



Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF)

Sumário e Considerações Finais

27 de maio de 2016



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 INSEF, do qual se apresentam agora os primeiros relatórios e resultados, surge na sequência da participação de Portugal, através do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) em projetos de investigação e ações conjuntas com outros países Europeus, financiados pela União Europeia, caso dos projetos Feasibility of a European Health Examination Survey (FEHES), Preparing a European Health Examination Survey (PREHES) e do European Health Examination Survey (EHES).

O acolhimento da proposta do INSA, IP para um primeiro INSEF em Portugal, como parte integrante do Projeto Pré-definido pelo Programa Iniciativas em Saúde Pública, financiado pelo mecanismo financeiro do Espaço Económico Europeu (EEA Grants), operado pela Administração Central do Sistema de Saúde, a posterior parceria com o Instituto Norueguês de Saúde Pública, e a colaboração com todas as regiões Nacionais, constituem as fundações que permitiram a realização deste primeiro INSEF.

Tendo o INSEF como base, o projeto Pré-definido teve como finalidade contribuir para a melhoria da saúde dos portugueses apoiando a observação em saúde, a monitorização, a avaliação dos programas nacionais de saúde e a investigação em Saúde Pública em Portugal.

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 o objetivo



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 da população Portuguesa.

A população alvo consistiu nos indivíduos entre os 25 e os 74 anos de idade, residentes em Portugal Continental ou Regiões Autónomas há mais de 12 meses, não-institucionalizados, com capacidade para acompanhar a entrevista em língua portuguesa. A amostra, estratificada por região e área urbana/rural, foi constituída de forma probabilística em duas etapas. Na primeira etapa foram selecionadas 49 unidades primárias de amostragem (PSU), correspondentes às áreas de influência dos anteriormente denominados Centros de Saúde (7 por região). Numa segunda etapa, em cada PSU foram selecionados por amostragem aleatória simples os indivíduos a partir do Registo Nacional do Utente do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A dimensão da amostra foi estabelecida em 600 indivíduos para cada região (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%, em cada região, considerando um efeito do desenho da amostra de 1,5.

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.

Ao todo foram selecionados aleatoriamente para o INSEF 12289 indivíduos, dos quais foi possível contactar e confirmar os critérios de elegibilidade de 7802. 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 de inquirição

O INSEF incluiu um conjunto de avaliações antropométricas e bioquímicas, além da aplicação de um questionário por entrevista pessoal assistida por computador (CAPI), pelo que a recolha de dados foi organizada em três grandes componentes: 1) exame físico, que incluiu a medição da tensão arterial, altura, peso e perímetros da cintura e da anca; 2) recolha de amostras de sangue para a avaliação de parâmetros bioquímicos (colesterol



total, LDL, HDL e triglicéridos), hemoglobina glicosilada (HbA_{1c}) e hemograma; 3) questionário, com recolha de informação autorreportada sobre variáveis demográficas e socioeconómicas, estado de saúde, determinantes de saúde relacionados com escolhas e 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 Inquérito Nacional de Saúde por entrevista anteriores e as necessidades de informação nacional, expressas pelas regiões de saúde e por um conjunto de especialistas consultados para o efeito.

Indicadores reportados no relatório

O relatório contém os resultados de um conjunto de indicadores selecionados a partir de cada uma das áreas temáticas de inquirição. Este conjunto de indicadores foi selecionado com a intenção de proporcionar uma visão geral e estratificada por algumas variáveis sociodemográficas, do estado de saúde da população, dos seus comportamentos de risco e de proteção para a doença, assim como da sua adesão aos cuidados de saúde preventivos.

Os resultados da área temática Estado de Saúde incluem algumas das medidas clínicas e antropométricas avaliadas dentro da componente de exame físico. Mais especificamente, são reportadas estimativas da prevalência de diabetes, da hipertensão arterial, da hipercolesterolemia, do excesso de peso e da obesidade.

A informação respeitante aos determinantes de saúde foi obtida através de dados recolhidos na componente de entrevista. Os resultados incluem a prevalência do consumo de tabaco e de exposição ambiental ao fumo de tabaco, a prevalência do consumo arriscado de álcool ("binge drinking") no ano anterior à entrevista, a prevalência de indivíduos com atividade física sedentária nos tempos livres e da prática de exercício físico pelo menos uma vez por semana e a prevalência do consumo diário de frutas e de vegetais.

