

# 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

INSEF 2015



## Cuidados Preventivos



ICELAND  
LIECHTENSTEIN  
NORWAY  
**eea**  
grants



Instituto Nacional de Saúde  
Doutor Ricardo Jorge

**Título:** 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Cuidados Preventivos

**Autores:** Ana João Santos, Ana Paula Gil, Irina Kislaya, Liliana Antunes, Paula Braz, Ana Paula Rodrigues, Clara Alves Alves, Sónia Namorado, Vânia Gaio, Marta Barreto, Emília Castilho, Eugénio Cordeiro, Ana Dinis, Tamara Prokopenko, Ana Clara Silva, Patrícia Vargas, Baltazar Nunes, Carlos Matias Dias

**Editor:** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP)

**Coordenação técnica editorial:** Elvira Silvestre

**Composição gráfica:** Francisco Tellechea

**Impressão:** Guide Artes Gráficas, Lda

**ISBN:** 978-989-8794-31-4

**Depósito legal nº** 419536/16

Lisboa, junho de 2017

O INSEF, desenvolvido no âmbito do Projeto Pré-definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública, é promovido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge através do Departamento de Epidemiologia e beneficia de apoio financeiro concedido pela Islândia, Liechtenstein e Noruega, através das EEA Grants.



**Sugestão de citação:** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Cuidados Preventivos. Lisboa: INSA IP, 2017.

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2017

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, exceto para fins comerciais.



# 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

## INSEF 2015

### Cuidados Preventivos

*Um olhar atento à saúde dos portugueses*

*Cuidados preventivos da população residente em Portugal,  
em 2015, com idade entre os 25 e os 74 anos de idade.*

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP  
2017



## Índice

Lista de siglas e acrónimos .....	4
<b>Sumário</b> .....	<b>5</b>
<b>Summary</b> .....	<b>9</b>
<b>Enquadramento geral</b> .....	<b>13</b>
A informação de saúde e os Inquéritos com Exame Físico .....	13
O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal .....	14
<b>Participantes</b> .....	<b>19</b>
<b>Saúde oral</b> .....	<b>21</b>
<b>Análises clínicas</b> .....	<b>28</b>
<b>Prevenção secundária da doença oncológica</b> .....	<b>33</b>
Mamografia .....	34
Citologia cervico-vaginal .....	37
Pesquisa de sangue oculto nas fezes .....	41
<b>Considerações finais</b> .....	<b>47</b>
<b>Referências</b> .....	<b>49</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>53</b>
Nota metodológica .....	53
Tabelas de resultados .....	55
<b>Equipa</b> .....	<b>67</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>70</b>

## Lista de siglas e acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CAPI	<i>Computer-Assisted Personal Interview</i>
CS	Centro de Saúde
EEA Grants	Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu
EHES	<i>European Health Examination Survey</i>
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i>
FEHES	<i>Feasibility of a European Health Examination Surevy</i>
HbA1c	Hemoglobina Glicosilada
HDL	<i>High Density Lipoprotein</i>
INS	Inquérito Nacional de Saúde
INSA	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
INSEF	Instituto Nacional de Saúde com Exame Físico
INSP	Instituto Norueguês de Saúde Pública
LDL	<i>Low Density Lipoprotein</i>
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSU	Unidade Primária de Amostragem ( <i>Primary Sampling Unit</i> )
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RNU	Registo Nacional do Utente
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Secretaria Regional da Saúde
SSU	Unidade Secundária de Amostragem ( <i>Secondary Sampling Unit</i> )
TIPAU	Tipologia de Área Urbana
USF	Unidade de Saúde Familiar

# Sumário

## Enquadramento

A importância da informação obtida através de inquéritos de saúde com exame físico realizados a amostras probabilísticas da população, de que o primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) é exemplo, deriva da utilização de métodos e instrumentos que resultam em informação com maior validade do que a reportada apenas pelos inquiridos.

O acolhimento da proposta do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), para um primeiro INSEF em Portugal, como parte integrante do Projeto Pré-Definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública, financiado pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants) e operado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), a posterior parceria com o Instituto Norueguês de Saúde Pública (INSP), e a colaboração com todas as regiões nacionais, constituem as fundações que permitiram a realização deste primeiro INSEF.

No presente relatório são apresentados os resultados relativos à realização de consultas de saúde oral, de análises clínicas (glicémia, colesterolémia e triglicéridémia) e de exames complementares de diagnóstico, associados à prevenção secundária da doença oncológica (mamografia, citologia cervico-vaginal e pesquisa de sangue oculto nas fezes).

## Materiais e métodos

O INSEF é um estudo epidemiológico observacional, transversal de base populacional, programado e realizado para ser representativo ao nível regional e nacional, com a finalidade de contribuir para melhorar a Saúde Pública e reduzir as desigualdades em saúde, através da disponibilização de informação epidemiológica de elevada qualidade sobre o estado de saúde, determinantes e utilização de cuidados de saúde pela população portuguesa.

A população alvo consistiu nos indivíduos entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas há mais de 12 meses, não-institucionalizados e com capacidade para acompanhar a entrevista em língua portuguesa. A amostra foi estratificada por região e área urbana/rural e constituída de forma probabilística em duas etapas.

O trabalho de campo decorreu entre fevereiro e dezembro de 2015 e foi realizado por equipas constituídas, formadas e treinadas especificamente para o efeito, num total de 117 profissionais.

### *Áreas de inquirição*

O INSEF incluiu um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas, e a aplicação de um questionário por entrevista pessoal assistida por computador (CAPI). A recolha de dados foi organizada em três componentes: 1) exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial,

da altura, do peso e dos perímetros da cintura e da anca; 2) recolha de amostras de sangue para avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol total, LDL, HDL e triglicéridos), da hemoglobina glicosilada (HbA1c) e do hemograma; 3) questionário, com recolha de informação autorreportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos e utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

### *Indicadores reportados no presente relatório*

O presente relatório contém os resultados de um conjunto de indicadores inseridos na área temática Cuidados de Saúde, obtidos através de dados recolhidos na componente entrevista.

Especificamente são apresentados resultados relativos à frequência da realização de consultas de saúde oral, de análises clínicas (glicémia, colesterolémia e triglicéridémia) e de exames complementares de diagnóstico, associados à prevenção secundária de algumas doenças oncológicas, nomeadamente, a mamografia, a citologia cervico-vaginal e a pesquisa de sangue oculto nas fezes.

### *Análise estatística*

Todos os indicadores incluídos no presente relatório foram estimados a nível nacional para subgrupos específicos da população, nomeadamente por região, sexo, grupo etário, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Todas as estimativas pontuais apresentadas foram ajustadas utilizando pesos amostrais calibrados para a distribuição da população portuguesa, por sexo e grupo etário, em cada uma das 7 Regiões de Saúde para a estimativa da população residente em 2014.

Para a análise comparativa, as estimativas estratificadas por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS, foram padronizadas pelo método direto para a distribuição da população portuguesa (2014) por sexo e grupo etário.

## Resultados principais

Durante o INSEF foram observados 4911 indivíduos (2265 homens: 46,1% e 2646 mulheres: 53,9%), na sua maioria naturais de Portugal (91,2%), casados ou em união de facto (70,0%), em idade ativa (84,3% com idade entre os 25 e os 64 anos), com um nível de escolaridade inferior ao ensino secundário (63,4%) e estando 11,2% desempregados.

Nos 12 meses anteriores à entrevista, 51,3% da população estudada consultou um profissional de saúde oral. Considerando a distribuição por sexo, grupo etário e região, observou-se uma maior frequência desta consulta na população feminina (55,5%), no grupo etário dos 35 aos 44 anos (56,9%) e na região Norte (55,4%). Observou-se ainda maior frequência entre os mais escolarizados (65,7% com Ensino Superior) e nos indivíduos com atividade profissional remunerada (55,0%).



No ano de 2015, em Portugal, 69,7% da população entre os 25 e os 74 anos referiu ter, nos 12 meses anteriores à entrevista, efetuado análises clínicas, a pelo menos um dos parâmetros inquiridos (glicémia, colesterolémia, trigliceridémia). Esta frequência foi mais elevada no sexo feminino (72,7%) e aumentou com a idade (84,2% no grupo dos 65 aos 74 anos de idade). Foi também mais frequente nos indivíduos que têm médico de família atribuído pelo SNS (71,3% com médico de família vs. 58,7% sem médico de família).

Na população feminina entre os 50 e os 69 anos de idade, 94,8 % reportou ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista. A percentagem foi mais elevada nas mulheres com ensino secundário (95,8%) e menos elevada nas mulheres desempregadas (89,3%).

Os resultados indicam que 86,3% das mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade referem ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista. As percentagens mais elevadas observaram-se no grupo etário entre os 35 e os 44 anos (90,8%), na região Norte (91,7%), nas mulheres com ensino superior (90,8%) e naquelas que tinham uma atividade profissional remunerada (88,7%).

Referiram ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes, nos 2 anos anteriores à entrevista, 45,7% dos inquiridos, sendo este valor muito próximo do estimado para a população que nunca realizou o exame (44,2%). Não se observaram diferenças entre os sexos. O reporte de realização deste exame diminui com o aumento do nível de escolaridade, de 48,0% na população sem nível escolaridade ou com o

primeiro ciclo do ensino básico até 34,7% na população com ensino superior.

A percentagem de mulheres que relataram ter efetuado uma mamografia nos 2 anos anteriores ou que efetuaram uma citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, foi mais elevada no grupo com médico de família atribuído pelo SNS. Também os indivíduos com médico de família, comparativamente aos indivíduos sem médico de família atribuído pelo SNS, apresentaram a percentagem mais elevada de realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista.

## Conclusões principais

A informação obtida pelo primeiro INSEF é representativa da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das suas 7 regiões e utilizou os métodos estabelecidos pelo *European Health Examination Survey* (EHES). O processo de inquérito envolveu desde o início a rede formada pelas 7 Regiões de Saúde de Portugal, o INSA, órgão do Ministério da Saúde e o INSP.

As diferenças observadas nas estimativas populacionais de vários dos indicadores justificam a atenção das intervenções de saúde sobre a utilização de cuidados de saúde preventivos pela população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos de idade.

As estimativas populacionais indicam que a frequência da utilização de cuidados de saúde preventivos varia consoante a área geográfica e o tipo de serviço considerado. A realização de análises clínicas e da mamografia parecem ser

exames e análises complementares de diagnósticos generalizados para a população portuguesa considerada de referência. Dos três exames de prevenção secundária da doença oncológica, a pesquisa de sangue oculto nas fezes foi a menos frequente junto da população portuguesa entre os 50 e os 74 anos.

De acordo com os resultados obtidos, no que respeita à utilização de cuidados de saúde preventivos, podemos concluir que existe influência do perfil sociodemográfico na população, diferenciado de acordo com o tipo de exames.

Os resultados evidenciam ainda a importância dos médicos de família do SNS para a frequência de realização da mamografia, citologia cervicovaginal e pesquisa de sangue oculto nas fezes, exames e análises utilizados muitas vezes enquanto instrumentos de rastreio oncológico.

# Summary

## Background

The importance of information obtained from health examination surveys carried out on probabilistic samples of the population, such as the first National Health Examination Survey (INSEF), arises from the use of methods and tools that result in more accurate information than that reported only by the survey participants.

The approval of the proposal by the National Health Institute Doutor Ricardo Jorge (INSA) to perform the first INSEF in Portugal, as part of the Predefined Project of the Public Health Initiatives Program, funded by the Financial Mechanism of the European Economic Area (EEA Grants) and operated by the Central Administration of the Health System (ACSS), the subsequent partnership with the Norwegian Institute of Public Health, and the collaboration with all the national regions, constituted the foundations that enabled the realization of this first INSEF.

In this report, the results concerning preventive health care use of the population resident in Portugal, in 2015, aged from 25 to 74 years are presented.

## Materials and methods

INSEF is an observational epidemiological, cross-sectional, population-based study designed to be representative at the regional and national level, which aims to improve public health and reduce health inequalities by providing high quality epidemiological information on health status,

health determinants and use of health care services by the Portuguese population.

The target population consisted of individuals aged between 25 and 74 years old, living in mainland Portugal or in the Autonomous Regions for more than 12 months, who were not institutionalized, and who were able to follow the interview in Portuguese. A two stage probabilistic sample stratified by region and by urban/rural area was designed.

Fieldwork took place between February and December of 2015 and was carried out by teams selected and trained for this purpose, in a total of 117 professionals.

## *Areas of the survey*

INSEF included a set of anthropometric and biochemical measurements, in addition to a computer-assisted personal interview (CAPI). Data collection was organized in three major components: 1) physical examination, which included the measurement of blood pressure, height, weight and waist and hip circumferences; 2) collection of blood samples for the evaluation of biochemical parameters (total cholesterol, LDL, HDL and triglycerides), glycated hemoglobin (HbA1c) and a complete blood count; 3) questionnaire with self-reported information on demographic and socioeconomic variables, health status, health determinants, including health-related behaviors and use of health care services, including preventive care.

### *Indicators presented in this report*

This report presents the results of a set of indicators in the Health Care Use thematic area. Preventive health care use includes oral health in addition to a set of health exams.

More specifically, it includes results on the frequency of outpatient dentist or dental hygienist appointments and reason for the consultation; on the last blood analysis undertaken (blood glucose, cholesterol and triglycerides); on the last performed test for fecal occult blood and for females on the date of their latest mammography and cytology (vaginal smear, Pap test).

### *Statistical analysis*

All indicators included in this report were estimated at the national level and stratified by region, sex, age group, education level, employment status and assigned General Practitioner (GP) at the health centre.

All presented point estimates were adjusted using sample weights obtained according to the sample design, adjusted for non-response by region strata and by typology of urban / rural area, and calibrated for the distribution of the Portuguese population by sex and age group of each of the five mainland health regions and of the 2 autonomous regions to the 2014 resident population estimate.

For comparative analysis, the estimates stratified by region, educational level, employment status and assigned GP were standardized for the distribution of the Portuguese population (2014) by sex and age group using the direct method.

### **Main results**

During the INSEF fieldwork, 4911 individuals were observed (2265 men: 46.1% and 2646 women: 53.9%), mostly Portuguese (91.2%), married or in a marital relationship (70.0%), of working age (84.3% aged between 25 and 64 years), which had an educational level below the secondary level (63.4%) and 11.2% were unemployed.

In the 12 months preceding the interview, just over half of the target population (51.3%) had an oral health appointment. The frequency was higher in the female population (55.5% vs 46.7%), in individuals aged between 35 and 44 years old (56.9%), living in the North region (55.4%), more educated (65.7% Higher Education) and with remunerated paid activity (55.0%).

In 2015, 69.7% of the Portuguese population aged between 25 and 74 years old, reported to have measured, at least one of three evaluated parameters (blood glucose, cholesterol and triglycerides) in the 12 months preceding the interview. A higher frequency was found in the female population (72.7%) and in the oldest age groups (84.2% for 65 to 74 years age group). To have had a blood analysis in the previous 12 months was also more frequently reported by individuals with an assigned GP by the National Health Service (71.3% vs. 58.7%).

In the 2 years prior to the interview, 94.8% of the female Portuguese population aged 50 and 69 years old performed a mammography. The percentage was higher in the more educated population (95.8% for Secondary Education) and lower in the unemployed individuals (89.3%).

The cytology was performed in the three years previous to the interview by 86.3% of the female Portuguese population aged 25 and 64 years. The percentage was higher in the 35 to 44 years age group (90.8%), in individuals living in the North region (91.7%), more educated (90.8%) and with remunerated paid activity (88.7%).

Similar estimates were found for having taken the fecal occult blood test in the 2 years previous to the interview (45.7%) and for never having performed the test (44.2%). The estimate of having taken the test was lower in the more educated population groups (48.0% for Primary Education and 34.7% for Higher Education).

Having an assigned GP in the health centre was relevant for latest time one had performed a mammography, cytology and fecal occult blood test. A higher percentage of the target population with assigned GP reported to have had those exams and test more recently.

## Key findings

The information obtained by the first INSEF is representative of the Portuguese population at national level and in each of its seven regions and used the methods recommended by the European Health Examination Survey (EHES). The survey process involved, since the beginning of the network, the seven Health Regions of Portugal, INSA, an agency of the Ministry of Health, and the Norwegian Institute of Public Health.

Population estimates indicate that the use of preventive health care services varies according to the type of service considered. About half of the

Portuguese target population continues to turn to a oral health professional for preventive reasons. Blood analysis and mammographies appear to be more generalized performed by the Portuguese and female population. Of the three exams of secondary prevention of oncological disease, the fecal occult blood test was the least frequent among the Portuguese population between 50 and 74 years.

There is some influence of the sociodemographic profile in the use of preventive health care services, different according to the considered complementary diagnostic exam or test.

The results also highlight the importance of family GP for the last reported mammography, cervico-vaginal cytology and fecal occult blood test, exams and test commonly employed as cancer screening tools.



# Enquadramento geral

## A informação de saúde e os Inquéritos com Exame Físico

A Saúde Pública constitui um tema crucial na agenda política europeia. Promover a saúde, prevenir as doenças, reduzir a morbilidade evitável, a mortalidade prematura e aumentar a capacidade funcional, são objetivos evidentes na política europeia. Neste contexto, o foco tem sido produzir e disponibilizar informação de saúde cientificamente válida, clara e atempada, de forma a apoiar o planeamento, a implementação e a avaliação das políticas, traduzidas em planos e programas de saúde <sup>(1)</sup>.

Os dados e a informação de saúde disponíveis nos diferentes países têm origem em diversas fontes primárias, principalmente do sector da saúde, como por exemplo, registos específicos de determinadas doenças, incluindo as de notificação obrigatória, ou das causas de morte; registos administrativos da utilização de cuidados e serviços de saúde; rastreios e dados de vigilância epidemiológica. Contudo, a informação obtida através destes instrumentos tem várias limitações: os registos são geralmente muito específicos na informação recolhida; os dados administrativos dependem das especificidades organizacionais das diferentes instituições, nem sempre permitindo a comparabilidade com dados externos e os rastreios e os sistemas de vigilância epidemiológica têm níveis de cobertura geográfica diferentes.

Estes aspetos são importantes para justificar o desenvolvimento dos inquéritos de saúde por entrevista, com recolha de informação diretamente a partir dos indivíduos <sup>(2-4)</sup>.

Os inquéritos de saúde por entrevista são uma fonte relevante de dados pois permitem recolher informação reportada pelo próprio, abrangendo um leque vasto de aspetos em saúde, incluindo características do estado de saúde e de doença, incapacidade de curta e de longa duração, informação sobre fatores de risco, fatores protetores e determinantes de saúde, para além de informação relacionada com a utilização de serviços e de cuidados de saúde, incluindo práticas não médicas.

Desta forma, os inquéritos de saúde por entrevista de base populacional e âmbito nacional constituem uma fonte única de informação necessária para o conhecimento aprofundado e integração de vários aspetos sociais e económicos, comportamentais, estado de saúde, capacidade e funcionalidade, para além de aspetos relacionados com a utilização de cuidados de saúde pela população, permitindo identificar diferenças e desigualdades <sup>(5, 6)</sup>.

Neste contexto, os inquéritos de saúde com exame físico complementam a informação recolhida através de questionário, com informação objetiva, através da medição direta de parâmetros biométricos, por exame físico, e parâmetros bioquímicos, obtidos através de análise laboratorial, geralmente de amostras de sangue, os quais fornecem informação mais válida e rigorosa.

Neste sentido, os inquéritos de saúde com exame físico têm maior potencial para obter dados que permitam estimativas da frequência real das variáveis em estudo numa determinada população, complementando os dados reportados pelo próprio e, por isso, sujeitos a vieses de memória, entre outros. Desta forma podem ser medidos e quantificados fatores e condições de saúde que o próprio participante desconhece, que não são registadas sistematicamente, ou cujo modo de registo não permita comparação <sup>(7)</sup>.

A necessidade de indicadores de saúde objetivos e comparáveis entre os vários países Europeus, para utilização no planeamento, implementação e avaliação das políticas de saúde da União Europeia, impulsionou a investigação sobre a necessidade, a exequibilidade e o desenvolvimento de um EHES <sup>(8, 9)</sup>.

Em Portugal, este processo foi desenvolvido pelo INSA em colaboração com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Algarve, resultando na implementação de um inquérito piloto do EHES. Este inquérito seguiu as recomendações resultantes do Projeto *Feasibility of a European Health Examination Survey* (FEHES), com o objetivo de padronizar métodos e procedimentos para a implementação, execução, recolha, análise e comunicação dos dados obtidos <sup>(3, 8, 10)</sup>. Conduzido entre maio e junho de 2010 no Centro de Saúde de São Brás de Alportel na região do Algarve, o EHES piloto inquiriu uma amostra de 220 indivíduos com 25 ou mais anos de idade <sup>(11)</sup>.

## O primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico em Portugal

Neste contexto surge o INSEF, parte integrante do projeto *“Improvement of epidemiological health information to support public health decision and management in Portugal. Towards reduced inequalities, improved health, and bilateral cooperation”*. O INSEF tem como parceiro o INSP e conta com a colaboração das 5 ARS do Continente e das 2 Secretarias Regionais de Saúde (SRS) das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Este projeto é financiado em 85% pelo Mecanismo Financeiro do Espaço Económico Europeu 2009-2014 através do Programa Iniciativas em Saúde Pública (EEA Grants), cujo operador é a ACSS, e decorreu entre 2013 e 2017.

### Breve descrição dos métodos

#### *Delineamento e implementação*

O INSEF é um estudo transversal de base populacional, programado e realizado de forma a ser representativo a nível regional e nacional, tendo como finalidade contribuir para melhorar a Saúde Pública e reduzir as desigualdades em saúde, através da disponibilização de informação epidemiológica de elevada qualidade sobre o estado de saúde, determinantes de saúde e utilização de cuidados de saúde <sup>(12, 13)</sup>.

A população alvo consistiu nos indivíduos com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal Continental ou nas Regiões Autónomas há mais de 12 meses, não-institucionalizados e que apresentassem capacidade para acompanhar a entre-



vista em língua portuguesa. A amostragem probabilística, por grupos, foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionadas aleatoriamente como Unidades Primárias de Amostragem (PSU) as áreas de influência dos anteriormente denominados Centros de Saúde (CS). Na segunda etapa, em cada PSU foram selecionados aleatoriamente os indivíduos convidados a participar no inquérito, a partir do Registo Nacional do Utente (RNU) do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A dimensão da amostra foi estabelecida em 600 indivíduos para cada Região de Saúde do Continente ou Região Autónoma (4200 a nível nacional) de forma a permitir estimar uma prevalência esperada de 50%, com uma precisão absoluta de 5% para um intervalo de confiança a 95%, considerando um efeito do desenho da amostra de 1,5<sup>(12)</sup>.

