



**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

Os Inquéritos Nacionais de Saúde: Pertinência e validade na
produção do conhecimento de base para planeamento de políticas
de saúde no âmbito das Doenças Crónicas Não Transmissíveis

Jussara Cursino do Nascimento

Dissertação para obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento,
especialidade Gestão de Programas e Projetos de Saúde

ABRIL/2014



**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

Os Inquéritos Nacionais de Saúde: Pertinência e validade na
produção do conhecimento de base para planeamento de políticas
de saúde no âmbito das Doenças Crónicas Não Transmissíveis

Autor: Jussara Cursino do Nascimento

Orientador: Professora Doutora Maria do Rosário de Oliveira Martins

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de grau de mestre em Saúde e Desenvolvimento, especialidade Gestão de Programas e Projetos de Saúde

Dedicatória

À Deus, por que dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas;

À minha filha, que copia os meus exemplos, e por isso, quero sempre ter muitos bons exemplos a dar;

Ao meu esposo, pelo incentivo, paciência e por me mostrar que posso sempre muito mais do que imagino;

Aos meus pais, por me ensinarem que posso fazer qualquer coisa, desde que trabalhe muito e faça tudo com muito amor.

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Maria do Rosário Oliveira Martins, minha profunda gratidão pela orientação científica, disponibilidade e paciência sempre demonstrada.

Ao Professor Doutor António Jorge Cabral, por nortear-me e acreditar em mim, mesmo no cenário mais sombrio de dúvidas quanto à realização desta dissertação.

Aos colegas Ana Afonso, Ana Mamede, Daniela Carrujo, Joana Temudo, Miguel Nascimento, Patrícia Matos, Rui Saraiva, Sandra Ferreira e Zélia Muggli. Mais que colegas, pessoas admiráveis e excelentes profissionais, a quem tive a honra de partilhar todas as fases deste mestrado.

Aos meus professores, desde a pré-escola até o presente mestrado, pois todos eles se fazem presentes nesta dissertação pelo muito que contribuíram para minha formação pessoal e profissional, me mostrando um mundo de possibilidades.

Aos meus amigos e familiares, pela compreensão da ausência.

“labor omnia vincit improbus”

(Virgilio. Geórgicas, I, 145-146)

Resumo

Como resultado de uma evolução nos perfis epidemiológicos mundiais, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) apresentam-se como “um dos maiores desafios para o desenvolvimento sustentável neste século”, devido à estreita ligação entre a saúde e o desenvolvimento humano.

São elas atualmente responsáveis por mais de 60% das mortes em todo o mundo e esta taxa tende a aumentar na medida em que o desenvolvimento económico avança, e é principalmente imputável ao envelhecimento da população.

Para que se possam planear políticas públicas eficazes para a prevenção e controle das DCNT's, é fundamental que as decisões políticas sejam norteadas por conhecimentos com base em evidência, advindo da análise das informações produzidas por dados confiáveis.

Numa perspectiva de escassez de recursos, é importante o aproveitamento de instrumentos que, através de uma metodologia rígida, produza dados fiáveis – uma vez que estes levantamentos têm elevados custos financeiros e devem ser maximizadas as suas potencialidades –, propondo-se então a utilização dos Inquéritos Nacionais de Saúde (IqNS's) exatamente por possuírem estas características.

Neste panorama, o objetivo do presente estudo é comparar os dados autoreportados pela população portuguesa acerca das suas características demográficas, de saúde e sobre a utilização de serviços de saúde, com outras fontes de dados, promovendo uma reflexão sobre a pertinência e validade dos IqNS's na produção de conhecimento de base para o planeamento de políticas públicas no âmbito das DCNT's.

A metodologia utilizada para esta comparação é a de estudos exploratórios sobre dados secundários, numa abordagem descritiva de tendência temporal, analisando dados demográficos como idade, sexo e escolaridade, bem como a prevalência de Diabetes Mellitus (DM), hipertensão arterial (HTA) e utilização de serviços de saúde relativos à população portuguesa residente no continente.

Apesar das dificuldades em padronizar as informações dos estudos de maneira a serem comparáveis com os IqNS's, os resultados apontaram consistência na tendência temporal dos valores autoreportados nos inquéritos relativos às variáveis estudadas, com censos demográficos, estudos de prevalência de DM e HTA e médias de utilização de consultas médicas.

No entanto, os resultados demonstraram que estas doenças são subdiagnosticadas (no caso dos diabéticos, mais de 90%, e no caso dos hipertensos, mais de 75% dos doentes que foram diagnosticados nos estudos, desconheciam o facto), advindo do desconhecimento o relato negativo quanto a existência das doenças nos IqNS's.

A introdução do exame físico no processo de inquirição possibilitaria aos pesquisadores buscar toda a informação necessária para estudos epidemiológicos dentro dos IqNS's, poupando recursos do Estado e das instituições com outros levantamentos. Assim, as previsões sobre o avanço das doenças e sobre os impactos socioeconómicos, bem como o planeamento de políticas de saúde, não seriam só promotoras de ganhos de vida, mas de ganhos de qualidade de vida numa população que já vivencia o envelhecimento.

Palavras-chave: Inquéritos Nacionais de Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Tendência Temporal.

Abstract

As a result of developments in global epidemiological profiles, Chronic Noncommunicable Diseases (NCD's) are presented as "one of the greatest challenges to sustainable development in this century", due to the close link between health and human development.

They are currently responsible for over 60% of deaths worldwide and this rate tends to increase the extent to which economic development progresses, and is mainly attributable to an aging population.

To be able to plan effective public policies for prevention and control of NCD's, it is essential that policy decisions are guided by knowledge based on evidence, arising from the analysis of information produced by reliable data.

In view of shortage of resources, it is important that the use of instruments, through a rigid methodology produces reliable data –since these surveys have high financial costs and should be maximized its potential –, then proposing the use of National Health Surveys (NHS's) by exactly possess these characteristics.

Against this background, the objective of this study is to compare the self-reported data the Portuguese population about their demographic characteristics, health and the use of health services, with other data sources, promoting reflection on the appropriateness and validity of NHS's in the production of base knowledge for the planning of public policies within the NCD's.

The methodology used for this comparison is the exploratory studies on secondary data, a descriptive approach to temporal trends, analyzing demographic data such as age, sex and education level, as well as the prevalence of diabetes, hypertension and use of health services for the population Portuguese resident on the continent.

Despite the difficulties in standardizing the information from the studies so as to be comparable with NHS's, the results indicated consistency in the temporal trend of self-reported values, concerning the variables studied, with censuses, prevalence studies about diabetes and hypertension, and averages of use medical appointments.

However, the results demonstrated that diseases are underdiagnosed (in the case of diabetics, more than 90%, and in the case of hypertension, more than 75% of patients who were diagnosed in the study were unaware of the fact) arising from lack of knowledge about the negative reporting of the diseases in NHS's.

The introduction of physical examination in the inquiry process would enable researchers to seek all necessary information for epidemiological studies within the NHS's, saving state resources and institutions with other surveys. Thus, predictions about the progress of the disease and the socio-economic impacts, as well as the planning of health policies, would not only be promoting gains in life, but improvements in quality of life in a population already experiencing aging.

Keywords: National Health Surveys, Chronic Noncommunicable Diseases, Temporal trends.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Teórico	4
1 – Os Inquéritos Nacionais de Saúde.....	4
2 – Evolução Epidemiológica	6
2.1 – <i>Características da População Portuguesa</i>	6
2.2 – <i>Autoperceção do Estado de Saúde</i>	8
2.3 – <i>Envelhecimento</i>	9
2.4 – <i>Doenças Crónicas Não Transmissíveis</i>	12
3 – Acesso e utilização de cuidados de saúde	16
4 – Justificação do Estudo.....	20
4.1 – <i>Questão de Investigação</i>	23
4.2 – <i>Objetivo Geral</i>	23
4.3 – <i>Objetivos Específicos</i>	24
II – Metodologia	25
1 – Desenho do Estudo.....	25
2 – Operacionalização das Variáveis	26
2.1 – <i>Idade</i>	26
2.2 – <i>Diabetes</i>	27
2.3 – <i>Hipertensão Arterial</i>	28
2.4 – <i>Utilização de Serviços de Saúde</i>	29
2.5 – <i>Escolaridade</i>	30
3 – Hipóteses	33
4 – Análise dos Dados	33
III – Resultados	36
1 – Envelhecimento.....	36
1.1 – <i>Envelhecimento – IqNS’s</i>	36
1.2 – <i>Envelhecimento – Censos</i>	37

1.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal	38
2 – Níveis de Escolaridade	39
2.1 – Escolaridade – IqNS´s	39
2.2 – Escolaridade – Censos	40
2.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal	41
3 – Doenças Crónicas Não Transmissíveis	42
3.1 – Diabetes – IqNS´s	42
3.2 – Diabetes – Previadiab 2009	42
3.3 – Diabetes – Relatório Anual do Observatório de Diabetes Portugal 2013	43
3.4 – Diabetes – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal	43
3.5 – Hipertensão Arterial – IqNS´s	44
3.6 – Hipertensão Arterial – Estudo da prevalência da HTA Portugal – 2004	45
3.7 – Hipertensão Arterial – Physa – Portuguese Hypertension and Salt Study	45
3.8 – Hipertensão Arterial – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal.....	45
4 – Utilização de Serviços de Saúde	46
4.1 – Utilização – IqNS´s.....	47
4.2 – Utilização – Elementos Estatísticos DGS.....	48
4.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal	48
IV – Discussão	50
1 – Envelhecimento e Níveis de Escolaridade	51
2 – Doenças Crónicas Não Transmissíveis	52
3 – Utilização de Serviços.....	53
V – Limitações do Estudo.....	55
VI – Conclusões.....	56
Referências.....	59
Anexos	66
Anexo 1 – Dados Grupos Etários segundo IqNS´s	67

Anexo 2 – Dados Grupos Etários segundo Censos Demográficos	68
Anexo 3 – Dados Níveis de Escolaridade segundo IqNS´s	69
Anexo 4 – Dados Níveis de Escolaridade segundo Censos Demográficos	70
Anexo 5 – Dados Diabetes Mellitus.....	71
Anexo 6 – Dados Hipertensão Arterial	72
Anexo 7 – Dados Utilização de Consultas Médicas segundo IqNS´s.....	73
Anexo 8 – Dados Utilização de Consultas Médicas segundo DGS e Censos.....	74

Lista de Abreviaturas

DCNT: Doença Crónica Não Transmissível

DCNT's: Doenças Crónicas Não Transmissíveis

DGS: Direcção-Geral de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

H: Homens

HM: Total Homens + Mulheres

HTA: Hipertensão Arterial

INE: Instituto Nacional de Estatística

IqNS: Inquérito Nacional de Saúde

IqNS's: Inquéritos Nacionais de Saúde

M: Mulheres

N/A: Não Aplicável

N/D: Não Disponível

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

UN: United Nations

VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana.

WHO: World Health Organization

Índice de Ilustrações, Gráficos, Quadros e Tabelas

Ilustração 1 – Construção de Sistema de Informação para Tomada de Decisão	4
Ilustração 2 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050	10
Ilustração 3 – Dimensões do acesso a saúde.....	17
Ilustração 4 – Políticas Públicas para as DCNT's.	22
Ilustração 5 – Fluxo para planeamento e implantação de programas para DCNT's	50
Gráfico 1 – Esperança de vida a nascença Europa	7
Gráfico 2 – Mortalidade Proporcional. Países Sul da Europa	14
Gráfico 3 – Prevalência Nacional Diabetes sobre população Adulta.	15
Gráfico 4 – Taxa Prescrição medicamentos genéricos Ap. Cardiovascular Portugal. ..	20
Gráfico 5 – Evolução de envelhecimento segundo IqNS's	37
Gráfico 6 – Evolução dos grupos etários segundo os censos demográficos.....	38
Gráfico 7 – Comparação dos grupos etários entre IqNS's e censos	38
Gráfico 8 – Evolução dos níveis de escolaridade segundo os IqNS's	40
Gráfico 9 – Evolução dos níveis de escolaridade segundo os censos demográficos	41
Gráfico 10 – Comparação dos níveis de escolaridade entre IqNS's e Censos	41
Gráfico 11 – Comparação prevalência diabetes IqNS's e outros estudo	44
Gráfico 12 - Comparação prevalência HTA nos IqNS's e outros estudo	46
Gráfico 13 – Evolução médias de utilização de consultas médicas – IqNS's	47
Gráfico 14 - Evolução médias utilização consultas médicas - Elementos Estat. DGS... ..	48
Gráfico 15 - Comparação médias utilização consultas médicas - IqNS's e Elementos Estat. DGS	49
Quadro 1 – IqNS's Unidades de Alojamentos e Nº de Inquiridos.....	5
Quadro 2 – Desenho do Estudo	25
Quadro 3 - Padronização dos Grupos Etários. Utilização – IqNS's	29
Quadro 4 – Referência dos Relatórios Estatísticos DGS sobre Consultas Médicas	30
Quadro 5 - Padronização dos Níveis de Ensino – IqNS's	31
Quadro 6 – Padronização dos Níveis de Ensino - Censos	31
Quadro 7 – Operacionalização das variáveis	32

Quadro 8 – Quadro de estabelecimento de hipóteses	33
Quadro 9 – Indicadores dos IqNS´s utilizados no estudo	34
Tabela 1 – Frequência dos grupos etários segundo IqNS´s	36
Tabela 2 – Frequência dos grupos etários segundo censos demográficos	37
Tabela 3 – Frequência dos níveis de escolaridade segundo os IqNS´s	39
Tabela 4 – Frequência dos níveis de escolaridade segundo os censo demográficos	40
Tabela 5 – Frequência autoreportada de DM nos IqNS´s	42
Tabela 6 – Frequência DM – Prevdiab 2009	43
Tabela 7 - Frequência DM – Relatório Anual do Observatório de Diabetes 2013	43
Tabela 8 – Frequência autoreportada de HTA nos IqNS´s	44
Tabela 9 - Frequência HTA conhecida, segundo Estudo DGS sobre HTA 2004	45
Tabela 10 - Frequência HTA conhecida, segundo Physa 2012	45
Tabela 11 – Frequência das médias de utilização de consultas médicas – IqNS´s	47
Tabela 12 – Frequência das médias de utilização de consultas médicas - Elementos Estatísticos DGS e censos	48

Introdução

Como resultado de uma evolução nos perfis epidemiológicos mundiais, as Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT's) apresentam-se como “um dos maiores desafios para o desenvolvimento sustentável neste século” (Clark ¹), devido à estreita ligação entre a saúde e o desenvolvimento humano.

Estas doenças são responsáveis por mais de 60% das mortes em todo o mundo, e quase 80% destas mortes vêm ocorrendo em países de baixa e média renda (Di Cesare et. al. ²; World Health Organization – WHO ³), onde a evolução das taxas de mortalidade por DCNT varia na medida em que o desenvolvimento económico avança, e é principalmente imputável ao envelhecimento da população (Di Cesare et. al. ²; Atun et. al. ⁴).

Este panorama tem afetado não só as vidas das pessoas, mais também os sistemas de saúde. Numa perspectiva económica, os custos envolvidos na intensificação de respostas para as DCNT's seriam pequenos em comparação com as perdas no PIB¹ e no bem-estar social que ocorreriam no caso de inação, uma vez que estimou-se que estas perdas nos países de baixa e média renda em relação ao mesmo período de 2011-2025 estão na casa dos trilhões de dólares (WHO ⁵).

Apesar das resoluções globais, as DCNT's ainda permanecem no grupo menos reconhecido de determinantes que ameaçam o futuro da saúde e do desenvolvimento humano, e a desconexão entre a realidade das pessoas e dos decisores políticos nunca foi tão grande (Horton ⁶). Não obstante os compromissos assumidos junto à comunidade internacional para a prevenção e controle das DCNT's, nota-se uma incapacidade dos sectores públicos em prestar serviços de forma eficiente aliada à rapidez com que as mudanças nos perfis epidemiológicos vêm ocorrendo.

A implantação de políticas públicas de saúde bem planeadas é vital para o sucesso na redução da morbilidade, mortalidade prematura, incapacidades e despesas catastróficas que podem ser provocadas pelas DCNT's, e a proporção das despesas nesta fase da intervenção em Portugal, apresenta-se como um entrave para a efetividade

¹ PIB (Produto Interno Bruto): representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços produzidos num país.

das ações, estimando-se que os investimentos em *provisão e administração de programas de saúde pública* (compreendendo aqui o planeamento de programas) perfazem apenas 0,06% ² das despesas totais de saúde em 2011.

Uma vez a escassez de recursos (financeiros, materiais, humanos, infra-estruturas), o conhecimento e o reconhecimento dos fatores determinantes da saúde da população devem ser norteadores das decisões políticas, culminando para um planeamento mais minucioso de programas. Os sistemas de informação teriam então o objetivo de auxiliar num processo de escolha entre várias alternativas, transformando o processo de tomada de decisão mais eficiente. Dados de qualidade gerariam informações confiáveis, que por sua vez, possibilitariam um melhor conhecimento levando a uma melhor tomada de decisão.

O Relatório do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde 2012 (Conselho Superior de Estatística ⁷), que pretendia identificar o conteúdo dos sistemas de informação das estatísticas oficiais de saúde em Portugal, refere que os trabalhos sobre o tema produzem um conhecimento reduzido, uma vez que não imprimem uma recolha sistemática de dados com base populacional capaz de dar resposta às necessidades de informação.

Como exceção, refere os IqNS's (Portugal ^{8, 9, 10, 11}), porém salienta a sua subutilização e o desperdício de recursos para realização de outros levantamentos que não cobrem a totalidade de áreas desejáveis que produzam conhecimento necessário para o planeamento de políticas de saúde mais efetivas.

O presente estudo tem por base os dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (IqNS's), com o objetivo de comparar os dados autoreportados pelos indivíduos com outras fontes de dados de saúde, promovendo uma reflexão sobre a pertinência e validade dos IqNS's para produção de conhecimento de base para o planeamento de políticas públicas de saúde a prevenção e controle das DCNT's

Mais especificamente, este trabalho pretende analisar a evolução temporal do envelhecimento, da prevalência de diabetes e de hipertensão arterial autoreportados nos IqNS's, bem como analisar se a utilização de serviços de saúde autoreportada pela

² Fonte: Despesas correntes do Serviço Nacional de Saúde. INE, Contas Nacionais 2000 – 2011

população difere quanto ao sexo e idade, contrastando as informações dos IqNS's com fontes de informação alternativas.

A dissertação está dividida em seis capítulos. O primeiro descreve a construção do referencial teórico, nomeadamente sobre os IqNS's, a evolução epidemiológica portuguesa – as tendências de envelhecimento e prevalência de DCNT's –, assim como o acesso e utilização de cuidados de saúde.

No segundo capítulo está representado o desenho do estudo e as metodologias utilizadas para operacionalizar as variáveis de interesse, e no terceiro capítulo, os resultados das análises exploratórias sobre os dados secundários, com referência a tendência temporal das variáveis e as comparações com as outras fontes de dados de saúde, permitindo uma visão clara da evolução dos dados.

A discussão sobre a consistência dos IqNS's comparados com outras fontes de dados de saúde está apresentada no quarto capítulo, e no quinto, apresentam-se as limitações do estudo.

No sexto e último capítulo, apresentam-se as conclusões sobre a validade e pertinência dos dados autoreportados e as implicações práticas na produção do conhecimento de base para o planeamento de políticas de saúde que visem minimizar os efeitos das DCNT's na população, assim como outros contributos.

I – Enquadramento Teórico

1 – Os Inquéritos Nacionais de Saúde

Sendo que os recursos da saúde (financeiros, materiais, humanos, infra-estruturas) tornam-se cada vez mais escassos, o conhecimento e reconhecimento das problemáticas e do público a quem se destinam as políticas, programas e planos deste *direito fundamental do ser humano*³, exigem um planeamento minucioso, com base em informações concretas, e não simplesmente norteados por interesses pessoais ou de classes específicas, com uma perspectiva mais curativa.

Gouveia & Ranito ¹² já referiam sobre as partes integrantes de um sistema de informação eficiente, alertando-nos para questões sobre o processo de tomada de decisão depender de uma cadeia de processos, onde todos os níveis de recursos estão envolvidos, desde a colheita dos dados, o processo de tratamento destes dados – que devem gerar informação de qualidade –, a produção do conhecimento propondo inovações e a melhoria continuada dos processos.



Ilustração 1 – Construção de Sistema de Informação para Tomada de Decisão. Adaptado de Gouveia e Ranito ¹²

Também se sabe que os custos para levantamento de dados com base populacional é bastante elevado, sendo que devem ser maximizadas as potencialidades de trabalhos que, com metodologia apropriada, sejam capazes de gerar dados e que possam dar resposta às necessidades de quem utiliza esta informação para produção de conhecimento.

Os IqNS´s são realizados com entrevistas aplicadas a uma amostra probabilística – baseada nos resultados dos censos demográficos – representativa da população portuguesa, definidas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

³ Saúde: Definido como direito fundamental do ser humano na Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946.

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950
Nº de pessoas inquiridas	41585	49718	48606	41193

Quadro 1 – IqNS´s Unidades de Alojamentos e Nº de Inquiridos

Os questionários de recolhas de dados seguem orientações da Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Económico (OCDE), e as entrevistas são distribuídas de maneira uniforme pelas 52 semanas do ano, de maneira a analisar possíveis variações oriundas da sazonalidade, e aplicadas por equipa de entrevistadores treinada pelo INE para este efeito (Dias ¹³).

O Relatório do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde 2012 (Conselho Superior de Estatística ⁷), que pretendia identificar o conteúdo dos sistemas de informação das estatísticas oficiais de saúde em Portugal, refere que os trabalhos sobre o tema produzem um conhecimento reduzido, uma vez que não imprimem uma recolha sistemática de dados com base populacional capaz de dar resposta às necessidades de informação.

