

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS

2025

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

DESAFIOS E ESTRATÉGIAS 2025

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS 2025

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2026.

PALAVRAS-CHAVE

Doença Respiratória Crónica, Asma, DPOC, Pneumonia, Mortalidade, Morbilidade.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: Cristina Bárbara, Paula Simão, Fátima Rodrigues, Ana Cristina Portugal

DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE Pedro Pinto Leite, Eugénia Fernandes, Isabel Alves

DIREÇÃO

Rita Sá Machado, André Peralta Santos, Júlio Pedro

Lisboa, março 2026

Índice

Resumo	6
Summary	8
Diagnóstico da Situação	10
1. Enquadramento	10
2. Mortalidade por Doenças Respiratórias	11
2.1 Mortalidade por Pneumonia	14
2.2 Mortalidade por Doença Crónica das Vias Aéreas Inferiores	15
2.3 Mortalidade por Asma	17
2.4 Mortalidade por Covid-19	19
2.5 Evolução da mortalidade respiratória	20
3. Morbilidade Hospitalar por Doenças Respiratórias	21
3.1 Internamentos por doenças respiratórias	21
3.2 Evolução dos Internamentos por doenças respiratórias	24
4. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários	25
4.1 Asma	26
4.2 DPOC	27
4.3 Vacinação contra a gripe	30
4.4 Evolução do acesso aos CSP	31
5. Medicamentos de Farmácia Comunitária	31
6. Medicamentos de Farmácia Hospitalar	34
7. Cuidados Respiratórios Domiciliários	35
8. Conclusões e Recomendações Finais	37
Atividades e Roteiro de Ação	39
Atividades 2024 – 2025	39
Roteiro de Ação 2026	41
Referências	43

Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença respiratória, acima e abaixo dos 75 anos, (2017 a 2023).	13
Figura 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonia acima e abaixo dos 75 anos (2017-2023).	15
Figura 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença crónica das vias aéreas inferiores, acima e abaixo dos 75 anos (2017-2023).	17
Figura 4. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por asma acima e abaixo dos 75 anos, (2017-2023).	19
Figura 5. Internamentos hospitalares de adultos por asma e DPOC, 2013 e 2023 (ou ano mais próximo).	21
Figura 6. Número total de episódios de ambulatório com diagnóstico de Síndrome de Apneia do Sono, (2015-2024).	23
Figura 7. Evolução dos custos com os internamentos em que o diagnóstico principal de doença do aparelho respiratório em Milhões de Euros (2017-2024).	24
Figura 8. Evolução dos diagnósticos de asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários (2017-2024).	26
Figura 9. Vacinação contra a gripe acima dos 65 anos nos países europeus da OCDE desde 2019 até 2024.	31
Figura 10. Evolução no consumo de embalagens de salbutamol (2017-2024).	33
Figura 11. Evolução dos encargos com fármacos respiratórios de farmácia comunitária, em Milhões de Euros. (2017-2024).	34
Figura 12. Evolução das prescrições eletrónicas de CRD's e câmaras expansoras por utente (2017-2024).	36
Tabela 1. Óbitos por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, em 2023.	12
Tabela 2. Evolução dos óbitos por doenças do aparelho respiratório, em Portugal (2017 a 2023).	12
Tabela 3. Óbitos e taxas de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal (2017 a 2023).	13
Tabela 4. Óbitos e taxas de mortalidade por pneumonia, Portugal (2017 a 2023).	14

Tabela 5. Óbitos e taxas de mortalidade por doença crónica das vias aéreas inferiores (2017-2023).....	16
Tabela 6. Óbitos e taxas de mortalidade por asma em Portugal (2017-2023).....	18
Tabela 7. Óbitos e taxas de mortalidade por COVID-19 em Portugal (2020-2024).....	20
Tabela 8. Número de Internamentos pelas principais doenças respiratórias e por COVID-19 em Portugal (2017-2024).....	22
Tabela 9. Número de episódios de internamento com diagnóstico principal de doença do aparelho respiratório e custos correspondentes (2017-2024).....	24
Tabela 10. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de asma (2017-2024).....	26
Tabela 11. Prevalência regional de asma nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2018-2024).....	27
Tabela 12. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de DPOC (2017-2024).....	28
Tabela 13. Prevalência regional de DPOC nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários em todas as faixas etárias (2018-2024).....	28
Tabela 14. Evolução da proporção de utentes com DPOC com registo de avaliação de FEV1 (2017-2024).....	29
Tabela 15. Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou bronquite crónica, com registo do diagnóstico, na lista de problemas ativos (2019-2024).....	30
Tabela 16. Evolução do número de embalagens vendidas de medicamentos ambulatoriais e dispositivos para o sistema respiratório (2017-2024).....	32
Tabela 17. Consumo de medicamentos biológicos (embalagens) para a asma dispensados pela farmácia hospitalar, em Portugal (2021-2024).....	34
Tabela 18. Encargo total em Euros com medicamentos biológicos para a asma dispensados pela farmácia hospitalar, em Portugal (2021-2024).....	35
Tabela 19. Evolução das prescrições eletrónicas de CRDs e câmaras expansoras, por utente (2017-2024).....	36

Resumo

Este relatório sintetiza a informação disponível sobre doenças respiratórias em Portugal para a qual se utilizou informação de diversas fontes documentais do Serviço Nacional de Saúde.

Diagnóstico da situação

Em 2023, à semelhança da Europa, as doenças respiratórias continuaram a ser a terceira principal causa de morte em Portugal, representando 11% de todos os óbitos. Embora o número de mortes por causas respiratórias tenha sido maior do que em 2022, a tendência desde 2017 é positiva, com redução das taxas de mortalidade. A exceção são as mortes por asma em mulheres com mais de 75 anos, que têm aumentado. A pneumonia mantém-se como a principal causa de morte por doença respiratória.

O internamento por doenças respiratórias tem apresentado uma redução sustentada, com exceção dos internamentos por fibrose pulmonar. Portugal regista uma das taxas mais baixas da Europa em internamentos por asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), refletindo a elevada qualidade do acompanhamento destes doentes nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A diminuição dos internamentos respiratórios permitiu reduzir significativamente os custos hospitalares.

Apesar destes progressos, persistem desafios importantes. A asma e a DPOC continuam a estar subdiagnosticadas nos Cuidados de Saúde Primários, existindo evidência de desigualdades regionais no acesso à espirometria e ao médico de família. A região Norte apresenta melhores resultados, enquanto a região de Lisboa concentra o maior número de utentes sem médico de família. As pessoas sem médico de família enfrentam maiores dificuldades no diagnóstico e acompanhamento, evidenciando desigualdades no acesso aos cuidados respiratórios.

A vacinação contra a gripe e contra o pneumococo tem mostrado um impacto positivo na redução da mortalidade por doenças respiratórias, sobretudo nos idosos. As farmácias comunitárias tiveram um papel relevante no aumento da cobertura vacinal para a gripe.

No tratamento, tem-se registado um aumento da utilização de medicamentos respiratórios e de cuidados respiratórios domiciliários, associado a um maior diagnóstico e melhor seguimento das pessoas com doença respiratória.

Atividades | 2024 – 2025

Entre 2024 e 2025, o PNDR centrou-se na monitorização dos principais indicadores de saúde respiratória, com a publicação de relatórios sobre desafios e estratégias. O projeto piloto de diagnóstico e tratamento da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) nos Cuidados de Saúde Primários, demonstrou que através de uma Unidade Virtual de Sono hospitalar, é possível integrar o diagnóstico de SAOS nos cuidados primários, com supervisão hospitalar remota. Consequentemente o PNDR apresentou uma proposta de escalabilidade deste modelo a nível nacional. Apoiou a revisão e elaboração de normas sobre rastreio do cancro do pulmão, cuidados respiratórios domiciliários e utilização sustentável de inaladores.

Promoveu também a literacia em saúde respiratória e a capacitação de profissionais através da realização de conferências, *webinars*, materiais para as redes sociais e divulgação de informação relevante.