O trabalho de campo decorreu entre fevereiro e dezembro de 2015, em 49 locais de observação (PSU), e foi realizado por equipas constituídas, formadas e treinadas especificamente para o efeito, cada uma composta por dois enfermeiros, um técnico de laboratório (ou outro enfermeiro) e um assistente técnico, num total de 117 profissionais.

Foram selecionados aleatoriamente 12289 indivíduos através do RNU, tendo sido possível contactar e confirmar os critérios de elegibilidade de 7802 utentes.

Para a recolha de dados foi agendada a participação de 5680 indivíduos, tendo-se obtido no final uma amostra com 4911 participantes, para os quais os procedimentos do INSEF (exame físico, colheita de sangue e entrevista) foram concretizados na íntegra.

### *Áreas temáticas e componentes avaliadas*

As áreas de inquirição do INSEF abrangeram o estado de saúde da população portuguesa, os seus determinantes e a utilização de cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

A seleção das áreas de inquirição e medição teve como base, por um lado, o Plano Nacional de Saúde 2013-2016<sup>(14)</sup> e os 8 Programas de Saúde Prioritários do Ministério da Saúde<sup>(15-22)</sup> e, por outro, os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) por entrevista realizados em Portugal, de forma a manter a possibilidade de avaliar a tendência temporal de indicadores de interesse.

A recolha de dados foi organizada em três grandes componentes:

- Exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial, altura, peso e perímetros da cintura e da anca;
- Recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos), HbA1c e hemograma;
- Questionário com recolha de informação autorreportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com comportamentos, utilização de serviços e cuidados de saúde, incluindo os cuidados preventivos.

A escolha dos instrumentos incluídos no questionário, assim como dos parâmetros antropométricos e bioquímicos medidos, teve como base as recomendações dos projetos europeus FEHES, EHES piloto, os *European Health Interview Surveys* (EHIS), os questionários do INS

por entrevista anteriores e as necessidades de informação a nível nacional, expressas pelas Regiões de Saúde e por um conjunto de especialistas consultados para o efeito.

Informação mais detalhada sobre o delineamento, planeamento e implementação do INSEF pode ser consultada no seu Relatório Metodológico <sup>(23)</sup>.

### Indicadores reportados no presente relatório

Os cuidados de saúde preventivos visam evitar a doença e a morte prematura. As práticas preventivas estabelecem, a partir de evidência científica, critérios e protocolos de atuação, com o objetivo de identificar riscos e intervir precocemente na prevenção de possíveis futuras doenças (24). A nível nacional, os cuidados de saúde preventivos são levados a cabo através de iniciativas políticas, requisitos das autoridades, estratégias nacionais, planos de ação e campanhas.

As consultas de rotina, as análises laboratoriais e os rastreios, embora adaptados ao perfil de risco individual, são usadas para o diagnóstico precoce de alguns problemas de saúde, habitualmente frequentes, com vista ao seu controlo e tratamento precoce, de modo a reduzir as complicações e o risco de morte que lhe está associado <sup>(25)</sup>. A avaliação da utilização destes serviços e cuidados de saúde permite identificar a adesão da população aos cuidados de saúde preventivos, através da descrição epidemiológica destes indicadores.

Neste sentido, são apresentados neste relatório os resultados relativos à realização de consultas de saúde oral, de análises clínicas (glicémia,

colesterolémia e triglicéridémia) e de exames complementares de diagnóstico associados aos rastreios oncológicos, nomeadamente, a mamografia, a citologia cervico-vaginal e a pesquisa de sangue oculto nas fezes.

### Análise estatística

Todos os indicadores (Anexo 1: nota metodológica) incluídos no presente relatório foram estimados a nível nacional e para subgrupos específicos da população, estratificados por região, sexo, grupo etário (25-34, 35-44, 45-54, 55-64 e 65-74), nível de escolaridade (sem escolaridade ou 1º ciclo, 2º ou 3º ciclo do ensino básico, ensino secundário e ensino superior) e situação perante o trabalho (indivíduos com atividade profissional remunerada, desempregados e sem atividade profissional remunerada \*).

Os indicadores da área dos cuidados de saúde preventivos foram também estratificados pela população com e sem médico de família atribuído pelo SNS.

Todas as estimativas pontuais apresentadas foram ajustadas utilizando pesos amostrais, obtidos em função do delineamento da amostra, ajustados para a não resposta dentro de cada região por estrato rural e urbano, e calibrados para a distribuição da população portuguesa por sexo e grupo etário em cada uma das 5 Regiões de saúde do Continente e das duas Regiões Autónomas <sup>(23)</sup>.

Para uma análise comparativa, as estimativas estratificadas por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico

\* Reformados/as, domésticas/os ou estudantes.

de família do SNS, foram padronizadas pelo método direto para a distribuição da população portuguesa (2014) por sexo e grupo etário <sup>(23)</sup>. Esta padronização foi efetuada com o objetivo de minimizar as diferenças nas estimativas dos indicadores, atribuíveis às eventuais diferenças na distribuição por sexo e grupo etário. Desta forma, as estimativas padronizadas apenas devem ser utilizadas para efeitos de comparação entre as categorias da variável de estratificação e não como estimativas do indicador para a população alvo.

Adicionalmente, as estimativas pontuais apresentadas são acompanhadas dos respetivos intervalos de confiança a 95%, cuja variância da estimativa foi obtida pelo método de *Jackknife* <sup>(23)</sup>.



## Participantes

A amostra final estudada pelo INSEF foi constituída por 4911 indivíduos, com idade entre os 25 e 74 anos, a residir em domicílios particulares em Portugal (Continente e Regiões Autónomas) à data da entrevista.

Considerando a distribuição da amostra em análise pelas principais variáveis sociodemográficas, verificou-se uma proporção muito semelhante de mulheres (53,9%) e de homens (46,1%) que participaram no estudo (**Tabela 1**). A larga maioria dos inquiridos nasceu em Portugal (91,2%) e cerca de dois terços referiu estar casada (64,7%).

A distribuição da amostra pelos cinco grupos etários variou entre 14,5% no grupo etário dos 25 aos 34 anos, e 24,3% no grupo etário entre os 45 e os 54 anos.

No que respeita às características socioeconómicas, observou-se que os indivíduos sem escolaridade ou com uma escolaridade equivalente ao 1º ciclo do ensino básico representaram 30,9% da amostra, superior à percentagem de indivíduos com o ensino secundário (19,5%) ou ensino superior (17,1%).

Quanto à situação perante o trabalho observou-se que 60,6% dos participantes tinha atividade profissional remunerada, 11,2% referiu estar desempregado e 28,2% encontrava-se sem atividade profissional remunerada.

As estimativas populacionais, obtidas após a aplicação dos ponderadores amostrais, originaram valores muito próximos das percentagens amostrais atrás descritas (obtidas sem aplicação dos ponderadores). Ao compararmos ambas as percentagens (não ponderadas e ponderadas), observa-se uma variação máxima de 4 pontos percentuais, nos diferentes estratos das variáveis sexo, estado civil, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

A diferença mais acentuada observou-se para o grupo etário mais jovem, que se encontra ligeiramente sub-representado na amostra INSEF. Este facto ilustra que a aplicação dos ponderadores amostrais permitiu, tal como é o seu objetivo, estabelecer a base para obter estimativas para a população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, sem a necessidade de uma calibração muito acentuada dos ponderadores amostrais. São essas estimativas que serão apresentadas em seguida neste relatório.

**Tabela 1** – Distribuição dos indivíduos observados, percentagens não ponderadas e ponderadas\*, para a população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, segundo o sexo, os grupos etários, o estado civil, a naturalidade, o nível de escolaridade e a situação perante o trabalho.

Taxas	Número de indivíduos observados (n)	Percentagem (%) não ponderada	Percentagem (%) ponderada*
<b>Total</b>	<b>4911</b>	<b>–</b>	<b>–</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino	2265	46,1	47,5
Feminino	2646	53,9	52,5
<b>Grupo etário</b>			
25-34	714	14,5	18,3
35-44	1135	23,1	23,5
45-54	1193	24,3	22,4
55-64	1098	22,4	19,9
65-74	771	15,7	15,9
<b>Estado civil</b>			
Solteiro/a	822	16,7	20
Casado/a	3175	64,7	64,2
Divorciado/a	408	8,3	7,0
Viúvo/a	248	5,1	4,6
União de facto	258	5,3	4,2
<b>Naturalidade</b>			
Portugal	4477	91,2	89,9
Outro	434	8,8	10,1
<b>Nível de escolaridade</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico	1516	30,9	27,7
2º ou 3º ciclo do ensino básico	1595	32,5	31,5
Ensino secundário	958	19,5	21,4
Ensino superior	838	17,1	19,4
<b>Situação perante o trabalho</b>			
Com atividade profissional	2975	60,6	61,9
Desempregados	549	11,2	11,3
Sem atividade profissional **	1384	28,2	26,8

\* Percentagens ponderadas para o delineamento da amostra, não resposta, dentro de cada região por estrato rural/urbano e calibrado para a distribuição da população com idade entre os 25 e os 74 anos, residente em cada região, por sexo e grupo etário.

\*\* A categoria sem atividade profissional incluiu os reformados/as, domésticas/os e estudantes.

## Saúde oral

### Principais resultados

- Nos 12 meses anteriores à entrevista, 51,3% da população residente em Portugal, entre os 25 e os 74 anos de idade, referiu ter realizado uma consulta de saúde oral com um dentista, estomatologista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária.
- O motivo mais reportado para essa consulta foi o tratamento de rotina (43,1%), seguido do tratamento de emergência (39,4%) e da consulta de vigilância sem outro motivo, vulgarmente denominado como *checkup* (17,5%).
- A realização da consulta, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi mais frequente no grupo etário entre os 35 e os 44 anos de idade (56,9%) e menos frequente no grupo etário mais velho (43,8% entre os 65 e os 74 anos).
- A percentagem de participantes que reportaram ter realizado, pelo menos uma consulta de saúde oral, variou entre 55,4% na região Norte e 40,3% na região Alentejo, não se verificando alterações apreciáveis nestes valores após padronização para o grupo etário e sexo.
- A realização da consulta de saúde oral como um cuidado preventivo (*checkup* e vigilância) foi mais frequente nos grupos etários mais jovens (dos 25 aos 44 anos), nas pessoas mais escolarizadas e nos indivíduos com atividade profissional remunerada. Após padronização para o sexo e grupo etário, as amplitudes de variação não foram eliminadas nem se alterou a sua distribuição.

### Enquadramento

As doenças orais constituem um dos problemas de saúde da população que, apesar da elevada prevalência, podem ser, com custos económicos reduzidos, adequadamente prevenidos e precocemente tratados. Neste âmbito, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral <sup>(26)</sup> vai ao encontro da Organização Mundial de Saúde (OMS), que destaca a importância da saúde oral para a melhoria da saúde e da qualidade de vida das populações, em especial das crianças e jovens em idade escolar e das pessoas idosas <sup>(27)</sup>.

A nível global, a cárie dentária e as periodontopatias são doenças de elevada prevalência <sup>(28)</sup>. Nos países industrializados, estima-se que a cárie dentária afete entre 60% e 90% das crianças em idade escolar e a maior parte dos adultos dado o seu carácter cumulativo <sup>(28)</sup>. Além do tratamento das cáries e das periodontopatias ter custos elevados (sendo consideradas, nos países ocidentais o 4º tratamento de saúde mais oneroso), os problemas de saúde oral têm também repercussões para a saúde geral até porque - muitas doenças têm manifestações na cavidade oral. Por

outro lado, as doenças orais são um fator de risco para um número variado de estados de saúde <sup>(28)</sup>.

A nível europeu é ainda elevada a proporção de população que reporta necessidades de saúde oral não satisfeitas, diretamente ligadas à escassa cobertura pública em cuidados de saúde oral <sup>(27)</sup>. Segundo os dados do Inquérito Europeu ao Rendimento e Condições de Vida (EU-SILC - *European Union Survey on Income and Living Conditions*) em 2013, Portugal era o segundo país da UE a 25 com uma taxa mais elevada de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral (14,3%) <sup>(27)</sup>.

Em 2013, os dados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais indicam que 54,7% da população portuguesa entre os 33 e os 44 anos tinha consultado um profissional de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista, mas esta percentagem diminuiu para 40,6% nos indivíduos entre os 65 e os 74 anos <sup>(29)</sup>.

Neste relatório apresenta-se a frequência com que a população residente em Portugal, em 2015, com idade entre os 25 e os 74 anos, referiu ter recorrido às consultas de saúde oral (estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária). São também descritos os motivos para o recurso à última consulta, quer com o intuito de vigilância, tratamento de rotina ou tratamento de emergência.

## Resultados

Em Portugal, 51,3% da população com idade entre os 25 e os 74 anos declarou ter consultado, nos 12 meses anteriores à entrevista, um estomatologista, dentista, higienista oral, ou outro técnico de saúde dentária. Para 46,8% da população, essa consulta tinha ocorrido há mais de 12 meses. Declararam nunca ter realizado uma consulta de saúde oral 1,9% dos participantes.

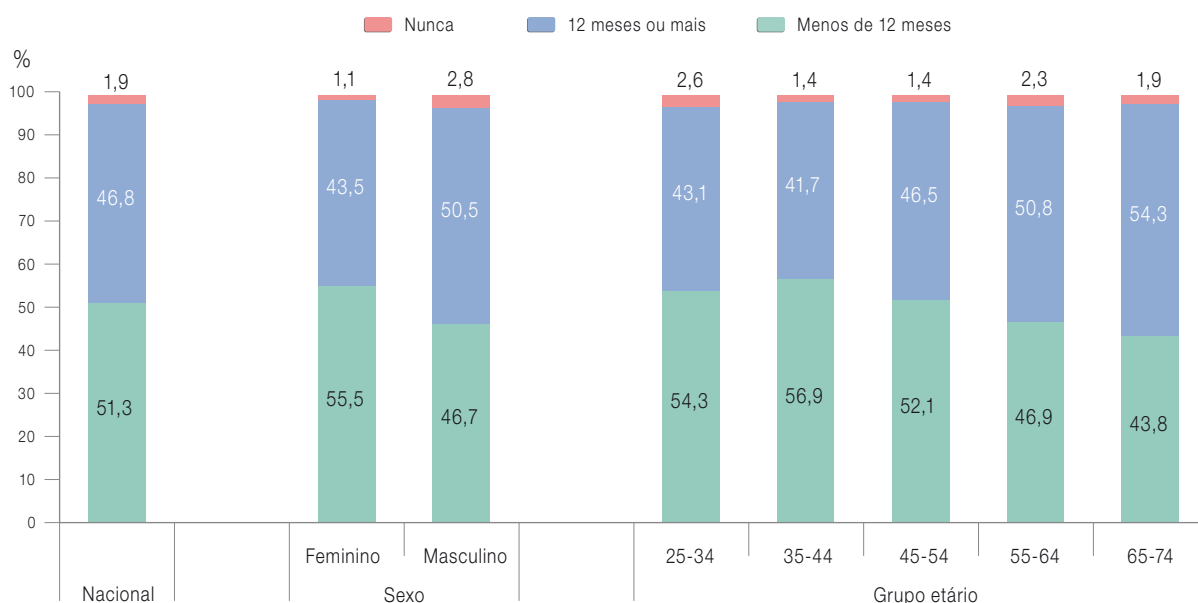
Nas mulheres, 55,5% referiu ter realizado, pelo menos uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores, comparativamente a 46,7% dos homens.

Há medida que aumentou a idade diminuiu a percentagem de indivíduos que declarou ter consultado um profissional de saúde oral nos 12 meses anteriores. Os valores mais elevados registaram-se nos grupos etários mais jovens (54,3% entre os 25 e os 34 anos e 56,9% entre os 35 e os 44 anos) e valor mais baixo no grupo etário mais velho (43,8% entre os 65 e os 74 anos) como se observa na **Figura 1**.

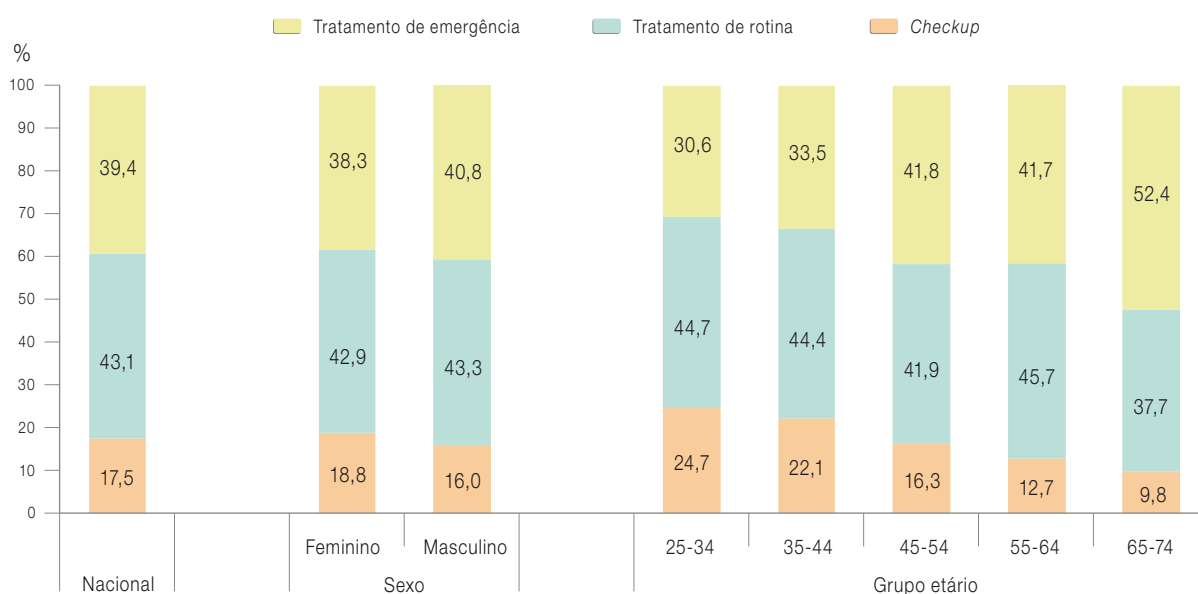
Da análise das principais razões que levaram a população a recorrer a uma consulta de saúde oral, a mais reportada foi o tratamento de rotina (43,1%), seguida do tratamento de emergência (39,4%) e do *checkup*/vigilância (17,5%), não se observando diferenças substanciais entre os sexos.

O motivo, tratamento de emergência, foi mais frequente nos grupos etários mais velhos, enquanto o tratamento de rotina e o *checkup*/vigilância foram motivos menos frequentemente reportados neste grupo etário (**Figura 2**).





**Figura 1** – Distribuição percentual de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram uma consulta de saúde oral, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.



**Figura 2** – Distribuição percentual de indivíduos que declararam ter consultado um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, segundo o motivo da última consulta, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

### Por região

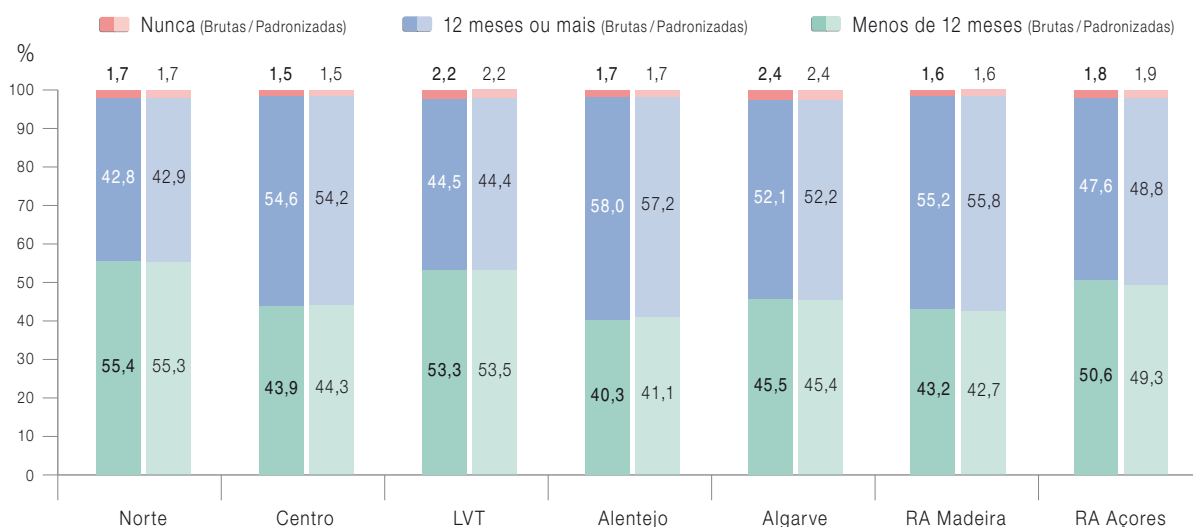
A nível regional, a percentagem da população que referiu ter realizado pelo menos uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista foi mais elevada na região Norte (55,4%) e mais baixa na região Alentejo (40,3%). Após padronização para o grupo etário e sexo, não se verificam alterações significativas na distribuição entre as diferentes Regiões (Figura 3).

### Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

Entre os indivíduos com nível de escolaridade superior, 65,7% reportou ter realizado uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista, em comparação com 37,9% na população sem escolaridade, ou com escolaridade ao nível do 1º ciclo. A percentagem de indivíduos que nunca realizou uma consulta foi mais ele-

vada na população com menor escolaridade (3,7%); valor que quase duplica após padronização para o sexo e grupo etário (6,4%) (Figura 4).

Foram também observadas variações de acordo com a situação perante o trabalho. Dos indivíduos com atividade profissional remunerada, 55,0% terá ido a uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista, enquanto 53,1% dos desempregados referiu que esta consulta ocorreu há mais de 12 meses. A percentagem de indivíduos que nunca consultou um profissional de saúde oral foi de 1,5% na população com atividade profissional remunerada e 2,2% na população sem atividade profissional. A amplitude de variação aumenta após padronização para o sexo e grupo etário: 1,6% na população com atividade profissional remunerada e 8,8% na população sem atividade profissional (Figura 5).



**Figura 3** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram uma consulta de saúde oral, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.