Os cuidados preventivos focam a realização de um conjunto de testes e análises, bem como a consulta de saúde oral. Especificamente, são apresentados resultados relativos à frequência de realização de análises clínicas (glicémia, colesterol e triglicéridos no sangue) e



de exames complementares de diagnóstico, associados à prevenção secundária da doença oncológica, 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 e regional, assim como para subgrupos específicos da população, estratificados pelas variáveis sexo, grupo etário, nível de escolaridade e situação perante o trabalho.

Relativamente aos indicadores referentes ao consumo de tabaco e consumo arriscado de álcool em excesso, os resultados são apresentados estratificados por sexo. No que respeita aos indicadores da área dos cuidados de saúde preventivos, os resultados foram também estratificados pela variável “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, por estrato região e tipologia de área urbana/rural, 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 2 regiões autónomas para a estimativa da população residente em 2014 (Instituto Nacional de Estatística).

Para análise comparativa, as estimativas de prevalência, estratificadas por região, nível de escolaridade, situação perante o trabalho e atribuição de médico de família do 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), 63,4% dos quais sem escolaridade ou com escolaridade inferior ao ensino secundário e 11,2% desempregados.

Em 2015, o estado de saúde da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos de idade, retratado pelo INSEF, caracterizava-se pela elevada prevalência de algumas doenças crónicas como a hipertensão arterial (36,0% da população com valores superiores a 140 mmHg ou 90 mmHg), a obesidade (28,7% com $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) e a diabetes (9,8% da população com diabetes: $HbA_{1c} \geq 6,5\%$ ou toma de antidiabéticos ou diagnóstico de diabetes). É de referir ainda que 67,6% da população tinha excesso de peso ou obesidade ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) e 52,3% tinha alteração dos lípidos do sangue (colesterol total $> 190 \text{ mg/dl}$), valor que aumentava para 63,3% ao incluir nesta estimativa a população que referiu tomar medicamentos para controlar esta condição.

A população do sexo masculino revelou prevalências mais elevadas de hipertensão arterial (39,6% vs 32,7%) e diabetes (12,1% vs 7,7%) do que a população do sexo feminino. Embora a obesidade fosse mais elevada entre as mulheres (32,1% vs 24,9%), o excesso de peso (45,4% vs 33,1%) e a obesidade abdominal (76,2% vs 55,3%) eram mais prevalentes entre os homens. A prevalência destas doenças aumentava com a idade verificando-se os valores mais elevados entre os 65 e os 74 anos (71,3% no caso da hipertensão; 41,3% no caso da obesidade; 88,1% no caso da obesidade abdominal; 23,8% no caso da diabetes). Como exceções verificaram-se valores mais elevados de prevalência de excesso de peso entre os 45 e os 54 anos e de colesterol total elevado entre os 55 e os 64 anos (80,1%), sem diferença significativa em relação ao grupo etário 65 a 74 anos (79,2%).

Na comparação entre as 7 regiões nacionais, após remover o efeito do sexo e da idade, as prevalências padronizadas apresentavam valores mais elevados de hipertensão arterial e obesidade na região Norte, obesidade abdominal na região Centro, diabetes na Região Autónoma dos Açores, e alteração do perfil dos lípidos do sangue na região Centro.

A população sem escolaridade ou com baixa escolaridade, e a população sem atividade profissional remunerada tinha prevalências padronizadas para o sexo e idade mais elevadas no caso da hipertensão arterial, diabetes, excesso de peso, obesidade, obesidade abdominal e alteração dos lípidos do sangue.