Como exceção, refere os IqNS´s (Portugal ^{8, 9, 10, 11}), porém salienta a sua subutilização e o desperdício de recursos para realização de outros inquéritos que não cobrem a totalidade de áreas desejáveis que produzam conhecimento necessário para o planeamento de políticas de saúde mais efetivas.

Dias ¹³ num estudo muito interessante, resume em seu trabalho os marcos históricos e a evolução dos IqNS´s, demonstrando que devido aos exigentes critérios metodológicos utilizados, são um instrumento de suma importância para os pesquisadores da saúde, tanto no panorama nacional quanto internacional, e com base na exploração secundária da informação produzida, podem promover o conhecimento acerca da saúde e dos comportamentos dos portugueses.

Observa-se então aqui uma janela de oportunidade para utilizar esta rica fonte de informação de maneira a retratar a morbidade da população portuguesa, com foco nas DCNT´s, que possa gerar informação de qualidade para estudos que visem minimizar os efeitos destas doenças na população e produzir conhecimento para que as decisões sobre a implantação de planos, programas e projetos de saúde nesta área sejam cada vez mais eficientes.

2 – Evolução Epidemiológica

2.1 – Características da População Portuguesa

A transição epidemiológica, um fenómeno que ocorre nas populações de forma não linear, é caracterizada principalmente pela *passagem de um perfil epidemiológico marcado por altas taxas de mortalidade e prevalência de doenças infecciosas* (Meade et. al., 1988 ⁴) para um perfil com baixa mortalidade, aumento da prevalência de doenças crónicas e envelhecimento populacional.

A não-linearidade desta transição deve-se principalmente às diferenças regionais, podendo-se concluir que esta ainda não atingiu o seu estágio mais avançado mesmo em zonas onde a maior parte das populações já revela estar no auge da transição, nomeadamente os países mais desenvolvidos (Nogueira e Remoaldo ¹⁴).

Desde os primórdios da epidemiologia, quando John Snow *mapeou as mortes por cólera em Londres*⁵, esta busca por determinar, geograficamente, as diferenças e igualdades das realidades, bem como o estudo pormenorizado destas “regionalidades” auxilia no planeamento de políticas públicas de saúde mais efetivas, adequadas as problemáticas de cada população.

Nogueira e Remoaldo ¹⁴, enquadram de forma interessante como a transição epidemiológica ocorreu em Portugal:

“Portugal insere-se no Modelo Mediterrâneo, caracterizado por uma transição tardia, mas acelerada. A transição epidemiológica ocorreu tardiamente no nosso país, já em pleno século XX, mas durou apenas entre 70 a 90 anos [...]. Tal como reportado no modelo global da transição epidemiológica, as populações urbanas enfrentavam condições de saúde particularmente frágeis, face ao rápido e intenso crescimento demográfico e espacial das cidades. Foram, por isso, as regiões urbanas do litoral português aquelas que conheceram os maiores declínios nas taxas de mortalidade, sinal inequívoco de uma revolução epidemiológica em marcha.”

Neste processo de transição, Portugal ainda se encontra em desvantagem em comparação com outros países Europeus (Fernandes ¹⁵ e Giraldes ¹⁶), no que se percebe que ainda há muito que se fazer relativamente às políticas de saúde para os problemas

⁴ Meade, M.; Florin, J. e Gesler, W. (1988), *Medical Geography*, Nova Iorque, The Guilford Press, apud Nogueira e Remoaldo ¹⁴

⁵ No episódio conhecido como “Broad Street cholera outbreak”, ocorrido em 1854, John Snow mapeou as mortes por *vibrio cholerae*, devido a um surto violento na cidade de Londres e identificou como fonte de infeção um poço de água, localizado no epicentro das ruas com o maior número de mortes registadas.

emergentes da transição epidemiológica, nomeadamente o aumento das DCNT's e do envelhecimento populacional.

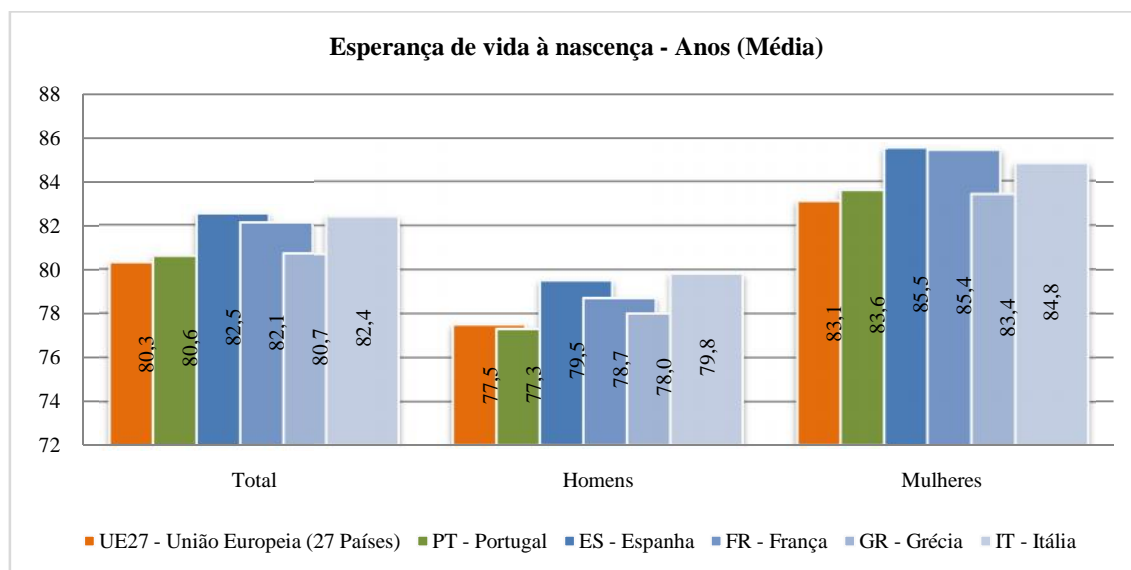


Gráfico 1 – Esperança de vida a nascença Europa. Fonte: PORDATA, Eurostat, a partir de dados do Instituto Nacionais Estatística.

Estas doenças têm impactos negativos sobre as comunidades, uma vez que, num contexto não só epidemiológico, mas também económico, são muitas vezes acompanhadas por invalidez permanente e tem um impacto económico direto sobre as famílias e as comunidades, tanto no consumo de cuidados de saúde, quanto em nível de rendimentos e produtividade (WHO ⁵).

Uma vez que as DCNT's estão relacionadas com diversos fatores determinantes, principalmente os que se traduzem nos efeitos de hábitos de vida pouco saudáveis (Dias ¹⁷), sendo ao longo dos anos, reforçados e potencializados nos indivíduos que alcançam idades mais avançadas (Fernandes ¹⁵), tornar o envelhecimento saudável traduz-se então num grande desafio.

Num estudo bastante abrangente, Dias ¹⁷ caracteriza as distribuições dos fatores que determinam a saúde dos portugueses, relacionadas com os comportamentos. Também constrói perfis demográficos e sociais da ocorrência destes fatores e quantifica a relação destes perfis com alguns indicadores de estado de saúde, nomeadamente os que traduzem incapacidade física e utilização de cuidados.

Apresentando um referencial teórico sobre as DCNT's e os fatores que as determinam num contexto português, bem como quadros conceptuais para o estudo dos

determinantes em saúde relacionados com os comportamentos dos indivíduos, Dias ¹⁷ obtém como resultados a distribuição da população quanto a essas determinantes, os padrões registados segundo algumas *variáveis de interesse*⁶ e também o efeito das determinantes sobre o estado de saúde e a utilização de cuidados, ampliando a base de evidência para o planeamento de intervenções de saúde para prevenção e controle das DCNT's.

Importante salientar que, segundo as variáveis de interesse, nomeadamente as sócio-económico-demográficas, são diversos os fatores que influenciam também o indivíduo na sua percepção de estado de saúde.

Debruçando-se sobre a compreensão do impacto destes indicadores na percepção do estado de saúde da população portuguesa, Oliveira ¹⁸ efetuou um enquadramento teórico sobre a percepção do estado de saúde, com utilização dos dados do 4º IqNS para sua análise. Revelou porém que estes indicadores podem dar origem a respostas diferentes, com diferentes interpretações, segundo a autoperceção do estado de saúde que tem o indivíduo, que, com uma abordagem mais sociológica, veremos adiante.

2.2 – Autoperceção do Estado de Saúde

Sendo a Sociologia parte das ciências humanas “*que estuda a sociedade e os factos sociais*” ⁷, o comportamento humano em função do meio, esta ciência tem, em Portugal, desde a década de 80 do século passado, mapeado e consolidado a produção de conhecimento sobre uma abordagem sociológica da saúde, permitindo maior percepção a respeito desta temática (Falcão ¹⁹).

Em seu trabalho, Vintém ²⁰ visou descrever o modo como os indivíduos percecionam o seu estado de saúde, relacionando as respostas dos últimos três IqNS's com os níveis de escolaridade e gênero dos inquiridos, caracterizando a autoperceção do estado de saúde como “indicador subjetivo” capaz de complementar indicadores mais concretos, como a mortalidade e a morbidade, “independente das interpretações médicas dos sintomas”.

⁶ Variáveis de interesse: sexo, idade, estado civil, nível de ensino e grupo profissional.

⁷ Dicionário Priberam.

Ribeiro et. al. ²¹, organizando artigos sobre a promoção da saúde com uma abordagem psicológica, inclui a visão de Vilhena et. al. (*“Preditores da qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas”*) a respeito da qualidade de vida, onde as previsões baseiam-se em fatores de personalidade e psicossociais, que podem ajudar a uma melhor adaptação e adesão à terapêutica prescrita, por exemplo.

Mais uma vez aqui, as características sócio-económico-demográficas são analisadas como fatores de influenciam na forma como o indivíduo procede esta auto-avaliação, e apesar de evidências mostrarem um aumento na auto-apreciação positiva de saúde por parte dos portugueses, pessoas com menos anos de estudo e as mulheres tendem a apresentar uma apreciação menos positiva acerca da sua saúde (Vintém ²⁰).

Por outro lado, também importa referir uma tendência das políticas públicas em saúde, sobre o empoderamento dos cidadãos, promotor de uma participação social mais engajada na construção destas políticas, bem como a criação de mecanismos para envolvimento dos utentes e da comunidade por parte do Estado, como refere Serapioni e Sesma ²².

Aqui percebe-se o quão relevante é o conhecimento da avaliação que as comunidades fazem de sua própria saúde, uma vez que, devido a sua maior participação na construção das políticas públicas neste âmbito, estas podem ser influenciadas por subjetividades no processo de avaliação das necessidades em saúde.

Desta forma, não é suficiente conhecer as problemáticas de saúde de uma população. Torna-se também indispensável o reconhecimento da avaliação que os indivíduos fazem acerca da sua própria saúde, para a construção de políticas efetivas sobre os impactos que esta auto-avaliação pode trazer aos sistemas de saúde, nomeadamente quanto ao acesso aos serviços, consumo de cuidados e despesas em saúde.

2.3 – Envelhecimento

Uma vez que o envelhecimento populacional é relatado como um dos fatores que caracterizam a transição epidemiológica, devido evolução dos perfis de mortalidade de morbilidade – para baixa mortalidade e aumento da prevalência de doenças crónicas

não-transmissíveis – este fator pode facilmente ser observado levando em consideração a estrutura das pirâmides etárias populacionais.

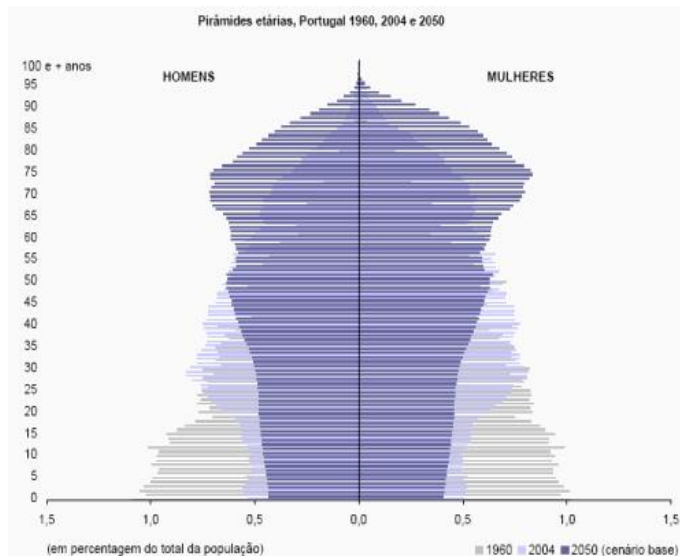


Ilustração 2 – Pirâmides etárias, Portugal 1960, 2004 e 2050 in Dias ²⁴

Ao estudar os aspectos envolvidos no envelhecimento, Lebrão ²³ introduz o seu trabalho abordando a alteração da estrutura da pirâmide etária como indicador do envelhecimento, referindo que numa transição demográfica, as pirâmides etárias deixam de ter esta característica piramidal (base larga, paredes inclinadas e ápice pontiagudo)

para revelar uma forma convencionalmente chamada de “barril” (base mais estreita que no perfil anterior, paredes retas e ápice largo).

Segundo a autora, esta mudança também alteraria os padrões de saúde e doença, bem como o modo de interação destes padrões e os fatores que os determinam. Também influenciadora desta transição epidemiológica, destaca a transição da atenção a saúde, nomeadamente no uso de “novas tecnologias que são aplicadas à população através dos sistemas de atenção à saúde” (Lebrão ²³).

Portugal atualmente ocupa o 8º lugar no ranking dos países mais envelhecidos, com base no critério de proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (UN 2009⁸), e neste contexto revela-se a importância da percepção da temática do envelhecimento da população e das problemáticas que daí advém, para os pesquisadores e planeadores de políticas públicas.

Na procura pela percepção dos fatores motivadores de pesquisas sociológicas sobre o envelhecimento num contexto português, Lopes e Lemos ²⁵ revelaram como área de investigação mais abordada a dependência e os cuidados, cujo interesse

⁸ United Nations (2009), Population Ageing and Development 2009, Department of Economic and Social Affairs & Population Division, UN apud Lopes e Lemos ²⁵.

atribuem ao aumento das dependências e a pressão sobre os sistemas de prestação de cuidados, principalmente os de saúde.

Oliveira et. al. ⁶⁵ também preocuparam-se em determinar a prevalência da dependência de terceiros em idades mais avançadas, traçando um perfil da população portuguesa. Referiram uma abordagem mais holística do envelhecimento, para além da pura e simples abordagem biológica:

“devemos considerar o processo de envelhecimento como um equilíbrio dinâmico entre fatores físicos, psíquicos e sociais. Um envelhecimento bem sucedido pressupõe uma capacidade de resposta adaptativa aos desafios relacionados com o avanço da idade”.

Neste mesmo estudo, apontam públicos-alvo específicos para realização de intervenções na área do envelhecimento e dependência, designadamente:

- homens com idade superior a 75 anos, residentes no Alentejo tem 4,28 vezes mais chances de dependência funcional;
- tanto em Lisboa e Vale do Tejo quanto no Algarve predominam hábitos de vida desfavoráveis da população idosa;
- mulheres entre os 65 e 74 anos residentes na zona centro tem tendência a obesidade que poderá estar associada ao aumento dos riscos cardiovasculares.

No entanto, a população idosa portuguesa envelhece, de um modo geral, funcionalmente independente e com hábitos de vida favoráveis para esta independência (Oliveira et. al. ⁶⁵).

Em “Conversas de Fim de Tarde” realizadas pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Dias ²⁴ apresenta um trabalho sobre a epidemiologia do envelhecimento em Portugal, com dados e gráficos demonstrativos da distribuição da população por grupo etário, aumento da população idosa, perfis de mortalidade e morbidade (com enfoque nas doenças crónicas e determinantes relacionadas com comportamentos), as relações sociais dos idosos, funcionalidade e utilização de cuidados em saúde.

Conclui-se que é de extrema importância a dinamização e o incentivo do envelhecimento ativo, sendo necessário introduzir mudanças conceituais nas políticas de assistência aos idosos, com vistas a minimizar os efeitos das doenças emergentes

numa idade adulta mais avançada, fomentando precocemente comportamentos saudáveis e reduzindo os custos com cuidados de saúde para esta faixa etária.

2.4 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Atualmente, as DCNT's são responsáveis por mais de 60% das mortes em todo o mundo, e quase 80% destas mortes tem ocorrido em países de baixa e média renda (Di Cesare et. al. ²; WHO ³), sendo que as taxas brutas de mortalidade das DCNT's variam na medida em que o desenvolvimento económico avança, e é principalmente imputável ao envelhecimento da população (Di Cesare et. al. ²; Atun et. al. ⁴).

Assim como Nogueira e Remoaldo ¹⁴ descrevem que “as regiões urbanas do litoral português conheceram os maiores declínios nas taxas de mortalidade, sinal inequívoco de uma revolução epidemiológica em marcha”, Cesse ²⁶ também reforça esta características em seu estudo sobre as DCNT's no Brasil, referindo que o aumento da expectativa de vida, a dinâmica económica, a urbanização e mudanças nos hábitos de vida nas capitais brasileiras que experimentam mais precocemente esta evolução, também experimentam mais precocemente as condições para o crescimento das DCNT's.

Ao contextualizar as DCNT's, Cesse ²⁶ destaca as mudanças advindas do processo de transição epidemiológica, onde após a descoberta de agentes transmissíveis, há a predominância da prática clínica mais observacional, favorecendo estudos que associavam os riscos de adoecer com problemas individuais de saúde.

Com base neste contexto observacional, emerge o conceito da não-transmissibilidade de doenças crônicas, caracterizam-se outros fatores para descrevê-las, nomeadamente:

- a complexidade e multiplicidade dos fatores de risco associados;
- a influência recíproca entre os fatores de risco;
- o longo período que decorre entre a exposição ao risco e o aparecimento da doença;

- o longo período que decorre entre o aparecimento da doença e o aparecimento dos sintomas;
- períodos de remissão e agravamento;
- as doenças se apresentam de forma gradativa, prolongam-se no tempo e são permanentes;
- as descompensações podem levar a incapacidades e a morte.

Com base nestas características, apresentam-se então como as principais DCNT's, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias crónicas, os cânceres e a diabetes. Porém a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece e descreve outras quatro doenças que estão intimamente ligadas com as DCNT's, às quais deve ser dada importância dentro da saúde pública, sendo: outras doenças crónicas (renais, endócrinas, neurológicas, hematológicas, gastroenterológicas, hepáticas, músculo-esqueléticas, pele e orais), doenças mentais, deficiências e lesões (WHO ²⁷).

No entanto, a falta de acesso nos cuidados primários de saúde a programas de qualidade que possibilitem reduzir fatores de risco e detectar precocemente as DCNT's também apresentam-se como determinantes sociais para o aumento da mortalidade nos países de baixa e média renda (Alleyne et. al. ²⁸; Di Cesare et. al. ²; WHO ²⁹).

Apresentando-se como “um dos maiores desafios para o desenvolvimento sustentável neste século” (Clark ¹), devido à estreita ligação entre a saúde e o desenvolvimento humano, e seu crescimento em países de baixa e média renda, estas doenças tem afetado não só as vidas pessoas, mais também os sistemas de saúde, os sistemas sociais, as famílias e as comunidades como um todo.

Nota-se então que também fatores sociais estão intimamente ligados às DCNT's, e para o conhecimento destes fatores, é necessário a existência de um modelo conceitual construído com a contribuição das diferentes teorias sociais em saúde, tendo uma perceção que parta do micro para o macro ambiente, teorias estas com visão ampla dos determinantes sociais em saúde, algumas delas revistas criticamente no trabalho de Almeida-Filho ³⁰.

A agenda pós 2015, que está a ser construída com base nos Objetivos do Milénio, deve tratar também de desafios emergentes como as DCNT's, que resultam da

transição epidemiológica das populações. Sendo a saúde um contributo e um resultado do desenvolvimento humano (Alleyne et. al. ²⁸; Clark ¹), esta questão deverá atingir uma dimensão fundamental na agenda pós 2015 e conta com o apoio das *25by25 goals*⁹.

Objetivando uma melhor percepção das DCNT's, a WHO ³¹ lança uma ferramenta que visa prover de informação os países sobre sua situação diante do crescimento destas doenças, nomeadamente o *Noncommunicable diseases country profiles*, que refere informações quanto aos índices de mortalidade, comportamentos de risco, riscos metabólicos, mortalidade proporcional e a capacidade de respostas dos Sistemas de Saúde para as DCNT's, relativos a cada país.

Em Portugal, as DCNT's são responsáveis por 86% do total de mortes – com destaque para as doenças cardiovasculares e os cancros, estando na média dos países classificados com alto desenvolvimento, e apresentando ligeira vantagem se comparado a outros países do sul da Europa (WHO ³¹).