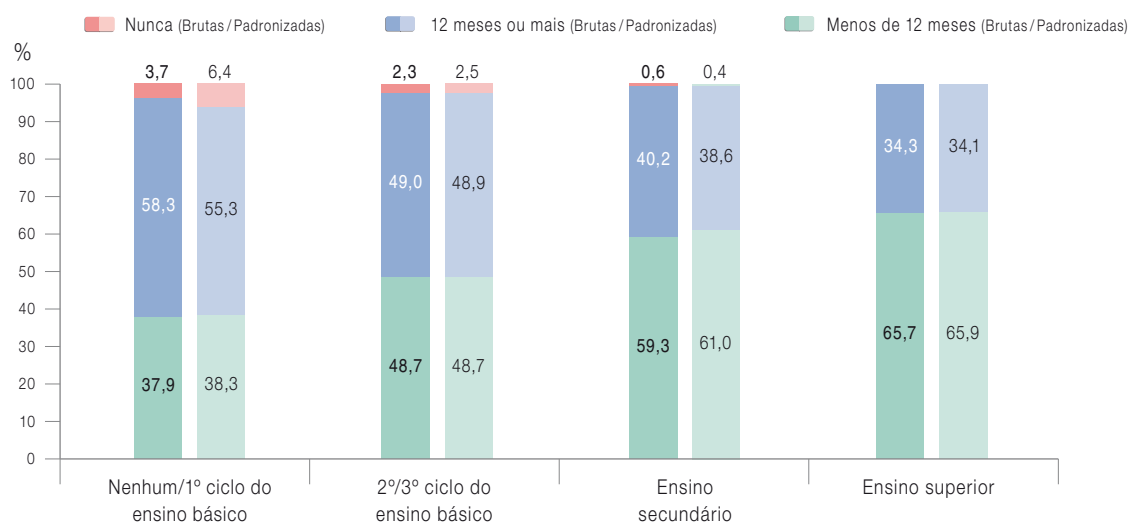


Figura 4 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram uma consulta de saúde oral, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade.

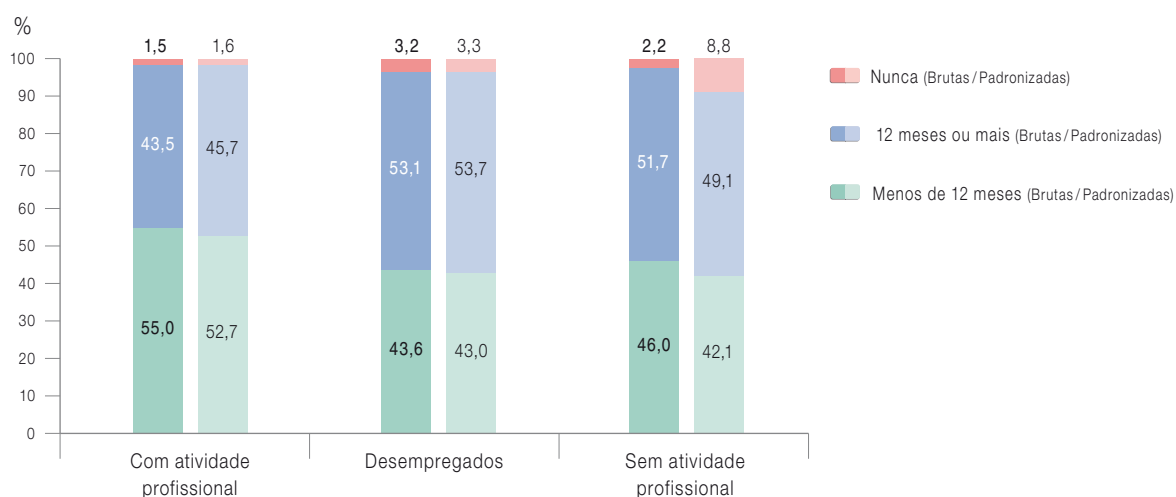


Figura 5 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram uma consulta de saúde oral, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por situação perante o trabalho.

A indicação do *checkup*/vigilância como motivo para a última consulta de saúde oral foi, tanto nas estimativas brutas como padronizadas, mais frequente quanto maior o nível de escolaridade. Observou-se o inverso para o tratamento de emergência, ou seja, quanto mais elevado o nível de escolaridade, menor a percentagem de indivíduos que reportou este motivo (Figura 6).

O tratamento de emergência é também o motivo mais frequentemente indicado pelos desempregados e indivíduos sem atividade profissional remunerada (48,6% e 48,8%, respetivamente). Já 45,6% dos indivíduos com atividade profissional remunerada referiram o tratamento de rotina como motivo da última consulta (Figura 7). Esta tendência mantém-se após a padronização das estimativas para o sexo e grupo etário, ainda que com ligeiras alterações nas estimativas.

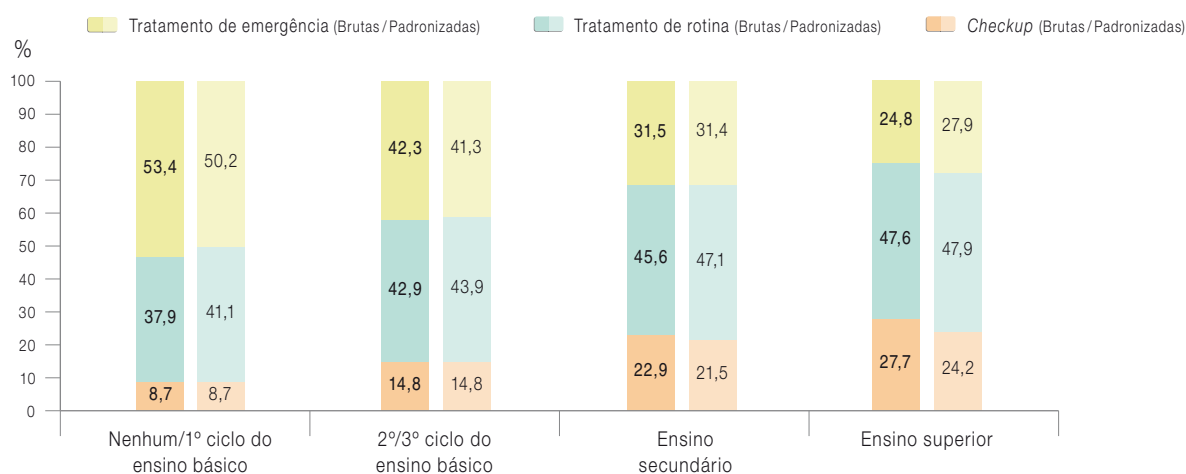


Figura 6 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, segundo o motivo da última consulta, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade.

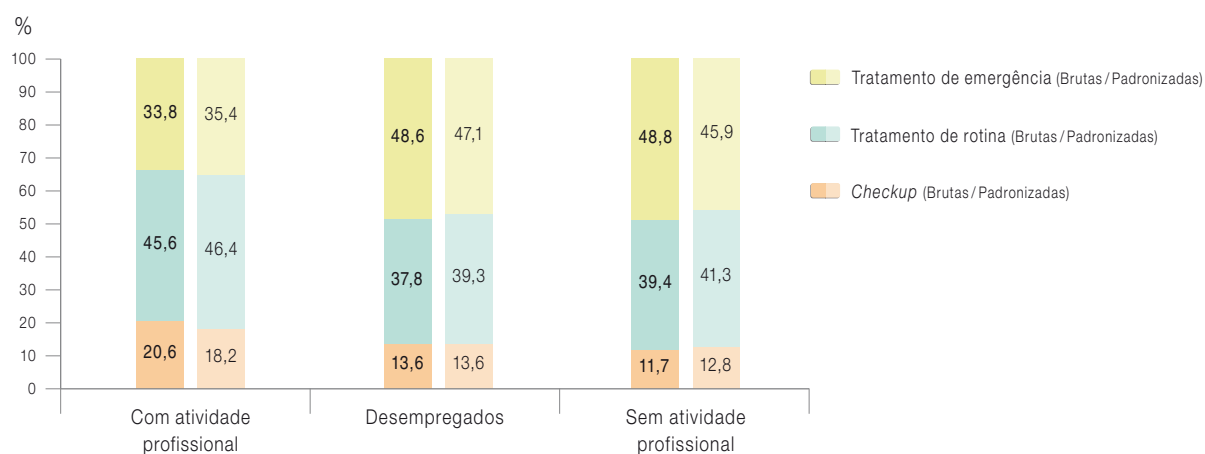


Figura 7 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, segundo o motivo da última consulta, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por situação perante o trabalho.

## Comentários

Os resultados obtidos através do INSEF vão ao encontro das principais tendências observadas no último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2014), que apontam para um aumento, na última década, das visitas anuais ao dentista <sup>(31)</sup>. Ainda que com diferenças na formulação da questão (consulta com dentista ou com profissional de saúde oral) e população alvo ( $\geq 15$  versus 25-74 anos), tanto no INS, como no INSEF se observou que cerca de metade da população referiu ter ido, nos 12 meses anteriores à entrevista, a uma consulta de saúde oral (48,7% e 50,4% respetivamente).

As principais razões que levaram os indivíduos a recorrer a uma consulta foram o tratamento de rotina, seguido de tratamentos de emergência e do *checkup*/vigilância. Os resultados do INS de 2014 são concordantes, observando-se como principais razões para a ida ao dentista, a higienização e as situações de emergência <sup>(31)</sup>.

Outro resultado coincidente nos dois inquéritos é a diminuição das visitas anuais a partir dos 55 e mais anos de idade. Com o aumento da idade, diminuiu a percentagem de indivíduos que referiram ter recorrido a uma consulta de saúde oral nos 12 meses anteriores à entrevista. Adicionalmente, nos grupos etários mais velhos é mais elevada a percentagem de indivíduos que reportou o tratamento de emergência como principal motivo para a última consulta. O *checkup*/vigilância e o tratamento de rotina tendem a ser mais frequentemente reportados nos grupos etários mais novos.

Os resultados obtidos também ilustram o impacto dos fatores socioeconómicos nos cuidados de saúde oral. Além da relação com os grupos etários mais velhos, verificou-se também, que a baixa escolaridade e o desemprego são fatores que concorrem para a menor frequência de consultas de saúde oral; a percentagem de indivíduos que foi a uma consulta nos 12 meses anteriores à entrevista é mais elevada junto dos grupos mais escolarizados e com trabalho remunerado. Nos grupos populacionais em situação desfavorecida (menor escolaridade e sem atividade profissional remunerada) o tratamento de emergência, e não o *checkup*/vigilância ou o tratamento de rotina, parecem ser o comportamento mais frequente. Estes resultados foram observados quer nas estimativas brutas, quer nas estimativas padronizadas para sexo e grupo etário.

Globalmente vem-se reconhecendo o impacto dos fatores socioeconómicos e as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde oral <sup>(32)</sup>. A prevalência de doenças orais é mais elevada em grupos mais carenciados, que são usualmente aqueles que têm mais dificuldades no acesso aos cuidados de saúde oral e que, por outro lado, apresentam mais frequentemente fatores de risco sociais e comportamentais <sup>(32)</sup>.

## Análises clínicas

### Principais resultados

- Em Portugal, em 2015, 69,7% da população residente entre os 25 e os 74 anos, referiu ter efetuado análises clínicas, nos 12 meses anteriores à entrevista, a pelo menos um dos parâmetros que foram alvo de estudo no INSEF (glicémia, colesterolemia, trigliceridemia).
- Referiram nunca ter realizado estas análises clínicas, 0,3% da população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos.
- A realização de análises clínicas nos 12 meses anteriores à entrevista foi mais frequentemente reportada nos grupos etários mais velhos: de 56,9% no grupo etário mais jovem (entre os 25 e os 34 anos) até 84,2% no grupo etário entre os 65 e os 74 anos de idade.
- A percentagem de participantes que reportaram ter realizado análises clínicas, nos 12 meses anteriores à entrevista variou entre 62,2% na RAA e 73,2% na região Centro.
- A realização de análises clínicas a qualquer um dos parâmetros, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi menos frequentemente reportado pelos indivíduos desempregados (58,5%), comparativamente à população com trabalho remunerado (66,9%) e à população sem atividade profissional (80,6%).

### Enquadramento

As vulgarmente designadas “análises ao sangue” incluem a análise de parâmetros bioquímicos e o hemograma. No que se refere aos parâmetros bioquímicos, a determinação dos níveis da glicémia, da colesterolemia e da trigliceridemia, são prescritos quer no âmbito da vigilância, quer no âmbito do diagnóstico e seguimento clínico de vários problemas de saúde, designadamente de algumas doenças crónicas <sup>(33)</sup>.

A nível nacional não há uma recomendação oficial para a avaliação analítica dos três parâmetros bioquímicos referidos anteriormente. Contudo, uma norma da Direção Geral da Saúde (DGS) recomenda que sejam avaliados os níveis de

colesterolemia e de trigliceridemia em homens com idade  $\geq 40$  anos e em mulheres com idade  $\geq 50$  anos ou na pós-menopausa, porque são parte integrante do perfil lipídico utilizado para avaliar o risco cardiovascular <sup>(34)</sup>.

Apesar de não terem sido identificadas recomendações oficiais em Portugal quanto à idade ou à periodicidade com que a medição da glicémia deva ser realizada, esta análise é utilizada no diagnóstico e no seguimento da diabetes <sup>(35)</sup>. Algumas recomendações internacionais referem que a avaliação do perfil glicémico e lipídico deve iniciar-se nos homens a partir dos 35 anos e nas mulheres a partir dos 45 anos <sup>(36-38)</sup>.

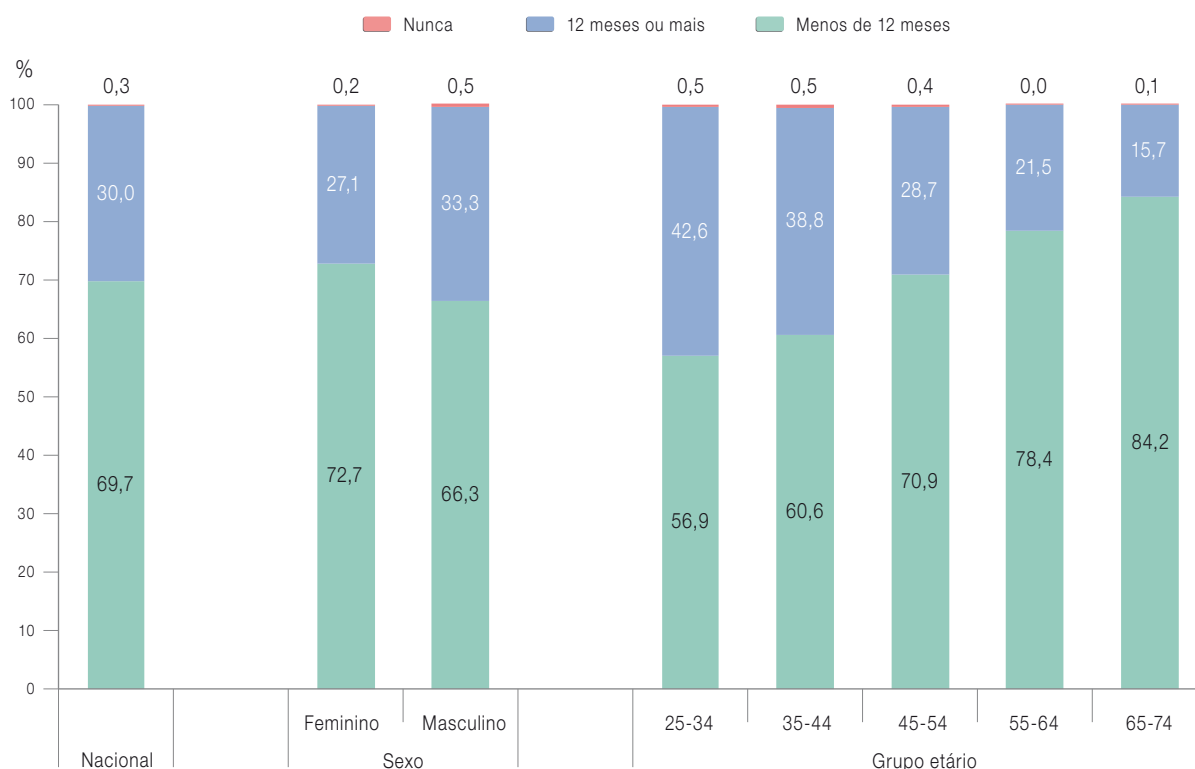
Apresentam-se aqui os resultados do autorreporte da população residente em Portugal, em 2015, entre os 25 e os 74 anos de idade, quanto ao último momento em que realizou análises clínicas com avaliação dos valores da glicémia, da colesterolémia ou da triglicéridémia.

## Resultados

Em Portugal, 90,7% da população residente, entre os 25 e os 74 anos de idade, declarou já ter realizado análises clínicas, com determinação dos valores de glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia (Figura 8). Destes indivíduos, 69,7% referiu tê-lo feito nos 12 meses anteriores à entrevista.

A frequência com que homens e mulheres declararam realizar estas análises foi semelhante, com uma maior percentagem de mulheres a referirem tê-las efetuado nos 12 meses anteriores à entrevista (72,7% vs. 66,3%).

No que respeita à distribuição por grupos etários, a proporção da população que reportou ter realizado análises clínicas, nos 12 meses anteriores à entrevista, aumentou com a idade, de 56,9% no grupo etário entre os 25 e os 34 anos, para 84,2% no grupo etário entre os 65 e os 74 anos (Figura 8).



**Figura 8** – Distribuição percentual dos indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia) nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais, ou que nunca realizaram as referidas análises, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo e grupo etário.

### Por região

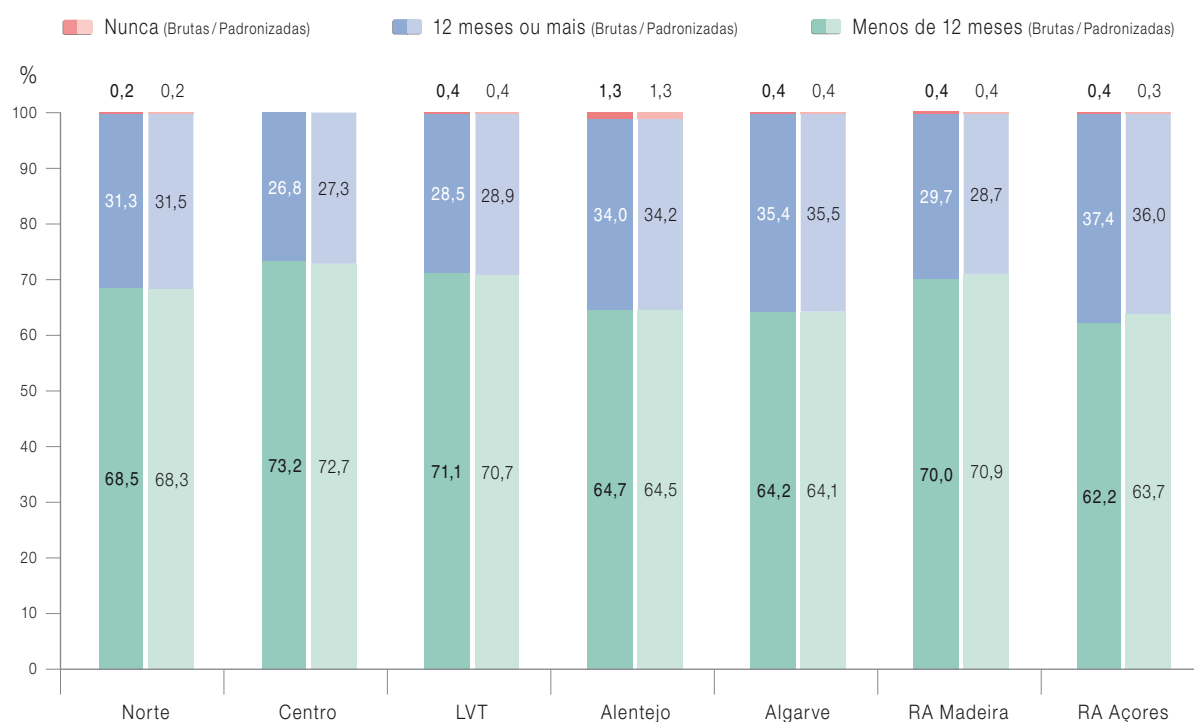
A percentagem de indivíduos que declarou ter realizado análises clínicas, com determinação dos valores da glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia, nos 12 meses anteriores à entrevista variou entre as diferentes regiões, de 62,2% na RAA e 73,2% na região Centro. Não se observaram variações significativas na distribuição, após padronização para o sexo e grupo etário (Figura 9).

### Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

Em qualquer dos níveis de escolaridade, ou classes de situação perante o trabalho, a maior parte

da população reportou ter realizado análises clínicas para determinação dos níveis da glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia, nos 12 meses anteriores à entrevista (Figuras 10 e 11).

Após padronização por sexo e grupo etário, observaram-se alterações na distribuição percentual dos indicadores. O reporte da realização de análises clínicas diminuiu de 78,1% para 64,8% no grupo de indivíduos menos escolarizados. A padronização das estimativas acentuou também a tendência, já observada, do aumento da frequência de realização de análises clínicas, a par do aumento do nível de escolaridade (Figura 10).



**Figura 9** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia) nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram as referidas análises, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região.



Referiram ter realizado análises clínicas, nos 12 meses anteriores à entrevista, 58,5% dos desempregados, 66,9% dos indivíduos com atividade profissional e 80,6% dos indivíduos sem atividade profissional remunerada. Após a padronização para a idade e sexo, estas diferenças esbatem-se, sobretudo nos estratos com e sem

atividade profissional remunerada. Verificou-se que o reporte da realização de análises clínicas diminuiu de 80,6% para 68,4% nos indivíduos sem atividade profissional, e aumentou de 66,9% para 69,3% nos indivíduos com atividade profissional (Figura 11).

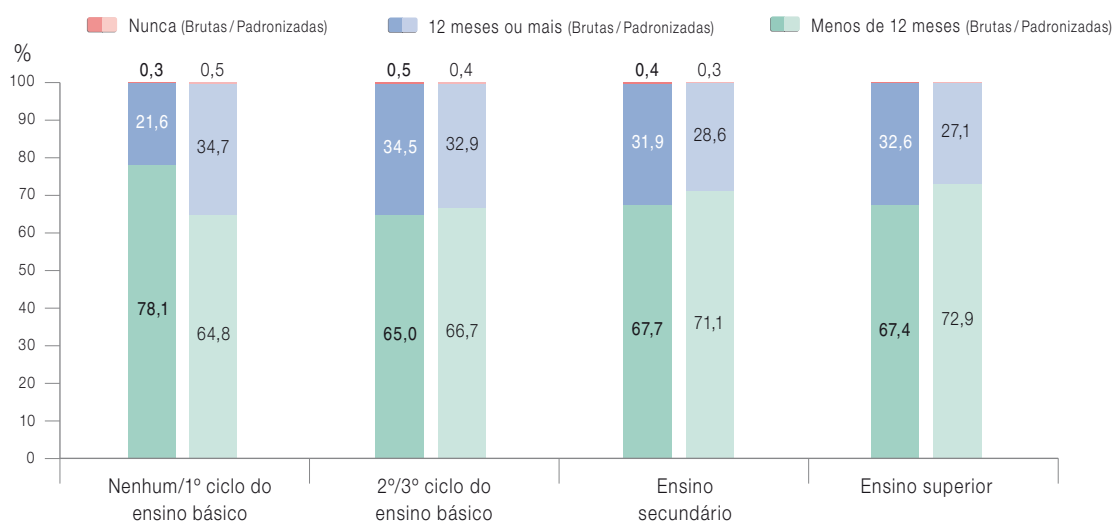


Figura 10 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou trigliceridémia) nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram as referidas análises, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade.