No plano internacional, contribuiu para publicações da Organização Mundial de Saúde (OMS), da OCDE e iniciativas europeias, coordenando o consórcio nacional da *Joint Action JARED*, a primeira iniciativa europeia dedicada à prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças respiratórias crónicas.

Plano de ação | 2026

O Plano de ação do PNDR para 2026 centra-se no reforço da prevenção, do diagnóstico e tratamento precoces e da qualidade dos cuidados às pessoas com doenças respiratórias.

Prevê a monitorização sistemática dos principais indicadores de saúde respiratória e a vigilância do impacto das ondas de calor e de outros eventos climáticos extremos.

O acesso ao diagnóstico e ao tratamento precoce será fortalecido através da expansão da oferta de espirometrias e da ampliação do modelo da Unidade Virtual de Sono, promovendo a integração entre os cuidados hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários. Está igualmente prevista a criação de um grupo de trabalho para promoção da reabilitação respiratória em contexto de proximidade, através da integração nos Cuidados de Saúde Primários. O plano inclui ainda o desenvolvimento de conteúdos educativos para melhorar a literacia em saúde respiratória e a continuidade dos trabalhos de âmbito internacional, nomeadamente na *Joint Action JARED*.

Summary

This report summarizes the available information on respiratory diseases in Portugal, using data from various documentary sources of the National Health Service.

Current Situation

In 2023, in line with trends observed across Europe, respiratory diseases remained the third leading cause of death in Portugal, accounting for 11% of all deaths. Although the absolute number of deaths from respiratory causes increased compared with 2022, the trend since 2017 has been favorable, with a decline in age-standardized mortality rates, particularly among individuals aged 75 years and older, in both sexes. An exception is deaths from asthma among females over 75 years of age, which have increased. Pneumonia continues to be the leading cause of death from respiratory disease.

Hospital admissions for respiratory diseases have shown a sustained downward trend, except for admissions related to pulmonary fibrosis. Portugal reports among the lowest hospital admission rates in Europe for asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), reflecting the quality of prevention, early diagnosis and follow-up delivered through Primary Health Care (PHC).

The reduction in respiratory hospital admissions has resulted in a substantial decrease in hospital-related expenditure.

Despite these advances, significant challenges remain. Asthma and COPD continue to be underdiagnosed in PHC, with evidence of regional health inequalities in access to spirometry and to a general practitioner. The Northern region demonstrates more favorable indicators, while the Lisbon region has the highest proportion of individuals without an assigned general practitioner. Individuals without a general practitioner experience greater barriers to diagnosis and continuity of care, highlighting persistent inequalities in access to respiratory health services.

Seasonal influenza and pneumococcal vaccination have demonstrated a positive impact on reducing mortality from respiratory diseases, particularly among older populations. Community pharmacies have played an important role in increasing influenza vaccination uptake.

Regarding treatment, there has been an increase in the utilization of respiratory medicines and home-based respiratory care, associated with higher diagnostic activity and strengthened continuity of care for people living with respiratory disease.

Activities | 2024 – 2025

Between 2024 and 2025, the PNDR focused on monitoring respiratory health indicators, publishing reports on challenges, strategies, and the pilot project for the diagnosis and treatment of Obstructive Sleep Apnea Syndrome (OSAS) in Primary Health Care. It promoted respiratory health literacy and professional capacity building through conferences, webinars, social media, and dissemination of relevant information.

The Virtual Sleep Unit pilot demonstrated the feasibility of integrating OSAS diagnosis into primary care with remote hospital supervision. Consequently, the PNDR presented a proposal to scale this model nationally. The PNDR also supported the review and development of guidelines on lung cancer screening, home respiratory care, and sustainable inhaler use. At the international level, it contributed to WHO publications, OECD surveys, European events, and coordinates the national consortium of the Joint Action JARED, the first EU-wide initiative aimed at promoting prevention, diagnosis, and treatment of chronic respiratory diseases across Europe.

Action plan | 2026

The PNDR Action Plan for 2026 focuses on strengthening prevention, early diagnosis and treatment, and the quality of care for people with respiratory diseases.

It includes systematic monitoring of key respiratory health indicators, as well as the surveillance of the impact of heatwaves and other extreme climatic events on respiratory health.

Access to early diagnosis and treatment will be strengthened through the expansion of spirometry services and the scaling up of the Virtual Sleep Unit model, promoting integration between hospital care and Primary Health Care. The plan also foresees the establishment of a working group to promote respiratory rehabilitation in a community-based setting, through its integration into Primary Health Care. In addition, the plan includes the development of educational content to improve respiratory health literacy and the continuation of international-level activities, particularly Joint Action JARED.

Capítulo I

Diagnóstico da Situação

1 . Enquadramento

Em 2024, a esperança de vida em Portugal atingiu 82,7 anos, situando-se um ano acima da média da União Europeia (UE). Durante os dois primeiros anos da pandemia (2020 e 2021), registou-se uma ligeira diminuição da esperança de vida, de 0,4 anos, seguida de recuperação em 2022, alcançando um novo máximo em 2024 (1). As mulheres mantêm uma maior longevidade em relação aos homens, com uma esperança de vida de 85,4 anos, 5,6 anos acima da masculina (79,8 anos), valor superior à diferença média observada na UE (5,2 anos) (1,2).

Apesar do aumento da longevidade, a esperança de vida saudável aos 65 anos continua abaixo da média europeia. Efetivamente, pouco mais de metade da população adulta declara gozar de boa saúde, e grande parte dos anos vividos em idades avançadas ocorre em condições de saúde fragilizada (1,2).

As doenças respiratórias continuam a constituir a terceira principal causa de morte, a seguir às doenças cardiovasculares e às neoplasias e afetam sobretudo as faixas etárias mais avançadas (1,2).

O aumento da esperança de vida, a fertilidade persistentemente abaixo do nível de reposição populacional e o envelhecimento da geração *baby boom* colocam Portugal entre os países mais envelhecidos da UE. Em 2024, 24% da população tinha 65 anos ou mais, a segunda maior proporção da UE, apenas atrás de Itália. Esta proporção aumentou 50% desde 2000, altura em que correspondia à média europeia (16%). Prevê-se que, até 2050, mais de um terço da população terá 65 anos ou mais (2), tendência que favorecerá o aumento da prevalência das doenças crónicas, não transmissíveis, e portanto, das doenças respiratórias crónicas.

O consumo de tabaco, em particular o tabagismo, constitui o principal fator de risco para as doenças respiratórias crónicas, contribuindo para o seu desenvolvimento, agravamento dos sintomas, menor eficácia terapêutica e dificuldades no controlo da doença. Em Portugal, a proporção de adultos fumadores é inferior à média da UE (14% versus 19%), contudo, constata-se, que o tabaco tem ficado mais acessível nos últimos anos (1,2).

A seguir ao tabagismo, os principais fatores de risco para as doenças respiratórias crónicas são os ambientais, como a exposição a partículas em suspensão no ar (poluição) e a exposição a temperaturas extremas. Fenómenos meteorológicos, como ondas de calor e períodos de frio intenso, afetam as doenças respiratórias, desencadeando exacerbações e agravando sintomas em populações vulneráveis (3,4).

Os verões de 2022 e 2023 foram excepcionalmente quentes registando-se, respetivamente 3 e 4 ondas de calor responsáveis por excesso de mortalidade (5,6), que afeta de modo acentuado os idosos e doentes crónicos.

A obesidade é também um fator de risco para as doenças respiratórias crónicas, nomeadamente para a asma e para a Síndrome de Apneia do Sono. Em Portugal, em 2022, a obesidade em adultos estabilizou um pouco acima da média da UE, contudo a desigualdade relacionada com o nível de escolaridade, na prevalência de obesidade, é cerca do dobro da média europeia (1).

2. Mortalidade por Doenças Respiratórias

Em 2023, registaram-se 118 947 óbitos em Portugal, correspondendo a uma redução de 4,8 % face a 2022 (124 942 óbitos). Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), a diminuição de cerca de 6 000 óbitos comparativamente com o ano anterior deveu-se, sobretudo, a menos 5 000 mortes por COVID-19, que representaram 2,1 % do total de óbitos em 2023 (7).