A análise das questões do inquérito relacionadas com os determinantes de saúde revelou que 79,3% e 73,3% dos inquiridos consumiam diariamente fruta (excluindo sumos) e legumes ou vegetais (incluindo sopa) respetivamente. Estes valores eram mais elevados no sexo feminino do que no sexo masculino (83,7% vs 74,4% no caso do consumo de fruta e



80,1% vs 65,8% no caso do consumo de legumes ou vegetais). O grupo etário mais jovem (25 a 34 anos) apresentava as menores prevalências de consumo diário de fruta (68,7%) e de legumes e vegetais (62,8%), valores que aumentavam com a idade. As prevalências mais baixas relativas ao consumo diário de fruta e de legumes ou vegetais foram observadas na Região Autónoma dos Açores (69,1% e 57,7% respetivamente) e as mais elevadas na região Alentejo (85,5%) para o consumo de fruta e no Centro (80,0%) para consumo de legumes ou vegetais, posições relativas que não se alteraram após padronização. A população com escolaridade mais elevada apresentava a prevalência mais alta relativa ao consumo de fruta (81,5%) e ao consumo de legumes e vegetais (80,0%). A população desempregada tinha as menores prevalências destes consumos (71,5% e 68,5%, respetivamente).

Por outro lado, o sedentarismo nos tempos livres afetava 44,8% da população, com prevalência mais alta nas mulheres (48,5% vs 40,6%), no grupo etário 55 a 64 anos (46,9%), na Região Autónoma dos Açores (52,5%), na população com menor escolaridade (51,6%) e desempregada (46,9%). Cerca de um terço da população (34,2%) referia praticar, pelo menos uma vez por semana, atividade física de forma a transpirar ou sentir cansaço, sendo mais elevada no sexo masculino (39,7%) e no grupo etário mais jovem (47,1%), diminuindo depois com a idade até 20,8% no grupo 65 a 74 anos. A prevalência mais elevada da prática de exercício físico (40,3%) observou-se na região de Lisboa e Vale do Tejo assim como na população com ensino superior (49,6%) e profissionalmente ativa (38,4%).

O tabaco era consumido diariamente ou ocasionalmente por 28,3% da população masculina e por 16,4% da população feminina, observando-se prevalências mais elevadas no grupo etário 25 a 34 anos (45,6% nos homens e 25,1% nas mulheres) e mais baixas no grupo etário 65 a 74 anos (10,8% nos homens e 2,5% nas mulheres). A Região Autónoma dos Açores revelou prevalências mais elevadas nos homens (42,8%), e a região Algarve (22,2%) nas mulheres, independentemente da idade. Nas mulheres, o consumo de tabaco aumentava com a escolaridade, enquanto nos homens era mais prevalente nos grupos com escolaridade intermédia (2º ou 3º ciclo do ensino básico), independentemente da idade. Os desempregados tinham as prevalências mais elevadas em qualquer dos sexos (43,0% nos homens e 27% nas mulheres).



A exposição ambiental ao fumo do tabaco afetava 12,8% da população, sendo mais frequente entre os homens (14,9% vs 10,8%), na Região Autónoma dos Açores (21,0%), na população com 2º ou 3º ciclo do ensino básico (16,6%) e nos desempregados (17,0%).

Cerca de um terço (33,8%) da população masculina referiu consumo arriscado de álcool (*binge drinking*), valor muito superior ao estimado para o sexo feminino (5,3%). Este tipo de consumo era mais prevalente no grupo etário mais jovem, tanto nos homens (51,9%) como nas mulheres (13,7%), diminuindo com a idade. As regiões Alentejo e Região Autónoma da Madeira apresentavam as prevalências mais elevadas em qualquer dos sexos (homens: 51,6% e 49,9%; mulheres: 11,3% e 10,8%, respetivamente). A escolaridade mais elevada estava associada a maiores prevalências deste tipo de comportamento (42,4% nos homens e 9,5% nas mulheres), independentemente da idade, sendo igualmente mais elevada a prevalência entre os homens profissionalmente ativos (41%) e entre as mulheres desempregadas (7,7%).

Nos 12 meses anteriores à entrevista, pouco mais de metade da população estudada (51,3%) consultou um profissional de saúde oral, com maior frequência na população feminina (55,5% vs 46,7%), no grupo etário 35 a 44 anos, na região Norte, entre os mais escolarizados e naqueles com atividade profissional remunerada, enquanto as mais baixas percentagens se verificaram entre os 65 e 74 anos, na região Alentejo, na população com menor escolaridade e entre os desempregados.