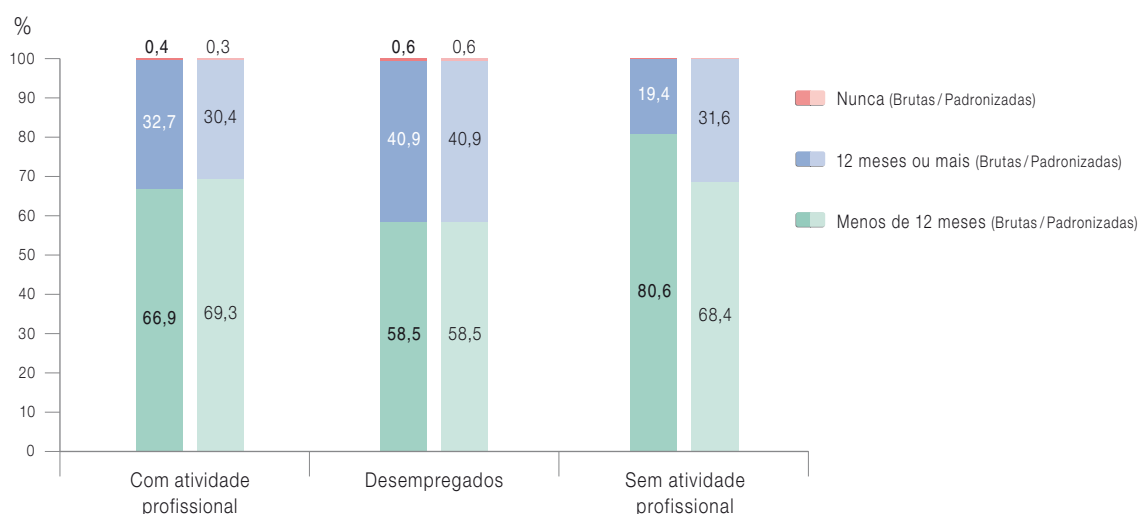


Figura 11 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou trigliceridémia) nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram as referidas análises, na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por situação perante o trabalho.

### *Por atribuição de médico de família pelo SNS*

A realização de análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou trigliceridémia) nos 12 meses anteriores à entrevista foi mais frequentemente reportada pelos indivíduos que têm médico de família atribuído pelo SNS (71,3% vs. 58,7%).

Padronizando estas estimativas para o sexo e grupo etário, a tendência mantém-se: 70,8% sem médico e 60,1% com médico de família atribuído pelo SNS.

### Comentários

Os resultados obtidos pelo INSEF revelam que em Portugal, a maior parte da população com idade entre os 25 e os 74 anos já realizou, pelo menos uma vez na sua vida, análises ao sangue para determinação dos valores da glicémia, colesterolémia ou trigliceridémia. Independentemente do motivo que levou à realização destas análises (prevenção, diagnóstico ou seguimento de doença), estes resultados confirmam a generalização deste tipo de exames.

Em 70% da população estudada estas análises foram efetuadas no ano anterior à entrevista. Estes resultados vão ao encontro de um estudo transversal de base populacional, que em 2011 observou que 87% da população com 18 e mais anos efetuava estas análises anualmente <sup>(33)</sup>.

Em todas as variáveis de desagregação avaliadas (grupos etários, região, níveis de escolaridade e situação perante o trabalho) mais de metade da população referiu ter realizado as análises clínicas aos parâmetros descritos, nos 12 meses anteriores à entrevista.

Nos grupos etários mais velhos a frequência de realização das análises clínicas nos 12 meses anteriores à entrevista foi mais elevada que nos

restantes grupos etários. Estes resultados estão de acordo com os valores reportados no 4º INS (2005-2006), onde se verificou que a monitorização dos valores de colesterolémia aumentava com a idade <sup>(31)</sup>.

A realização de análises clínicas, nos 12 meses anteriores à entrevista, foi referida mais frequentemente pela população menos escolarizada e sem atividade profissional. Contudo, após a padronização para o grupo etário e sexo, a amplitude de variação entre as classes do nível de escolaridade ou da situação perante o trabalho diminuiu e as diferenças observadas esbateram-se.

## Prevenção secundária da doença oncológica

### Principais resultados

- Em Portugal, em 2015, 94,8% das mulheres residentes com idade entre os 50 e os 69 anos, referiu ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista.
- Nas mulheres residentes em Portugal em 2015, com idade entre os 25 e os 64 anos, 86,3%, referiu ter realizado uma citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, destacando-se o grupo etário entre os 35 e os 44 anos (90,8%).
- A percentagem de mulheres que efetuaram uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista ou que efetuaram uma citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores, foi mais elevada junto do grupo com médico de família atribuído pelo SNS (95,6% vs. 88,3% para mamografia e 87,3% vs. 79,9% para citologia). Estas diferenças mantiveram-se após padronização para o grupo etário.
- A realização quer de mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, quer de citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores foi mais frequente junto das mulheres mais escolarizadas.
- Em Portugal, em 2015, 45,7% da população residente, com idade compreendida entre os 50 e os 74 anos, referiu ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista.
- Os indivíduos com médico de família, comparativamente aos indivíduos sem médico de família atribuído pelo SNS, apresentaram a percentagem mais elevada de realização de pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores (47,6% vs. 30,3%).
- Os indivíduos mais escolarizados reportaram mais frequentemente nunca terem realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes (51,4% no ensino secundário e 53,1% no ensino superior).

### Enquadramento

Em Portugal, as neoplasias constituem a segunda causa de morte, depois das doenças cérebro-cardiovasculares, e a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade <sup>(39)</sup>.

Os rastreios de algumas doenças oncológicas, pela identificação de indivíduos com alto risco e posterior encaminhamento para diagnóstico e tratamento, têm demonstrado ser efetivos na

redução da mortalidade prematura por cancro. Neste âmbito, a evidência fez de alguns tipos de exames e análises - enquanto rastreio oncológico - um eixo prioritário na área da Saúde Pública. Especificamente, a realização de rastreios regulares para os cancros do colo do útero, da mama e do cólon e reto, têm sido associados à redução das “taxas de mortalidade na ordem dos 80%, 30% e 20%, respetivamente” <sup>(39)</sup>.

Apresentam-se aqui os resultados do momento auto-reportado de realização da última mamografia, citologia cervico-vaginal e pesquisa de sangue oculto nas fezes, para os grupos etá-

rios definidos nas orientações nacionais como grupos alvo dos rastreios do cancro da mama, cancro do colo uterino e cancro do cólon e reto.

## Mamografia

### *Enquadramento*

Por ano são diagnosticados na Europa cerca de 367000 novos casos de cancro da mama. A mamografia, como exame de rastreio com o intuito de diagnóstico precoce e aumento das taxas de sobrevivência, está recomendada a grupos prioritários, ainda que a sua cobertura seja variável entre países <sup>(40)</sup>. Em 2010, apenas 6 países conseguiram atingir as metas definidas nas recomendações europeias para uma cobertura superior a 75% <sup>(41, 42)</sup>. No mesmo ano, a nível nacional a cobertura situou-se nos 73,4% tendo a média europeia atingido 57,7%.

Apresentam-se os resultados sobre a realização de mamografia de rastreio, tal como definida pela recomendação nacional emitida pela DGS <sup>(43, 44)</sup>. Estas normas definem como grupo-alvo “todas as mulheres entre os 50 e os 69 anos”, para o qual propõem a realização de uma mamografia a cada dois anos. Nas mulheres com “idade inferior a 50 anos sem risco aumentado de cancro da mama, a mamografia de rastreio não está indicada (grau de recomendação I)”.

Calculou-se a percentagem de mulheres, entre os 50 e os 69 anos, que referiram ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca o fizeram, independentemente do motivo indicado para a mesma.

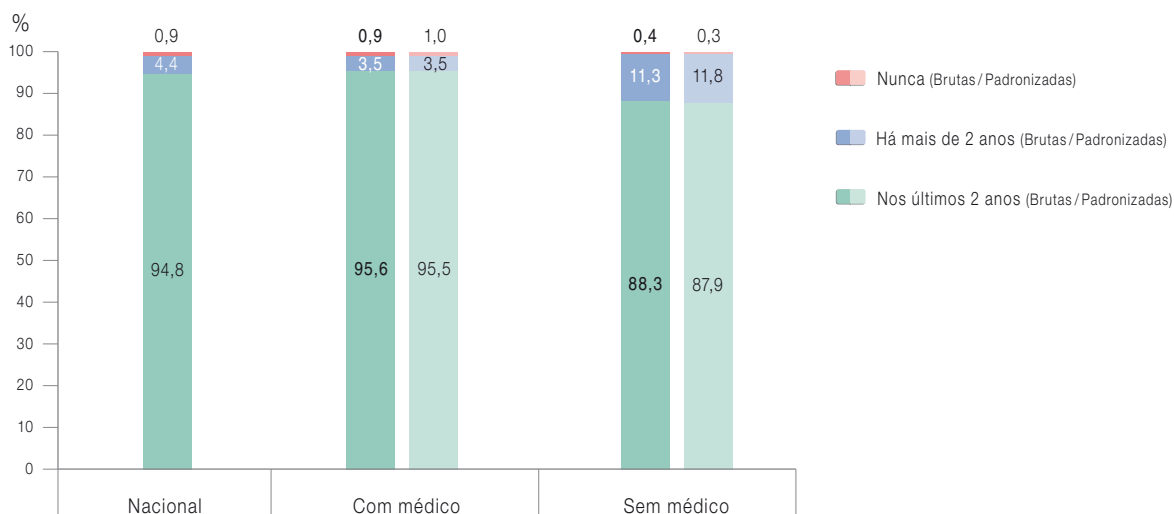
### *Resultados*

Em 2015, 94,8% das mulheres entre os 50 e os 69 anos declarou ter efetuado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista e 0,9% reportou nunca a ter realizado (**Figura 12**). A realização do exame há mais de 2 anos foi mais frequentemente reportada no grupo de mulheres sem médico de família atribuído pelo SNS (11,3%), comparativamente a mulheres com médico de família (3,5%). Após a padronização para a distribuição etária, as estimativas mantêm-se muito semelhantes, com uma variação inferior a 1% (**Figura 12**).

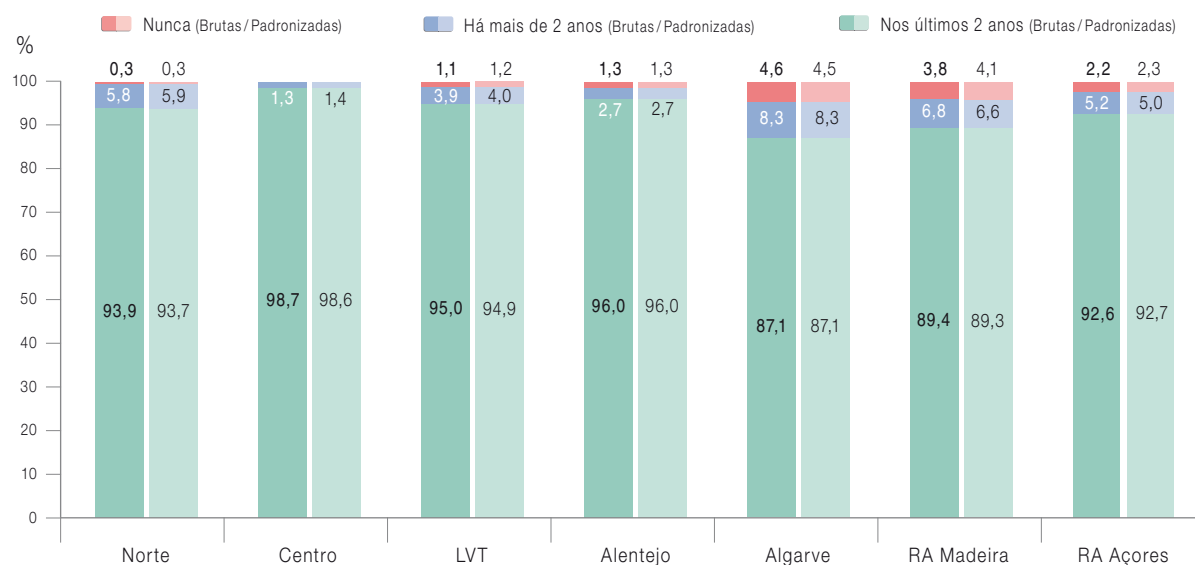
### *Por região*

A região Centro apresenta a percentagem mais elevada (98,7%) de mamografia realizada nos 2 anos anteriores à entrevista e a menor observou-se na região Algarve (87,1%). A percentagem mais elevada de mulheres que referiu nunca ter realizado uma mamografia observou-se na região Algarve (4,6%), seguida da RAM (3,8%) e da RAA (2,2%)

As estimativas padronizadas para a distribuição etária, são muito similares às estimativas brutas, com uma variação inferior a 1% (**Figura 13**).



**Figura 12** – Distribuição percentual de mulheres (bruta e padronizada para grupo etário) com idade entre os 50 e os 69 anos, que declararam ter realizado mamografia nos dois anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por atribuição de médico de família pelo SNS.



**Figura 13** – Distribuição percentual de mulheres (bruta e padronizada para grupo etário) com idade entre os 50 e os 69 anos, que declararam ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por região.

Não foram observadas variações substanciais nas estimativas de mulheres que referiram ter realizado mamografia, segundo o nível de escolaridade. Considerando os 2 anos anteriores à entrevista,

a percentagem variou entre 93,3% na população feminina com ensino superior e 95,8% na população com o ensino secundário (Figura 14).

A realização de mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista foi mais frequentemente reportada nas mulheres sem atividade profissional remunerada (96,1%) que no grupo das mulheres desempregadas (89,3%) (Figura 15).

Após a padronização para a distribuição etária, não se observaram diferenças relevantes entre as estimativas brutas e padronizadas, quer no que respeita ao nível de escolaridade, quer no que respeita à situação perante o trabalho.

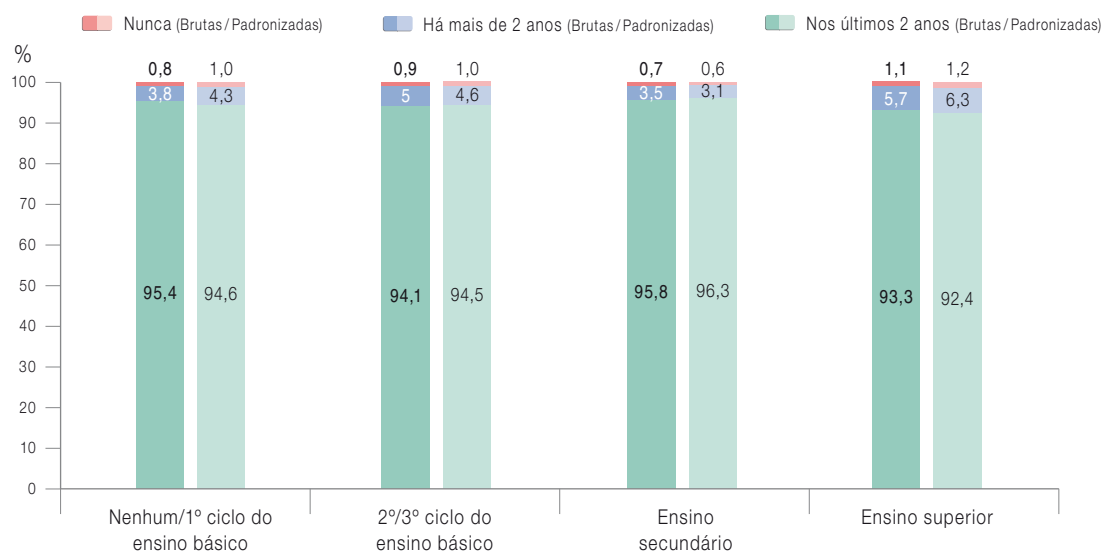


Figura 14 – Distribuição percentual de mulheres (bruta e padronizada para grupo etário) com idade entre os 50 e os 69 anos que declararam ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por nível de escolaridade.

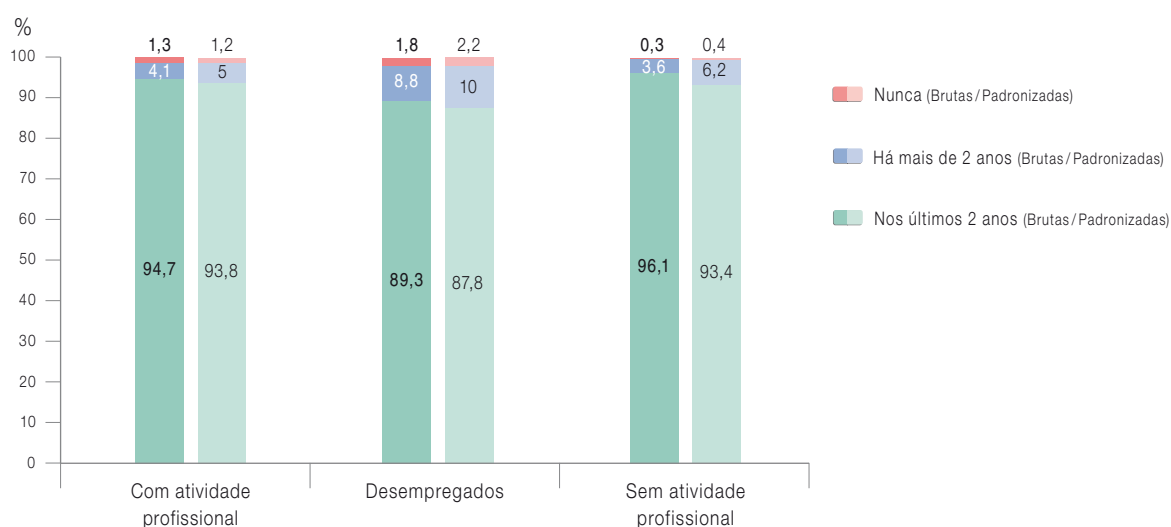


Figura 15 – Distribuição percentual de mulheres (bruta e padronizada para grupo etário) com idade entre os 50 e os 69 anos que declararam ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por situação perante o trabalho.

## Citologia cervico-vaginal

### *Enquadramento*

Estima-se que na Europa sejam diagnosticados por ano cerca de 34000 novos casos de cancro no colo do útero <sup>(40)</sup>, existindo atualmente recomendações internacionais para a implementação de rastreios, organizados em programas de base populacional <sup>(45)</sup>. Ainda que a periodicidade e o grupo-alvo variem, dados recentes apontam para um aumento da frequência de realização de citologia cervico-vaginal, exame recomendado para o rastreio da neoplasia colo do útero. Em 2013, nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) a cobertura foi de 61,6% e de 52% em Portugal <sup>(46)</sup>.

A evolução das taxas de sobrevivência e de mortalidade parecem indicar o impacto positivo do rastreio, entre outras medidas. Em Portugal, entre 1997-2002 e 2007-2012, observou-se um aumento na sobrevida a 5 anos por cancro do colo do útero. Entre 2000 e 2011, a taxa de mortalidade feminina por esta patologia sofreu um decréscimo de 4,2%, valor ligeiramente inferior à média da EU a 28 (5,2%) <sup>(45)</sup>.

Em Portugal a recomendação para o rastreio do cancro do colo do útero, define como grupo-alvo “todas as mulheres entre os 25 e os 64 anos” <sup>(44)</sup>. Contudo, nem nas normas nacionais, nem nas normas europeias se indica a periodicidade, pelo que esta varia de acordo com vários aspetos da organização dos programas de rastreio.

Calculou-se a percentagem de mulheres, entre os 25 e os 64 anos, que referiram, ter realizado uma citologia cervico-vaginal em três momentos

temporais: nos três anos anteriores à entrevista; entre 3 a 5 anos à data da entrevista; e há mais de 5 anos ou nunca.

### *Resultados*

Do total de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos, residentes em Portugal, em 2015, 86,3% realizou a citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista e 3,8% fê-lo entre 3 a 5 anos antes. Referiram nunca ter realizado o exame ou tê-lo feito há mais de 5 anos, 9,8% das mulheres (**Figura 16**).

Relativamente à realização do exame nos 3 anos anteriores à entrevista, a percentagem mais elevada foi observada nas mulheres entre os 35 e os 44 anos de idade (90,8%). Nos dois grupos etários mais velhos, verificou-se uma diminuição na percentagem de mulheres com uma citologia realizada nos 3 anos anteriores. Foram as mulheres no grupo etário mais velho (55-64 anos) que mais frequentemente reportaram nunca terem realizado o exame ou tê-lo feito há mais de 5 anos (17,4%) (**Figura 16**).

A realização da citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista foi mais frequente no grupo de mulheres com médico de família atribuído pelo SNS (87,3%), comparativamente a mulheres sem médico (79,9%). Também a não realização do exame ou a sua realização há mais de 5 anos foi superior nas mulheres sem médico de família (13,9%). Esta diferença não se alterou após padronização para o grupo etário (**Figura 17**).

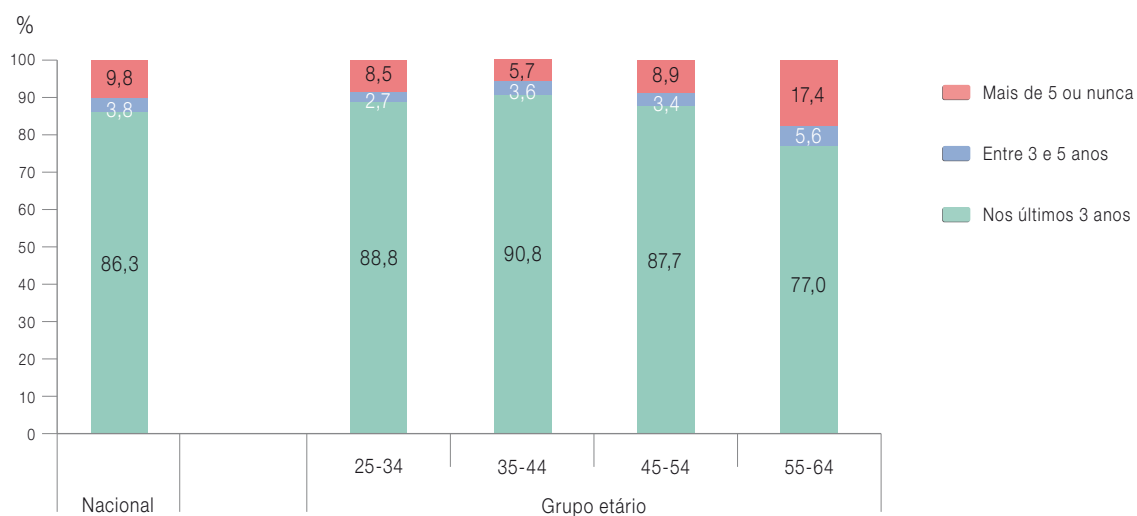


Figura 16 – Distribuição percentual de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos, há mais de 5 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por grupo etário.