As doenças do aparelho respiratório mantiveram-se como a terceira principal causa de morte, com 13 110 óbitos, correspondendo a 11,1 % do total de óbitos registados (Tabela 1). Este valor traduz um aumento de 8,2 % face a 2022, elevando a taxa bruta de mortalidade de 116,0 para 123,9 por 100 000 habitantes. Aproximadamente 56 % deste aumento esteve associado à pneumonia, que registou 5 042 óbitos (+ 12%) (Tabela 2) (7).

As doenças respiratórias afetaram predominantemente a população idosa, com uma idade média à data do óbito de 82 anos (Tabela 1), e incidiram de forma mais expressiva nos homens, com uma razão de 116,5 homens por cada 100 mulheres (Tabela 2). O número médio de anos potenciais de vida perdidos devido a doenças respiratórias aumentou de 10,5 em 2022, para 10,9 em 2023 (Tabela 1).

A análise da evolução dos óbitos por doenças respiratórias no período 2017-2023 revela um aumento de 2,4 % no número absoluto de óbitos, embora se tenha registado uma redução de 10,3 % na taxa de mortalidade padronizada global, observada sobretudo na população com mais de 75 anos, tanto em homens como em mulheres (Tabela 2 e 3). Em contrapartida, nos homens com menos de 75 anos, verificou-se um aumento da taxa de mortalidade padronizada.

A análise da taxa de mortalidade respiratória padronizada por sexo e grupo etário evidencia que a mortalidade afeta predominantemente a população com mais de 75 anos e o sexo masculino (Tabela 3, Figura 1). O maior decréscimo da taxa de mortalidade padronizada entre 2017 e 2023 ocorreu na faixa etária acima dos 75 anos, em ambos os sexos. As mulheres apresentaram consistentemente taxas de mortalidade padronizadas inferiores às dos homens.

A desagregação por causas específicas de mortalidade respiratória mostra que as pneumonias continuam a ser a principal contribuição para a mortalidade neste grupo de doenças (Tabelas 2 e 3).

Apesar do aumento no número absoluto de óbitos por todas as doenças respiratórias, a análise desagregada por patologia, no período 2017-2023, evidencia uma diminuição do número de óbitos na maioria das doenças respiratórias, com exceção da asma e das doenças intersticiais, sendo que estas últimas apresentaram um aumento mais expressivo (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1. Óbitos por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, em 2023.

	Óbitos	%	Idade Média ao óbito	Média de APVP	Relação Masculinidade / 100 mulheres
Total de óbitos	118 344	100	79	12,4	100,4
Doenças Aparelho Circulatorio	30 059	25,4	82	10,6	83,7
Cancro	28 166	23,8	74	10,5	142,8
Doença COVID-19	2 526	2,1	83	10,9	108,4
Doenças Aparelho Respiratório	13 110	11,1	82	10,9	116,5

Fonte: Causas de Morte INE.1 Códigos CID 10 - Todas as causas de morte: A00-Y8g. Nota: APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos.

Tabela 2. Evolução dos óbitos por doenças do aparelho respiratório, em Portugal (2017 a 2023).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Var % (17/23)
Nº Óbitos Todas Causas Morte	109 758	113 051	111 834	123 396	124 841	124 361	118 344	7,8
Nº Óbitos Doenças Aparelho Respiratório	12 803	13 276	12 218	11 243	10 254	12 114	13 110	2,4
Proporção Óbitos Doenças Aparelho Respiratório (%)	11,7	11,7	10,9	9,1	8,2	9,7	11,1	-5,1
Nº Óbitos Pneumonias	5 615	5 750	4 690	4 351	3 758	4 488	5 042	-10,2
Nº Óbitos Doença Crónica Vias Aéreas	2 809	3 047	2 816	2 656	2 444	2 614	2 578	-8,2
Nº Óbitos Patologia Interstício	1 143	1 239	1 305	1 352	1 564	1 762	1 768	54,7
Nº Óbitos Asma	126	141	176	159	157	166	153	21,4

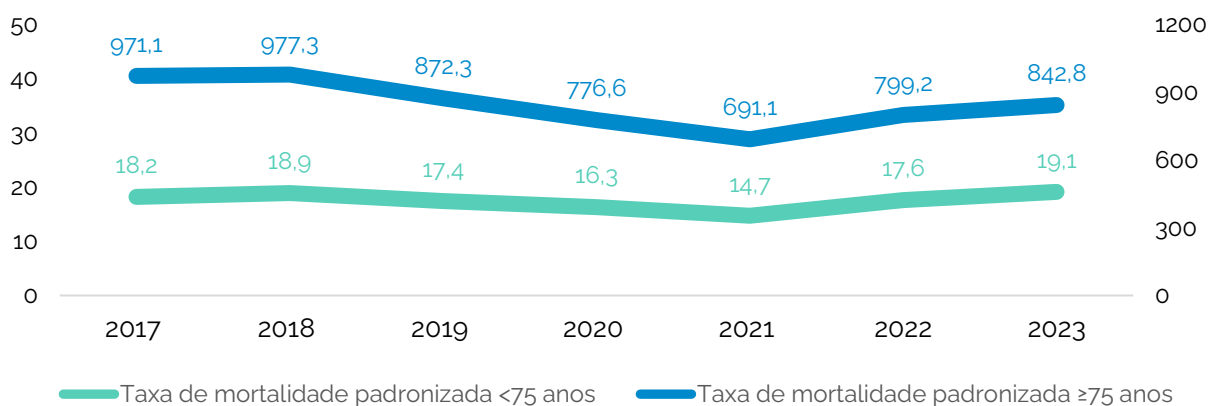
Códigos CID 10: DPOC: J40-J44; Patologia do Interstício (Fibrose Pulmonar): J60-J70; J841; J848; J849; Todas as causas de morte: A00-Y8g; Doenças do aparelho respiratório: J00-J99. Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

Tabela 3. Óbitos e taxas de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal (2017 a 2023).

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% Var (17/23)
Número Óbitos	12 803	13 276	12 218	11 243	10 254	12 114	13 110	2,4
Taxa Mortalidade Padronizada	104,0	105,1	94,3	84,7	75,6	87,9	93,3	-10,3
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	18,2	18,9	17,4	16,3	14,7	17,6	19,1	4,9
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	971,1	977,3	872,3	776,6	691,1	799,2	842,8	-13,2
HOMENS								
Número Óbitos	6 524	6 855	6 252	5 871	5 404	6 253	6 820	4,5
Taxa Mortalidade Padronizada	143,8	146,8	129,7	117,4	105,1	118,4	126,2	-12,2
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	27,3	29,8	27,7	25,1	22,6	26,8	29,0	6,2
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	1322,8	1329,1	1162,0	1050,9	938,5	1044,4	1109,2	-16,1
MULHERES								
Número Óbitos	6 279	6 421	5 966	5 370	4 850	5 861	6 290	0,2
Taxa Mortalidade Padronizada	79,1	78,6	71,1	63,2	56,2	67,0	70,7	-10,6
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	10,7	9,6	8,6	8,7	7,9	9,6	10,5	-1,9
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	771,5	776,4	703,1	613,9	544,6	647,9	678,5	-12,1

Taxa: por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J00-J99. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

Figura 1. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença respiratória, acima e abaixo dos 75 anos, (2017 a 2023).



Taxa: por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Doenças do aparelho respiratório: J00-J99. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

2.1 Mortalidade por Pneumonia

A mortalidade por pneumonia apresentou um decréscimo consistente ao longo do período 2017-2023, tanto no número absoluto de óbitos (-10,2 %) como na taxa de mortalidade padronizada global (-21,4 %), observável tanto nas faixas etárias acima (-24 %) como abaixo dos 75 anos (-5,8 %), em ambos os sexos (Tabela 4, Figura 2).

Durante a pandemia de COVID-19, registou-se uma redução tanto no número absoluto de óbitos como nas taxas de mortalidade padronizada, seguida de um aumento subsequente. Em 2023, apenas a faixa etária abaixo dos 75 anos apresentou valores superiores aos pré-pandémicos.

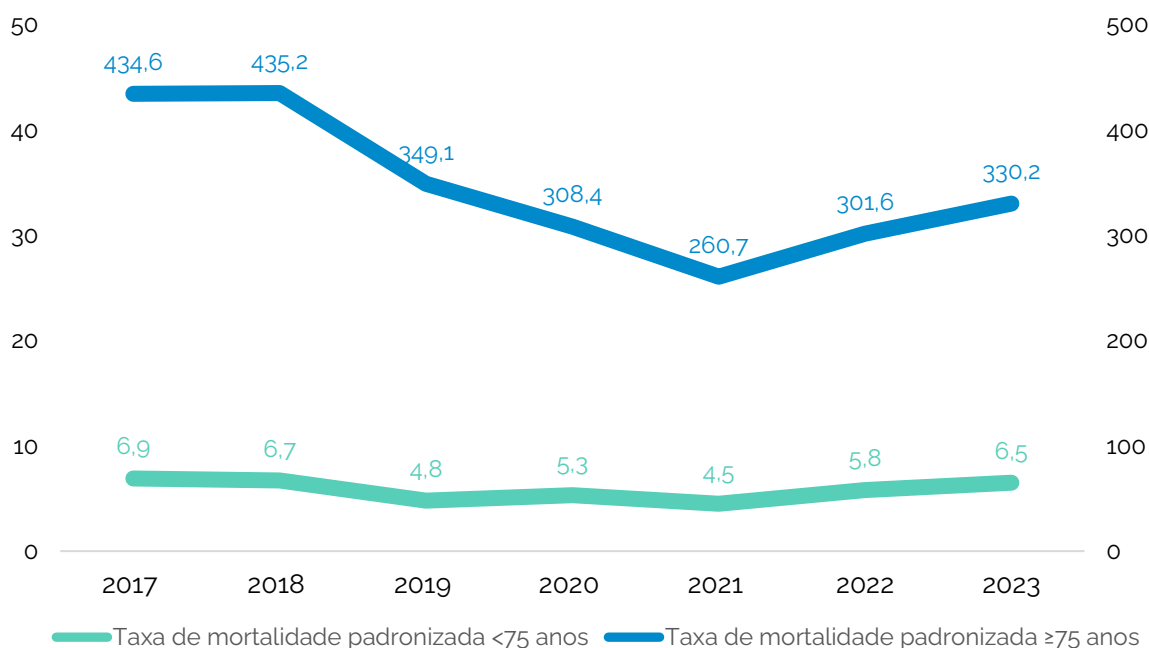
As mulheres apresentaram consistentemente valores inferiores aos dos homens.

Tabela 4. Óbitos e taxas de mortalidade por pneumonia, Portugal (2017 a 2023).

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% Var (17/23)
Número Óbitos	5 615	5 750	4 690	4 351	3 758	4488	5 042	-10,2
Taxa Mortalidade Padronizada	45,4	45,2	35,8	32,6	27,5	32,4	35,7	-21,4
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	6,9	6,7	4,8	5,3	4,5	5,8	6,5	-5,8
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	434,6	435,2	349,1	308,4	260,7	301,6	330,2	-24,0
HOMENS								
Número de óbitos	2 710	2 918	2 356	2 302	1 934	2 343	2 604	-3,9
Taxa de Mortalidade Padronizada	60,2	63,1	49,3	46,3	37,9	44,6	48,5	-19,4
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	10,0	10,4	7,6	7,8	6,8	8,7	9,7	-3,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	567,7	595,5	471,5	436,5	352,0	407,2	440,3	-22,4
MULHERES								
Número de óbitos	2 905	2 832	2 334	2 047	1 824	2 145	2 438	-16,1
Taxa Mortalidade Padronizada	36,3	34,3	27,4	24,0	21,0	24,3	27,2	-25,1
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	4,3	3,5	2,5	3,1	2,4	3,2	3,7	-14,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	359,9	345,7	279,5	234,6	208,5	237,9	264,3	-26,6

Taxa: por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Pneumonia: J12-J18. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

Figura 2. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por pneumonia acima e abaixo dos 75 anos (2017-2023).



Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Pneumonia: J12-J18. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

2.2 Mortalidade por Doença Crónica das Vias Aéreas Inferiores

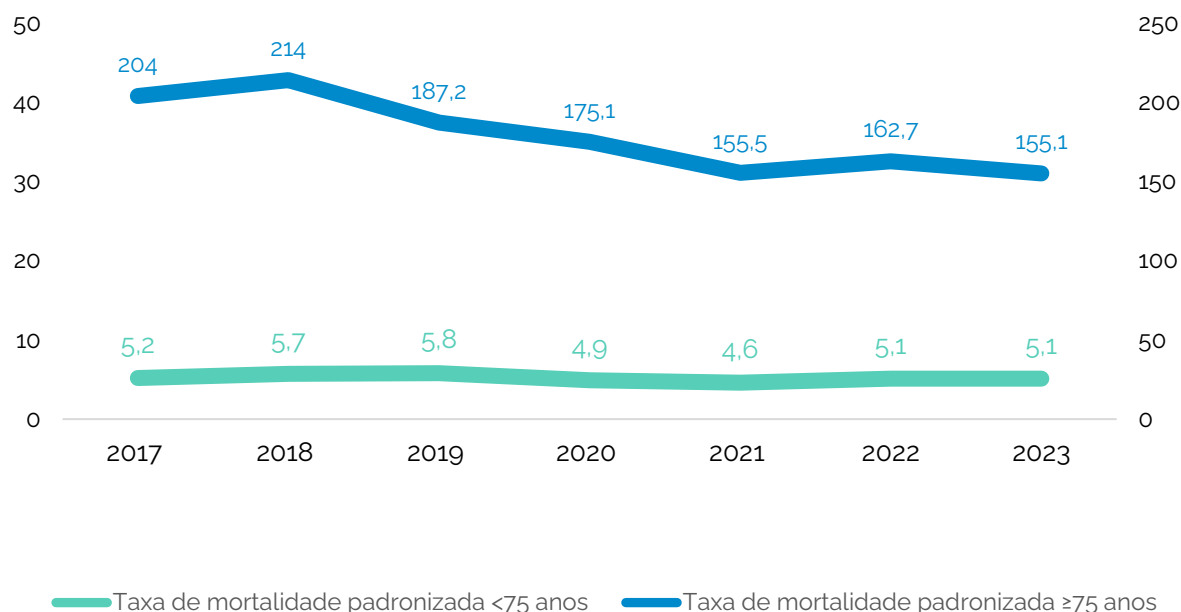
A mortalidade por doença crónica das vias aéreas apresentou um decréscimo consistente ao longo do período 2017-2023, tanto no número absoluto de óbitos (-8,2%) como na taxa de mortalidade padronizada global (-19,5%), tanto nas faixas etárias acima (-24%) como abaixo dos 75 anos (-1,9%), em ambos os sexos. A exceção ocorreu na taxa de mortalidade padronizada dos homens com menos de 75 anos, que registou um aumento de 1,1% em 2023. Em 2021, observou-se um decréscimo acentuado associado à pandemia de COVID-19, contudo, em 2023, os valores de mortalidade continuam abaixo dos níveis pré-pandémicos. A mortalidade é mais elevada no sexo masculino e nas faixas etárias de 75 anos ou mais (Tabela 5, Figura 3).

Tabela 5. Óbitos e taxas de mortalidade por doença crónica das vias aéreas inferiores (2017-2023).

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% Var (17/23)
Número Óbitos	2 809	3 047	2 816	2 656	2 444	2 614	2 578	-8,2
Taxa Mortalidade Padronizada	23,1	24,4	22,1	20,2	18,2	19,2	18,6	-19,5
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	5,2	5,7	5,8	4,9	4,6	5,1	5,1	-1,9
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	204,0	214,0	187,2	175,1	155,5	162,7	155,1	-24,0
HOMENS								
Número Óbitos	1 728	1 883	1 726	1 624	1 522	1 624	1 611	-6,8
Taxa Mortalidade Padronizada	37,8	39,8	35,4	32,1	29,2	30,5	29,5	-22,0
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	8,7	10,0	10,0	8,5	7,6	8,3	8,8	1,1
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	331,9	340,5	292,4	271,0	248,1	254,2	239,0	-28,0
MULHERES								
Número Óbitos	1 081	1 164	1 090	1 032	922	990	967	-10,5
Taxa Mortalidade Padronizada	13,9	14,5	13,3	12,2	10,9	11,6	11,0	-20,9
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	2,2	2,0	2,3	1,8	2,1	2,2	2,0	-9,1
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	131,5	140,3	124,9	117,5	99,7	105,9	102,8	-21,8

Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores: J40-J47. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

Figura 3. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por doença crónica das vias aéreas inferiores, acima e abaixo dos 75 anos (2017-2023).



Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Doenças crónicas das vias aéreas inferiores: J40-J47. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

2.3 Mortalidade por Asma

Em 2023, o número absoluto de óbitos por asma foi de 153 e ocorreu sobretudo no sexo feminino (80%). Entre 2017-2023 observou-se um aumento sustentado no número absoluto de óbitos contrariando o observado nas outras patologias respiratórias (Tabela 6, Figura 4).

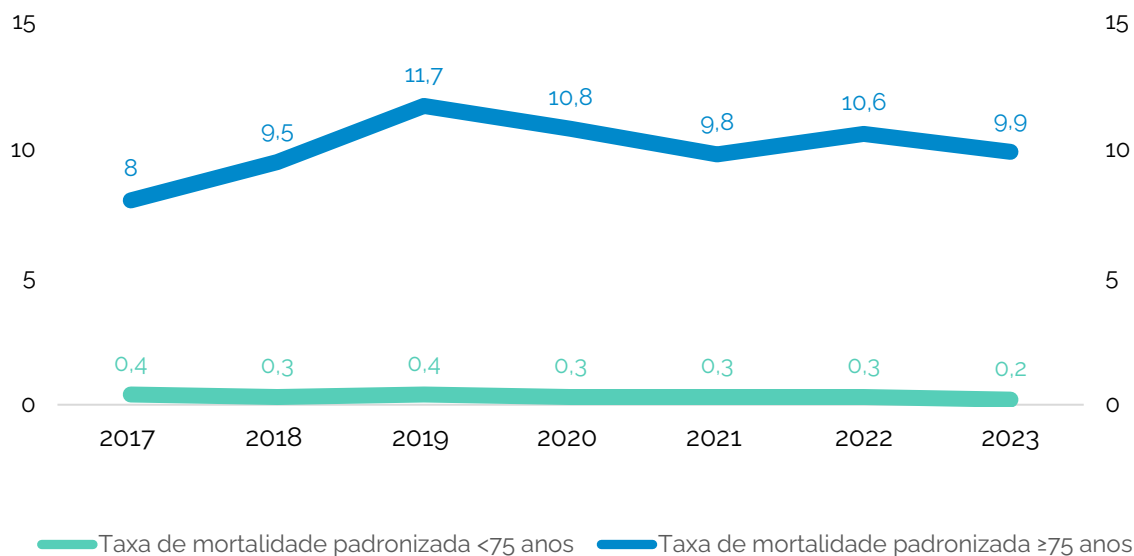
Apesar do número de óbitos por asma ser reduzido, a sua análise, no período em análise, denota um aumento da taxa de mortalidade padronizada, sendo de realçar que é exclusivamente decorrente da mortalidade no sexo feminino acima dos 75 anos. Pelo contrário, no sexo masculino, assistiu-se a um decréscimo acentuado (-50%) da mortalidade padronizada em ambas as faixas etárias.

Tabela 6. Óbitos e taxas de mortalidade por asma em Portugal (2017-2023).

HOMENS E MULHERES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% Var. (17/23)
Número Óbitos	126	141	176	159	157	166	153	21,4
Taxa Mortalidade Padronizada	1,0	1,1	1,4	1,2	1,2	1,2	1,1	10,0
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	-50,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	8,0	9,5	11,7	10,8	9,8	10,6	9,9	23,8
HOMENS								
Número Óbitos	48	40	49	53	54	38	30	-37,5
Taxa Mortalidade Padronizada	1,0	0,8	1,0	1,1	1,1	0,7	0,5	-50,0
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	-50,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	7,6	5,5	7,2	8,9	8,9	6,8	4,5	-40,8
MULHERES								
Número Óbitos	78	101	127	106	103	128	123	57,7
Taxa Mortalidade Padronizada	1,1	1,3	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	27,3
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	0,4	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	-25,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	8,1	11,7	14,2	11,9	10,3	12,9	13,0	60,5

Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Asma: J45-J46. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

Figura 4. Evolução da taxa de mortalidade padronizada por asma acima e abaixo dos 75 anos, (2017-2023).



Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: Asma: J45-J46. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (Eurostat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do INE, 2025.

2.4 Mortalidade por Covid-19

Embora a COVID-19 seja classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma causa de morte distinta e não integrada no grupo das doenças respiratórias, optou-se por incluí-la neste relatório. Isto deve-se ao facto de os doentes com doenças respiratórias crónicas — como asma ou DPOC — serem particularmente vulneráveis à infeção e às suas complicações graves. A análise do impacto da COVID-19 nesta população é, portanto, essencial para compreender a carga global das doenças respiratórias e orientar estratégias de prevenção e gestão

Em Portugal, a COVID-19 foi a quarta principal causa de morte em 2023 (Tabelas 2 e 7). O ano de maior mortalidade ocorreu em 2021, tendo-se verificado, desde então, uma diminuição progressiva da taxa padronizada de mortalidade. Em 2023, registaram-se 1 149 óbitos por COVID-19, correspondendo a uma redução de 46% relativamente a 2021. A distribuição mensal destes óbitos revelou uma tendência decrescente ao longo dos primeiros sete meses do ano, interrompida por um ligeiro aumento em agosto e setembro (7).

Tabela 7. Óbitos e taxas de mortalidade por COVID-19 em Portugal (2020-2024).

HOMENS E MULHERES	2020	2021	2022	2023	2024	% Var (23/24)
Número Óbitos	6 986	11 991	6 851	2 132	1 149	-46,1
Taxa Mortalidade Padronizada	53,4	90,5	50,2	15,3	8,0	-47,7
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	13,2	26,3	12,0	3,6	1,5	-58,3
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	459,4	739,9	436,6	133,7	73,4	-45,1
HOMENS						
Número Óbitos	3 629	6 340	3 522	1 154	597	-48,3
Taxa Mortalidade Padronizada	71,8	121,7	66,6	21,3	10,7	-49,8
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	19,5	37,7	16,9	5,0	2,1	-58,0
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	600,5	971,3	569,8	186,3	97,4	-47,7
MULHERES						
Número Óbitos	3 357	5 651	3 329	978	552	-43,6
Taxa de Mortalidade Padronizada	40,7	68,7	39,0	11,2	6,1	-45,5
Taxa Mortalidade Padronizada <75 anos	7,8	16,5	7,7	2,3	1,0	-56,5
Taxa Mortalidade Padronizada ≥75 anos	373,6	596,1	355,2	101,5	58,5	-42,4

Taxa por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: U071-U072. Taxa de mortalidade padronizada calculada pelo método direto, com grupos etários quinquenais. Cálculo com base na população padrão europeia (EuroStat 2013). Fonte: Elaborado por DSIA/DGS com base em dados do SICO-DGS, 2025.

2.5 Evolução da mortalidade respiratória

Em 2023, as doenças respiratórias foram a terceira principal causa de morte em Portugal, com a pneumonia, as doenças crónicas das vias aéreas e as doenças intersticiais a liderarem a mortalidade.