Na população feminina entre os 50 e os 69 anos de idade, o INSEF observou uma elevada prevalência de realização de mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, estimada em 94,8%. A região Centro apresentava a prevalência mais elevada (98,7%) e a região Algarve a mais baixa (87,1%). Após padronização para a idade, as percentagens de realização de mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista não eram significativamente diferentes. No entanto, a percentagem era mais elevada nas mulheres com ensino secundário (95,8%) e superior (93,3%) e menor nas desempregadas (89,3%).

Refira-se que apenas 0,9% daquela população nunca terá realizado uma mamografia durante a vida, com valores mais elevados na Região Autónoma dos Açores, na Região Autónoma da Madeira, e na região Algarve, respetivamente com 2,2%, 3,8% e 4,6%. Ter médico de família atribuído encontrava-se associado a prevalências mais baixas de não



realização de mamografia nos 2 anos anteriores (3,5%) comparativamente a 11,3% na população feminina que referiu não ter médico de família atribuído.

A citologia cervico-vaginal foi realizada nos 3 anos anteriores à entrevista por 86,3% da população de mulheres entre os 25 e os 64 anos de idade, enquanto 9,8% destas mulheres a terá realizado há mais de 5 anos, ou nunca a realizou. As percentagens mais elevadas de realização deste exame nos 3 anos anteriores à entrevista observaram-se entre os 35 e os 44 anos (90,8%), na região Norte (91,7%), nas mulheres com ensino superior (88,2%) e naquelas com atividade profissional remunerada (88,7%). Por outro lado, as percentagens mais baixas de realização de citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista observaram-se no grupo etário entre os 55 e os 64 anos de idade (77,0%), grupo no qual 17,4% das mulheres nunca terá realizado este exame ou o terá realizado há mais de 5 anos. A nível regional, as prevalências mais baixas de realização deste exame encontravam-se na Região Autónoma dos Açores, Alentejo e Região Autónoma da Madeira (22,1%, 16,1% e 16,0%, respetivamente).

Foi estimado que, na população alvo com médico de família atribuído, 87,3% tenha realizado citologia cervico-vaginal nos 3 anos anteriores à entrevista, valor significativamente superior ao da população alvo sem médico de família atribuído (79,9%). O mesmo se passou em relação à realização deste exame há mais de 5 anos, ou nunca (13,9% na mulheres sem médico de família comparativamente a 9,2% naquelas com médico de família).

A pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista foi a que registou as menores estimativas a nível nacional (45,7%), valor muito próximo do estimado para a população que nunca realizou este exame na sua vida (44,2%). Estes valores não apresentavam diferenças entre os sexos, mas eram mais elevados na região Norte (65,1%), na Região Autónoma da Madeira (64,2%) e na Região Lisboa e Vale do Tejo (44,8%), mesmo após padronização para o sexo e idade. Independentemente da idade e sexo, a percentagem da população que realizou pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista diminuía com o aumento do nível de escolaridade, de 48,0% na população sem escolaridade ou com o primeiro ciclo até 34,7% na população com escolaridade ao nível do ensino superior. Inversamente, a percentagem da população que nunca realizou este exame aumentava com a escolaridade, até 53,1% na população com



ensino superior. A população com atividade profissional remunerada apresentava a menor frequência de realização deste exame (42,2%).

Conclusões principais:

A informação obtida pelo primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) é representativa da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das suas 7 regiões, tendo sido utilizados os métodos preconizados pelo European Health Examination Survey (EHES). O processo de inquérito envolveu desde o início a rede formada pelas 7 Regiões de Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, órgão do Ministério da Saúde, e o Instituto Norueguês de Saúde Pública. A taxa de participação, semelhante à de outros inquéritos de saúde com exame físico na Europa, demonstra a capacidade nacional para organizar e implementar este instrumento de observação, previsto no sistema estatístico europeu.

As diferenças observadas nas estimativas populacionais de vários dos indicadores justificam a atenção das intervenções de saúde quer sobre algumas áreas do estado de saúde que afetam um elevado número de portugueses com idade entre os 25 e os 74 anos de idade: 52,3% no caso de colesterol total superior a 190 mg/dl, 38,0% no caso da hipertensão arterial ou 28,7% no caso da obesidade, quer noutras, como a diabetes mellitus, cuja estimativa de 9,8% não difere significativamente da projetada pelo estudo de referência PREVADIAB.