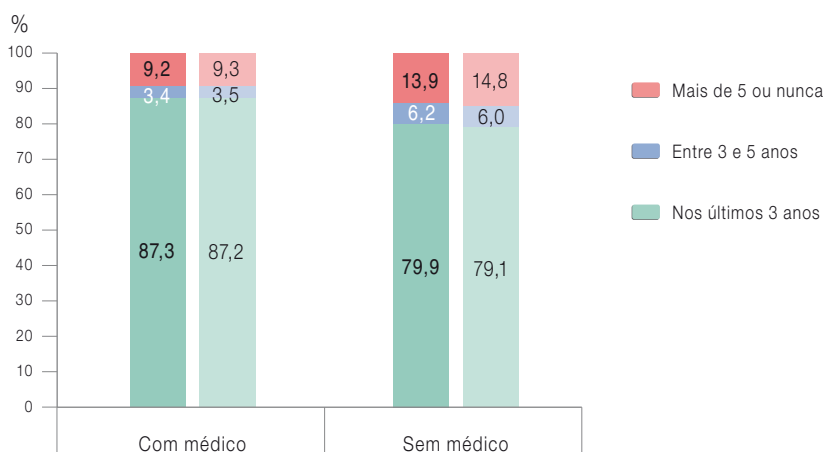


Figura 17 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos, que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos ou há mais de 5 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por atribuição de médico de família pelo SNS.

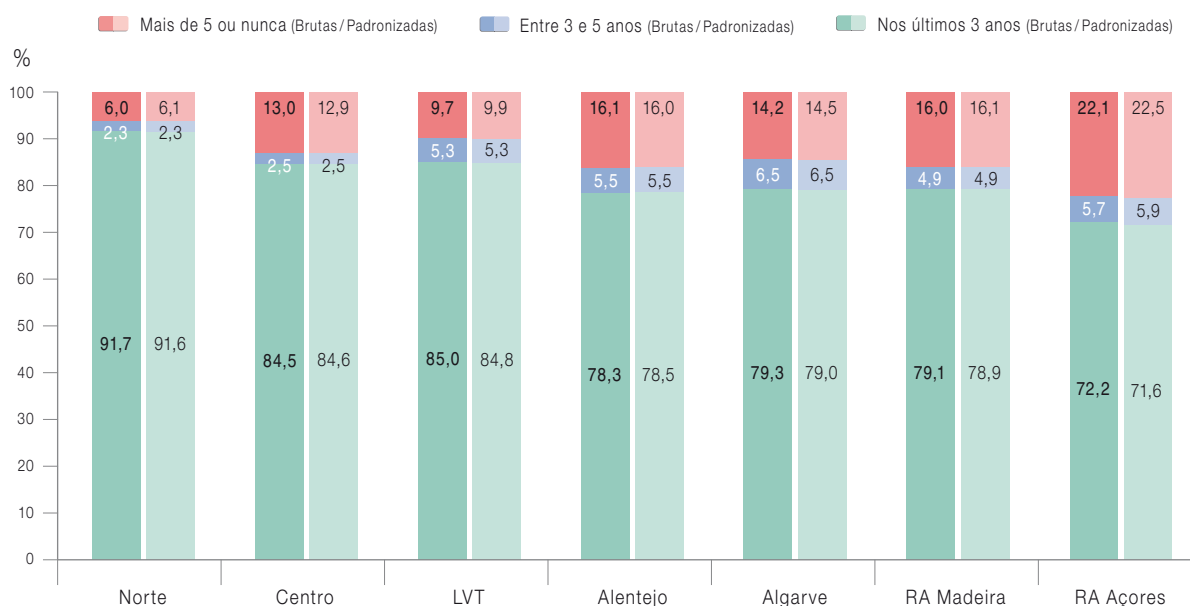
### Por região

A frequência mais elevada de citologia cervico-vaginal, de reporte da realização nos 3 anos anteriores à entrevista, foi observada na região Norte (91,7 %) e a menor na RAA (72,2%). A maior percentagem de mulheres que referiu nunca ter realizado este exame, ou que referiu tê-lo realizado há mais de 5 anos, foi obtida para

RAA (22,1%), região do Alentejo (16,1%) e RAM (16%) (Figura 18).

Após padronização para a distribuição etária, não se observaram alterações substanciais nas estimativas cuja variação máxima foi de 1% entre as estimativas brutas e as padronizadas.



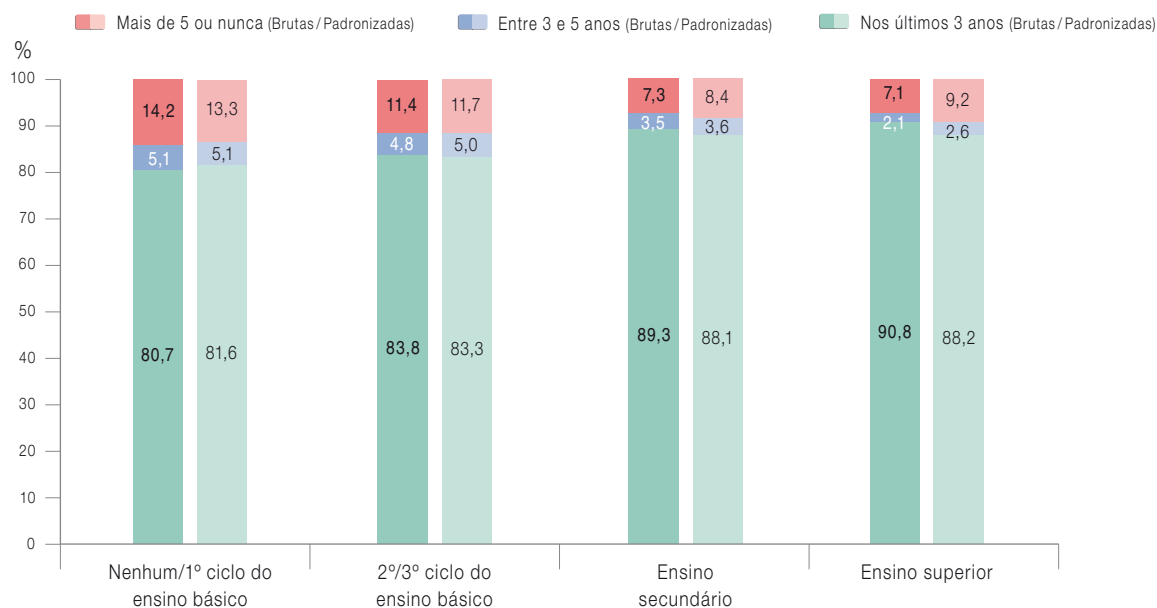


**Figura 18** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos, que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos, há mais de 5 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por região.

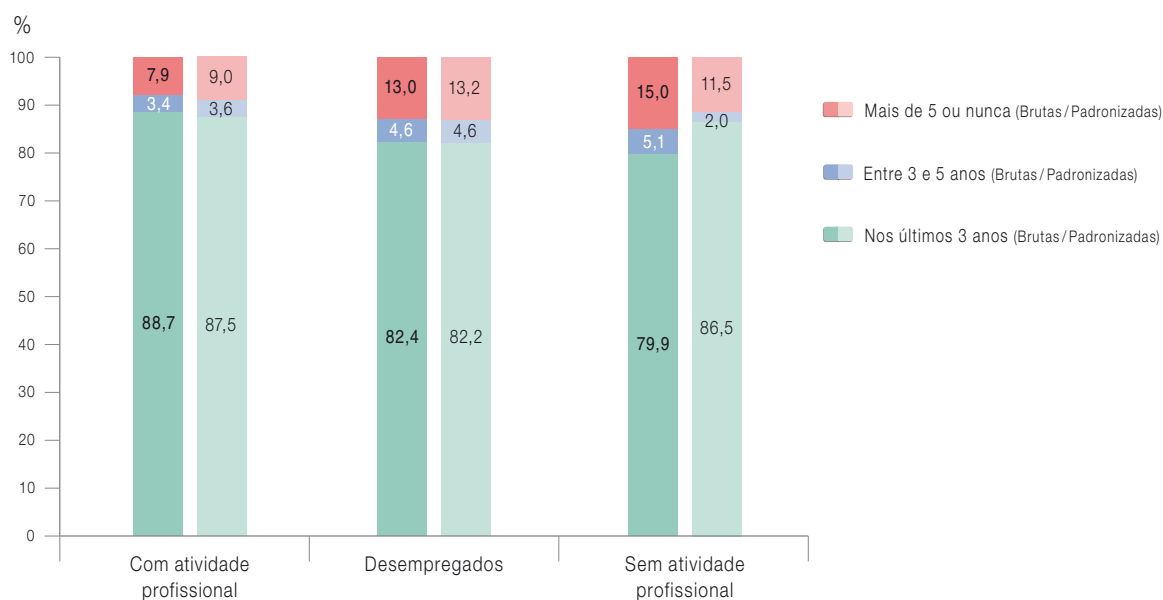
### *Por nível escolaridade e situação perante o trabalho*

A percentagem das mulheres, que declararam ter realizado a citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, aumentou nos níveis de escolaridade mais elevados. A realização do exame foi referida por 90,8% da população feminina com ensino superior e 80,7% na população menos escolarizada (sem escolaridade ou com o 1º ciclo básico). Após a padronização para a distribuição etária as diferenças esbatem-se, mantendo-se as percentagens mais elevadas, nos grupos mais escolarizados: ensino secundário (88,1%) e ensino superior (88,2%) (Figura 19).

Considerando os 3 anos anteriores à entrevista, a percentagem de mulheres que declarou ter realizado uma citologia cervico-vaginal variou entre 88,7%, na população com atividade profissional remunerada, seguida da população desempregada (82,4%) e sem atividade profissional remunerada (79,9%) (Figura 20). Padronizando estas estimativas para a distribuição etária, reduzem-se as diferenças observadas, nomeadamente no grupo das mulheres sem atividade profissional (de 79,9% para 86,5%) (Figura 20).



**Figura 19** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos, que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos, há mais de 5 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por nível de escolaridade.



**Figura 20** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos, que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos, há mais de 5 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por situação perante o trabalho.

## Pesquisa de sangue oculto nas fezes

### *Enquadramento*

Estima-se que na Europa sejam diagnosticados por ano cerca de 193000 novos casos de cancro do cólon e reto <sup>(40)</sup>.

Comparativamente às taxas de cobertura de rastreios do cancro da mama ou do colo do útero, o rastreio do cancro do cólon e reto, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, apresenta uma menor cobertura, tanto a nível europeu, como a nível nacional <sup>(46)</sup>. Em Portugal, a DGS recomenda que todos os “utentes assintomáticos com idades compreendidas entre 50 e os 74 anos” realizem “o rastreio do cancro colo-retal” através da pesquisa de sangue oculto nas fezes <sup>(47)</sup>.

Apresentam-se os resultados do autorreporte da população residente em Portugal entre os 50 e os 74 anos de idade, quanto ao último momento em que realizou a pesquisa de sangue oculto nas fezes: nos 2 anos anteriores à entrevista; há mais de dois anos ou nunca.

### *Resultados*

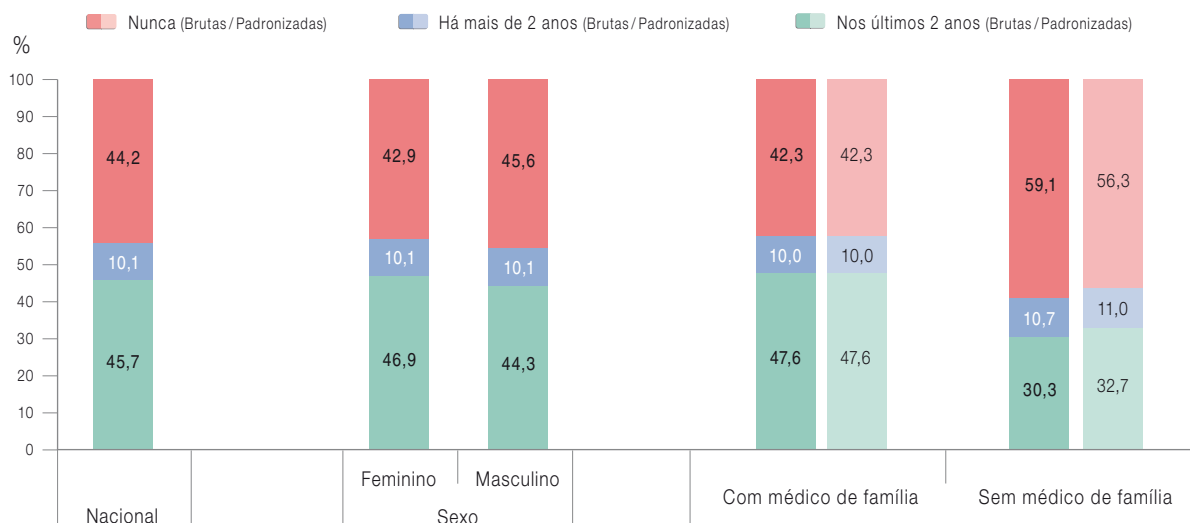
Na população com idade compreendida entre os 50 e os 74 anos, 45,7% declarou ter efetuado a pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista. Observou-se um valor aproximado (44,2%) para os indivíduos que declaram nunca ter realizado o exame.

Considerando os 3 momentos de tempo avaliados (2 anos anteriores à entrevista, há mais de dois anos ou nunca) não se verificaram diferenças substanciais no reporte de homens e mulheres quanto à realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes (Figura 21).

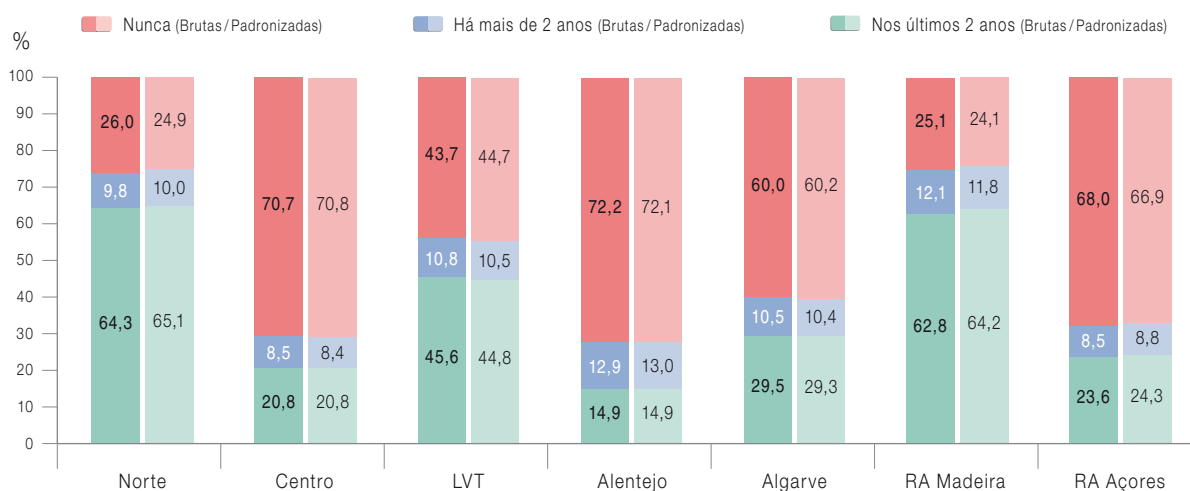
A pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista foi mais frequentemente declarada pela população com médico de família atribuído pelo SNS (47,6% vs. 30,3%). Também é mais elevada a percentagem de indivíduos que referiu nunca ter efetuado o exame no grupo sem médico família (59,1% vs. 42,3%). Após a padronização para o sexo e grupo etário, as diferenças observadas mantêm-se, ainda que se tenha verificado uma aproximação entre as estimativas padronizadas para estes dois grupos (Figura 21).

### *Por região*

As percentagens mais elevadas de indivíduos que referiram ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, foram observadas na região Norte (64,3%), na RAM (62,8%) e na região LVT (45,6%). Padronizando estas estimativas para o sexo e grupo etário, mantêm-se em termos gerais as diferenças observadas (Figura 22).



**Figura 21** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declarou ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por sexo e atribuição de médico de família pelo SNS.



**Figura 22** – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declarou ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por região.

### Por nível de escolaridade e situação perante o trabalho

A percentagem de pessoas que declarou ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, diminuiu à medida que aumentou o nível de escolaridade (48% até o 1º ciclo e 34,7% no ensino superior). Verificou-

se ainda, nos grupos mais escolarizados, uma percentagem mais elevada de indivíduos a referirem nunca ter efetuado o exame (51,4% para o ensino secundário e 53,1% para o ensino superior) (Figura 23).

O reporte da realização do exame nos 2 anos anteriores à entrevista foi superior junto dos desempregados (48%), seguindo-se os indivíduos sem atividade profissional (47,9%) e com atividade profissional remunerada (42,2%) (Figura 24).

Após padronização para o sexo e grupo etário, não se verificaram diferenças relevantes entre as estimativas brutas e padronizadas, quer no que se refere aos níveis de escolaridade, quer à situação perante o trabalho.

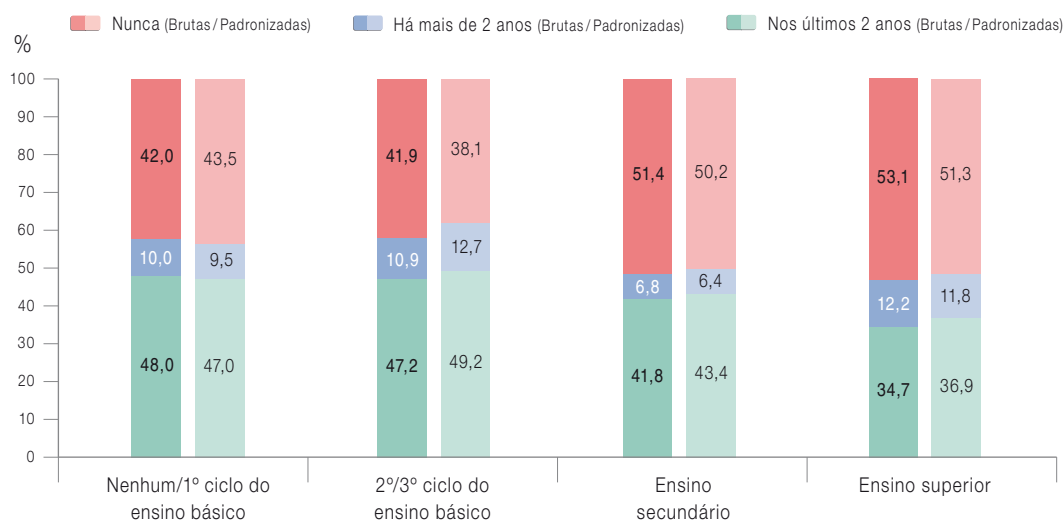


Figura 23 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declarou ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por nível de escolaridade.

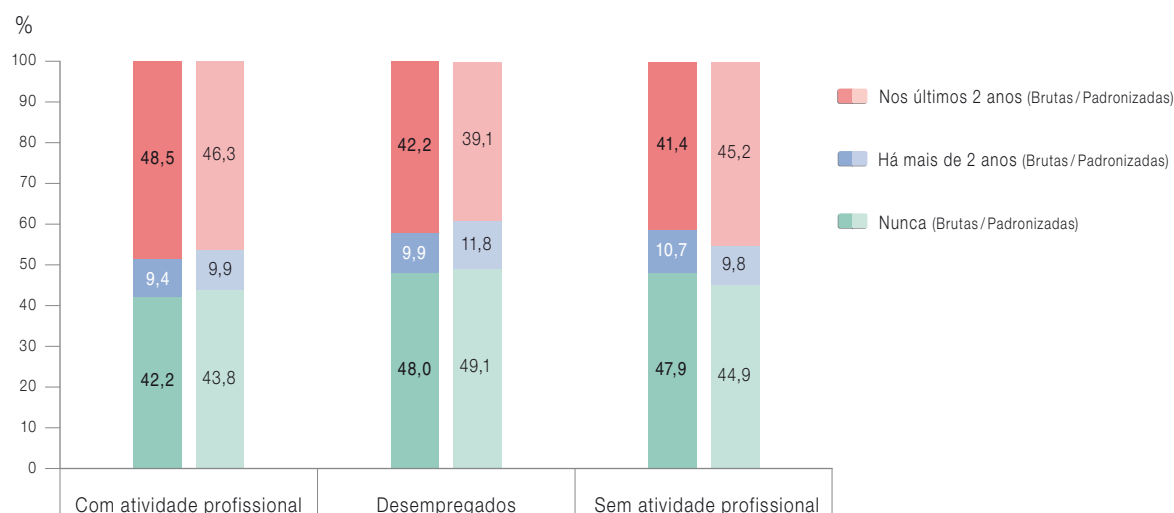


Figura 24 – Distribuição percentual (bruta e padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declarou ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por situação perante o trabalho.

## Comentários

Os resultados apresentados revelam diferenças a nível nacional na frequência de realização da mamografia, da citologia cervico-vaginal e da pesquisa de sangue oculto nas fezes.

A mamografia foi o exame mais frequente junto do grupo-alvo do rastreio do cancro da mama; quase toda a população feminina entre os 50 e os 69 anos (95,2%) referiu ter realizado o exame nos 2 anos anteriores à entrevista. Este valor é mais elevado do que a estimativa observada (85%) no 5º INS de 2014 <sup>(31)</sup>. Ainda assim, ambos os inquéritos revelam valores mais elevados do que as estimativas observadas pelo 4º INS de 2005/2006 (52,2%) <sup>(48)</sup>, o que sugere um aumento da cobertura da mamografia muito significativo.

A grande maioria (86,3%) da população feminina entre os 25 e os 64 anos (grupo-alvo do rastreio do cancro colo do útero) referiu ter realizado uma citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista. Este valor é mais elevado que os resultados do 5º INS, onde o valor estimado foi de 70,7% para as mulheres entre 20 e 69 anos <sup>(31)</sup>.

