



FERNANDO LEAL DA COSTA

como adoecem os portugueses

saúde, estilos de vida

05
10



FERNANDO LEAL DA COSTA

como adoecem os portugueses

saúde, estilos de vida

05
10

os portugueses

Uma colecção para conhecer o país e a sua gente

Os Portugueses adoecem mais cedo do que deveria ser. Vivem cada vez mais, é certo, mas envelhecem doentes. A nossa saúde mental está longe do que desejaríamos. Morremos muito por causas que poderiam ser prevenidas. Nem sempre comemos bem e, olhando a maioria, quase não fazemos exercício. Bebemos demasiado álcool, mas começamos, finalmente, a deixar de fumar. Conhecer como adoecem os Portugueses é descobrir o caminho para que adoecemos menos.

os portugueses



Largo Monterroio Mascarenhas, n.º 1, 7.º piso
1099-081 Lisboa
Portugal

Correio electrónico: ffms@ffms.pt
Telefone: 210 015 800

Título: Como Adoecem os Portugueses — saúde, estilos de vida
Autor: Fernando Leal da Costa
Director de publicações: António Araújo
Coordenação: Susana Norton e Luísa Barbosa
Validação de conteúdos e suportes digitais: Regateles Consultoria Lda.
Design e paginação: Guidesign

© Fundação Francisco Manuel dos Santos e Fernando Leal da Costa, Junho de 2020

Livro redigido com o Acordo Ortográfico de 1990.

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade do autor e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos.

A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada ao autor e ao editor.

Edição eBook: Guidesign
ISBN 978-989-9004-48-1

Fontes

[Pordata](#)

[INE — Instituto Nacional de Estatística](#)

[Eurostat — Departamento de Estatística da União Europeia](#)

[Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária — Ministério da Administração Interna](#)

[Direção-Geral de Saúde — Ministério da Saúde](#)

[Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge — Ministério da Saúde](#)

Conheça todos os projectos da Fundação em www.ffms.pt



Fernando Leal da Costa

como adoecem os portugueses

saúde
estilos de vida

Introdução

Morbilidade e mortalidade

Doenças cardíacas e vasculares

Cancro

Saúde mental

Diabetes

Doenças respiratórias

Tuberculose

Sida

Hepatites

Doenças musculoesqueléticas

Acidentes

Conclusão

Bibliografia

Recursos digitais

Infografias

Introdução

A descrição dos perfis de doença dos Portugueses obedece a critérios relacionados com a importância da patologia em termos quantitativos, com os dados existentes e com o potencial impacto na vida das pessoas, dos doentes e de toda a sociedade. Trata-se de uma modesta tentativa de epidemiologia descritiva, factual, em que apenas deixei transparecer a minha opinião no que diz respeito à necessidade de promover a saúde e prevenir as doenças e as suas consequências, que correspondem muitas vezes a outras doenças e, quase sempre, a incapacidades. Como é evidente nas minhas palavras, embora não se possa encontrar, neste pequeno trabalho, considerações sobre a validade do que envolve afirmações de natureza etiológica, sigo a literatura internacional — não citada exaustivamente — que pode sustentar propostas de prevenção, com destaque para as que possam prevenir várias patologias. Os exemplos mais claros são os da patologia cardiovascular, nos seus múltiplos aspetos, ou as relações do tabaco com patologia diversificada.

Tendo iniciado a elaboração deste texto antes da declaração da pandemia de covid-19, não fiz nenhum tipo de referência a esta doença ou ao seu agente patogénico, o SARS-CoV-2. Tendo tido oportunidade de rever o que escrevi em plena pandemia, entendi que os dados existentes não permitem uma análise séria e em condições de igualdade com o que é feito para outras doenças.

Morbilidade e mortalidade

Descrever, ainda que de forma sucinta, «como adoecem os Portugueses» é tarefa verdadeiramente impossível. Vou apenas apresentar uma aproximação à realidade. Para os menos pacientes, além de verem a infografia, será melhor passarem já para a Conclusão.

O que são os «Portugueses»? Em termos genéticos, étnicos e culturais, sem desconhecer que há uma lusitanidade que interessa proteger e expandir, somos uma população muito diversificada por razões geográficas e históricas. É certo que há padrões de doença associados à nossa condição climática, atlântico-mediterrânica, e à receção e mistura de grupos de genes com origens no Leste da Europa, no Mediterrâneo, no Médio Oriente, em África, na Ásia e, mais recentemente, na importação e reimportação de perfis genotípicos da América do Sul. No entanto, o facto de sermos todos miscigenados, a nossa força intrínseca e a garantia de perenidade dos «Portugueses» também permitem que, com maior rigor, possamos falar dos «Portugueses» referindo-nos a todos os que vivem em Portugal — como deve ser sempre em análises de saúde pública, ainda mais quando há um sistema de saúde que inclui um Serviço Nacional de Saúde universal, que não se aplica só aos cidadãos nacionais ou só aos nascidos em Portugal.

A importância das doenças, aquilo a que os epidemiologistas e médicos chamam de «morbilidade», é muitas vezes inferida pelo número de mortes que provocam. A morte é epidemiologicamente muito útil por ser um fenómeno único — só se morre uma vez —, inequívoco — só se está morto ou vivo, e de modo generalizado estar morto não é entendido como sendo coisa boa. Logo, a mortalidade, aqui entendida como o quociente (ou razão) entre o número de mortos e a população, é um excelente indicador do estado de saúde de uma população. Os mortos não gozam de boa saúde.

Portanto, grande parte da análise das doenças de que uma população padece faz-se pela análise das causas de morte. Por outro lado, doenças causadoras de um elevado número de mortes são habitualmente graves, pelo que a mortalidade atribuída a determinada doença nos dá uma noção da sua gravidade. Uma doença que mata muito é, só por isso, merecedora da maior atenção. A mortalidade dá-nos uma ideia do número de casos dessa doença, e também da gravidade da patologia e da efetividade do tratamento. Medidas que contribuam para prevenir determinada doença, ou melhorias no seu tratamento, levam a uma diminuição da mortalidade.

A mortalidade refere-se a uma contagem de número de mortos, independentemente das causas primárias, numa determinada população. Se a população analisada se referir, por exemplo, apenas aos que foram sujeitos a determinado agente infeccioso ou tóxico, chama-se letalidade à razão do número de mortos sobre os expostos a esse agente. É quase igual, aparentemente, mas é a medida mais correta para se aferir do potencial de um agente ou doença causar a morte, e é o índice que se usa, por exemplo, em epidemias.

Note-se que a determinação da mortalidade está muito dependente, na ausência de autópsia, da avaliação que o médico faz da causa última da morte, e nem sempre da doença subjacente. Há normas para o preenchimento da certidão de óbito, agora em formato eletrónico, mas nem sempre pode afirmar-se com facilidade se uma pessoa morre com uma doença ou por causa dela. Vejamos. A pessoa que se suicida (morte por violência autodirigida) é uma morte por depressão? O doente com cancro que morre com uma pneumonia é vítima do quê? Mais em cima do acontecimento, o doente com sida que venha a morrer com covid-19 deve ser contabilizado como?

Por outro lado, se uma patologia for muito frequente, mesmo de mortalidade percentualmente mais baixa, acaba por causar um número grande de óbitos e ganhar relevância na saúde pública. Acresce que as doenças tendem a ser mais frequentemente mortais nas pessoas de idade mais avançada. Os mais velhos adoecem mais e têm maior probabilidade de morrer apenas por serem mais velhos. O envelhecimento não é uma doença, mas está associado a maior risco de doenças e a maior dificuldade em tratá-las. Simplesmente, com a idade perdemos vitalidade celular e capacidade de regenerar tecidos. É uma questão da física que não pode ser ultrapassada e, como tal, nem nos deve preocupar.

Devemos antes centrar-nos em viver melhor, de forma mais saudável e durante o maior número de anos possível. Interessa-nos conhecer como adoecem os Portugueses, para que, identificadas as doenças mais frequentes, possamos fazer algo para as prevenir. Havendo uma probabilidade de morrer que cresce a partir dos 70 anos, as mortes antes dessa idade são um indicador particularmente significativo do estado de saúde de uma população. Podendo aceitar a inevitabilidade da morte dos mais velhos, já não podemos aceitar com naturalidade que haja pessoas a morrer prematuramente.

A prevenção das causas de mortalidade prematura, i.e. a percentagem de todos os óbitos antes dos 70 anos, é a que nos deve merecer maior atenção, até porque essa mortalidade é frequentemente muito mais evitável. Em Portugal, em 2018, a mortalidade prematura ainda foi um pouco superior a 21% da mortalidade no país. O nosso objetivo, expresso no Plano Nacional de Saúde, era reduzir essas mortes para apenas 20%, já em 2020.

Aproximámo-nos, mas não conseguimos. Espero que este volume, descrevendo as principais doenças e causas de morte, possa elucidar mais os Portugueses e, ainda que de forma modesta, contribuir para que haja

mais habitantes deste retângulo geográfico a fazerem um pouco, em cada dia, para viver melhor e mais tempo.

Também há doenças que, não sendo habitualmente mortais, causam muito transtorno por gerarem incapacidade temporária, quase sempre associada a absentismo e menor capacidade individual de funcionar e produzir alguma coisa, nem que seja gozar o lazer, forma de produção de bem-estar. Essas doenças são mais difíceis de quantificar, mas também temos, como veremos, algumas formas de poder medir a sua dimensão e impacto na população. E também há doenças que não matam logo, mas geram incapacidade permanente, de grau variável, com tudo o que de mau está associado à diminuição da qualidade de vida de cada um e, não raras vezes, daqueles que os rodeiam.

Como não terei capacidade, nem há fontes suficientes, para uma descrição minuciosa do estado patológico de toda a população, vou cingir-me a doenças que sejam geradoras de muita mortalidade, ou doenças muito frequentes e muito causadoras de problemas para quem delas sofre. Em todas, mencionarei o que pode e deve ser feito, incluindo por cada um de nós, para prevenir o aparecimento de cada doença, a sua progressão, a incapacidade associada ou a morte.

Para já, e porque há fatores de risco transversais a quase todas as doenças, interessa que se interiorize a seguinte mensagem. Existe um indicador económico de grande interesse em saúde pública, de nome DALYS (*Disability-Adjusted Life Years*), correspondente aos anos de vida ajustados pela incapacidade. A perda de DALYS, ou seja, a perda de anos de vida e de vida sem doença, é calculável. Um DALY é um ano de vida saudável perdido. O cálculo é igual ao resultado da multiplicação do número de mortos devidos a uma determinada patologia pela esperança de vida expectável para a pessoa se não tivesse morrido, somado ao cálculo de anos

de vida sem saúde atribuíveis a determinada patologia. Este número de anos com incapacidade (*disability*) calcula-se com recurso aos números de incidentes ou doentes, a uma medida tabelada do peso da incapacidade gerada e ao número de anos que a deficiência dura. A página da internet da Organização Mundial da Saúde explica sumariamente a metodologia (ver a bibliografia no final deste livro).

A medição de DALYS associados a determinada patologia dá-nos o que tecnicamente se designa por «carga de doença». Quanto maior a perda de DALYS, pior a «carga de doença». Ora, os fatores mais associados à perda de DALYS são os hábitos alimentares inadequados (o excesso de açúcar, a insuficiência de frutas e de vegetais na alimentação diária), a hipertensão arterial (muito dependente do excesso de ingestão de sódio na alimentação), o excesso de peso (relacionado com a ingestão excessiva de calorias e falta de exercício), o consumo de tabaco e o consumo de álcool. Tudo comportamentos que cada um de nós pode modificar.

Doenças cardíacas e vasculares

A maior parte das mortes a que se pode atribuir uma causa deve-se a doenças do coração ou dos vasos sanguíneos, mais frequentemente nas artérias (os canos que levam o sangue do coração para os órgãos) e menos frequentemente nas veias (por onde o sangue volta para o coração). É pelas artérias que segue o sangue com oxigénio e nutrientes; a parede das artérias está sujeita a regimes de pressão que normalmente variam, em condições normais, entre os 120 mm de mercúrio e os 80 mm de mercúrio. Digamos também, para ser honestos, que a parte mais substancial dos problemas cardíacos se deve a disfunção da vascularização do coração. Daí que a doença mais significativa, em mortalidade e morbilidade, seja a aterosclerose, ela própria secundária a outras patologias, como a hipertensão arterial, as alterações da composição de gorduras do sangue (a que se dá o nome de dislipidemias) ou a diabetes. É frequente a associação destas três circunstâncias, a que se deve juntar o excesso de peso, num conjunto de fatores de risco que contribuem significativamente para uma vida mais breve. Ainda pior quando a tudo isto, numa relação potenciadora de causas e efeitos, juntamos o tabagismo e, mais ainda, uma dieta inadequada e falta de exercício físico, com o consequente aumento de índice de massa corporal. Note-se que a medida da barriga, eufemisticamente chamada de perímetro abdominal, tem valor prognóstico quanto à probabilidade de ter uma doença cardíaca ou vascular e morrer por causa dela.

A hipertensão arterial é quase sempre de causa desconhecida. Para usar um termo médico, é idiopática. Esta hipertensão sem causa imediatamente demonstrável, a que também se chama essencial, é a que afeta geralmente 90% a 95% dos doentes hipertensos. É certo que existem patologias do foro

renal ou endócrino que podem gerar tensão alta ou cursar com hipertensão, mas a larguíssima maioria dos doentes surge com elevação da tensão arterial (a pressão com que o sangue circula dentro das artérias), sem uma causa imediatamente óbvia. Sabe-se que há predisposição genética, mas demasiado sal na alimentação, falta de exercício físico, excesso de peso, tabagismo e stresse emocional são fatores bem conhecidos.

De acordo com dados da Direção-Geral da Saúde colhidos em 2013, pouco mais de 20% de todos os hipertensos eram diabéticos. Quase metade dos hipertensos tinham colesterol aumentado. Ambas estas situações, a diabetes e a hipercolesterolemia (colesterol a mais no sangue), estão associadas a danos nas paredes das artérias e a risco de lesão renal; os rins e o coração são os principais controladores da nossa tensão arterial por via mecânica (pela simples física de fluidos, basta urinar mais para diminuir o volume de água contido nos vasos) e bioquímica (as hormonas que controlam a tensão arterial são várias: umas são produzidas nos rins, outras no coração, junto ao cérebro, nas glândulas suprarrenais, etc).

Em 2015, era relativamente seguro afirmar que 36% da população adulta residente em Portugal padeciam de hipertensão arterial, com o predomínio masculino habitual (39%) e maior frequência também nos maiores de 65 anos (71%) (Rodrigues et al., 2017). De forma simples, digamos que, para um volume de sangue constante, a diminuição da flexibilidade dos vasos, ou seja, o aumento da resistência, faz aumentar a tensão dentro dos vasos. Normalmente, ainda mais quando os tratámos mal ao longo das nossas vidas, as nossas artérias vão-se tornando rígidas, e essa é uma das causas do aumento de probabilidade de hipertensão com a idade. De acordo com o mesmo estudo, note-se, no entanto, a elevada prevalência (12%) abaixo dos 44 anos. Em termos comparativos internacionais, a nossa prevalência (a razão do número total de casos/população em causa) de hipertensão arterial

é elevada. No Reino Unido, calcula-se que haja 26% de mulheres hipertensas e 30% de homens hipertensos, 27% a 28% do total da população (Health Survey for England, 2018), mas nos Estados Unidos da América a percentagem já é de 32% de doentes de ambos os sexos com tensão acima dos $\geq 140/90$ mmHg (Mills, Stefanescu e He, 2020). A prevalência refere-se à percentagem de pessoas afetadas com determinada doença no ano em que a contagem é efetuada (incluindo casos novos e casos antigos), e a incidência, ao número de novos casos de uma patologia num ano na população em análise.

Os mesmos dados, publicados em 2017, do Inquérito Nacional de Saúde com exame físico (Rodrigues et al., 2017), mostram uma tendência para menor probabilidade de controlo médico da hipertensão arterial no Algarve e Alentejo, mas os piores resultados parecem estar no Centro de Portugal. Seria interessante cruzá-los com a disponibilidade de médico de família. Seja como for, a verdade é que a grande maioria dos hipertensos já é tratada e muitas vezes com êxito, mas o número de pessoas que sabe ser hipertensa tem vindo a aumentar. Estes dados, o do conhecimento da doença e consequente tratamento, podem estar associados à diminuição de mortes por causa cardíaca e vascular que tem ocorrido em Portugal. Convirá que se acrescente a evidência de que a tensão arterial, antes mesmo de ser necessário utilizar fármacos ou conjugar com medicamentos, tende a diminuir com a redução do peso corporal e o aumento da atividade física.

Ainda mais significativo é o papel da restrição na ingestão diária de sal, que insiste em ser manifestamente elevada em Portugal. Um estudo recente (Moreira et al., 2018) de 1500 portugueses com idade igual ou superior a 65 anos (57% mulheres e 43% homens) mostrou que 91,5% dos homens idosos portugueses e 80% das mulheres idosas ingeriam sal a mais. Como se lê no sítio do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, «a ingestão de

sal recomendada pela Organização Mundial da Saúde é de até 5 g por dia, mas os valores máximos de sal identificados nos idosos em Portugal foram de 27 g de sal nos homens e 20,8 g nas mulheres, ou seja, mais do triplo do valor recomendado». O sal mais comum (o cloreto de sódio dos alimentos) está associado à hipertensão arterial por um conjunto de mecanismos e sinais químicos que a presença de sal gera no organismo. Com a idade, tendencialmente perdemos adaptação ao excesso de sal que ingerimos. Por outras palavras, quando há mais sal, há mais água no sangue (a concentração de sal tem de ser controlada, e a forma mais rudimentar que o organismo tem de o fazer é na diluição por retenção de água). Com mais água no sangue, há maior volume sanguíneo e a tensão aumenta: se o volume (o conteúdo) aumenta e os vasos (o continente) não se podem expandir infinitamente, isso resulta em maior pressão (tensão) nas paredes das artérias. Como facilmente se compreende, isso leva a que as artérias se estraguem mais depressa — no fundo, envelhecem mais cedo. Logo, é importante que as pessoas tenham atenção à quantidade de sódio que ingerem, controlem o seu peso, não comam de mais, façam mais exercício e meçam a tensão arterial. A hipertensão arterial é silenciosa e assintomática antes de causar danos, quase sempre irreversíveis quando se manifestam. Tão importante como tudo isto: não fumem.

Mas temos de ser otimistas. Os dados mais recentes apontam para uma diminuição sustentada da mortalidade por doenças cerebrocardiovasculares desde 1995. «As doenças do aparelho circulatório representaram 29,4% da mortalidade em 2017, resultado ligeiramente inferior ao registado em 2016», pode ler-se em publicação do Instituto Nacional de Estatística de 2019. Em 2018, este valor desceu ainda mais um pouco, tendo constituído 29% de todos os óbitos. Mas o mais significativo foi que «o número de anos potenciais de vida perdidos devido às doenças do aparelho circulatório [tenha sido] de 49 864, mais 4,1% que em 2016», o que reflete ainda haver

muitas pessoas que morrem destas doenças antes daquilo que deveria ser a sua esperança de vida. Em 2018, o número de anos potenciais de vida perdidos por doenças do aparelho circulatório diminuiu, tendo sido de 44 397 anos. Diga-se, em abono da verdade, que a esperança média de vida dos Portugueses de ambos os sexos tem aumentado, e mais do que se esperaria se a evolução fosse calculada a partir das observações históricas até 1990. Vivemos mais anos hoje do que seria expectável numa análise conduzida há 20 anos.

A apresentação do número de anos potenciais de vida perdidos de forma agregada, como irei repetir, refere-se à soma de todos os anos perdidos em consequência da morte por determinada causa. Outra forma de mostrar o valor, embora menos interessante para a saúde pública, é indicar o número médio de anos potenciais de vida perdidos na sequência da morte por determinada doença. No caso das doenças do aparelho circulatório, em 2018, a média foi de 10,3 anos, menor que no ano anterior (11,2), para o qual concorreu a diminuição dos óbitos de pessoas com menos de 70 anos por estas causas (INE).

Este dado é muito importante, porque não é o aumento global de óbitos que nos deve preocupar. Com uma população cada vez mais idosa, é normal que as pessoas morram mais frequentemente de doenças do aparelho circulatório. Significativo é que a proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório esteja a diminuir e à custa da diminuição de mortos abaixo dos 70 anos.

Em Portugal, desde 2011 que todos os anos morrem cerca de 30% de pessoas com doença circulatória, quando em 1990 eram 14% mais. Nos últimos anos, a redução na mortalidade por doenças dos vasos, em percentagem total dos óbitos, deu-se essencialmente por diminuição das mortes por doença cerebrovascular (INE, 2019), o que comumente se

chama acidente vascular cerebral (AVC), o qual pode ser hemorrágico, quando uma artéria do cérebro se rompe, ou isquêmico, quando uma artéria entope, o que muitas vezes se chama de trombose. Quando há interrupção do aporte de sangue arterial, aquele que leva o oxigênio, a um tecido, este acaba por morrer. A morte por falta de oxigenação, a isquemia, é aquilo a que chamamos de enfarte ou infarto. Uma isquemia cerebral pode levar a um infarto cerebral, e esta circunstância, tal como uma hemorragia cerebral (com a agravante de o sangue se acumular dentro de um espaço fechado, o crânio, e comprimir o cérebro), conduz a danos muitas vezes irreversíveis que podem ser mortais ou geradores de enorme incapacidade motora, sensorial e/ou intelectual. Logo, tão importante como diminuir a mortalidade, é fundamental diminuir a ocorrência de acidente vascular cerebral. Infelizmente, apesar de a tendência ser no sentido de diminuir as mortes, fruto de melhor tratamento e maior rapidez de acesso aos tratamentos, o número de episódios de acidente vascular cerebral tem aumentado.

O enfarte do miocárdio é o tipo de enfarte mais conhecido. Ainda só podemos afirmar com segurança que a mortalidade tem diminuído naqueles que chegam a tempo aos hospitais e, de maneira geral, nos maiores de 75 anos. Esperamos por resultados posteriores a 2016 para ver se houve mais alguma melhoria. No entanto, é de registar uma tendência para a diminuição da mortalidade padronizada — a mortalidade observada quando aplicada a uma população padrão, ou seja, com uma estrutura etária predefinida e comparável. Usa-se para evitar os enviesamentos resultantes do envelhecimento populacional (por exemplo, num país ou numa região). Embora de forma mais modesta do que com os acidentes vasculares cerebrais, o número de internamentos por enfarte agudo do miocárdio tem vindo a diminuir, o que pode sugerir uma diminuição da incidência (a incidência é o indicador que mede o número de casos novos num

determinado período, geralmente um ano, através da razão número de casos/população estudada).

Os vasos sanguíneos, e as artérias em particular, podem ficar obstruídos por aterosclerose. Esta doença — resultante de agressões na parede dos vasos que reagem à inflamação, com o desenvolvimento de placas compostas por tecido cicatricial e gorduras — é quase universal e inevitável com o envelhecimento. No entanto, o seu aparecimento e agravamento está muito dependente de agressões que resultam da hipertensão, do consumo de tabaco, do stresse e da composição das gorduras (lípidos) em circulação. A aterosclerose está também muito ligada ao açúcar circulante e à diabetes. Não são só as gorduras que nos fazem mal. Em boa verdade, o açúcar é um problema bem maior porque gera obesidade, provoca diabetes e destrói os vasos. Podemos supor que há cerca de 14 mil mortos por ano por aterosclerose em Portugal, de acordo com a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Mas o que mais nos deve preocupar, até porque a maioria das mortes associadas à aterosclerose acontece quando é suposto morrermos, é que em Portugal, incluindo os doentes em fase subclínica — aquela em que «não se dá por ela» —, devemos ter em torno das 750 mil pessoas afetadas por algum grau de aterosclerose: coração com falta de sangue, rins com pior funcionamento, intestinos a digerir mal — podem enfartar também, e não quero com isso dizer ficarem cheios de comida — e, o mais comum, cérebro mal oxigenado com consequente perda de neurónios e deterioração de funções da memória, do controlo de emoções e do pensamento, podendo evoluir até à demência vascular.

Mas o coração não sofre só de infartos. Há muitas patologias que o podem atingir. Duas merecem uma palavra especial. Em primeiro lugar, a insuficiência cardíaca — no fundo, a deterioração da principal função do

coração, que é bombear continuamente o sangue para todo o corpo — e em segundo, as arritmias, de que a fibrilhação auricular é a mais frequente.

Com a idade, a função de bomba hidráulica do sangue, como todas as outras funcionalidades vitais, tende a fazer-se de forma pior. Contudo, a doença arterial coronária, a hipertensão arterial, o colesterol elevado, a diabetes, o tabagismo e a obesidade são fatores que contribuem para o aparecimento mais precoce e a aceleração da insuficiência cardíaca. Em condições estáveis, prevendo a tendência demográfica em curso, já se estimou que, em 2020, possamos ter entre 350 000 e 400 000 portugueses com insuficiência cardíaca, embora de diversas etiologias e com graus de disfunção e repercussões diversas (Fonseca, Brás, Araújo e Ceia, 2018).

A fibrilhação auricular é uma disfunção elétrica em que o coração bate demasiado depressa. O sistema elétrico do coração, que coordena o ritmo e a sequência das contrações que bombeiam o sangue, está baseado num marca-passo e em sistemas de feixes condutores de eletricidade. A fibrilhação auricular é, de forma simples, uma avaria de que resulta a perda de controlo e a aceleração do ritmo do marca-passo. É importante por ser relativamente frequente e poder estar associada a cerca de 4% de todas as mortes que ocorrem em Portugal (Gouveia et al., 2015).

O batimento rápido e irregular do coração propicia o desenvolvimento de coágulos no coração e nas válvulas cardíacas. Esses coágulos podem soltar-se como êmbolos (trombos em circulação no sangue), os quais podem entupir artérias que alimentam o cérebro. Por outro lado, o coração que bate demasiado rápido não é tão eficiente a bombear sangue como se esperaria. O batimento pode ser tão rápido que nem dá tempo para que a bomba, o coração, se encha e, por isso, a quantidade de sangue que vai sendo bombeada, o débito, pode diminuir. Isso pode ser mortal, além de incómodo. Em Portugal, não será exagero afirmar que podemos ter até 250

000 pessoas com fibrilhação auricular (Bonhorst et al., 2010; Monteiro et al., 2018). Voltamos ao discurso habitual: a prevenção dos problemas cardíacos, muitas vezes associados à deficiente vascularização do próprio coração, faz-se com controlo da tensão arterial e muita atenção ao peso, ao que se come e ao quanto nos mexemos, bem como não fumar.

Cancro

A segunda causa de morte mais frequente em Portugal é o cancro. Deveria antes escrever os cancros. Na verdade, há muitíssimos tipos. Quase todos os tecidos humanos podem transformar-se em cancro. Em termos teóricos, podemos ter cancro a partir de qualquer tipo de tecidos ou células. Acresce que, para um mesmo tipo de tecido ou células, podem ocorrer alterações celulares que correspondem a cancros diferentes. E cancros aparentemente iguais, classificados por características morfológicas ao microscópio, podem conter alterações genéticas ou proteómicas que lhes confirmam individualidade biológica e, por isso, ser cancros diferentes de outros aparentemente iguais. Por outras palavras, dizemos que a genética se refere aos genes, ao que constituiu o código genético, e é a sede da identidade de uma célula. No fundo, somos a soma de todas as identidades celulares que o nosso código genético determina. A proteómica refere-se às proteínas que os genes mandam construir. Boa parte do processo de geração de um cancro, a carcinogénese, depende de alterações estruturais de proteínas, do excesso de produção de algumas ou da ausência da expressão de outras. Basta que saibamos que o cancro é uma doença primariamente do código genético da célula cancerosa. Através da alteração de genes (denominados oncogenes e que podem levar à transformação da célula normal numa célula cancerosa, por se expressarem em excesso ou por serem silenciados) e dos erros na produção de proteínas que esses genes mandam fazer, com as consequentes perturbações do controlo da divisão celular, surgem tecidos (ou células não-agregadas, como nas leucemias), desorganizados, funcionalmente inúteis e até prejudiciais.

O cancro consome energia que rouba ao seu hospedeiro, perturba a imunidade do doente e, obviamente, pela ocupação de espaço pelo tumor,

comprime estruturas e impede a função normal dos órgãos onde se instala e do que está à sua volta. O resultado, não necessariamente inevitável, pode ser a morte do portador do cancro. A existência de células cancerosas, verdadeiramente imortais, que matam o organismo de onde vieram e a que pertencem, acabando por comprometer a sua vida, a do cancro e a da pessoa doente, é um paradoxo biológico que ninguém consegue explicar. É um dos custos da complexidade dos seres vivos.

Todas as células morrem, e muitas das mortes de células são verdadeiros suicídios. São mortes celulares programadas geneticamente, parte do processo de regeneração que nos acompanha toda a vida, que se denominam apoptose. As nossas células têm de morrer para que possamos viver. Alguns cancros resultam do desaparecimento da apoptose, o que determina a resistência à morte por parte dos tumores. Mas o mais importante, o segundo facto, é que, estando nós em contínuo processo de renovação celular, estamos sempre a ter divisões celulares. Em cada divisão celular, há processos químicos e físicos que podem falhar, e dessas falhas podem resultar células anormais viáveis — que um dia poderão ser cancros — e outras inviáveis que morrem, são mortas ou se suicidam imediatamente. Ou seja, o processo de carcinogénese é endógeno, está a acontecer continuamente dentro do nosso corpo.

Somos constituídos por cerca de 37 triliões de células, em contínua renovação. Produzimos, só para dar um exemplo, quase 100 milhões de células com potencial imunológico, todos os dias, na nossa medula óssea. Imagine que, em cada divisão celular, há sempre a possibilidade de acontecerem mutações espontâneas e logo perceberá como o milagre é haver tão poucas pessoas com doença cancerosa. É claro que há cancros de significado clínico menos importante do que outros, alguns que são detetados precocemente e devidamente extirpados ou tratados, e ainda

outros com os quais podemos viver e até morrer de outra causa sem sabermos que os temos.

A mensagem mais significativa é que o processo de formação de um cancro resulta da interação entre a propensão natural para a ocorrência de erros nas divisões celulares normais, a que se devem associar as características de cada um e a sua interação com o ambiente. Há genéticas individuais que podem ser mais favoráveis ao aparecimento de cancros (conhecem-se famílias e genes transmissíveis que aumentam o risco), mas é quase sempre da interação entre a genética e o meio ambiente que surgem os cancros. Os fatores de risco que podem facilitar o aparecimento de um cancro, os agentes cancerígenos, são muitos e variados. Deve dar-se especial realce ao fumo do tabaco, ao álcool, a tóxicos poluentes vários e a radiação eletromagnética, sendo a luz solar aquela a que acabamos por estar sempre expostos.

O processo de formação de cancros, além de estar dependente dos erros que podem ocorrer nas divisões das células, está também associado à diminuição das células cancerosas, as tais que são mortas, quando o nosso sistema imunitário as deteta e elimina. Com a idade, os processos de eliminação de células malignas são mais lentos e menos competentes, ao mesmo tempo que o número de erros nas divisões celulares aumenta. Daí que, além do aumento de exposição à poluição, em que se devem incluir acidentes como o da explosão da central nuclear de Chernobyl, o aumento de cancros que tem acontecido em todo o mundo, sem exceção para Portugal, aconteça também por causa da maior longevidade da população. Felizmente, em grande parte graças a medidas e conhecimentos que a ciência trouxe para a saúde pública, vivemos mais tempo. Há mais velhos, e a população está envelhecida. Logo, surgem mais cancros. Nem todos teremos cancro, mas a probabilidade de termos um cancro ao longo da

nossa vida, não necessariamente de morrer de cancro, já é de 1 em cada 2 homens e 1 em cada 3 mulheres, de acordo com contas da Sociedade Americana de Cancro.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2018), é aceitável dizer que há mais 50 000 doentes com cancro em Portugal todos os anos, muito próximo já dos 60 000. Em cada ano, dada a acumulação de sobreviventes contados ao longo de um período de cinco anos e o aparecimento de casos novos, há cerca de 155 mil pessoas com cancro no nosso país. A sobrevivência, calculada em função de uma avaliação da probabilidade de estar vivo após um determinado tempo depois do diagnóstico, é o parâmetro que avalia a efetividade de um tratamento. Essa efetividade é muito variável, consoante o tipo de cancro e os tratamentos disponíveis, a idade do doente e o estágio da doença na altura em que é diagnosticada, ou seja, o tamanho do tumor e a extensão da disseminação pelo corpo do paciente.

Daí que o diagnóstico precoce seja muito importante. Há cancros em que o rastreio — a procura de uma determinada doença numa população supostamente saudável — pode ser útil. Existem recomendações internacionais sobre rastreios e há potenciais ganhos, nem sempre claros, nos rastreios mamográficos do cancro mamário, na pesquisa de sangue oculto das fezes e/ou da colonoscopia para o cancro do cólon e, com grande evidência, do exame direto do colo do útero para despistar lesões pré-malignas. Não é nada claro que o exame digital da próstata, indispensável na observação de rotina em homens mais velhos, seja inferior às medições de PSA (*Prostate-Specific Antigen* ou, em português, antígenos específicos da próstata). Controvérsias à parte, o importante é que as pessoas perguntem aos seus médicos quando devem fazer exames de rastreio e cumprir com os que lhes forem pedidos. Acima de tudo, não devem

esconder sintomas e devem procurar logo os médicos em casos de dúvida. Tal como os médicos não deverão esquecer a possibilidade, sempre presente e crescente com a idade, de que o doente a quem a tosse não passa, a dor das costas não larga ou a diarreia não desaparece possa ter um cancro que deva ser imediatamente tratado.

Todos os anos, dos portugueses que morrem, podemos dizer que um quarto morre por causa de cancro. A grande maioria das pessoas que morrem com cancro tem mais de 65 anos. «O número de anos potenciais de vida perdidos devido aos tumores malignos em 2017 foi de 114 654, mais 3,2% que em 2016», diz-nos o Instituto Nacional de Estatística (2019). Este número baixou em 2018 para 109 180 anos, uma diferença de 5474 anos perdidos. Genericamente, o risco de ter um cancro aumenta em cerca de 3% por cada ano que passa, embora os tipos de cancro também variem com a idade. Nas crianças, infelizmente não imunes ao cancro, as neoplasias do sistema nervoso central e do sistema linfático são as mais frequentes. Depois, com o avançar da idade, mais marcadamente depois dos 60 anos, todos os cancros começam a, paulatinamente, poder aparecer. Em boa verdade, desde que se vivam muitos anos, o cancro da próstata é universal nos homens. De acordo com relatórios do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, a probabilidade de morrer com cancro é mais elevada no interior de Portugal, mais nos distritos do leste do que junto ao mar. Este padrão pode sugerir menor propensão das populações do interior e da Raia para procurarem cuidados e/ou menor acesso a cuidados especializados em tempo útil.

Como referi, a mortalidade por cancro mede o número de pessoas afetadas e a efetividade do tratamento. Logo, a redução da mortalidade indica que as medidas preventivas estarão a ser eficazes e/ou que há melhores tratamentos. Olhando para todos os cancros, podemos dizer — ao contrário

do que tem acontecido nas doenças vasculares e cardíacas, cujas melhorias no risco de morrer têm sido mais claras — que a mortalidade por cancro está estável desde 2010, apesar de uma tendência ligeiramente crescente. No entanto, para alguns cancros, a mortalidade que lhes pode ser atribuída tem diminuído.

O número de cancros curáveis tem vindo a aumentar muito e, mesmo para os incuráveis, a esperança de vida e de vida com qualidade é incomparavelmente maior do que era há cinco ou dez anos. Em algumas doenças cancerosas, repito, há cura, o cancro desaparece para não mais voltar, e noutras, para dar o exemplo do mieloma, passámos de probabilidades médias de vida de 18 meses para 7 anos. Em termos comparativos e para alguns tumores, os dados de sobrevivência são melhores em Portugal do que noutros países, mas as fontes tendem a estar desatualizadas face aos tratamentos agora disponíveis.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), em 2017 os cancros mais frequentes em Portugal são os do cólon e reto (em torno dos 10 200 casos novos por ano), da mama (cerca de 7000 por ano) e da próstata (pouco mais de 6500 por ano). O cancro da mama, o segundo mais frequente, é predominantemente feminino. Os da próstata são, por força da anatomia, exclusivos dos homens. Considerando todas as neoplasias malignas (outra designação para os cancros), a mortalidade é mais de duas vezes maior nos homens do que nas mulheres. As diferenças de mortalidade em função do género são particularmente marcadas nos cancros das vias respiratórias e nos cancros digestivos.

Os cancros mais frequentemente causadores de mortes, em todo o mundo, são os do pulmão, o quarto com incidência mais frequente em Portugal (cerca de 5300 casos, dos quais 1300 em mulheres). O número de casos em mulheres tem vindo a aumentar, o que traduz a tendência crescente para o

tabagismo feminino, já que a relação da maioria dos cancros do pulmão com o fumo do tabaco é claríssima. Note-se que os cancros do pulmão são anualmente a causa de morte de, aproximadamente, 4700 pessoas em Portugal. O cancro do pulmão, usando o agregado de tumores do pulmão, traqueia e brônquios, é a primeira causa de morte prematura em Portugal, seguida dos acidentes vasculares cerebrais e do infarto do miocárdio (INE, 2019). Todas estas patologias estão relacionadas com o consumo de tabaco. Depois dos quatro já citados, vem o cancro do estômago, com expressão elevada no nosso país (quase 3000 casos novos por ano), eventualmente relacionada com a grande frequência de infeção com a bactéria *Helicobacter pylori*, a qual pode ser diagnosticada e muitas vezes erradicada. Há formas de cancro que parecem estar a aumentar, caso dos linfomas, em particular nas crianças (nos casos da Europa Central, parece ter havido uma relação com a exposição à nuvem radioativa de Chernobyl) e o carcinoma do pâncreas (neste caso, em adultos e sem que exista uma boa explicação causal para lá do tabaco, álcool e obesidade).

Mas a maior história de sucesso preventivo estará no aparecimento da vacinação contra os vírus do papiloma humano, principais promotores do cancro do colo do útero (ainda responsável por cerca de 200 mortes anuais de mulheres, número que deve reduzir-se muito nos próximos 20 anos, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística). Esta vacina é gratuita em Portugal e, desde 2020, também aplicável a jovens do sexo masculino, num esforço de erradicação deste agente infeccioso e cancerígeno. Da mesma forma, a redução de casos de hepatite B e C estará associada a uma progressiva diminuição de cancros do fígado. A redução de casos de sida levará à diminuição de cancros associados a esta doença, não apenas do sarcoma de Kaposi. A sida, doença que provoca diminuição das defesas do organismo, também está associada ao aparecimento de vários cancros, alguns relacionados com infeções virais, como são os linfomas com vírus

de Epstein Barr, e o sarcoma de Kaposi com o vírus herpes humano de tipo 8.

Referi estes casos porque, além dos carcinogénicos químicos — de que o fumo do tabaco, as emissões poluentes industriais e os gases de escape dos motores de combustão são os melhores exemplos —, há um recrudescimento da evidência de que os vírus têm um papel importante e cumulativo no aparecimento de cancros. No fundo, tudo aquilo que possa perturbar a genética e as operações de divisão celular pode causá-lo.

Infelizmente, a maioria dos casos de cancro não é suscetível de prevenção primária, aquela que se faz antes de que a doença apareça. Mas podemos fazer muitas coisas para que as nossas células não se tornem cancros, em particular atuando nos fatores que induzem maior probabilidade de ocorrência de mutações celulares. A receita com maior probabilidade de sucesso para que se previna um qualquer cancro é não fumar.

O tabaco é carcinogénico e está envolvido em carcinogénicos. O consumo de tabaco está comprovadamente ligado a mais de vinte tipos diferentes de cancros. Os riscos de cancro podem ser menores quando se inala tabaco em sistemas sem combustão, mas a ausência de perigosidade dos vapores de tabaco (e em especial quando há aromatizantes adicionados) está ainda por esclarecer. O potencial carcinogénico do tabaco não está só no que é fumado. É muito claro que mascar produtos com tabaco está fortemente associado ao aparecimento de cancros na cavidade oral. Praticar exercício físico regularmente está, sem nenhum tipo de dúvida, associado a uma diminuição de risco de vários tipos de cancros, apesar de não ser completamente claro o motivo. Sublinhe-se ainda comer melhor, ingerindo muito mais vegetais crus, e não beber álcool, já que o etanol é um carcinogénico poderoso. Nunca esquecer as medidas de proteção em contactos sexuais com estranhos e o uso de protetor solar e chapéu

(conselho ainda mais relevante em países soalheiros como o nosso); o uso de protetor solar deve começar na mais tenra idade. Todas estas medidas estão cientificamente validadas em muitos estudos. Quase tudo o resto de que se ouve falar, de dietas «naturais» ou altamente restritivas, supostos remédios naturais ou outras mezinhas, é, até prova em contrário, uma total aldrabice.

Saúde mental

De acordo com dados de 2010, as doenças mentais eram a quarta causa de perda de DALYS em Portugal. Atualmente, se adicionarmos as demências (a de Alzheimer em particular) às depressões e às perturbações ansiosas, já poderemos formular as questões relacionadas com a saúde mental em terceiro lugar. Até, provavelmente, em segundo lugar, se lhes associarmos os problemas relacionados com o consumo de álcool e a mortalidade relacionada com esta substância.

O mais recente estudo epidemiológico sobre a saúde mental dos Portugueses, de 2013, mostra-nos que as perturbações e doenças da esfera da saúde mental, apesar de associadas a uma mortalidade comparativamente baixa (3% a 4% do total de óbitos anuais), são muito prevalentes e geradoras de incapacidade. Portugal tem uma prevalência de 23% de perturbações do foro psiquiátrico (apenas 4% consideradas graves), destacando-se a perturbação depressiva major, com 6,8%, de todas as outras. A proporção de doentes com registo de perturbação depressiva, de acordo com dados dos cuidados de saúde primários, tem vindo a aumentar, o que denotará um aumento da incidência, mas também maior atenção dos médicos de medicina geral e familiar a estas perturbações e doenças.

Estes números são preocupantes e estão associados, muito provavelmente, a uma elevada prevalência de casos ainda não diagnosticados e, consequentemente, não devidamente tratados e acompanhados, ao mesmo tempo que observamos, ano após ano, uma excessiva prescrição de ansiolíticos e por períodos erradamente prolongados. Os medicamentos «calmantes», com especial destaque para a classe das benzodiazepinas, são geradores de adição e contribuem para a deterioração cognitiva dos idosos. No entanto, todos conhecemos alguém que toma o proverbial lorazepam

(que, em abono da verdade, nem é o remédio mais indicado para fazer dormir). De forma diferente deve olhar-se para os elevados níveis de consumo de antidepressivos, já que, por um lado, essa prescrição pode indiciar mais cuidados médicos, e, por outro, também possa ser reflexo dos dados epidemiológicos que apontam para elevados níveis de depressão clínica em Portugal. Tem-se assistido, desde o início do século XXI, a um aumento de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso central em adolescentes e jovens adultos, mesmo sem receita médica. O uso de medicamentos sem prescrição acarreta sempre um risco de complicações.

A elevada carga de doença do foro psíquico, com enormes repercussões familiares e sociais, ainda carece de intervenções sistémicas e preventivas a vários níveis, nomeadamente na organização da escola, do trabalho e das cidades, só para mencionar stressores de todos os dias. Note-se que o stress psicológico elevado e continuado está associado ao desenvolvimento de doenças cardíacas e vasculares e ao risco de hipertensão arterial. Pode morrer-se de ansiedade; há vários estudos que mostraram o envelhecimento vascular precoce de jovens soldados mortos em combate.

Quanto à mortalidade relacionada com doenças do foro psiquiátrico, podemos dizer que a maioria das mortes está associada a demências (porque estas podem ser mortais e são mais frequentes em pessoas idosas) e, numa proporção muito menor, a suicídios. Além disso, para cada patologia física — por exemplo, o cancro —, um doente com uma psicose grave tem probabilidade de sobrevivência inferior à de outra pessoa sem essa patologia associada. Na verdade, é assim para quase todas as doenças: padecer de mais de uma patologia é pior do que só ter uma doença grave.

Os suicídios surgem como causa de 10 mortes por cada 100 000 habitantes em 2018, números que não têm oscilado muito nos últimos anos. Note-se que Portugal tem um padrão de mortes por suicídio com especial relevância

nos mais velhos e no Alentejo, em proporção da população dessa região, o que impõe consideração especial sobre o isolamento e abandono social, com a necessidade de se estabelecerem medidas preventivas.

As demências têm vindo a aumentar em Portugal, o que se relaciona com o envelhecimento populacional, e não só. Estima-se que, em Portugal, entre 150 000 e 200 000 pessoas sejam afetadas por demências. O registo de doentes com demência nos cuidados primários aumentou em 95%, de 2011 a 2016. A demência de Alzheimer, patologia que não se deve confundir com as demências associadas a patologia vascular cerebral crónica ou após acidente vascular cerebral, é já a quarta causa de morte precoce em Portugal e a terceira de morte prematura. Pode afirmar-se que até 70% de todas as demências são classificáveis como sendo de Alzheimer, o que dará aproximadamente 100 mil a 120 mil doentes com Alzheimer em Portugal. Em termos de perda de DALYS, em Portugal, a demência de Alzheimer estará em quinto lugar, depois das doenças cerebrovasculares e cardíacas, das «dores nas costas» e da diabetes. Confesso que estes números, referentes a 2017 e disponíveis no Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde da Universidade de Seattle (IHME, 2018), me causaram alguma estranheza. Não estou certo de que os diagnósticos tenham sido todos precisos, ainda para mais quando a demência de Alzheimer não é diagnosticável através de um marcador químico ou imagiológico, e quase sempre cursa com outras patologias associadas. Todavia, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2017, a taxa padronizada de mortalidade por perturbações mentais e do comportamento foi de 16,2 por 100 000 habitantes, maioritariamente em pessoas com mais de 85 anos. Seja como for, com mais ou menos desvios nos registos e na fiabilidade nosológica dos dados, as demências são já um enorme problema de saúde pública e com tendência para aumentar muito.

De todas as substâncias psicoativas que consumimos, a mais usada e seguramente uma das mais perigosas é o álcool. O consumo de álcool está associado a doenças e a mortalidade, que depende dos seus efeitos tóxicos nos órgãos e no comportamento. O consumo de álcool não está apenas associado ao risco de perda de até 14 anos de vida face ao que seria normalmente esperado, como se associa a perda de qualidade de vida e incapacidade neurológica e psíquica. O etanol, além de ser um potente carcinogénico, está associado a lesões irreversíveis de vários órgãos, nomeadamente o coração, o fígado, o pâncreas, a medula óssea e o sistema nervoso central e periférico. É particularmente tóxico para os fetos das grávidas que persistem em beber, mas nesta resenha não terei espaço para falar de doenças congénitas e pediátricas. É muito mais tóxico para o sistema nervoso central antes dos 25 anos, e cada vez mais tóxico quanto menor for a idade. O álcool tem estado diretamente implicado na morte de 2500 portugueses todos os anos. O consumo médio anual dos Portugueses em 2017 foi de 10,7 litros por adulto, o 11.º mais alto dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Cerca de metade destas mortes ocorreram em pessoas com menos de 65 anos de idade. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2019), o número de anos potenciais de vida perdidos por causas relacionadas com o álcool já está próximo dos 20 000. Em 2017, registaram-se 170 vítimas mortais de acidentes de viação sob a influência do álcool. Sessenta e seis por cento destas vítimas mortais tinham uma taxa de álcool no sangue igual ou superior a 1,2g/L, ou seja, mais do dobro dos 0,5g/L permitidos, de acordo com dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

Diabetes

A *diabetes mellitus* é uma doença metabólica que se caracteriza pelo excesso de glicose no sangue e, conseqüentemente, pela eliminação de urina com açúcar. A insulina é uma hormona produzida pelo pâncreas, com muitas funções. A sua ação principal é a de promover o transporte de glicose para dentro das células, nomeadamente as dos músculos. Quando comemos, liberta-se insulina, e a glicose no sangue, a glicemia, é controlada. Se não há produção suficiente de insulina ou se esta não é eficazmente reconhecida pelas células a que tem de se ligar, a glicemia mantém-se elevada, as pessoas urinam mais, têm muita sede e, paradoxalmente, muita fome e perdem peso. Este é o quadro da diabetes de tipo 1, aquela que aparece muito mais frequentemente em jovens, cuja causa é eminentemente imunológica e que tem como pano de fundo o desaparecimento das células que no pâncreas produzem a insulina. Antes de haver insulina como medicamento, a doença era sempre inexoravelmente fatal. Hoje, com a insulina comercialmente disponível, as pessoas com diabetes são tratadas. Aprendem, desde muito jovens, a medir a glicemia e a administrar insulina consoante as necessidades. Graças aos avanços farmacêuticos, já há insulina com ação prolongada que permite menos injeções do medicamento ao longo do dia. A insulina, sendo uma proteína, é digerida quando se toma por via oral, daí que seja necessário administrá-la por injeção, normalmente subcutânea.

Mas há uma forma da diabetes, a de tipo 2, a mais frequente em adultos, que resulta de anos de desgaste na produção de insulina e na resistência a esta hormona. As pessoas com um ou outro tipo de diabetes podem ter predisposição genética (dantes, pensava-se que a predisposição genética era só característica da de tipo 2). Todavia, a diabetes de tipo 2 é uma doença

que resulta da má alimentação, em especial da ingestão continuada e excessiva de refeições ricas em açúcar, do excesso de peso e da obesidade. Quer isto dizer que a diabetes de tipo 2 é prevenível com o controlo do peso e uma alimentação equilibrada em que se evitem os picos de glicemia elevada. A maioria dos doentes com diabetes padece da doença de tipo 2. Esta forma de diabetes já pode ser tratada com um grande número de classes diferentes de medicamentos, que se podem tomar por via oral. Contudo, logo que seja adequado, deve usar-se insulina na diabetes de tipo 2, pois atrasar a sua prescrição pode contribuir para tratamento deficiente e mais complicações.

O número de diabéticos em Portugal tem vindo a aumentar. A diabetes, considerada isoladamente, é a décima causa de morte. Mas já é a segunda causa mais frequente de incapacidade ou *disability*. Este termo é difícil de traduzir, já que esta incapacidade tem muito mais que ver com a existência de doença e suas consequências do que com incapacidade motora ou sensorial, que, como veremos, podem ocorrer com a diabetes. Se somarmos probabilidade de morte e geração de incapacidade, a diabetes surge em terceiro lugar como fator de perda de DALYS, sendo que o fator de risco isolado mais frequentemente associado a essa perda de anos de vida sem incapacidade é a glicemia elevada.

Lembro que a perda de DALYS nos indica a adição de perda de anos de vida (morre-se) e perda de anos de vida com saúde (vive-se, mas, como o povo diz, «não mata, mas mói»), embora no fim, se nada for feito, a diabetes de tipo 2 também acabe por contribuir para a morte mais prematura da pessoa doente). Ter níveis anormalmente elevados de açúcar no sangue é, se for considerado isoladamente, um fator de risco para a perda de DALYS mais importante do que o tabaco, a obesidade ou o álcool. É claro que a obesidade, o excesso de peso e o consumo de álcool contribuem para a

hiperglicemia, tal como a diabetes gera hipertensão, aterosclerose, riscos infecciosos, cegueira e insuficiência renal, muitas vezes suficientemente grave para acabar em diálise.

A diabetes é uma doença de todo o organismo com repercussões em quase todos os órgãos e causadora de morte por causas que são, quase sempre, de natureza vascular, ou, em segundo lugar, episódios infecciosos mortais. As mortes motivadas por diabetes representaram 3,8% da mortalidade no país em 2018. O número de anos potenciais de vida perdidos por esta doença foi de 4200 anos no mesmo ano, segundo o Instituto Nacional de Estatística. Em termos simples, para traduzir este dado que tenho repetido, «os anos potenciais de vida perdidos» correspondem à soma de todos os anos de vida que estes portugueses viveriam, se a sua vida não tivesse sido encurtada por causa da diabetes.

A importância do excesso de açúcar no sangue dos Portugueses é bem visível se tivermos em conta o seguinte dado. Calcula-se que aproximadamente 27% da população nacional, entre os 20 e os 79 anos, tenham hiperglicemia intermédia, ou pré-diabetes, o que corresponderá a cerca de dois milhões de Portugueses em risco de se tornarem diabéticos de pleno direito. Note-se que a hiperglicemia intermédia só é habitualmente detetável por prova laboratorial específica de tolerância a uma sobrecarga de glicose. São pessoas que, quando sujeitas à necessidade de uma resposta insulínica eficaz, como reação ao excesso momentâneo da ingestão de glicose, não respondem como deveriam e a glicose mantém-se em circulação com níveis perigosamente acima dos desejáveis. Treze por cento do mesmo grupo etário de Portugueses, entre os 20 e os 79 anos, são diabéticos. Ou seja, mais de 40% da população nacional é diabética ou está a caminho disso. Impressionante, não é?

Ainda pior é quase metade do milhão de Portugueses que é diabético não saber que tem a doença. Há, porém, dados mais recentes e mais encorajadores. Usando também um marcador bioquímico fiável, a hemoglobina — o pigmento dos nossos glóbulos vermelhos que lhes dá a cor e serve para transportar o oxigénio — com açúcar (glicosilada), o mais recente inquérito do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge indica que devemos ter 10% de diabéticos em Portugal, entre os 25 e os 74 anos, com um número ligeiramente maior de homens do que mulheres. Logo, se considerarmos a tendência para o aumento da população com mais de 75 anos, o número de diabéticos pode aproximar-se dos 15% da população residente. Estaremos a ter mais de 60 000 novos doentes diabéticos todos os anos. E a tendência tem sido sempre crescente, o que nos faz regressar a preocupação.

Estes dados são preocupantes, como já vimos, pela carga de doença que a diabetes gera, mas também porque afeta muitos órgãos e é causadora de incapacidade por muitas formas, se não for tratada de forma adequada. Além de poder causar insuficiência renal e dependência de diálise (a diabetes está presente num terço de todos os doentes com insuficiência renal), pode também causar cegueira e insuficiência vascular no coração e no cérebro, podendo levar à necessidade de amputações de dedos ou de membros. A diabetes gera maior vulnerabilidade a todo o tipo de infeções, algumas delas provocadas por bactérias e fungos difíceis de tratar. A gravidade da diabetes está bem espelhada no facto de ser uma doença que afeta mais de um milhão de pessoas em Portugal e de causar cerca de um quarto da mortalidade (neste caso, o termo técnico adequado é letalidade) que ocorre em internamentos hospitalares no país.

Observando dados de 2015, o número de utentes com diabetes e outro diagnóstico que tiveram alta de hospitais do Serviço Nacional de Saúde foi

de 162 348, o que corresponde a cerca de 11% do total de internamentos em Portugal. Em todo o caso, olhando para a evolução dos dados existentes, o número de internamentos por causa da diabetes em Portugal tem vindo a diminuir e, mais uma vez, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, Portugal é daqueles onde menos frequentemente se internam estes doentes, o que indiretamente atesta a qualidade dos cuidados primários. Outro dado que pode contribuir para um julgamento positivo do que tem sido feito para o acompanhamento da diabetes é a progressiva e constante diminuição de amputações major de membros ou extremidades em resultado de doença vascular associada à mesma.

A diabetes de tipo 2 é uma doença que se pode prevenir. Basta não aumentar de peso, controlar o que se come, aumentando a quantidade de fibras que se ingerem e preferindo cereais integrais, além de fazer exercício físico regular, base de uma boa saúde. Estes conselhos são ainda mais importantes para as pessoas com história familiar de diabetes ou hiperglicemia intermédia já conhecida.

Doenças respiratórias

Apesar da maioria das doenças que afetam os Portugueses ser de natureza não transmissível, as doenças infecciosas ainda são relevantes e problemáticas. Logo à partida, porque há uma tendência para os organismos contra os quais existem medicamentos que os possam eliminar, mais frequentemente as bactérias, se tornarem resistentes a tratamentos que antes funcionavam bem. A emergência de resistências a antibacterianos contraria-se por um controlo da prescrição, não usando antibióticos onde não devem ser usados, e pela criteriosa seleção dos medicamentos a usar, bem como pelo cumprimento dos períodos e doses de antibióticos prescritos. Se é verdade que, numa classe de antibióticos sob vigilância epidemiológica, já se tem assistido a uma diminuição da prescrição, esse cenário não é uniforme para todos os antibióticos que se podem usar em ambulatório. Portugal, apesar de estar abaixo da média de 31 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico que forneceram dados para uma análise referente a 2017, ainda é o 15.º com maior utilização de antibióticos. Compete também aos utentes compreenderem que existem critérios clínicos que determinam as circunstâncias em que os antibióticos devem ser usados.

Há um conjunto de bactérias que já nem são exclusivamente hospitalares e que podem causar infeções, nomeadamente pneumonias, de grande gravidade e mortalidade. Mais uma vez, como acontece com todas as doenças, são os mais idosos e/ou aqueles com outras patologias que mais devem temer as infeções respiratórias. As infeções por pneumonia têm vindo a diminuir nos anos mais recentes, depois de um período em que aumentaram, e os internamentos por esta causa também se têm reduzido, a que não será alheia a progressiva disseminação da vacina contra os

pneumococos (há vários tipos desta bactéria, de nome científico *Streptococcus pneumoniae*).

Mas as doenças respiratórias não são apenas infecciosas, apesar de grande parte do seu impacto estar relacionado com as infeções em doentes que padecem de doenças respiratórias. Destas, as mais importantes são a asma e a bronquite crónica, a que nos referiremos como doença pulmonar crónica obstrutiva (DPCO). No caso da asma e desta doença, Portugal é dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com menores taxas de internamento (estamos em quarto lugar numa lista de 37 países desta organização), o que releva o trabalho que tem sido feito nos cuidados primários, já que os internamentos por asma são habitualmente considerados evitáveis. Todavia, no que diz respeito à insuficiência cardíaca, já mencionada, a nossa posição é só a sétima em 34 países, o que não deixa de ser muito bom. Como corolário do que tem sido feito na prevenção de complicações das doenças respiratórias, o número de mortes atribuíveis às mesmas tem vindo a baixar, ainda que com oscilações, e, em 2017, o número de anos de vida perdidos por causa delas foi 25% inferior ao de 2016.

Deve também realçar-se o que já se conseguiu na vacinação contra a gripe sazonal, que, embora ainda abaixo dos desejáveis 65% de cobertura de todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, já tem estado bem acima dos 60%. Tanto o frio como o calor extremo estão associados a mais doenças e maior mortalidade, em especial de idosos. Na altura do verão, o calor em excesso está ligado ao risco de desidratação, de consequências funestas, sobretudo no funcionamento renal e circulatório que a perda de líquidos implica. No inverno, há maior sobrevivência de vírus no ambiente, o que permite maiores oportunidades de transmissão e de infeção, com a consequente disseminação das doenças virais respiratórias.

Tuberculose

A tuberculose é uma doença provocada por uma bactéria que se transmite de várias formas, sendo a inalação a mais frequente. Como é habitual para todas as doenças infecciosas, é mais frequente e mais grave em doentes com imunossupressão (com diminuição das defesas do organismo), seja por sida, cancro ou doença respiratória preexistente. É um sério problema de saúde pública, porque, além de ser uma doença limitante, e não obstante ter tratamento, tem vindo a ser causada de forma crescente por micro-organismos resistentes a tratamentos que durante dezenas de anos foram eficazes. Mas a história do combate à tuberculose em Portugal é uma história de sucesso.

Seria demasiado longo enumerar todas as medidas que, desde o tempo do Estado Novo, foram sucessivamente implementadas para combater esta doença. Desde logo, a criação de um organismo no Ministério da Saúde dedicado só à prevenção e tratamento da tuberculose; depois o programa de vacinação a todos os recém-nascidos; e, por fim, a implementação de regras de tratamento universais e legalmente estabelecidas. Se não estou em erro, a tuberculose foi, até hoje, a única doença de grande disseminação que tinha o seu tratamento publicado em *Diário da República* com carácter de imperativo legal e não somente de recomendação ou linha de orientação. Depois de anos de combate, cujo sucesso foi posto em risco pela importação de estirpes resistentes e o advento da sida, Portugal tem continuado a registar diminuições nos novos casos. Em 2017, estavam ao nível de 17,5 por 100 000 habitantes, e em 2018 de 15,4 por 100 000 (números provisórios), embora ainda acima da média da União Europeia, apenas ligeiramente acima dos 10. Ao longo do tempo, tem-se também assistido a um envelhecimento da população doente, o que, na opinião dos

especialistas, traduzirá uma redução da transmissão da doença na comunidade.

Sida

A sida (síndrome de imunodeficiência adquirida) é uma doença provocada por um vírus, denominado da imunodeficiência humana (VIH), de que existem dois tipos, sendo o HIV-1 o mais frequente. Uma pessoa pode estar infetada com VIH e não ter sida. Infelizmente, a sida, sendo uma doença tratável, não é geralmente curável. Para que se previna o aparecimento de resistências, são necessários tratamentos para toda a vida, com combinações de medicamentos que produzem múltiplos efeitos secundários. Acresce que o vírus da sida pode atacar o sistema nervoso central e está associado, direta e indiretamente, ao aparecimento de vários tipos de cancros.

O VIH transmite-se por via sexual e através de transfusões de sangue, dos seus componentes e de derivados de sangue. A transmissão através de produtos de sangue contaminados está controlada, em quase todo o mundo, por medidas de exigência na seleção dos dadores e testes aos produtos. A transmissão através de seringas e agulhas partilhadas por toxicodependentes também tem vindo a ser controlada por programas de ensino e substituição gratuita de seringas e agulhas. Este programa de troca de seringas, com enorme sucesso, e o facto de em Portugal ter havido a descriminalização do uso de drogas ilegais, nomeadamente a heroína, concorreram de forma muito satisfatória para que a transmissão de VIH entre utilizadores de drogas endovenosas tenha vindo a cair.

Os números de casos novos de infeção por VIH, de sida e de óbitos a ela associados tem vindo a diminuir, tendo sido 1999 o ano de pico das curvas epidemiológicas de novos casos. Em 2018, houve mais 970 casos de infeção por VIH registados em pessoas com 15 anos de idade ou mais, sendo o grupo mais afetado entre os 25 e os 29 anos, com franco predomínio masculino (71%) em toda a série (DGS/INSA). O grupo

heterossexual é dominante, mas quase metade dos infetados do sexo masculino afirmaram ter sexo com outros homens. O número de novos casos de sida foi de 266 incluindo ambos os sexos, com predomínio masculino. Deve realçar-se que os novos casos de infeção em homens têm diminuído mais acentuadamente do que em mulheres.

A tendência para a diminuição é visível em todas as formas de transmissão. A mediana de idade ao diagnóstico da infeção tem vindo a aumentar desde 2000. Contudo, apesar da diminuição de casos novos em todos os grupos etários, «o escalão etário onde se verificou menor redução (15,3%) foi o escalão com 60 ou mais anos, escalão este que regista 37,8% dos casos com idades superiores a 50 anos. Na última década, a proporção de novos diagnósticos em indivíduos com 50 ou mais anos situou-se sempre acima dos 20%, com tendência crescente, sendo uma das mais elevadas da Europa», como se pode ler no mais recente relatório da Direção-Geral da Saúde sobre infeção por VIH e sida.

O VIH não é um problema de homens homossexuais. É de toda a sociedade e pode afetar todo o tipo de pessoas que tenham sexo desprotegido em contexto de risco, nomeadamente no comércio do sexo e nas relações promíscuas. Tem vindo a atingir pessoas mais velhas, o que poderá estar relacionado com a comercialização de medicamentos para o tratamento da impotência sexual, seguramente bem-vindos. Mas o mais importante é que todos, homens e mulheres, independentemente das suas preferências sexuais, usem preservativos nas relações sexuais de risco, não apenas em sexo anal. Além disto, é igualmente relevante que as pessoas procurem conhecer o seu estado de infeção com VIH de forma a contribuírem para a quebra da cadeia de transmissão. Existem testes, muito fáceis de fazer, para despiste rápido, em farmácias e centros de saúde.

Hepatites

A melhor forma de saber o que é uma hepatite é citar o que a Direção-Geral da Saúde nos diz: «O termo hepatite viral refere-se a uma inflamação no fígado, em regra causada por um de cinco vírus, muito distintos entre si: os vírus da hepatite A e da hepatite E, de transmissão fecal-oral, e os vírus da hepatite B, hepatite C e hepatite D, transmitidos por via parentérica ou sexual» (DGS, 2019). Estamos, portanto, em presença de mais uma doença infecciosa em que o sexo desprotegido, o uso de drogas endovenosas e as transfusões de sangue, dos seus componentes e de derivados, nos põe em risco de a contrair. Portugal, cumprindo a legislação da União Europeia sobre segurança transfusional, tem um elevado grau de proteção associado ao uso de sangue e medicamentos dele extraídos. Por outro lado, dado o quase universal tratamento de esgotos e de água de consumo, a transmissão de hepatite A está controlada em níveis internacionalmente aceitáveis. Já existe, de resto, vacina para as hepatites A e B, o que tem reduzido muito a incidência destas doenças. Contudo, nos últimos anos houve um surto europeu de hepatite A, a que Portugal não escapou, em especial em homens que tiveram sexo com outros homens.

O quadro de transmissão da hepatite C ainda é o que está mais longe de ser controlado, seguindo o que ainda se passa com o VIH. De acordo com o relatório mais recente para as hepatites virais da Direção-Geral da Saúde, «em 2018, foram notificados 269 casos de infeção por vírus da hepatite C (VHC), sendo 148 casos crónicos, 11 agudos e 110 desconhecidos. À semelhança do ano transato, a maioria dos casos verificou-se em pessoas do sexo masculino e com idades entre os 40 e 59 anos (62,4%). A forma provável de transmissão é conhecida em 65% dos casos e, de novo, maioritariamente associada a exposição não ocupacional a sangue ou

materiais contaminados (85%)». Ainda mais preocupante do que o número de hepatites é o número de portadores de vírus da hepatite C, que são, basta lembrar o risco de transmissão sexual, depósito para a disseminação deste vírus. Os estudos epidemiológicos que têm sido efetuados, apresentados no referido relatório, baseiam-se na deteção de anticorpos e nem sempre serão representativos da população geral, pelo que apresentam números que variam entre 0,01 (em potenciais dadores de sangue que recorreram ao Instituto Português de Sangue e da Transplantação) e 0,3% (numa amostra selecionada pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge). São diferenças excessivas que têm de ser clarificadas em novos estudos.

As hepatites, mesmo as formas mais graves de B e C, têm tratamento farmacológico normalmente bastante dispendioso, mas muito efetivo. Estes tratamentos só resultam verdadeiramente quando usados nas formas mais precoces da doença hepática, antes da instalação da fibrose ou da cirrose e muito antes de haver um cancro no fígado, o que pode acontecer em alguns casos. Existe, pois, a necessidade de promover o despiste das infeções e, simultaneamente, de aplicar os mesmos princípios cautelares de prevenção da infeção adquirida por transmissão sexual.

Doenças musculoesqueléticas

Apesar de habitualmente não mortais, as doenças classificadas como musculoesqueléticas são das mais importantes quanto à carga de doença na população mundial, não sendo Portugal a exceção, porque geram sofrimento e provocam muito absentismo laboral. A importância das «dores nas costas» é tão significativa que a conceituada revista *The Economist* lhe dedicou um artigo em janeiro de 2020. As dores lombares são tão prevalentes e incómodas que já constituíam a primeira causa de incapacidade (*disability*) em 2007 e mantinham a mesma posição no *ranking* em 2017. Note-se que o seu peso é tão grande que, quando se adicionam as causas de incapacidade com as de morte, as dores nas costas ocupam o segundo lugar, logo depois dos acidentes vasculares cerebrais. É significativo que o peso relativo das dores lombares na carga de doença (*disease burden*) nacional, entre 2007 e 2017, tenha aumentado mais do que o do cancro do pulmão, apenas suplantado pelo Alzheimer, a diabetes e as pneumonias (todos estes dados em IHME, 2018).

O estudo epidemiológico de 2014 do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge mostrou que 26% da amostra da população portuguesa estudada tinha dores lombares. Os resultados também mostraram que havia 15% de patologia periarticular (por exemplo, tendinites), 24% de artroses (metade das quais nos joelhos) e quase 11% de osteoporose. Trata-se de um claro problema de saúde pública. Mais uma vez, o exercício físico ao longo da vida, a aprendizagem postural desde a infância, não fumar, o controlo do peso e alimentação cuidada, bem como a melhoria das condições de trabalho, podem prevenir estas doenças, que são, naturalmente, mais prevalentes nos mais velhos, sendo certo que muitos estariam em condições de trabalhar se não fosse o mau estado das suas articulações, as da coluna

em particular. Apesar de a maioria das aposentações antecipadas estarem associadas ao cancro, mais por razões sociais que médicas, e às doenças do coração e dos vasos, os problemas de saúde mental e a patologia osteoarticular são também numericamente muito relevantes.

Acidentes

Tendemos a olhar para os acidentes como se estes não fossem uma «quase doença». De todos os acidentes, os que mais frequentemente matam ou geram incapacidade são os rodoviários. Ao longo dos últimos anos, temos tido persistentemente mais de 30 000 acidentes rodoviários anuais, gerando mais de 40 000 feridos e cerca de 500 mortos por ano, se só considerarmos aqueles cujo óbito ocorra no local do acidente ou durante o percurso até à unidade de saúde. A mortalidade global devida a traumatismos decorrentes de acidentes de transportes e sequelas foi 0,8% da mortalidade global em 2017 (INE, 2019). Poderá parecer pouco, mas estamos a considerar a mortalidade evitável por definição.

Também em 2018, o número de anos potenciais de vida perdidos por esta causa foi de 13 997 anos, mais elevado para os homens (12 125 anos potenciais de vida perdidos) do que para as mulheres (1 872 anos). Em 2018, o número de anos potenciais de vida perdidos devido às doenças do aparelho circulatório foi de 44 397 (INE, 2019), pelo que, comparativamente, o número de anos de vida potencial perdidos por acidentes em transportes é uma verdadeira devastação de vidas. Nunca é de mais repetir a necessidade de cumprir com as regras do Código da Estrada, em especial as que se prendem com os limites de velocidade, que previnem colisões, despistes e embates de alta energia (os mais mortais), o uso de cintos de segurança, não aceitar distrações como as que decorrem de falar ao telemóvel e, não esquecer, se conduzir não beba. Nada é mais seguro do que uma taxa de alcoolemia igual a zero. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, um condutor sob a influência de álcool tem um risco 17 vezes maior de se envolver num acidente mortal do que um condutor que não bebeu nada.

Conclusão

Receio que a leitura deste texto possa ter sido, para a generalidade das pessoas saudáveis, uma inenarrável chatice. Foi seguramente um deleite para os hipocondríacos. Mas o meu desejo, para os que tiveram a gentileza de ler até aqui, é que leiam esta conclusão e decidam agir.

Esta resenha sobre as doenças que afetam os Portugueses está necessariamente incompleta. Foi construída com informação disponível em várias fontes, mas foi possível porque as fontes existem e são fiáveis. Alguns dados poderão parecer contraditórios, mas isso resulta de que as amostras populacionais usadas nem sempre são iguais. No entanto, julgo que os dados são coerentes. A informação epidemiológica disponível em Portugal já é vasta e, por isso, é possível encontrar dados referentes a Portugal em relatórios internacionais de grande crédito, como a União Europeia, a Organização Mundial da Saúde e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Convirá reter que 85% da carga global de doença em Portugal deve-se a doenças não-transmissíveis (DGS, 2016).

A maioria de casos das doenças é prevenível por alterações no estilo de vida e pela adoção de comportamentos protetores e promotores da saúde. Todos podemos fazer mais e melhor pela nossa saúde. Por exemplo, voltando a citar dados de 2016 do Atlas da Sociedade Portuguesa de Cardiologia: «Portugal é o segundo país (entre 47) com maior taxa de inatividade física (definida como a percentagem da população que realiza menos de 150 minutos de atividade física moderada ou menos de 75 minutos de atividade física intensa, por semana). Mais de 40% da população portuguesa não faz exercício, valor duas a três vezes superior à dos países em que se pratica mais exercício.»

É certo que em Portugal, com dados que precisam de ser atualizados, o tabagismo (considerando os que fumam todos os dias) tem uma prevalência de 17% na população acima dos 15 anos. Note-se que, ainda no nosso país, o tabaco está associado à morte de 25% das pessoas que morrem entre 50 e 59 anos de idade e contribui para a morte de um português em cada 50 minutos. Apesar de, nos últimos anos, ter aumentado o número de pessoas que deixaram de fumar, estou certo de que a larga maioria dos que se mantêm fumadores ainda desconhece estes dados, e que deixar de fumar garante mais 10 anos de esperança média de vida.

O acesso a medidas preventivas, incluindo as que dependem de mudanças de estilo de vida, está dependente de ter informação, do grau de escolaridade e, muito, do poder de compra de cada um. Há um gradiente de saúde que acompanha o gradiente socioeconómico (mais saúde nos mais afluentes) e é por isso que os poderes, local e central, têm de desenvolver e implementar estratégias que contrariem esta tendência de perda de saúde e menor longevidade para os mais desfavorecidos financeiramente. Em Portugal, como em quase todo o mundo, são aqueles que são menos favorecidos social e economicamente que mais bebem álcool e fumam, com especial relevância nos que têm menos escolaridade e estão desempregados (CSDH, 2008).

Por isso, também em Portugal, medidas que determinem a diminuição de acesso por aumento de preço, a que os desprovidos de poder de compra são mais sensíveis, são muito eficazes no combate ao abuso de álcool e ao tabagismo. A elevada concentração relativa de patologias ligadas a comportamentos nos desempregados, incluindo as enquadradas na falta de saúde mental, exemplifica como medidas que aparentemente não seriam de saúde, neste caso o combate ao desemprego, podem contribuir para a melhoria do estado global da saúde da população. Os mais pobres adoecem

mais e, mesmo em sistemas com acesso universal à saúde, como o nosso Serviço Nacional de Saúde, têm acesso mais difícil a cuidados de saúde, mais que não seja porque em Portugal há concentração do poder de compra elevado nas mesmas zonas onde há maior concentração de serviços de saúde, público e privados. Não é por acaso que os mais desfavorecidos assumem uma autoperceção pior do seu estado de saúde.

Ao longo das últimas décadas, fruto de melhorias ao nível da saúde, quer através da prestação de cuidados, quer através de ações preventivas das doenças como sejam a vacinação, o controlo fitossanitário de alimentos, a rede de águas para consumo e esgotos, até mesmo a construção de melhores estradas e veículos mais seguros e regularmente inspecionados, temos tido ferramentas que nos permitiram viver mais anos e, de um modo geral, melhor. No entanto, olhando para o aumento da esperança de vida à nascença e depois para a esperança de vida com qualidade após os 65 anos, verificamos que vivemos mais anos, mas com deterioração significativa da esperança de vida com qualidade após os 65 anos. Depois dos 65, em média, apenas esperamos viver mais 8 anos sem incapacidade, contra 10 anos mais na União Europeia. Quer isto dizer que envelhecemos mal e com demasiadas doenças. Esta situação deve ser revertida e pode ser revertida se todos, não apenas quem nos governa, fizermos mais por isso. As políticas públicas saudáveis começam no exercício de cidadania que é cuidarmos melhor de cada um de nós.

É interessante verificar que os cidadãos portugueses têm uma perceção geralmente negativa do seu estado de saúde e, no entanto, individualmente, fazemos ainda pouco para que a nossa saúde melhore. Talvez assim seja porque, como comprovado em estudos já efetuados, os Portugueses acreditem mais nas medidas supostamente curativas do que nas propostas preventivas. A verdade é que, segundo a Organização para a Cooperação e

Desenvolvimento Económico, metade da população portuguesa (53%) tem uma ou mais doenças crónicas. É certo que, como já referi, se somarmos a doença pulmonar crónica obstrutiva, a diabetes e a insuficiência cardíaca, somos o país da União Europeia com menos internamentos daqueles que são evitáveis. Ainda bem. Mas melhor ainda seria se tivéssemos menos doentes e menos idosos doentes.

Agora que chegou ao fim, se ainda não estiver extenuado, levante-se, ande, «mexa-se pela sua saúde». Em alternativa, pode já elaborar a lista das mudanças que vai imprimir na sua vida para que ela seja melhor e com mais saúde.

Bibliografia

- ALARCÃO J., ASCENÇÃO R., GOUVEIA M., COSTA J., ARAÚJO, MELLO E SILVA A., BORGES, M.
Atherosclerosis: Burden of Disease In Portugal, em Value in Health, 2019, 22, Supplement 3, S556. [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(19\)33184-5/fulltext](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)33184-5/fulltext).
- Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, The Lancet, 2018, 392, 1015–1035. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext).
- Atlas da Cardiologia da Sociedade Europeia de Cardiologia, 2.^a edição (agosto de 2019). https://spc.pt/wp-content/uploads/2020/01/SPC_atlas_cardiologia_emenda.pdf.
- BONHORST D. et al., Epidemiology of atrial fibrillation, Rev Port Cardiol, 2010, 29 (7–8), 1207–1217. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21072908>.
- CALDAS-DE-ALMEIDA J., XAVIER M., CARDOSO G., PEREIRA M., GUSMÃO R., CORRÊA B. et al. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1.º relatório, Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf.
- CALDAS-DE-ALMEIDA J. et al. Epidemiological study and qualitative study results. https://www.lisboninstituteqmh.org/assets/files/Report%201_Epidemiological%20study%20and%20qualitative%20study%20results.pdf.
- CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization, 2008. https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf.
- DGS, MACEDO M., FERREIRA R. A Hipertensão Arterial em Portugal 2013. Análise epidemiológica nos cuidados de saúde primários. <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-hipertensao-arterial-em-portugal-pps.aspx>.
- DGS. Programa Nacional para as Doenças Cerebro-Cardiovasculares, Relatório de 2014 e 2017.
- DGS. Relatório do Programa de Doenças Respiratórias da DGS.
- DGS. Relatório do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas de 2015 e 2017.
- DGS. Tuberculose em Portugal 2018 (dados provisórios), Programa Nacional para a Tuberculose. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/tuberculose-em-portugal-2018-dados->

[provisorios-pdf.aspx](#).

DGS. A Saúde dos Portugueses,

2016. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>.

DGS. Programa Nacional para as Hepatites Virais. [https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1116211-pdf.aspx?](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1116211-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA)

[v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1116211-pdf.aspx?v=%3D%3DDwAAAB%2BLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA).

DGS/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infecção VIH e SIDA em Portugal —

2019. [https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1136517-pdf.aspx?](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1136517-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA)

[v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1136517-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA).

DGS. Programa Nacional para a Saúde Mental, Saúde Mental em números —

2014. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014-pdf.aspx>.

DGS. Relatório do Programa Nacional para a Diabetes 2017. [https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA)

[v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA](https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-894111-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA).

FONSECA, BRÁS, ARAÚJO e CEIA. Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Rev Port de Cardiologia*, 2018, 37, 97–

104. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087025511730745X>.

Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *JAMA Oncol*, 2019, 5 (12), 1749–

1768. <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2752381>.

Global Burden of Disease Collaboration. Global, regional, and national burden of Alzheimer’s disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 2019, 18, 88–106. https://www.alzheimer-europe.org/var/plain_site/storage/original/application/a350b89f15ef255e6b6decd7314e5441.pdf.

Global Burden of Disease Collaboration; Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–

- 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 2018, 392, 1789–858; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32279-7/fulltext).
- GOUVEIA M. et al. Carga e custo da fibrilhação auricular em Portugal. *Rev Port Cardiol*, 2015, 34, 1–11, 10.1016/j.repc.2014.08.005. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255114002674>.
- Harrison's Principles of Internal Medicine, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo eds. 20th Edition, McGraw-Hill, 2018.
- Health Survey for England 2018, Adults' Health. <https://files.digital.nhs.uk/E4/DAA235/HSE18-Adult-Health-rep.pdf>.
- IARC, World Cancer Report 2020. <https://publications.iarc.fr/586>.
- INE. Causas de Morte 2017. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Portugal profile. Seattle, 2018. <http://www.healthdata.org/portugal>.
- KISLAYA I. e NETO M. Caracterização sociodemográfica da prevalência da dor lombar crónica autorreportada na população residente em Portugal através do Inquérito Nacional de Saúde 2014. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4766/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspecia8-2017_artigo8.pdf.
- MILLS, STEFANESCU e HE. The global epidemiology of hypertension, *Nature Reviews, Nephrology*, 2020. <https://www.nature.com/articles/s41581-019-0244-2>.
- Monteiro P. et al. em nome dos investigadores do estudo Safira. Estudo Safira: reflexões sobre a prevalência e os padrões de tratamento de fibrilhação auricular e risco cardiovascular em 7500 indivíduos com 65 ou mais anos, *Rev Port Cardiol*, 2018, 37, 307–313. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.08.006>.
- MOREIRA P. et al. Sodium and potassium urinary excretion and their ratio in the elderly: results from the Nutrition UP 65 study, *Food & Nutrition Research*, 62, 1288. <http://dx.doi.org/10.29219/fnr.v62.1288>.
- OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/European Union, Brussels. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.

RODRIGUES A. P. et al. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015), Observações — Boletim Epidemiológico, INSA, 2017, 2.ª série, n.º

9. http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4760/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_NEspezia8-2017_artigo2.pdf.

SICAD. A situação do País em matéria de

álcool. http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/146/RelatorioAnual_2017_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf.

SICAD. A situação do País em matéria de

álcool. http://www.sicad.pt/PT/Documents/2019/relatorio_2018/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool.pdf.

The American Cancer Society medical and editorial content team. Lifetime Risk of Developing or Dying From Cancer, American Cancer Society, 2020. <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/lifetime-probability-of-developing-or-dying-from-cancer.html>.

World Health Organization. Facts: Road safety. Alcohol,

2004. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/alcohol_en.pdf.

Recursos digitais

Metrics: Disability-Adjusted Life Year

(DALY). https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/.

Portugal compromete-se a ter taxa de mortalidade precoce abaixo dos

20%. <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/portugal-compromete-se-ter-taxa-de-mortalidade-precoce-abaixo-dos-20>.

Aterosclerose: Impacto nos doentes, na Sociedade e Económico em Portugal. https://www.arslvt.min-saude.pt/frontoffice/pages/2?news_id=2337.

Relatórios produzidos pela Associação Protetora dos Diabéticos de

Portugal. <https://apdp.pt/biblioteca/>.



Fernando Leal da Costa é médico, especialista de Hematologia Clínica e de Oncologia Médica e assistente graduado sénior de Hematologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. É professor associado convidado da Escola Nacional de Saúde Pública. Foi subdiretor-geral da Saúde, consultor para os assuntos da política da saúde na Casa Civil do Presidente da República, secretário de Estado adjunto do ministro da Saúde durante a vigência do XIX Governo e ministro da Saúde do efêmero XX Governo.

Infografias



[Clique aqui para aceder às infografias.](#)

nesta coleção

Maria Filomena Mendes

como nascem e morrem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Maria do Céu Machado

como crescem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Luísa Loura

como aprendem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Pedro Brinca

como trabalham os portugueses – [ePub/PDF](#)

Conceição Calhau

como comem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Fernando Leal da Costa

como adoecem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Alda Azevedo

como vivem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Susana Peralta

como gastam os portugueses – [ePub/PDF](#)

Maria João Guardado Moreira

como envelhecem os portugueses – [ePub/PDF](#)

Fernando Alexandre

como são os portugueses – [ePub/PDF](#)