Entre os determinantes são de realçar as elevadas frequências de sedentarismo nos tempos livres (44,8%), o consumo arriscado de bebidas alcoólicas, reportado por 33,8% da população masculina, ou a exposição ambiental ao fumo do tabaco que afetava 12,8% da população.

Na área preventiva, a elevada proporção da população feminina entre os 50 e os 69 anos que reportou ter realizado mamografia nos 2 anos anteriores (94,8%), em particular quando referia ter médico de família atribuído constitui um indicador positivo, pese embora a menor frequência na população desempregada (89,3%). Já a consulta de saúde oral no ano anterior, reportada por um pouco mais de metade da população (51,3%), verificando-se valores mais baixos entre os 65 e 74 anos (43,8%), ou a pesquisa de sangue oculto nas



fezes nos 2 anos anteriores, estimada em 45,7%, e a não realização deste exame na vida (44,2%) revelaram valores muito baixos a nível nacional.

A identificação de grupos com indicadores de saúde distribuídos de forma diferente a nível regional, ou nos subgrupos populacionais analisados, fornece informação útil na priorização das intervenções e na quantificação de potenciais ganhos de saúde, como a população mais idosa, menos escolarizada ou desempregada que surgem, de modo geral, com indicadores de saúde mais desfavoráveis.

Os próximos passos no Projeto Pré-definido têm como finalidade promover a investigação epidemiológica no país, concretizada na exploração adicional da base de dados e da coleção de material biológico, em iniciativas a promover pelo INSA, IP de forma inclusiva e transparente, desde logo em colaboração continuada com as regiões, bem como com outros parceiros nacionais e internacionais, designadamente equipas e peritos em cada área de análise, o Instituto Norueguês de Saúde Pública e a rede EHES.

Considerações finais

O Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) é o primeiro inquérito de saúde a produziu indicadores de saúde representativos da população portuguesa a nível nacional e de cada uma das suas 7 regiões, utilizando a metodologia preconizada pelo European Health Examination Survey (EHES).

O processo do inquérito INSEF envolveu 7 instituições regionais de saúde em Portugal, e 2 Institutos Públicos de Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, órgão do Ministério da Saúde, e o Instituto Norueguês de Saúde Pública. 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.

As diferenças observadas em vários indicadores de saúde permitem justificar maior atenção das intervenções de saúde quer sobre algumas áreas do estado de saúde, como o colesterol total superior a 190 mg/dl medido em 52,3% da população, a hipertensão arterial que afetava 38% da população, a obesidade (28,7%) e a diabetes (9,8%).



Entre os determinantes é relevante a elevada frequência de sedentarismo nos tempos livres que afetava 44,8% da população, o consumo arriscado de bebidas alcoólicas, reportado por 33,8% da população masculina, ou a exposição ambiental ao fumo do tabaco que afetava 12,8, % da população.

Na área preventiva, a realização de mamografia foi reportada por uma elevada proporção da população feminina entre os 50 e os 69 anos (94,8%) em particular quando era referido ter médico de família atribuído, embora menos frequentemente pelas desempregadas (89,3%). Já a consulta de saúde oral no ano anterior foi reportada por apenas um pouco mais de metade da população (51,3%), verificando-se valores mais baixos entre os 65 e 74 anos (43,8%). De igual forma, a pesquisa de sangue oculto nas fezes nos 2 anos anteriores à entrevista (45,7%), e a não realização deste exame na vida (44,2%) revelaram valores muito baixos a nível nacional.

A identificação de grupos com indicadores de saúde distribuídos de forma diferente a nível regional, ou nos subgrupos populacionais analisados, fornecem informação útil na priorização das intervenções e na quantificação de potenciais ganhos de saúde, como a população mais idosa, menos escolarizada ou desempregada.

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, IP, com as regiões e outros parceiros nacionais e internacionais, designadamente equipas e peritos em cada área de análise, o Instituto Norueguês de Saúde Pública e a rede EHES, assim como, por outro lado, promover a sua discussão entre os decisores, os profissionais de saúde, os investigadores e a população em geral, contribuindo para a sua tradução aplicada à prática em saúde pública.