Dos três rastreios oncológicos, a pesquisa de sangue oculto nas fezes foi a menos frequente, com 44,2% da população portuguesa entre os 50 e os 74 anos a declarar nunca ter realizado a análise.

A diferença de frequência da mamografia ou da citologia com a pesquisa de sangue oculto nas fezes poderá ser explicada, em parte, pelos momentos de introdução, em Portugal, das respetivas recomendações para os rastreios. A mais recente foi a recomendação da realização de

rastreio do cancro do cólon e reto, através da pesquisa de sangue oculto nas fezes. Por outro lado, estes resultados poderão também estar relacionados com a utilização da colonoscopia, enquanto exame de “primeira linha nos utentes que apresentem sinais e/ou sintomas sugestivos de existência de patologia do cólon ou do reto ou de história familiar de neoplasia do cólon e reto” <sup>(49)</sup>.

As diferenças observadas no perfil sociodemográfico da população que referiu ter realizado cada um destes exames sugerem o impacto dos fatores socioeconómicos, sobretudo na realização da citologia cervico-vaginal e da pesquisa de sangue oculto nas fezes.

A citologia cervico-vaginal foi mais frequente nos grupos etários mais jovens e nos grupos mais escolarizados. Apesar da diminuição da diferença, após a padronização para a distribuição etária, a percentagem mais elevada de mulheres a declarar ter realizado o exame nos 3 anos anteriores à entrevista mantêm-se nos dois grupos populacionais mais escolarizados (ensino secundário e superior). Alguns dados europeus sugerem que a realização, quer da mamografia, quer da citologia cervico-vaginal a cada dois anos, é mais frequente entre as mulheres mais escolarizadas (com formação superior) <sup>(50)</sup>. De acordo com os resultados obtidos pelo INSEF, esta tendência verifica-se, em Portugal, apenas no caso da citologia cervico-vaginal.

No que se refere à pesquisa de sangue oculto nas fezes, as clivagens ocorrem ao nível de escolaridade. Há medida que aumenta a escolaridade.

dade diminui a percentagem da população do grupo-alvo de referência, que declarou ter realizado a análise nos 2 anos anteriores à entrevista. Estes resultados não vão ao encontro do que tem sido observado a nível europeu, onde se verificou que os valores mais elevados da realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes foram reportados na população mais escolarizada <sup>(50)</sup>. Esta diferença de padrão sugere a necessidade de uma investigação mais aprofundada para perceber melhor o motivo das diferenças observadas.

Ter médico de família atribuído pelo SNS parece também ter influência no momento de realização destes exames. Os diferentes exames foram realizados há mais tempo por uma percentagem mais elevada da população sem médico de família: a mamografia (há mais de 2 anos); a citologia cervico-vaginal (há mais de 3 anos) e a pesquisa de sangue oculto nas fezes (há mais de 5 anos ou nunca).

Os resultados apresentados não permitem avaliar a cobertura dos programas de rastreios, ainda que a mamografia, a citologia cervical e a pesquisa de sangue oculto nas fezes sejam também utilizados no âmbito dos rastreios oncológicos em Portugal. De forma geral, os resultados do INSEF são indicativos de possíveis diferenças no acesso a estes exames de acordo com idade, níveis de escolaridade e ter-se atribuído ou não médico de família pelo SNS.





## Considerações finais

O INSEF é o primeiro inquérito de saúde que produziu indicadores de saúde representativos da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das suas 7 regiões, utilizando a metodologia estabelecida pelo EHES.

O processo do INSEF envolveu 7 instituições regionais de saúde em Portugal e 2 Institutos Públicos de Saúde, o INSA e o INSP. A rede assim criada e o trabalho desenvolvido, com uma taxa de participação semelhante à de outros inquéritos de saúde com exame físico na Europa, demonstram a capacidade nacional para organizar e implementar este tipo de instrumento de observação, previstos no sistema estatístico europeu.

Os resultados do INSEF sugerem alterações e mudanças comportamentais da população portuguesa na área dos cuidados de saúde preventivos e para os indicadores considerados, através da adoção mais frequente de comportamentos preventivos. Por outro lado, a utilização dos cuidados preventivos varia de acordo com a área geográfica, a idade, a escolaridade, a situação perante o trabalho e a atribuição ou não de médico de família pelo SNS. Estas diferenças, que são mais relevantes em alguns dos indicadores avaliados que outros, revelam o impacto dos fatores socioeconómicos.

No caso das análises clínicas e da mamografia os resultados indicam que este tipo de exames será de fácil acesso à maioria da população

(para os grupos de referência avaliados), e a sua realização estará menos associada a fatores sociais, como a escolaridade ou a situação perante o trabalho.

As diferenças observadas no perfil sociodemográfico da população são mais significativas na utilização das consultas de saúde oral, na realização da citologia cervico-vaginal ou da pesquisa de sangue oculto nas fezes e sugerem desigualdades no acesso aos cuidados de saúde preventivos em alguns subgrupos populacionais.

No caso da saúde oral e apesar do aumento da frequência com que a população portuguesa realizou uma consulta por vigilância ou rotina, cerca de metade da população (43,8%) continua a fazê-lo na presença de sintomas de doença oral. Além disso, este comportamento é mais comum junto dos grupos etários mais velhos, da população menos escolarizada e em situação de desemprego.

Considerando as populações para os grupos de referência estabelecidos, a citologia cervico-vaginal foi realizada mais recentemente nos grupos etários mais jovens e mais escolarizados enquanto que para a pesquisa de sangue oculto tal se verificou nos grupos menos escolarizados.

Um dos fatores que surge de forma transversal nos diversos indicadores analisados é a atribuição ou não de um médico de família pelo SNS.

Em todos os exames e análise considerados ter médico de família resulta na sua realização há menos tempo.

Os resultados sugerem uma mudança social na população portuguesa em relação aos cuidados de saúde preventivos, pela tendência crescente da percentagem da população que referiu ter realizado estes exames e análises, comparativamente a dados de anteriores Inquéritos Nacionais de Saúde <sup>(31)</sup>.

As diferenças na utilização dos cuidados de saúde preventivos por subgrupos populacionais foram mais evidentes em alguns dos cuidados de saúde preventivos analisados. No caso da saúde oral e da citologia cervico-vaginal, as intervenções e as medidas relevantes de promoção da saúde e prevenção da doença deverão considerar a população mais idosa. Já os níveis de escolaridade mais baixos surgem associados à menor frequência da utilização dos vários cuidados preventivos aqui analisados. Os resultados evidenciam ainda a importância dos médicos de família do SNS e a utilização das linhas de orientação clínica para a prevenção de doenças específicas através dos rastreios e análises consideradas.

Os próximos passos no Projeto Pré-Definido do Programa Iniciativas em Saúde Pública das EEA Grants em Portugal têm como finalidade promover a investigação epidemiológica no país, concretizada em iniciativas a promover pelo INSA, em colaboração com as regiões e outros parceiros nacionais e internacionais, designadamente equipas e peritos em cada área de análise, o INSP e a rede EHES. Pretende-se também pro-

mover a discussão entre os decisores, os profissionais de saúde, os investigadores e a população em geral, contribuindo para a tradução dos resultados obtidos à prática em Saúde Pública.

## Referências

1. Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de ação comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008). JO. 9.10.2002: L 271/1-11. <http://eur-lex.europa.eu/eli/dec/2002/1786/oj>
2. Nosikov A, Gudex C (eds). EUROHIS: developing common instruments for health surveys. Amsterdam, Netherlands: IOS Press, 2003. [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf)
3. Feasibility of a European Health Examination Survey (FEHES) Project. Finnish National Public Health Institute, 2008. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.ktl.fi/fehes/>
4. World Health Organization. Health Interview Surveys: towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Publications, 1996. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/111149/E72841.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf)
5. Matias Dias C, Graça MJ. O Inquérito Nacional de Saúde: história, métodos e alguns resultados. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2000.
6. Matias Dias C. 25 anos de Inquérito Nacional de Saúde em Portugal. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2009;Número Especial 25 anos da RPSP:51-60.
7. Tolonen H, Koponen P, Mindell J, et al. European Health Examination Survey towards a sustainable monitoring system. Eur J Public Health. 2014;24(2):338-44.
8. Kuulasmaa K, Tolonen H, Koponen P, et al. An overview of the European Health Examination Survey Pilot Joint Action. Arch Public Health. 2012;70(1):20.
9. Tolonen H, Koponen P, Aromaa A, et al. Recommendations for organizing a standardized European Health Examination Survey. Helsinki, Finland: National Institute of Public Health; 2008.
10. European Health Examination Survey (EHES) Project. National Institute for Health and Welfare of Finland; 2011. [Acedido em 10/05/2016]. <http://www.ehes.info/>
11. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito de Saúde com Exame Físico - Relatório do estudo realizado em São Brás de Alportel. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2012.
12. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Protocolo Científico do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2014.
13. Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Proposal for a Pre-defined project within the framework of the Norwegian Financial Mechanism - Improvement of epidemiological health information to support public health decision and management in Portugal. Towards reduced inequalities, improved health and bilateral cooperation. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2012.
14. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015. [Acedido em 18/01/2017]. <http://pns.dgs.pt/>
15. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.sns.gov.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias/>
16. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Diabetes. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes.s.aspx>
17. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA. [Acedido em 18/01/2017]. <http://sida.dgs.pt/>
18. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>
19. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>

20. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para a Saúde Mental. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.saudental.pt/>
21. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>
22. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. [Acedido em 18/01/2017]. <http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-cerebro-cardiovasculares.aspx>
23. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): relatório metodológico. Lisboa: INSA IP, 2016. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3832>
24. Roksund, G. Cuidados Preventivos. *Rev Port Clin Geral* 2011;27:466-8.
25. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG, et al. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012; 345:7191.
26. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Jovens que Frequentam Escolas Públicas e IPSS: Normalização de Procedimentos. Circular Normativa N°:15/DCVAE/DSPPS, atualizada a 27/05/2009. [Acedido em 18/01/2017]. <https://www.ond.pt/chequedentista/legislacao/dgscircularinformativa152009.pdf>
27. Petersen PE. World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. *Int Dent J.* 2008; 58(3):115-21.
28. Petersen PE. Oral Health. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 4. San Diego: Academic Press; 2008, 677-85.
29. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, et al. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos: relatório de apresentação de resultados. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde, 2015. [Acedido em 22/05/2016]. <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/>
30. Eurostat. European Union Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC). [Acedido em 19/05/2016]. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
31. Instituto Nacional de Estatística. Destaque: Inquérito Nacional de Saúde 2014. Instituto Nacional de Estatística; 2015. [Acedido em 18/01/2017]. [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=224733757&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224733757&DESTAQUEStema=55538&DESTAQUESmodo=2)
32. Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes – the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 481–487.
33. Martins C, Azevedo LF, Ribeiro O, et al. A population-based nationwide cross-sectional study on preventive health services utilization in Portugal-what services (and frequencies) are deemed necessary by patients? *PLoS One.* 2013; 8(11):e81256.
34. Direção-Geral da Saúde. Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Deslipidemias. Norma 066/2011, atualizada a 26/02/2015. [Acedido em 19/05/2016]. <https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
35. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. Norma 002/2011 de 14/01/2011. [Acedido em 18/01/2017]. <https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
36. Report of the U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: an assessment of the effectiveness of 169 interventions. Maryland, USA: Williams & Wilkins (ed); 1989.
37. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J.* 1979;121(9):1193-254.
38. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice. East Melbourne, Australia: Royal Australian College of General Practitioners; 2012.

39. Direção-Geral da Saúde. Microsite do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. [Acedido em 18/01/2017].  
<http://www.dgs.pt/programas-de-saude-prioritarios/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas.aspx>
40. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Cancer Fact Sheets. 2012 [Acedido em 18/01/2017].  
[http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\\_sheets\\_cancer.aspx](http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx)
41. Comissão Europeia. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis (2010). Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
42. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Screening, survival and mortality for breast cancer, in Health at a Glance: Europe 2012. [Acedido em 18/01/2017].  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-47-en>
43. Direção-Geral da Saúde. Abordagem Imagiológica da Mama Feminina. Norma nº 051/2011 de 27 de Dezembro de 2011. [Acedido em 18/01/2017].  
<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
44. Direção-Geral da Saúde. Diagnóstico e Estadiamento do Cancro Invasivo do Colo do Útero. Norma nº 018/2012 de 21 de Dezembro de 2012. [Acedido em 18/01/2017].  
<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
45. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional de Portugal Continental. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
46. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. [Acedido em 18/01/2017].  
<http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
47. Direção-Geral da Saúde. Rastreio Oportunístico do Cancro do Cólon e Reto. Norma nº 003/2014, atualizada a 6 de Novembro de 2014. [Acedido em 19/05/2016].  
<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
48. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2009. ISBN 978-972-63-845-8.
49. Direção-Geral da Saúde. Prescrição de Colonoscopia. Norma nº 004/2014, atualizada a 6 de Novembro de 2014. [Acedido em 19/05/2016].  
<https://www.dgs.pt/normas-clinicas/normas-clinicas.aspx>
50. Eurostat (2015), Healthcare activities statistics – preventive services. [Acedido em 19/05/2016].  
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_activities\\_statistics\\_-\\_preventive\\_services/](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_activities_statistics_-_preventive_services/)



# Anexos

## Anexo 1: Nota metodológica

### Saúde oral

**Distribuição percentual dos indivíduos que consultaram o dentista:**

- **Há menos de 12 meses**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Há menos de 12 meses" à questão P9.1
- **Há mais de 12 meses**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Há mais de 12 meses" à questão P9.1
- **Nunca**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Nunca" à questão P9.1

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão P9.1

**Distribuição percentual dos indivíduos que visitaram o dentista pela última vez por motivos de:**

- **Checkup/vigilância**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "check-up/vigilância" à questão P9.2
- **Tratamento de rotina**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Tratamento de rotina" à questão P9.2
- **Tratamento de emergência**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Tratamento de emergência" à questão P9.2

Denominador: Número de indivíduos que responderam à questão P9.2

### Análises clínicas

**Distribuição percentual de indivíduos que realizaram análises clínicas (glicémia, colesterolémia e triglicéridémia):**

- **Há menos de 12 meses**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Há menos de 3 meses", "Entre 3 a 5 meses" ou "Entre 6 e 11 meses" às questões P18.1.1, P18.1.2 e P18.1.3
- **Há mais de 12 meses**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Há 12 meses ou mais" às questões P18.1.1, P18.1.2 e P18.1.3
- **Nunca**  
Numerador: Número de indivíduos que responderam "Nunca fez" às questões P18.1.1, P18.1.2 e P18.1.3

Denominador: Número de indivíduos que responderam às questões P18.1.1, P18.1.2 e P18.1.3

### Prevenção secundária da doença oncológica

**Distribuição percentual dos indivíduos do sexo feminino com idade entre 50 e 69 anos que realizaram mamografia:**

- **Nos últimos 2 anos**  
Numerador: Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 50 e 69 anos que responderam "Há menos de 3 meses", "Entre 3 a 5 meses", "Entre 6 e 11 meses" ou ("Há mais de 12 meses" e 1 ou 2 anos) à questão P18.3.1
- **Há mais de 2 anos**  
Numerador: Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 50 e 69 anos que responderam ("Há 12 meses ou mais" e 3 anos ou mais) à questão P18.3.1
- **Nunca**  
Numerador: Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 50 e 69 anos que responderam "Nunca fez" à questão P18.3.1

Denominador: Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 50 e 69 anos que responderam à questão P18.3.1

***Distribuição percentual dos indivíduos do sexo feminino com idade entre 25 e 64 anos que realizaram citologia cervico-vaginal:***

■ ***Nos últimos 3 anos***

**Numerador:** Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 25 e 64 anos que responderam "Há menos de 3 meses", "Entre 3 a 5 meses", "Entre 6 e 11 meses" ou ("Há mais de 12 meses" e 1, 2 ou 3 anos) à questão P18.3.2

■ ***Entre 3 e 5 anos***

**Numerador:** Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 25 e 64 anos que responderam ("Há 12 meses ou mais" e 4 ou 5 anos) à questão P18.3.2

■ ***Há mais de 5 anos ou Nunca***

**Numerador:** Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 25 e 64 anos que responderam ("Há mais de 12 meses" e 6 anos ou mais) ou "Nunca fez" à questão P18.3.2

**Denominador:** Número de indivíduos do sexo feminino com idade entre 25 e 64 anos que responderam à questão P18.3.2

***Distribuição percentual dos indivíduos com idade entre 50 e 74 anos que realizaram pesquisa de sangue oculto nas fezes:***

■ ***Nos últimos 2 anos***

**Numerador:** Número de indivíduos com idade entre 50 e 74 anos que responderam "Há menos de 3 meses", "Entre 3 a 5 meses", "Entre 6 e 11 meses" ou ("Há mais de 12 meses" e 1 ou 2 anos) à questão P18.1.4

■ ***Há mais de 2 anos***

**Numerador:** Número de indivíduos com idade entre 50 e 74 anos que responderam ("Há 12 meses ou mais" e 3 ou mais anos) à questão P18.1.4

■ ***Nunca***

**Numerador:** Número de indivíduos com idade entre 50 e 74 anos que responderam "Nunca fez" à questão P18.1.4

**Denominador:** Número de indivíduos com idade entre 50 e 74 anos que responderam à questão P18.1.4



## Anexo 2: Tabelas de resultados

### Saúde oral

Tabela 1 – Distribuição percentual de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	Há menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Portugal (n=4893)</b>	<b>51,3</b> [48,3 ;54,3]	<b>46,8</b> [43,8; 49,9]	<b>1,9</b> [1,5; 2,4]
<b>Sexo (n=4893)</b>			
Masculino (n=2256)	46,7 [43,4;50,1]	50,5 [47,1;54,0]	2,8 [2,0;3,7]
Feminino (n=2637)	55,5 [51,6;59,3]	43,5 [40,0;47,0]	1,1 [0,6;2,0]
Valor-p		0,0005	
<b>Grupo etário (n=4893)</b>			
25-34 (n=712)	54,3 [48,8;59,8]	43,1 [36,8;49,5]	2,6 [1,3;5,0]
35-44 (n=1133)	56,9 [53,1;60,7]	41,7 [37,6;45,9]	1,4 [0,6;3,2]
45-54 (n=1189)	52,1 [46,6;57,5]	46,5 [40,8;52,4]	1,4 [0,7;2,7]
55-64 (n=1092)	46,9 [43,0;50,8]	50,8 [46,5;55,1]	2,3 [1,4;3,8]
65-74 (n=767)	43,8 [38,3;49,6]	54,3 [49,3;59,2]	1,9 [1,0;3,5]
Valor-p		0,0187	
<b>Região (n=4893)</b>			
Norte (n=774)	55,4 [49,1;61,6]	42,8 [36,5;49,4]	1,7 [1,1;2,6]
Centro (n=706)	43,9 [40,6;47,2]	54,6 [52,0;57,2]	1,5 [0,6;4,0]
LVT (n=645)	53,3 [46,8;59,7]	44,5 [38,0;51,1]	2,2 [1,5;3,1]
Alentejo (n=689)	40,3 [33,3;47,8]	58,0 [51,3;64,3]	1,7 [0,8;3,5]
Algarve (n=643)	45,5 [40,0;51,1]	52,1 [46,7;57,5]	2,4 [1,1;5,0]
RA Madeira (n=695)	43,2 [39,1;47,3]	55,2 [50,9;59,5]	1,6 [0,7;3,7]
RA Açores (n=741)	50,6 [45,0;56,1]	47,6 [43,2;52,1]	1,8 [0,8;4,3]
<b>Nível de escolaridade (n=4890)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1503)	37,9 [32,1;44,2]	58,3 [52,6;63,9]	3,7 [2,5;5,4]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1592)	48,7 [45,2;52,2]	49,0 [45,4;52,6]	2,3 [1,5;3,5]
Ensino secundário (n=957)	59,3 [56,2;62,3]	40,2 [37,0;43,4]	0,6 [0,2;2,2]
Ensino superior (n=838)	65,7 [60,8;70,2]	34,3 [29,8;39,2]	- -
<b>Situação perante o trabalho (n=4890)</b>			
Com atividade profissional (n=2969)	55,0 [51,5;58,5]	43,5 [40,2;46,8]	1,5 [0,9;2,4]
Desempregados (n=547)	43,6 [36,7;50,8]	53,1 [45,4;60,7]	3,2 [2,0;5,2]
Sem atividade profissional (n=1374)	46,0 [41,9;50,3]	51,7 [47,6;55,8]	2,2 [1,5;3,3]

## Saúde oral

**Tabela 2** – Distribuição percentual (padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter realizado pelo menos uma consulta com um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	Há menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Região (n=4893)</b>			
Norte (n=774)	55,3 [49,3;61,3]	42,9 [36,9;49,2]	1,7 [1,1;2,6]
Centro (n=706)	44,3 [40,9;47,7]	54,2 [51,6;56,9]	1,5 [0,6;3,7]
LVT (n=645)	53,5 [47,0;59,8]	44,4 [37,9;51,0]	2,2 [1,5;3,2]
Alentejo (n=689)	41,1 [34,6;47,9]	57,2 [51,3;63,0]	1,7 [0,8;3,4]
Algarve (n=643)	45,4 [40,0;51,0]	52,2 [47,0;57,3]	2,4 [1,1;5,0]
RA Madeira (n=695)	42,7 [38,5;46,9]	55,8 [51,3;60,1]	1,6 [0,6;3,9]
RA Açores (n=741)	49,3 [44,0;54,6]	48,8 [44,6;53,0]	1,9 [0,8;4,4]
Valor-p		0,0132	
<b>Nível de escolaridade (n=4890)</b>			
Nenhum/1 ciclo do ensino básico (n=1503)	38,3 [27,8;50,0]	55,3 [41,5;68,2]	6,4 [3,1;12,8]
2 ou 3 ciclo do ensino básico (n=1592)	48,7 [44,8;52,6]	48,9 [45,6;52,2]	2,5 [1,5;4,1]
Ensino secundário (n=957)	61 [56,7;65,1]	38,6 [34,3;43,1]	0,4 [0,1;1,4]
Ensino superior (n=838)	65,9 [59,9;71,4]	34,1 [28,6;40,1]	- -
Valor-p		<0,0001	
<b>Situação perante o trabalho (n=4890)</b>			
Com atividade profissional (n=2969)	52,7 [49,3;56,1]	45,7 [42,7;48,8]	1,6 [0,9;2,7]
Desempregado (n=547)	43 [37,0;49,3]	53,7 [47,1;60,2]	3,3 [2,2;4,8]
Sem atividade profissional (n=1374)	42,1 [30,5;54,6]	49,1 [43,1;55,1]	8,8 [1,8;33,3]
Valor-p		0,0006	