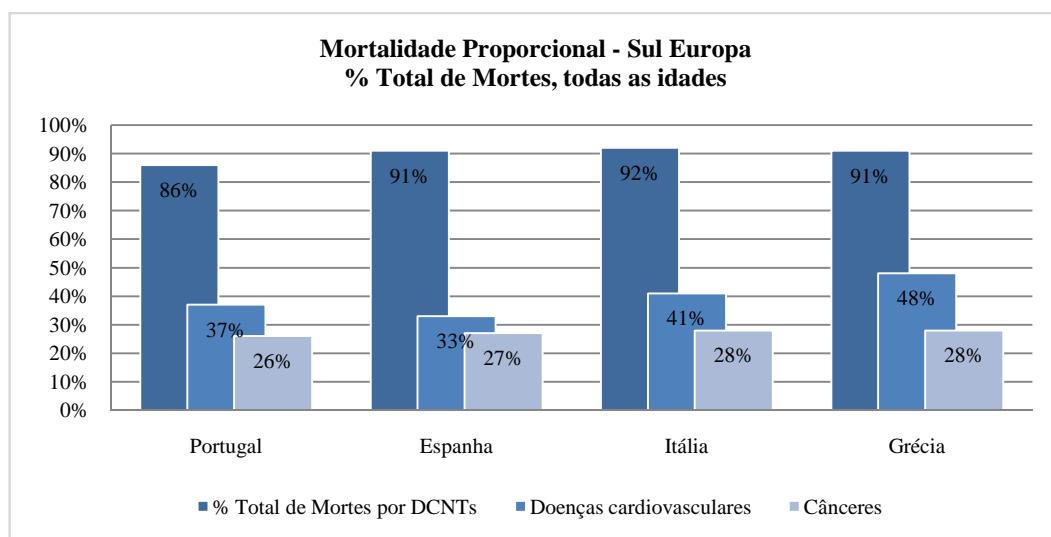


Gráfico 2 – Mortalidade Proporcional. Países Sul da Europa (% total mortes, todas as idades). Fonte: WHO ³¹

Mais especificamente sobre a diabetes, o Atlas da Diabetes (International Diabetes Federation ³²), além da descrição sobre a doença, o fardo global que representa, as perspectivas regionais e os recursos e soluções disponíveis, também faz

⁹ 25by25 Goals: Documento ratificado pelas nações com metas para a redução da mortalidade por DCNTs em 25% até 2025.

descrição sobre a doença com dados selecionados por países, tornando-se também um documento norteador para políticas públicas de saúde, nomeadamente para o controle da diabetes e seus fatores de risco.

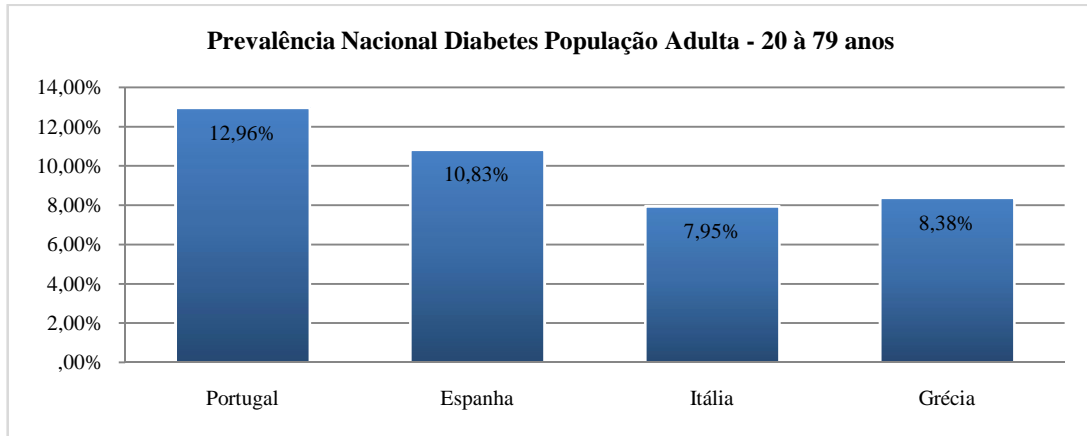


Gráfico 3 – Prevalência Nacional Diabetes sobre população Adulta – Estimativas 2013. Fonte: International Diabetes Federation ³².

Visando compreender melhor os fatores que determinam as DCNT's em Portugal, Dias e Paixão ³³, apresentam resultados dos seus recentes estudos sobre a população portuguesa, com destaque os fatores de riscos associados a esta doenças e os impactos dos comportamentos dos indivíduos sobre sua saúde.

Referem, no futuro, um aumento da população idosa, um aumento da prevalência destas doenças e aumento do consumo de cuidados de saúde (Dias e Paixão ³³) devido às características das DCNT's já aqui referidas, nomeadamente o prolongamento da doença no tempo e a permanência desta durante a vida.

Também Afonso et. al. ³⁴, fazem referência sobre a alimentação, o peso e o hábito de fumar (comportamentos e riscos evitáveis) como fatores com maior relevância para saúde da população idosa portuguesa, tendo como foco a escolha alimentar destes idosos e concluindo, uma vez que estas escolhas afetam a saúde e o envelhecimento, estes fatores devem ser considerados para o planeamento de políticas públicas de saúde adequadas ao perfil da população portuguesa.

A respeito da Hipertensão Arterial (HTA), com base em uma revisão de literatura e inquéritos aplicados em farmácias comunitárias na região de Lisboa e Vale do Tejo, Ventura ³⁵ descreveu os custos diretos e indiretos associados à HTA e

identificou variáveis socioeconómicas que contribuem para a evolução da doença e seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos, concluindo que os custos para os sistemas de saúde são elevados, e percepção da qualidade de vida é nitidamente afetada pelo grau de escolaridade dos inquiridos.

Campos ³⁶ alerta porém, para o facto das respostas às DCNT's no Sistema de Saúde português ter por base os cuidados de agudos, revelando que “71,9% dos motivos de ida as urgências hospitalares devem-se à agudização de doença crónica”, e Pinheiro ³⁷ salienta que “na generalidade dos sistemas, a organização tradicional dos cuidados de saúde para a abordagem médica e de enfermagem da pessoa com doença crónica, é tipicamente estruturada para cuidados episódicos e reativos – doença aguda”, demonstrando que há condicionantes na organização de respostas para a prevenção e controle destas doenças.

Para além destes autores, outros estudos referem à intervenção precoce nos fatores de riscos uma mais-valia para obtenção de êxito nas políticas públicas de combate a estas doenças (Di Cesare et. al. ²; WHO ⁵).

Ellershaw (2003)¹⁰ apud Santos e Capela ³⁸, refere os cuidados paliativos como facilitadores de uma “melhoria da qualidade de vida dos doentes e familiares que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico ilimitado”, podendo estender estes cuidados para uma fase mais adiantada da DCNT.

Assim, mudanças na respostas do Sistema de Saúde, com foco na prevenção da doença, o controle dos fatores de risco, a continuidade dos cuidados, a proatividade dos profissionais de saúde, a visão holística no tratamento do indivíduo e na integração dos cuidados, nos parece ser a chave para uma melhor resposta as DCNT's.

3 – Acesso e utilização de cuidados de saúde

O Estado Português declara, em sua constituição, que “todos têm direito a saúde e o dever de a defender e promover” ¹¹, sendo de responsabilidade do Estado a garantia

¹⁰ Ellershaw, J. (2003). Introduction. In J. Ellershaw & S. Wilkinson (Eds.), *Care of the dying – a pathway to excellence*. Oxford: Oxford University Press, apud Santos e Capela ⁵²

¹¹ Art. 64º da Constituição da República Portuguesa, de 1976.

do acesso à saúde a todos os cidadãos, tendo em conta as condições socioeconómicas individuais, devendo esta prestação ser “tendencialmente gratuita”.

Ao contrário de outros países – como o Brasil, p. ex., cuja declaração constitucional sobre a saúde refere-a como “um direito de todos e dever do Estado”¹², aqui sem referência direta quanto ao seu financiamento – a menção “tendencialmente gratuita” na Constituição da República Portuguesa abre margens ao Estado dificultar o acesso a este direito do cidadão, mesmo com frágeis argumentos para o fazê-lo.

Todavia “a limitação do Estado frente à demanda social, evidenciando a escassez de recursos para fazer face a esta demanda, não pode servir de justificativa para que o cidadão perca este direito” (Costa e Guimarães ³⁹).

Uma vez declarado que “todos têm direito” e é um dever do Estado a garantia do acesso à saúde a todos, nos torna importante referir quais são os fatores que influenciam este acesso por parte dos cidadãos portugueses.

Para Sanchez e Ciconelli ⁴⁰, uma discussão atual sobre o conceito baseia-se na questão da justiça social e equidade, porém esta “pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surjam” e em seu trabalho, procuraram correlacionar quatro dimensões do acesso a saúde – disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação.

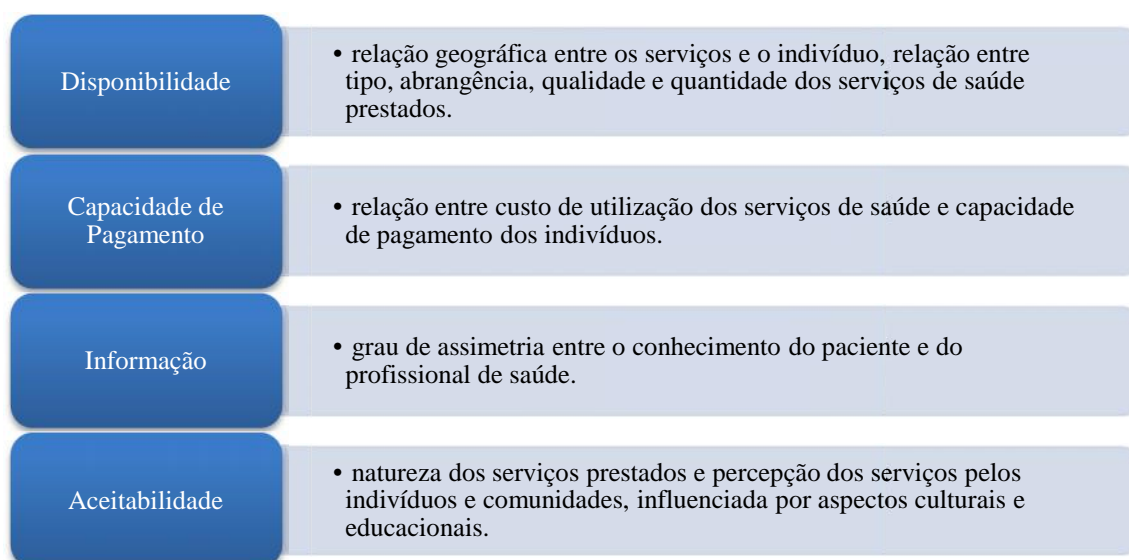


Ilustração 3 – Dimensões do acesso a saúde. Adaptado de Sanchez e Ciconelli ⁴⁰

¹² Art. 196º da Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988.

Os autores também estabelecem considerações sobre a complexidade do conceito de acesso, referindo sua importância para o planeamento de políticas públicas de saúde, concluindo:

“A melhoria do acesso à saúde e a garantia de uma maior equidade não serão obtidas com ações cujo foco se limite aos sistemas de saúde. Em vez disso, dependem de ações intersectoriais e políticas sociais e económicas que permitam dissipar diferenças de renda e educação”

Ao procurar buscar evidências sobre desigualdades em saúde e acesso aos cuidados de saúde, Furtado e Pereira ⁴¹ descreveram a maneira como os portugueses financiam os custos com saúde, referindo que despesas diretas tendem a ser mais onerosas para as famílias mais pobres, de uma maneira desproporcional aos seus rendimentos. Os obstáculos no acesso aos cuidados aconteceriam em diversas fases do processo de prestação de cuidados, estando intimamente ligadas, entre outros fatores, com a disponibilidade e informação, dimensões também descritas por Sanchez e Ciconelli ⁴⁰.

Para Giraldes ⁴², relativamente à equidade de utilização, esta pressupõe a existência de um equilíbrio entre a oferta e a procura:

“Não basta que exista equidade de acesso. Os serviços podem existir sem serem utilizados devido, por exemplo, a falta de informação. Também não é suficiente que a procura se manifeste, na medida em que existe procura expressa que não é satisfeita e que vem reflectir-se nas listas de espera.”

Este equilíbrio seria atingido então, com a equidade de utilização, com a distribuição equitativa *per capita* de consultas médicas, dias de internamento, medidas preventivas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, segundo as necessidades dos utentes, e ao mesmo tempo, com o alcance de um nível de satisfação dos utentes quanto aos serviços de saúde prestados.

Outra questão importante sobre o acesso e utilização de cuidados de saúde está relacionada com a adesão ao regime terapêutico, prescrito pelos profissionais de saúde com vistas a melhorar as condições de saúde dos utentes e promover a redução de uma *mortalidade evitável*¹³.

¹³ Mortalidade Evitável: inclui as causas de óbitos cuja ocorrência podia ter sido prevenida ou tratada através da prestação de cuidados de saúde, incluindo principalmente as DCNTs.

Esta adesão ocorre quanto “o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta, nas mudanças no estilo de vida, coincidem com as recomendações de um prestador de cuidados de saúde” (Dias et. al. ⁴³).

Os mesmos autores referem que indivíduos com DCNT's são os que menos aderem à terapêutica, sendo que em países desenvolvidos, apenas 50% destes doentes cumprem o tratamento acordado com o profissional de saúde (Dias et. al. ⁴³), acarretando vários problemas já anteriormente descritos, nomeadamente o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos, o excesso de utilização dos serviços de saúde, bem com outras questões socioeconómicas relacionados com o impacto destas doenças na sociedade.

A respeito da não adesão medicamentosa influenciada por questões económicas, Hogerzeil et. al. ⁴⁴ recomendam que o acesso a medicamentos deva ser uma prioridade a ser assumida pelas nações, e para que haja sucesso na prevenção e controle das DCNT's, medidas como a aquisição de medicamentos sem patente para estas doenças, o aumento do financiamento, a promoção da equidade no acesso, o gerenciamento cuidadoso dos conflitos de interesse de todos os intervenientes (doentes, profissionais de saúde, indústria farmacêutica), devem ser fortemente apoiadas pelos governos.

Desta forma, mais medicamentos poderiam ser adquiridos dentro dos orçamentos governamentais existentes, com uma seleção eficiente, um uso racional e com a aquisição e uso de genéricos, permitindo que mais pessoas possam aceder a medicamentos que lhe permitam controlar as descompensações e recidivas destas doenças, evitando as incapacidades e mortes prematuras.

Em Portugal, a partir de 2005, nota-se o aumento de prescrições de medicamentos genéricos para doenças cardiovasculares, revelando que Portugal segue um bom caminho, adotando os padrões mundiais desta tendência.

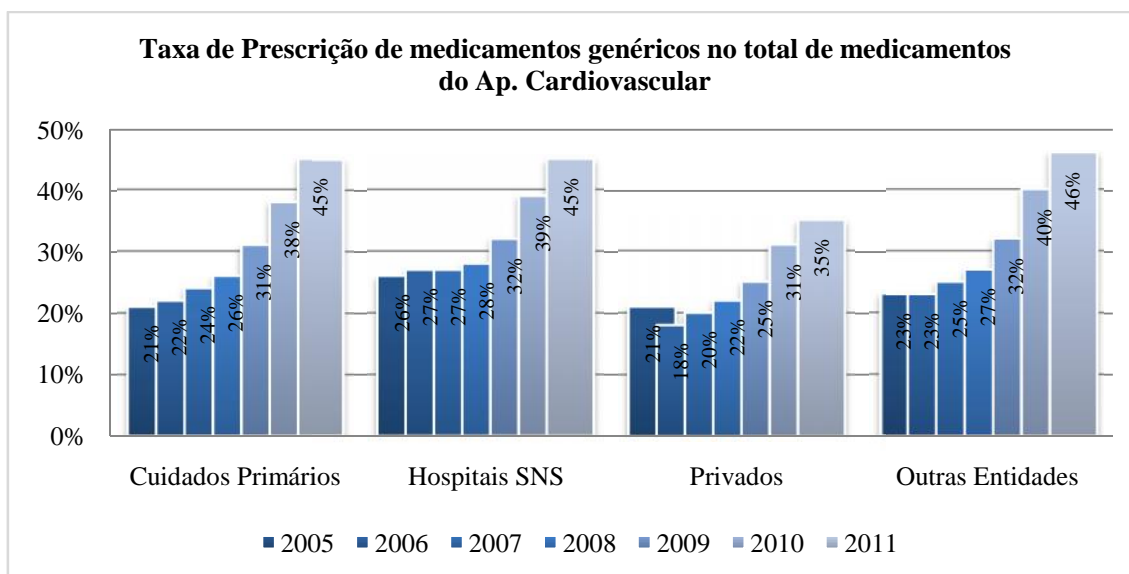


Gráfico 4 – Taxa de Prescrição de medicamentos genéricos no total de medicamentos do Ap. Cardiovascular em Portugal. Adaptado de Furtado⁴⁵.

Mas havendo muito ainda o que se fazer neste sentido e objetivando diminuir assimetrias e barreiras no acesso a estes medicamentos, Furtado⁴⁵ também propõe que os órgãos responsáveis pela saúde analisem com maior minúcia os padrões de prescrição, os custos dos tratamentos e as diferenças nos níveis de utilização, buscando padrões regionais para que se estabeleça uma utilização com melhor custo-efetividade.

Conclui-se que uma multiplicidade de fatores afeta o indivíduo no acesso e na utilização de serviços de saúde, e é de suma importância que os processos de avaliação destes fatores sejam contemplados, propiciando um maior conhecimento para o estabelecimento de estratégias eficazes, capazes de promover um acesso e utilização equitativos na população portuguesa para a prevenção e o controle das DCNT's.

4 – Justificação do Estudo

Sendo os recursos escassos, o questionamento sobre os custos da intensificação das ações de prevenção e controle das DCNT's ecoa na comunidade internacional.

Para Autun et. al.⁴, a velocidade e a proporção como as ações de prevenção e controle para as DCNT's são implantadas, variam conforme os contextos, nomeadamente “com base no risco local, na capacidade do Sistema de Saúde, na disponibilidade de recursos”. Porém na maioria dos casos serão determinadas por “vontade e liderança política”.

Apesar do empenho das nações em ratificarem acordos para prevenção e controle das DCNT's, a desconexão entre a realidade das pessoas e dos decisores políticos nunca foi tão grande (Horton ⁶) e existe uma incapacidade dos Estados em adequar a prestação de serviços de saúde à velocidade com que os perfis epidemiológicos das populações têm mudado.

Para que as respostas a estas doenças sejam efetivas, seria então necessária uma maior agilidade na implementação de políticas de intervenção, determinada principalmente por uma atuação política responsável.

Os altos decisores devem apoiar-se em conhecimento gerado por informações consistentes, onde a observação da evolução das realidades através do tempo auxilia na previsão de cenários epidemiológicos futuros. Esta visão de longo prazo faz-se crucial para sustentar a capacidade de resposta dos Sistemas de Saúde (Nishtar ⁴⁶; Autun et. al. ⁴).

Tomando como exemplo as medidas tomadas para intensificação dos programas VIH, estes apresentam lições relevantes a serem aprendidas para implementação de programas de prevenção e controle das DCNT's (Hogerzeil et. al. ⁴⁴; Buse e Harmer ⁴⁷), preparando os Sistemas de Saúde para trabalharem na redução dos fatores de risco, nomeadamente no consumo de tabaco, nas dietas não saudáveis, na inatividade física e no consumo excessivo de álcool, com ações multisetoriais e em todos os níveis, assim como o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, em seu eixo estratégico “Políticas Saudáveis” (Portugal ⁴⁸), preconiza também uma política de saúde que seja transversal a outras políticas.

Levando em consideração que a tomada de decisão deve ser permeada por conhecimentos baseados em evidência, Lopes et. al. ⁴⁹ propõe uma reflexão sobre o desenvolvimento da vigilância epidemiológica para as DCNT's em Portugal, evidenciando alguns indicadores úteis em base de dados nacionais (incluindo aqui os IqNS's), que seriam importantes para traçar estratégias de prevenção e controle para estas doenças.

Visto isto, o desafio apresenta-se na questão de como alinhar os gastos em saúde – também com levantamento de dados de saúde de base populacional – na mesma proporção em que avançam as DCNT's sob a população. Beaglehole et. al. ⁵⁰ propõe

que os custos para promoção da saúde sejam financiados por fundos provenientes dos recursos alcançados pelo aumento – por regulação – dos impostos sobre o tabaco, álcool e alimentos pouco saudáveis, cujos consumos estão intimamente ligados às DCNT's.

Outras implicações práticas, nomeadamente no que diz respeito à cobertura universal dos programas e no acesso a medicamentos e tecnologias voltados para as DCNT's se impõem. O sucesso das estratégias dos governos neste âmbito depende principalmente do bom planeamento de políticas, norteadas por evidências sólidas e pela transparência no modo como são gerenciados os conflitos de interesses de todos os envolvidos.

Taddeo et. al. ⁵¹, ao analisar as perceções de utentes com DCNT's, refere que “os Sistemas de Saúde encontram-se focados na doença aguda, o que culmina para pacientes crónicos desinformados e despreparados para realizar o autocuidado”, observando que a adesão a terapêutica liga-se a um atendimento diferenciado, com base na confiança entre utentes e profissionais de saúde. Esta capacitação foi considerada pelos indivíduos envolvidos neste estudo como sendo resultado da orientação e educação em saúde, incentivadores da prática do autocuidado, concluindo como importante fator de sucesso dos programas de promoção da saúde a reestruturação da conduta dos profissionais, numa perspectiva interdisciplinar e holística.

Porém não é o bastante capacitar os indivíduos e obter recursos para melhorar a saúde (WHO ⁵²). Torna-se necessário reconhecer as características e desenvolvimento das DCNT's na população e aplicar os recursos de uma maneira eficiente, sendo as ações de promoção da saúde melhor planeadas, implementadas e avaliadas, com vistas a ter melhores resultados.

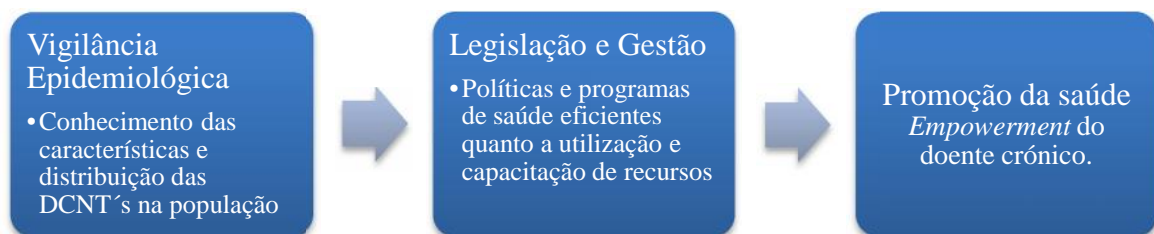


Ilustração 4 – Políticas Públicas para as DCNT's.