A mortalidade padronizada por pneumonia e doenças crónicas das vias aéreas apresentou decréscimos consistentes, enquanto as doenças intersticiais registaram um aumento sustentado. Os óbitos afetaram predominantemente homens e indivíduos com ≥75 anos, sendo as mulheres menos afetadas, exceto na asma, onde se observou um aumento da mortalidade acima dos 75 anos.

A melhoria da mortalidade respiratória nas faixas etárias acima dos 75 anos acompanha o aumento da taxa de cobertura vacinal contra a gripe (43% em 2011 versus 76% em 2021-22) e os efeitos indiretos da vacinação pneumocócica (8). A vacinação antipneumocócica, recomendada pela OMS e introduzida no Plano Nacional de Vacinação em 2015, contribuiu também para a redução da incidência da doença pneumocócica não só em crianças, mas também em subgrupos não vacinados, através de imunidade de grupo e a redução da transmissão comunitária (9,10).

Durante a pandemia, verificou-se uma redução temporária da mortalidade por pneumonia e outras doenças respiratórias, com recuperação em 2023, sobretudo em pessoas com menos de 75 anos.

A justificação do aumento da mortalidade após a pandemia pode eventualmente relacionar-se com a redução das medidas de proteção respiratória e maior virulência da gripe sazonal, agravado pelas ondas de calor, sendo Portugal, a Grécia e Espanha, os países europeus com maior mortalidade associada ao calor (11-13).

3. Morbilidade Hospitalar por Doenças Respiratórias

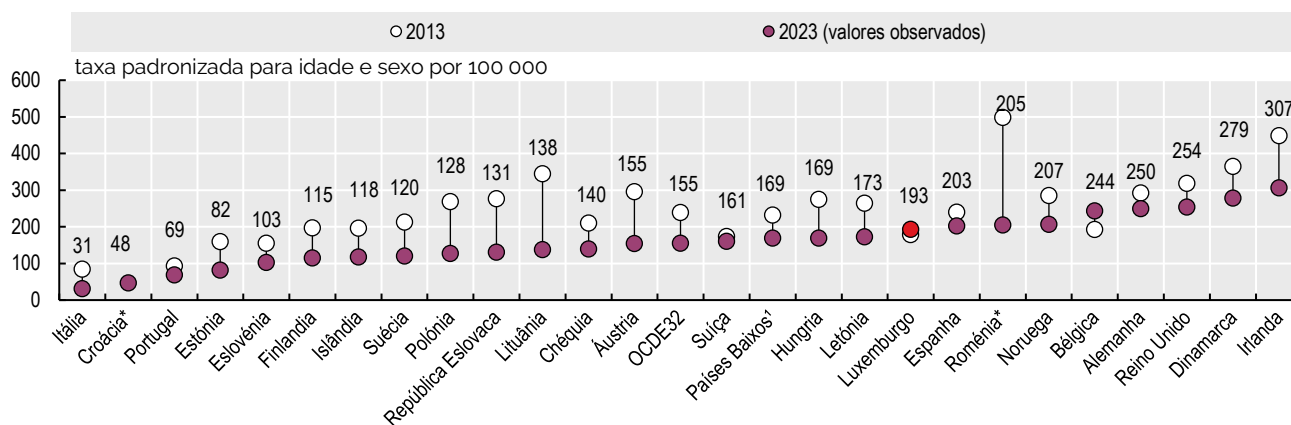
Os internamentos por asma e DPOC são considerados potencialmente evitáveis mediante a adoção de medidas preventivas e terapêuticas adequadas, implementadas nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A prevenção inclui iniciativas de promoção da saúde, diagnóstico atempado, tratamento precoce e gestão adequada da doença crónica, permitindo prevenir exacerbações e reduzir a necessidade de hospitalização.

Em 2023, a média das taxas padronizadas de internamento por asma e DPOC nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) foi de 155 internamentos por 100 000 habitantes (Figura 5), com variações superiores a dez vezes entre os diferentes países europeus (1).

Portugal destaca-se como o terceiro país europeu com menor taxa de internamentos por asma e DPOC, apenas superado pela Itália e Croácia (Figura 5), apresentando uma taxa padronizada de 69 internamentos por 100 000 habitantes.

Em Portugal, a evolução dos internamentos por estas patologias tem sido particularmente significativa, registando-se um decréscimo de 27% na última década, com uma redução de 94 internamentos por 100 000 habitantes em 2013 para 69 em 2023 (1,2).

Figura 5. Internamentos hospitalares de adultos por asma e DPOC, 2013 e 2023 (ou ano mais próximo).



Nota: (1) Últimos dados de 2021-22. * País candidato/parceiro. Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE 2025

3.1. Internamentos por doenças respiratórias

A Tabela 8 apresenta a evolução dos internamentos nacionais entre 2017 e 2023, relativos às principais patologias respiratórias, incluindo as respetivas variações percentuais. Observa-se uma tendência geral de

decréscimo nos internamentos por todas as patologias respiratórias, com variações que vão de -8% para a hipertensão pulmonar até -77,3% para a fibrose quística.

A exceção é observada nos internamentos por fibrose pulmonar, que registaram um aumento de 23,2%. Este crescimento poderá refletir, entre outros fatores: diagnóstico tardio, acessibilidade limitada a novas terapêuticas ou insuficiência de estruturas ambulatoriais, como hospitais de dia, que contribuem para a redução da necessidade de internamento.

Durante o período pandémico, verificou-se uma redução acentuada dos internamentos respiratórios, decorrente das medidas de isolamento, distanciamento físico e etiqueta respiratória, associadas a uma atividade gripal globalmente reduzida em 2020-2021.

Em 2022, observou-se um novo aumento dos internamentos respiratórios, com exceção da hipertensão pulmonar e da fibrose quística, cuja diminuição sustentada poderá refletir o seguimento preferencial destes doentes em centros de referência ambulatoriais, com acesso a novas terapêuticas e monitorização especializada.

Relativamente aos internamentos por COVID-19, em 2024, apresentaram uma diminuição significativa, refletindo a imunidade conferida pela vacinação e a própria evolução da pandemia.

Tabela 8. Número de Internamentos pelas principais doenças respiratórias e por COVID-19 em Portugal (2017-2024).

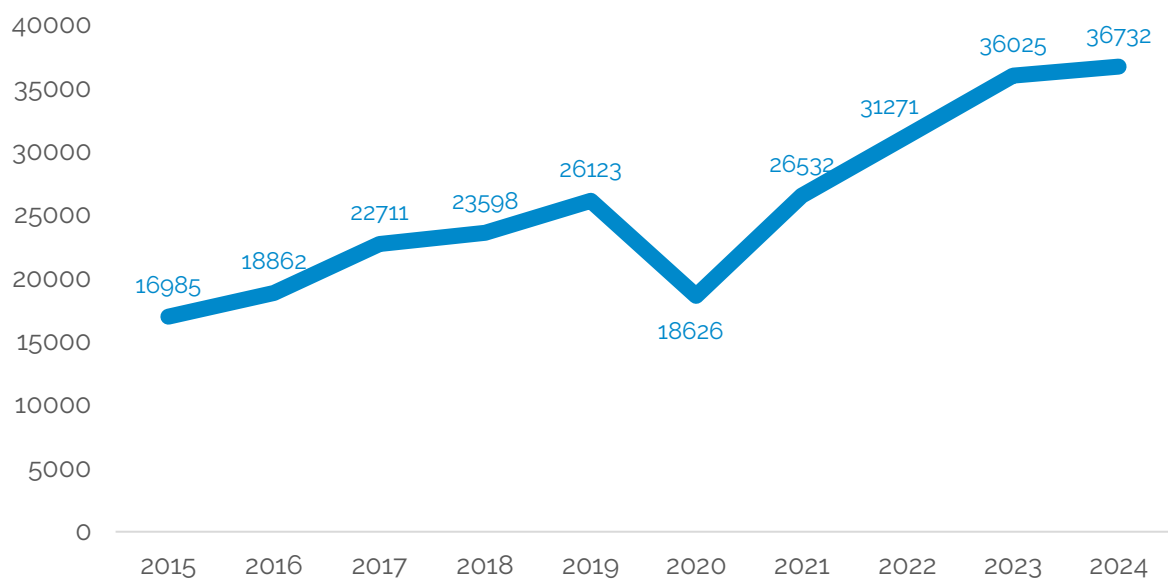
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var 2017/2024
Pneumonias	42 334	43 031	39 266	29 587	23 994	28 687	33 872	35 278	-16,7
DPOC	8 677	9 889	9 152	5 738	5 251	6 596	7 467	7 701	-11,2
Fibrose Pulmonar	4 415	4 556	5 127	4 973	6 146	6 255	6 232	5 440	23,2
Asma	2 471	2 362	2 176	1 483	1 575	1 921	2 121	1 860	-24,7
Hipertensão Pulmonar	201	249	243	160	194	179	203	185	-8,0
Fibrose Quística	128	137	114	84	76	35	42	29	-77,3
COVID-19	NA	NA	NA	22651	36152	24449	9185	4688	NA

