Beatriz Ângelo - Loures
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
Hospital Dr. Francisco Zagalo - Ovar
Hospital Garcia de Orta, E.P.E. - Almada
Hospital Jose Luciano de Castro - Anadia
Hospital Magalhães de Lemos, E.P.E.
Hospital Professor Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.
Hospital S. Jose - Fafe
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. - Barcelos
Hospital Senhora da Oliveira, E.P.E. - Guimarães
Hospital da Horta, E.P.E.
Hospital da Prelada
Hospital de Braga
Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, EPER
Hospital de Vila Franca de Xira
Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER
Hospital do Espírito Santo - Évora, E.P.E.
Instituto Gama Pinto
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Centro, E.P.E.
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Lisboa, E.P.E.
Instituto Português Oncologia F. Gentil - Porto, E.P.E.
Serviço de Saúde da RAM, E.P.E.
Unidade Local de Saúde Nordeste, E.P.E.
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E.
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E.
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano E. P. E.



Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1049-005 Lisboa | Portugal

Tel.: +351 218 430 500 | Fax: +351 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt