

José Poças
Médico Internista e Infeciologista
CHS HSB Setúbal

“DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS: REALIDADES E DIFICULDADES”



“ According to the World Economic Forum’s 2010 Global Risks report, NCDs pose a greater threat to global economic development than fiscal crisis, natural disasters, corruption or infectious diseases. ”

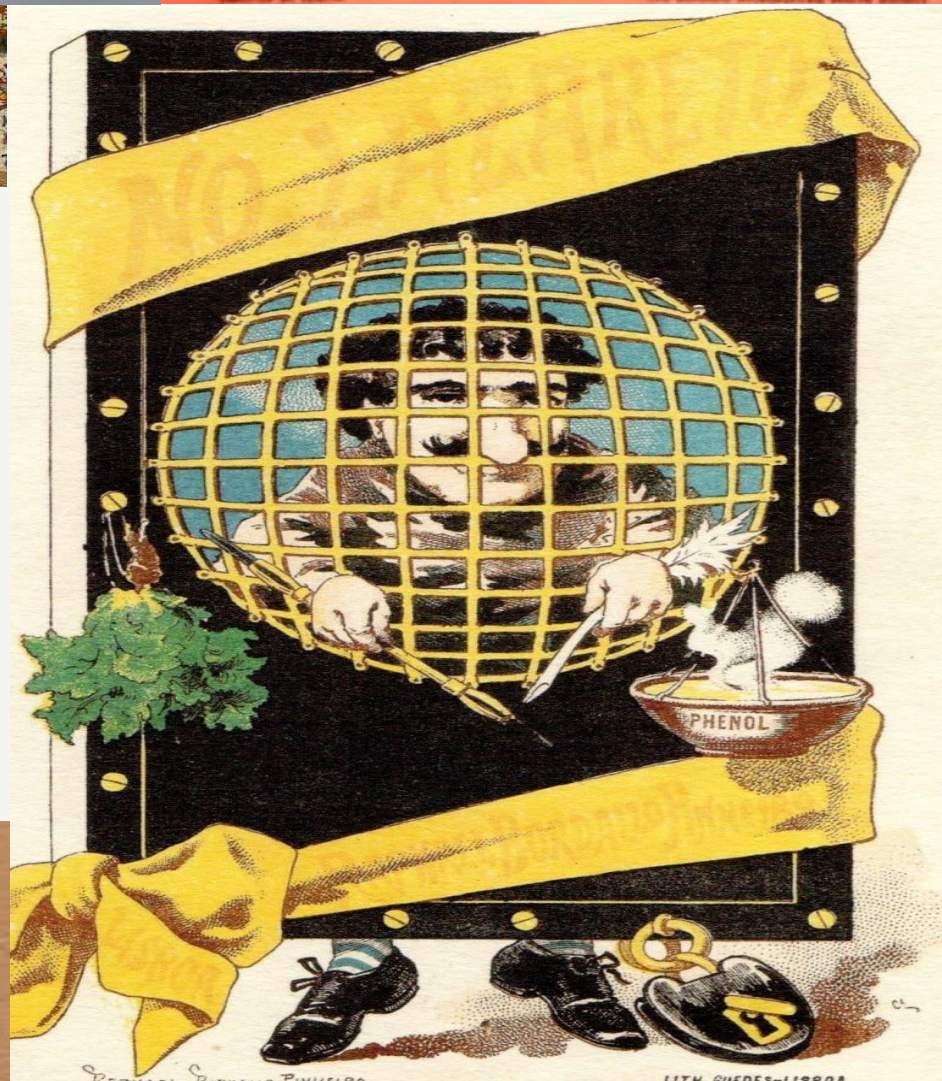




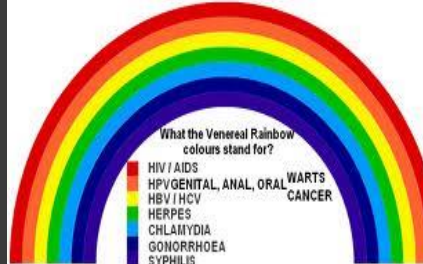
REALITY
LEAVES A LOT TO THE
IMAGINATION.

Imagine all the people living life in peace. You may say I'm a dreamer, but I'm not the only one. I hope someday you'll join us, and the world will be as one.

- John Lennon



DDOs DGS 2008: I



2.1.5 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

a) Total de casos declarados e respectiva taxa de incidência, por tipo de doença, Portugal, 1995, 2006-2008

Doenças (Lista Básica da CID-10)	1995		2006		2007		2008	
	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)
Total	12925	128,7	4350	41,2	4020	37,8	3501	33,0
Febre tifóide e paratifóide (A01)	426	4,2	52	0,5	43	0,4	23	0,22
Outras salmoneloses (A02)	199	2,0	415	3,9	461	4,3	347	3,27
Tuberculose do aparelho respiratório (A15,A16)	4584	45,7	2478	23,4	2219	20,9	2004	18,87
Tuberculose das meninges e sist. nervoso central (A17)	41	0,4	38	0,4	30	0,28	27	0,25
Tuberculose miliar (A19)	71	0,7	102	1,0	88	0,8	75	0,71
Brucelose (A23)	915	9,1	95	0,9	75	0,7	56	0,53
Leptospirose (A27)	37	0,4	41	0,4	39	0,4	20	0,19
Tétano (A34,A35)	28	0,3	-	-	9	0,1	1	0,01
Tosse convulsa (A37)	19	0,2	22	0,2	21	0,2	69	0,65
Infecção meningocócica (A39, exclui A39.0)	70	0,7	42	0,4	31	0,3	33	0,31
Meningite meningocócica (A39.0)	113	1,1	73	0,7	61	0,6	29	0,27
Sífilis congénita (A50) ***	-	-	14	0,1	21	0,2	14	0,14
Sífilis precoce (A51)	218	2,2	127	1,2	112	1,1	101	0,95
Infecções gonocócicas (A54)	73	0,7	55	0,5	74	0,7	67	0,63
Febre escarionodular (A77.1)	764	7,6	362	3,4	182	1,7	171	1,61
Sarampo (B05)	192	1,9	-	-	-	-	1	0,01
Hepatite por vírus "A" (B15)	339	3,4	45	0,4	17	0,2	21	0,20
Hepatite por vírus "B" (B16)	993	9,9	42	0,4	64	0,6	53	0,50
Hepatite p/vírus "C" (B17.1) *	437	4,4	88	0,8	57	0,5	46	0,43
Hepatite p/outros vírus especificados (B17, exclui B17.1)*	24	0,2	...	...	...	...	2	0,02
Hepatite p/vírus não especificados (B19)	190	2,1	4	0,04	...	...	1	0,01
Parotidite epidémica (B26)	2229	22,2	193	1,8	191	1,8	140	1,32
Sezonismo (Malária, B50 a B54) **	81	0,8	42	0,4	43	0,3	45	0,42
Equinococose (Hidatidose, B67)	39	0,4	10	0,1	10	0,1	4	0,04
Rubéola (B06, exclui P35.0)	125	1,2	9	0,1	6	0,06	4	0,04
Outras	175	1,7	155	1,5	163	1,5	147	1,4

* De declaração obrigatória a partir de 1993.

** Casos importados.

*** De declaração obrigatória a partir de 1999.

Fonte: DGS/ DSEES, Doenças de Declaração Obrigatória

DDOs DGS 2008: II



2.1.5 DOENÇAS DE DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA

b) Total de casos declarados (1) e respectiva taxa de incidência, por regiões e sub-regiões de saúde e regiões autónomas, 1995, 2006-2008

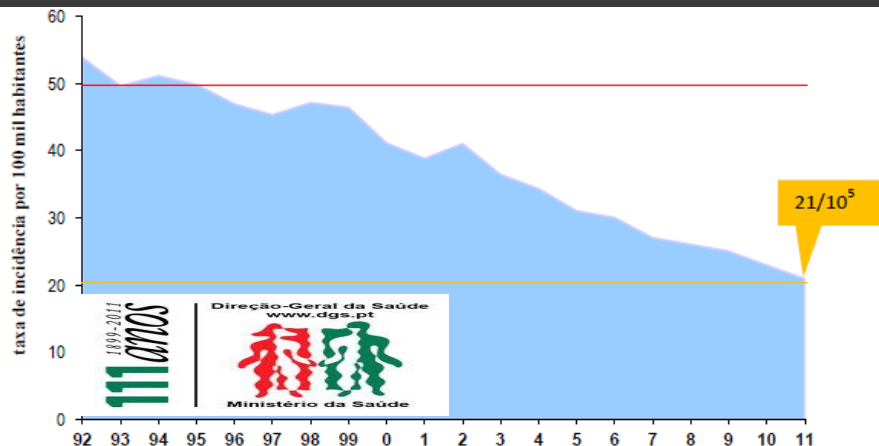
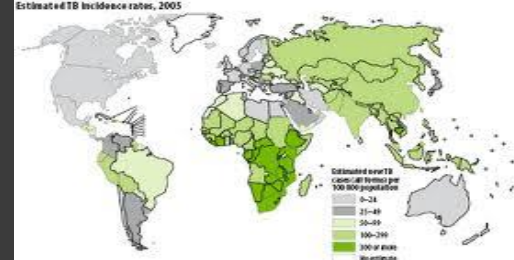
Regiões e Sub-regiões de Saúde e Regiões Autónomas	1995		2006		2007		2008	
	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)	Nº	Taxa (%000)
Portugal	8232	82,0	1886	17,8	1683⁽²⁾	15,9	1395⁽²⁾	13,1
Continente	7603	79,6	1813	17,9	1624	16,0	1350	13,3
RS Norte	1681	54,0	537	16,3	521	15,8	448	13,6
Braga	230	29,2	109	12,7	114	13,2	106	12,3
Bragança	277	180,4	43	30,0	51	35,7	31	21,9
Porto	713	42,1	302	16,6	280	15,4	261	14,3
Viana do Castelo	170	68,0	36	14,3	48	19,1	20	8,0
Vila Real	291	126,5	47	21,5	28	12,8	30	13,9
RS Centro	2953	126,0	489	20,2	368	15,2	306	12,7
Aveiro	395	58,3	126	17,2	128	17,4	94	12,8
Castelo Branco	258	122,0	50	24,9	37	18,5	28	14,1
Coimbra	526	121,7	102	23,4	67	15,4	74	17,1
Guarda	195	105,9	40	23,0	18	10,4	14	8,2
Leiria	407	92,6	105	22,0	55	11,5	59	12,3
Viseu	1172	294,1	66	16,7	63	16,0	37	9,4
RS Lisboa e Vale Tejo	1996	60,8	581	16,4	544	15,3	466	13,1
Lisboa	1193	57,1	380	17,1	368	16,5	326	14,6
Santarém	344	76,3	68	14,6	41	8,8	47	10,1
Setúbal	459	61,8	133	15,7	135	15,9	93	10,9
RS Alentejo	531	115,6	125	28,1	91	20,6	74	16,8
Beja	169	104,4	59	38,2	35	22,8	25	16,4
Évora	208	122,9	35	20,5	15	8,8	29	17,1
Portalegre	154	120,2	31	25,9	41	34,5	20	17,0
RS Algarve	442	124,1	81	19,2	100	23,6	56	13,1
Faro	442	124,1	81	19,2	100	23,6	56	13,1
RA Açores	591	247,6	64	26,3	48	19,7	36	14,7
RA Madeira	38	15,3	9	3,7	10	4,1	8	3,2

(1) Não inclui as notificações dos casos de tuberculose.

(2) Inclui 1 caso de residente no estrangeiro.

Fonte: DGS/DSIA/DSEES, Doenças de Declaração Obrigatória

Tuberculose DGS 2011: I



CASOS DE TUBERCULOSE - NOVOS E RETRATAMENTOS - POR DISTRITO DE RESIDÊNCIA

Tabela 2a. Casos de Tuberculose notificados em 2010 (avaliação definitiva março 2012)

NUTS I/distrito	Total de casos		Casos novos		Retratamentos	
	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100 000 habitantes	N.º	Taxa por 100000 habitantes
Portugal	2626	24,7	2438	22,9	188	1,8
Continente	2581	25,4	2394	23,6	187	1,8
Aveiro	147	20,0	142	19,3	5	0,7
Beja	30	20,1	30	20,1	0	0,0
Braga	147	17,0	140	16,2	7	0,8
Bragança	33	23,8	32	23,1	1	0,7
Castelo Branco	32	16,5	30	15,4	2	1,0
Coimbra	42	9,8	40	9,3	2	0,5
Évora	17	10,1	17	10,1	0	0,0
Faro	127	29,1	117	26,8	10	2,3
Guarda	18	10,7	17	10,1	1	0,6
Leiria	56	11,6	53	11,0	3	0,6
Lisboa	806	35,9	746	33,2	60	2,7
Portalegre	20	17,4	19	16,6	1	0,9
Porto	632	34,6	573	31,3	59	3,2
Santarém	65	14,0	59	12,7	6	1,3
Setúbal	246	28,3	232	26,7	14	1,6
Viana do Castelo	63	25,2	53	21,2	10	4,0
Vila Real	56	26,3	51	24,0	5	2,3
Viseu	44	11,3	43	11,0	1	0,3
R. A. Açores	19	7,7	Não disponível			
R. A. Madeira	26	10,5	25	10,1	1	0,4

Fonte: Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose (SVIG-TB) Direção-Geral da Saúde; INE: População média residente 2010.

Figura 1. Taxa de Incidência: evolução em 20 anos (1992-2011). Verifica-se um decréscimo sustentado desde 2002, sendo o valor preliminar, em 2011, de 21 novos casos por 100 mil habitantes. Acima da linha encarnada considera-se alta incidência, abaixo da linha laranja situam-se os valores de baixa incidência.

Definição de Caso	Número absoluto	Proporção	Taxa por 100 mil
Casos Novos	2231	93,4%	21
Retratamentos por recidiva	138	5,8%	1,3
Outros retratamentos	19	0,8%	0,18
Novos + Retratamentos	2388	100%	22,5

<i>País de origem (comunidades com mais de 20 casos detectados)</i>	<i>Nº de casos notificados em 2011</i>	<i>Risco de TB relativamente à população geral</i>
Brasil	38	1,5 x mais
Roménia	24	3 x mais
Cabo Verde	66	7 x mais
Guiné-Bissau	66	15 x mais
Angola	82	16 x mais
Moçambique	18	24 x mais
Todos os países	372	4 x mais

Tabela 1. Casos de TB notificados em Portugal em 2011. Dados de fevereiro de 2012.

Tabela 4. Casos notificados em estrangeiros em 2011 e risco relativo por comunidades residentes em Portugal.

Tuberculose DGS 2013: I

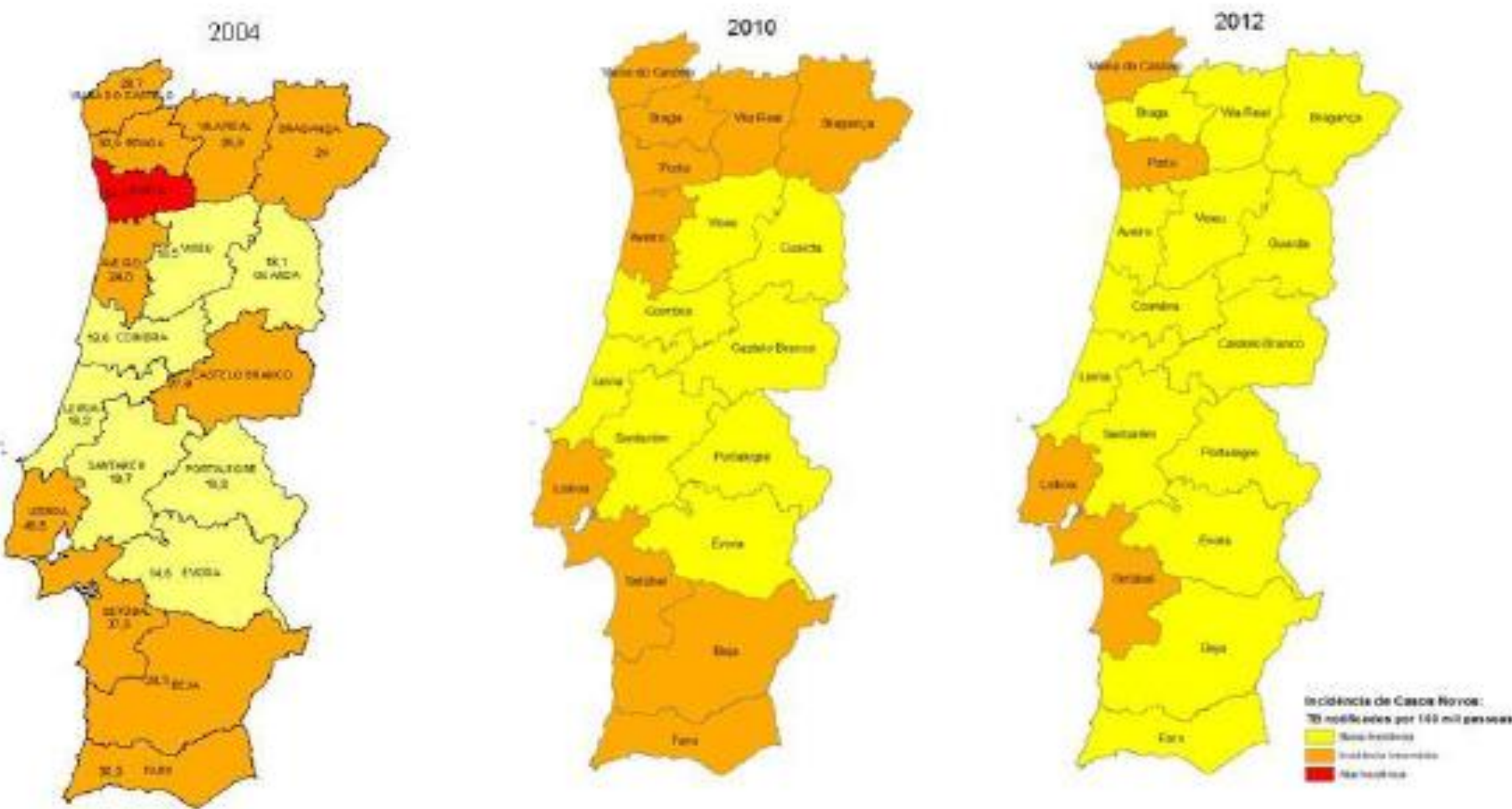
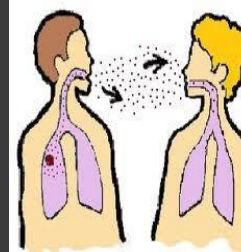
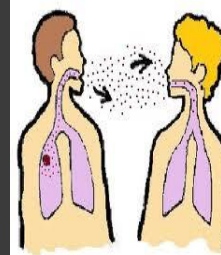


Figura 2. Taxa de Incidência de TB notificados por 100 mil pessoas, por distrito, desde 2004.

Tuberculose DGS 2013: II



1899-2017
111 anos

NUTS I distrito	Total de Casos		Casos Novos		Retratamentos	
	Nº	Taxa por 100.000 habitantes	Nº	Taxa por 100.000 habitantes	Nº	Taxa por 100.000 habitantes
Portugal	2480	23,48	2286	21,64	194	1,87
Continente	2437	24,25	2244	22,33	193	1,92
Aveiro	143	20,02	136	19,04	7	0,98
Beja	21	13,74	20	13,09	1	0,65
Braga	151	17,80	140	16,51	11	1,29
Bragança	23	16,88	23	16,88	0	0,00
Castelo Branco	17	8,66	16	8,15	1	0,51
Coimbra	51	11,86	48	11,16	3	0,70
Évora	15	8,99	13	7,79	2	1,20
Faro	94	20,84	87	19,29	7	1,55
Guarda	18	11,18	18	11,18	0	0,00
Leiria	21	4,46	20	4,25	1	0,21
Lisboa	755	33,55	682	30,30	73	3,25
Portalegre	16	13,50	14	11,81	2	1,69
Porto	669	36,81	615	33,84	54	2,97
Santarém	82	18,07	75	16,53	7	1,54
Setúbal	202	23,73	192	22,55	10	1,18
Viana do Castelo	68	27,77	62	25,32	6	2,45
Vila Real	31	15,00	27	13,06	4	1,94
Viseu	60	15,88	56	14,83	4	1,05
R. A. Açores	16	6,48	16	6,48	0	0,00
R. A. Madeira	27	10,08	26	9,71	1	0,37

Tabela 2. Casos de Tuberculose – novos e retratamentos – por distrito de residência, notificados em 2012 (avaliação provisória março 2013)

Tuberculose DGS 2013: III



1899-2017
111 anos

Continente	Total	Entrados há menos de 2 anos
	Nº absoluto (%)	Nº absoluto (%)
Africa	252 (65,5%)	45 (60,0%)
América - Sul	40 (10,4%)	6 (1,3%)
Ásia	29 (75,3%)	9 (12,0%)
Europa		
Occidental	18 (46,8%)	6 (8,0%)
Oriental	45 (11,7%)	9 (12,0%)
Desconhecido	1 (0,3%)	
Total	385	75

Tabela 3. Número de casos de tuberculose em cidadãos estrangeiros por continente

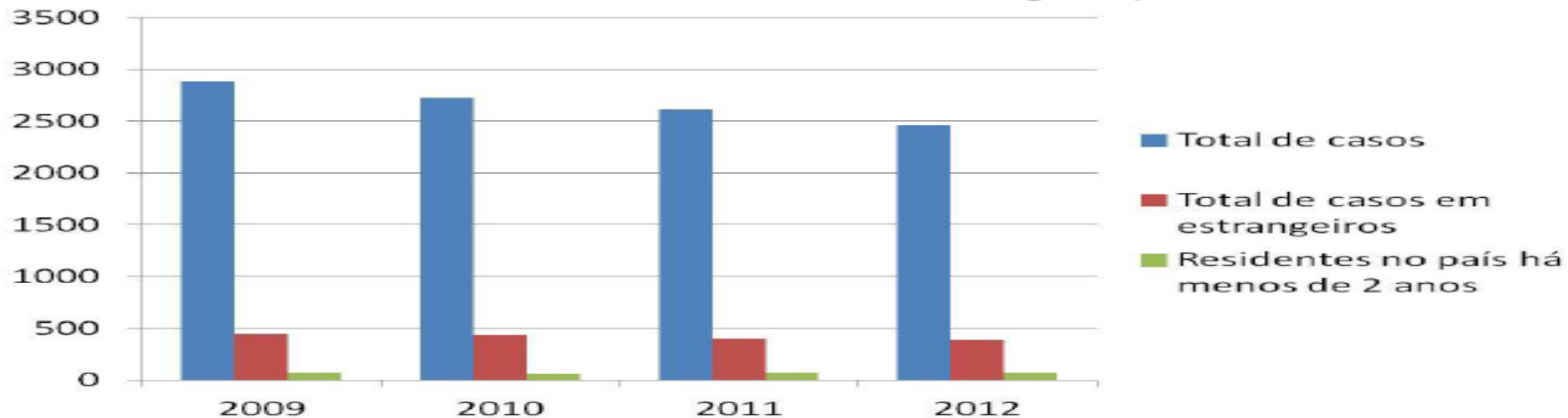


Figura 4. Evolução do número de casos de TB em cidadãos estrangeiros no período 2009-2012

Tuberculose DGS 2013: IV

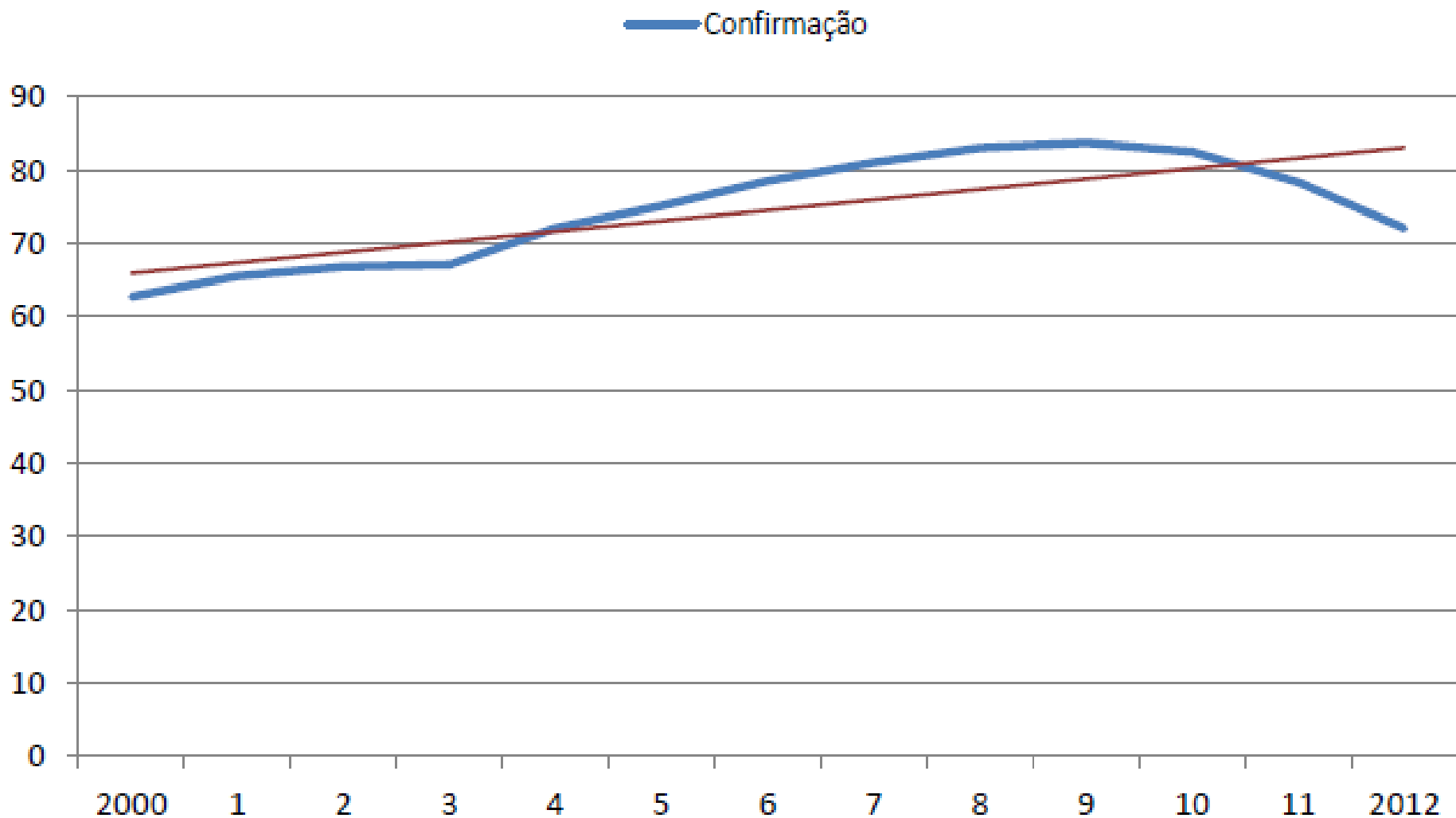


Figura 11. Proporção de casos confirmados entre os casos de tuberculose pulmonar não multirresistente

Tuberculose Cura DGS 2013: V

1809-2017
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

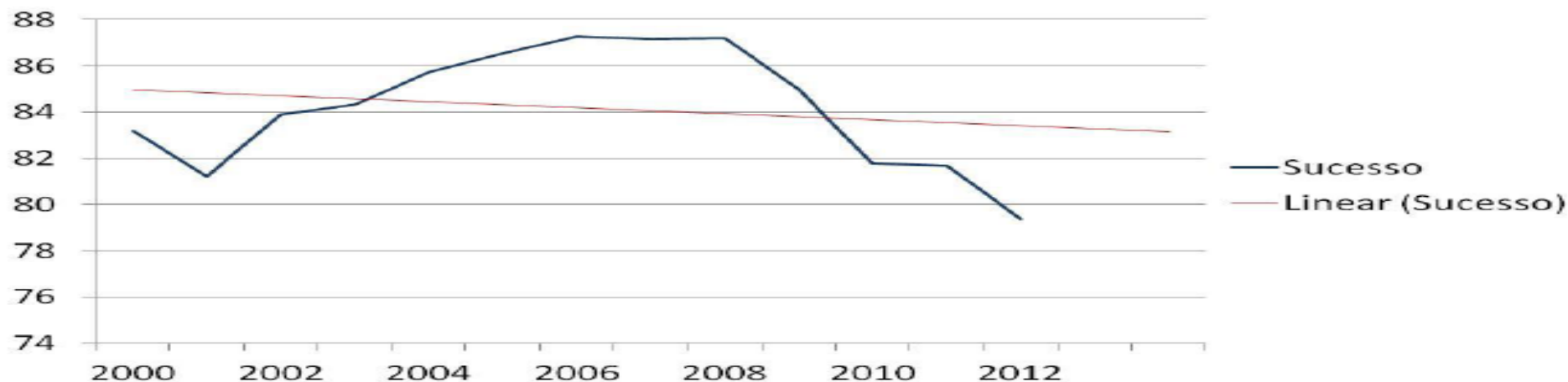


Figura 12: Evolução da taxa de cura em doentes com tuberculose pulmonar (excluídos casos de tuberculose multirresistente).

Grupos de Risco	Cura avaliada em 2007	Cura avaliada em 2008	Cura avaliada em 2009	Cura avaliada em 2010
Sem risco	93%	91%	93%	82%
Imigrantes	76%	84%	87%	77%
Toxicodependentes	65%	70%	74%	64%
Infetados VIH	63%	70%	74%	58%
Sem abrigo	56%	69%	77%	53%

Indicador	Meta	Resultado Coorte 2009	Resultado Coorte 2010
Proporção dos casos bacilíferos	>50%	52,9 %	51%
Taxa de confirmação por cultura	>50%	68,5 %	67%
Taxa de cobertura do TSA	>80%	83,5 %	85,6%
Taxa de cobertura do Teste VIH	>80%	87 %	54%
Taxa de aplicação da TOD nos TBP D+	>80%	82,3 %	84%
Taxa de sucesso terapêutico (não TB MR)	>85%	87 %	77%
Taxa dos casos "ainda em tratamento" (não TB MR)	<2%	2,4 %	12,3%

Tuberculose Resistência DGS 2013: I

1899-2017
111 anos

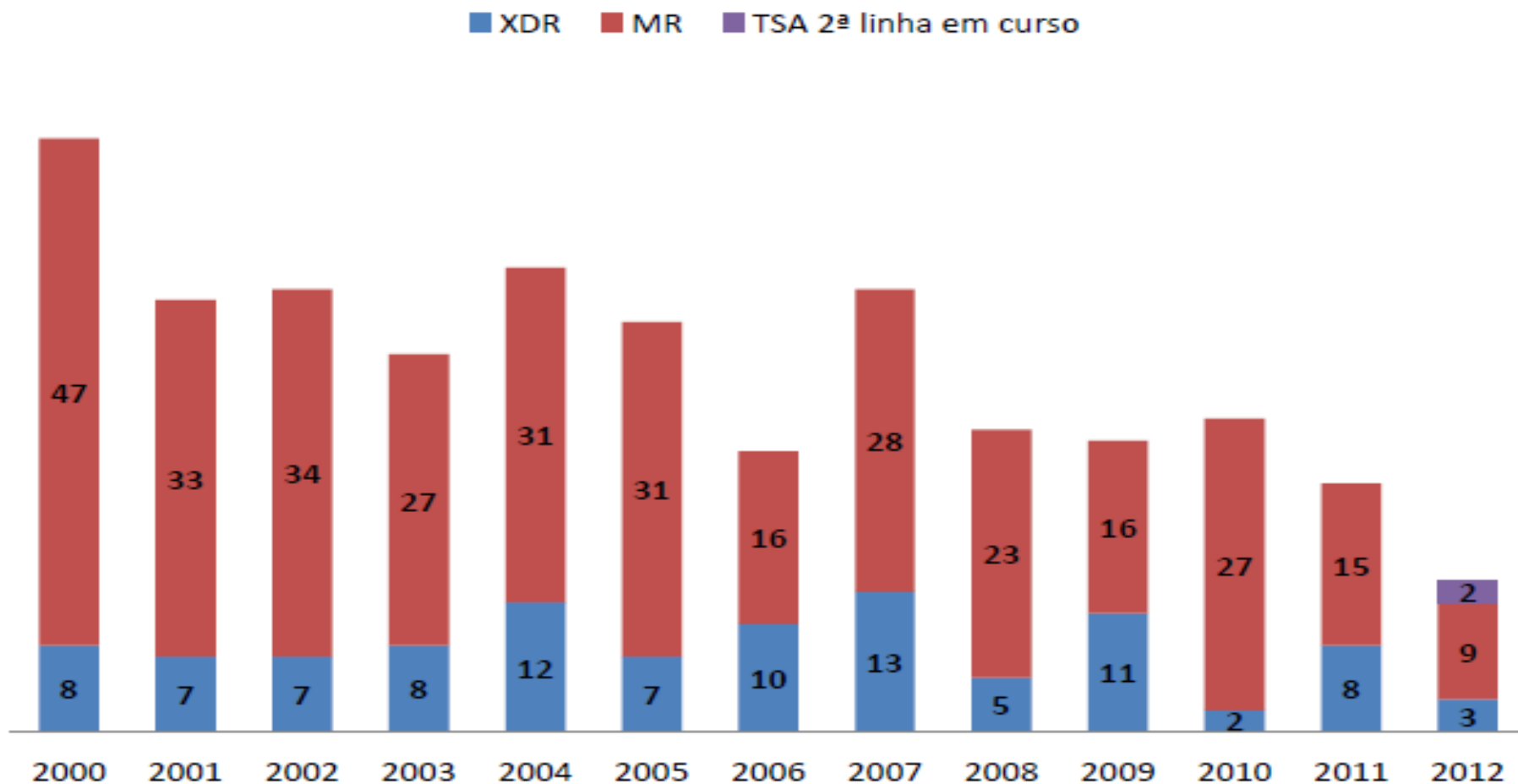


Figura 7. Número de casos incidentes de TB-MR por ano, de 2000-12, compreendendo a multirresistência limitada às drogas de 1ª linha (barras encarnadas) e a XDR (barras azuis) a soma das duas é o total de casos de TBMR

Tuberculose Resistência DGS 2013: VI

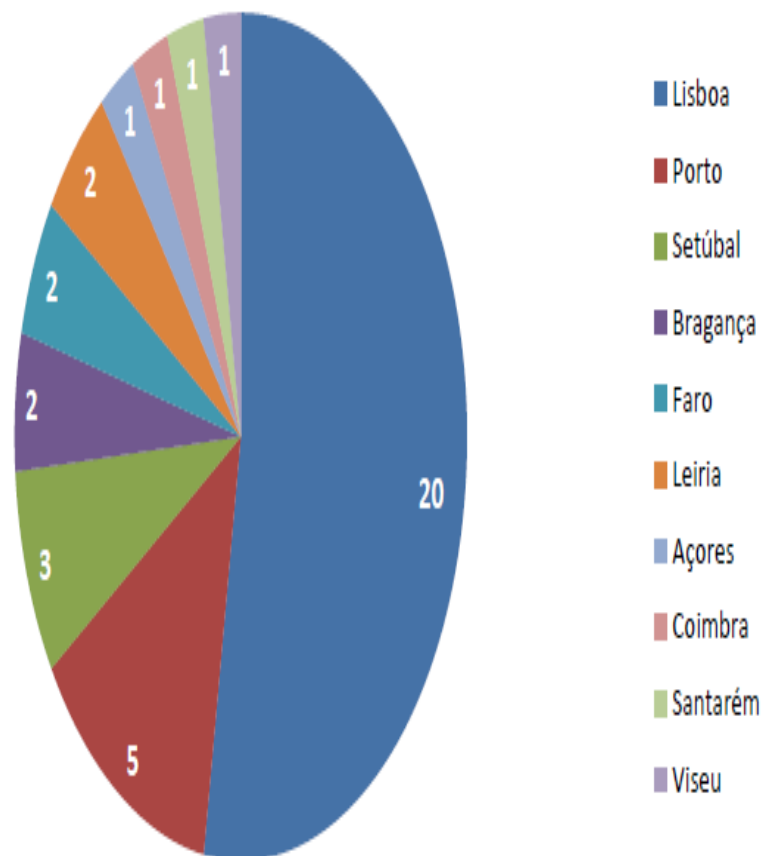


Figura 8. Número de casos prevalentes de TB-MR em dezembro de 2012, por distrito de residência.

Portuguesa Estrangeira

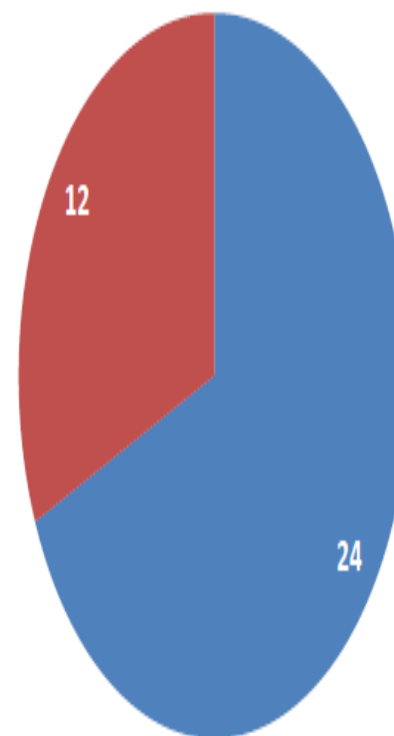


Figura 9. Número de casos prevalentes de TB-MR em dezembro de 2012, por nacionalidade.



HIV INSA 2011: I



Quadro 8 – SIDA

Quadro 8 – SIDA (VIH2)

Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*

Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*

01/01/1983 – 31/12/2011

01/01/1983 – 31/12/2011

Residência	Casos	Mortes
Portugal	16 450	7 700
Aveiro	393	195
Beja	88	35
Braga	422	185
Bragança	67	25
Castelo Branco	89	49
Coimbra	271	138
Évora	111	48
Faro	652	295
Guarda	60	33
Leiria	350	173
Lisboa	6 857	3 160
Portalegre	43	14
Porto	3 763	1 972
Santarém	371	133
Setúbal	2 204	946
Viana do Castelo	117	59
Vila Real	107	44
Viseu	206	82
Açores	111	47
Madeira	168	67
Estrangeiro	121	64
África	74	39
Europa	30	16
América do Norte	7	2
América do Sul	10	7
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Não referida	309	92
Total	16 880	7 856

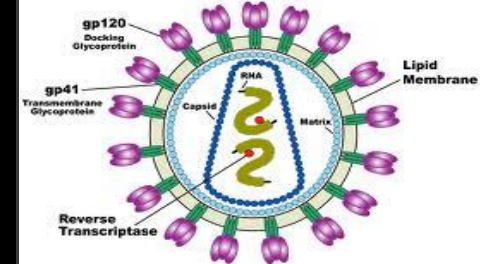
Residência	Casos	Mortes
Portugal	495	285
Aveiro	15	13
Beja	2	2
Braga	14	8
Bragança	8	6
Castelo Branco	5	4
Coimbra	11	9
Évora	1	1
Faro	16	11
Guarda	5	4
Leiria	5	2
Lisboa	249	126
Portalegre	1	1
Porto	62	39
Santarém	5	3
Setúbal	70	40
Viana do Castelo	3	2
Vila Real	3	2
Viseu	15	9
Açores	1	1
Madeira	4	2
Estrangeiro	15	9
África	15	9
Europa	0	0
América do Norte	0	0
América do Sul	0	0
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Não referida	17	8
Total	527	302

*Residência à data da notificação.

* Residência à data da notificação.



HIV INSA 2011: II



Quadro 8 – PA

Quadro 8 - Casos Sintomáticos Não - SIDA
Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*

01/01/1983 – 31/12/2011

Residência	Casos	Mortes
Portugal	4 057	529
Aveiro	112	15
Beja	38	6
Braga	111	9
Bragança	17	1
Castelo Branco	31	8
Coimbra	118	11
Évora	16	0
Faro	210	23
Guarda	15	2
Leiria	174	14
Lisboa	1 734	226
Portalegre	14	1
Porto	669	116
Santarém	76	15
Setúbal	422	54
Viana do Castelo	32	2
Vila Real	60	4
Viseu	45	6
Açores	49	8
Madeira	114	8
Estrangeiro	27	5
África	16	4
Europa	7	0
América do Norte	1	0
América do Sul	3	1
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Não referida	76	9
Total	4 160	543

* Residência à data da notificação.

Distribuição dos casos e mortes segundo a residência*

01/01/1983 – 31/12/2011

Residência	Casos	Mortes
Portugal	19 303	897
Aveiro	647	21
Beja	141	6
Braga	718	36
Bragança	78	0
Castelo Branco	114	2
Coimbra	439	13
Évora	123	5
Faro	1 224	79
Guarda	57	2
Leiria	485	16
Lisboa	7 412	337
Portalegre	82	1
Porto	3 984	237
Santarém	480	17
Setúbal	2 457	93
Viana do Castelo	113	4
Vila Real	131	5
Viseu	228	7
Açores	169	6
Madeira	221	10
Estrangeiro	78	1
África	59	0
Europa	15	1
América do Norte	0	0
América do Sul	4	0
Ásia	0	0
Oceania	0	0
Não referida	614	20
Total	19 995	918

* Residência à data da notificação.

Tuberculose / HIV / Reclusos DGS 2013: I

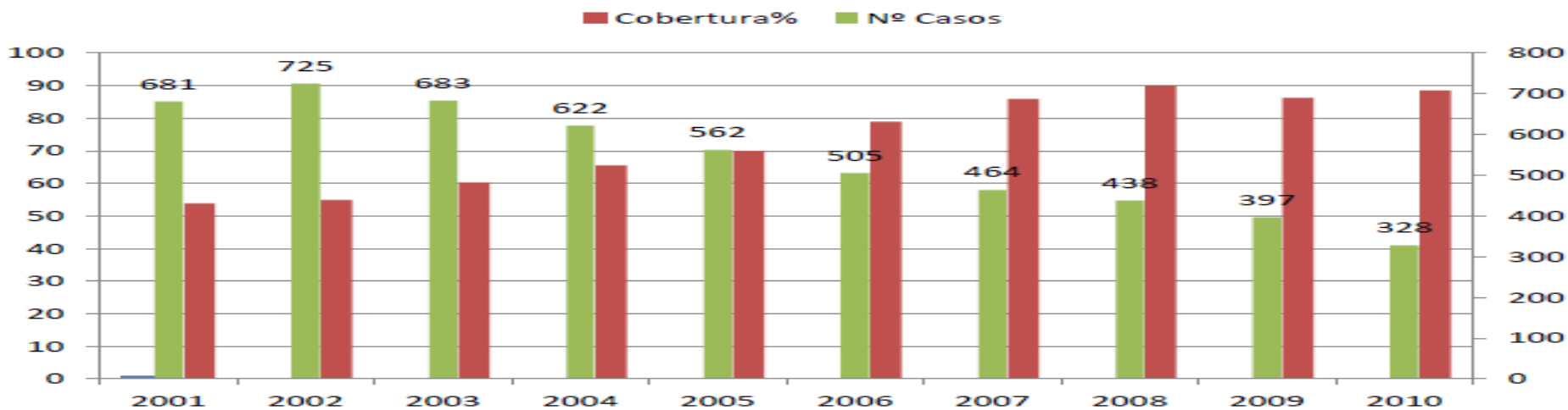


Figura 6. Número de casos notificados com VIH positivo: 2001-2010 (barras verdes) e evolução da taxa de cobertura do VIH. (Barras encamadas)

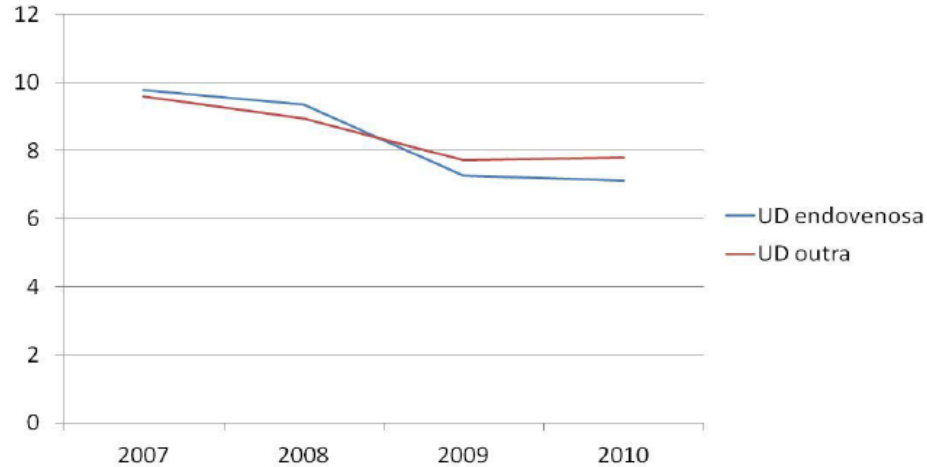
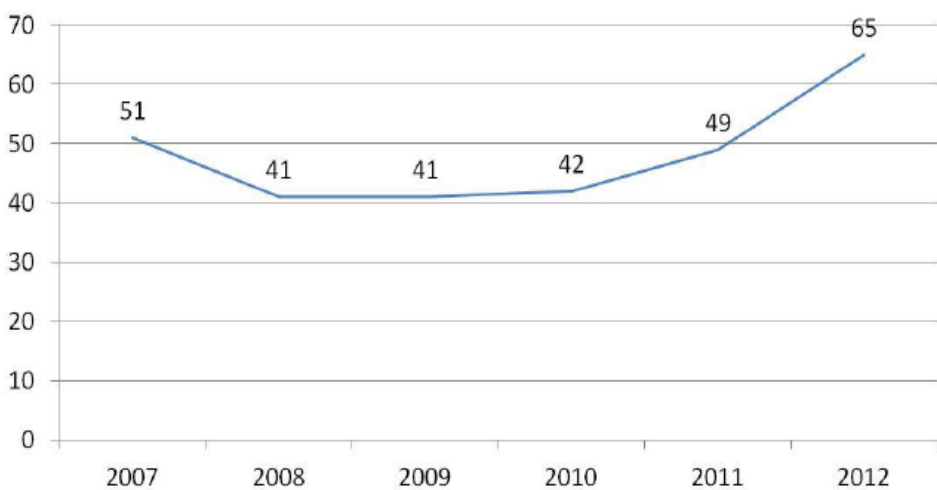
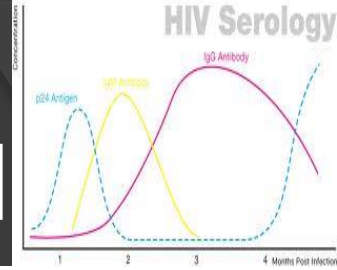


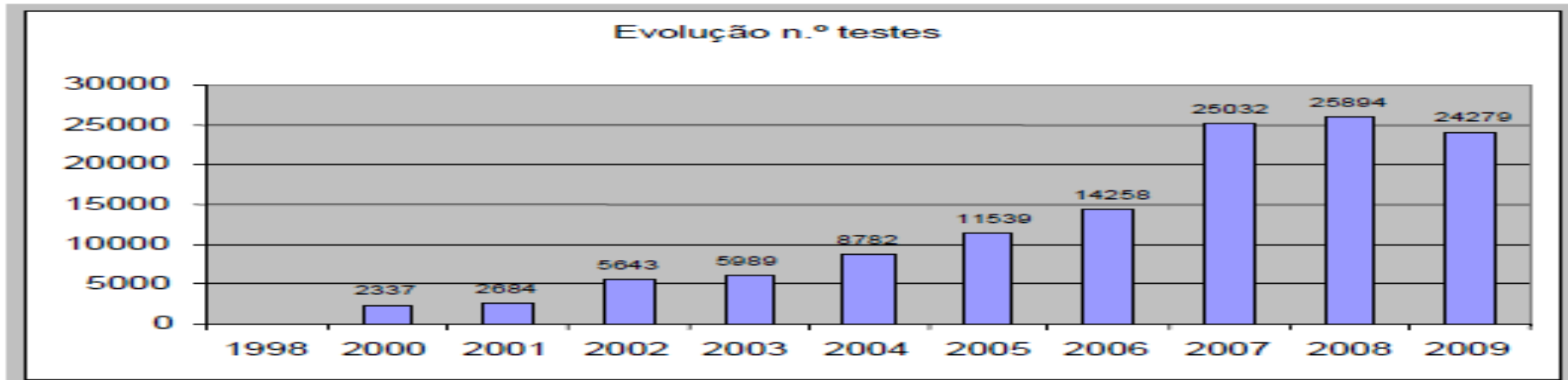
Figura 6. Proporção de utilizadores de drogas (por via endovenosa ou outra) entre os doentes com tuberculose

Figura 5: evolução dos casos de tuberculose notificados entre a população reclusa

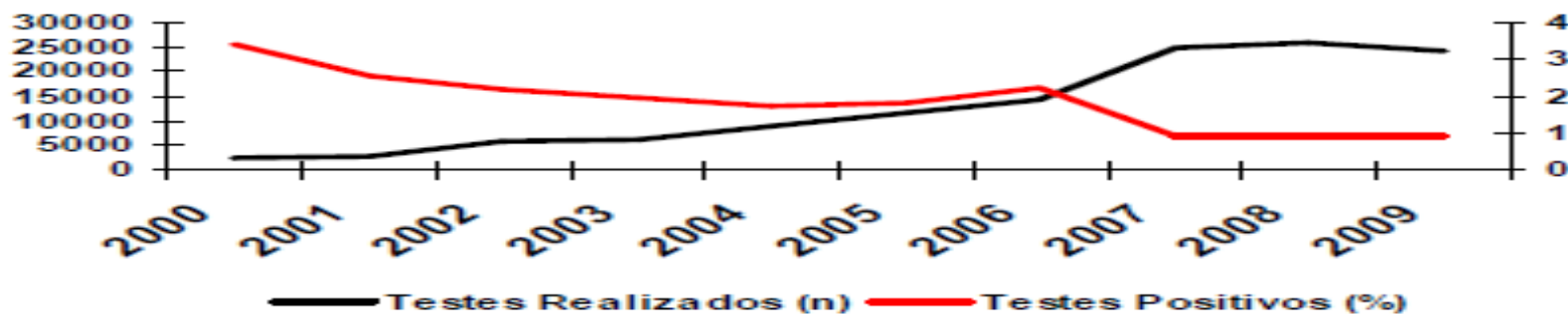
Testes Serológicos CADs 2009: I



Evolução do n.º de testes realizados
2000 – 2009



Evolução do n.º de testes realizados e do n.º de resultados positivos
2000 - 2009



Toxicodependência IDT 2011: I

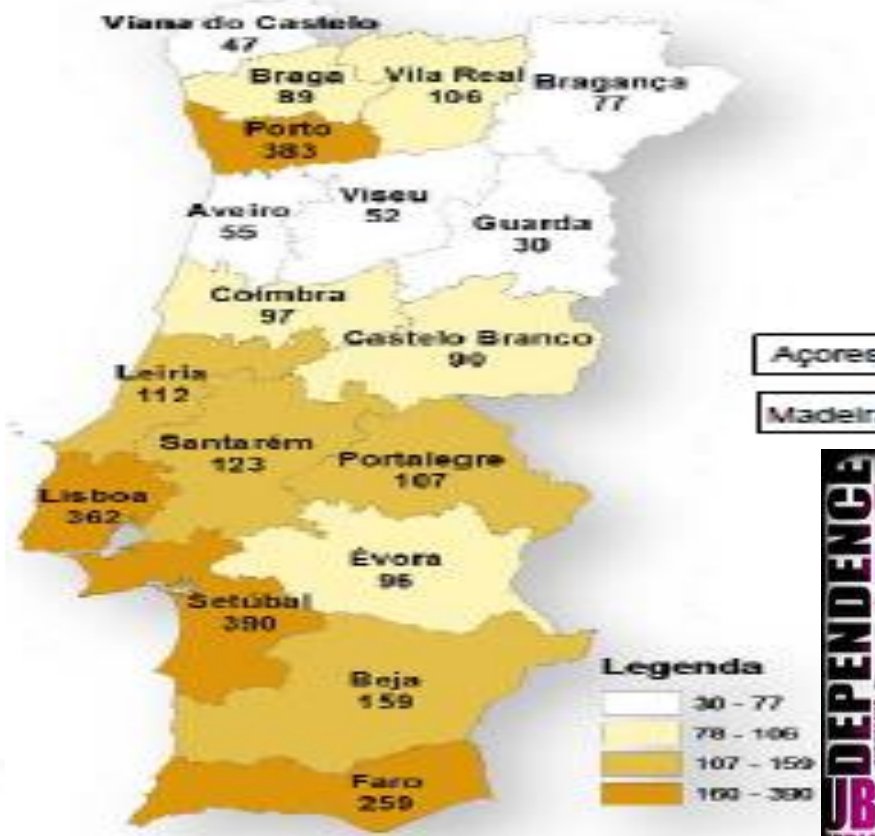
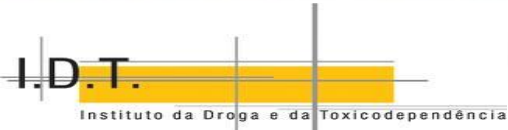


Figura 27 - Notificações de Casos de Infecção pelo VIH Associados à Toxicodependência,

por Zona Geográfica de Residência

01/01/1983 - 31/12/2011

taxas por 100 000 habitantes na faixa etária 15-64 anos



Açores - 51
Madeira - 35



www.shutterstock.com - 107504870

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.): DDI - URVE / Nucleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas, 31/12/2010 / Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.: DMFRI - NE



Distribuição de Seringas IDT 2010: I

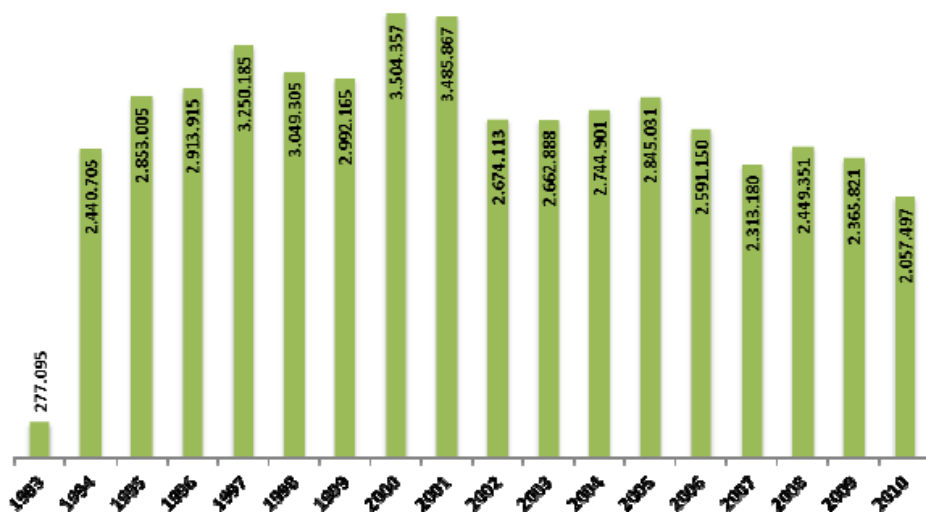


Gráfico 1 – Seringas recolhidas em Portugal nas estruturas participantes no PTS de Outubro 1993 a Dezembro de 2010

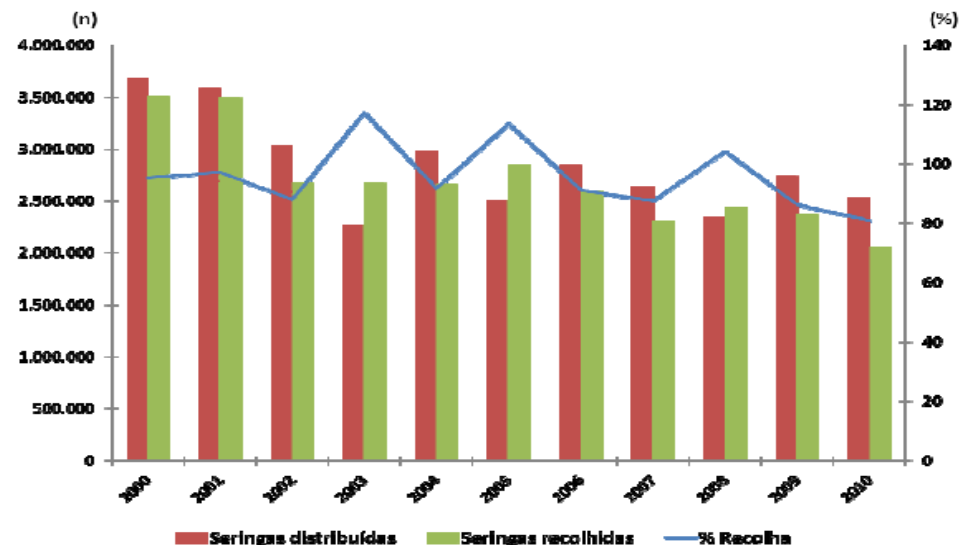
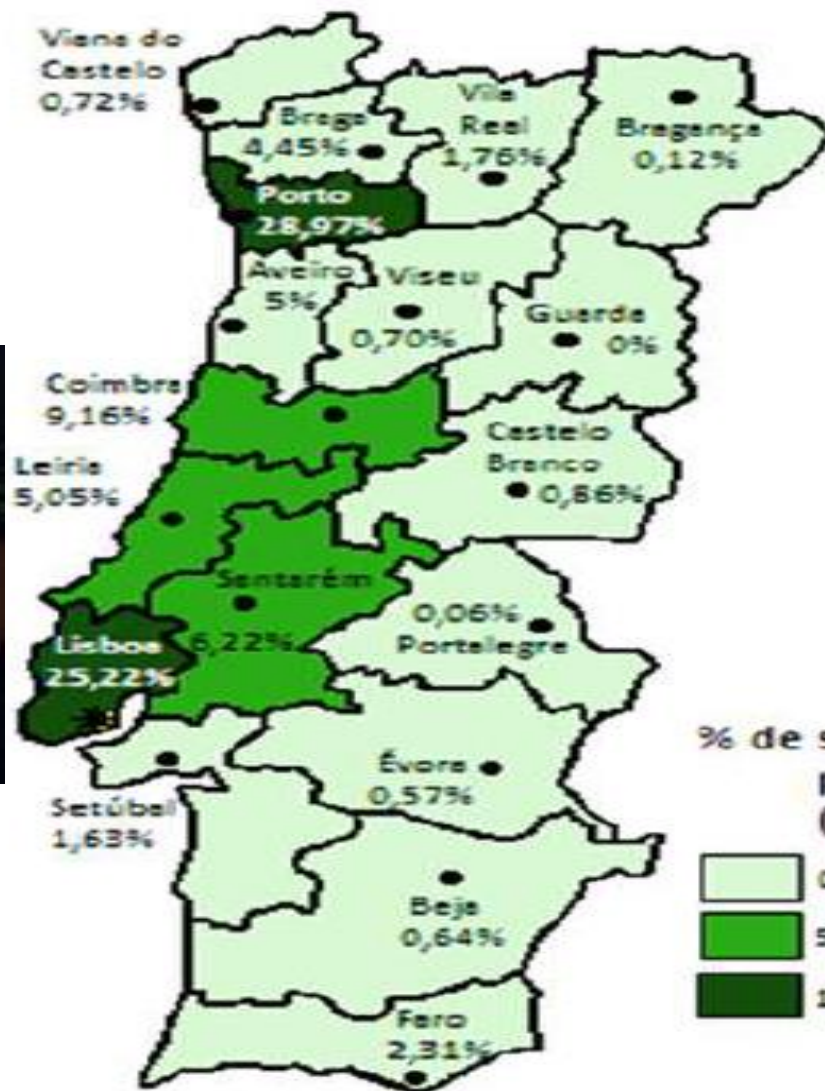


Gráfico 2 – Seringas recolhidas/distribuídas

Quadro I – Tempos de espera para a 1ª consulta, Programas Terapêuticos com Metadona, Desabituação e CT Pública

	TEMPO DE ESPERA MÉDIA A NÍVEL NACIONAL (EM DIAS)				TEMPO DE ESPERA RAZOÁVEL (EM DIAS)
	2006	2007	2008 (1º sem.)	2009 (1º sem.)	
1ª Consulta	16	7	9,1	6,5	10
Programa de Metadona	18	16,5	6,7	8,4	10
Desabituação	18	8,5	11,6	9	13
CT Pública	29	24,5	17,1	12,2	22

Distribuição de Seringas IDT 2010: II



% de seringas recolhidas por Distrito (Dez. 2010)

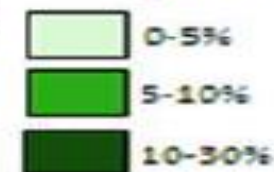


Figura 1 – Percentagem de seringas recolhidas por Distrito em Dezembro 2010

Morbilidade Hospitalar DGS 2008: I



2.1.8 MORBILIDADE HOSPITALAR

a) Total de doentes saídos dos hospitais segundo o sexo e demora média observada, por grupos de doenças (capítulos da CID-9), Continente, 2008

1899-2011
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Grupos de doenças (Capítulos da CID-9)	Doentes saídos (1)				DM (dias)
	HM	H	M	(%)	
Total	1684307	777270	907037	100,0	4,0
Doenças infecciosas e parasitárias (I)	21255	11879	9376	1,3	11,5
Tumores (II)	98800	44843	53957	5,9	8,0
Doenças glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo (III)	25613	9574	16039	1,5	7,3
Doenças do sangue e Orgãos hematopoiéticos (IV)	8039	3553	4486	0,5	8,2
Transtornos mentais (V)	22052	10814	11238	1,3	17,3
Doenças do sistema nervoso e Orgãos dos sentidos (VI)	109952	42140	67812	6,5	1,5
Doenças do aparelho circulatório (VII)	144209	75689	68520	8,6	7,3
Doenças do aparelho respiratório (VIII)	102480	57385	45095	6,1	8,0
Doenças do aparelho digestivo (IX)	113767	63908	49859	6,8	5,7
Doenças do aparelho geniturinário (X)	80524	29505	51019	4,8	4,5
Complicações da gravidez, parto e puerpério (XI)	103480		103480	6,1	3,4
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo (XII)	18947	10453	8494	1,1	4,6
Doenças sistema osteo-muscular e tecido conjuntivo (XIII)	43550	18009	25541	2,6	5,7
Malformações congénitas (XIV)	8797	5411	3386	0,5	4,6
Afecções perinatais (XV)	2235	1335	900	0,1	5,7
Sintomas, sinais e afecções mal definidas (XVI)	16148	9178	6970	1,0	2,9
Lesões e envenenamentos (XVII)	70167	36860	33307	4,2	9,6
Outras categorias	694292	346734	347558	41,2	0,7

Nota: Inclui informação dos hospitais do SNS (hospitais gerais e especializados, excluindo os hospitais psiquiátricos).

(1) Corresponde ao número de episódios de internamento. Estes dados não são comparáveis com aqueles que são apresentados no capítulo 3.

Fonte: MS, ACSS; DGS/ DSEES



Morbilidade Hospitalar DGS 2008: II

2.1.8 MORBILIDADE HOSPITALAR

b) Frequência de doentes saídos dos hospitais (por 1000 habitantes), segundo os grupos de doenças (capítulos da CID-9), por regiões e sub-regiões de saúde (de residência), 2008

Regiões e Sub-regiões de Saúde	Total	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Continente (1)	166,3	2,1	9,8	2,5	0,8	2,2	10,9	14,2	10,1	11,2
RS Norte	160,8	2,1	9,3	2,2	0,6	2,3	10,5	12,2	9,9	11,2
Braga	121,0	1,5	8,0	1,7	0,8	1,3	7,3	10,3	8,0	10,8
Bragança	257,3	3,0	12,1	4,6	1,2	3,5	16,1	19,9	16,8	17,5
Porto	163,5	2,1	9,4	2,2	0,5	2,6	11,8	11,7	9,3	10,5
Viana do Castelo	159,8	1,9	11,0	2,5	0,6	3,0	9,6	16,3	12,2	12,2
Vila Real	235,0	3,9	9,6	2,1	0,6	2,3	10,2	15,0	15,6	13,9
RS Centro	161,3	2,1	10,5	2,9	0,7	2,5	14,0	15,7	11,8	13,0
Aveiro	156,8	1,8	8,0	2,2	0,7	1,4	13,5	13,5	10,7	11,9
Castelo Branco	212,9	3,4	14,7	4,5	1,3	4,3	12,4	23,1	13,9	18,1
Coimbra	159,3	2,4	12,2	3,3	0,7	3,7	17,6	14,9	11,8	12,5
Guarda	140,6	1,8	13,3	3,0	0,7	3,1	11,1	17,3	11,1	12,9
Leiria	159,5	1,9	10,2	3,3	0,7	2,5	14,7	16,7	12,1	12,9
Viseu	156,9	1,8	10,1	2,6	0,7	1,9	12,2	15,1	12,5	13,3
RS Lisboa e Vale Tejo	172,7	2,2	9,9	2,6	1,0	1,9	8,4	14,8	9,2	10,1
Lisboa	166,5	2,4	9,7	2,6	1,1	1,9	7,9	14,3	9,5	9,9
Santarém	186,2	2,1	10,5	3,5	1,0	2,1	10,8	17,6	11,5	13,3
Setúbal	181,6	1,9	9,9	2,2	0,7	1,9	8,4	14,3	7,5	8,8
RS Alentejo	175,3	1,5	8,7	2,6	0,7	1,8	13,2	16,7	10,5	12,5
Beja	154,2	1,2	8,8	2,7	0,7	1,4	18,6	16,3	7,4	12,2
Évora	209,2	1,6	7,8	2,5	0,5	1,7	11,4	15,6	13,0	11,0
Portalegre	154,0	1,7	9,7	2,9	0,9	2,5	8,5	19,0	11,1	15,0
RS Algarve	173,6	2,0	9,6	2,2	0,9	2,4	14,0	14,4	9,2	9,6
Faro	173,6	2,0	9,6	2,2	0,9	2,4	14,0	14,4	9,2	9,6

(1) Inclui todos os casos, mesmo aqueles em que não há informação sobre o local de residência.

Algumas doenças infecciosas e parasitárias (I)
 Neoplasias (Tumores) (II)
 Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários (III)
 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (IV)
 Transtornos mentais e comportamentais (V)
 Doenças do sistema nervoso (VI)
 Doenças do olho e anexos (VII)
 Doenças do ouvido e da apófise mastóide (VIII)
 Doenças do aparelho circulatório (IX)

Fonte: MS, ACSS; DGS/ DSEES

1899-2011
111 ANOS

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Morbilidade Hospitalar DGS 2010: III



Tabela 3.2-2. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade em Portugal Continental, constantes das listas do Sistema Europeu de Vigilância Epidemiológica (TESSy) (2010)

DDO	DS	DI	DC	O	DM	DP	Med	DM\DC	DP\DC	Med\DC	%DC	%O
MENIGITE PNEUMOCÓCICA	75	1389	...	11	18.52	28.07	14	18.77	28.5	14	...	14.67
SEPTICÉMIA POR PNEUMOCÓCOS	10	268	0	...	26.8	22.06	19	26.8	22.06	19	0	...
INFECÇÃO POR PAPILOMA VÍRUS	21	4	20	0	0.19	0.87	0	4	-	4	95.24	0
CLAMÍDIA	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
HERPES SIMPLES	87	598	0	...	6.87	7.61	4	6.87	7.61	4	0	2.3
HIV/SIDA	722	12361	20	74	17.12	19.12	11	17.61	19.18	12	2.77	10.25
ESCHERICHIA COLI	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
GIARDIASE	3	30	0	0	10	12.12	3	10	12.12	3	0	0
CRUPTOSPORIDIOSE	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
LISTERIOSE	9	189	0	0	21	6.46	20	21	6.46	20	0	0
TULERÉMIA	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
TOXOPLASMOSE	57	1463	...	6	25.67	31.34	16	26.6	31.6	17	...	10.53
HEPATITE VIRAL CRÓNICA C	115	525	4	...	4.57	11.28	1	4.73	11.45	1	3.48	...
CAMPYLOBACTER	9	47	0	0	5.22	2.33	5	5.22	2.33	5	0	0
YERSINIA ENTEROCOLITICA	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE - SARS	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Total	1113	16908	47	96	15.19	19.85	9	15.86	20.05	10	4.22	8.63

DS – Doentes Saídos; DI – Dias de Internamento; DC – Day cases; O – Óbitos; DM – Demora Média; DP – Desvio-Padrão; Med – Mediana; \DC – Excluindo os Day cases

Doenças Profissionais DGS 2008: I



2.1.9 DOENÇAS PROFISSIONAIS

Número de casos de doenças profissionais certificadas, Continente, 2005-2008

1899-2011
111 ANOS

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Tipos de doenças	Número de casos por doença profissional			
	2005	2006	2007	2008
Total	3624	3577	3609	3173
Doenças provocadas por agentes químicos	12	12	11	103
Doenças do aparelho respiratório	257	232	263	174
Doenças cutâneas	109	145	66	12
Doenças provocadas por agentes físicos	3176	3129	3230	2826
Doenças infecciosas e parasitárias	23	36	23	27
Outras doenças (atípicas)	47	23	16	31

Nota: A informação contida neste quadro, não é comparável com a dos anos precedentes.

Fonte: MSST, Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade

Óbitos DGS 2008: I



2.5.3 ÓBITOS GERAIS

a) Total de óbitos segundo o sexo e grupos etários, por causas de morte (Capítulos da CID-10), Portugal, 2008

1899-2011
111 ANOS



Causas de morte (Capítulos da CID-10)	Total			Grupos etários						
	HM	H	M	<1	1-4	5-19	20-44	45-64	65-74	>=75
Total	104768	53742	48620	352	119	431	4606	14087	18605	64162
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (I)	2652	1529	1123	5	4	10	478	485	407	1263
Tumores (II)	24608	14608	10000	3	9	57	846	5933	6188	11572
Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários (III)	357	165	192	...	...	5	...	39	41	257
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (IV)	5126	2178	2948	9	5	12	65	413	996	3626
Transtornos mentais e comportamentais (V)	209	176	33	0	0	...	45	85	42	...
Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos (VI, VII e VIII)	2693	1208	1481	12	11	39	103	256	411	1857
Doenças aparelho circulatório (IX)	33811	15008	18803	3	5	17	341	2504	4662	26279
Doenças aparelho respiratório (X)	11580	6142	5438	...	...	12	127	568	1366	9501
Doenças aparelho digestivo (XI)	4583	2652	1931	...	0	...	223	1094	912	2344
Doenças da pele e tecido celular subcutâneo (XII)	24	...	...	0	0	0	...	0	...	...
Doenças sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (XIII)	265	115	150	0	0	4	14	45	42	160
Doenças do aparelho geniturinário (XIV)	2878	1396	1482	...	0	...	32	151	325	2368
Gravidez, parto e puerpério (XV)	4	0	4	0	0	0	4	0	0	0
Algumas afecções originadas no período perinatal (XVI)	191	107	84	191	0	0	0	0	0	0
Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossômicas (XVII)	181	95	86	81	12	12	36	...	...	...
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (XVIII)	11055	5413	5642	26	8	49	658	1459	1452	7403
Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (XIX)	4551	3117	1434	9	24	132	1041	1060	691	1594
ÓBITOS SEGUNDO A CAUSA EXTERNA	4551	3117	1434	9	24	132	1041	1060	691	1594
Acidentes (V01-X59)	1986	1432	554	...	...	97	549	462	271	578
Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84)	1038	794	244	0	0	14	246	322	200	256
Agressões (X85-Y09)	148	105	43	0	0	...	...	44	9	8
Eventos cuja intenção é indeterminada (Y10-Y34)	1149	673	476	...	...	12	155	189	167	622
Outras (Y35-Y98)	230	113	117	0	0	...	...	43	44	130

Óbitos DGS 2008: II

1899-2011
111 anos

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde



2.5.4 MORTALIDADE ESPECÍFICA

Número de óbitos e taxas de mortalidade específica para algumas causas de morte, Portugal, 2008

Causas de morte (CID 10 - Lista sucinta europeia)	Óbitos		
	(Nº)	(%)	Taxa (%000)
Doenças do aparelho circulatório (33)	33811	32,3	318,3
Doenças cérebro-vasculares (36)	14583	13,9	137,3
Cardiopatía isquémica (34)	7784	7,4	73,3
Tumores (neoplasias) (6)	24608	23,5	231,7
Laringe, Traqueia, brônquios e pulmão (15)	3681	3,5	34,7
Estômago (10)	2505	2,4	23,6
Próstata (21) *	1765	1,7	34,3
Mama feminina (17) *	1615	1,5	29,5
Doenças do aparelho respiratório (37)	11580	11,1	109,0
Pneumonia (39)	5145	4,9	48,4
Lesões auto provocadas voluntariamente (63)	1038	1,0	9,8
Doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais (26)	5126	4,9	48,3
Diabetes mellitus (27)	4278	4,1	40,3
Doenças do aparelho digestivo (42)	4583	4,4	43,1
Doenças crónicas do fígado (44)	1351	1,3	12,7
Causas externas (58)	4551	4,3	42,8
Acidentes (59)	1986	1,9	18,7
Acidentes de transporte (60)	1070	1,0	10,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias (1)	2652	2,5	25,0
SIDA (4)	717	0,7	6,7

* O cálculo da taxa específica tem por base a população do respectivo sexo (próstata = masculina e mama = feminina).

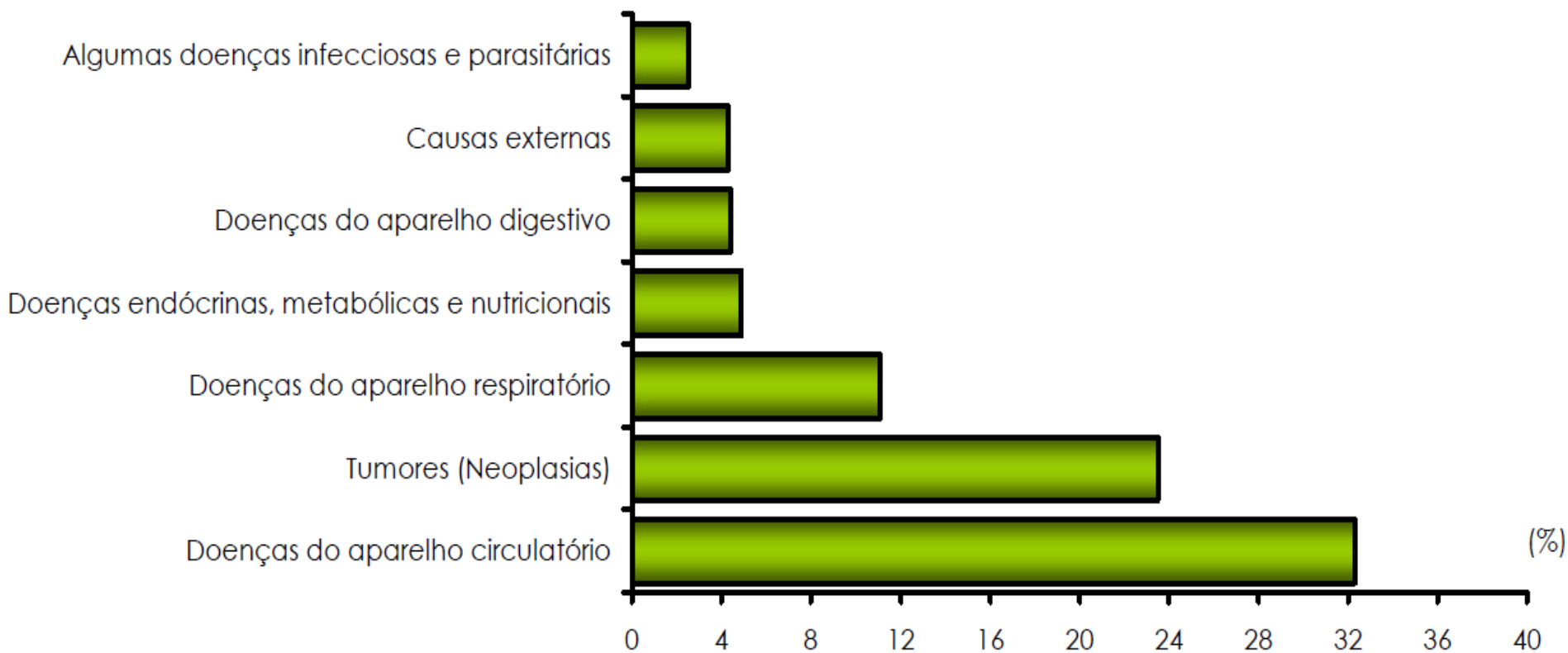
Fonte: INE, Estatísticas da Saúde; Estatísticas Demográficas; Estimativas da População Residente DGS/ DSEES

Óbitos DGS 2008: III



Gráfico N° 24

Distribuição percentual dos óbitos por algumas causas de morte, Portugal, 2008



Fonte: INE, Estatísticas da Saúde; Estatísticas Demográficas

DGS/ DSEES



Óbitos DGS 2008: IV

1899-2011
111 ANOS

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde



2.5.5 MORTALIDADE PADRONIZADA

Taxas de mortalidade padronizada (algumas causas de morte), por regiões e sub-regiões de saúde e regiões autónomas, 2008

(%000)

Regiões e Sub-regiões de Saúde e Regiões Autónomas	Causas de morte (Lista básica da CID-10)									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Portugal	613,0	155,4	76,8	64,5	43,5	26,5	23,5	10,4	3,7	8,5
Continente	604,7	154,4	76,3	64,2	42,6	25,5	22,6	10,1	3,7	8,6
RS Norte	586,6	153,6	80,9	74,9	29,3	23,0	23,5	11,7	4,2	6,2
Braga	562,6	151,2	80,6	70,5	23,8	18,1	20,6	12,1	3,9	7,9
Bragança	595,0	143,2	76,9	81,8	26,9	35,1	23,9	13,1	1,9	8,7
Porto	584,9	157,7	78,1	78,1	30,5	23,6	24,4	8,8	4,1	4,9
Viana do Castelo	599,6	144,7	93,1	53,9	37,7	23,4	23,9	18,6	4,6	9,2
Vila Real	654,0	152,7	87,8	86,3	31,7	22,5	24,3	24,2	6,3	6,0
RS Centro	645,7	154,7	84,0	75,1	32,0	32,2	25,5	13,0	4,8	10,8
Aveiro	564,6	142,7	67,0	64,9	28,9	30,5	23,4	10,2	4,7	9,4
Castelo Branco	636,9	152,1	72,3	98,6	33,7	25,2	23,3	13,5	2,9	9,3
Coimbra	577,3	137,9	78,5	57,5	27,5	34,6	21,1	11,3	3,5	11,5
Guarda	672,2	145,8	85,8	94,4	35,4	21,9	23,0	17,1	6,2	12,0
Leiria	621,4	147,5	81,0	69,7	29,4	28,6	27,5	10,2	4,9	13,8
Viseu	602,3	151,9	80,2	63,8	27,6	31,0	19,8	19,5	4,1	7,6
RS Lisboa e Vale Tejo	971,8	255,7	117,5	78,7	95,2	38,2	34,3	11,9	4,7	13,4
Lisboa	592,2	162,8	71,2	36,8	65,9	22,7	19,0	7,4	3,1	7,1
Santarém	620,9	147,7	77,4	79,7	33,3	24,4	27,0	10,6	2,6	10,4
Setúbal	630,0	158,1	74,5	63,5	58,1	25,8	23,5	5,9	2,6	10,6
RS Alentejo	677,7	158,1	79,5	57,7	61,5	25,0	30,8	10,5	3,7	13,8
Beja	750,1	170,6	89,6	70,2	74,0	31,6	31,3	11,7	3,2	16,5
Évora	624,8	150,5	71,7	45,0	55,5	14,2	29,4	9,0	3,4	13,9
Portalegre	660,9	153,1	77,7	59,9	54,1	31,4	32,3	11,1	4,7	10,0
RS Algarve	654,7	165,5	71,1	81,5	52,6	31,2	15,9	6,8	1,9	12,4
Faro	654,7	165,5	71,1	81,5	52,6	31,2	15,9	6,8	1,9	12,4
RA Açores	797,6	178,5	92,8	43,3	89,7	30,0	49,3	13,7	5,5	6,7
RA Madeira	874,4	187,4	86,0	97,4	47,7	79,9	45,6	21,5	3,7	6,5

1 – Todas as causas (A00-T98)

2 – Tumores malignos (C00-C97)

3 – Doenças cerebrovasculares (I60-I69)

4 – Sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte (R00-R99)

5 – Doença isquémica do coração (I20-I25)

6 – Pneumonia (J12-J18)

7 – Diabetes mellitus (E10-E14)

8 – Doença crónica do fígado e cirrose (K70, K73, K74)

9 – Bronquite crónica, bronquite não especificada, enfisema e asma (J40-J43, J45-J46)

10 – Acidentes de trânsito de veículo a motor (V02-V04; V09; V12-V14; V19-V79; V86-V89)



Anos de Vida Perdidos PNS 2012: I

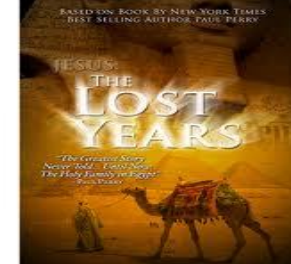
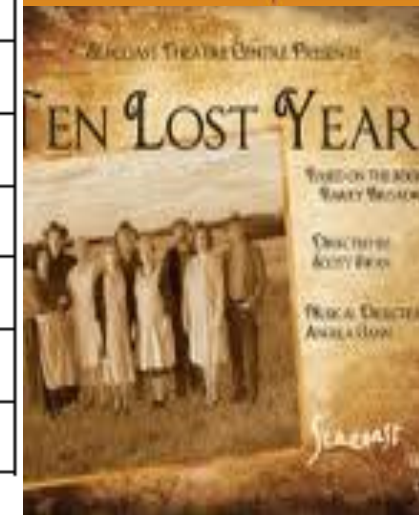
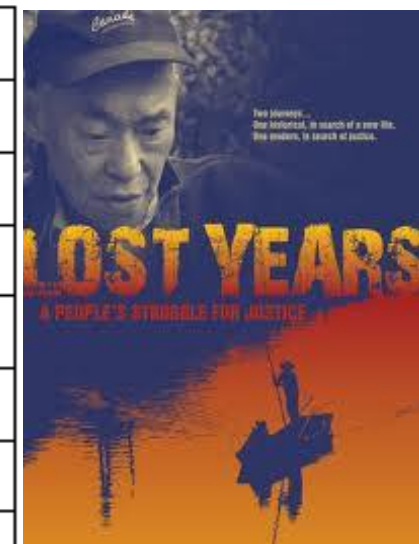
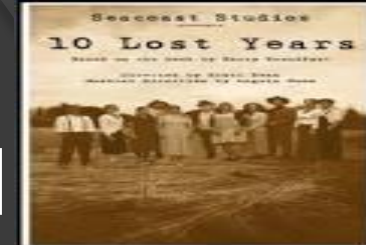


TABELA 2.25 - Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária ou a cuidados de saúde, em Portugal Continental (2009)

Causa de morte	Taxa de AVPP
Acidente de transporte com veículos a motor	241,7
Situações originadas no período perinatal	236,3
Tumor maligno da mama feminina	159,7
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	144,4
VIH/Sida	128,5
Doença crónica do fígado	128,5
Suicídio	123,8
AVC	119,9
Doença isquémica cardíaca	105,9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	86,6
Pneumonia	58,5
Tumor maligno do colo do útero	40,3
Diabetes Mellitus	40,1

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo INE, 2011.

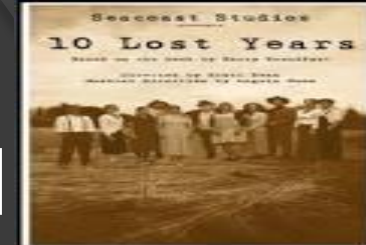




Anos de Vida Perdidos PNS 2012: II

TABELA 7.2. – Lista de indicadores de ganhos em saúde, com valores, projeções, metas e ganhos acumulados associados.

INDICADOR			VALORES				
GRUPO	N	NOME	2009	Projeção 2016	Projeção 2016 com redução 50%	Ganhos acumulados	META Continente
ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS (Taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos exceto onde indicado)	1	Acidentes de transporte terrestre	248,6	124,3	99,9	620,5	99,9
	2	Doença crónica do fígado	128,5	106,6	93,4	612,7	93,4
	3	Situações originadas no período perinatal	236,5	199,4	174,0	560,8	174,0
	4	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	144,4	164,6	131,6	532,4	131,6
	5	Cancro do colo do útero	40,3	29,8	31,4	424,1	31,4
	6	Cancro da mama feminina (população feminina)	159,7	134,7	118,1	291,6	118,1
	7	Infeção VIH/SIDA	128,5	63,1	44,9	241,5	44,9
	8	Cancro colo-retal	86,6	82,1	77,0	232,8	77,0
	9	Pneumonia	58,5	38,2	31,0	191,1	31,0
	10	Diabetes	40,0	26,6	18,7	177,9	18,7
	11	Doenças cerebrovasculares	119,9	63,9	59,1	93,5	59,1



Anos de Vida Perdidos PNS 2012: II

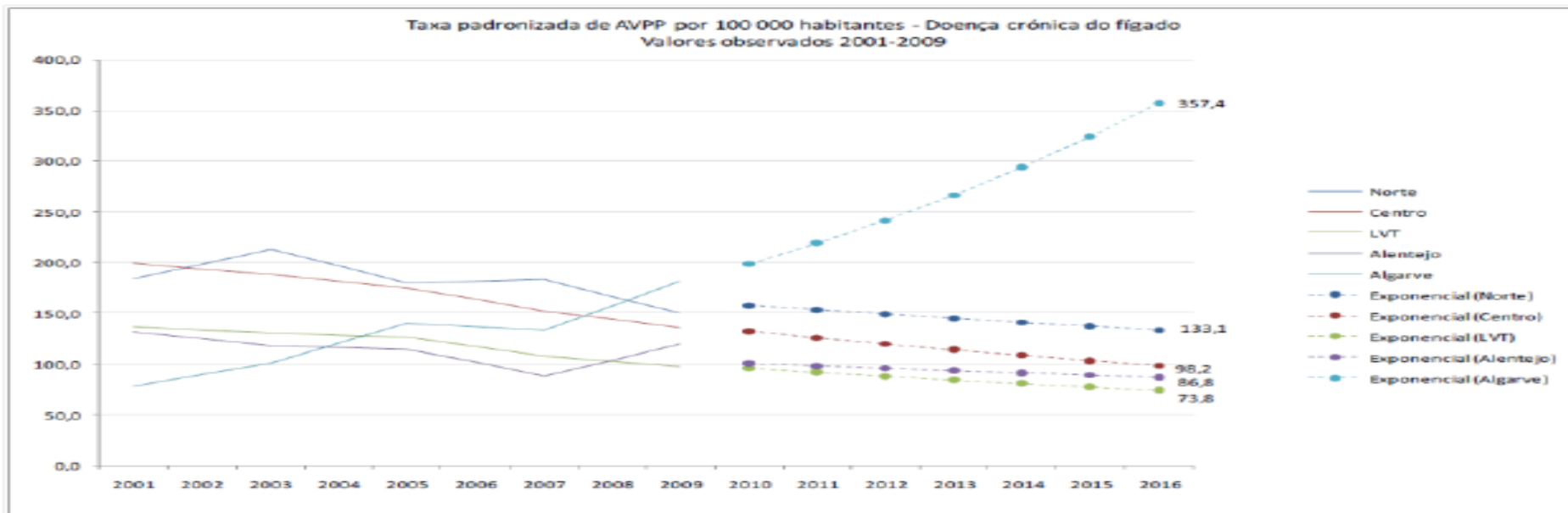
TABELA 7.2. – Lista de indicadores de ganhos em saúde, com valores, projeções, metas e ganhos acumulados associados.

INDICADOR			VALORES				
GRUPO	N	NOME	2009	Projeção 2016	Projeção 2016 com redução 50%	Ganhos acumulados	META Continente
ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS (Taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos exceto onde indicado)	1	Acidentes de transporte terrestre	248,6	124,3	99,9	620,5	99,9
	2	Doença crónica do fígado	128,5	106,6	93,4	612,7	93,4
	3	Situações originadas no período perinatal	236,5	199,4	174,0	560,8	174,0
	4	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	144,4	164,6	131,6	532,4	131,6
	5	Cancro do colo do útero	40,3	29,8	31,4	424,1	31,4
	6	Cancro da mama feminina (população feminina)	159,7	134,7	118,1	291,6	118,1
	7	Infeção VIH/SIDA	128,5	63,1	44,9	241,5	44,9
	8	Cancro colo-retal	86,6	82,1	77,0	232,8	77,0
	9	Pneumonia	58,5	38,2	31,0	191,1	31,0
	10	Diabetes	40,0	26,6	18,7	177,9	18,7
	11	Doenças cerebrovasculares	119,9	63,9	59,1	93,5	59,1



Anos de Vida Perdidos PNS 2012: III

2. ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO (taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos)



Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

TAXA PADRONIZADA POR 100 000 HABITANTES DE ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO, POPULAÇÃO TOTAL, AMBOS OS SEXOS.

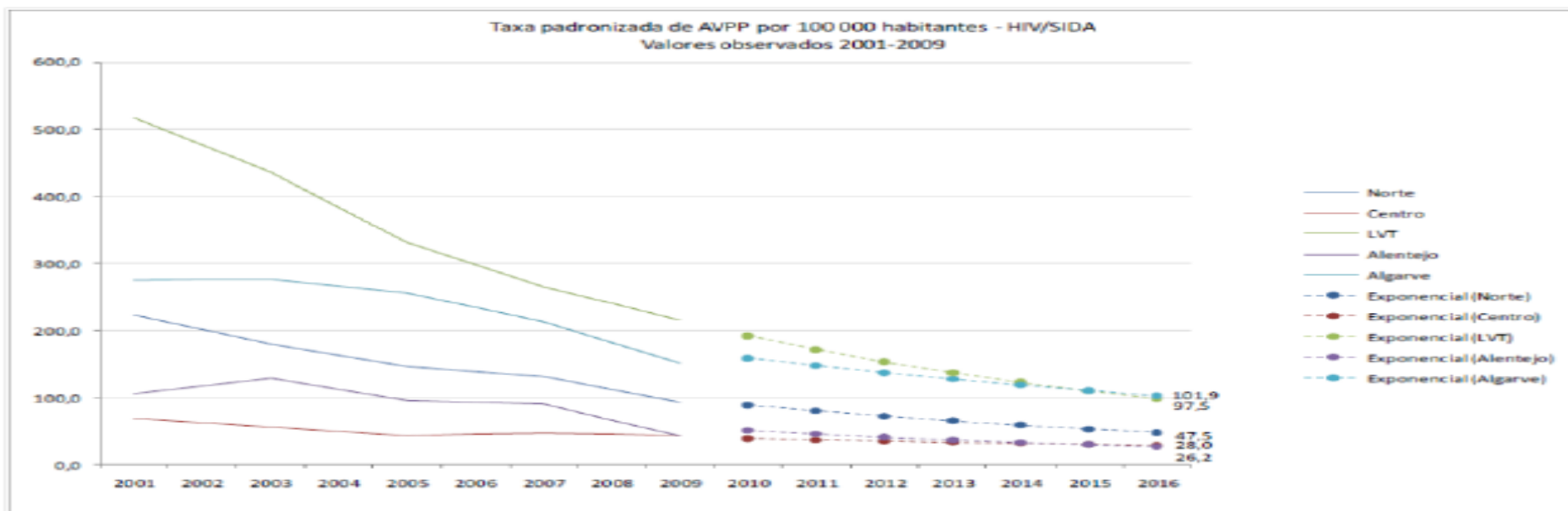
INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	CONTINENTE*
Anos de Vida Potenciais Perdidos por doença crónica do fígado	2001	183,8	199,3	136,6	131,0	78,2	162,6
	2009	150,1	135,0	97,7	119,7	181,1	128,5
	Projeção 2016	133,1	98,2	73,8	86,8	357,4	106,6
	Projeção 2016 por redução 50%	103,5	86,0	73,7	80,3	215,6	80,1
	Ganhos acumulados	101,8	37,9	0	21,8	451,2	612,7

* O valor estimado do Continente é uma média ponderada pela população do valor das regiões.



Anos de Vida Perdidos PNS 2012: IV

7. ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR INFEÇÃO VIH/SIDA (taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos)



Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

TAXA PADRONIZADA POR 100 000 HABITANTES DE ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR INFEÇÃO VIH/SIDA, POPULAÇÃO TOTAL, AMBOS OS SEXOS.

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	CONTINENTE*
Anos de Vida Potenciais Perdidos por Infeção VIH/SIDA	2001	222,2	67,8	517,0	105,5	275,1	297,6
	2009	92,8	43,3	215,4	42,3	150,7	128,5
	Projeção 2016	47,5	28,0	97,5	26,2	101,9	63,1
	Projeção 2016 por redução 50%	36,8	27,1	61,8	26,2	64,0	32,2
	Ganhos acumulados	25,2	1,5	94,3	0,0	120,5	241,5

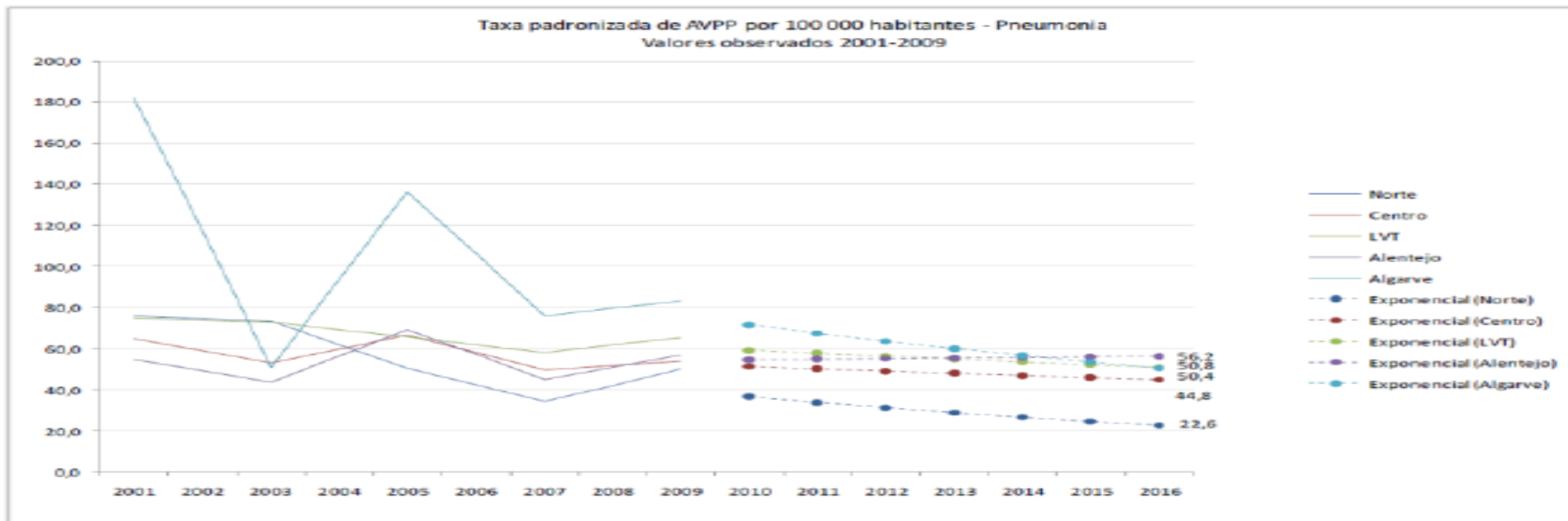
* O valor estimado do Continente é uma média ponderada pela população do valor das regiões.



Anos de Vida Perdidos PNS 2012: V

9. ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR PNEUMONIA

(taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos)



Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

TAXA PADRONIZADA POR 100 000 HABITANTES DE ANOS DE VIDA POTENCIAIS PERDIDOS POR PNEUMONIA, POPULAÇÃO TOTAL, AMBOS OS SEXOS.

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	CONTINENTE*
Anos de Vida Potenciais Perdidos por pneumonia	2001	75,8	65,0	74,9	54,4	182,2	76,5
	2009	49,9	53,8	65,2	56,7	83,2	58,5
	Projeção 2016	22,6	44,8	50,8	56,2	50,4	38,2
	Projeção 2016 por redução 50%	22,6	33,7	36,7	39,4	36,5	25,1
	Ganhos acumulados	0	38,5	48,8	58,8	45,0	191,1

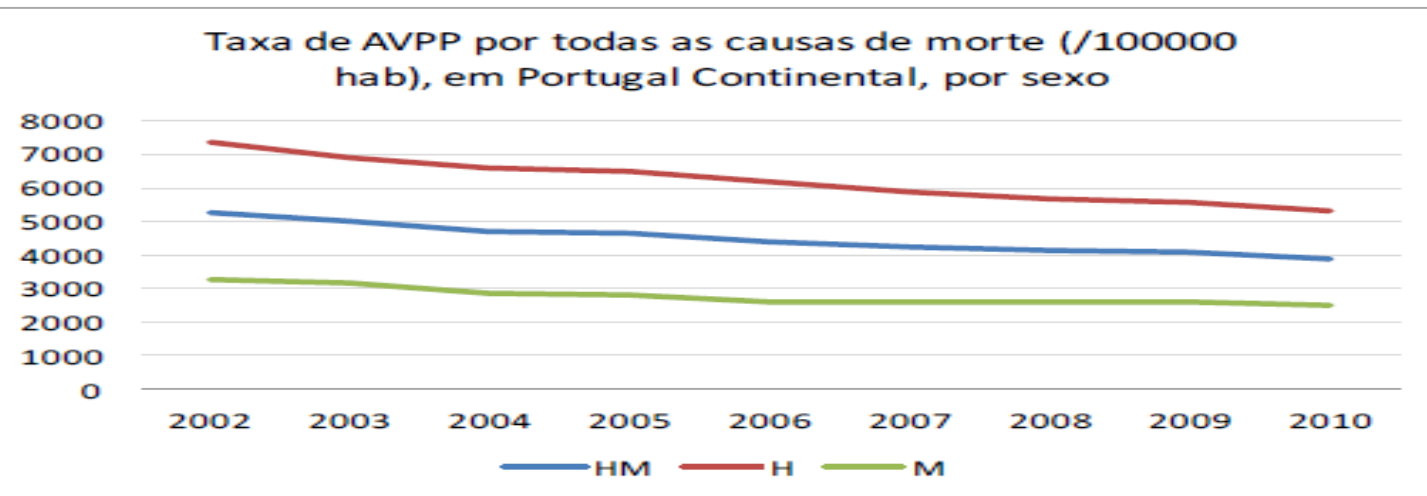
* O valor estimado do Continente é uma média ponderada pela população do valor das regiões.



Mortalidade Precoce PNS 2012: I



FIGURA 2.19 – Taxa de anos de vida potencial perdidos por todas as causas de morte (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

TABELA 2.21 - 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) em Portugal Continental (2010)

	HM	Ordem HM	%
Todas as causas	3906	-	100,0
Tumores malignos	1239	1	31,7
Causas externas de mortalidade	636	2	16,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	507	3	13,0
Doenças do aparelho circulatório	450	4	11,5
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	386	5	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	243	6	6,2
Doenças atribuíveis ao álcool	236	7	6,0
Doenças do aparelho digestivo	231	8	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	231	9	5,9
Acidentes de transporte	230	10	5,9

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.



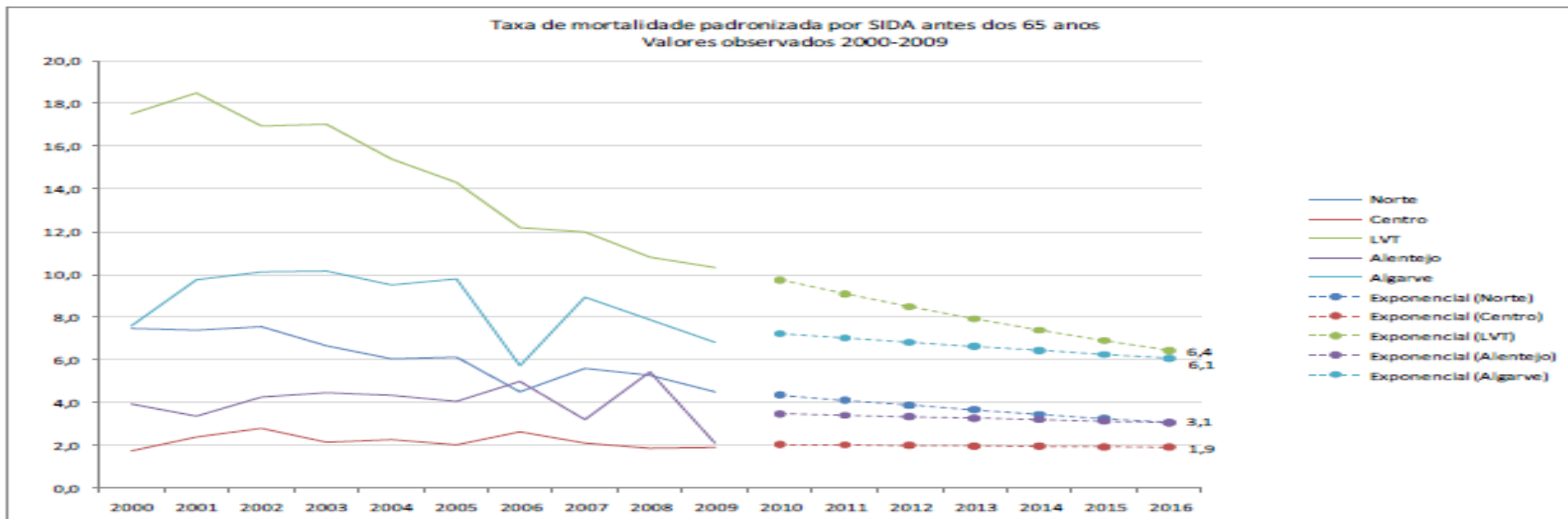
Mortalidade Precoce PNS 2012: II

GRUPO	INDICADOR		VALORES		
	N	NOME	2001	2009	Projeção 2016
TAXAS DE MORTALIDADE PREMATURA ESPECÍFICA (taxa por 100 000 habitantes, idade inferior aos 65 anos)	33	Mortalidade por cancro da mama feminina	13,8	12,6	9,1
	34	Mortalidade por cancro do colo do útero	2,6	2,7	2,0
	35	Mortalidade por cancro do colo-retal	7,2	7,3	6,5
	36	Mortalidade por doença isquémica cardíaca	14,8	9,2	6,0
	37	Mortalidade por acidente vascular cerebral	17,8	9,5	5,2
	38	Mortalidade por SIDA	9,9	6,2	4,2
	39	Mortalidade por suicídio	3,0	5,9	7,3
	40	Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool	11,9	12,9	12,5
	41	Mortalidade por acidentes de viação	11,5	7,6	4,2
	42	Mortalidade por acidentes laborais	2,7	1,8	0,9
COBERTURA DOS CUIDADOS DE SAÚDE	43	Percentagem de crianças com monitorização do estado de saúde aos 6 anos	76	70	56
	44	Percentagem de crianças com monitorização do estado de saúde aos 13 anos	35	36	41
RECURSOS HUMANOS (taxa por 100 000 habitantes)	45	Médicos	323,7	383,7	431,5
	46	Enfermeiros	359,0	551,3	764,7
	47	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários	68,8	75,2	81,4
OFERTA DE SERVIÇOS (taxa por 100 000 habitantes)	48	N. de consultas de Medicina Familiar (hab./ano)	2,7	2,7	3,0
	49	N. de consultas médicas hospitalares (hab./ano)	0,8	1,4	2,3
	50	N. de atendimentos em urgências hospitalares (1000 hab./ano)	647,7	708,2	754,3
	51	Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	0,77	0,5	0,33
PERFIL DE PRESCRIÇÃO (Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)	52	Percentagem da despesa em medicamentos na despesa em saúde	22,8	18,5	14,2
	53	Percentagem de embalagens de genéricos vendidas	14,9	28,8	89,5
	54	Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatorio	4,9	5,0	5,1
	55	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatorio	67,0	73,7	86,9
	56	Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorio	38,1	58,1	122,0
	57	Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio	18,9	17,2	14,4



Mortalidade Precoce PNS 2012: III

38. MORTALIDADE POR SIDA ANTES DOS 65 ANOS (taxa por 100 000 habitantes, população total)



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	CONTINENTE
TMP por SIDA antes dos 65 anos (por 100 000 indivíduos)	2001	7,5	1,7	17,5	3,9	7,6	9,9
	2009	4,5	1,9	10,3	2,1	6,8	6,2
	Projeção 2016	3,1	1,9	6,4	3,1	6,1	4,2
	Projeção 2016 por redução 50%	2,5	1,9	4,2	2,5	4,0	2,9*

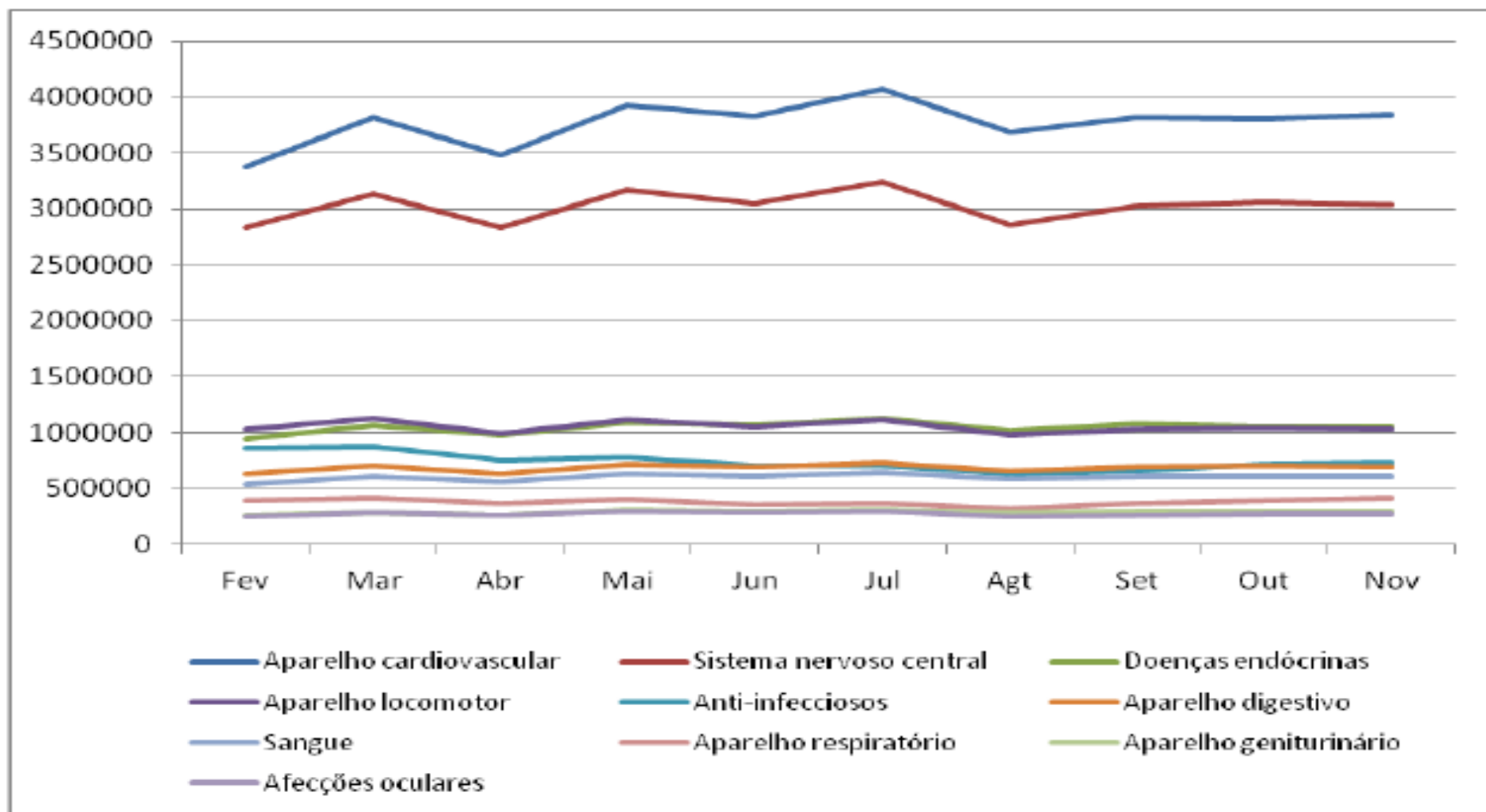
Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

* O valor do Continente é uma média ponderada pela população do valor das Regiões



Medicamentos Infarmed 2011: I

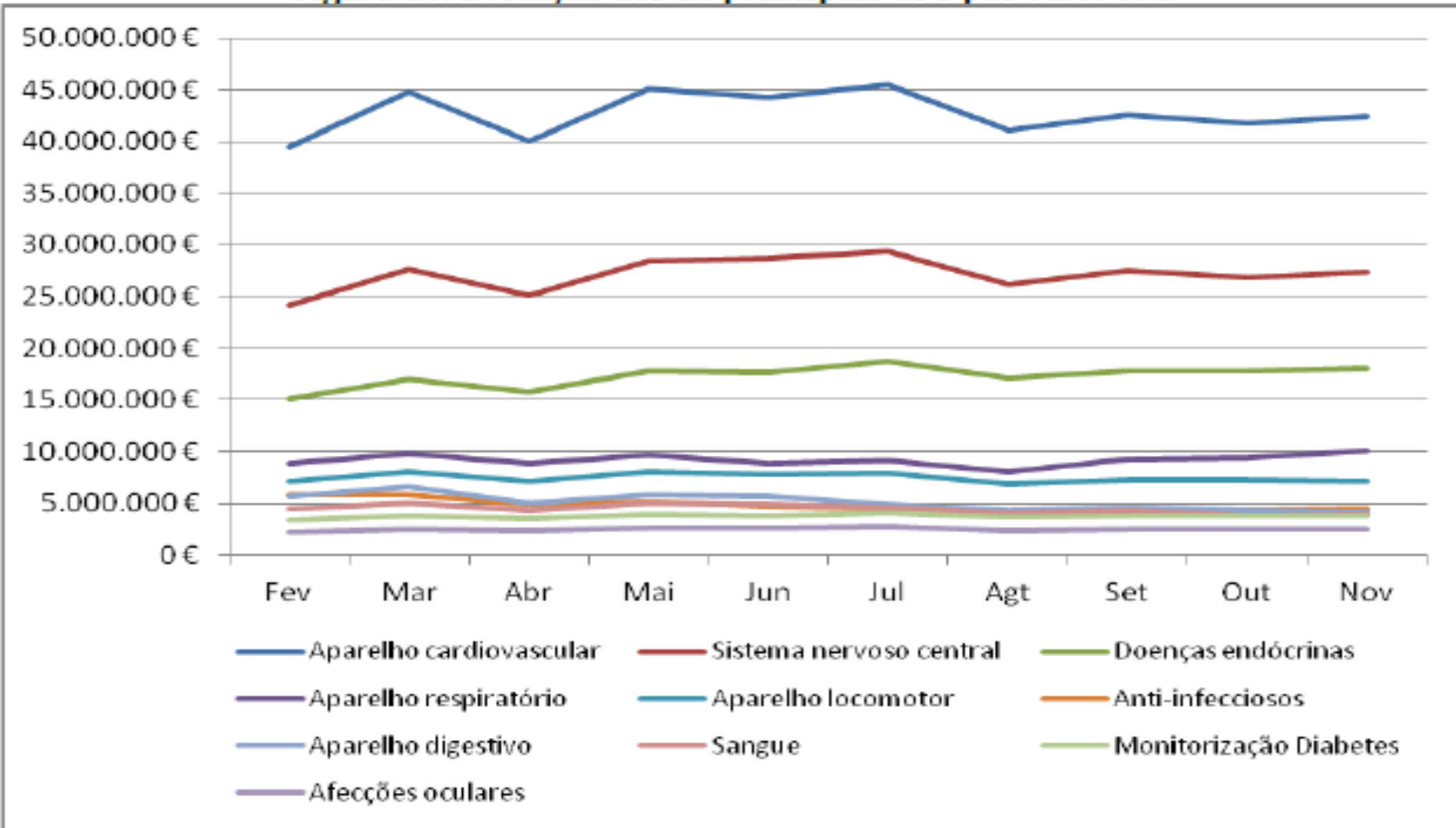
Figura 9. Evolução dos 10 principais GFT por volume de embalagens





Medicamentos Infarmed 2011: II

Figura 10. Evolução dos 10 principais GFT por valor SNS

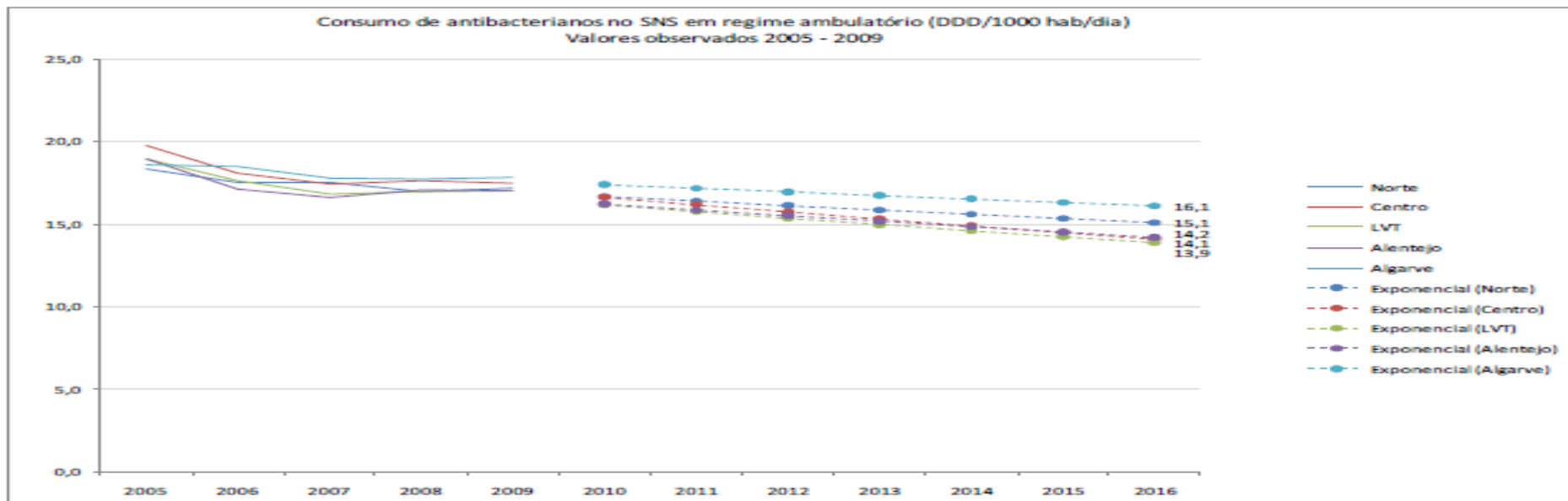


Fonte: Elaborado com base nos dados do SIARS/SIM@SNS



Consumo de ABs PNS 2012: I

57. CONSUMO DE ANTIBACTERIANOS NO SNS EM REGIME AMBULATORIO (Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)



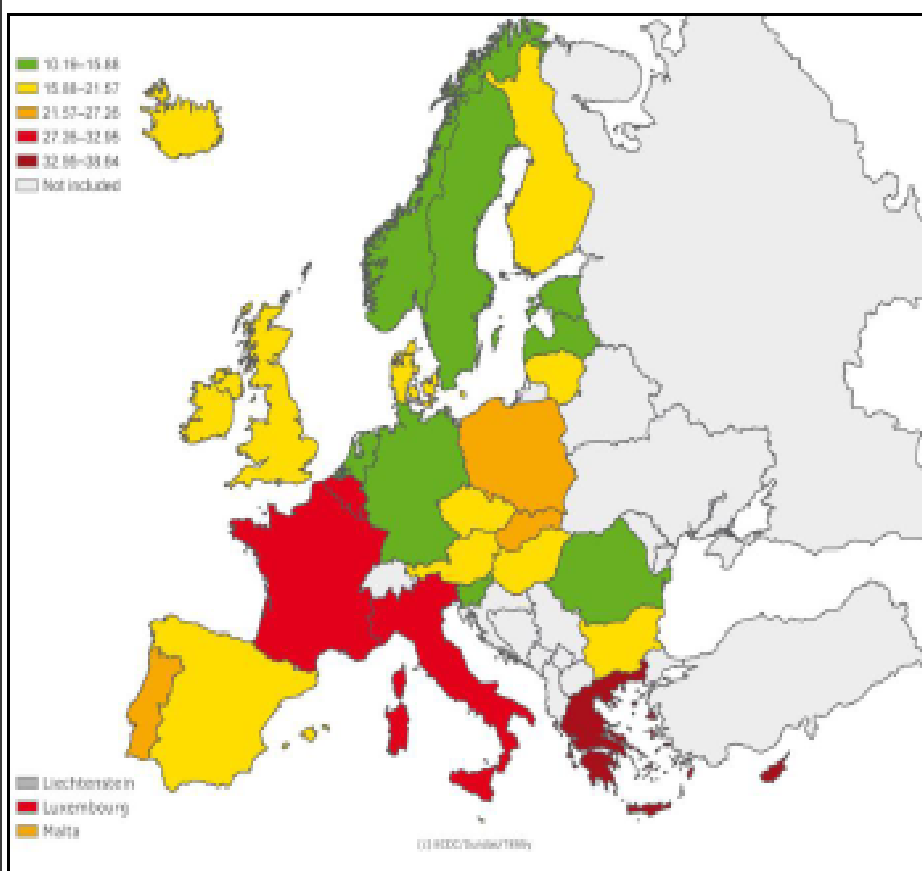
Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

INDICADOR	DADOS	REGIÃO NORTE	REGIÃO CENTRO	REGIÃO LVT	REGIÃO ALENTEJO	REGIÃO ALGARVE	CONTINENTE
Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab/dia)	2001	18,3	19,8	19,0	19,0	18,6	18,9
	2009	17,2	17,5	17,0	17,0	17,8	17,2
	Projeção 2016	15,1	14,1	13,9	14,2	16,1	14,4
	Projeção 2016 por redução 50%	14,5	14,0	13,9	14,0	15,0	

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011.

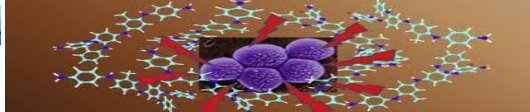


Figure 1: Total consumption of antibiotics for systemic use in the community expressed in DDD per 1 000 inhabitants and per day, 2009 (Data source: ESAC)



For Cyprus and Lithuania, total consumption (both community and hospital sector)

For Spain, reimbursement data that do not include over-the-counter sales without a prescription



Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010

Programa Nacional de Prevenção e
Controlo da Infecção Associada aos Cuidados
de Saúde

PROGRAMA NACIONAL
DE
PREVENÇÃO DAS RESISTÊNCIAS
AOS ANTIMICROBIANOS

Figura 5 - Distribuição das Infecções Nosocomiais por Localização

Distribuição das Infecções Nosocomiais por Localização

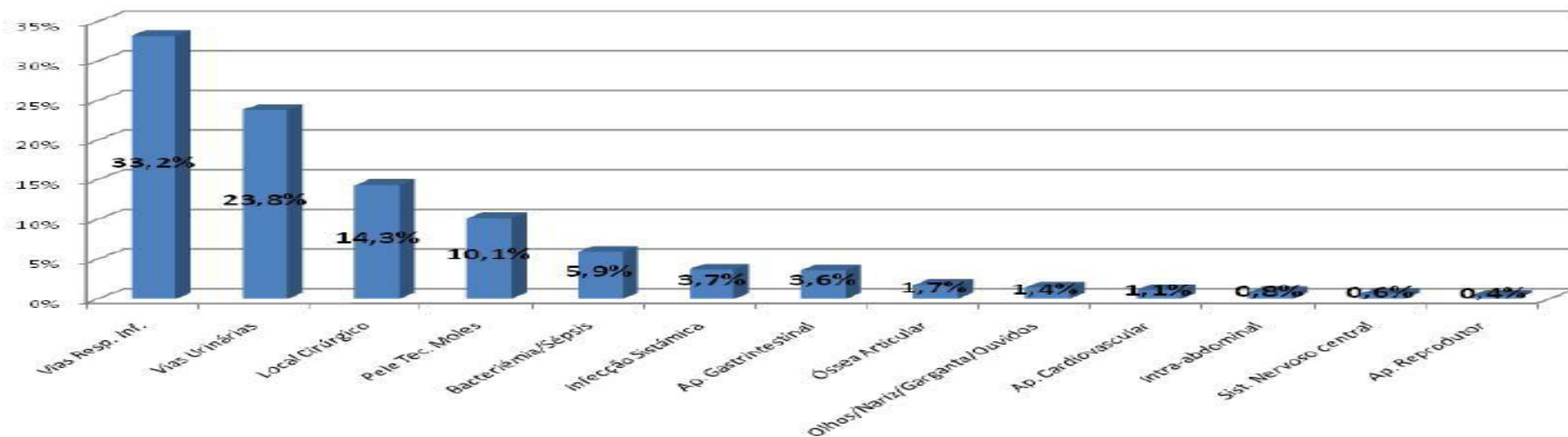
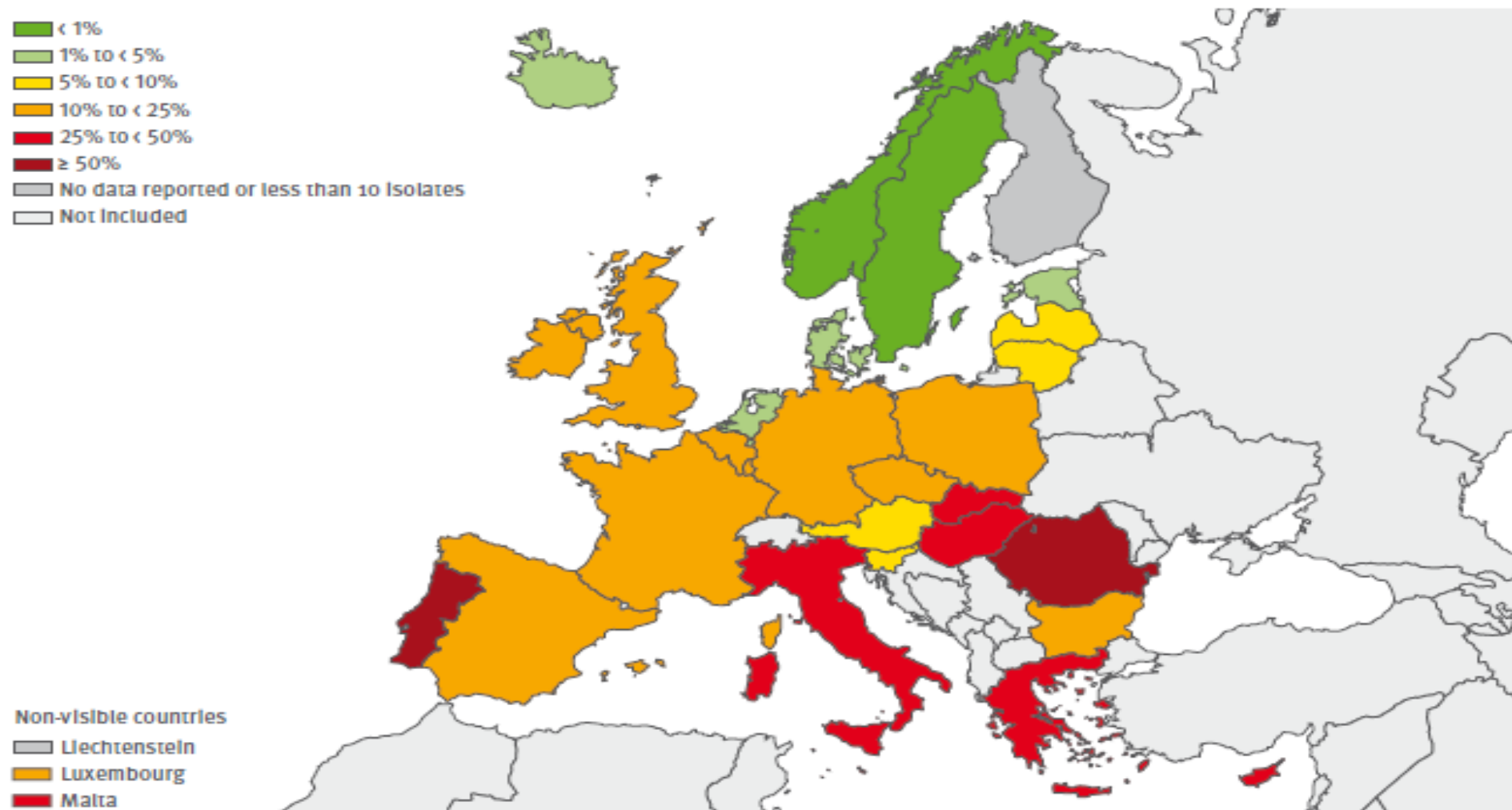


Figura 10 – Distribuição dos microrganismos isolados

Enterobacteriaceae Total - 502	Bacilos de Gram negativo, não fermentativos Total - 321	Bactérias de Gram positivo Total - 546	Fungos Total 105
<i>E. coli</i> - 226	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> - 207	<i>Staphylococcus</i> total - 546	<i>Candida albicans</i> - 69
<i>Klebsiella sp.</i> - 128	<i>Acinetobacter baumannii</i> - 90	<i>Staphylococcus aureus</i> - 286	Outras <i>Candida</i> - 32
<i>Proteus mirabilis</i> - 65	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i> - 9	MRSA - 69,2%	Outros fungos - 4
<i>Enterobacter spp.</i> - 43	Outros 15	<i>Staphylococcus epidermidis</i> - 51	
Outras - 54		Outros <i>Staph coagulase neg</i> - 37	
		<i>Enterococcus spp</i> - 139	
		<i>E. faecalis</i> - 61%	
		<i>E. faecium</i> - 33%	
		<i>Streptococcus spp</i> - 28	

Figure 4.38: *Staphylococcus aureus*: percentage (%) of invasive isolates resistant to meticillin (MRSA), by country, EU/EEA countries, 2008–2011



PLEASE BE PATIENT.

WE ARE EXPERIENCING
TECHNICAL DIFFICULTIES.



PROBLEMS

NO MATTER HOW GREAT AND DESTRUCTIVE YOUR PROBLEMS MAY SEEM NOW,
REMEMBER, YOU'VE PROBABLY ONLY SEEN THE TIP OF THEM.

www.dspart.com

Difficulties only become problems when we separate ourselves from them instead of dealing with them directly and wholeheartedly.



~ J. Daishin ~

OkkyDay.com



CRISE & SAÚDE
UM PAÍS EM SOFRIMENTO

Movimento internacional envolvendo médicos e outras figuras ligadas à saúde denuncia efeitos da crise

Com o patrocínio da

“Se não tomarmos as medidas certas na saúde vai haver uma revolução na Grécia”



FUNDAÇÃO PARA A SAÚDE
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
Um país em sofrimento



CRISES & HEALTH NETWORK



GREECE, IRELAND, PORTUGAL, SPAIN

15 de Janeiro 2013 | Ordem Dos Médicos

PROFISSIONAIS DE SAÚDE EUROPEUS ALERTAM PARA IMPACTO DA CRISE FINANCEIRA NA SAÚDE

“Na Grécia, a cirurgia é adiada se não houver dinheiro por baixo da mesa”

John Yfantopoulos economista da saúde e professor na Universidade de Atenas participou em Lisboa numa conferência sobre a crise económica e os sistemas de saúde – o caso grego pensando em Portugal

Carta aberta pede revisão das medidas de austeridade para evitar deterioração da saúde na Europa

DGS e INSA promovem Workshop sobre Avaliação de Impacto na Saúde

Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge

Página inicial

DGS e INSA promovem Workshop sobre Avaliação de Impacto na Saúde

Em Portugal tem havido uma crescente preocupação e compromisso sobre como lidar com os determinantes da saúde e a equidade e de que modo a ação intersectorial e a abordagem Saúde em todas as Políticas podem dar o seu contributo. Exemplos desta dinâmica são o caso da Comissão Interministerial de Acompanhamento e Avaliação do anterior Plano Nacional de Saúde.

Cientes da importância da temática, de 28 a 30 de janeiro, a DGS e o INSA promovem o Workshop de capacitação para Avaliação de Impacto na Saúde, com foco na equidade, uma iniciativa que resulta da colaboração entre o Ministério da Saúde e o Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde e conta com a preleção de formadores e investigadores internacionais na área da avaliação de impacto na saúde (AIS).

Crise já deixou 16 mil jovens sem trabalho
Médicos em 2010: 12
Assistentes: 10
20% das pessoas afetadas por instituições são como uma vez por semana

Novos pedidos de ajuda ao banco alimentar aumentaram 124 por cento este ano
2012: 2000 | 2011: 1800 | 2010: 1600

Nove em dez desempregados são contratados a prazo
Estadísticas do governo em matéria de emprego registaram, em 2012, um aumento de 20% para 200 mil contratos a prazo em comparação com 2011

30 Março
Construção e imobiliário perderam mais de 400 empregos/dia
Centro de Madrid, 30 Junho 2012

Agências de trabalho recrutaram 87 mil
Temporários: cerca de 75% dos trabalhadores que não foram contratados em 2012, a maioria em sectores como Construção e Turismo

Falência de empresas disparou 45% este ano
Insolvências: cerca de 100 empresas faliram em Portugal em 2012, um aumento de 45% em relação a 2011

Mais de 700 famílias perderam a casa este ano
Mais de 700 famílias perderam a casa este ano

Menos 700 mil crianças a receber abono de família em dois anos
“O preço da água vai ter de subir”

Crédito malparado renova recorde nas famílias e nas empresas
Fiadores de empréstimos são novo grupo de sobre-endividados

Nova taxa nos produtos alimentares vai ter impacto sobre consumidores
Aumento: indústria que produz alimentos que se vai deitar ao lixo

Misericórdias: Cada vez mais crianças e jovens nas cantinas
A cada hora que passa uma casa é devolvida ao banco

Desemprego previsto para 2012 (15,5%) e para 2013 (16%)
Taxa de desemprego entre Setembro 2012 e Fevereiro de 2013

Mês	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
Taxa de desemprego	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%	15,5%

Famílias já entregaram 1750 casas aos bancos
Aumento: cerca de 1750 famílias entregaram as suas casas aos bancos em 2012



Infectious Disease as a Global Security Threat



Task Force: Rohit Burman (Team Leader), Kelly Kirschner and Elissa McCarter



Economic Crises and Infectious Diseases



Determinants

- ▼ •Nutrition
- ▼ •Immunity system
- ▼ •Immunization coverage

Infection Rate

- Direct**
- Person to person
 - ▲ •Overcrowding (prisons)
 - ▲ •Mixing environments (shelters)
 - ▲ •High risk pop (homeless)
- Indirect**
- Common Vehicle
 - ▼ •Infrastructure breakdown (water treatment)
 - Vector
 - ▲ •Contact rates (TBE)
 - ▲ •Vector pop (rodent and mosquitoes)

Removal Rate

- ▼ •Treatment
- ▼ •Doctors
- ▼ •Access to drugs



Figure 1. Susceptible, Infectious, Recovered (SIR) Model of Infectious Disease Dynamics. Notes: Selected examples of determinants or drivers of ID transmission risk have been added to the SIR Model; however, they do not represent an exhaustive inventory and are intended to visualize potential impacts of the crises. Arrows represent suggested direction of these impacts. Extensions to the basic model for infectious such as TB can account for how factors that will increase progression are different from those that increase infection (as in the SIR model or susceptible, latent, infected TB models); see for example Blower S, McLean, AR, Porco, TC, et al. The intrinsic transmission dynamics of tuberculosis epidemics. Nature Medicine. 1995;1:815-21.

The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence

Marc Suhrcke¹, David Stuckler², Jonathan E. Suk³, Monica Desai⁴, Michaela Senek¹, Martin McKee⁴, Svetla Tsoлова³, Sanjay Basu⁵, Ibrahim Abubakar¹, Paul Hunter¹, Boika Rechel¹, Jan C. Semenza^{3*}

¹Norwich School of Medicine, University of East Anglia, Norwich, United Kingdom, ²Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts, United States of America, ³Future Threats and Determinants Section, Scientific Advice Unit, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Stockholm, Sweden, ⁴London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, United Kingdom, ⁵Department of Medicine, University of California San Francisco, San Francisco, California, United States of America

Abstract

There is concern among public health professionals that the current economic downturn, initiated by the financial crisis that started in 2007, could precipitate the transmission of infectious diseases while also limiting capacity for control. Although studies have reviewed the potential effects of economic downturns on overall health, to our knowledge such an analysis has yet to be done focusing on infectious diseases. We performed a systematic literature review of studies examining changes in infectious disease burden subsequent to periods of crisis. The review identified 230 studies of which 37 met our inclusion criteria. Of these, 30 found evidence of worse infectious disease outcomes during recession, often resulting from higher rates of infectious contact under poorer living circumstances, worsened access to therapy, or poorer retention in treatment. The remaining studies found either reductions in infectious disease or no significant effect. Using the paradigm of the “SIR” (susceptible-infected-recovered) model of infectious disease transmission, we examined the implications of these findings for infectious disease transmission and control. Key susceptible groups include infants and the elderly. We identified certain high-risk groups, including migrants, homeless persons, and prison populations, as particularly vulnerable conduits of epidemics during situations of economic duress. We also observed that the long-term impacts of crises on infectious disease are not inevitable: considerable evidence suggests that the magnitude of effect depends critically on budgetary responses by governments. Like other emergencies and natural disasters, preparedness for financial crises should include consideration of consequences for communicable disease control.

Citation: Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, et al. (2011) The Impact of Economic Crises on Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence. PLOS ONE 6(6): e20724. doi:10.1371/journal.pone.0020724

Editor: Jos H. Verbeek, Finnish Institute of Occupational Health, Finland

Received: December 31, 2010; **Accepted:** May 11, 2011; **Published:** June 10, 2011

Copyright: © 2011 Suhrcke et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: This work was conducted by the European Centre for Disease Prevention and Control and contractors hired to support data collection and analysis. ECDC is an international public health agency, similar to CDC in Atlanta, and the authors have no financial interests in the outcome of the studies. No funding bodies had any role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interests exist.

* E-mail: Jan.Semenza@ecdc.europa.eu



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Economic crisis and communicable disease control in Europe: A scoping study among national experts

Boika Rechel^a, Marc Suhrcke^a, Svetla Tsoлова^b, Jonathan E. Suk^b, Monica Desai^c, Martin McKee^c, David Stuckler^{c,d}, Ibrahim Abubakar^a, Paul Hunter^a, Michaela Senek^a, Jan C. Semenza^{b,*}

^a Norwich Medical School, University of East Anglia, Norwich, United Kingdom

^b Future Threats and Determinants Section, Scientific Advice Unit, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, Sweden

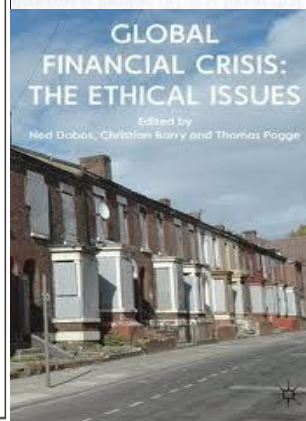
^c London School of Hygiene and Tropical Medicine, United Kingdom

^d Department of Sociology, University of Cambridge, United Kingdom

ARTICLE INFO

Keywords:

Communicable diseases
Communicable disease control
European Union
Economic crisis



ABSTRACT

Objectives: The effects of the current global economic crisis on the spread and control of communicable diseases remain uncertain. This study aimed to explore experts' views about the impact of the current crisis and measures that have been undertaken by governments to mitigate an alleged adverse effect of the crisis on communicable diseases.

Methods: An online survey was conducted during November 2009–February 2010 among experts from national agencies for communicable disease control from European Union (EU) and European Free Trade Association (EFTA) countries.

Results: There were few specific national policies and programmes aimed at mitigating the impact of the economic crisis. Prevention services were deemed particularly susceptible to budget cuts (68%) as a result of the economic crisis compared to primary care (28%), according to survey respondents. Services targeted at vulnerable and hard-to-reach population groups were perceived to be at particular risk of deterioration (67%) in contrast to travel medicine (11%), according to respondents.

Conclusions: There is a need for sustainability of financial resources, public health workforce and infrastructures to ensure that the services and programmes for the surveillance and control of the spread of communicable disease are maintained and developed. There is also a need to explore and foster better linkage in data on socioeconomic circumstances and communicable disease outcomes.

Table 1. Summary of literature on the relationship between economic and political crisis and communicable diseases.

Country	Years examined	Study design	Measure of economic or political crisis	Health Outcome	Key Findings	Source
1. Central and Eastern Europe	1987–1994	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Infectious and parasitic disease mortality	Declining trend in mortality from infectious diseases in Croatia. Stable mortality due to ID in Central and Eastern European countries (50% above EU average)	Hofmarcher, Croatian Medical Journal 1998; 39(3): 241–8
2. Central and Eastern Europe	1991–1998	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	TB and HIV incidence rate	Increase in incidence of notified TB (34 to 82.1 in Russian Federation, 49.2 to 122.9 in Kyrgyzstan, 55.8 to 114 in Romania, 36.4 to 81.7 in Lithuania) Increase in incidence of HIV infection in IDUs (50–90% increase) in Belarus, Kazakhstan, Moldova, Russian Federation, Ukraine). Increase in syphilis cases from 3000 to 80,000 in Ukraine High prevalence of MDR-TB (10.7% Estonia, 9% Latvia, 9% Ivanovo, 6.5% Toms Oblasts) High incidence of TB in prisons	Migliori, Monaldi Arch Chest Dis 2002; 57(5–6): 285–90
3. Central and Eastern Europe	1989–1991	Descriptive analysis	GNP	Tick-borne encephalitis	Lower GNP associated with higher TBE incidence	Sumilo Reviews in medical virology 2008; 18: 81–95
4. Central and Eastern European countries	1989–1999	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	TB	Incidence of TB tripled in Russia in decade after 1991: 34 to 92 per 100,000 persons	Coker et al Lancet 2004; 363(9418): 1389–1392.
5. Central and Eastern Europe	1990s	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Tick-bone encephalitis (TBE)	Increase in incidence of TBE in early 1990s, not seen in neighbouring countries	Randolph 2007; Microbes and Infection, 10: 209–216.
6. Centrally Independent States (former Soviet Union)	1993–4	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Diphtheria	Surge in diphtheria cases to highest incidence of 50,425 in 1995. 1989–90 70% increase in diphtheria cases in Soviet Union 1992–93 290% increase in Russia alone. Epidemic diphtheria reported from all states except Estonia	Vitek and Wharton; Emerging Infectious Diseases, 1998, (4): 539–550
7. Croatia, East	1991–1995	Descriptive analysis	Period of military conflict	TB	Increase in incidence of childhood TB from rates in 1991 of 4.3 (0–4 years age), 7.6 (5–9 years age), 29 (10–14 years age), 23.3 (15–19 years age) to 6.3, 7.6, 12.7, 12.4 respectively in 2003.	Aberle et al. Pediatrics International 2007;49(2):183–9.
8. Czech and Slovak Republic	1993–2002	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Salmonellosis	Increase in salmonellosis cases per 100,000 between 1993 and 2002 from 220.09 to 398.28 in Slovak Republic and 417.65 to 476.4 in Czech Republic	Gulis BMJ 2005; 331: 213–5
9. Eastern Europe and former Soviet Union	1990–1992	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	TB	Steady increase in TB mortality in Romania, Armenia, Kyrgyzstan, Latvia, Lithuania, Moldova, Turmenistan	Raviglione Tubercle and Lung Disease 1994; 75: 400–16
10. Eastern European and former Soviet Union	1992–2002	Multivariate regression	Change in GDP, years of an International Monetary Fund programme, dummy for IMF lending programme, size of IMF loan, urbanization	Tuberculosis	IMF program participation was associated with increases in tuberculosis incidence, prevalence, and mortality by 13.9%, 13.3% and 16.6% Decrease in tuberculosis mortality rates of 30.7% associated with exiting the IMF programs	Stuckler D, King LP, Basu S. PLoS Med 2008;5(7):e143.
11. Estonia	1987–1990 and 1999–2000	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Infectious diseases mortality	Ethnic difference seen between Estonians and Russians-greater increase in deaths due to infectious diseases (and all other causes of death) than ethnic Estonians	Leinsalu J Epi Comm Health 2004; 58:583–89
12. Central and Eastern European countries (n =15)	1980–2006	Multivariate regression		Excess TB cases and TB mortality	Strong linear association between GDP decline over the period of recession and excess TB cases (r2=0.94, p>0.001) and deaths (r2=0.94, p<0.001)	Arinaminpathy/Dye Journal of the Royal Society 2010; 7(52): 1559–69
13. European Union countries (26)	1970–2007	Multivariate regression	1% increase in unemployment Mass unemployment (>3% rise)	Age-standardised TB Mortality Rate	No significant effects	Stuckler et al. Lancet 2009; 374 (9686): 315023
14. Germany	1980–2000	Multivariate regression	State unemployment rate	Pneumonia and influenza	1% rise in unemployment rate associated with 365% decrease in mortality rate in males, 3.07% decline in both sexes (non-significant for females) in static model. In dynamic model, only significant decline (1.38%) in females. Three times stronger effect in over-65 s.	Neumayer; Social Science & Medicine 2004; 58(6): 1037–47

Country	Years examined	Study design	Measure of economic or political crisis	Health Outcome	Key Findings	Source
15. Japan	1950–2002	Descriptive analysis	GDP and national unemployment rate	Pneumonia mortality rate	Negative correlation in both males and females (greater in males than in females) of deaths from pneumonia with unemployment (p<0.001 and p<0.05). No significant association with GDP.	Granados Demography 2008; 45(2): 323–43
16. OECD countries	1960–1997	Multivariate regression	National unemployment rate	Influenza and pneumonia	Deaths from influenza and pneumonia decrease by 1.1% with a 1% increase in national unemployment rate.	Gerdtam Economics and Human Biology 2006; 4(3): 298–316
17. Romania	1990–1998	Descriptive analysis	Period of economic, political, and social transition	Mortality due to AIDS	Increase in mortality in 5–9 years olds due mainly to AIDS	Dolea JECCH 2002; 56: 444–9
18. Romania	1980–98 and 1990–2004	Descriptive analysis	War and population migration	Human Trichinellosis	Increase in incidence from 19.6 per 100,000 persons in 1980–89 to 71.8 in 1990–2004	Blaga Am J Trop Med 2007; 76(%):983–86
19. Russia	1988–94, 1999–2000	Descriptive analysis	Post communism economic recession-% decrease in GDP	Infectious and parasitic diseases	Increase in causes of death due to infectious and parasitic diseases in Russia by 9900 cases in 1990–94	Kontorovich 2001; Communist and Post-communist studies
20. Russia	1990–94	Descriptive analysis	Collapse of Soviet Union 1991-decline in average per capita real income by 2/3 between 1990–5	Pneumonia and influenza	Increase in pneumonia and influenza by 135.5%.	Notzon 1998 JAMA
21. Southeast Asia	1990s	Descriptive analysis	Period of East Asian Financial Crisis	HIV/AIDS, STIs	Thailand- 54% reduction in health promotion and 33% reduction in HIV/AIDS budget. Increase in CSW. Increase in AIDS patients reported from 40.89 per 100,000 in 1997 to 48.6 in 1998	Hopkins Health Policy 2006; 75: 347–57
22. Southeastern Europe and Balkans	1963–1968 1990–95	Descriptive analysis	Transition from communism to capitalism, civil wars	Trichinellosis	Threefold increase in number of cases in Romania 1963–8 v.s. 1969–86	Cuperlovic Veterinary Parasitology 2005; 132: 159–166
23. South Korea	1990–2002	Descriptive analysis	Mortality rates before and after recession (1997) GDP decline from 5–10% to –6.7% in 1998 Unemployment rate increase by 5.8% 1997–1999 Reduction in household income by 6.7% 1998	Pneumonia and influenza	Age 1–34: Decline in infectious diseases and parasites (1.20 rate ratio 1998/1996 decreased to 0.93 rate ratio 2002/1996 in males and 0.96 decreased to 0.61 in females). Age 35–64: increase in rate ratio between 1998–2000 of approx 40–70%, then decline to ¼ 1996 level by 2002 for pneumonia. Step-wise decrease in TB mortality rates and rate ratio between 1998/1996 and 2002/1996 (0.91 to 0.62 in males and 0.82 to 0.56 in females). Age 65–79: Smaller but still step-wise decrease in TB mortality rates and rate ratio between 1998/1996 and 2002/1996 (0.93 to 0.75 in males and 0.95 to 0.81 in females). Increase in rate of deaths due to pneumonia in males and females between 1998 and 2000 followed by decline	Khang; Int J Epi 2005; 34: 1291–1301
24. United States	1950–1975	Descriptive analysis	Unemployment variation in United States	Pneumonia and influenza	Little variation in deaths from pneumonia and influenza over this time period. Unemployment only accounts for 1.07% of business cycle variation of death rate.	Eyer Int J Health Services 1977; 7(1): 125–50
25. United States, New York	1974–1995	Cost of illness analysis	Reduction in Department of Health budget by 20%	TB	Closure of 6 of 14 chest clinics 52,000 excess cases TB Increase in drug resistant TB by 13% Increase in homeless population (at increased TB risk) from 7584 to 23494 20% excess cases HIV Cost of excess TB cases- \$500 million Cost of excess HIV cases- \$4.7 billion	Freudenberg; Am J Pub Health 2006; 96(30): 424
26. United States, California	2007	Descriptive analysis	Period of housing crisis	West Nile virus	Outbreak of West Nile Virus- 140 cases	Reisen 2008 Emerging Infectious Diseases

Country	Years examined	Study design	Measure of economic or political crisis	Health Outcome	Key Findings	Source
27. United States	1980–1982	Economic study	GNP decline from -0.4 to -1.7, unemployment increase from 7.1% to 9.7%, increase in Consumer Price Index from 88.7 to 288.6	Upper-respiratory problems, genitor-urinary infections, TB, syphilis, Immunization rates	8% suffered from upper-respiratory problems ~7% suffered from genito-urinary infections Tuberculosis rate increase Congenital syphilis rose 164% Colorado state reported a 6% drop in the proportion of fully immunized two year olds. The health status and risks for children appeared affected which was attributed to a combination of circumstances that included serious recession, increased poverty rates for households with children and diminished health benefits and social support services.	Miller 1984 World Development Report
28. Uzbekistan	1996	Randomized trial	Period of economic, political, and social transition	Diarrheal diseases	High diarrheal disease rates were caused by drinking water contamination. Deterioration of water treatment and distribution systems resulted in cross-connections between drinking water lines and sewer.	Semenza et al, Am J. Trop. Hyg 1996;59(6):941–946.
29. Cuba	1980–1996	Descriptive analysis	Period of economic decline; U.S. Embargo	Infectious diseases	Decrease in population covered by chlorinated water system from 98% in 1988 to 26% in 1994. Mortality from diarrhoeal diseases rose from 27 per 100,000 persons in 1989 to 68 in 1993. Outbreak of Guillain Barre secondary to enteric infections in areas that lost chlorination. Rising incidence TB from 5.5 per 100,000 in 1990 to 153 in 1994. 48% increase in TB deaths between 1992 and 1993. 67% increase in infectious and parasitic diseases deaths (8.3 to 13.9 per 100,000) between 1989 and 2003 77% increase in deaths due to influenza and pneumonia (23.0 to 40.7 percent) between 1989 and 2003	Garfield R, Santana S. American Journal of Public Health 1997;87(1):15–20.
30. Cuba	1989–1995	Descriptive analysis	Period of economic decline	Infectious diseases	Increase in ID proportional mortality in 1989 from 8.3 per 100,000 to 13.4 in 1995. Rates of morbidity due to respiratory diseases, acute diarrhoeal diseases, STIs, infectious neuro, TB (5.1 per 100,000 in 1990 increased to 14.1 in 1995), leptospirosis	Ochoa Int J Health Services 1997; 27(4): 791–807
31. Cuba	1989–1993	Descriptive analysis	Period of economic decline	Diarrhoea, hepatitis A, venereal diseases	Rise in diarrhoea, hepatitis A and venereal diseases	Kuntz 1994 Int J Health Serv.
32. Mexico	1994–1995	Multivariate regression	GDP growth rate	Communicable Diseases	Communicable disease mortality rates increased in the 1994–96 period by 5–6%.	Cutler et al Journal of Public Economics 2002, 84: 279–303
33. Peru	1978–1996	Descriptive analysis	Peru economic crash in late 1980s- GDP fell by 30%, real wages fell by 80%	Malaria, measles, cholera	1.5% of the population infected with cholera in 1991, increases in malaria cases between 1989–1996, measles epidemic 1992 (263 deaths). However unlikely to account for high infant mortality during this period, due to lack of magnitude and timing.	Paxson; World Bank Economic Review 2005; 19(2): 208–223
34. Serbia	1992–1995	Descriptive analysis	UN Economic sanctions, Loss of trade, 31% drop in income	Infectious diseases	Statistically significant effect of war and sanctions (WAS) on mortality due to infectious diseases in men aged 15–24 and 25–34 yrs. Overall male and female mortality from infectious diseases was significantly higher on the basis of the trend for the preceding period.	Vlajinac 1997 J Epidemiol Community Health
35. Serbia	2001–2002	Descriptive analysis	War in former Yugoslavia	Trichinellosis	Rise in trichinellosis incidence	Djordjevic J Parasitology 2003; 89(2): 226
36. Serbia, Kosovo	1999–2000	Descriptive analysis	Period following military conflict	Tularemia	Outbreak of tularaemia pharyngitis (327 cases)	Reintjes; Emerging Infectious Diseases, 2002, 8: 69–73
37. South Africa	1994	Descriptive analysis	Period of transition to democracy	HIV	Increase in HIV prevalence in South Africa	Parkhurst 2004 Soc Sci Med 59:1913–24

Table 2. Grey Literature and commentaries.



Measure of economic or political crisis	Country/ setting	Years studied	Health outcome	Study design	Findings	Source
Economic recession in SE Asia	SE Asia	2000	HIV/AIDS	Descriptive trend analysis	Reduction in HIV/AIDS budget by 24% in Thailand in 1998, by 50% in Indonesia in 1999, but no significant changes in morbidity patterns	USAID 2000.
Current economic downturn, 5% decrease in GDP	World	2009	HIV/AIDS	Descriptive trend analysis	Possible interruption of treatment and hence resistance, denial of treatment. Increase in transmission and TB risk as a result.	UNAIDS. The global economic crisis and HIV prevention and treatment programmes: vulnerabilities and impact. Geneva: UNAIDS and World Bank, Global HIV/AIDS program, 2009.
Financial Crisis	Global	2009	Non-specific	Descriptive trend analysis	Recommended action plan for countries in order to mitigate the health impact of the financial crisis.	WHO. Financial Crisis and Global Health: Report of a high-level consultation. Geneva, 2009.
Global Recession	Global	2009	Non-specific	Descriptive trend analysis	Exploratory analysis of the impact of economic crisis on global health and the role that global health actors could play.	The Lancet, 2009, Vol. 373, January 31, The global financial crisis: an acute threat to health. Horton, R.
Financial Crisis	Global	2009	Non-specific	Descriptive trend analysis	The editorial lists the challenges that will be faced by the health sector due to the financial crisis. It covers a wide range of challenges and gives advice to health professionals.	EDITORIAL. Social Medicine, 2009; 83 - Volume 4, Number 2, The Economic Crisis and Public Health, Barry S. Levy, Victor W. Sidel
Financial Crisis	USA	2008	Non-specific	Descriptive trend analysis	Significantly lowered number of dispensed prescription drugs.	Saul S. In sour economy, some scale back on medications. New York Times, October 22, 2008. Available at: http://www.nytimes.com . Accessed on October 22, 2008.
Financial Crisis	USA	2008	General	Descriptive trend analysis	According to the survey conducted by University of New Hampshire survey centre, 1/3 of Americans had problems paying medical bills and or were unable to afford health care.	2. Lazar K. Medical costs still burden many despite insurance: Mass. survey finds people in debt, skimping on care. Boston Globe, October 23, 2008. Available at: http://www.boston.com . Accessed on October 23, 2008
Financial crisis	International	2010	Financing for HIV/AIDS policies	Short survey	Concerns regarding the possibility of decreases in HIV/AIDS funding. Examples given are Italy and Ireland who have reduced assistance for global HIV/AIDS programmes	Voelker R. One Casualty of Global Economic Crisis: Uncertain Finances for HIV/AIDS Programs. JAMA 2010; 303(3): 259–61

Table 1

Policies and programmes of communicable disease control likely to be affected by the current economic crisis.

Question	Number of respondents	Yes (%)	No (%)	Don't know (%)	Examples of policies and programmes provided by the survey respondents
Are there any NATION-WIDE communicable disease surveillance programmes that are particularly likely to be affected by the current economic crisis?	27	33.3	48.1	18.5	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • Antimicrobial resistance • National immunization programmes • Surveillance of STI • Programmes in developing countries (tuberculosis, malaria, HIV, influenza A)
Are there any SUB-NATIONAL or REGIONAL communicable disease surveillance programmes that are particularly likely to be affected by the current economic crisis?	27	14.8	59.3	25.9	<ul style="list-style-type: none"> • Reduction in the workforce and recruitment freeze • Antimicrobial resistance
Have there been specific policies or programmes in your country to prevent or reduce any potential negative effects of the economic crisis on communicable diseases?	27	3.7	85.2	11.1	<ul style="list-style-type: none"> • Strengthening of health infrastructure • Global vaccination programme • Quality improvement
Are there particular policies or programmes for communicable disease control targeting vulnerable or hard-to-reach population groups in your country – in times of economic crisis or in general?	27	40.7	44.4	14.8	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatitis B vaccination of homeless and drug users • Community health mediators to facilitate access to primary health care • Needle exchange programmes • Collaborative programmes for people with co-existing mental health problems, drug use, language barriers • Special programmes for (illegal) immigrants, sex-workers, homeless, HIV positive
Are there any examples of communicable disease surveillance that collect information on the social or economic characteristics of those affected in your country?	27	29.6	55.5	14.8	<ul style="list-style-type: none"> • HIV surveillance • Tuberculosis • STI • Hepatitis C

	Number of respondents	Will deteriorate (%)	Will improve (%)	Don't know (%)
Aspects of the health system for the control of communicable diseases				
Financial resources	27	85.2	3.7	11.1
Human resources	25	72.0	4.0	24.0
Non-physical infrastructure/networks (e.g. provision of vaccines, laboratory network, etc.)	28	57.1	17.9	25.0
Physical infrastructure (e.g. buildings, equipment, etc.)	26	42.3	15.4	42.3
Aspects of the health service for the control of communicable diseases				
Prevention of disease	25	68.0	20.0	12.0
In-patient care	24	50.0	16.7	33.3
Surveillance	25	44.0	24.0	32.0
Out-patient care/follow-up care	25	44.0	16.0	40.0
Primary care	25	28.0	32.0	40.0

Disease/risk group/aspect mentioned by respondents	Times mentioned in free-text responses
Diseases	
Tuberculosis/TB	14
HIV/AIDS	9
STI/syphilis/LGV/STD	9
Hepatitis B/hepatitis C/hepatitis	5
Influenza A/flu/pandemic	5
Risk groups	
Migrants/in Europe/persons from third world countries seeking work here/sub-Saharan Africans/language barriers	14
Drug users/drug abusers/drug addicts/IVDU/needle exchange	9
Homeless	8
Gay men/MSM	4
Aspects of communicable disease control	
Vaccination/immunization/vaccine/HPV/VZV	19
Human resources/understaffing/"brain drain"/turnover of staff/reduction in the workforce/lack of human infrastructure	9
Drug resistance/resistant bacteria/MDR TB/AMR/resistant cases/resistance management	7
Quality of data/quality control of microbiological diagnosis/quality improvement/poor quality	4
Screening	3
Inner cities/major cities	2

Aspect	Number of respondents	Will deteriorate (%)	No effect (%)	Will improve (%)	Don't know (%)
Services aimed at particularly vulnerable groups	27	66.7	18.5	7.4	7.4
Infectious disease research programmes	27	55.6	25.9	11.1	7.4
Hospital infection control activities	26	53.8	26.9	11.5	7.7
Health service capacity to respond to outbreaks	26	46.2	38.5	7.7	7.7
Diagnostic microbiology provision services	26	42.3	34.6	15.4	7.7
Community infection control activities including contact tracing	27	37.0	51.9	7.4	3.7
Service provision for patients with infectious diseases	27	37.0	48.1	11.1	3.7
Occupational health services	26	30.8	46.2	3.8	19.2
Immunization programmes	27	29.6	55.6	7.4	7.4
Genito-urinary medicine provision	27	18.5	48.1	0	33.3
Food safety inspection	27	14.8	55.6	11.1	18.5
Travel medicine	27	11.1	59.3	7.4	22.2

Country (alphabetically)	Number of participants	Professional positions held (alphabetically)
Austria	2	Consultant in infection prevention
Belgium	3	Consultant in infectious diseases and microbiology
Bulgaria	1	Consultant microbiologist
Denmark	1	Coordinator of early detection of community epidemics
Estonia	2	Deputy director of national centre for infectious diseases
France	4	Director, department of epidemiology
Hungary	3	Epidemiologist; Hospital epidemiologist; Head of Epidemiology unit
Iceland	1	Family doctor
Ireland	2	Head of department at national centre for epidemiology
Italy	4	Head of department of epidemiology and clinical microbiology at national institute
Latvia	2	Head of division human medicine at national agency for health and food safety
Luxembourg	1	Head of infectious disease prevention and control unit
Malta	4	Head of infectious diseases department
Netherlands	1	Head of research department, national centre for infections
Norway	1	Head of surveillance unit, national health laboratory
Poland	3	Head of WHO collaborating centre on infectious diseases
Portugal	1	Health inspector
Romania	2	Medical director, national lung and TB association
Spain	3	Microbiologist
Sweden	3	Microbiology director
Switzerland	1	Responsible for TB control at health department
Turkey	1	Specialist registrar in public health
UK	8	University lecturer, department of microbiology University professor

THE INTERNATIONAL MONETARY FUND'S
EFFECTS ON GLOBAL HEALTH:
BEFORE AND AFTER THE 2008 FINANCIAL CRISIS

David Stuckler and Sanjay Basu



Transboundary and Emerging Diseases

Transboundary and Emerging Diseases

REVIEW

Risks of Emerging Infectious Diseases: Evolving Threats in a Changing Area, the Mediterranean Basin

M. Vittecoq^{1,2}, F. Thomas², E. Jourdain³, F. Moutou⁴, F. Renaud² and M. Gauthier-Clerc^{1,5}

¹ Centre de Recherche de la Tour du Valat, Arles, France

² Maladies Infectieuses et Vecteurs: Ecologie, Génétique, Evolution et Contrôle, UMR (IRD/CNRS/UM) 5290, Montpellier, France

³ INRA, UR346, Saint Genès Champanelle, France

⁴ Laboratoire Santé Animale de Maisons-Alfort, Anses, Maisons-Alfort Cedex, France

⁵ Département Chrono-Environnement, UMR UFC/CNRS 6249 USC INRA, Université de Franche-Comté, Besançon, France

Keywords:

emerging infectious diseases; Mediterranean region; global changes; risk factors

Correspondence:

M. Vittecoq. Centre de Recherche de la Tour du Valat, Arles 13200, France.

Tel.: +33 (0) 4 90 97 20 13;

Fax: +33 (0) 4 90 97 20 19;

E-mail: vittecoq@tourduvalat.org

Received for publication June 26, 2012

doi:10.1111/tbed.12012

Summary

The Mediterranean basin is a biodiversity hotspot; it has historically had a large human presence that has shaped ecosystems for millennia. As the cradle of many civilizations, the area was one of the main theatres for transitions that punctuated both human and pathogen histories, which are intimately linked. Today we are living through another great historical transition summarized in the expression 'global changes'. In this context, we are witnessing a rise in the emergence of pathogens widely associated with aforementioned global changes. The Mediterranean basin might be especially vulnerable to this phenomenon due to the acute consequences global changes will have in this key intercontinental interface region. In addition, Arab revolutions and European economic crisis are creating both sanitary issues and presenting new opportunities to improve infectious disease control and prevention in the region. The aim of this review is to identify the impacts that ongoing changes might have on the risk of infectious disease emergence in the Mediterranean basin. We focussed on three key domains undergoing transformations: (i) resources, namely safe drinking water and animal products, (ii) socio-economic factors including health inequalities within countries and poor sanitary conditions linked to ongoing conflicts and (iii) movements of people and goods that are reshaped by current changes and are intimately linked to the risk of disease proliferation. Building on recent examples, we try to identify upcoming challenges and discuss ways to meet them in the light of existing international human and veterinary health guidelines and their possible improvements.

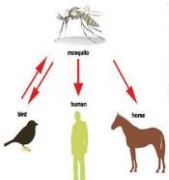


THE ECONOMIC CRISIS AND INFECTIOUS DISEASE CONTROL

M Suhrcke (m.suhrcke@uea.ac.uk)^{1,2}, M McKee^{2,3}, D Stuckler^{2,4}, J E Suk⁵, S TsoLoVa⁵, J C Semenza⁵
 1. University of East Anglia, United Kingdom
 2. London School of Hygiene & Tropical Medicine, United Kingdom
 3. European Observatory on Health Systems and Policies, Belgium
 4. University of Oxford, United Kingdom
 5. Future Threats and Determinants Section, Scientific Advice Unit, European Centre for Disease Prevention and Control, Sweden



This article was published on 12 November 2009.
 Citation style for this article: Suhrcke M, McKee M, Stuckler D, Suk JE, TsoLoVa S, Semenza JC. The economic crisis and infectious disease control. Euro Surveill. 2009;14(45):pii=19401. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19401>



High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis: Early signs of a public health tragedy

S. BONOVAS, G. NIKOLOPOULOS
 Hellenic Centre for Disease Control and Prevention, Athens, Greece

Key words

Economic crisis • Public health • Infectious disease

Summary

Background. Economic hardships have unleashed epidemics of infectious diseases in many countries in the past. In the case of the current financial crisis in Greece, it is interesting to assess the preliminary evidence concerning outbreaks of infectious diseases.
Methods. Description and evaluation of published surveillance data.
Results. Greece has been suffering a high burden of different large-scale epidemics during the last three years. These include

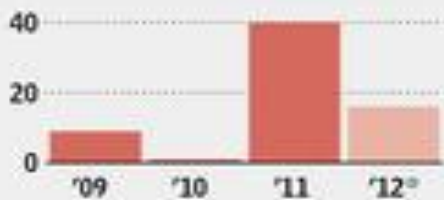
the increased mortality of influenza during the pandemic and the first post-pandemic seasons, the emergence and spread of West Nile virus, the appearance of clusters of non-imported malaria and the outbreak of Human Immunodeficiency Virus infection among people who inject drugs.
Conclusions. The economic turmoil in Greece seems to impact the infectious disease dynamics. It is essential to safeguard and even bolster budgetary allocations to the public health sector, in order to alleviate the effects of the economic downturn.

Resurgence

Malaria is making a comeback in Greece as a dysfunctional government and budget cuts ravage the health-care system.



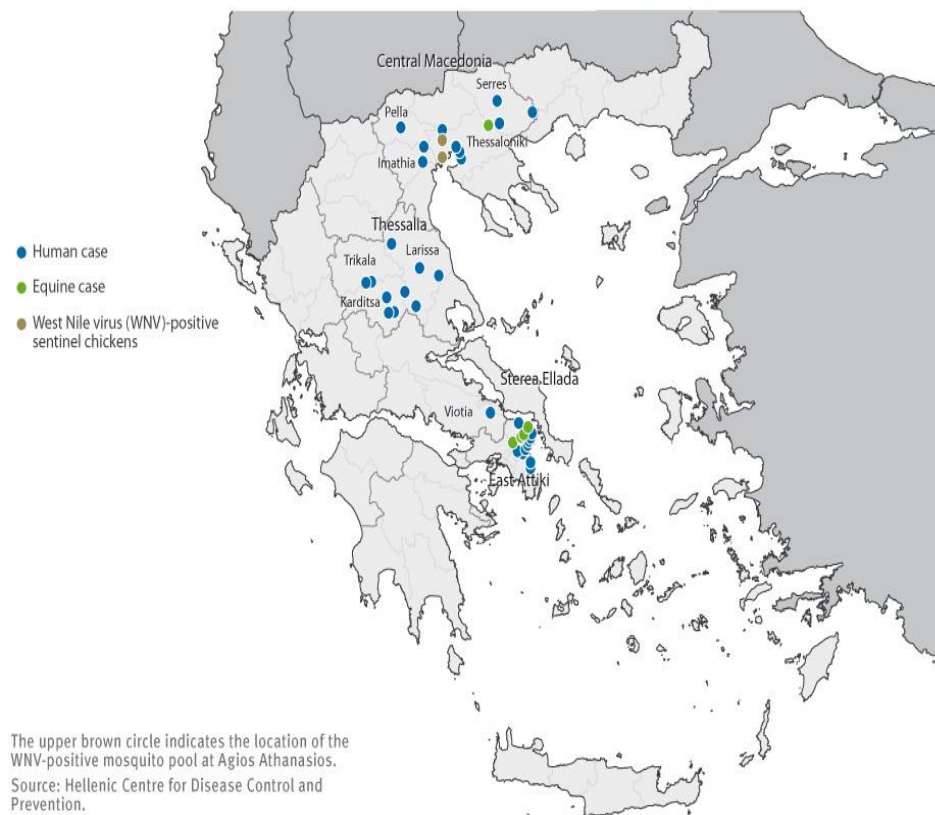
Annual number of locally acquired malaria cases



*Through Oct. 22
 Source: Hellenic Center for Disease Control and Prevention
 The Wall Street Journal

FIGURE 2

Place of residence of reported cases of West Nile neuroinvasive disease, Greece, 16 July – 21 August 2011 (n=31)



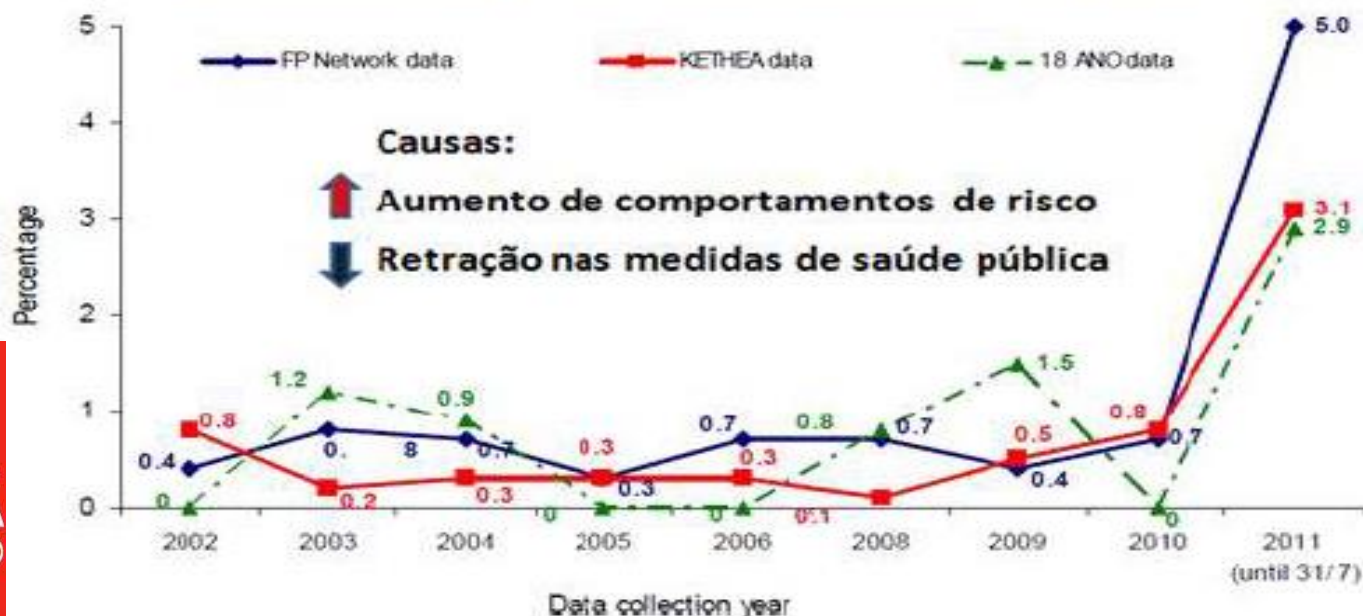
The upper brown circle indicates the location of the WNV-positive mosquito pool at Agios Athanasios.
 Source: Hellenic Centre for Disease Control and Prevention.

Table 1: Place of residence of patients with WNND. Period for 2011, until 31 August 2011 (16.00)

Regional unit of residence	Number of cases	Incidence per 100,000 population*
Karditsa	6	5.16
East Attica	10	2.48
Trikala	3	2.30
Larisa	6	2.10
Imathia	3	2.08
Serres	3	1.59
Viotia	2	1.59
Chalkidiki	1	1.00
Pella	1	0.69
Kozani	1	0.65
Evoia	1	0.48
Thessaloniki	5	0.44
North Section of Attica	1	0.18
Total Greece	43	0.38

*Calculated based on population data from the Hellenic Statistical Authority (estimates for 2008).

Figura 15 - Prevalência da infecção por VIH em consumidores de drogas injetáveis na Grécia, entre 2002 e 2011 (Dados recolhidos por três "sistemas sentinela" diferentes)

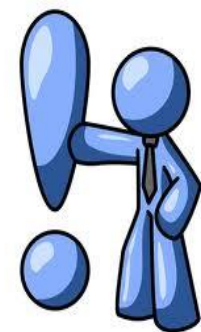


"We're starting to see some worrisome and alarming signs that are not just from the financial crisis but seem directly linked to austerity. A 50 per cent rise in HIV, a doubling of homicides and death rates, a massive increase in heroin use and prostitution, there are even reports of people deliberately self-infecting with HIV to get access to public benefits".
David Stuckler, Dublin, 2011

Figura 23 - Crise leva a mais recurso a drogas

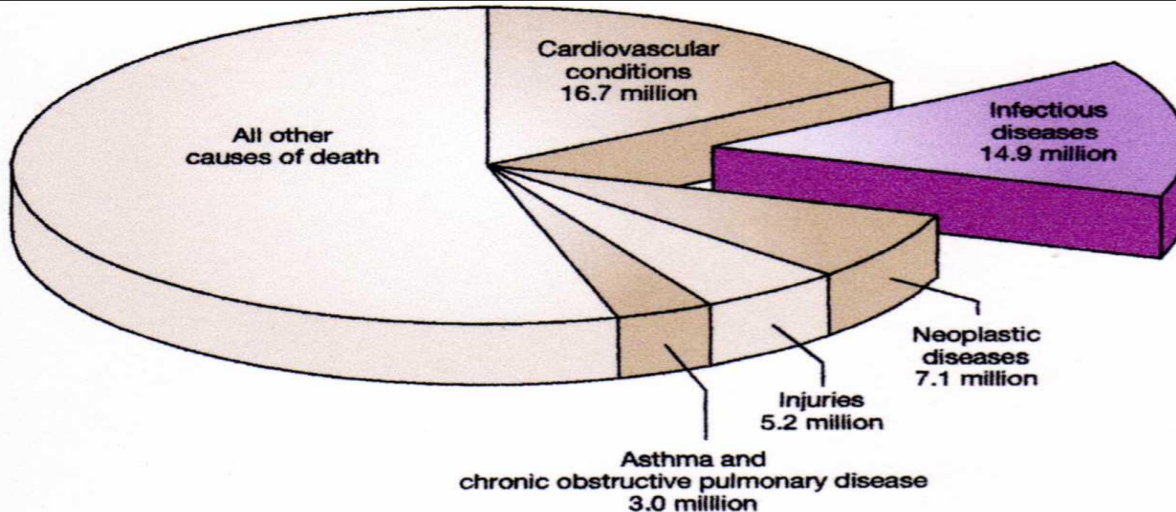
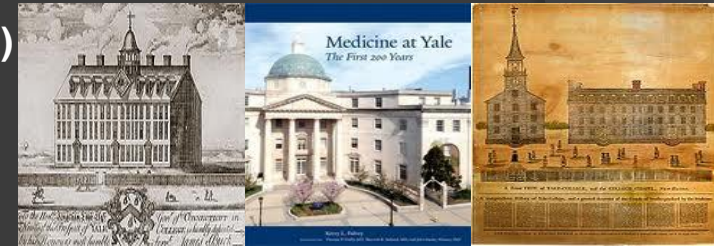
Crise leva a mais recurso a drogas
JOÃO GOULÃO
INST. DROGA E TOXICODPENDÊNCIA.
A crise está a provocar um fenómeno de "consumos de desespero" de droga entre ex-toxicodependentes desempregados e pode levar a um maior número de traficantes que recorram a esta atividade como "forma de sobrevivência". As palavras são de João Goulão, presidente do Instituto da Droga e Toxicodpendência.

Conclusões



Futurologia Falaciosa

- “... the war against infectious diseases is over, because we have won...” (sic.) (us Surgeon General, 1967)
- “... no new diseases are going to be discovered ...” (sic.) (L. Thomas Dean of Yale Medical School, 1976)
- WHO (2008)
 - D. Infecciosas 15.000.000 mortes / ano
 - 2ª causa de Mortalidade Mundial
 - 1ª Causa nos Países em Desenvolvimento
 - Novos Agentes Patogénicos para a Espécie Humanas descritos nos últimos 40 anos: 50



Infectious diseases	Annual deaths (million)
Respiratory infections	3.96
HIV/AIDS	2.77
Diarrhoeal diseases	1.80
Tuberculosis	1.56
Vaccine-preventable childhood diseases	1.12
Malaria	1.27
STDs (other than HIV)	0.18
Meningitis	0.17
Hepatitis B and C	0.16
Tropical parasitic diseases	0.13
Dengue	0.02
Other infectious diseases	1.76

Figure 2 Leading causes of death worldwide. About 15 million (>25%) of 57 million annual deaths worldwide are the direct result of infectious disease. Figures published by the World Health Organization (see <http://www.who.int/whr/en> and ref. 7).



“... nowadays we see maladies unknown to our forefathers springing up around us”.

Ulrich von Hutten, 1519³⁶



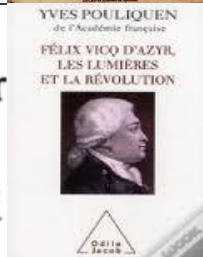
“After our fathers and grandfathers succumbed... dogs and vultures devoured the bodies. So it was that we became orphans, oh, my sons! So we became when we were young. All of us were thus. We were born to die!”

Cakchiquel Mayan on the huey zahuatl epidemic of 1520–21⁴⁴



“If there is, within medicine, any subject worthy of... investigation... it is, without doubt, epidemic pestilential diseases, obscure and hidden in their causes, rapid in their progression, frightening in their symptoms, and deadly in their consequences.”

Félix Vicq-d'Azyr, 1776⁵¹



“France and its capital have been visited by a fearful pestilence... It comes without any known cause; it disappears without any revealed reason. The bodies of its victims are in vain examined; death is interrogated: death betrays nothing.”

Louis-François Benoiston de Châteauneuf, 1834⁶⁹



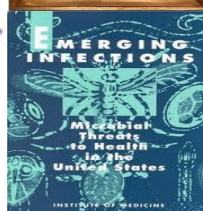
“Not a single year passes without [which]... we can tell the world: here is a new disease!”

Rudolf Virchow, 1867¹



“The future of microbes and mankind will probably unfold as episodes of a suspense thriller that could be entitled Our wits versus their genes”.

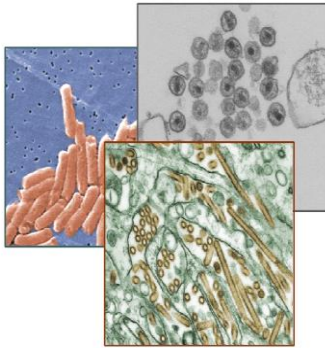
J. Lederberg, Science 2000³³



Joshua Lederberg (1925 - 2008)

A CDC FRAMEWORK FOR PREVENTING INFECTIOUS DISEASES

*Sustaining the Essentials
and Innovating for the Future*



OCTOBER 2011

FORESIGHT
Infectious Diseases:
preparing for the future
Future Threats
OFFICE OF SCIENCE AND INNOVATION

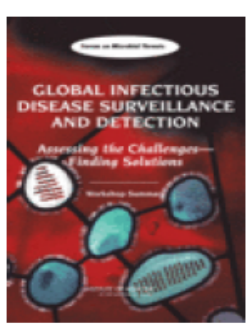


Box 3.1 Infectious disease issues of special concern

- Antimicrobial resistance
- Chronic viral hepatitis
- Food safety
- Healthcare-associated infections
- HIV/AIDS
- Respiratory infections
- Safe water
- Vaccine-preventable diseases
- Zoonotic and vectorborne diseases

Box 1. Examples of infectious disease threats, unusual health events, and newly discovered pathogens, worldwide, 2000–2011

- | | |
|---------|---|
| 2000 | Outbreak of Rift Valley fever in Saudi Arabia and Yemen, representing the first reported cases of the disease outside the African continent |
| 2000 | First detection of carbapenem resistance among the common gram-negative bacteria <i>Enterobacteriaceae</i> (<i>Klebsiella pneumoniae</i>) |
| 2001 | Intentionally caused anthrax in the United States |
| 2001 | Identification in the Netherlands of a new virus, human metapneumovirus, among children with respiratory infections |
| 2002 | First detection of <i>Staphylococcus aureus</i> bacteria completely resistant to vancomycin |
| 2002 | Outbreak of multidrug-resistant <i>Salmonella</i> Newport in the United States |
| 2002 | Norovirus infection on cruise ships entering U.S. ports |
| 2003 | Global outbreak of severe acute respiratory syndrome (SARS) caused by a previously unknown coronavirus |
| 2003 | Identification of a new, hypervirulent strain of <i>Clostridium difficile</i> as the cause of hospital outbreaks of gastrointestinal illness in the United States and Canada |
| 2003 | Cases of monkeypox in the United States linked to exotic pets imported from Central Africa |
| 2003 | Re-emergence of avian influenza A (H5N1) in Southeast Asia, and outbreaks in Africa |
| 2005 | Marburg hemorrhagic fever outbreak in Angola |
| 2005 | Identification in Sweden of a new virus, human bocavirus, among children hospitalized with acute respiratory infections |
| 2006 | Rift Valley fever outbreak in Kenya |
| 2007 | Ebola hemorrhagic fever outbreak in the Democratic Republic of the Congo |
| 2007 | Outbreak of Nipah virus encephalitis in Bangladesh |
| 2007 | First detection in Italy of mosquito-borne transmission of chikungunya fever, previously detected only in parts of Africa and South and Southeast Asia |
| 2007 | Discovery in Thailand of a new human species of <i>Bartonella</i> , an insect-borne bacteria that multiplies inside red blood cells causing fever, fatigue, muscle pain, headache, and rash |
| 2007 | Hemorrhagic fever outbreak in Uganda caused by a new strain of Ebola: Bundibugyo Ebola virus |
| 2007 | Outbreak of Marburg hemorrhagic fever in Uganda |
| 2008 | Ebola-like outbreak in Zambia due to a previously unknown virus: Lujo hemorrhagic fever virus |
| 2008 | Isolation in Australia of a new virus (transplant-associated arenavirus related to lymphocytic choriomeningitis virus) after three recipients of liver or kidney transplants from a single donor developed febrile illness and died |
| 2008 | Increasing outbreaks and international spread of carbapenem-resistant <i>Enterobacteriaceae</i> , and first detection of New Delhi metallo-beta-lactamase (NDM-1), a genetic element that can confer such resistance |
| 2009–10 | Locally transmitted dengue in Florida, representing the first cases acquired in the continental United States outside the Texas–Mexico border since 1945 |
| 2009–10 | Influenza pandemic caused by a new influenza strain, influenza A (H1N1) |
| 2010 | Outbreaks of cholera in Haiti |
| 2011 | Outbreak of Shiga toxin-producing <i>Escherichia coli</i> O104:H4 (STEC O104:H4) infections in Germany |
| 2011 | Identification by an international team of researchers of a strain of gonorrhea (H041) resistant to all available antibiotics |



Global Infectious Disease Surveillance and Detection: Assessing the Challenges -- Finding Solutions. Workshop Summary
 Forum on Microbial Threats, Stanley M. Lemon, Margaret A. Hamburg, P. Frederick Sparling, Eileen R. Choffnes, and Alison Mack, Rapporteurs
 ISBN: 0-309-11115-3, 284 pages, 6 x 9, (2007)

This free PDF was downloaded from:
<http://www.nap.edu/catalog/11996.html>



FIGURE SA-7 Star Trek medical tricorder.¹⁶
 SOURCE: Printed with permission from CBS Paramount.

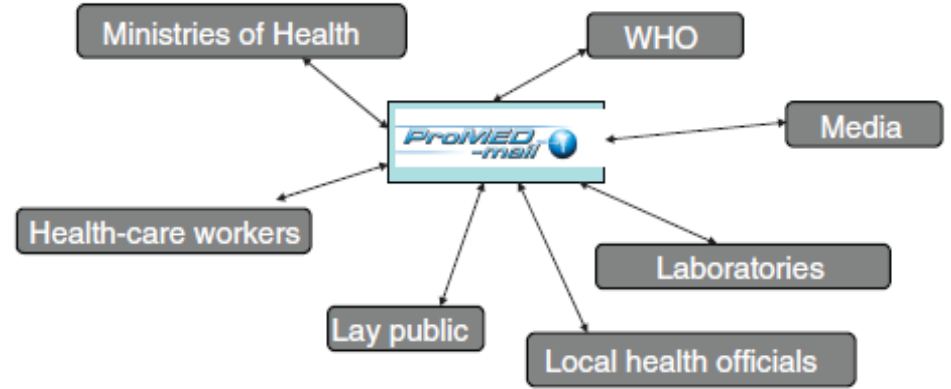


FIGURE SA-3 The power of the ProMED surveillance network.
 SOURCE: Figure courtesy of Dr. Larry Madoff.

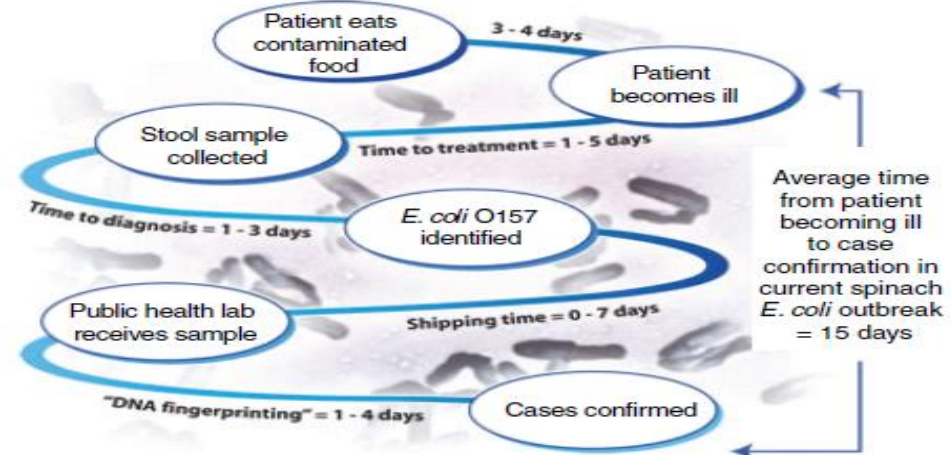


FIGURE 1-6 Time associated with confirming spinach-related illness.
 SOURCE: CDC (2006c).

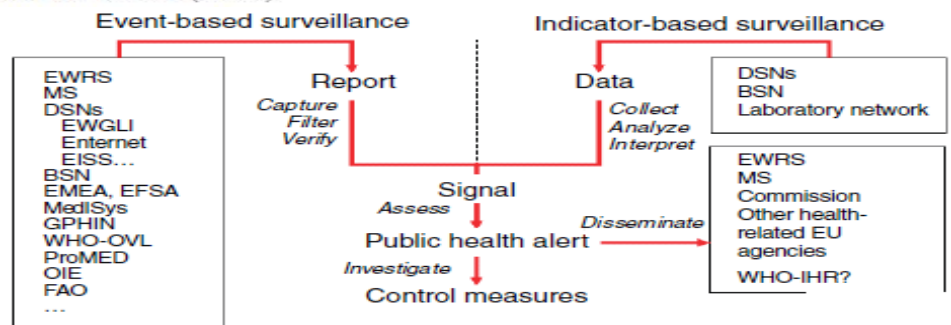


FIGURE 2-1 Epidemic intelligence framework.
 EWRS = Early Warning Response System; MS = messaging system; DSN = disease surveillance network; EWGLI = European Working Group for Legionella Infections; EISS = European Influenza Surveillance Scheme; BSN = Basic Surveillance Network; EMEA = European Agency for the Evaluation of Medicinal Products; EFSA = European Food and Safety Authority; WHO-OVL = Outbreak Verification List; OIE = Office International des Epizooties (World Organization for Animal Health); FAO = Food and Agriculture Organization; EU = European Union; and Enter-net is an established and thriving EU-wide network for the laboratory-based surveillance of human Salmonella and Verocytotoxin-producing *Escherichia coli* (VTEC) infections.
 SOURCE: Based on Kaiser et al. (2006).

President's Message Mot de la présidente

One world, one health, one medicine
Un monde, une santé, une médecine



NIH Public Access

Author Manuscript

Antiviral Res. Author manuscript; available in PMC 2011 February 1

Published in final edited form as:

Antiviral Res. 2010 February ; 85(2): 328. doi:10.1016/j.antiviral.2009.10.008.

Present and Future Arboviral Threats

Scott C. Weaver^{1,*} and William K. Reisen²

¹ Department of Pathology and Center for Biodefense and Emerging Infectious Diseases, University of Texas Medical Branch, Galveston, Texas USA

² Center for Vectorborne Diseases and Department of Pathology, Microbiology and Immunology, School of Veterinary Medicine, University of California, Davis, CA 95616, USA

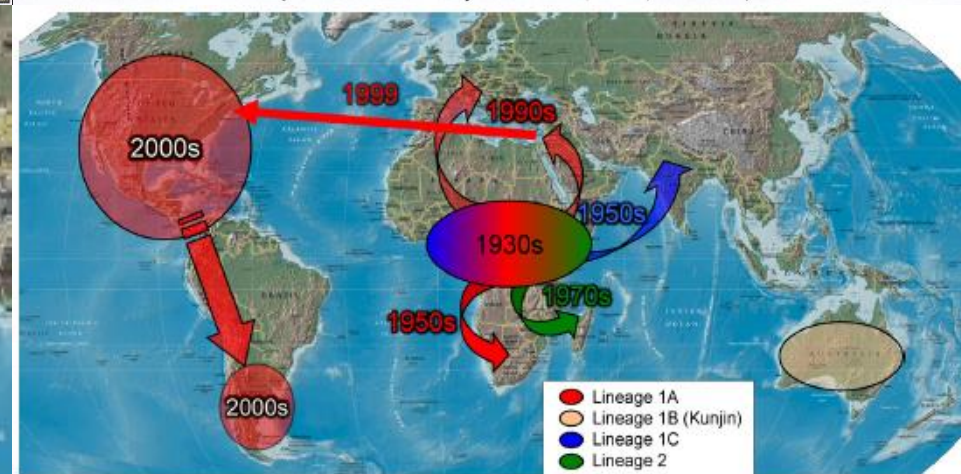
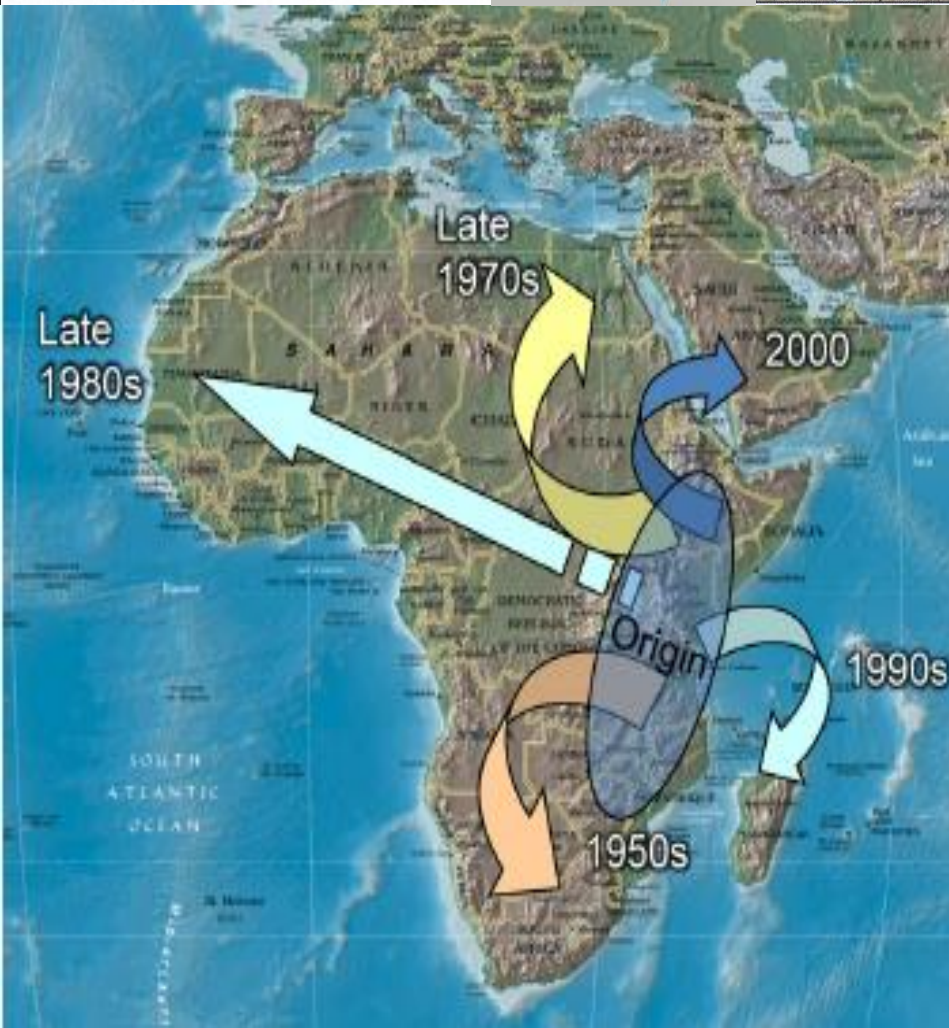


Fig. 1. Probable temporal sequence and dispersal routes of WNV from its proposed center of origin in sub-Saharan Africa (Lanciotti et al., 2002).

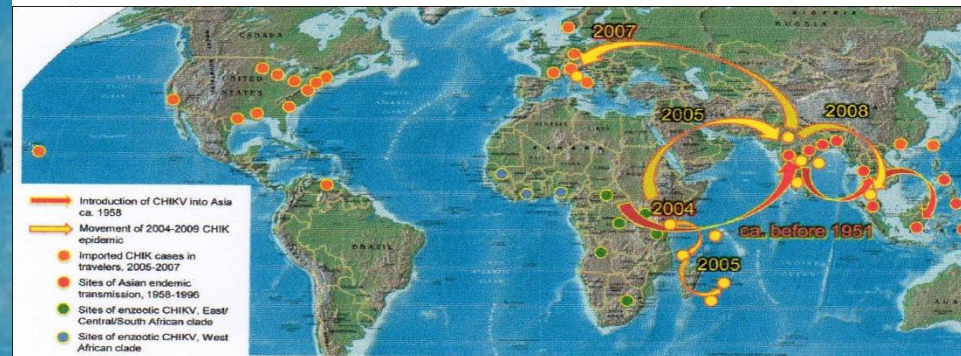
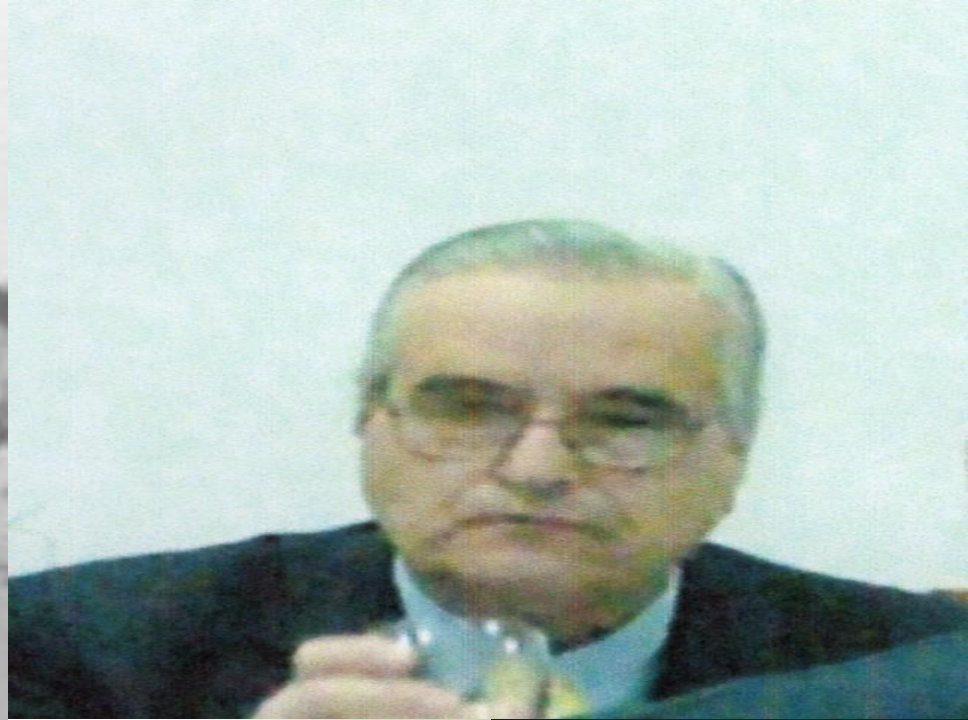


Fig. 6.

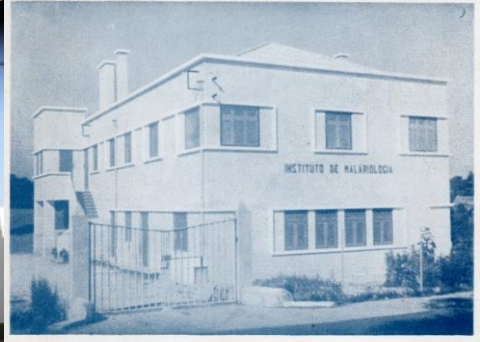
Map showing the locations of the 2 major enzootic genotypes of CHIKV in Africa, and historical introductions into the Indian Ocean islands, Asia and Europe, as well as recent importations via viremic travelers, based on (Lanciotti et al., 2007; Powers et al., 2000; Rezza et al., 2007; Sang et al., 2008).



50- ANOS DA FUNDAÇÃO
DO
INSTITUTO DE MALARIOLOGIA
E SUA PROJEÇÃO NO FUTURO

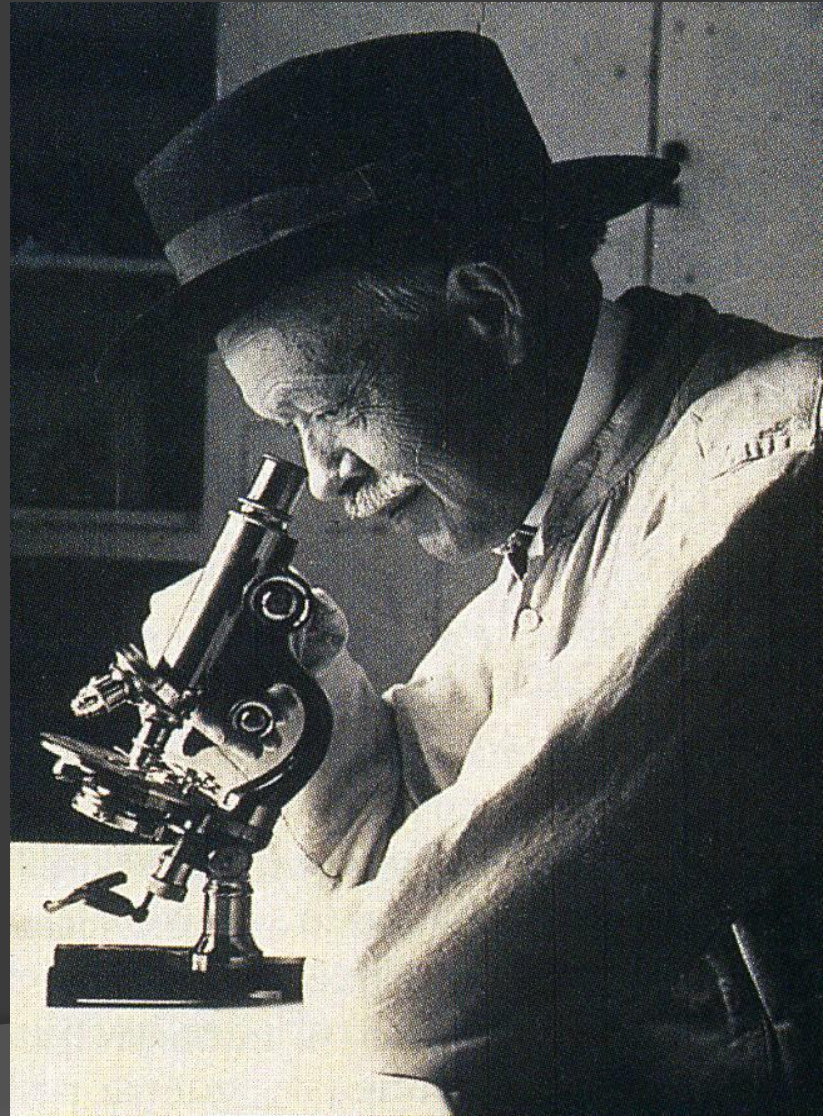
SIMPÓSIO I
A MALÁRIA NO FINAL DO SÉCULO XX

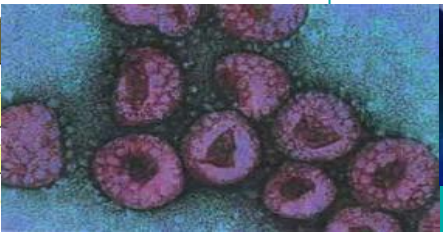
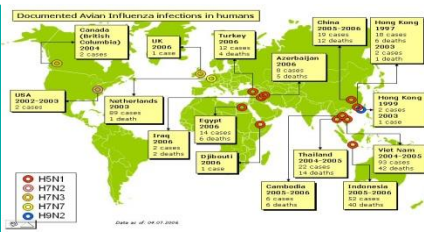
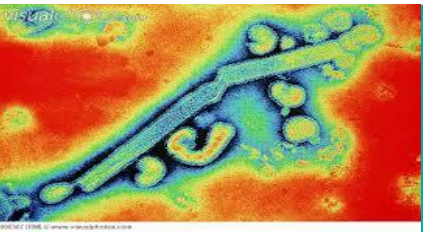
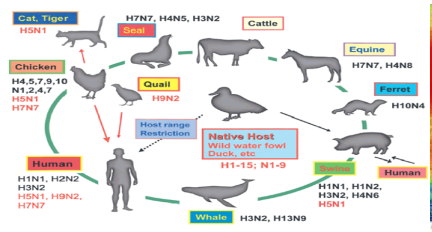
SIMPÓSIO II
AS ZONOSSES E A SAÚDE PÚBLICA



Charles Nicolle, Prémio Nóbel da Medicina, 1928

- “... irão haver sempre novas doenças. É uma fatalidade. Uma outra fatalidade, é o facto de nós não sermos imediatamente capazes de determinar a sua etiologia. Devemo-nos pois resignar com a ignorância perante os primeiros casos. Eles serão, pelo desconhecimento, encarados como uma doença já conhecida ...”
sic.





GRIFE A (H1N1)

Dois gestos de protecção!

- 1 Lave as mãos**
 - Molde veias, com água e sabão.
 - Quando se assar, espirrar ou tossir.
- 2 Tape o nariz e a boca quando espirrar ou tossir**
 - Com um lenço de papel ou com o braço.
 - Nunca com as mãos!
 - Os lenços de papel devem ser descartados na lixa.

CUIDADOS A TER

- Evitar a proximidade de pessoas com sintomas de gripe febre, tosse, dor nos músculos, falta de ar e, às vezes, vômitos e diarreia.
- Evitar tocar nos olhos, nariz e boca sem lavar as mãos.
- Limpar muitas vezes objectos e superfícies como: maçanetas das portas, computadores, telemóveis e computadores.

O QUE FAZER

Se tiver sintomas de gripe, fique em casa e ligue para a LÍNEA SAÚDE 24 24 24

Se tiver sintomas de gripe, evite cumprimentar com abraços, beijos ou apertos de mão.

Se não tiver as mãos lavadas, evite mexer nos olhos, no nariz e na boca.

World Health Organization

Gripe A (H1N1)

Como se pode proteger a si e aos outros

- Sempre que tossir ou espirrar tape o nariz e a boca com lenço de papel**
- Deite no cesto do lixo os lenços de papel usados**
- Lave as mãos frequentemente com água e sabão**
- Se tiver sintomas de gripe, ligue para a linha Saúde 24 24 24**
- Se tiver sintomas de gripe guarde uma distância de, pelo menos, um metro, quando falar com outras pessoas**
- Se tiver sintomas de gripe fique em casa, não vá trabalhar, nem à escola e evite locais com muitas pessoas**
- Se tiver sintomas de gripe, evite cumprimentar com abraços, beijos ou apertos de mão**
- Se não tiver as mãos lavadas, evite mexer nos olhos, no nariz e na boca**

World Health Organization

O NUNO ESCAPA À GRIPE A

Direcção-Geral de Saúde
www.dgs.pt
Ministério da Saúde

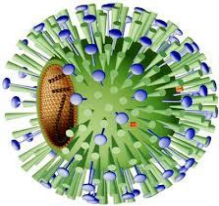
LER+ PLANO NACIONAL DE LEITURA

LAVO AS MINHAS MÃOS

Inês Pupo
Gonçalo Pratas

Figura 40 - Dois exemplos de cartazes produzidos durante a campanha.

Figura 42 - Reprodução das capas dos livros "O Nuno Escapa à Gripe A" e "Lavo as minhas mãos".



Vacine-se contra a Gripe A!

Pela sua saúde, proteja-se.
Ajude-nos a ajudá-lo.

Ministério da Saúde

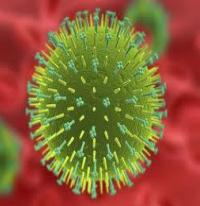


Figura 46 - Banner da vacinação.





21 de Julho de 2009 Mapa do Site Imprimir

- Gripe A(H1N1)v
- Informação para o público
- Informação para profissionais
 - Orientações Técnicas
 - Circulars e Despachos
- Tabelas com casos confirmados
- Relatórios - incidência da gripe
- Relatórios das avarências para validação
- Fases pandémicas
- Documentos e publicações
- Links
- Contactos

GRIFE

Informação sobre gripe A(H1N1), sazonal, aviária e ameaça de pandemia



As pandemias da gripe são fenómenos epidemiológicos de grandes proporções que afetam vários continentes e países simultaneamente. Surgem na sequência do aparecimento de um novo subtipo do vírus, que, na ausência de anticorpos protetores, encontra condições facilitadoras para se propagar.

DESTAQUES

Plano de Contingência da Gripe
Plano de Contingência Nacional do Sector da Saúde para a Pandemia de Gripe

Tabelas com casos confirmados

Relatórios diários - incidência da gripe

Orientações Técnicas

Orientação das grávidas na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 14/07/2009
Atualizadas em 10/07/2009 as Orientações Técnicas 2, 2.1 e 2.2

Ajuda contra a gripe

NEPVD - Comunicação Pública 02, de 17/07/2009

COMUNICADOS

Comunicado da Ministra da Saúde de 22/07/2009, 16:30
Ponto de situação da evolução da infeção pela Gripe A(H1N1)v

Comunicado nº 11 do Director-Geral da Saúde - 14/07/2009, 15:00
Orientação das grávidas na Região de Lisboa e Vale do Tejo

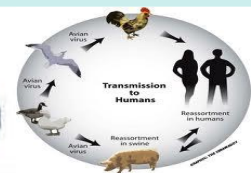
Comunicado nº 12A do Director-Geral da Saúde - 17/07/2009, 13:00
Alargamento da rede de Hospitais de Referência para a gripe A(H1N1)v

Comunicado nº 13 do Director-Geral da



GRIFE

Informação sobre gripe A(H1N1), sazonal, aviária e ameaça de pandemia

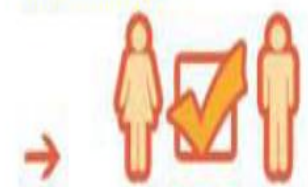


Destques



Saiba quais os destaques e as últimas atualizações sobre a gripe A(H1N1)2009...

Recomendações



Recomendações para grávidas, instituições de idosos, escolas e empresas...

A gripe na WEB



Siga a evolução da pandemia através dos websites de alguns organismos internacionais...

Vacinação



Ponto de situação e esclarecimentos sobre a campanha de vacinação...

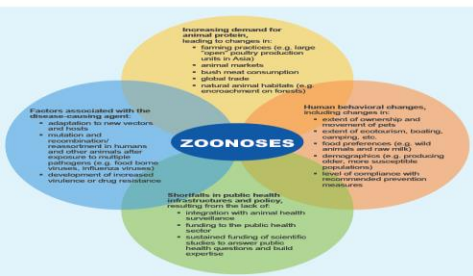


Figura 43 - Microsite da Gripe em Julho de 2009.



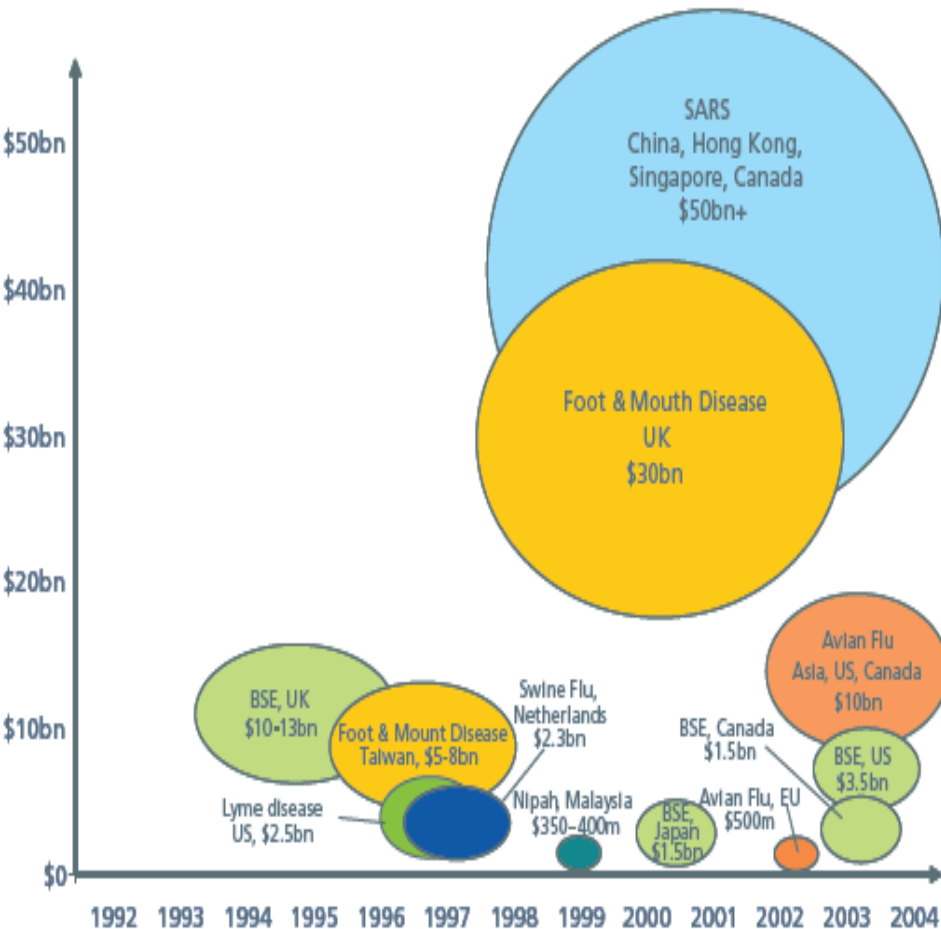
Figura 45 - Microsite da gripe em Outubro de 2009.





The Economic and Social Impact of Emerging Infectious Disease: Mitigation through Detection, Research, and Response

Figure 2: Economic Impact of Recent Epidemics (Zoonotic) ¹⁷



¹⁷ Permission to reprint image granted by Bio Economic Research Associates, LLC ©., 12 August 2008. SARS and the New Economics of Biosecurity, 2003.

Risk Group 1: A micro-organism that is unlikely to cause human disease or animal disease.

Risk Group 2: A pathogen that can cause human or animal disease but is unlikely to be a serious hazard to laboratory workers, the community, or the environment.

Risk Group 3: A pathogen that usually causes serious human or animal diseases, but does not ordinarily spread from one infected individual to another. Effective treatment and preventive measures are available.

Risk Group 4: A pathogen that usually causes serious human or animal disease and that can be readily transmitted from one individual to another, directly or indirectly. Effective treatment and preventive measures are not usually available.

Figure 3: Economic Impact of Infectious Disease in South East Asia ^{18, 19, 20}

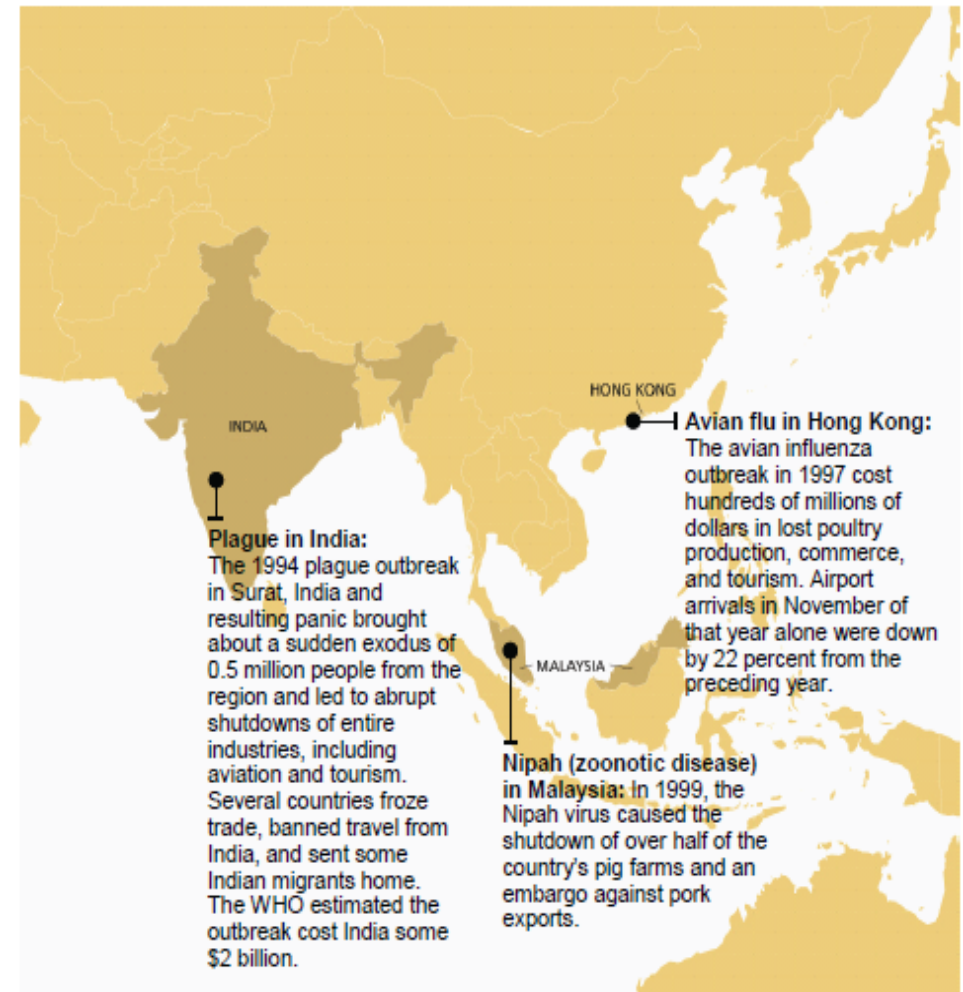


Figure 5: Economic Impact of Infectious Disease in the United Kingdom²⁴ and Sub-Saharan Africa²⁵

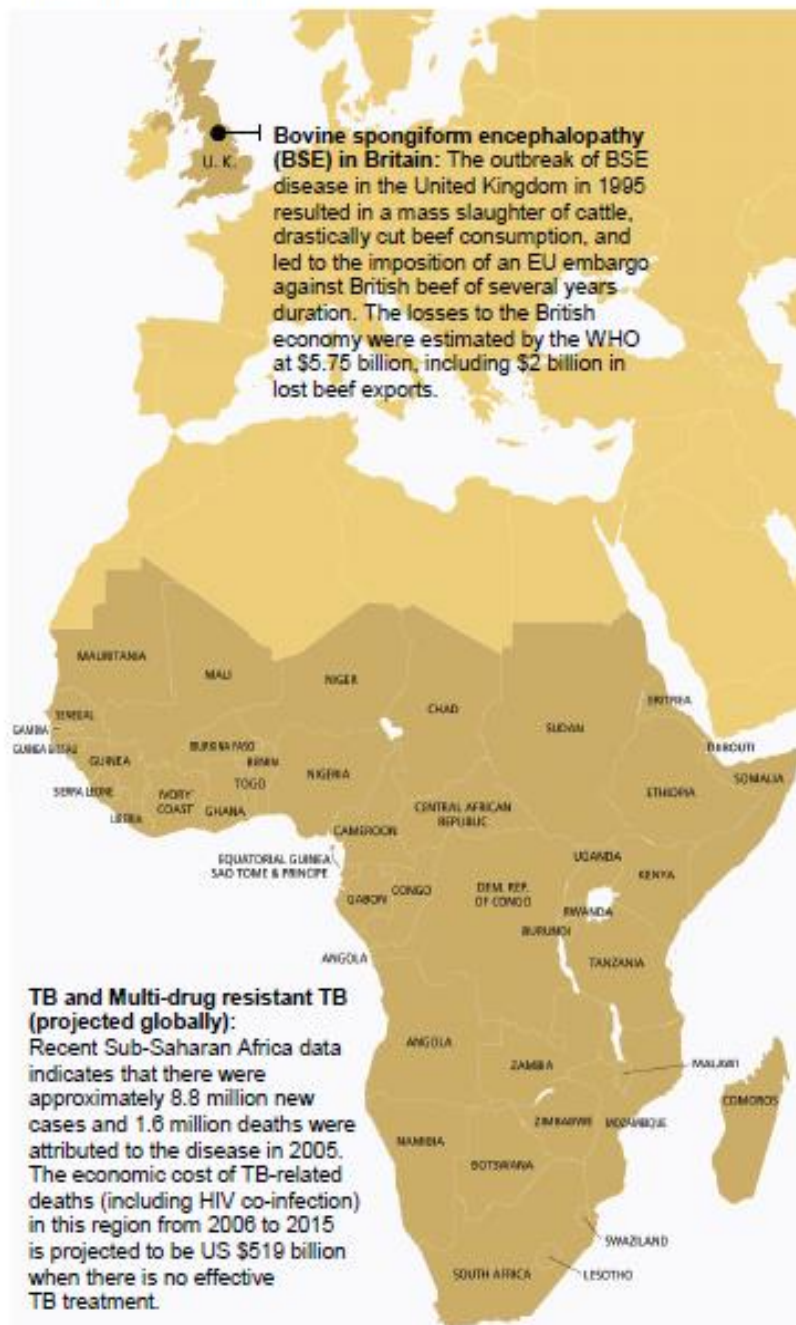


Figure 4: Economic Impact of Infectious Disease in the Americas^{21, 22, 23}



Os nossos charlatães financeiros não sabem senão estes dois métodos de governo: – Empréstimos e impostos.

Por um lado, o governo mandou para as cortes uma carregação de propostas tendentes todas a aumentar de tributos; por outro lado, o governo vai negociar um empréstimo no estrangeiro.

É dinheiro emprestado e dinheiro espoliado.

Pede-se primeiro aos agiotas para pagar às camarilhas; depois tira-se ao povo para pagar aos agiotas!

E ao passo que se trata de um empréstimo em Londres, negocia-se outro empréstimo com os bancos nacionais.

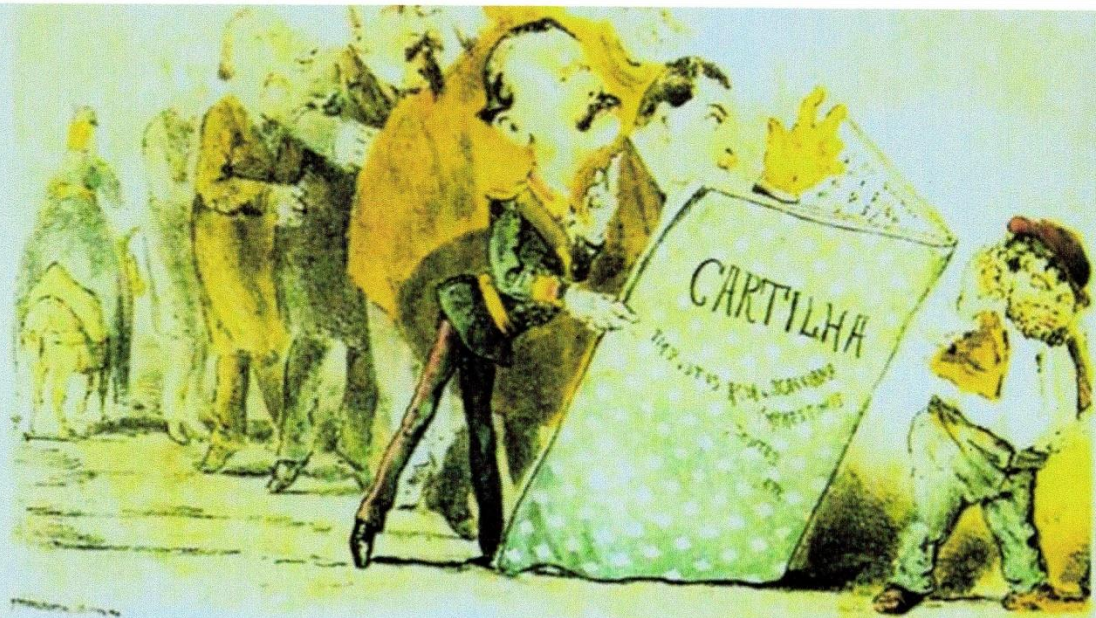
Este tem carácter de dívida flutuante⁽¹⁾ interna e é para pagamento da dívida consolidada⁽²⁾ externa!

Este empréstimo que nos está às costas para pagamento no fim de três meses, sai na razão de 13/2 %!

E no fim não é dinheiro aplicado a nenhum melhoramento público; é só dinheiro para pagar juros da dívida!

É a dívida a endividar-nos cada vez mais! É a dívida a crescer para pagar as sinecuras do estado! É a dívida a multiplicar-se para não faltarem à corte banquetes, festas, caçadas, folias!

Esta situação é terrível e tanto mais que ela exige para se não agravar, de sacrifícios com que o país não pode e que de mais não deve fazer, quando eles são apenas destinados às extravagâncias da corte e ao deverismo do poder, no qual se inscreve agora o novo subsídio aos pais da pátria!



O Zé e a Cartilha de todos os políticos, caricatura de Rafael Bordalo Pinheiro (1881). Em traje militar, e segurando a Cartilha, vê-se Fontes Pereira de Melo. Lê-se, entre outros: *impostos, empréstimos*.



1899-2011
111 ANOS



The EBM Triad

GUIDELINES

Lista de Normas Clínicas em audição:

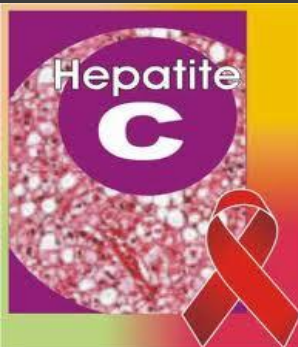
- Norma nº 070/2011 de 30/12/2011 - Indicações para Prescrição do Ionograma
- Norma nº 069/2011 de 30/12/2011 - Prescrição da Gama-glutamyltransferase (GGT)
- Norma nº 068/2011 de 30/12/2011 - Terapêutica Biológica da Doença Inflamatória do Intestino do Adulto
- Norma nº 067/2011 de 30/12/2011 - Prescrição de Agentes Biológicos nas Doenças Reumáticas
- Norma nº 066/2011 de 30/12/2011 - Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Dislipidemias
- Norma nº 065/2011 de 30/12/2011 - Tratamento da Psoríase com Agentes Biológicos em Idade não Pediátrica
- Norma nº 064/2011 de 30/12/2011 - Prescrição de Antibióticos em Patologia Dentária
- Norma nº 063/2011 de 30/12/2011 - Prescrição e Determinação do Hemograma
- Norma nº 062/2011 de 29/12/2011 - Prescrição de Analgésicos em Patologia Dentária
- Norma nº 061/2011 de 29/12/2011 - Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação de Doença Alérgica
- Norma nº 060/2011 de 29/12/2011 - Prescrição e determinação do Antígeno Específico da Próstata - PSA
- Norma nº 059/2011 de 28/12/2011 - Prescrição para Estudo Laboratorial da infeção pelo Vírus da Hepatite C
- Norma nº 058/2011 de 28/12/2011 - Prescrição Laboratorial do Teste de Anticorpos Anti-Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)
- Norma nº 057/2011 de 28/12/2011 - Imagiologia do Abdómen e Pélvis: Ecografia Ginecológica
- Norma nº 056/2011 de 28/12/2011 - Prescrição Imagiológica do Abdómen: Ecografia do Abdómen Superior
- Norma nº 055/2011 de 27/12/2011 - Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia
- Norma nº 054/2011 de 27/12/2011 - Acidente Vascular Cerebral: Prescrição de Medicina Física e de Reabilitação
- Norma nº 053/2011 de 27/12/2011 - Abordagem Terapêutica das Alterações Cognitivas
- Norma nº 052/2011 de 27/12/2011 - Abordagem Terapêutica Farmacológica na Diabetes tipo 2
- Norma nº 051/2011 de 27/12/2011 - Abordagem Imagiológica da Mama Feminina
- Norma nº 050/2011 de 27/12/2011 - Prescrição Imagiológica da Cabeça e Pescoço: Tomografia Computadorizada Crânio-encefálica
- Norma nº 049/2011 de 27/12/2011 - Prescrição Imagiológica da Cabeça: Tomografia Computadorizada Maxilofacial
- Norma nº 048/2011 de 26/12/2011 - Abordagem Terapêutica Farmacológica da Hipertrofia Benigna da Próstata
- Norma nº 047/2011 de 26/12/2011 - Imagiologia da Coluna Vertebral: Tomografia Computadorizada da Coluna
- Norma nº 046/2011 de 26/12/2011 - Abordagem Terapêutica Farmacológica da Angina Estável
- Norma nº 045/2011 de 26/12/2011 - Antibioterapia na pneumonia adquirida na comunidade em adultos imunocompetentes
- Norma nº 044/2011 de 23/12/2011 - Abordagem Imagiológica da Pessoa com Tosse
- Norma nº 043/2011 de 23/12/2011 - Terapêutica da Dor Neuropática
- Norma nº 042/2011 de 23/12/2011 - Abordagem Terapêutica Farmacológica do Glaucoma
- Norma nº 041/2011 de 23/12/2011 - Prescrição de Antidepressivos
- Norma nº 039/2011 de 30/09/2011 - Prescrição de Exames Laboratoriais para Avaliação e Monitorização da Função Tiroideia
- Norma nº 038/2011 de 30/09/2011 - Ecodoppler no Contexto da Realização de Exames Ecográficos
- Norma nº 037/2011 de 30/09/2011 - Exames laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco
- Norma nº 036/2011 de 30/09/2011 - Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Prótons e das suas Alternativas Terapêuticas
- Norma nº 035/2011 de 30/09/2011 - Realização de Biopsias Percutâneas Guiadas
- Norma nº 034/2011 de 30/09/2011 - Utilização de Ecodoppler Arterial dos Membros Inferiores
- Norma nº 033/2011 de 30/09/2011 - Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c
- Norma nº 032/2011 de 30/09/2011 - Realização de drenagem percutânea guiada por imagem
- Norma nº 031/2011 de 30/09/2011 - Ecodoppler Cerebrovascular
- Norma nº 030/2011 de 30/09/2011 - Ecodoppler Venoso dos Membros Inferiores
- Norma nº 029/2011 de 30/09/2011 - Ecodoppler abdominal
- Norma nº 028/2011 de 30/09/2011 - Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- Norma nº 027/2011 de 29/09/2011 - Tratamento Farmacológico da Osteoporose Pós-menopáusia
- Norma nº 026/2011 de 29/09/2011 - Abordagem Terapêutica da Hipertensão Arterial
- Norma nº 025/2011 de 29/09/2011 - Insulinoterapia na Diabetes Mellitus tipo 2
- Norma nº 024/2011 de 29/09/2011 - Utilização Clínica de Antipsicóticos
- Norma nº 023/2011 de 29/09/2011 - Exames Ecográficos na Gravidez
- Norma nº 022/2011 de 28/09/2011 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Ventiloterapia e Equipamentos
- Norma nº 021/2011 de 28/09/2011 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Aerosoloterapia
- Norma nº 020/2011 de 28/09/2011 - Hipertensão Arterial: definição e classificação
- Norma nº 019/2011 de 28/09/2011 - Abordagem terapêutica das dislipidemias
- Norma nº 018/2011 de 28/09/2011 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Prescrição de Oxigenoterapia
- Norma nº 017/2011 de 28/09/2011 - Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5
- Norma nº 016/2011 de 27/09/2011 - Abordagem e controlo da asma



Alerta
'Hepatite - C' Você pode ter !
Saiba mais sobre essa doença silenciosa



Farmacológica



Sociedade

Restrição de medicamentos atinge outras doenças graves, diz associação

Denuncia feita pela SOS Hepatite estaca casos de cancro, HIV ou esclerose múltipla

“O Juramento de Amato Lusitano”

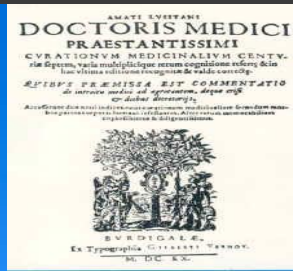
(Salónica, 5319)

- “...nunca fingi, acrescentei ou alterei em minha honra ou que não fosse em benefício dos mortais ... sempre em tudo exigei verdade... nas minhas consultas e visitas médicas nunca pratiquei a menor torpeza... jamais fiz coisa de que se envergonhasse um médico preclaro e egrégio... sempre tive diante dos olhos, para os imitar, os exemplos de Hipócrates e Galeno, os Pais da Medicina, não desprezando as Obras Monumentais de alguns outros excelentes Mestres da Arte Médica... fui sempre diligente no estudo e, por tal forma, que nenhuma ocupação ou circunstância, por mais urgente que fosse, me desviou da leitura dos bons autores...” (sic.)



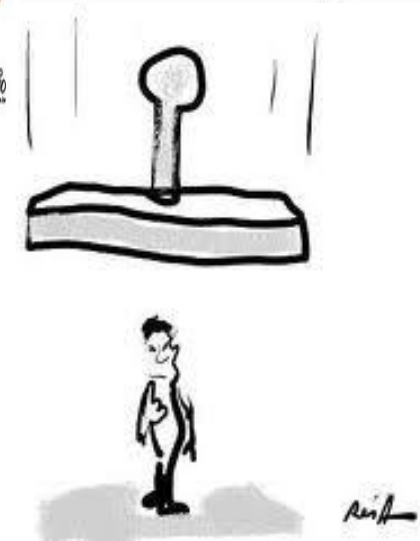
V CENTENÁRIO AMATO LUSITANO (1511-1568)

O Presidente da Câmara Municipal de Castelo Branco tem a honra de convidar V. Ex.^a para a Conferência «A história de Amato Lusitano na História de Portugal» pelo Professor Doutor Marinho dos Santos, da Universidade de Coimbra, a realizar no dia 18 de Fevereiro, às 15 horas, no auditório da Biblioteca Municipal de Castelo Branco.



A Minha (Nossa) Experiência ...

- **Legislação**
 - Isenção
 - Dispensa
- **Acesso**
 - Transportes
- **Precaridade**
 - Emprego
- **Burocracia**
 - Profissionais



Saúde. Paulo
Macedo
reafirma que
SNS ainda não
é sustentável

Ex-director do SNS inglês
confessa: “Geri mal as
coisas, não envolvemos
as pessoas”



São quase diários os debates sobre o futuro do SNS. Fundação Gulbenkian prepara-se para entrar em cena com perito de peso



PNS 2012- 2016: Será que?!...



*Promover a Cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar,
de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades.*



*A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde,
garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país.*

Do direito à saúde à
obrigação de ter saúde?



Por um novo paradigma
de governança



**A defesa do
SNS e do direito
à saúde está
hoje no centro
da defesa do
próprio regime
democrático**



**Algo novo está
em marcha.
Os cidadãos
começaram
a fazer ouvir
a sua voz**



- “... qualquer alteração ou manipulação do código genético do SNS implica a destruição ou, pelo menos, a amputação da sua Alma ... a defesa do direito à saúde não é tanto uma questão ideológica, mas um imperativo moral ... governar é tornar o país mais justo, a sociedade mais harmoniosa e as pessoas mais felizes. Nesta lógica Humanista, o SNS não é uma Econometria, mas uma Deontologia ...” (sic.) (António Arnaut 2012/05/23, in Congresso Nacional de Medicina Interna)

- “... sou do tempo em que ter uma boa carreira médica era motivo de orgulho e satisfação ... o SNS estruturava-se em carreiras que asseguravam um excelente conjunto de profissionais, disponíveis para os doentes e em permanente atualização técnica ... há anos tudo acabou ... interessam os números e pouco importam as pessoas ... não existe qualquer exigência de qualidade ... a lógica parece assim ser a de contratar ao mais baixo custo ... os médicos contratados têm que fazer 4 consultas/hora ... a exigência do trabalho em equipa, característica dos bons serviços de saúde está agora comprometida ... não é possível fazer de conta que nada se passa ... é caso para dizer que a saúde dos portugueses é um assunto demasiado importante para ficar só por conta do Governo. Compete aos profissionais denunciar estas medidas dos cidadãos espera-se vigilância permanente, porque a hora é de atenção e de protesto ...” (sic.) (Daniel Sampaio, in Público, 2012/06/17)



MÉDICOS EM GREVE EM DEFESA
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
PARA TODOS!

OS DOENTES EXIGEM MÉDICOS
QUE SE JAM BONS PROFISSIONAIS,
NÃO QUEREM TRATAMENTO À RETALHO!

TODOS
PELOS DOENTES
TODOS PELO SNS
GREVE 11/12 JULHO

Federação Nacional dos Médicos
Sindicato Independente dos Médicos
Ordem dos Médicos

FNAM/SIM/OM



OS DOENTES
EM PRIMEIRO LUGAR
GREVE 11/12 JULHO

OS MÉDICOS ESTÃO EM LUTA!

Nos próximos dias 11 e 12 de julho, os médicos vão fazer greve. Isso significa a que vão deixar os serviços de saúde nos dias a não ser em situações de urgência e/ou para serviços mínimos.

A média de custos hospitalares no OCDE é de 4,1/1000 habitantes, no Alentejo de R,2. Em Portugal é de apenas 1,3/1000 habitantes. Não se encontram de serviços de qualidade!

Além para todos, são apenas para quem possa pagar: taxas, transportes, tratamentos, medicamentos, recuperação de exames...

Os médicos defendem a qualidade do serviço profissional pela manutenção dos centros médicos – avaliação, consultas, prevenção de mais qualificados, de melhores os médicos de país surgiram com os centros médicos – igual oportunidade para todos, maior eficiência para manter os SNS.

Se médicos qualificados, a trabalhar em equipa, garantem melhor resposta, maior eficiência e maior economia de saúde. Por isso que atingimos os melhores de indicadores de saúde a nível mundial e em prep nos países. **Pela sua saúde, junte-se a nós!**



MÉDICOS EM GREVE EM DEFESA
DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PARA TODOS!
OS DOENTES EXIGEM
MÉDICOS QUE SE JAM BONS PROFISSIONAIS,
NÃO QUEREM TRATAMENTO À RETALHO!

Federação Nacional dos Médicos / Sindicato Independente dos Médicos / Ordem dos Médicos

FNAM/SIM/OM

TODOS
PELOS DOENTES
TODOS PELO SNS

GREVE 11/12 JULHO

FNAM/SIM/OM



RESPONSIBLE REFORM
FOR THE MIDDLE CLASS
DEMOCRATS.SENATE.GOV/REFORM



TAX BURDEN
FOR THE
MIDDLE CLASS
WWW.BARACKOBAMA.COM

The Patient Protection and Affordable Care Act

The Patient Protection & Affordable Care Act



111th Congress of the United States

H.R. 3590

Health Care Law

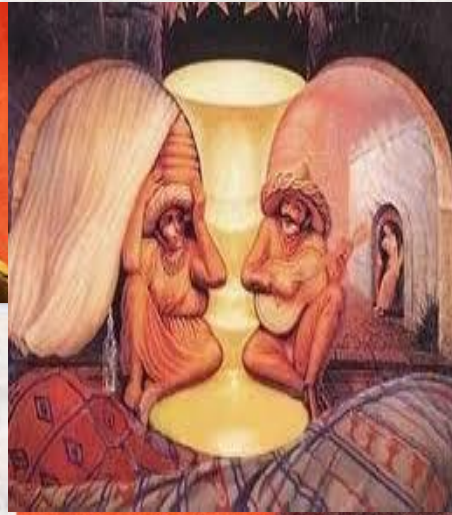
APPROVED
MAR 23 2010

Patient Protection and Affordable Care Act



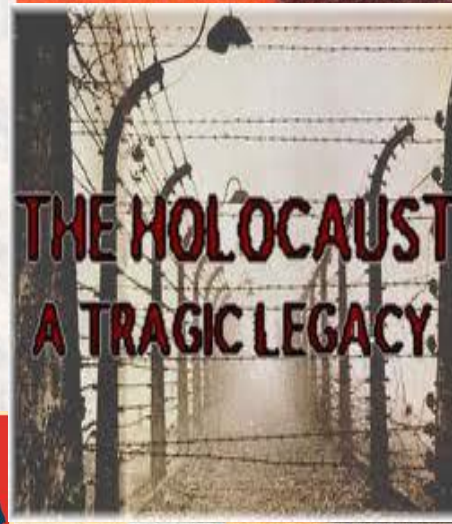
Ministro diz que idosos doentes devem “morrer rapidamente” para o bem da economia

Japão



Custos de tratamentos para pessoas com doenças sem recuperação são desnecessários, defende

Taro Aso



Ministro das Finanças gosta de polémicas

Mensagens Finais

NUNCA DESISTA
DOS SEUS
SONHOS!

- “...a gente tem que sonhar, senão as coisas não acontecem...” (sic.)
(Oscar Niemeyer)



Capital de Risco por Rodrigo de Matos