Numa perspectiva de saúde pública, fica claro que qualquer investimento é baixo se consegue reduzir a carga das doenças e os fatores de risco. Numa perspectiva

económica, os custos destas respostas também são pequenos se comparados com as perdas no Produto Interno Bruto dos países que ocorreriam no caso de inação, uma vez estimado que estas perdas nos países de baixa e média renda no período de 2011-2015 está na casa dos trilhões de dólares (WHO ⁵), e com perdas desta magnitude, os investimentos na prevenção e controle parecem ser sensatos.

Mais uma vez, importa citar que os IqNS's são uma importante ferramenta de produção de informação para realização de estudos relevantes, estudos estes que os decisores políticos podem utilizar para nortearem-se no planeamento das políticas, programas e planos de prevenção e o controle destas doenças, evitando o impacto económico direto que as DCNT's tem sobre as populações, tanto no consumo de cuidados de saúde, quanto em nível de rendimentos e produtividade.

4.1 – Questão de Investigação

A questão de investigação que se coloca é, nomeadamente: Os IqNS's, por traduzirem informações autoreportadas pelos inquiridos, produzem informações consistentes com outras fontes de dados de saúde?

O Relatório do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde 2012 (Conselho Superior de Estatística ⁷), ao referir-se sobre o conteúdo dos sistemas de informação estatísticas oficiais em Portugal, relata que os estudos sobre saúde produzem conhecimento reduzido, por não imprimirem uma recolha sistemática de dados com base populacional capaz de dar resposta às necessidades de informação. Assim, os IqNS's seriam subutilizados, e os recursos para outros levantamentos desperdiçados, por replicarem informações já apuradas.

4.2 – Objetivo Geral

Comparar os dados autoreportados pelos indivíduos com outras fontes de dados de saúde, promovendo uma reflexão sobre a pertinência e validade dos IqNS's para produção de conhecimento de base para o planeamento de políticas públicas de saúde na prevenção e controle das DCNT's.

4.3 – Objetivos Específicos

Analisar a evolução temporal do envelhecimento, da prevalência de diabetes e de hipertensão arterial autoreportados nos IqNS's, contrastando as informações destes com fontes de informação alternativas.

Analisar a evolução da frequência de utilização de serviços de saúde autoreportada pela população, contrastando as informações dos IqNS's com fontes de informação alternativas.

II – Metodologia

1 – Desenho do Estudo

O estudo foi delineado como uma pesquisa exploratória sobre dados secundários, nomeadamente sobre os IqNS's de 1987, 1995-96, 1998-99, 2005-06, comparando-os com outras fontes de informação alternativas, nomeadamente com os censos demográficos de 1981, 1991, 2001 e 2011 (INE ^{53, 54, 55, 56}), com estudos sobre prevalência de HTA e DM na população portuguesa e com elementos estatísticos de saúde publicados pela Direcção-Geral de Saúde (DGS ^{57, 58, 59}) com dados sobre consultas médicas relativas a 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010.

A abordagem adotada foi de tendência temporal, com análise de dados respeitantes a população residente em Portugal continental, sobre as idades, frequência do autoreporte de DM e HTA, bem como média de consultas médicas por indivíduo, indicativa da utilização de serviços de saúde por parte da população.

Desenho do Estudo	
Estudo	Comparação dos dados autoreportados pelos indivíduos com fontes de dados alternativas, promovendo uma reflexão sobre a pertinência e validade dos IqNS's na produção de conhecimento de base para tomada decisão sobre políticas públicas de saúde no âmbito das DCNT's.
Âmbito	Doenças Crónicas Não-Transmissíveis, procedendo a análise de dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde em Portugal sobre as idades, nível de escolaridade, frequência do autoreporte de DM e HTA, bem como a média de consultas médicas por indivíduo.
Tipo	Exploratório, sobre dados secundários
Nível	Descritivo
Abordagem	Quantitativa + Tendência Temporal
Universo	População residente em Portugal Continental
Unidade Amostral	Indivíduo
Dados Secundários	Inquéritos Nacionais de saúde 1987, 1995-96, 1998-99, 2005-06, Censos 1981, 1991, 2001, 2011, estudos sobre prevalência de HTA e DM e elementos estatísticos de saúde da DGS sobre consultas médicas relativas a 1990, 1995, 2000, 2005 e 2010.

Quadro 2 – Desenho do Estudo

2 – Operacionalização das Variáveis

Para o desenvolvimento deste trabalho, operacionalizaram-se variáveis que pudessem responder a questão de investigação: Os IqNS's, por traduzirem informações autoreportadas pelos inquiridos, produzem informações consistentes com outras fontes de dados de saúde?

Os dados que se buscavam no âmbito do estudo – nomeadamente as DCNT's – a análise da evolução temporal das idades, a frequência do autoreporte de DM e HTA, assim como a média de consultas por indivíduo, são pormenorizados a seguir.

2.1 – Idade

O objetivo do trabalho com esta variável foi analisar a tendência temporal do envelhecimento da população, nomeadamente a evolução da população com mais de 75 anos de idade.

Variável quantitativa discreta, expressa em anos completos dos indivíduos, que neste estudo foram agrupadas em grupos etários que pudessem identificar as diferentes fases do ciclo de vida da população, nomeadamente: crianças e adolescentes (menores de 15 anos), jovens adultos (15 a 24 anos), adultos (25 a 44 anos e 45 a 64 anos), idosos (65 a 74 anos) e grandes idosos (maiores de 75 anos).

Os dados foram descritos em percentagem da população inquirida que se enquadrava em cada grupo etário do estudo, recorrendo aos quadros 1.1 dos 1º, 2º e 3º IqNS – referentes à “*população inquirida, segundo estado civil, idade e sexo*” – e ao quadro 1.2 do 4º IqNS – referente à “*população residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário*”.

Como fonte de comparação, foram utilizados os dados dos censos demográficos de Portugal, recorrendo ao quadro 6.02 dos Censos 1981⁵³, 1991⁵⁴, 2001⁵⁵ e 2011⁵⁶ – referente à “*população residente, segundo a dimensão dos lugares, população isolada, embarcada e do corpo diplomático, por grupos etários*” – expressos também em percentagem da população em cada grupo etário.

2.2 – Diabetes

O objetivo do trabalho com esta variável é analisar a tendência temporal da prevalência de DM na população do estudo.

Apresenta-se como variável quantitativa discreta, expressa em percentagem da população que declarou-se diabética, respondendo afirmativamente quanto a presença de DM nos IqNS´s ou DM conhecida/diagnosticada nos estudos de prevalência.

Os dados foram expressos em percentagem da população que se enquadrava nas categorias *Diabéticos* e *Não diabéticos*, recorrendo ao quadro 2.1 do 1º IqNS – referente à “*distribuição percentual das pessoas sofrendo de diabetes, por idade inicial, segundo idade e sexo*” –, ao quadro 5.1 do 2º IqNS – referente à “*população inquirida que declarou sofrer de diabetes, por início da doença, idade atual e sexo*” – e aos quadros 4.10 (dados do 3º IqNS) e 4.2 do 4º IqNS – referentes à “*população residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário*”, com exclusão dos valores ignorados.

Como fonte de comparação, foram utilizados os dados sobre a Diabetes diagnosticada dos seguintes estudos:

Prevadiab - Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal ⁵⁰: Realizado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia, pela Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, pelo Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina de Coimbra e pela Direcção-Geral da Saúde, no período entre janeiro de 2008 e janeiro 2009. O objetivo do estudo era determinar a prevalência de DM tipo 2, anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída a glicose na população adulta portuguesa. Na amostra aleatória, foram estudados 5167 indivíduos, distribuídos por 93 concelhos e 122 unidades de saúde. A amostra foi estratificada por idade e sexo, com base na população portuguesa entre os 20 e 79 anos retratadas no Censo 2001, com uma taxa de resposta a convocatória para participação no estudo de 63,5%.

Diabetes: Factos e Números 2013 – Relatório Anual do Observatório de Diabetes em Portugal ⁶¹: Realizado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia em conjunto com a Direcção-Geral da Saúde, compondo a taxa de prevalência da DM por ajuste da distribuição da população no ano em análise à taxa definida no estudo Prevadiab.

2.3 – Hipertensão Arterial

O objetivo do trabalho com esta variável é analisar a tendência temporal da prevalência de HTA na população do estudo.

Apresenta-se como variável quantitativa discreta, expressa em porcentagem da população que declarou-se hipertensa, respondendo afirmativamente quanto à presença de HTA nos IqNS's ou HTA conhecida/diagnosticada nos estudos de prevalência.

Os dados foram expressos em porcentagem da população que se enquadrava nas categorias *Hipertensos* e *Não hipertensos*, recorrendo ao quadro 5.6 do 2º IqNS – referente à “*população inquirida que declarou sofrer de tensão alta, por idade do início da doença, idade atual e sexo*” – e aos quadros 4.10 (dados do 3º IqNS) e 4.2 do 4º IqNS – referentes à “*população residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário*”, com exclusão dos valores ignorados. Como esta variável não foi apresentada no relatório do 1º IqNS, a tendência temporal será analisada a partir de dados sobre HTA descritos no estudo da evolução de riscos cardiovasculares com base nos IqNS's, cujos dados primários foram trabalhados por Ferreira ⁶².

Como fonte de comparação, foram utilizados os dados sobre a HTA diagnosticada dos seguintes estudos:

Estudo da prevalência, tratamento e controle da hipertensão em Portugal ⁶³: Realizado pelo Instituto de Biologia Molecular e Celular da Universidade do Porto em parceria com a Sociedade Portuguesa de Hipertensão, apresentado em Simpósio em Maio de 2004. O objetivo do estudo era caracterizar a HTA em Portugal, analisando uma amostra representativa das regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, constituída por 5023 indivíduos, com idades entre os 18 e 90 anos.

Physsa – Portugal Hypertension and Salta Study ⁶⁴: Realizado pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão, o objetivo do estudo era caracterizar a prevalência da HTA e do consumo de sal pela população adulta portuguesa, analisando uma amostra de 3720 indivíduos, representativo desta fatia populacional no ano de 2012.

2.4 – Utilização de Serviços de Saúde

O objetivo do trabalho com esta variável foi analisar a tendência temporal dos da utilização de serviços de saúde por parte da população, através do consumo de consultas médicas, e se esta é influenciada por outras variáveis do estudo, nomeadamente sexo, idade e nível de escolaridade.

Apresenta-se como uma variável quantitativa discreta, expressa em média de consultas por indivíduo, que foram agrupadas em três faixas etárias distintas – nomeadamente as crianças e adolescentes (menores de 15 anos), população ativa (entre os 15 e os 54 anos de idade) e população idosa (acima dos 55 anos de idade) - devido estarem expressas de maneiras diferentes nos inquéritos, e de maneira a produzir uma padronização dos resultados, segundo o quadro abaixo:

Níveis Ensino	Grupos Etários 1º IqNS	Grupos Etários 2º IqNS	Grupos Etários 3º IqNS	Grupos Etários 4º IqNS
< 15 anos	0 – 4 anos 5 – 9 anos 10 – 19 anos	0 – 4 anos 5 – 14 anos	< 15 anos	< 15 anos
15 a 55 anos	20 – 39 anos 40 – 59 anos	15 – 17 anos 18 – 24 anos 25 – 34 anos 35 – 44 anos 45 – 54 anos	15 – 24 anos 25 – 34 anos 35 – 44 anos 45 – 54 anos	15 – 24 anos 25 – 34 anos 35 – 44 anos 45 – 54 anos
> 55 anos	> 59 anos	55 – 64 anos 65 – 74 anos 75 anos	55 – 64 anos 65 – 74 anos 75 – 84 anos 85 anos	55 – 64 anos 65 – 74 anos 75 – 84 anos 85 anos

Quadro 3 - Padronização dos Grupos Etários. Utilização – IqNS´s

Os dados dos IqNS´s referem-se ao consumo de consultas médicas nos últimos três meses, autoreportado pelos indivíduos, enquanto os dados utilizados para comparação referem-se a um período de 12 meses, com base em dados fornecidos pelos serviços de saúde. Para tal, recorreu-se ao quadro 5.1 do 1º IqNS – referente à “*distribuição percentual da população inquirida por número de consultas médicas, nos últimos 3 meses, segundo a idade e o sexo e seus valores médios*” –, ao quadro 6.1 do 2º IqNS – referente à “*população inquirida, por número de consultas médicas nos últimos*

3 meses, por idade e sexo” – e aos quadros 14.10 (dados do 3º IqNS) e 14.2 do 4º IqNS – referentes à “população residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores a entrevista, sexo e grupo etário”, com exclusão dos valores ignorados.

Como fonte de comparação, foram utilizados os dados o Portal de Estatísticas da Saúde da DGS, sobre consultas médicas relativas a 1990, 1995, 2000 – referidas no quadro 3.1.2 do Relatório de 2000 ⁵⁷, nomeadamente “número de consultas, doentes saídos e urgências por tipo de estabelecimento” –, de 2005 – referidas no quadro 3.1.2 do Relatório de 2005 ⁵⁸, nomeadamente “número de consultas, doentes saídos e urgências por tipo de estabelecimento” – e de 2010 – referidas no quadro 3.1.2 do Relatório de 2009/2010 ⁵⁹, nomeadamente “número de internamentos (doentes saídos), de consultas e de urgências, por tipo de estabelecimento”.

Média de Consultas Médicas		
Relatório Estatístico	Ano Referência	Censos
2000	1990	1991
	1995	
	2000	2001
2005		
2010	2010	2011

Quadro 4 – Referência dos Relatórios Estatísticos DGS sobre Consultas Médicas

2.5 – Escolaridade

O objetivo do trabalho com esta variável foi analisar a tendência temporal dos níveis de ensino, nomeadamente a evolução da população que atingiu níveis mais elevados de educação.

Variável quantitativa discreta, expressa em percentagem da população que, para este estudo, foram agrupadas em três níveis distintos – devido apresentar-se com diferentes nomenclaturas ao longo dos IqNS’s e do Censos – nomeadamente o nível baixo (compreende aqui os indivíduos sem idade para frequentar a escola, os

analfabetos e os que completaram no máximo o ensino básico), nível médio (formação até 12 anos de estudo) e superior (ensino pós-secundário e superior).

Níveis Ensino	1º IqNS	2º IqNS	3º IqNS	4º IqNS
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem idade para frequentar escola - Não sabe ler nem escrever - Só sabe ler e escrever - Tem ou frequenta o ensino básico 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 4 anos - 4 a 6 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Não tem idade ensino básico - Não sabe ler/escrever - Só sabe ler/escrever - Frequenta ensino básico - Possui ensino Básico 1º ciclo - Possui ensino Básico 2º ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> - Menos de 5 anos - Entre 5 e 9 anos
Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Tem ou frequenta o ensino secundário - Tem o 9º ano ou antigo 5º ano - Tem o 11º ano ou antigo 7º ano - Tem o propedêutico, 12º ano 	<ul style="list-style-type: none"> - 7 a 12 anos 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui ensino Básico 3º ciclo - Possui/frequenta ensino secundário/tec profissional 	<ul style="list-style-type: none"> - Entre 10 e 12 anos
Superior	<ul style="list-style-type: none"> - Tem ou frequenta ensino médio - Tem ou frequenta ensino superior 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 e mais 	<ul style="list-style-type: none"> - Possui/frequenta ensino médio/superior 	<ul style="list-style-type: none"> - 13 anos ou mais

Quadro 5 - Padronização dos Níveis de Ensino – IqNS’s

Nível de Ensino	Censo 1981	Censo 1991	Censo 2001	Censo 2011
Baixo	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler/escrever - Só sabe ler/escrever - Primário elementar - Básico preparatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Não sabe ler/escrever - Só sabe ler/escrever - Ensino pré-escolar - Ensino básico primário - Ensino básico preparatório 	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum - Básico 1º ciclo - Básico 2º ciclo 	<ul style="list-style-type: none"> - Nenhum - Pré-escolar - Básico 1º ciclo - Básico 2º ciclo
Médio	<ul style="list-style-type: none"> - Secundário unificado - Secundário complementar - Propedêutico ou 12º ano - Cursos profissionalizantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino secundário unificado - Ensino secundário complementar 	<ul style="list-style-type: none"> - Básico 3º ciclo - Secundário 	<ul style="list-style-type: none"> - Básico 3º ciclo - Secundário
Superior	<ul style="list-style-type: none"> - Cursos Médios - Cursos Superiores 	<ul style="list-style-type: none"> - Curso Médio - Curso Superior 	<ul style="list-style-type: none"> - Médio - Superior 	<ul style="list-style-type: none"> - Pós-secundário - Superior

Quadro 6 – Padronização dos Níveis de Ensino - Censos

Os dados foram descritos em porcentagem da população inquirida que se enquadrava em cada nível de educação, recorrendo ao quadro 1.3 do 1º IqNS – referente à “*distribuição percentual da população inquirida, segundo o grau de escolaridade, por idade e sexo*” –, ao quadro 1.3 do 2º IqNS – referente à “*população inquirida, por anos de escolaridade, idade e sexo*” –, ao quadro 1.2 do 3º IqNS – referente à “*população inquirida por nível de ensino que frequenta ou possui, idade e sexo*” –, e ao quadro 10.2 do 4º IqNS – referente à “*população residente com 15 anos ou mais, por anos de escolaridade completados*”.

Como fonte de comparação, foram utilizados os dados dos censos demográficos de Portugal, recorrendo ao quadro 6.06 do Censo 1981⁵³ – referente à “*população residente, segundo os grupos etários, por nível de instrução e sexos*” –, ao quadro 6.04 do Censo 1991⁵⁴ – referente à “*população residente, segundo o grupo etário, por nível de instrução e sexo*” –, e aos quadros 1.03 dos Censos 2001⁵⁵ e 2011⁵⁶ – referente à “*população residente, segundo nível de ensino atingido e sexo e taxa de analfabetismo*” – transformados em porcentagem da população em por cada nível de ensino.

Variável	Notação	Valores	Tipo	Importância na Investigação
Idade, distribuída por grupos etários	Idade	Porcentagem de indivíduos por grupo etário < 15 anos / 15 – 24 anos / 25 – 44 anos / 45 – 64 anos / 65 – 74 anos / 75 anos	Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal do envelhecimento da população de estudo
Indivíduos com diabetes diagnosticada / conhecida	Diabetes	Porcentagem de indivíduos Diabéticos / Não diabéticos	Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal da prevalência da diabetes na população de estudo.
Indivíduos com hipertensão arterial diagnosticada / conhecida	Hipertensão	Porcentagem de indivíduos Hipertensos / Não hipertensos	Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal da prevalência da hipertensão arterial na população de estudo.
Indivíduos, por categorias de níveis de estudo frequentados	Escolaridade	Porcentagem de indivíduos por nível de ensino Baixo / Médio / Superior	Quantitativa Discreta	Analisar a tendência temporal dos níveis de instrução na população de estudo.
Número de consultas médicas	Utilização	Média de consultas médicas por indivíduo.	Quantitativa Discreta	Analisar as tendências temporais da utilização de serviços de saúde na população.

Quadro 7 – Operacionalização das variáveis

3 – Hipóteses

Uma vez que o objetivo principal da investigação é comparar os dados dos IqNS's com outras fontes para promover uma reflexão sobre a pertinência e validade dos seus dados e gerar base para produção do conhecimento da realidade, analisando-os numa perspectiva de tendência temporal, o estabelecimento das hipóteses permitiu orientar a análise evolutiva dos cenários de estudo, como a seguir descritas:

Objetivos Específicos	Hipóteses
Analisar a evolução dos grupos etários, da prevalência de diabetes e de hipertensão arterial autoreportados nos IqNS's, contrastando com fontes de informação alternativas	<u>Hipótese 1</u> : As informações sobre envelhecimento nos IqNS's são consistentes com as informações constantes em fontes alternativas
	<u>Hipótese 2</u> : As informações sobre prevalência de DM e sua evolução temporal são consistentes com as informações constantes em fontes alternativas.
	<u>Hipótese 3</u> : As informações sobre prevalência de HTA e sua evolução temporal são consistentes com as informações constantes em fontes alternativas.
Analisar a evolução da frequência de utilização de serviços de saúde pela população, contrastando as informações dos IqNS's com fontes de informação alternativas	<u>Hipótese 4</u> : As informações sobre frequência de utilização de serviços de saúde são consistentes com as informações constantes em fontes alternativas.

Quadro 8 – Quadro de estabelecimento de hipóteses

4 – Análise dos Dados

Os indicadores a analisar com vistas a boa prossecução dos objetivos do estudo, bem como a demonstração da evolução dos padrões de saúde da população portuguesa, foram os abordados nos IqNS's, possibilitando assim observar evolução destes indicadores na população inquirida.

O quadro abaixo nos permite melhor visualizar estes indicadores e sua composição nomeadamente quanto o modo como estes são descritos nos IqNS's e as respectivas fontes de comparação:

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fontes de Comparação
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	
Idade	População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário	Censos 1981, 1991, 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução
Diabetes	Distribuição percentual das pessoas sofrendo de diabetes por idade inicial, segundo idade e sexo	População inquirida que declarou sofrer de diabetes, por início da doença, idade atual e sexo	População inquirida que declarou sofrer de diabetes por início da doença, idade atual e sexo	População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (diabetes)	Prevadiab – Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal 2009 Relatório do Observatório da Diabetes 2013
Hipertensão Arterial	Distribuição percentual das pessoas sofrendo de tensão alta por grupo profissional, segundo idade e sexo	População inquirida que declarou sofrer de tensão alta, por idade do início da doença, idade atual e sexo	População inquirida que declarou sofrer de tensão alta por idade do início da doença, idade atual e sexo	População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (tensão alta)	DGS 2004 – Estudo da prevalência, tratamento e controle da Hipertensão em Portugal Physsa – Portuguese Hypertension and Salt Study 2012
Consumo de consultas médicas	Distribuição percentual da população inquirida por número de consultas médicas, nos últimos 3 meses, segundo a idade e sexo e seus valores médios	População inquirida, por número de consultas médicas nos últimos 3 meses, por idade e sexo	População inquirida por número de consultas médicas nos últimos 3 meses, por idade e sexo	População residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, sexo e grupo etário	Elementos Estatísticos DGS – Média de consultas por indivíduo.
Níveis de escolaridade	Distribuição percentual da população inquirida, segundo o grau de escolaridade, por idade e sexo	População inquirida, por anos de escolaridade, idade e sexo	População inquirida por nível de ensino que frequenta ou possui, idade e sexo	População residente com 18 ou mais anos por IMC, sexo e anos de escolaridade completados	Censos 1981, 1991, 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução

Quadro 9 – Indicadores dos IqNS's utilizados no estudo

Os dados foram dispostos no Excel¹⁴, para criar instrumentos de análise e interpretação, nomeadamente quadros, gráficos e outros indicadores numéricos, utilizando medidas que melhor se adequaram ao contexto de cada indicador para analisar a existência de coerência na evolução dos dados autoreportados nos IqNS´s e das fontes de comparação utilizadas.

¹⁴ Excel: Aplicativo de planilha eletrónica de cálculo desenvolvido pela empresa Microsoft®.

III – Resultados

Os resultados que se apresentam foram obtidos através da análise das variáveis de interesse, para que fosse possível observar a consistência dos dados autoreportados nos IqNS´s comparando-os com as outras fontes de dados utilizadas neste estudo.

Para apresentação das análises, foram utilizadas representações gráficas e tabelas para facilitar a leitura dos resultados, uma vez que “as tabelas permitem uma leitura dos dados mais pormenorizada e as representações gráficas permitem uma leitura mais rápida e abrangente” (Cunha et. al. 2007¹⁵ apud Ferreira ⁶²).

1 – Envelhecimento

Sendo que as taxas brutas de mortalidade das DCNT's variam na medida em que o desenvolvimento económico avança e que esta variação é principalmente imputada ao envelhecimento da população (Di Cesare et. al. ²; Atun et. al. ⁴), a análise da variação da composição dos grupos etários possibilitou verificar a tendência do envelhecimento da população portuguesa, como segue:

1.1 – Envelhecimento – IqNS´s

No que diz respeito à variável idade dentro dos IqNS´s, as faixas etárias mais frequentes foram a população com 45 a 64 anos (1º e 2º IqNS) e 25 a 44 anos (3º e 4º IqNS), e a frequência do sexo feminino nos indivíduos inquiridos foi ligeiramente maior, mas mantendo o equilíbrio quantitativo entre os gêneros em todos os inquiridos.

	1º IqNS 87			2º IqNS 95-96			3º IqNS 98-99			4º IqNS 05-06		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
< 15 anos	50,34%	49,66%	19,94%	51,40%	48,60%	15,20%	51,21%	48,79%	16,13%	51,29%	48,71%	15,44%
15 - 24 anos	52,06%	47,94%	15,55%	51,52%	48,48%	14,91%	50,72%	49,28%	14,80%	50,91%	49,09%	12,27%
25 - 44 anos	47,78%	52,22%	23,05%	48,43%	51,57%	24,26%	49,46%	50,54%	29,32%	49,90%	50,10%	30,33%
45 - 64 anos	46,45%	53,55%	25,85%	46,91%	53,09%	26,46%	47,55%	52,45%	23,67%	47,99%	52,01%	24,69%
65 - 74 anos	45,30%	54,70%	9,39%	45,66%	54,34%	11,63%	44,40%	55,60%	9,56%	44,86%	55,14%	9,75%
75 anos	37,68%	62,32%	6,22%	39,94%	60,06%	7,54%	37,91%	62,09%	6,52%	38,20%	61,80%	7,52%
Totais	47,75%	52,25%	100,00%	47,98%	52,02%	100,00%	48,24%	51,76%	100,00%	48,39%	51,61%	100,00%

Tabela 1 – Frequência dos grupos etários segundo IqNS´s

¹⁵ Cunha, G. et. al. (2007). Estatística aplicada às ciências e tecnologias da saúde. Lidel edições, apud Ferreira ⁶²

A tendência temporal do envelhecimento foi caracterizada pelo aumento da população acima dos 75 anos de idade (grandes idosos) ao longo de 19 anos, período decorrido entre o 1º e o 4º IqNS realizados, de 6,22% para 7,52%, respectivamente, demonstrando a consistência dos dados dos inquéritos com os padrões decorrentes da transição demográfica e epidemiológica das populações.

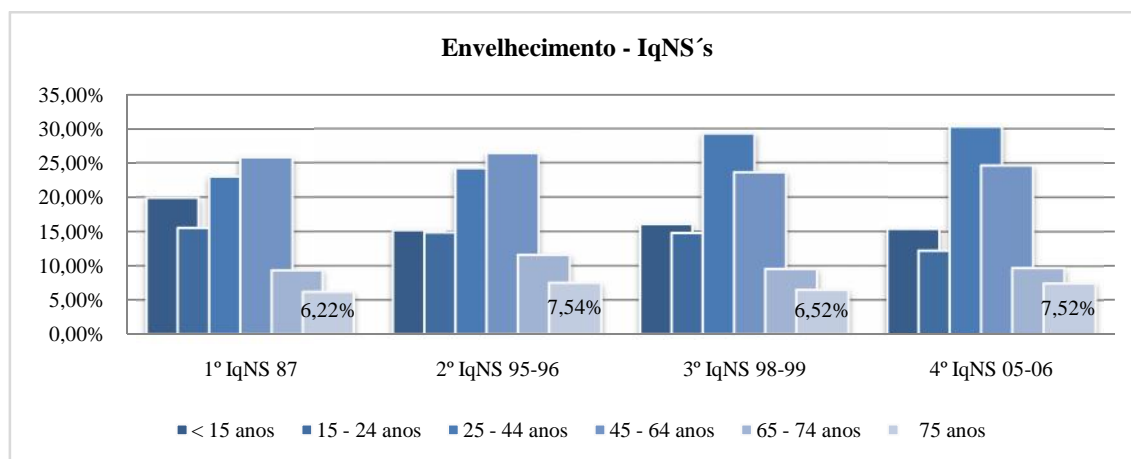


Gráfico 5 – Evolução de envelhecimento segundo IqNS's

1.2 – Envelhecimento – Censos

Relativamente aos censos demográficos, as faixas etárias mais frequentes foram a população com 25 a 44 anos, e, igualmente como ocorre nos IqNS's, a frequência do sexo feminino na população foi ligeiramente maior.

	Censo 1981			Censo 1991			Censo 2001			Censo 2011		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
< 15 anos	51,02%	48,98%	25,26%	51,14%	48,86%	19,71%	51,16%	48,84%	15,79%	81,13%	48,87%	14,77%
15 - 24 anos	50,44%	49,56%	16,46%	50,63%	49,37%	16,26%	50,77%	49,23%	14,18%	50,67%	49,33%	10,74%
25 - 44 anos	48,51%	51,49%	25,10%	48,96%	51,04%	27,60%	49,58%	50,42%	29,67%	48,86%	51,14%	28,56%
45 - 64 anos	46,96%	53,04%	21,71%	47,11%	52,89%	22,74%	47,69%	52,31%	23,86%	47,67%	52,33%	26,64%
65 - 74 anos	43,38%	56,62%	7,55%	44,38%	55,62%	8,31%	44,55%	55,45%	9,66%	45,32%	54,68%	10,05%
75 anos	35,23%	64,77%	3,92%	31,28%	68,72%	5,38%	38,20%	61,80%	6,84%	38,51%	61,49%	9,24%
Totais	48,22%	51,78%	100,00%	47,91%	52,09%	100,00%	48,29%	51,71%	100,00%	47,76%	52,24%	100,00%

Tabela 2 – Frequência dos grupos etários segundo censos demográficos

Nos censos, a tendência temporal do envelhecimento também foi caracterizada por um aumento da população acima dos 75 anos de idade – de 3,92% em 1981, para 9,24% em 2011) –, porém o tempo de estudo é mais alargado, nomeadamente 30 anos.

Refletidos também nos resultados dos censos demográficos encontram-se os padrões de envelhecimento característicos da transição epidemiológica e demográfica das populações.

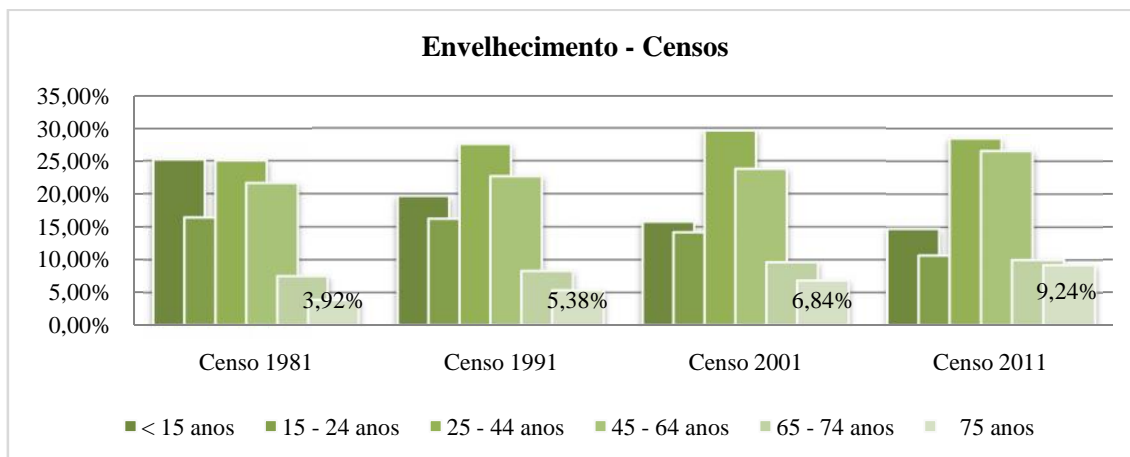


Gráfico 6 – Evolução dos grupos etários segundo os censos demográficos

1.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal

Na comparação entre as fontes, foi possível intercalar os levantamentos de maneira a criar uma linha de tempo, onde pode-se observar que o crescimento da população acima dos 75 anos de idade nos inquéritos é consistente com os dados apurados através dos censos demográficos.

A população do grupo etário 75 anos, quase triplicou no período de 30 anos – no censo 1981 correspondia a 3,92% da população portuguesa, aumenta para 9,24% no censo de 2011 – e os dados dos IqNS´s revelam-se consistentes quanto a esta tendência.

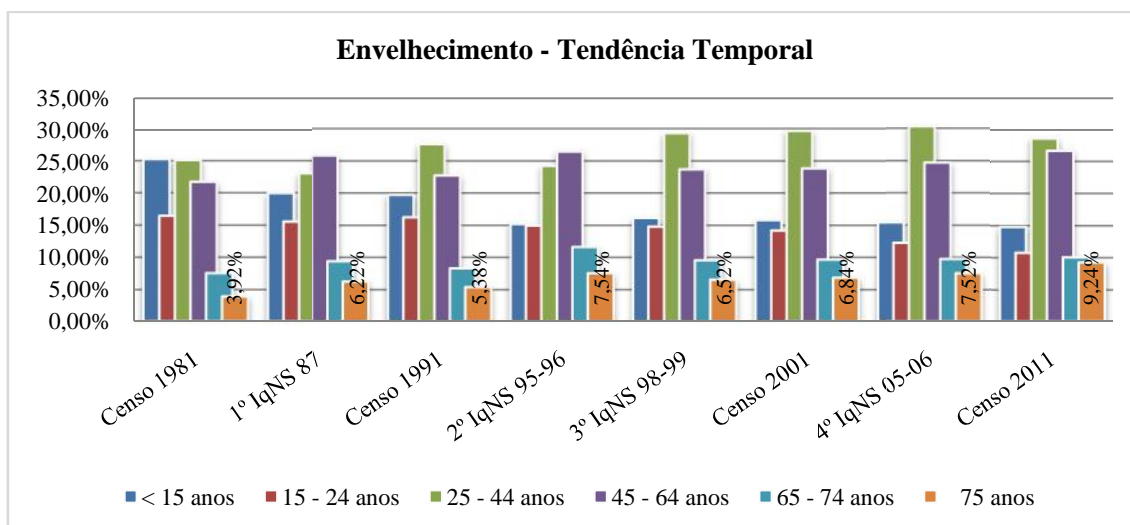


Gráfico 7 – Comparação dos grupos etários entre IqNS´s e censos

2 – Níveis de Escolaridade

Outra característica demográfica importante para as questões de saúde são os níveis de educação de uma determinada população, devido à estreita ligação desta variável com as escolhas dos indivíduos, nomeadamente sobre comportamentos, hábitos e consumos.

Para Sanchez e Ciconelli ⁴⁰, indivíduos com maiores níveis de educação teriam maior acesso a informação, o que possibilitaria “diminuir o grau de assimetria entre o conhecimento dos utentes e dos profissionais de saúde”. Assim, o acesso a saúde seria mais equitativo, “dependendo de ações intersectoriais e políticas sociais e económicas que permitam dissipar as diferenças de renda e educação”.

Assim, a análise da variação da composição dos níveis de escolaridade possibilitou verificar a tendência da literacia da população portuguesa, como segue:

2.1 – Escolaridade – IqNS’s

Em todos os IqNS’s, os inquiridos referiram nível baixo de ensino, com frequência acima dos 70%, sendo que o sexo feminino apresentava frequência ligeiramente maior que o masculino nos indivíduos com baixo nível de escolaridade. No entanto, o que se verifica é uma diminuição gradual deste índice – de 73,94% no 1º IqNS para 70,69% no 4º IqNS – demonstrativo do aumento da literacia entre os inquiridos.

Nomeadamente sobre níveis superiores de ensino, o sexo feminino também apresentou maior frequência, porém a frequência do sexo masculino tem vindo a aumentar. A percentagem dos inquiridos que se enquadravam neste nível de ensino mais que triplicou no período – de 3,62 no 1º IqNS para 12,92% no 4º IqNS.

	1º IqNS 87			2º IqNS 95-96			3º IqNS 98-99			4º IqNS 05-06		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Baixo	46,25%	53,75%	73,94%	47,21%	52,79%	74,10%	47,26%	52,74%	75,41%	47,25%	52,75%	70,69%
Médio	53,20%	46,80%	22,44%	51,28%	48,72%	20,45%	52,53%	47,47%	17,23%	50,16%	49,84%	16,39%
Superior	44,93%	55,07%	3,62%	46,03%	53,97%	5,45%	41,94%	58,06%	7,36%	48,30%	51,70%	12,92%
Totais	47,76%	52,24%	100,00%	47,98%	52,02%	100,00%	47,78%	52,22%	100,00%	47,87%	52,13%	100,00%

Tabela 3 – Frequência dos níveis de escolaridade segundo os IqNS’s

A tendência temporal dos níveis de escolaridade teve por principal característica o aumento da literacia na população inquirida.

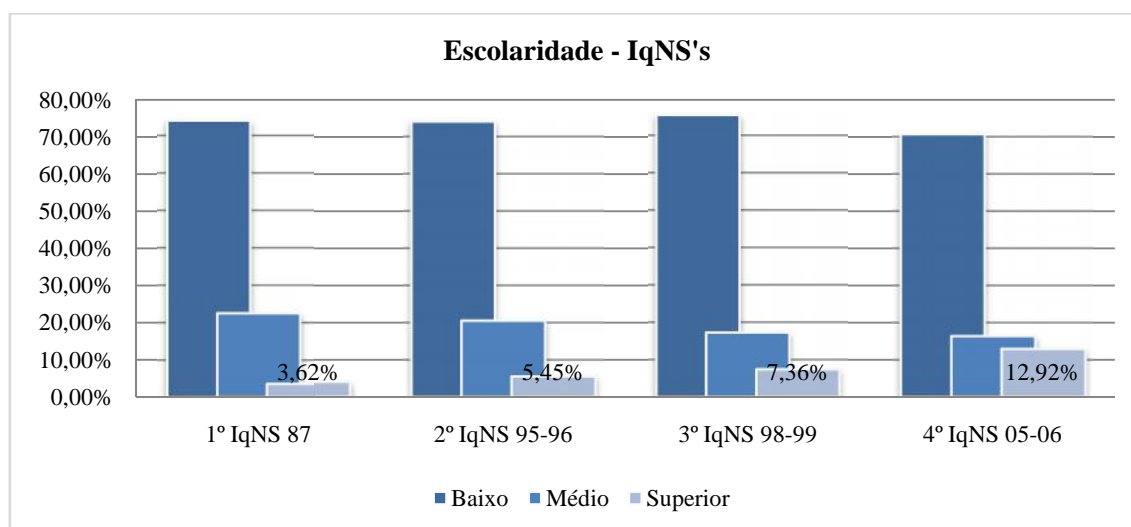


Gráfico 8 – Evolução dos níveis de escolaridade segundo os IqNS's

2.2 – Escolaridade – Censos

Nos censos demográficos, o nível de escolaridade mais frequente foi o nível baixo, também com diminuição do índice no período dos censos – 83,81% no Censo 1981 para 50,96% no Censo 2011 – e o sexo feminino apresentava frequência ligeiramente maior que o masculino no nível baixo de escolaridade.

No nível superior de ensino, o sexo feminino também apresentou maior frequência e a percentagem dos indivíduos com este nível de ensino aumentou em mais de seis vezes no período – de 2,51 no Censo 1981 para 16,49% no Censo 2011.

	Censo 1981			Censo 1991			Censo 2001			Censo 2011		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Baixo	47,36%	52,64%	83,81%	47,50%	52,50%	74,12%	47,43%	52,57%	61,67%	47,07%	52,93%	50,96%
Médio	53,77%	46,23%	13,67%	51,04%	48,96%	19,55%	51,86%	48,14%	26,62%	51,24%	48,76%	32,55%
Superior	46,45%	53,55%	2,51%	47,71%	52,29%	6,34%	44,67%	55,33%	11,71%	43,01%	56,99%	16,49%
Totais	48,22%	51,78%	100,00%	48,20%	51,80%	100,00%	48,29%	51,71%	100,00%	47,76%	52,24%	100,00%

Tabela 4 – Frequência dos níveis de escolaridade segundo os censo demográficos

A característica principal da tendência temporal dos níveis de escolaridade apurado nos censos demográficos indica o aumento da literacia na população portuguesa.

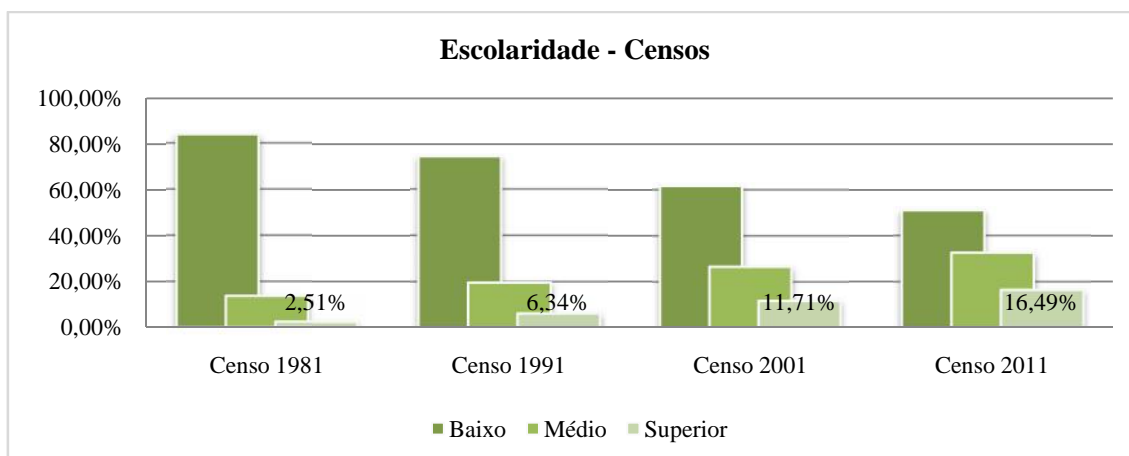


Gráfico 9 – Evolução dos níveis de escolaridade segundo os censos demográficos

2.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal

Criando uma linha de tempo para comparar as fontes de dados e intercalando-as conforme o ano a que respeitam, observou-se o aumento dos níveis de escolaridade tanto nos censos demográficos quanto nos IqNS's, sendo os dados levantados através dos inquiridos consistentes com os dados apurados nos censos.

A população com nível de ensino superior aumentou em mais de seis vezes no período de 30 anos entre os censos utilizados neste estudo, revelando o aumento da literacia, demonstrativa do maior acesso da população a níveis de ensino mais elevados.

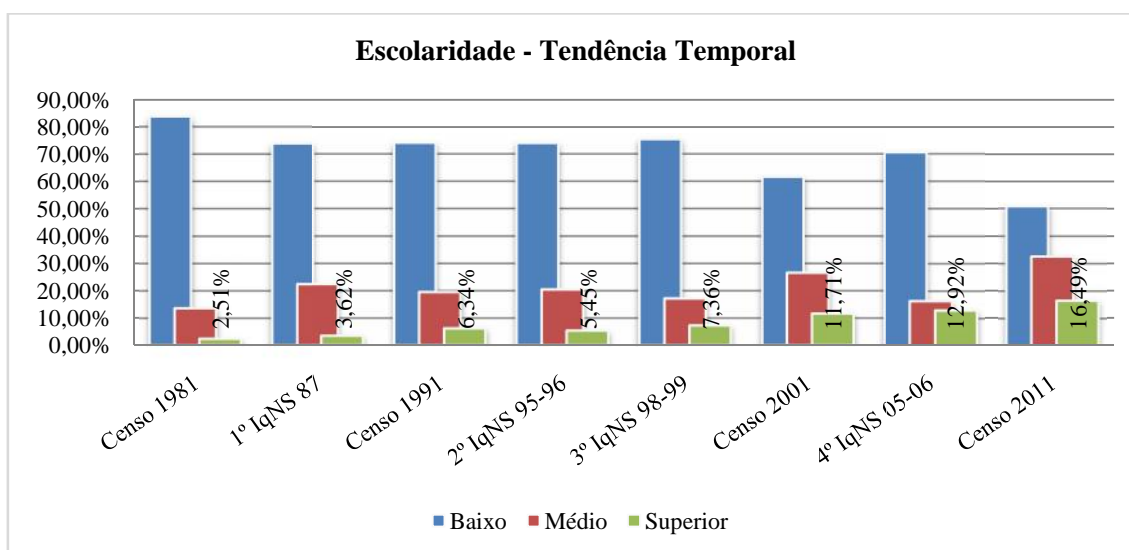


Gráfico 10 – Comparação dos níveis de escolaridade entre IqNS's e Censos

3 – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O presente estudo utilizou-se a análise da evolução temporal da Diabetes e da Hipertensão arterial como doenças preditivas da evolução da prevalência de DCNT's na população portuguesa, por estarem retratadas em todos os IqNS's.

3.1 – Diabetes – IqNS's

As análises resultaram, numa maneira global, o autoreporte de DM aumentou de 4,63% no 1º IqNS 87 para 6,55% no 4º IqNS 05-06. O sexo feminino foi mais frequente quanto ao reporte de DM, porém a tendência tem sido de queda – 60,30% dos indivíduos que reportaram ser diabéticos eram mulheres no 1º IqNS 87 para 56,27% no 4º IqNS 05-06.

	1º IqNS 87			2º IqNS 95-96			3º IqNS 98-99			4º IqNS 05-06		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Diabéticos	39,70%	60,30%	4,63%	44,19%	55,81%	4,77%	43,73%	56,27%	6,80%	43,73%	56,27%	6,55%
Não Diabéticos	48,24%	51,76%	95,37%	48,17%	51,83%	95,23%	48,57%	51,43%	93,20%	48,72%	51,28%	93,45%
Totais	47,84%	52,16%	100,00%	47,98%	52,02%	100,00%	48,24%	51,76%	100,00%	48,39%	51,61%	100,00%

Tabela 5 – Frequência autoreportada de diabetes nos IqNS's

Ao longo do período de estudo, a tendência de autoreporte de DM por indivíduos do sexo masculino aumentou consideravelmente, podendo indicar que os homens estão a utilizar mais os serviços de saúde e por consequência, tendo o diagnóstico da doença mais cedo.

3.2 – Diabetes – Prevaldiab 2009

Na análise do Prevaldiab 2009 para comparar os dados autoreportados nos IqNS's, é importante referir que o estudo teve como amostra a população portuguesa entre os 20 e os 79 anos, retratadas no Censo 2001.

Os valores apurados indicam uma prevalência de 11,82% de diabetes na população, porém, o que nos interessa como fonte de comparação é a percentagem dos indivíduos que conheciam ter DM, o que caracterizou 6,60% dos diabéticos diagnosticados no estudo.

Apesar de, na prevalência total de DM a frequência de indivíduos do sexo masculino com a doença ser maior (58,06%), não se consegue afirmar que esta frequência se repita na percentagem de indivíduos que conheciam ter DM.

Prevadiab 2009						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	525455	379580	11,82%	6,60% (*)	58,06%	41,94%
				93,40% (**)		
Não Diabéticos	3151777	3600717	88,18%	88,18%	46,68%	53,32%
Totais	3677232	3980297	100,00%	100,00%	48,02%	51,98%

Tabela 6 – Frequência de diabetes conhecida segundo estudo Prevadiab 2009
Indivíduos que (*) conhecem / (**) desconhecem a existência da doença

3.3 – Diabetes – Relatório Anual do Observatório de Diabetes Portugal 2013

Segundo o Relatório Anual do Observatório de Diabetes em Portugal 2013 – composto por ajuste da distribuição da população no ano em análise à taxa definida no estudo Prevadiab 2009 – a prevalência total de DM era de 12,90%.

Mais uma vez, nos interessa como fonte de comparação a percentagem dos indivíduos que conheciam ter DM, o que caracterizou 7,30% dos diabéticos diagnosticados no estudo, porém os relatórios públicos não permitiram a análise por gênero na população que já conhecia ter a doença.

Relatório Anual Observatório Diabetes 2013						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	-	-	12,90%	7,30% (*)	-	-
				92,70% (**)		
Não Diabéticos	-	-	87,10%	87,10%	-	-
Totais	-	-	100,00%	100,00%	-	-

Tabela 7 - Frequência de diabetes conhecida segundo Relatório Anual do Observatório de Diabetes 2013
Indivíduos que (*) conhecem / (**) desconhecem a existência da doença

3.4 – Diabetes – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal

Os estudos utilizados para comparação foram realizados posteriormente aos IqNS's, não permitindo criar uma linha do tempo, porém, permitem a análise da tendência da DM conhecida pós inquéritos.

Observou-se, ao longo do período de análise, um aumento do conhecimento das pessoas quanto à existência da doença – de 4,63% no 1º IqNS 87 para 7,30% no Relatório do Observatório da Diabetes 2013.

Quanto aos resultados por gênero, os resultados apresentados nos relatórios dos IqNS's são mais completos e permitem a análise, diferentemente dos relatórios públicos apresentados pelos estudos.

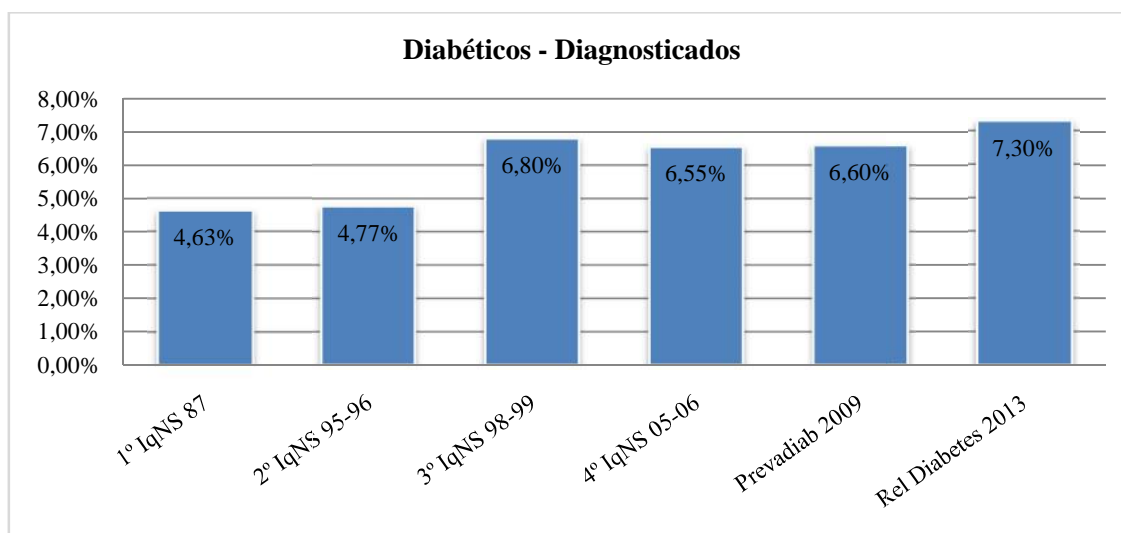


Gráfico 11 – Comparação prevalência diabetes IqNS's e outros estudo

3.5 – Hipertensão Arterial – IqNS's

Os resultados apontam para um aumento no autoreporte de HTA nos inquéritos de 17,30% no 1º IqNS 87 para 20,01% no 4º IqNS 05-06. O sexo feminino foi significativamente mais frequente quanto ao reporte da doença.

	1º IqNS 87			2º IqNS 95-96			3º IqNS 98-99			4º IqNS 05-06		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Hipertensos	-	-	17,30%	36,58%	63,42%	15,55%	39,64%	60,36%	20,77%	39,64%	60,36%	20,01%
Não Hipertensos	-	-	82,70%	50,08%	49,92%	84,45%	50,49%	49,51%	79,23%	50,58%	49,42%	79,99%
Totais	-	-	100,00%	47,98%	52,02%	100,00%	48,24%	51,76%	100,00%	48,39%	51,61%	100,00%

Tabela 8 – Frequência autoreportada de Hipertensão Arterial nos IqNS's

3.6 – Hipertensão Arterial – Estudo da prevalência da HTA Portugal – 2004

Os resultados sobre a HTA no Estudo DGS 2004, indicou a prevalência total de 43,70% de indivíduos com a doença, e mais uma vez, nosso alvo de comparação está nos indivíduos que conhecem/ foram diagnosticados com HTA, caracterizando 20,14% dos hipertensos diagnosticados no estudo. Os relatórios públicos não permitiram a análise por gênero na população que conhecia ter a doença.

Estudo DGS HTA 2004						
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	-	-	43,70%	20,14% (*)	-	-
				79,86% (**)		
Não Hipertensos	-	-	56,30%	56,30%	-	-
Totais	2286	2737	5023	100,00%	45,51%	54,49%

Tabela 9 - Frequência de Hipertensão Arterial conhecida, segundo Estudo DGS sobre HTA 2004
Indivíduos que (*) conhecem / (**) desconhecem a existência da doença

3.7 – Hipertensão Arterial – Physa – Portuguese Hypertension and Salt Study

De acordo com o Physa – Portuguese Hypertension and Salt Study, realizado em 2012, a prevalência total de hipertensos em Portugal era de 42,20%, e relativamente quanto aos indivíduos que conheciam/ foram diagnosticados com HTA, os resultados apontaram para 23,33% dos hipertensos diagnosticados pelo estudo. Os relatórios públicos não permitiram a análise por gênero na população que conhecia ter a doença.

Physa 2012						
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	-	-	42,20%	23,33% (*)	-	-
				76,67% (**)		
Não Hipertensos	-	-	57,80%	57,80%	-	-
Totais	-	-	3720	100,00%	0,00%	0,00%

Tabela 10 - Frequência de Hipertensão Arterial conhecida, segundo Physa 2012
Indivíduos que (*) conhecem / (**) desconhecem a existência da doença

3.8 – Hipertensão Arterial – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal

Os estudos utilizados para comparação da HTA foram realizados posteriormente aos IqNS's, o que não permitiu criar uma linha do tempo. Porém, permitiram a análise da tendência da HTA conhecida em anos posteriores aos inquéritos.

Ao longo do período, houve um aumento da percentagem de indivíduos que conheciam ter HTA – de 17,30% no 1º IqNS 87 para 23,33% no Physa 2009.

Mais uma vez, os resultados por gênero, apesar de relevantes, foram prejudicados, devido os relatórios públicos dos estudos não apresentarem resultados que pudessem ser comparados os IqNS´s.

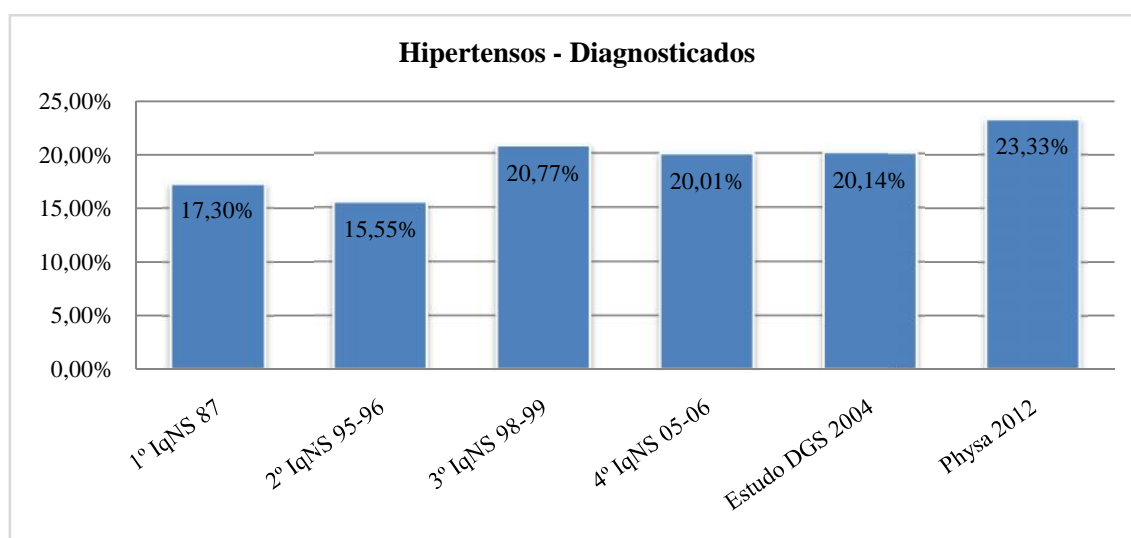


Gráfico 12 - Comparação prevalência HTA nos IqNS´s e outros estudo

4 – Utilização de Serviços de Saúde

Giraldes ⁴², no estudo que realizou sobre a equidade de utilização com base no 2º IqNS 95-96, pressupôs que esta somente seria atingida quando se encontrasse o ponto de equilíbrio entre a oferta e a procura, associadas à satisfação do utente na utilização dos serviços de saúde. Também expôs, assim como Sanchez e Ciconelli ⁴⁰, que algumas dimensões do acesso aos serviços poderiam ser impossibilitantes da utilização equitativa de serviços por parte da população:

“Não basta que exista equidade de acesso. Os serviços podem existir sem serem utilizados devido, por exemplo, a falta de informação. Também não é suficiente que a procura se manifeste, na medida em que existe procura expressa que não é satisfeita e que vem refletir-se nas listas de espera.”

A análise da evolução temporal da utilização com base nas médias de consultas médicas por indivíduo, possibilitou verificar a tendência da utilização de serviços de saúde pela população portuguesa, como descrito a seguir:

4.1 – Utilização – IqNS's

A análise da variável utilização nos IqNS's, teve por base a média de consultas médicas, trabalhadas a partir do número de consultas que os indivíduos reportaram ter utilizado nos três meses anteriores a inquirição, sendo importante salientar que nos inquéritos, as entrevistas foram distribuídas de maneira uniforme pelas 52 semanas do ano, de maneira a minimizar os efeitos oriundos da sazonalidade de algumas doenças (Dias¹³).

A faixa etária que apresentou médias mais elevadas de consultas por indivíduo foi a população acima dos 55 anos de idade em todos os IqNS's, com atenção para maiores médias no sexo feminino. Nas outras faixas etárias, manteve-se um equilíbrio quantitativo entre os gêneros.

	1º IqNS 87			2º IqNS 95-96			3º IqNS 98-99			4º IqNS 05-06		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
Média Consultas < 15 anos	2,07	1,90	2,00	1,85	1,90	2,00	2,00	2,00	2,00	1,80	1,90	1,90
Média Consultas 15 - 54 anos	2,50	2,60	2,60	2,00	2,20	2,60	2,08	2,33	2,20	1,78	2,13	1,95
Média Consultas > 55 anos	2,80	2,80	2,80	2,57	2,60	2,80	2,68	2,60	2,60	2,33	2,43	2,40
Média Consultas por indivíduo	2,50	2,50	2,50	2,20	2,40	2,30	2,30	2,40	2,35	2,00	2,20	2,10

Tabela 11 – Frequência das médias de utilização de consultas médicas segundo os IqNS's

A média de consultas médicas tem apresentado ao longo do período dos inquéritos uma ligeira queda, de 2,50 no 1º IqNS 87 para 2,10 no 4º IqNS 05-06, podendo indicar queda de utilização de serviços de saúde por parte da população portuguesa.

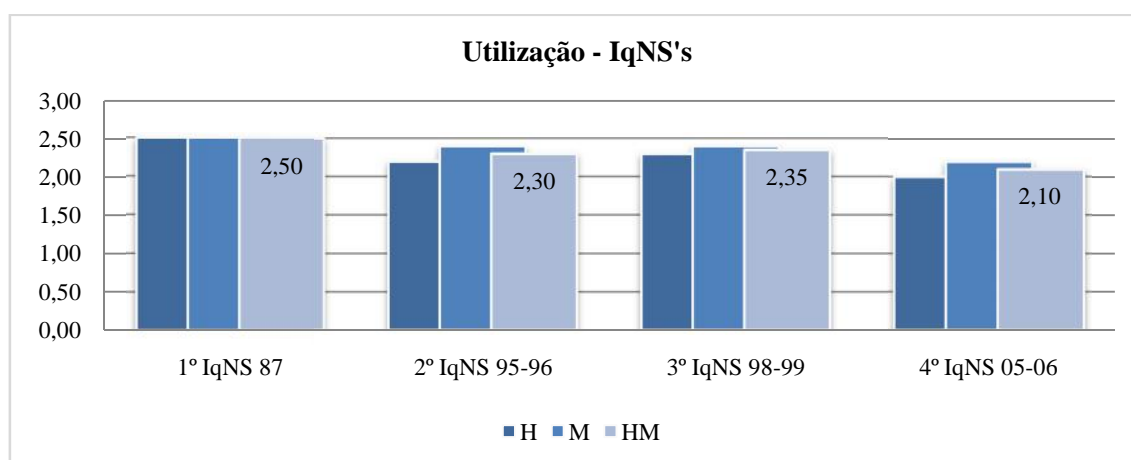


Gráfico 13 – Evolução médias de utilização de consultas médicas – IqNS's

4.2 – Utilização – Elementos Estatísticos DGS

A fonte de comparação para os dados sobre utilização reportados nos IqNS's, nomeadamente os Elementos Estatísticos da DGS, referem o número de total de consultas no ano de referência, tendo as médias calculadas com base na população dos respectivos censos demográficos, com a limitação dos dados não estarem subdivididos por sexo e por idade, impossibilitando analisar a frequência da utilização entre os gêneros e segundo grupos etários.

Média Consultas por indivíduo Elem Est DGS				
	HM	Nº Consultas	População Referência	
1990	3,03	28400700	9375926	Censo 1991
1995	3,30	30917200	9375926	Censo 1991
2000	3,41	33665200	9869343	Censo 2001
2005	3,83	37789300	9869343	Censo 2001
2010	3,82	38379119	10047621	Censo 2011

Tabela 12 – Frequência das médias de utilização de consultas médicas – Elementos Estatísticos DGS

Assim, os resultados obtidos no trabalho com os dados desta fonte de comparação apresentaram uma tendência temporal de aumento nas médias de consultas médicas por indivíduo no período a que respeitam os dados.

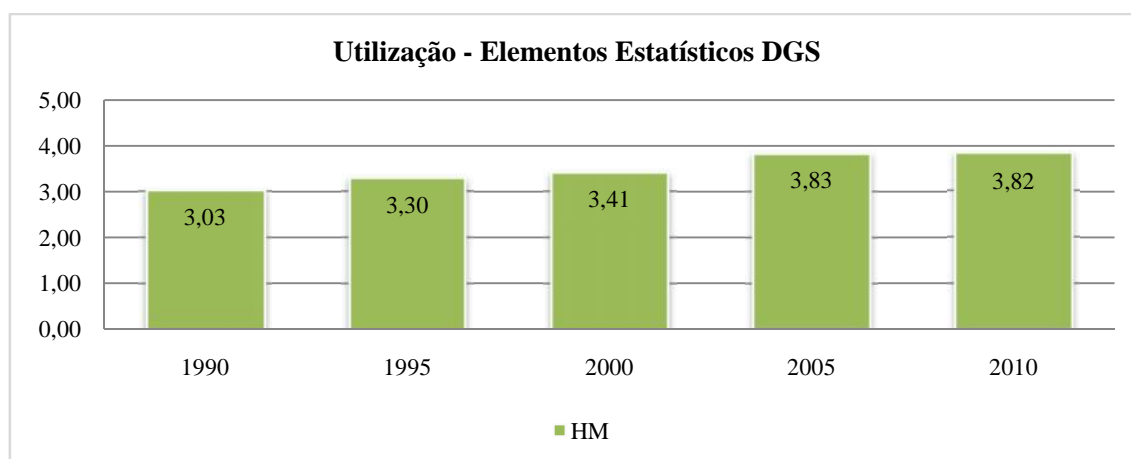


Gráfico 14 - Evolução médias de utilização de consultas médicas segundo os Elementos Estatísticos DGS e censos

4.3 – Comparação entre fontes de dados – tendência temporal

Na comparação entre as fontes, foi possível intercalar os dados de maneira a produzir uma linha de tempo, onde pode-se observar que, segundo os IqNS's houve uma queda nas médias de consultas de 0,4 pontos percentuais e segundo os Elementos Estatísticos da DGS, houve aumento de 0,79 pontos percentuais destas médias.

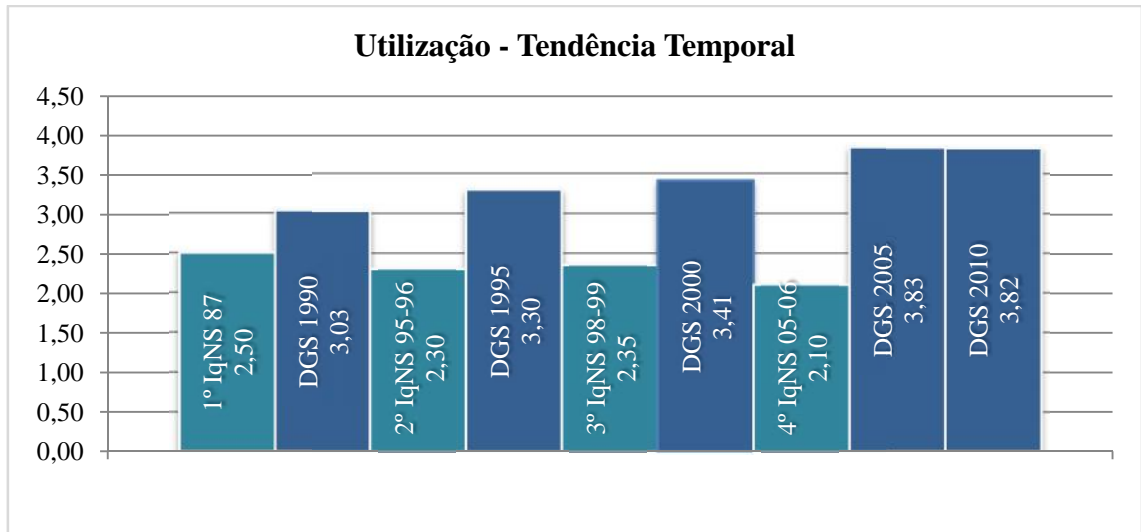


Gráfico 15 - Comparação médias de utilização de consultas médicas - IqNS's e Elementos Estatísticos DGS

IV – Discussão

Tal como no modelo global de transição epidemiológica, a evolução das DCNT's no perfil epidemiológico português apresenta um cenário de aumento das prevalências, e, apesar do planeamento do setor público na promoção da saúde e prevenção da doença, as respostas às DCNT's no Sistema de Saúde tem por base os cuidados de agudos, revelando que “71,9% dos motivos de idas às urgências hospitalares devem-se a agudização da doença crónica” (Campos ³⁶) e as respostas são estruturadas em cuidados episódicos e reativos a estas doenças (Pinheiro ³⁷).

As DCNT's ainda permanecem no grupo menos reconhecido de determinantes que ameaçam o futuro da saúde, devido à desconexão entre a realidade das pessoas e dos decisores políticos. Assim, para que o setor público possa prestar serviços de forma eficiente e aliada a velocidade com que mudam os perfis epidemiológicos, é vital que haja implantação de políticas públicas bem planeadas, capazes de reduzir o impacto destas doenças na população.

Sendo os recursos da saúde escassos, os sistemas de informação então assumem importância ímpar, possibilitando um processo de tomada de decisão mais eficiente, uma vez que estas decisões seriam norteadas por conhecimentos científicos, produzidos com informações confiáveis e de qualidade, através de um levantamento sistemático de dados.



Ilustração 5 – Fluxo para planeamento e implementação de programas para DCNT's

O Relatório do Grupo de Trabalho e Estatísticas da Saúde 2012 (Conselho Superior de Estatística ⁷), na busca da identificação dos conteúdos dos sistemas de informação oficiais de saúde em Portugal, refere que estes múltiplos levantamentos – a

exceção dos IqNS's – produzem um conhecimento reduzido, devido a não sistematização da recolha de dados com base populacional, capazes de dar resposta as necessidades dos estudos epidemiológicos, além de consumirem recursos de toda ordem (financeiros, materiais, humanos, infraestruturas).

Apesar da rígida metodologia de amostragem e levantamento de dados, a subutilização dos IqNS's na realização de estudos, poderia então justificar-se com o facto de que utilização de dados autoreportados em estudos científicos poderiam ser discutíveis.

Sendo assim, o presente estudo propôs analisar os IqNS's, numa perspectiva de tendência temporal, comparando-os com fontes de dados alternativas, para que fosse possível analisar a pertinência e validade dos dados autoreportados nas questões ligadas com a evolução das DCNT's, nomeadamente o envelhecimento, o autoreporte de DM e HTA e a utilização de consultas médicas. Também foi alvo de análise a evolução dos níveis de escolaridade na população, devido à estreita ligação com comportamentos, hábitos e consumos dos indivíduos.

1 – Envelhecimento e Níveis de Escolaridade

Uma vez que as DCNT's estão relacionadas com uma multiplicidade de fatores, principalmente aos que se traduzem nos efeitos de hábitos de vida pouco saudáveis (Dias ¹⁷), estes são reforçados e potencializados à medida que os indivíduos atingem idades mais avançadas (Fernandes ¹⁵).

A análise da evolução das idades possibilita aos estudos contextualizarem a respeito do envelhecimento da população, produzindo conhecimento sobre o perfil epidemiológico dos grupos etários.

A primeira hipótese que se colocou foi sobre a consistência dos dados dos IqNS's indicativos do envelhecimento da população, em comparação com outras fontes, e os resultados a confirmaram, uma vez que a evolução dos grupos etários comporta-se de maneira semelhante, tanto nos IqNS's quanto nos censos demográficos, fonte de comparação utilizada.

De uma forma geral, o envelhecimento traduziu-se no aumento da população com mais de 75 anos – que quase triplicou num período de 30 anos – e na diminuição das idades mais jovens, características da transição demográfica, com reestruturação da “pirâmide” etária.

Os níveis de escolaridade foram analisados devido à ligação com escolhas individuais (hábitos e consumos) e o acesso a informação serem relevantes para este estudo, e os resultados indicaram consistência nos dados dos IqNS’s e dos Censos, indicando tendência temporal de aumento da literacia na população portuguesa. Os dados sobre escolaridade seriam úteis para estudos que associem a influência dos níveis de literacia nas escolhas individuais e na capacidade deste indicador minimizar os impactos das DCNT’s na população.

Temos então características de uma população cada vez mais envelhecida e escolarizada, cujas perceções a respeito da própria saúde podem predizer alterações nos padrões de consumo de serviços de saúde.

Neste estudo, a análise da auto percepção de saúde dos indivíduos ficou excluída devido à ausência de fontes de comparação aos IqNS’s, e, apesar desta variável caracterizar um indicador subjetivo, complementa outros indicadores mais objetivos, sendo por si, independente de interpretações médicas dos sintomas, um preditor da utilização de serviços de saúde (Vintém²⁰).

2 – Doenças Crónicas Não Transmissíveis

Na análise da evolução da DM e HTA na população portuguesa, os resultados confirmaram as hipóteses dois e três do estudo, nomeadamente sobre a consistência dos dados dos inquiridos com as fontes de dados alternativas.

Os dados sobre evolução das DCNT’s seriam úteis para estudos epidemiológicos que associem a prevalência destas doenças com hábitos e comportamentos dos indivíduos, utilização de serviços de saúde, dentre outras associações, possibilitando gerar conhecimento de base para o planeamento de políticas de prevenção e controle das DCNT’s.

Apesar da impossibilidade de criar uma linha do tempo, com valores intercalares entre os IqNS's, a tendência pós-inquéritos foi de aumento significativo tanto de DM quanto de HTA no período analisado.

Importante salientar que as fontes de dados alternativas demonstram que estas doenças encontram-se subdiagnosticadas. No caso dos diabéticos, mais de 90%, e no caso dos hipertensos, mais de 75% dos doentes que foram diagnosticados nos estudos, desconheciam a existência da doença.

Mais uma vez, o regime centrado nos cuidados hospitalares com perspectiva curativa do Sistema de Saúde, o foco no tratamento da agudização da doença crônica em detrimento de medidas de promoção da saúde e prevenção e controle das doenças são demonstradas, e a ausência de informação periódica com base populacional sobre a evolução das DCNT's na população prejudicaria a resposta eficiente do Sistema no controle precoce e tratamento dos indivíduos.

3 – Utilização de Serviços

Na análise comparativa, os inquéritos apresentaram, ao longo do período, uma ligeira queda na média de utilização de consultas por parte dos indivíduos (0,4 pontos percentuais). Já a fonte de comparação indicou um ligeiro aumento nesta utilização (0,79 pontos percentuais).

Assim, os resultados não confirmaram a quarta hipótese, nomeadamente sobre a consistência dos dados autoreportados nos inquéritos com as fontes utilizadas para comparação.

A informação apurada quanto à utilização de consultas médicas auxiliariam os estudos que associem o envelhecimento, os níveis de instrução e prevalência de DCNT's na população, criando cenários futuros de evolução das doenças e promovendo um planeamento de políticas públicas de saúde com base em evidências.

Levando em consideração que os dados dos IqNS's referem-se ao autoreporte de utilização de consultas médicas nos últimos três meses anteriores a inquirição, enquanto a fonte de comparação indica dados apurados junto aos serviços de saúde relativamente ao número de consultas médicas no ano de referência, as divergências poderiam

explicar-se. No entanto, a confiabilidade dos dados autoreportados para esta variável seria questionável e os dados oriundos dos sistemas de informação dos serviços, apresentariam maior confiabilidade.

Retomando a linha de pensamento de Giraldes ⁴², a equidade de acesso é alcançada quando se atinge o ponto de equilíbrio entre a oferta e a procura, aliadas a satisfação do utente na utilização dos serviços. A informação sobre a satisfação do utente somente pode ser levantada através de inquirição, tornando outras variáveis dos IqNS's extremamente relevantes para a garantia da equidade de acesso aos cuidados de saúde pela população portuguesa.

V – Limitações do Estudo

Quanto as limitações do estudo, uma grande dificuldade encontrada foi a padronização dos dados autoreportados e das fontes de dados alternativas, de maneira que pudessem ser comparadas numa perspectiva de tendência temporal.

Também de referir que outras variáveis importantes deixaram de ser incluídas no estudo devido à ausência de dados no 1º IqNS 87, nomeadamente dados biométricos dos indivíduos, impossibilitando a comparação da evolução ao longo do tempo, metodologia adotada neste estudo.

Quanto a média de utilização de consultas médicas pelos indivíduos, apesar dos dados autoreportados indicarem as consultas consumidas nos últimos três meses anteriores a inquirição, e os dados das fontes alternativas fazerem referência a média de consultas consumidas no ano de referência (com valores mais elevados), os resultados não inviabilizaram o estudo, pois a análise limitou-se à descrição da tendência temporal das médias nas séries estudadas.

VI – Conclusões

A transição demográfica fez mudar os padrões epidemiológicos da população portuguesa (os indivíduos vivem mais, se escolarizam mais, têm mais acesso a informação e utilizam mais os serviços de saúde), o que pode conduzir a uma insatisfação com o Sistema de Saúde, uma vez que este não atua sobre as DCNT's na mesma velocidade em que estas avançam sobre a população.

Mais uma vez, é importante citar que, em 2011, estimou-se que apenas 0,06%¹⁶ das despesas totais em saúde incidiram sobre investimentos em *provisão e administração de programas de saúde pública* (compreendendo aqui o planeamento de programas).

Sendo os recursos escassos neste âmbito, os sistemas de informação então assumem importância ímpar, transformando o processo de tomada de decisão mais eficiente, uma vez que estas decisões seriam norteadas por conhecimentos científicos, produzidos com informações confiáveis e de qualidade, através de um levantamento sistemático de dados.

O Ministério da Saúde tem imprimido esforços com a implantação dos IqNS's para compreender a evolução da saúde da população, mas a falta de regularidade com que os inquéritos são aplicados, dificulta a realização de estudos de tendência temporal.

O Conselho Superior de Estatística preconiza a periodicidade quinquenal para os inquéritos, assim como ocorre em outros países (Dias¹³), porém não é o que se pratica.

Para Autun et. al.⁴, a velocidade e a proporção como as ações de saúde são implantadas, variam conforme os contextos, porém na maioria dos casos serão determinadas por “vontade e liderança política” e a limitação do Estado, evidenciando a escassez de recursos, não pode servir de justificativa para que os IqNS's não sejam aplicados com regularidade.

Os altos decisores devem apoiar-se em conhecimento gerado por informações consistentes, onde a observação da evolução das realidades através do tempo auxilia na previsão de cenários epidemiológicos futuros. Esta visão de longo prazo é

¹⁶ Fonte: Despesas correntes do Serviço Nacional de Saúde. INE, Contas Nacionais 2000 - 2011

determinante para sustentar a capacidade de resposta dos Sistemas de Saúde (Nishtar ⁴⁶; Autun et. al. ⁴).

O Relatório do Grupo de Trabalho e Estatísticas da Saúde 2012 (Conselho Superior de Estatística ⁷) refere os IqNS's como um exemplo de sistema de informação para a saúde, devido à metodologia rígida de levantamento e tratamento de dados.

Assim, os inquéritos apresentam-se como um instrumento fundamental para estudos epidemiológicos, capazes de responder às necessidades de informação dos utilizadores na produção do conhecimento de base, auxiliares dos decisores no planeamento das políticas de saúde.

De um modo geral, as análises comparativas dos dados dos IqNS's com outras fontes denotaram consistência. No entanto, no âmbito das DCNT's – aqui representadas pela Diabetes e Hipertensão Arterial – os resultados demonstraram que as doenças são subdiagnosticadas (no caso dos diabéticos, mais de 90%, e no caso dos hipertensos, mais de 75% dos doentes que foram diagnosticados nos estudos, desconheciam o facto), advindo do desconhecimento o relato negativo quanto à existência das doenças nos IqNS's.

Para colmatar esta questão, a introdução do exame físico no processo de inquirição faz-se necessária, com o acréscimo de levantamento de dados biométricos da população, nomeadamente peso, altura, tensão arterial e glicemia, alterando a metodologia de colheita de dados e treino de entrevistadores.

Dias ¹³ relata que as equipas de entrevistadores são compostas preferencialmente por pessoas sem formação em saúde, evitando o efeito de entrevista “seletiva e direcionada”. No entanto, o que se propõe, são equipas compostas por dois entrevistadores: um leigo (treinado pelo INE nos mesmos moldes atuais, responsável pela aplicação do questionário) e um profissional de saúde (treinado pelo Instituto Nacional de Saúde, responsável somente pela aferição dos dados biométricos).

Tais mudanças possibilitariam aos pesquisadores, buscar toda a informação necessária para estudos epidemiológicos analíticos da evolução das DCNT's na população, dentro dos IqNS's, poupando recursos do Estado e das instituições com outros levantamentos.

Assim, as previsões sobre o avanço das doenças e sobre os impactos socioeconómicos, bem como o planeamento de políticas de saúde, não seriam só promotoras de ganhos de vida, mas de ganhos de qualidade de vida numa população que já vivencia o envelhecimento.

Referências

1. Clark H. NCDs: a challenge to sustainable human development. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Feb 16 [cited 2013 May 28];381(9866):510–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410604>
2. Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet* [Internet]. 2013 Feb 16 [cited 2013 May 28];381(9866):585–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410608>
3. World Health Organization. Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [Internet]. 2013 p. 55. Available from: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
4. Atun R, Jaffar S, Nishtar S, Knaul FM, Barreto ML, Nyirenda M, et al. Improving responsiveness of health systems to non-communicable diseases. *Lancet* [Internet]. 2013 Feb 23 [cited 2013 May 28];381(9867):690–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410609>
5. World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases : How much will it cost ? [Internet]. 2011 p. 51. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502313_eng.pdf
6. Horton R. Non-communicable diseases: 2015 to 2025. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Feb 16 [cited 2013 May 28];381(9866):509–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410603>
7. Conselho Superior de Estatística. Relatório do Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde [Internet]. 2012. Available from: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/982/4/Relatorio GT Sa% C3% BAde 2012% 5b1% 5d - Paper 6 - DEP.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/982/4/Relatorio%20GT%20Sa%C3%BAde%202012%5b1%5d%20-%20Paper%206%20-%20DEP.pdf)
8. Portugal M da S. Inquérito Nacional de Saúde 1987. Lisboa; 1988.
9. Portugal M da S. Inquérito Nacional de Saúde 1995 / 1996. Lisboa; 1998.
10. Portugal M da S. Inquérito Instituto Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa; 2001.
11. Portugal M da S. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 [Internet]. Lisboa; 2009. Available from: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epide miologia/INS_05_06.pdf

12. Gouveia LB, Ranito J. Sistemas de Informação de Apoio a Gestão. Sociedade Portuguesa de Inovação; 2004.
13. Dias CM. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. 2009;51–60. Available from: http://run.unl.pt/bitstream/10362/4409/1/25Anos-DIAS_p-51.pdf
14. Nogueira H, Remoaldo PC. Olhares geográficos sobre a saúde [Internet]. Lisboa; 2010. p. 157. Available from: http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/12442/1/Olhares_Geogr%C3%A1ficos_sobre_a_Sa%C3%BAde.pdf
15. Fernandes AA. Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia. Anal. Soc. [Internet]. 2007;42:419–43. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0003-25732007000200003&script=sci_arttext
16. Giraldes M do R. Estilos de vida em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96 , a nível regional. Anal. Soc. [Internet]. 1998;32:611–5. Available from: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1221843873H0vNH1iw5Fk59GC2.pdf>
17. Dias CM. Distribuição conjunta de determinantes de saúde relacionados com comportamentos [Internet]. Universidade Nova de Lisboa; 2011. Available from: http://run.unl.pt/bitstream/10362/9666/1/RUN_-_Tese_de_Doutoramento_-_Carlos_Matias_Dias.pdf
18. Oliveira DGF de. Determinantes do Estado de Saúde dos Portugueses [Internet]. Universidade Nova de Lisboa; 2009. p. 114. Available from: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/3423/1/TEGI0251.pdf>
19. Falcão AM. Panorama da Sociologia da Saúde em Portugal: Avanços teóricos, problemáticas e domínios cruzados [Internet]. Lisboa; 2012. Available from: http://www.cies.iscte.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP140_Falcao.pdf
20. Vintém JM. Inquéritos Nacionais de Saúde: autoperceção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. Psicol. da Saúde [Internet]. 2008;26:5–16. Available from: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/01.pdf>
21. Ribeiro JLP, Leal I, Pereira A, Monteiro S. Psicologia da Saúde: Desafios à promoção da saúde em doenças crónicas [Internet]. 1ª Edição. Placebo E, editor. Lisboa; 2012. Available from: http://www.placebo.pt/upload/livro_congresso.pdf

22. Serapioni M, Sesma D. A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal , Itália e Espanha. Resultado preliminares de um estudo comparativo. *Sociol. Online* [Internet]. 2011 Apr;599–629. Available from: http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/794_APSONline-Aparticipa%E7%E3o%20cidad%E3os%20ES-IT-POR.pdf
23. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil : aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;4:135–40. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoais/dosa/EnvelhecimentoBrasil-Transicao-MLLebrao-SaudeColetiva2007.pdf>
24. Dias CM. Epidemiologia do Envelhecimento e da Dependência em Portugal. *Assoc. Port. para o Desenvolvimento Hosp. - Conversas fim tarde* [Internet]. Viseu; 2012. p. 1–27. Available from: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/995/1/Epidemiologia do envelhecimento e depend%C3%Aancia.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/995/1/Epidemiologia%20do%20envelhecimento%20e%20depend%C3%Aancia.pdf)
25. Lopes A, Lemos R. Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na Sociologia Portuguesa. *Sociol. Rev. da Fac. Let. da Univ. do Porto* [Internet]. Porto; 2012;13–31. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64663/2/alexandralopesenvelhecimento000175408.pdf>
26. Cesse EAP. Epidemiologia e Determinantes Sociais das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil [Internet]. Fundação Oswaldo Cruz; 2007. p. 296. Available from: <http://cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2007cesse-eap.pdf>
27. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases [Internet]. 2008 p. 48. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf
28. Alleyne G, Binagwaho A, Haines A, Jahan S, Nugent R, Rojhani A, et al. Embedding non-communicable diseases in the post-2015 development agenda. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Feb 16 [cited 2013 May 23];381(9866):566–74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410606>
29. World Health Organization. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020 [Internet]. 2013 p. 48. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-en.pdf
30. Almeida-Filho N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2004;9:865–84. Available

from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a09v9n4.pdf>

31. World Health Organization. Noncommunicable diseases contry profiles 2011 [Internet]. 2011 p. 209. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502283_eng.pdf
32. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 6^a Edição. 2013. p. 160. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas/download-book>
33. Dias CM, Paixão E. Definição e Epidemiologia das Doenças Crónicas 1: A Definição. II Fórum Int. sobre o doente crónico [Internet]. Lisboa; 2010. p. 112. Available from: <http://www.nedai.org/items/08.pdf>
34. Afonso C, Pinhão S, Poínhos R, Franchini B, Teixeira V, Moreira P, et al. Determinantes da saúde e escolha alimentar em idosos portugueses. Rev. da Soc. Port. Ciência da Nutr. e Aliment. [Internet]. 2012;18:42. Available from: <http://www.spcna.pt/publicacoes/?imc=7n&publicacao=21&edicao=77&fmo=pa>
35. Ventura SP de AVM. Hipertensão arterial – a dimensão socioeconómica [Internet]. Instituto Universitário de Lisboa; 2011. p. 86. Available from: <https://repositorio.iscte.pt/handle/10071/3607>
36. Campos L. O Modelo Global da Doença Crónica. II Fórum Int. sobre o doente crónico [Internet]. 2010. p. 49. Available from: <http://www.nedai.org/items/05.pdf>
37. Pinheiro CTM. A Gestão das Doenças Crónicas. Implicação na Prática nos cuidados de Saúde Primários [Internet]. Universidade Aberta; 2008. Available from: https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1233/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Carla%20Pinheiro.pdf
38. Santos ME, Capela ML. Investigação em Cuidados Paliativos em Portugal. Cad. Saúde [Internet]. 2011;4:63–9. Available from: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12508/1/CSaude_4-1%2085%29.pdf
39. Costa FN, Guimarães HM. O modelo processual de acesso a saúde. Rev. Ciências Jurídicas e Sociais UNIPAR [Internet]. Umuarama; 2010;87–112. Available from: <http://revistas.unipar.br/juridica/article/view/3435/2331>
40. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. Rev. Panam. Salud Publica [Internet]. 2012;31(3):260–8. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>
41. Furtado C, Pereira J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde [Internet].