NA – Não Aplicável. Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS. Códigos ICD10-CM: (J12-J18); (J418; J42; J439-J441; J448); (J60-J70; J841; J848; J849); (J45); (I270; I272; I279); (E84); (U071; U099). Dados extraídos por DSIA/DGS a 08/08/2025.

A Figura 6 apresenta a evolução da produção hospitalar relacionada com a Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS). Até 2019, verificou-se um aumento significativo dos episódios em regime ambulatorio ou de internamento inferior a 24 horas, maioritariamente destinados à realização de estudos do sono, refletindo o reforço da capacidade diagnóstica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para esta condição clínica.

Durante o período pandémico, observou-se uma redução abrupta de 28% na produção hospitalar, associada à restrição do acesso aos serviços ambulatoriais. A partir de 2021, iniciou-se uma recuperação progressiva, com valores que ultrapassaram os níveis pré-pandémicos, seguida de uma tendência de estabilização, sugerindo uma aproximação ao limite da capacidade instalada para o diagnóstico da SAOS.

Figura 6. Número total de episódios de ambulatório com diagnóstico de Síndrome de Apneia do Sono, (2015-2024).



Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS. Dados extraídos por DSIA/DGS a 08/09/2025. Códigos ICD10-CM: G473.

A Tabela 9 e a Figura 7 apresentam a evolução, desde 2017, dos episódios de internamento por causas respiratórias e a respetiva evolução dos custos associados.

Verifica-se que, a redução de 14,5% no número de episódios de internamento se traduziu numa diminuição da despesa total em 2024 de 10,6% face a 2017, correspondendo a uma redução absoluta de 22,6 milhões de euros, relativamente a 2017.

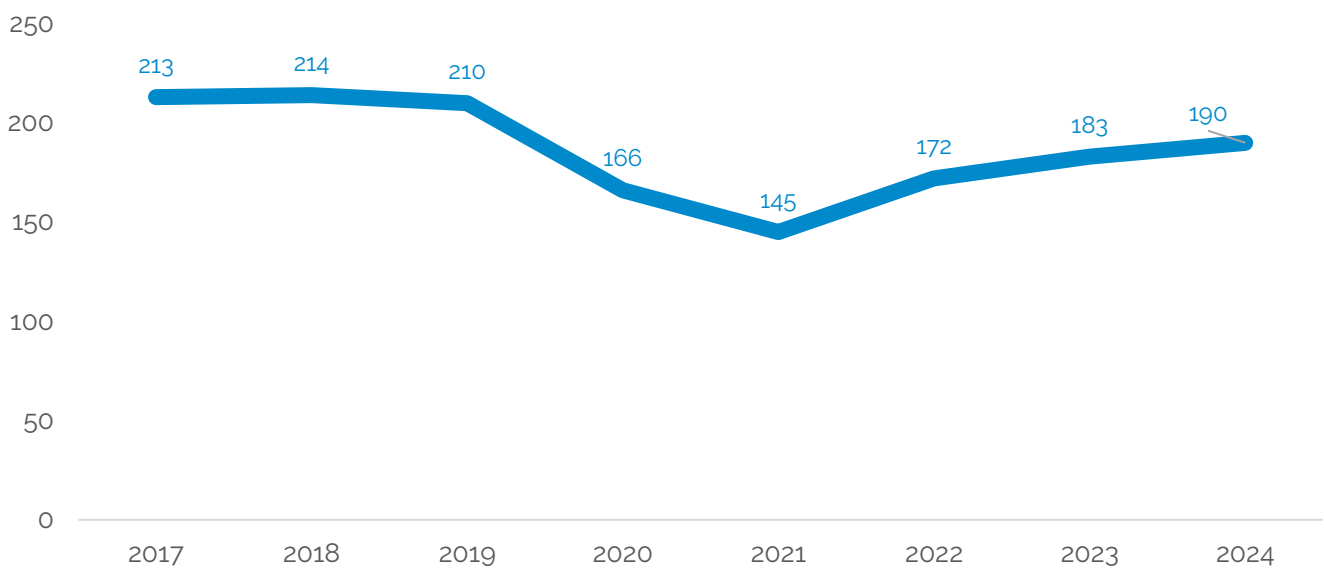
Estes resultados sugerem um impacto positivo das estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e gestão das doenças respiratórias, nomeadamente ao nível dos CSP e do acompanhamento ambulatório especializado nos hospitais, contribuindo para a contenção da despesa hospitalar.

Tabela 9. Número de episódios de internamento com diagnóstico principal de doença do aparelho respiratório e custos correspondentes (2017–2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var. 17/24
Nº Episódios	96 783	97 261	95 169	70 229	62 187	74 374	78 738	82 747	-14,5
Despesa (M€)	213,2	215,0	210,1	166,4	145,6	173,0	183,2	190,7	-10,6

Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS Dados extraídos por DSIA/DGS a 21/11/2025. Códigos: ICD-10-CM J00-J99,2025

Figura 7. Evolução dos custos com os internamentos em que o diagnóstico principal de doença do aparelho respiratório em Milhões de Euros (2017-2024).



Fonte: BIMH - *Business Intelligence* para a Morbilidade Hospitalar, da SPMS/ACSS, Dados extraídos por DSIA/DGS a 21/11/2025. Códigos: ICD-10-CM J00-J99.

3.2. Evolução dos Internamentos por doenças respiratórias

Portugal apresenta uma das taxas mais baixas da Europa no que respeita aos internamentos por asma e DPOC, com 69 internamentos por 100 000 habitantes, posicionando-se como o terceiro país europeu com melhor desempenho.

No período compreendido entre 2017 e 2023, observou-se uma tendência global de diminuição dos internamentos por doenças respiratórias, com reduções na maioria das patologias analisadas. A fibrose pulmonar constitui a principal exceção, registando um aumento de 23,2%, que poderá estar associado a fatores como o diagnóstico tardio e limitações na capacidade de resposta em regime ambulatorio.

Durante o período pandémico (2020–2021), verificou-se uma redução significativa dos internamentos por causas respiratórias, à qual se seguiu um aumento a partir de 2022. A fibrose quística e a hipertensão pulmonar

destacaram-se por manter uma diminuição sustentada dos internamentos, refletindo o acompanhamento preferencial dos doentes em centros de referência, com acesso a monitorização especializada.

A redução de 14,5%, observada entre 2017 e 2024, nos internamentos por todas as causas respiratórias, traduziu-se numa diminuição da despesa hospitalar de 10,6%, correspondendo a uma redução absoluta de 22,6 milhões de euros.

Globalmente, os resultados evidenciam o impacto positivo das estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e reorganização dos cuidados de saúde, com reflexo em ganhos em saúde e maior eficiência do sistema de saúde.

4. Acesso aos Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem o primeiro ponto de contacto das pessoas com o sistema de saúde, tendo como principais objetivos a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento precoces e a referenciação para cuidados hospitalares, apenas quando clinicamente necessário.