## Saúde oral

**Tabela 3** – Distribuição percentual de indivíduos que declararam ter consultado um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, segundo o motivo da última consulta, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	Checkup	Tratamento de rotina	Tratamento de emergência
<b>Portugal (n=4764)</b>	17,5 [15,20,2]	43,1 [38,9;47,4]	39,4 [35,5;43,5]
<b>Sexo (n=4764)</b>			
Feminino (n=2590)	18,8 [16,1;21,8]	42,9 [37,7;48,3]	38,3 [33,7;43,1]
Masculino (n=2174)	16 [12,6;20,0]	43,3 [39,2;47,5]	40,8 [36,1;45,6]
Valor-p		0,1270	
<b>Grupo etário (n=4764)</b>			
25-34 (n=693)	24,7 [21,5;28,2]	44,7 [38,7;50,9]	30,6 [25,2;36,7]
35-44 (n=1117)	22,1 [17,9;27,0]	44,4 [39,8;49,1]	33,5 [28,7;38,7]
45-54 (n=1153)	16,3 [13,0;20,2]	41,9 [36,6;47,4]	41,8 [37,1;46,7]
55-64 (n=1053)	12,7 [9,1;17,4]	45,7 [40,3;51,2]	41,7 [36,0;47,5]
65-74 (n=748)	9,8 [8,1;12,0]	37,7 [32,9;42,8]	52,4 [48,1;56,8]
Valor-p		<0,0001	
<b>Região (n=4764)</b>			
Norte (n=754)	17,7 [15,0;20,9]	40,4 [34,9;46,2]	41,9 [35,7;48,2]
Centro (n=692)	9,3 [7,6;11,4]	46,1 [29,6;63,4]	44,6 [29,6;60,6]
LVT (n=625)	23,6 [17,7;30,8]	40,5 [34,2;47,1]	35,9 [30,3;41,9]
Alentejo (n=664)	8,3 [5,5;12,3]	48,8 [41,4;56,3]	42,9 [37,7;48,2]
Algarve (n=627)	13,2 [9,8;17,6]	58,8 [52,9;64,5]	28 [21,5;35,5]
RA Madeira (n=681)	9,9 [6,5;14,8]	56,2 [53,5;59,0]	33,9 [30,2;37,8]
RA Acores (n=721)	13,3 [10,5;16,8]	46,8 [42,8;50,7]	39,9 [33,4;46,8]
<b>Nível de escolaridade (n=4762)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1426)	8,7 [6,1;12,2]	37,9 [33,4;42,7]	53,4 [48,3;58,5]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1548)	14,8 [12,4;17,6]	42,9 [38,0;48,0]	42,3 [37,4;47,5]
Ensino secundário (n=951)	22,9 [18,6;27,7]	45,6 [40,1;51,2]	31,5 [26,7;36,8]
Ensino superior (n=837)	27,7 [22,0;34,1]	47,6 [41,1;54,2]	24,8 [21,1;28,9]
<b>Situação perante o trabalho (n=4761)</b>			
Com atividade profissional (n=2915)	20,6 [17,7;23,8]	45,6 [41,0;50,2]	33,8 [29,8;38,1]
Desempregado (n=518)	13,6 [10,0;18,2]	37,8 [32,4;43,6]	48,6 [41,8;55,4]
Sem atividade profissional (n=1328)	11,7 [9,4;14,5]	39,4 [34,7;44,3]	48,8 [44,1;53,6]

## Saúde oral

**Tabela 4** – Distribuição da percentagem (padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos que declararam ter consultado um estomatologista, dentista, higienista oral ou outro técnico de saúde dentária, segundo o motivo da última consulta, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por região, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

	Checkup	Tratamento de rotina	Tratamento de emergência
<b>Região (n=4764)</b>			
Norte (n=754)	17,5 [15,2;20,1]	40,4 [34,7;46,3]	42,1 [35,9;48,6]
Centro (n=692)	9,4 [7,5;11,8]	46,4 [30,2;63,4]	44,1 [29,5;59,9]
LVT (n=625)	23,7 [17,6;31,2]	40,6 [34,5;47,0]	35,7 [30,4;41,4]
Alentejo (n=664)	8,4 [5,5;12,7]	49 [41,5;56,5]	42,6 [37,6;47,7]
Algarve (n=627)	13,1 [10,2;16,7]	58,9 [52,4;65,0]	28 [21,3;35,8]
RA Madeira (n=681)	9,4 [6,2;14,1]	55,8 [52,7;58,9]	34,8 [31,6;38,1]
RA Acores (n=721)	13 [10,2;16,4]	46,2 [43,0;49,5]	40,8 [34,7;47,1]
Valor-p		0,0209	
<b>Nível de escolaridade (n=4762)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1426)	8,7 [5,3;14,1]	41,1 [31,3;51,5]	50,2 [42,0;58,4]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1548)	14,8 [13,0;16,7]	43,9 [39,1;48,8]	41,3 [36,7;46,1]
Ensino secundário (n=951)	21,5 [16,4;27,6]	47,1 [41,4;52,8]	31,4 [26,1;37,3]
Ensino superior (n=837)	24,2 [18,9;30,5]	47,9 [40,9;54,9]	27,9 [24,2;31,9]
Valor-p		<0,0001	
<b>Situação perante o trabalho (n=4761)</b>			
Com atividade profissional (n=2915)	18,2 [15,7;20,9]	46,4 [41,6;51,3]	35,4 [31,6;39,5]
Desempregado (n=518)	13,6 [9,6;19,0]	39,3 [32,9;46,1]	47,1 [39,3;55,0]
Sem atividade profissional (n=1328)	12,8 [6,2;24,7]	41,3 [33,5;49,5]	45,9 [32,9;59,5]
Valor-p		<0,0001	

## Análises clínicas

**Tabela 5** – Distribuição percentual dos indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolemia ou triglicéridemia), nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, grupo etário, região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Há menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Portugal (n=4763)</b>	69,7 [66,9; 72,3]	30,0 [27,3; 32,8]	0,3 [0,1;0,8]
<b>Sexo (n=4763)</b>			
Feminino (n=2577)	72,7 [68,7;76,4]	27,1 [23,5;31,1]	0,2 [0,1;0,7]
Masculino (n=2186)	66,3 [63,8;68,7]	33,3 [30,8;35,8]	0,5 [0,2;1,2]
Valor-p		0,0010	
<b>Grupo etário (n=4763)</b>			
25-34 (n=683)	56,9 [52,2;61,5]	42,6 [38,0;47,3]	0,5 [0,2;1,4]
35-44 (n=1092)	60,6 [56,0;65,1]	38,8 [34,2;43,7]	0,5 [0,1;3,4]
45-54 (n=1155)	70,9 [67,6;74,1]	28,7 [25,6;32,0]	0,4 [0,1;1,4]
55-64 (n=1079)	78,4 [73,7;82,6]	21,5 [17,4;26,3]	0,03 [0,0;0,3]
65-74 (n=754)	84,2 [79,7;87,8]	15,7 [12,1;20,2]	0,1 [0,1;0,1]
Valor-p		<0,0001	
<b>Região (n=4763)</b>			
Norte (n=760)	68,5 [63,8;72,8]	31,3 [27,0;36,0]	0,2 [0,0;1,5]
Centro (n=702)	73,2 [67,5;78,2]	26,8 [21,8;32,5]	-
LVT (n=617)	71,1 [64,7;76,7]	28,5 [22,9;34,9]	0,4 [0,1;2,2]
Alentejo (n=674)	64,7 [60,5;68,6]	34 [30,3;37,8]	1,3 [0,9;2,0]
Algarve (n=633)	64,2 [58,8;69,2]	35,4 [31,1;40,0]	0,4 [0,1;2,9]
RA Madeira (n=667)	70,0 [66,1;73,5]	29,7 [26,2;33,4]	0,4 [0,1;1,5]
RA Açores (n=710)	62,2 [57,4;66,7]	37,4 [33,1;41,9]	0,4 [0,1;1,3]
<b>Nível de escolaridade (n=4759)</b>			
Nenhum/1 ciclo do ensino básico (n=1466)	78,1 [73,8;81,9]	21,6 [17,9;26,0]	0,3 [0,1;0,8]
2 ou 3 ciclo do ensino básico (n=1539)	65,0 [62,2;67,8]	34,5 [31,7;37,4]	0,5 [0,1;1,7]
Ensino secundário (n=930)	67,7 [63,0;72,1]	31,9 [27,6;36,5]	0,4 [0,1;1,7]
Ensino superior (n=824)	67,4 [62,1;72,2]	32,6 [27,8;37,8]	0,05 [0,0;0,4]
<b>Situação perante o trabalho (n=4761)</b>			
Com atividade profissional (n=2888)	66,9 [64,3;69,4]	32,7 [30,2;35,3]	0,4 [0,2;0,9]
Desempregados (n=525)	58,5 [52,6;64,1]	40,9 [35,5;46,6]	0,6 [0,1;3,1]
Sem atividade profissional (n=1348)	80,6 [77,1;83,7]	19,4 [16,3;22,9]	0,1 [0,0;0,1]
<b>Médico de família (n=4751)</b>			
Sem médico (n=898)	58,7 [53,3;63,9]	40,3 [34,8;46,1]	1,0 [0,2;5,2]
Com médico (n=3853)	71,3 [68,5;74,0]	28,5 [25,8;31,3]	0,2 [0,1;0,6]

## Análises clínicas

**Tabela 6** – Distribuição percentual (padronizada para sexo e grupo etário) dos indivíduos que declararam ter realizado análises clínicas (glicémia, colesterolémia ou triglicéridémia), nos 12 meses anteriores à entrevista, há 12 meses ou mais ou que nunca realizaram, na população residente em Portugal com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Há menos de 12 meses	Há 12 meses ou mais	Nunca
<b>Região (n=4763)</b>			
Norte (n=760)	68,3 [63,2;73,1]	31,5 [26,7;36,7]	0,2 [0,0;1,6]
Centro (n=702)	72,7 [67,0;77,7]	27,3 [22,3;33,0]	-
LVT (n=617)	70,7 [64,9;75,8]	28,9 [23,6;34,8]	0,4 [0,1;2,2]
Alentejo (n=674)	64,5 [60,2;68,6]	34,2 [30,5;38,1]	1,3 [0,8;2,1]
Algarve (n=633)	64,1 [59,6;68,4]	35,5 [31,9;39,2]	0,4 [0,1;2,9]
RA Madeira (n=667)	70,9 [66,3;75,2]	28,7 [24,5;33,3]	0,4 [0,1;1,4]
RA Açores (n=710)	63,7 [59,9;67,3]	36 [32,5;39,6]	0,3 [0,1;0,8]
Valor-p		0,2723	
<b>Nível de escolaridade (n=4759)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1466)	64,8 [54,6;73,9]	34,7 [25,3;45,4]	0,5 [0,1;2,4]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=1539)	66,7 [63,5;69,7]	32,9 [29,8;36,0]	0,4 [0,1;1,6]
Ensino secundário (n=930)	71,1 [66,0;75,7]	28,6 [24,0;33,7]	0,3 [0,1;1,1]
Ensino superior (n=824)	72,9 [67,9;77,3]	27,1 [22,6;32,0]	0,03 [0,0;0,2]
Valor-p		<0,0001	
<b>Situação perante o trabalho (n=4761)</b>			
Com atividade profissional (n=2888)	69,3 [66,1;72,3]	30,4 [27,4;33,6]	0,3 [0,1;0,7]
Desempregados (n=525)	58,5 [53,2;63,6]	40,9 [35,8;46,2]	0,6 [0,1;3,0]
Sem atividade profissional (n=1348)	68,4 [54,8;79,4]	31,6 [20,6;45,2]	0,02 [0,02;0,03]
Valor-p		<0,0001	
<b>Médico de família (n=4751)</b>			
Sem médico (n=898)	60,1 [54,9;65,0]	39 [33,4;45,0]	0,9 [0,2;4,2]
Com médico (n=3853)	70,8 [67,8;73,6]	29,0 [26,2;32,0]	0,2 [0,1;0,6]
Valor-p		0,0002	

## Prevenção secundária da doença oncológica

## Mamografia

**Tabela 7** – Distribuição percentual de mulheres com idade entre os 50 e os 69 anos que declararam ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Há 2 anos ou menos anos	Há mais de 2 anos	Nunca
<b>Portugal (n=1116)</b>	<b>94,8</b> [91,8; 96,7]	<b>4,4</b> [2,6; 7,3]	<b>0,9</b> [0,5; 1,6]
<b>Médico de família (n=1114)</b>			
Sem médico (n=181)	88,3 [68,9;96,3]	11,3 [3,5;30,9]	0,4 [0,1;1,6]
Com médico (n=933)	95,6 [92,5;97,4]	3,5 [1,7;7,0]	0,9 [0,5;1,8]
<b>Região (n=1116)</b>			
Norte (n=194)	93,9 [87,3;97,1]	5,8 [2,4;13,2]	0,3 [0,0;2,6]
Centro (n=149)	98,7 [94,4;99,7]	1,3 [0,3;5,6]	-
LVT (n=148)	95 [87,7;98,1]	3,9 [1,4;10,0]	1,1 [0,4;3,3]
Alentejo (n=152)	96 [88,7;98,6]	2,7 [0,5;13,1]	1,3 [0,4;4,5]
Algarve (n=147)	87,1 [83,4;90,0]	8,3 [6,2;11,0]	4,6 [2,7;7,7]
RA Madeira (n=179)	89,4 [83,9;93,2]	6,8 [3,9;11,7]	3,8 [2,1;6,7]
RA Açores (n=147)	92,6 [88,6;95,3]	5,2 [3,4;7,7]	2,2 [0,5;8,8]
<b>Nível de escolaridade (n=1114)</b>			
Nenhum/1 ciclo do ensino básico (n=530)	95,4 [89,4;98,1]	3,8 [1,3;10,5]	0,8 [0,6;1,2]
2 ou 3 ciclo do ensino básico (n=322)	94,1 [88,6;97,0]	5 [2,5;9,8]	0,9 [0,2;3,9]
Ensino secundário (n=122)	95,8 [86,8;98,7]	3,5 [0,9;13,4]	0,7 [0,3;1,8]
Ensino superior (n=140)	93,3 [83,0;97,5]	5,7 [1,8;16,6]	1,1 [0,2;5,8]
<b>Situação perante o trabalho (n=1115)</b>			
Sem atividade profissional (n=482)	94,7 [91,3;96,8]	4,1 [2,0;8,0]	1,3 [0,7;2,1]
Desempregados (n=111)	89,3 [77,5;95,3]	8,8 [4,0;18,6]	1,8 [0,3;10,9]
Com atividade profissional (n=522)	96,1 [92,0;98,1]	3,6 [1,6;7,8]	0,3 [0,2;0,7]

## Prevenção secundária da doença oncológica

## Mamografia

**Tabela 8** – Distribuição percentual (padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 50 e os 69 anos que declararam ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Há 2 anos ou menos anos	Há mais de 2 anos	Nunca
<b>Médico de família (n=1114)</b>			
Sem médico (n=181)	87,9 [68,4;96,0]	11,8 [3,8;31,3]	0,3 [0,1;1,5]
Com médico (n=933)	95,5 [92,4;97,4]	3,5 [1,8;7,0]	1 [0,5;1,8]
Valor-p		0,0933	
<b>Região (n=1116)</b>			
Norte (n=194)	93,7 [86,9;97,1]	5,9 [2,4;13,7]	0,3 [0,0;2,7]
Centro (n=149)	98,6 [94,1;99,7]	1,4 [0,3;5,9]	-
LVT (n=148)	94,9 [87,3;98,0]	4 [1,5;10,3]	1,2 [0,4;3,4]
Alentejo (n=152)	96,0 [88,9;98,6]	2,7 [0,5;13,4]	1,3 [0,4;4,7]
Algarve (n=147)	87,1 [83,5;90,0]	8,3 [6,2;11,1]	4,5 [2,6;7,7]
RA Madeira (n=179)	89,3 [82,9;93,5]	6,6 [3,9;11,1]	4,1 [1,9;8,3]
RA Açores (n=147)	92,7 [88,2;95,6]	5 [3,4;7,3]	2,3 [0,5;9,3]
Valor-p		0,1062	
<b>Nível de escolaridade (n=1114)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=530)	94,6 [88,8;97,5]	4,3 [1,7;10,8]	1,0 [0,8;1,4]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=322)	94,5 [89,3;97,3]	4,6 [2,2;9,1]	1,0 [0,2;4,3]
Ensino secundário (n=122)	96,3 [88,0;98,9]	3,1 [0,7;12,3]	0,6 [0,2;1,7]
Ensino superior (n=140)	92,4 [81,3;97,2]	6,3 [2,0;18,0]	1,2 [0,2;7,7]
Valor-p		0,9312	0,9312
<b>Situação perante o trabalho (n=1115)</b>			
Com atividade profissional (n=482)	93,8 [89,1;96,5]	5,0 [2,3;10,4]	1,2 [0,6;2,5]
Desempregados (n=111)	87,8 [74,6;94,6]	10 [4,5;20,6]	2,2 [0,3;14,2]
Sem atividade profissional (n=522)	93,4 [84,6;97,3]	6,2 [2,4;15,2]	0,4 [0,2;0,6]
Valor-p		0,1273	



## Prevenção secundária da doença oncológica

## Citologia cervico-vaginal

**Tabela 9** – Distribuição percentual de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos ou há mais de 5 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por grupo etário, região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Nos últimos 3 anos	Entre 3 e 5 anos	Mais de 5 ou nunca
<b>Portugal (n=2134)</b>	<b>86,3</b> [83,7; 88,7]	<b>3,8</b> [2,7; 5,3]	<b>9,8</b> [8,2; 11,8]
<b>Médico de família (n=2130)</b>			
Sem médico (n=421)	79,9 [73,0;85,4]	6,2 [2,9;12,6]	13,9 [10,7;18,0]
Com médico (n=2032)	87,3 [84,5;89,7]	3,4 [2,5;4,8]	9,2 [7,4;11,5]
<b>Grupo etário (n=2134)</b>			
25-34 (n=375)	88,8 [82,5;93,0]	2,7 [1,1;6,7]	8,5 [5,3;13,3]
35-44 (n=605)	90,8 [86,7;93,7]	3,6 [2,0;6,2]	5,7 [3,3;9,7]
45-54 (n=621)	87,7 [83,3;91,1]	3,4 [1,7;6,8]	8,9 [7,0;11,2]
55-64 (n=533)	77 [70,0;82,7]	5,6 [3,3;9,5]	17,4 [12,6;23,6]
<b>Região (n=2134)</b>			
Norte (n=410)	91,7 [87,3;94,7]	2,3 [1,1;4,6]	6 [3,4;10,3]
Centro (n=339)	84,5 [80,3;87,9]	2,5 [0,7;7,9]	13 [10,2;16,5]
LVT (n=328)	85 [77,8;90,1]	5,3 [2,9;9,6]	9,7 [6,7;13,9]
Alentejo (n=347)	78,3 [72,9;82,9]	5,5 [3,0;10,0]	16,1 [11,1;22,9]
Algarve (n=294)	79,3 [69,4;86,6]	6,5 [4,4;9,4]	14,2 [8,5;23,0]
RA Madeira (n=354)	79,1 [72,2;84,6]	4,9 [2,9;8,4]	16 [10,9;22,9]
RA Açores (n=387)	72,2 [67,7;76,3]	5,7 [4,2;7,9]	22,1 [19,0;25,5]
<b>Nível de escolaridade (n=2131)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=690)	80,7 [73,3;86,5]	5,1 [3,0;8,5]	14,2 [9,8;20,1]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=745)	83,8 [78,2;88,2]	4,8 [3,0;7,6]	11,4 [8,1;16,0]
Ensino secundário (n=497)	89,3 [85,1;92,3]	3,5 [1,7;6,9]	7,3 [5,0;10,5]
Ensino superior (n=524)	90,8 [86,1;94,0]	2,1 [1,0;4,5]	7,1 [4,9;10,2]
<b>Situação perante o trabalho (n=2132)</b>			
Com atividade profissional (n=1467)	88,7 [86,2;90,8]	3,4 [2,0;5,6]	7,9 [6,5;9,6]
Desempregados (n=289)	82,4 [76,2;87,3]	4,6 [2,6;7,9]	13 [8,7;19,0]
Sem atividade profissional (n=701)	79,9 [72,0;86,0]	5,1 [2,6;9,9]	15 [10,4;21,3]

## Prevenção secundária da doença oncológica

## Citologia cervico-vaginal

**Tabela 10** – Distribuição percentual (padronizada para grupo etário) de mulheres com idade entre os 25 e os 64 anos que declararam ter realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, entre 3 a 5 anos ou há mais de 5 anos ou que nunca a realizaram, na população residente em Portugal, em 2015, por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Nos últimos 3 anos	Entre 3 e 5 anos	Mais de 5 ou nunca
<b>Médico de família (n=2130)</b>			
Sem médico (n=421)	79,1 [70,6;85,7]	6,0 [2,8;12,3]	14,8 [10,4;20,8]
Com médico (n=2032)	87,2 [84,4;89,6]	3,5 [2,5;4,8]	9,3 [7,4;11,6]
Valor-p		0,0414	
<b>Região (n=2134)</b>			
Norte (n=410)	91,6 [87,2;94,6]	2,3 [1,1;5,1]	6,1 [3,5;10,3]
Centro (n=339)	84,6 [80,7;87,9]	2,5 [0,8;7,7]	12,9 [9,8;16,8]
LVT (n=328)	84,8 [77,1;90,3]	5,3 [2,9;9,7]	9,9 [6,5;14,7]
Alentejo (n=347)	78,5 [73,2;83,0]	5,5 [2,9;10,1]	16 [11,1;22,6]
Algarve (n=294)	79 [68,2;86,8]	6,5 [4,4;9,5]	14,5 [8,3;24,3]
RA Madeira (n=354)	78,9 [71,9;84,6]	4,9 [2,8;8,4]	16,1 [10,9;23,2]
RA Açores (n=387)	71,6 [66,5;76,2]	5,9 [4,3;7,9]	22,5 [19,1;26,4]
Valor-p		0,0040	
<b>Nível de escolaridade (n=2131)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=690)	81,6 [54,5;94,3]	5,1 [2,3;10,6]	13,3 [2,8;45,1]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=745)	83,3 [77,3;87,9]	5 [3,2;7,9]	11,7 [8,2;16,3]
Ensino secundário (n=497)	88,1 [83,4;91,5]	3,6 [1,8;7,1]	8,4 [5,4;12,8]
Ensino superior (n=524)	88,2 [80,4;93,1]	2,6 [1,1;6,2]	9,2 [5,8;14,5]
Valor-p		0,0295	
<b>Situação perante o trabalho (n=2132)</b>			
Com atividade profissional (n=1467)	87,5 [84,2;90,2]	3,6 [2,1;6,1]	9,0 [7,0;11,5]
Desempregados (n=289)	82,2 [75,5;87,3]	4,6 [2,6;8,1]	13,2 [8,8;19,3]
Sem atividade profissional (n=701)	86,5 [79,8;91,3]	2 [1,1;3,7]	11,5 [7,2;17,8]
Valor-p		0,0174	

## Prevenção secundária da doença oncológica

## Pesquisa de sangue oculto nas fezes

**Tabela 11** – Distribuição percentual de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declararam ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por sexo, região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Nos últimos 2 anos	Há mais de 2 anos	Nunca
<b>Portugal (n=2295)</b>	45,7 [39,8; 51,7]	10,1 [8,3; 12,2]	44,2 [37,4; 51,1]
<b>Médico de família (n=2289)</b>			
Sem médico (n=383)	30,3 [19,6;43,6]	10,7 [6,8;16,4]	59,1 [46,6;70,4]
Com médico (n=1906)	47,6 [41,1;54,3]	10 [8,2;12,2]	42,3 [34,9;50,1]
<b>Sexo (n=2295)</b>			
Feminino (n=1212)	46,9 [41,1;52,9]	10,1 [7,6;13,4]	42,9 [36,3;49,9]
Masculino (n=1083)	44,3 [37,1;51,8]	10,1 [8,0;12,6]	45,6 [38,1;53,3]
<b>Valor-p</b>	0,5644		
<b>Região (n=2295)</b>			
Norte (n=370)	64,3 [57,2;70,8]	9,8 [7,7;12,3]	26 [19,0;34,4]
Centro (n=324)	20,8 [13,1;31,4]	8,5 [3,3;19,8]	70,7 [51,9;84,3]
LVT (n=288)	45,6 [31,4;60,5]	10,8 [7,8;14,8]	43,7 [28,4;60,2]
Alentejo (n=351)	14,9 [9,1;23,6]	12,9 [8,3;19,5]	72,2 [58,7;82,5]
Algarve (n=303)	29,5 [19,1;42,7]	10,5 [6,8;16,0]	60,0 [48,0;70,9]
RA Madeira (n=340)	62,8 [48,8;74,9]	12,1 [8,5;16,9]	25,1 [16,9;35,6]
RA Açores (n=319)	23,6 [12,7;39,7]	8,5 [6,0;11,8]	68 [51,3;81,1]
<b>Nível de escolaridade (n=2293)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1195)	48,0 [42,7;53,3]	10,0 [7,8;12,8]	42,0 [35,6;48,7]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=633)	47,2 [39,7;54,8]	10,9 [7,1;16,5]	41,9 [34,5;49,6]
Ensino secundário (n=262)	41,8 [30,6;53,9]	6,8 [4,0;11,6]	51,4 [38,9;63,7]
Ensino superior (n=203)	34,7 [25,1;45,7]	12,2 [8,1;18,1]	53,1 [40,8;65,0]
<b>Situação perante o trabalho (n=2294)</b>			
Com atividade profissional (n=917)	42,2 [35,1;49,6]	9,4 [7,3;12,0]	48,5 [40,4;56,6]
Desempregados (n=218)	48,0 [36,7;59,4]	9,9 [7,0;13,8]	42,2 [30,5;54,7]
Sem atividade profissional (n=1159)	47,9 [42,1;53,8]	10,7 [7,9;14,3]	41,4 [35,2;48,0]

## Prevenção secundária da doença oncológica

## Pesquisa de sangue oculto nas fezes

**Tabela 12** – Distribuição percentual (padronizada para sexo e grupo etário) de indivíduos com idade entre os 50 e os 74 anos, que declararam ter realizado pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista, há mais de 2 anos ou que nunca realizaram este exame, na população residente em Portugal, em 2015, por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família pelo SNS.

	Nos últimos 2 anos	Há mais de 2 anos	Nunca
<b>Médico de família</b>			
Sem médico (n=383)	32,7 [19,6;49,1]	11 [6,6;17,7]	56,3 [41,7;69,9]
Com médico (n=1906)	47,6 [41,2;54,2]	10 [8,3;12,1]	42,3 [35,1;49,9]
Valor-p		0,0489	
<b>Região (n=2295)</b>			
Norte (n=370)	65,1 [58,6;71,1]	10 [8,0;12,5]	24,9 [18,3;32,9]
Centro (n=324)	20,8 [13,0;31,7]	8,4 [3,3;19,8]	70,8 [51,7;84,6]
LVT (n=288)	44,8 [30,2;60,4]	10,5 [7,5;14,6]	44,7 [28,6;62,0]
Alentejo (n=351)	14,9 [8,8;24,1]	13 [8,5;19,5]	72,1 [58,2;82,7]
Algarve (n=303)	29,3 [19,1;42,3]	10,4 [6,7;15,9]	60,2 [48,7;70,7]
RA Madeira (n=340)	64,2 [50,3;76,0]	11,8 [8,6;15,9]	24,1 [15,7;35,0]
RA Açores (n=319)	24,3 [12,8;41,3]	8,8 [6,0;12,7]	66,9 [50,0;80,3]
Valor-p		<0,0001	
<b>Nível de escolaridade (n=2293)</b>			
Nenhum/1º ciclo do ensino básico (n=1195)	47 [41,4;52,8]	9,5 [7,6;11,8]	43,5 [37,0;50,2]
2º ou 3º ciclo do ensino básico (n=633)	49,2 [41,6;56,9]	12,7 [8,1;19,3]	38,1 [30,8;46,0]
Ensino secundário (n=262)	43,4 [32,1;55,4]	6,4 [3,7;10,6]	50,2 [37,6;62,8]
Ensino superior (n=203)	36,9 [25,6;49,8]	11,8 [7,5;18,3]	51,3 [38,9;63,6]
Valor-p		0,0903	
<b>Situação perante o trabalho (n=2294)</b>			
Com atividade profissional (n=917)	43,8 [37,2;50,6]	9,9 [7,4;13,3]	46,3 [38,1;54,6]
Desempregados (n=218)	49,1 [37,5;60,8]	11,8 [8,4;16,4]	39,1 [27,6;52,1]
Sem atividade profissional (n=1159)	44,9 [38,9;51,2]	9,8 [7,3;13,1]	45,2 [40,0;50,6]
Valor-p		0,177	

# Equipa

## INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE, I.P.

### Departamento de Epidemiologia

#### Coordenação Científica

Carlos Matias Dias - Coordenador geral

Baltazar Nunes - Coordenador executivo

#### Equipa Executiva

Ana João Santos, Ana Paula Gil, Cátia Palhas, Irina Kislaya, Liliana Antunes, Marta Barreto, Sónia Namorado, Vânia Gaio

#### Contribuições especiais

Ana Paula Rodrigues, Joana Santos, Paula Braz, Rita Fonseca, Rita Roquette, Teresa Contreiras

## INSTITUTO NORUEGUÊS DE SAÚDE PÚBLICA

### Equipa

Heidi Lyshol, Sidsel Graff-Iversen

#### Contribuições especiais

Anne Kari Tveter, Hanna Hånes, Liv Paltiel, Nina Stensrud, Rune Johansen

## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.

### Coordenação

Clara Alves Alves, Departamento de Saúde Pública

#### Equipa de campo

Amélia Lérias, Cátia Garim, Cristina Lamelas, Custódia Oliveira, Elisabete Sousa, Eugénia Santos, João Costa Lurdes Gonçalves, Márcia Correia, Maria do Céu Oliveira, Marta Pereira, Regina Barros, Renato Marinho, Rosa Maria Caldas, Sandra Gaspar, Sara Guedes, Sónia Monteiro, Zita Fernandes

## Equipa de Laboratório do Hospital de São João

João Tiago Guimarães (coordenação), Ana Vieira, André Silva, Angélica Ramos, David Garcia, Eliana Costa, Gisela Fragoso, Isaac Barroso, Maria Teresa Melo, Nadir Varela Sena, Paulo Paulino, Rita Pinto, Sandra Martins, Sara Alves, Yuliana Eremina

## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.

### Coordenação

Eugénio Cordeiro, Departamento de Saúde Pública

#### Equipa de campo

Celeste Duarte Freire, Fernando Júlio Pinto, Inês Carvalho Lagoa, Lúcia Amélia Marques, Maria Angelina Ventura, Maria Augusta Costa, Rosa Castela, Teresa Filomena dos Santos, Zélia Sousa

## Equipa de Laboratório do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

Fernando Rodrigues (coordenação), Ana Correia, Anabela Carvalho, Carla Oliveira, Cláudia Fernandes, Elisabete Camilo, Emília Ramos, Fernanda Fontes, Gina Neves, Isabel Marques, Isabel Vaz, Joana Lima, Maria João Lopes, Patrícia Mota, Paula Flambó, Renato Morteiro, Rita Reis, Rodolfo Ferreira, Sandra Silva, Sofia Conceição, Sónia Almeida, Vera Calhau

## ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, I.P.

### Coordenação

Ana Dinis, Departamento de Saúde Pública, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
Ana Paula Gil, Departamento de Epidemiologia, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

### **Equipa de campo da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora**

Ângela Dinis, Anne-Sophie Thyssen, Cátia Cordeiro, Inês Mouquinho, Joana Casquinha, Joana Gralha, Lúcia Sêmele, Margarida Canto, Margarida Pires, Rita Santos, Teresa Felício, Victor Fernandes, Vítor Marques

### **Equipa de Laboratório do Hospital S. Francisco Xavier**

Esmeraldina Júnior (coordenação), Ana Batalha Reis (coordenação), João Faro Viana (coordenação), João Mário Figueira (coordenação), Carla Tavares, Catarina Farinha, Catarina Simões, Inês Sousa, Patrícia Marques

### **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, I.P.**

#### **Coordenação**

Tamara Prokopenko, Departamento de Saúde Pública

#### **Equipa de campo da Administração Regional de Saúde do Alentejo**

Eliana Teles, Marília Basílio, Otilia Oliveira, Sandra Costa

#### **Equipa de campo da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora**

Ana Raquel Grilo, Augusta Carreira, Carlos Varandas, Carolina Ribeiro, Cláudia Couto, Eugénia Simões, Filipa Dias, Joana Murteiro, Nuno Matos, Rui Piteira, Sónia Espanhol, Tiago Pires, Vítor Marques

#### **Equipa de Laboratório do Hospital Dr. José Maria Grande**

Paula Falcão (coordenação), Alzira Louro, Dora Escudeiro, João Candeias, João Ribeiro, Marisa Henriques, Rui Poupino, Vera Nabais, Vítor Carvalho

### **Equipa de Laboratório do Hospital do Espírito Santo**

Rodrigo Gusmão (coordenação), Ana Paula Gusmão, Andrea Milena Carretas, Manuel Maurílio

### **Equipa de Laboratório do Hospital José Joaquim Fernandes**

Rosa Bento (coordenação), Alexandra Ferreira, Alice Galhardo, Ana Rita Frade, Anabela Vinagre, Elsa Almeida, Sílvia Afonso, Tânia Guerra

### **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALGARVE, I.P.**

#### **Coordenação**

Emília Castilho, Departamento de Saúde Pública e Planeamento

#### **Equipa de campo**

Ana Águas, Anne Coelho, António Conceição, Cíntia Reis, Elena Noriega, Fátima Silva, Iasmina Mohamed, Manuela Almeida, Manuela Sousa, Neuza Marreiros, Susana Estácio

#### **Equipa de Laboratório do Laboratório Regional de Saúde Pública do Algarve Dr.ª Laura Ayres**

Aida Fernandes (coordenação), Eulália Sousa, Joana Salsinha, Lúcia Costa, Luís Milho, Paula Moreno, Sisínio Camélo

### **SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA**

#### **Coordenação**

Ana Clara Silva, Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, I.P.RAM

#### **Equipa de campo**

Albertina Nunes, Bruno Rodrigues, Carla Camacho, Carla Rodrigues, Cristiana Ferreira, Encarnação Viveiros, Helena Pestana, Hermínia Mendes, Maria Assumpta Basílio, Maria Lídia Freitas, Maria Luísa

Gonçalves, Maria Sónia Caires, Mary Gonçalves, Nélia Abreu, Rui Mendonça, Sandra Sousa, Sara Magalhães, Susana Santos

#### **Equipa de Laboratório do Hospital Dr. Nélio Mendonça**

Graça Andrade (coordenação), Dina Abreu, Fátima Costa, Joana Fernandes

#### **SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE DA REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES**

##### **Coordenação**

Patrícia Vargas, Divisão de Planeamento e Qualidade, Direção de Serviços de Cuidados de Saúde, Direção Regional da Saúde

##### **Equipa de campo**

Almarim Silva, Ana Catarina Santos, Ana Margarida Matos, Ana Toste, António Ferro, Carla Duarte, Carla Garcia, Carolina Moniz, Catarina Machado, Cláudia Cunha, Cristina Santos, Dora Goulart, Graça Verdadeiro, Mara Ávila, Maria Carreiro, Maria de Fátima Guincho, Maria do Pilar Cabral, Maria Isabel Rodrigues, Maria José Goulart, Maria Luísa Rocha, Maria Silva Azevedo, Marisa Silva, Matilde Ferrer, Noélia Saraiva, Orlando Gomes, Paulo Fontes, Renato Bettencourt, Sara Sousa, Sílvia Guerreiro, Sílvia Pacheco, Susana Silva, Tânia Valadão, Zélia Martins

#### **Equipa de Laboratório do Hospital do Divino Espírito Santo**

Karyne Hyde (coordenação), Ana Freitas, António Vieira, Bernardete Taveira, Helena Silveira, João Medeiros, Mara Pereira, Maria Leonor Wallenstein, Maria Teresa Dias, Roberta Medeiros, Telma Ferreira

#### **Equipa de Laboratório do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira**

Ana Estibeiro (coordenação), Maria Silva Azevedo, Maria de Fátima Guincho

#### **Equipa de Laboratório do Hospital da Horta**

Judite Sachicumbi (coordenação), Regina Santos (coordenação), Dora Goulart, Sílvia Pacheco

#### **Equipa de Laboratório da Unidade de Saúde de Ilha de S. Jorge**

Paulo Sousa (coordenação), Orlando Gomes

#### **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

Felismina Mendes, Manuel José Lopes, Nuno Teixeira Antunes

#### **COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO**

Ana Nunes, António Tavares, Graça Freitas, Isabel do Carmo, João Batista Soares, João Moura Reis, João Pedro Pimentel, José Albuquerque, José Manuel Boavida, José Robalo, Lucília de Carvalho, Maria Neto, Rui Ferreira, Sidsel Graff-Iversen

# Agradecimentos

Os autores desejam exprimir o seu mais sincero agradecimento a todos os que contribuíram para que os objetivos do projeto fossem alcançados com sucesso.

## **INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DOUTOR RICARDO JORGE**

### **Órgão e Unidades operativas**

Conselho Diretivo; Direção de Gestão de Recursos Financeiros (Setores: Jurídico; de Gestão Financeira e de Contabilidade; de Aprovisionamento, Património e Logística; de Planeamento e Apoio à Investigação; de Gestão e de Apoio Laboratorial); Direção de Gestão de Recursos Humanos (Setor de Gestão de Recursos Humanos - Área de Expediente); Direção de Gestão de Recursos Técnicos (Setores: de Instalações e Equipamentos - Área de Instalações e Equipamentos, Serviço de Reprografia; de Tecnologias e Sistemas de Informação; de Apoio Técnico Especializado - Área de Comunicação, Marketing e Relações Externas; Área da Biblioteca da Saúde)

### **Departamento de Epidemiologia**

Ana Paula Faria, Ausenda Machado, Clarisse Martinho, Cristina Brito, Emanuel Rodrigues, Inês Batista, João Machado, João Martins, Mafalda Uva, Mariana Neto, Paulo Vitorino, Ricardo Mexia, Susana Silva

## **INSTITUTO NORUEGUÊS DE SAÚDE PÚBLICA**

## **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE**

## **ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE**

### **Alentejo**

Alda João, Ausenda Martins, Amaro Júnior, Angel Campos, António Cabral, António Lança, António Ralha, Armínia Caeiro, Carlos Baquinho, Carlos Gomes, Carlos Marques, Celeste Revez, Conceição Peixeiro, Conceição Petra, Constança Matos, Cristina Branco, Dorinda Calha, Emília Duro, Eleonora Paixão, Fátima Breia, Fernanda Oliveira, Fernanda Ferreira, Fernando Peixeiro, Fernando Roques, Filomena Araújo, Francisco Chalaça, Francisco Crujo, Irene Rebelo, Joan Cuba, Joana Rosa, João Branco, Joaquim Crujo, Joaquina Matos, Jorge Queiroz, José Carapinha, José Chora, José Guerra, José Marques Robalo, José Ventura, Lucília Correia, Luís Albarran, Luís Pereira, Manuel Carvalho, Manuel José Lopes, Manuel Penedo, Manuela Lança, Marcia Olivera, Margarida Santos, Margarida Silveiro, Maria Falcão, Maria Helena Lima, Maria Manuel Casaca, Maria Martins, Maria Pimpão, Marta Augusto, Mohammad Wattar, Natália Pereira, Paula Falcão, Paula Valente, Pedro Calado, Raquel Bile, Rodrigo Gusmão, Rosa Bento, Rosa Ramalho, Rui Magalhães, Sandra Leal, Sérgio Carvalho, Sónia Santos, Susana Gomes, Susana Teixeira, Vanda Nobre, Vanda Palácios, Yovanis Yero



## Algarve

Alexandra Monteiro, Alcía Nobre, Ana Cristina Guerreiro, Daniela Batista, Edelmina Sousa, Fátima Rodrigues Guerreiro, Francisco Sousa, Gabriela Peixoto, Guida de Jesus, João Moura Reis, Jorge Lami Leal, Leonor Bota, Maria Eliete Laboia, Maria Fátima Reis, Maria Luz Salas, Maia Rodrigues, Marta Chorondo, Nuno Ramos, Paulo David, Paulo Morgado, Rui Cardoso, Tiago Botelho, Zélia Ribeiras

## Centro

Ana Pires Oliveira, Fernando Rodrigues, Gabriel Pires, Hugo Cravo, José Carlos Ribeiro, Lúcia Almeida de Carvalho, Lúcia Maria Mira, Mafalda Sofia Pereira, Maria Adelaide Batista, Maria Adelaide Póvoas, Maria Cândida Rodrigues, Maria Conceição Oliveira, Maria de Fátima Cunha, Maria Fátima Santos, Maria João Trindade, Olga Varandas, Patrícia Carvalho, Rosa Maria Basílio, Rui Jorge Macário, Rui Manuel Fonseca, Sandra Sofia Doce, Equipa da Unidade de Saúde Pública do Centro de Saúde de Águeda

## Lisboa e Vale do Tejo

Albino Correia, Alice Paiva, Álvaro da Cruz Martins, Ana Andrade, Ana Margarida Levy e restante equipa, Ana Oliveira e restante equipa, Ana Paula Fonseca e restante equipa, Ângela Dias, Ângela Lourenço, António Carlos, António Tavares, António Tiago, Benvinda Estela dos Santos, Carlos Pires, Carlos Sousa, Carmo Valdoleiros, Catarina Oliveira, Celeste Nascimento, Cláudia D'Arbuez Rainha, Cristina Brás, Elisabete Gomes, Elsa Soares, Elsa Zita Castro, Elvira Martins, Fátima Ferreira, Fátima Nogueira, Fernanda Fonseca, Fernanda Horta, Helena Andrade, Helena Canada, Helena Cargaleiro, Ibraime Manuel Carlos, Ileine Lopes, João Lucas e restante equipa, Joaquim Lopes, Joaquim Moura, Jorge Brandão, José Alberto Quintino, José André, Josefina Chemela, Leopoldina Simões Moreira, Lúcia Garcia Lacerda, Lúcia Bragança e restante equipa, Luís Amaro, Luís Cunha

Ribeiro, Luís Eleutério, Luís Martins, Luís Nobre e restante equipa, Luís Pisco, Luísa Albuquerque, Marcelo Fernandes, Maria da Luz Pereira, Maria Graziela Pires, Maria João Barrau, Maria José Marques, Maria José Morais, Maria Leonor Neves, Maria Manuela Ivarez, Marina Silvestre, Miguel Cabral Pinho, Mónica Gomes, Nuno Venade, Padre Marcelo, Paula Fernandes, Pedro Baeta, Rafic Nordin, Rosa Valente de Matos, Rui Vieira, Sara Batista, Susana Santos, Teresa Sepúlveda, Vanessa Gouveia

## Norte

Adelino Valente, Alice Magalhães, Ana Maria Tato, Ana Prata, Anastácia Campos, Carlos Flores, Carlos Nunes, Cristina Ferreira, Elísio Silva, Fernando Tavares, Helena Amorim, João Cruz, João Passos, Jorge Cruz, José Almeida, José Cardoso, José Carlos Leitão, Laurinda Queiroz, Luciano Santos, Luís Alves de Sousa, Luísa Fontes, Manuel Castro, Margarida Tavares, Maria da Glória Rapazote, Maria Manuela Felício, Maria Neto, Óscar Pereira, Vasco Machado

## SECRETARIAS REGIONAIS DE SAÚDE

### Região Autónoma dos Açores

Adriano Bravo, António Anacleto, Armando Leal Almeida, Isabel Mota, José Freitas, José Jacinto Botelho, Liseta Machado, Manuela Bizarro, Manuela Ferreira, Maria Emília Silveira, Olga Cordeiro

Aos Conselhos de Administração:

- do Hospital do Divino Espírito Santo
- do Hospital do Santo Espírito da Ilha Terceira
- do Hospital da Horta
- da Unidade de Saúde do Faial
- da Unidade de Saúde de São Jorge
- da Unidade de Saúde de São Miguel
- da Unidade de Saúde da Terceira

### Região Autónoma da Madeira

Ana Gouveia, Ana Nunes, Conceição Vieira,  
Eugénio Mendonça, Francisco Jardim Ramos,  
João Faria Nunes, João Mendonça, João Romeira,  
José Manuel Carmo, Lúcia Correia, Luísa Baeta,  
Margarida Ribeiro, Miguel Ferreira, Pedro Coelho,  
Sidónia Nunes





## Departamento de Epidemiologia

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*  
Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 526 487

Fax: (+351) 217 526 400

Email: [insef@insa.min-saude.pt](mailto:insef@insa.min-saude.pt)

Microsite: [www.insef.pt](http://www.insef.pt)

[www.insa.pt](http://www.insa.pt)

## Financiamento



## Entidades participantes