- Lisboa; 2010. Available from:
<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>
42. Giraldes M do R. Equidade de utilização segundo o Inquérito Nacional de Saúde 1995/96, a nível regional . Qual a satisfação dos utentes? *Econ. da Saúde* [Internet]. 2001;19(2):15–26. Available from:
<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-02-2001.pdf>
43. Dias AM, Cunha M, Santos AMM dos, Neves APG, Pinto AFC, Silva ASA, et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da Literatura. *Millenium* [Internet]. 2011;40:201–19. Available from:
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
44. Hogerzeil H V, Liberman J, Wirtz VJ, Kishore SP, Selvaraj S, Kiddell-Monroe R, et al. Promotion of access to essential medicines for non-communicable diseases: practical implications of the UN political declaration. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2013 Feb 23 [cited 2013 May 22];381(9867):680–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410612>
45. Furtado C. Medicamentos do Aparelho Cardiovascular: Uma análise dos padrões de utilização e despesa em Portugal Continental entre 2000 e 2011 [Internet]. Lisboa; 2011. Available from:
http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/INTRODUCAO_DE_FICHEIROS/Relatorio_ApCardiovascular.pdf
46. Nishtar S. Public - private “partnerships” in health - a global call to action. *Health Res. Policy Syst.* [Internet]. 2004 Jul 28 [cited 2013 Jul 31];2(1):5. Available from:
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=514532&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
47. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: practice and potential. *Soc. Sci. Med.* [Internet]. 2007 Jan [cited 2013 Jul 31];64(2):259–71. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17055633>
48. Portugal M da S. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Eixo Estratégico: Políticas Saudáveis [Internet]. 2012 p. 24. Available from:
http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_3_4_Pol%C3%ADticas_Saud%C3%A1veis_2013_01_17.pdf
49. Lopes V, Rodrigues V, Coelho E, Monteiro MJ. Promoção da Saúde e

- Actividade Física: Contributos para o Desenvolvimento Humano [Internet]. 2010 p. 13. Available from: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3245>
50. Beaglehole R, Bonita R, Horton R. Independent global accountability for NCDs. *Lancet* [Internet]. 2013 Feb 23 [cited 2013 Jun 2];381(9867):602–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23410610>
51. Taddeo P da S, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AM de A, Oliveira GC de, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciência e Saúde Coletiva* [Internet]. 2012;17:2923–30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100009&lng=pt
52. World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences [Internet]. 2009 p. 42. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf
53. Instituto Nacional de Estatística. Censos 1981 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa; 1981.
54. Instituto Nacional de Estatística. Censos 1991 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa; 1991.
55. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2001 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa; 2001.
56. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Lisboa; 2011.
57. DGS - Direcção-Geral da Saúde. Elementos Estatísticos - Informação Geral Saúde 2000. Lisboa; 2003.
58. DGS - Direcção-Geral da Saúde. Elementos Estatísticos - Informação Geral Saúde 2005. Lisboa; 2007.
59. DGS - Direcção-Geral da Saúde. Elementos Estatísticos - Informação Geral Saúde 2009-2010. Lisboa; 2010.
60. Sociedade Portuguesa de Diabetologia, Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, Instituto de Higiene e Medicina Social da Faculdade de Medicina de Coimbra, DGS - Direcção-Geral da Saúde. Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal [Internet]. 2009. Available from: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221->

42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf

61. Sociedade Portuguesa de Diabetologia, DGS - Direcção-Geral da Saúde. Diabetes: Factos e Números 2013. 2013.
62. Ferreira PNV dos S. Evolução temporal dos factores de risco cardiovascular na população portuguesa continental. IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; 2012.
63. Instituto de Biologia Molecular e Celular, Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Estudo da Prevalência Tratamento e Controle da Hipertensão em Portugal. Simpósio da Soc. Port. Hipertens. 6 maio 2004. 2004.
64. Sociedade Portuguesa de Hipertensão. Physa - Portuguese Hypertension and Salt Study [Internet]. 2012. Available from: http://www.sphta.org.pt/pdf/PHYSA_study_Slides_SPH-v2.pdf
65. Oliveira CR de, Rosa MS, Pinto AM, Botelho MAS, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa [Internet]. 2010. Available from: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/992/1/ACS_EPEPP_LIVRO.pdf

Anexos

Anexo 1 – Dados Grupos Etários segundo IqNS's

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/D
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/D
Caracterização da população - Envelhecimento	1.1 - População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	1.1 - População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	1.1 - População inquirida por estado civil, idade e sexo	1.2 - População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário	Censos 1981, 1991, 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução	N/D
Descrição da Variável	Idade distribuída por grupos etários	Valores: % população inquirida Grupo A: 15 - 24 Grupo B: 25 - 44 Grupo C: 45 - 64 Grupo D: 65 - 74 Grupo E: 75 anos		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a tendência temporal do envelhecimento da população	
* eliminado valores ignorados nos inquéritos						
				1º IqNS 87	41585	
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	4174	4117	8291	19,94%	50,34%	49,66%
15 - 24 anos	3367	3100	6467	15,55%	52,06%	47,94%
25 - 44 anos	4582	5008	9590	23,06%	47,78%	52,22%
45 - 64 anos	4993	5756	10749	25,85%	46,45%	53,55%
65 - 74 anos	1768	2135	3903	9,39%	45,30%	54,70%
75 anos	974	1611	2585	6,22%	37,68%	62,32%
	19858	21727	41585	100,00%	47,75%	52,25%
				2º IqNS 95-96	49718	
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	3885	3673	7558	15,20%	51,40%	48,60%
15 - 24 anos	3820	3595	7415	14,91%	51,52%	48,48%
25 - 44 anos	5843	6221	12064	24,26%	48,43%	51,57%
45 - 64 anos	6169	6981	13150	26,45%	46,91%	53,09%
65 - 74 anos	2639	3141	5780	11,63%	45,66%	54,34%
75 anos	1498	2253	3751	7,54%	39,94%	60,06%
	23854	25864	49718	100,00%	47,98%	52,02%
				3º IqNS 98-99	9693475	
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	800834	763020	1563854	16,13%	51,21%	48,79%
15 - 24 anos	727651	706884	1434535	14,80%	50,72%	49,28%
25 - 44 anos	1405706	1436546	2842252	29,32%	49,46%	50,54%
45 - 64 anos	1090909	1203525	2294434	23,67%	47,55%	52,45%
65 - 74 anos	411352	515163	926515	9,56%	44,40%	55,60%
75 anos	239540	392350	631890	6,52%	37,91%	62,09%
	4675992	5017488	9693480	100,00%	48,24%	51,76%
				4º IqNS 05-06	10062959	
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	796628	756659	1553287	15,44%	51,29%	48,71%
15 - 24 anos	628450	606062	1234512	12,27%	50,91%	49,09%
25 - 44 anos	1523043	1529116	3052159	30,33%	49,90%	50,10%
45 - 64 anos	1192558	1292475	2485033	24,69%	47,99%	52,01%
65 - 74 anos	440235	541219	981454	9,75%	44,86%	55,14%
75 anos	288978	467540	756518	7,52%	38,20%	61,80%
	4869892	5193071	10062963	100,00%	48,39%	51,61%

Anexo 2 – Dados Grupos Etários segundo Censos Demográficos

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/D
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/D
Caracterização da população - Envelhecimento	1.1 - População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	1.1 - População inquirida, segundo estado civil, idade e sexo	1.1 - População inquirida por estado civil, idade e sexo	1.2 - População residente por auto-apreciação do estado de saúde, sexo e grupo etário	Censos 1981, 1991, 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução	N/D
Descrição da Variável	Idade distribuída por grupos etários	Valores: % população inquirida Grupo A: 15 - 24 Grupo B: 25 - 44 Grupo C: 45 - 64 Grupo D: 65 - 74 Grupo E: 75 anos		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a tendência temporal do envelhecimento da população	
* eliminado valores ignorados nos inquéritos						
Censo 1981			9336760			
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	1203422	1155117	2358539	25,26%	51,02%	48,98%
15 - 24 anos	774992	761403	1536395	16,46%	50,44%	49,56%
25 - 44 anos	1136704	1206588	2343292	25,10%	48,51%	51,49%
45 - 64 anos	951820	1075189	2027009	21,71%	46,96%	53,04%
65 - 74 anos	305894	399192	705086	7,55%	43,38%	56,62%
75 anos	129092	237347	366439	3,92%	35,23%	64,77%
	4501924	4834836	9336760	100,00%	48,22%	51,78%
Censo 1991			9375926			
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	944923	902621	1847544	19,71%	51,14%	48,86%
15 - 24 anos	771621	752491	1524112	16,26%	50,63%	49,37%
25 - 44 anos	1266744	1320648	2587392	27,60%	48,96%	51,04%
45 - 64 anos	1005010	1128218	2133228	22,75%	47,11%	52,89%
65 - 74 anos	345656	433203	778859	8,31%	44,38%	55,62%
75 anos	157891	346900	504791	5,38%	31,28%	68,72%
	4491845	4884081	9375926	100,00%	47,91%	52,09%
Censo 2001			9869343			
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	797022	760912	1557934	15,79%	51,16%	48,84%
15 - 24 anos	710620	689015	1399635	14,18%	50,77%	49,23%
25 - 44 anos	1451969	1476323	2928292	29,67%	49,58%	50,42%
45 - 64 anos	1123152	1231734	2354886	23,86%	47,69%	52,31%
65 - 74 anos	424828	528730	953558	9,66%	44,55%	55,45%
75 anos	257853	417185	675038	6,84%	38,20%	61,80%
	4765444	5103899	9869343	100,00%	48,29%	51,71%
Censo 2011			10047621			
	H	M	Total	% Total	H	M
< 15 anos	758841	725279	1484120	14,77%	51,13%	48,87%
15 - 24 anos	547004	532489	1079493	10,74%	50,67%	49,33%
25 - 44 anos	1401761	1467385	2869146	28,56%	48,86%	51,14%
45 - 64 anos	1276238	1400836	2677074	26,64%	47,67%	52,33%
65 - 74 anos	457508	552083	1009591	10,05%	45,32%	54,68%
75 anos	357446	570751	928197	9,24%	38,51%	61,49%
	4798798	5248823	10047621	100,00%	47,76%	52,24%

Anexo 3 – Dados Níveis de Escolaridade segundo IqNS's

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/D
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/D
Níveis de escolaridade	1.3 - Distribuição percentual da população inquirida, segundo o grau de escolaridade, por idade e sexo	1.3 - População inquirida, por anos de escolaridade, idade e sexo	1.2 - População inquirida por nível de ensino que frequenta ou possui, idade e sexo	10.2 - População residente com 15 anos ou mais, por anos de escolaridade completados	Censos 1981, 1991, 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução	N/D
Descrição da Variável	Indivíduos, por categorias de anos de estudo frequentados	Valores: % população inquirida Nível Baixo Nível Médio Nível Superior		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a tendência temporal dos níveis de ensino	
* eliminado valores ignorados nos inquiridos						
1º IqNS 87				41400		
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	14159	16453	30612	73,94%	46,25%	53,75%
Médio	4942	4348	9290	22,44%	53,20%	46,80%
Superior	673	825	1498	3,62%	44,93%	55,07%
	19774	21626	41400	100,00%	47,76%	52,24%
2º IqNS 95-96				49692		
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	17384	19440	36824	74,10%	47,21%	52,79%
Médio	5211	4950	10161	20,45%	51,28%	48,72%
Superior	1246	1461	2707	5,45%	46,03%	53,97%
	23841	25851	49692	100,00%	47,98%	52,02%
3º IqNS 98-99				48576		
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	17314	19319	36633	75,41%	47,26%	52,74%
Médio	4396	3973	8369	17,23%	52,53%	47,47%
Superior	1499	2075	3574	7,36%	41,94%	58,06%
	23209	25367	48576	100,00%	47,78%	52,22%
4º IqNS 05-06				8509673		
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	2842548	3172798	6015346	70,69%	47,25%	52,75%
Médio	699513	695111	1394624	16,39%	50,16%	49,84%
Superior	531217	568522	1099739	12,92%	48,30%	51,70%
	4073278	4436431	8509709	100,00%	47,87%	52,13%

Anexo 4 – Dados Níveis de Escolaridade segundo Censos Demográficos

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/A
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/A
Níveis de escolaridade	1.3 - Distribuição percentual da população inquirida, segundo o grau de escolaridade, por idade e sexo	1.3 - População inquirida, por anos de escolaridade, idade e sexo	1.2 - População inquirida por nível de ensino que frequenta ou possui, idade e sexo	3.2 - População residente com 18 ou mais anos por IMC, sexo e anos de escolaridade completados	Censos 1981, 1991 (*), 2001, 2011 - População residente, segundo grupo etário e nível de instrução	N/D
Descrição da Variável	Indivíduos, por categorias de anos de estudo frequentados	Valores: % população Nível Baixo Nível Médio Nível Superior		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a tendência temporal dos níveis de ensino	
(*) Censo 1991 - dados totais para Portugal						
				Censo 1981		9336760
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	3706411	4118867	7825278	83,81%	47,36%	52,64%
Médio	686493	590302	1276795	13,67%	53,77%	46,23%
Superior	109020	125667	234687	2,51%	46,45%	53,55%
	4501924	4834836	9336760	100,00%	48,22%	51,78%
				Censo 1991*		9867131
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	3473775	3839816	7313591	74,12%	47,50%	52,50%
Médio	984564	944446	1929010	19,55%	51,04%	48,96%
Superior	298430	327100	625530	6,34%	47,71%	52,29%
	4756769	5111362	9868131	100,01%	48,20%	51,80%
				Censo 2001		9869343
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	2886444	3199517	6085961	61,67%	47,43%	52,57%
Médio	1362583	1264742	2627325	26,62%	51,86%	48,14%
Superior	516417	639640	1156057	11,71%	44,67%	55,33%
	4765444	5103899	9869343	100,00%	48,29%	51,71%
				Censo 2011		10047621
	H	M	Total	% Total	H	M
Baixo	2409855	2710010	5119865	50,96%	47,07%	52,93%
Médio	1675753	1594832	3270585	32,55%	51,24%	48,76%
Superior	712830	944341	1657171	16,49%	43,01%	56,99%
	4798438	5249183	10047621	100,00%	47,76%	52,24%

Anexo 5 – Dados Diabetes Mellitus

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/A
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/A
Diabetes	2.1 - Distribuição percentual das pessoas sofrendo de diabetes por idade inicial, segundo idade e sexo	5.1 - População inquirida que declarou sofrer de diabetes, por início da doença, idade atual e sexo	4.10 (4º IqNS) - População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (diabetes)	4.2 - População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (diabetes)	Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal 2009	Relatório Observatório Diabetes 2013
Descrição da Variável	Indivíduos com diabetes	Valores: Número de indivíduos Sim / Não		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal da DM na população	
* eliminado valores ignorados nos inquéritos						
	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Prevadiab 2009	Rel Diabetes 2013
Diabéticos	4,63%	4,77%	6,80%	6,55%	6,60%	7,30%
Não Diabéticos	95,37%	95,23%	93,20%	93,45%	93,40%	92,70%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
1º IqNS 87 40925						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	752	1142	1894	4,63%	39,70%	60,30%
Não Diabéticos	18827	20204	39031	95,37%	48,24%	51,76%
	19579	21346	40925	100%	47,84%	52,16%
2º IqNS 95-96 49718						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	1049	1325	2374	4,77%	44,19%	55,81%
Não Diabéticos	22805	24539	47344	95,23%	48,17%	51,83%
	23854	25864	49718	100,00%	47,98%	52,02%
3º IqNS 98-99 9693475						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	288126	370819	658945	6,80%	43,73%	56,27%
Não Diabéticos	4387864	4646667	9034531	93,20%	48,57%	51,43%
	4675990	5017486	9693476	100,00%	48,24%	51,76%
4º IqNS 05-06 10062959						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	288126	370819	658945	6,55%	43,73%	56,27%
Não Diabéticos	4581763	4822251	9404014	93,45%	48,72%	51,28%
	4869889	5193070	10062959	100,00%	48,39%	51,61%
Prevadiab 2009 7657529						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	-	-	-	6,60%	-	-
Não Diabéticos	-	-	-	93,40%	-	-
	-	-	-	100,00%	-	-
Rel Diabetes 2013 100						
	H	M	Total	% Total	H	M
Diabéticos	-	-	7,3	7,30%	-	-
Não Diabéticos	-	-	92,7	92,70%	-	-
	-	-	100	100,00%	-	-

Anexo 6 – Dados Hipertensão Arterial

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/A
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/A
Hipertensão Arterial	Estudo "Evolução temporal dos riscos cardiovasculares na população portuguesa continental" Ferreira ²¹	5.6 - População inquirida que declarou sofrer de tensão alta, por idade do início da doença, idade atual e sexo	4.10 (4º IqNS) - População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (tensão alta)	4.2 - População residente por tipo de doença crónica existente, sexo e grupo etário (tensão alta)	Estudo DGS HTA 2004	Physa 2012
Descrição da Variável	Indivíduos com hipertensão arterial	Valores: Número de indivíduos Sim / Não		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal de HTA na população	
*eliminado valores ignorados nos inquéritos						
	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	DGS HTA 2004	Physa 2012
Hipertensos	17,30%	15,55%	20,77%	20,01%	43,70%	42,20%
Não Hipertensos	82,70%	84,45%	79,23%	79,99%	56,30%	57,80%
	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
	1º IqNS 87		100			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	-	-	17,3	17,30%	0,00%	0,00%
Não Hipertensos	-	-	82,7	82,70%	0,00%	0,00%
	-	-	100	100,00%	0,00%	0,00%
	2º IqNS 95-96		49718			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	2829	4904	7733	15,55%	36,58%	63,42%
Não Hipertensos	21025	20960	41985	84,45%	50,08%	49,92%
	23854	25864	49718	100,00%	47,98%	52,02%
	3º IqNS 98-99		9693475			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	798274	1215345	2013619	20,77%	39,64%	60,36%
Não Hipertensos	3877716	3802141	7679857	79,23%	50,49%	49,51%
	4675990	5017486	9693476	100,00%	48,24%	51,76%
	4º IqNS 05-06		10062959			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	798274	1215345	2013619	20,01%	39,64%	60,36%
Não Hipertensos	4071615	3977725	8049340	79,99%	50,58%	49,42%
	4869889	5193070	10062959	100,00%	48,39%	51,61%
	Estudo DGS HTA 2004		5023			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	-	-	1012	20,14%	-	-
Não Hipertensos	-	-	4011	79,86%	-	-
	-	-	5023	100,00%	-	-
	Physa 2012		3720			
	H	M	Total	% Total	H	M
Hipertensos	-	-	1568	23,33%	-	-
Não Hipertensos	-	-	2152	76,67%	-	-
	-	-	3720	100,00%	-	-

Anexo 7 – Dados Utilização de Consultas Médicas segundo IqNS's

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/D
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/D
Consumo de consultas médicas	5.1 - Distribuição percentual da população inquirida por número de consultas médicas, nos últimos 3 meses, segundo a idade e o sexo e seus valores médios	6.1 - População inquirida, por número de consultas médicas nos últimos 3 meses, por idade e sexo	14.10 (4º IqNS) - População residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, sexo e grupo etário	14.2 - População residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, sexo e grupo etário	Elementos Estatísticos DGS e Censos Demográficos	N/D
Descrição da Variável	Número de consultas médicas	Valores: Média consultas por indivíduo		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal da utilização de consultas médicas pela população	
* eliminado valores ignorados nos inquéritos						
1º IqNS 87						
	H	M	HM			
Média Consultas < 15 anos	2,07	1,90	2,00			
Média Consultas 15 - 54 anos	2,50	2,60	2,60			
Média Consultas > 55 anos	2,80	2,80	2,80			
Média Consultas por indivíduo	2,50	2,50	2,50			
2º IqNS 95 - 96						
	H	M	HM			
Média Consultas < 15 anos	1,85	1,90	1,90			
Média Consultas 15 - 54 anos	2,00	2,20	2,12			
Média Consultas > 55 anos	2,57	2,60	2,60			
Média Consultas por indivíduo	2,20	2,40	2,30			
3º IqNS 98 - 99						
	H	M	HM			
Média Consultas < 15 anos	2,00	2,00	2,00			
Média Consultas 15 - 54 anos	2,08	2,33	2,20			
Média Consultas > 55 anos	2,68	2,60	2,60			
Média Consultas por indivíduo	2,30	2,40	2,35			
4º IqNS 05 - 06						
	H	M	HM			
Média Consultas < 15 anos	1,80	1,90	1,90			
Média Consultas 15 - 54 anos	1,78	2,13	1,95			
Média Consultas > 55 anos	2,33	2,43	2,40			
Média Consultas por indivíduo	2,00	2,20	2,10			

Anexo 8 – Dados Utilização de Consultas Médicas segundo DGS e Censos

Descrição	1º IqNS 87	2º IqNS 95-96	3º IqNS 98-99	4º IqNS 05-06	Fonte de Comparação I	Fonte de Comparação II
Unidades de Alojamento	17914	18000	21808	19950	N/A	N/D
Nº de pessoas inquiridas	41 585	49 718	48 606	41 193	N/A	N/D
Consumo de consultas médicas	5.1 - Distribuição percentual da população inquirida por número de consultas médicas, nos últimos 3 meses, segundo a idade e o sexo e seus valores médios	6.1 - População inquirida, por número de consultas médicas nos últimos 3 meses, por idade e sexo	14.10 (4º IqNS) - População residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, sexo e grupo etário	14.2 - População residente por número de consultas médicas nos 3 meses anteriores à entrevista, sexo e grupo etário	Elementos Estatísticos DGS e Censos Demográficos	N/D
Descrição da Variável	Número de consultas médicas	Valores: Média consultas por indivíduo		Tipo: Quantitativa Discreta	Analisar a evolução temporal da utilização de consultas médicas pela população	
* eliminado valores ignorados nos inquéritos						
Média Consultas por indivíduo Elementos Estatísticos DGS						
	Ano	HM	Nº Consultas	Pop Referência		
	1990	3,03	28400700	9375926	Censo 1991	
	1995	3,30	30917200	9375926	Censo 1991	
	2000	3,41	33665200	9869343	Censo 2001	
	2005	3,83	37789300	9869343	Censo 2001	
	2010	3,82	38379119	10047621	Censo 2011	