Nos últimos anos, os CSP foram alvo de uma reorganização estrutural profunda, assente na organização dos centros de saúde em Unidades de Saúde Familiar (USF). Entre 2023 e 2025, verificou-se uma evolução progressiva de USF do modelo A não incentivadas para o modelo B, caracterizado por contratualização baseada no desempenho, de acordo com indicadores de saúde previamente definidos.

Em 2024, foram criadas 32 Unidades Locais de Saúde (ULS), integrando hospitais e centros de saúde sob uma única gestão. Atualmente, o território nacional encontra-se integralmente coberto por 39 ULS.

Apesar destas reformas, persiste um défice significativo de médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), estimado em 25% (1), com acentuadas assimetrias regionais, sendo a Região de Lisboa e Vale do Tejo a mais afetada. Esta situação tem impacto direto nos resultados em saúde, refletindo-se nos indicadores monitorizados.

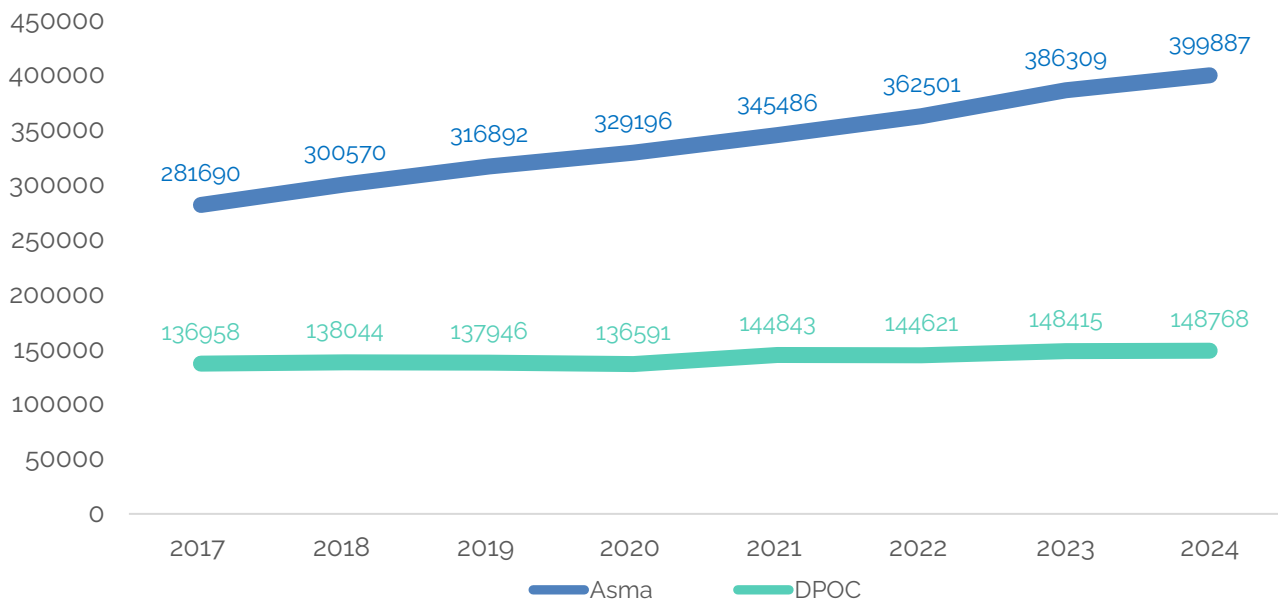
Em 2024, o número de utentes inscritos no SNS registou a primeira diminuição desde 2016, totalizando cerca de 10,5 milhões de utentes, dos quais 73% estavam inscritos em Unidades de Saúde Familiar. Pela primeira vez em seis anos, verificou-se igualmente uma redução do número de utentes sem médico de família, que se fixou em 1,5 milhões. Apesar da melhoria, este valor permanece elevado face aos valores registados há cinco anos, destacando-se a Região de Lisboa e Vale do Tejo, que concentra mais de dois terços de utentes sem médico atribuído (14).

A asma e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), pela sua elevada prevalência, constituem as patologias respiratórias que requerem maior intervenção dos CSP, particularmente ao nível do diagnóstico precoce e do tratamento adequado. Um desempenho eficaz dos CSP traduz-se numa redução dos internamentos sensíveis a cuidados ambulatoriais. Portugal destaca-se no contexto da UE por apresentar das menores taxas de internamento por asma e DPOC, sendo apenas superado por Itália e Croácia (Figura 5).

A crescente sensibilização dos médicos de MGF para estas patologias é refletida na evolução dos registos eletrónicos nacionais (Figura 8), com um incremento de 42% para a asma e de 9% para a DPOC, desde 2017. Contudo, a proporção de diagnósticos de asma e DPOC registados nos CSP permanece inferior à prevalência estimada em estudos populacionais (15,16), situação que pode ser explicada por fatores como: subdiagnóstico,

não registo clínico e dificuldades de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente em utentes sem médico de família atribuído.

Figura 8. Evolução dos diagnósticos de asma e DPOC nos Cuidados de Saúde Primários (2017-2024).



Fonte: SIM@SNS. Dados extraídos a 12/08/2025 por DSIA/DGS.

4.1. Asma

No período entre 2017 e 2024, registou-se, a nível nacional um aumento de 42% no número de utentes inscritos nos CSP, com o diagnóstico de asma (Tabela 10). No último ano, verificou-se, relativamente ao período homólogo, um aumento nacional de 3,5% nos diagnósticos de asma nos CSP. Este aumento ocorreu em todas as regiões de saúde, sendo o Norte e o Centro, as regiões onde foi mais elevado. A região de Lisboa e Vale do Tejo destacou-se pela negativa por apresentar um decréscimo em relação ao período homólogo.

Tabela 10. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com o diagnóstico de asma (2017-2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var. 24/23
Norte	110 181	116 328	122326	126808	133 839	140942	150566	160 727	6,7
Centro	50 744	55 521	58 508	61 478	64 285	67 762	72 498	77 222	6,5
LVT	97 952	104 425	110 557	114 398	119 474	124577	132 341	129 823	-1,9
Alentejo	13 317	13 918	14 336	14 897	15 496	16 068	17 193	17 694	2,9
Algarve	9 496	10 378	11 165	11 615	12 392	13 152	13 711	14 421	5,2
TOTAL	281 690	300 570	316 892	329 196	345 486	362 501	386 309	399 887	3,5

Fonte: SIM@SNS/SPMS extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. Indicador MORB.208.01. FL: Proporção de utentes com "Asma".

Na Tabela 11 indicam-se os valores da prevalência de asma nos CSP. Em 2024, verifica-se no continente, uma prevalência de 3,8%, que é muito inferior ao valor de 7,1% correspondente à estimativa da prevalência de asma em Portugal (15). Verifica-se também que a proporção do número de diagnósticos nos CSP decresce do Norte para o Sul, sendo este um dado consistentemente observado nos últimos 5 anos.

Tabela 11. Prevalência regional de asma nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (2018-2024).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. 2024/2023	2024 com MF	2024 sem MF
Norte	3,1%	3,3%	3,4%	3,5%	3,7%	4,0%	4,2%	0,2%	4,2%	3,3%
Centro	3,1%	3,3%	3,4%	3,5%	3,7%	4,0%	4,2%	0,2%	4,3%	2,9%
LVT	2,8%	2,9%	3,0%	3,1%	3,2%	3,4%	3,5%	0,1%	4,0%	2,1%
Alentejo	2,8%	2,8%	3,0%	3,0%	3,1%	3,4%	3,6%	0,2%	3,7%	2,9%
Algarve	2,2%	2,3%	2,3%	2,4%	2,5%	2,6%	2,7%	0,1%	3,0%	1,6%
TOTAL	2,9%	3,0%	3,2%	3,3%	3,4%	3,7%	3,8%	0,1%	4,1%	2,3%

Legenda: LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família. Fonte: SIM@SNS/SPMS extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. BI MORB.2008.01
FL: Proporção de utentes com "Asma"

Quando se compara este indicador entre os utentes com e sem médico de família (Tabela 11), verifica-se que a capacidade diagnóstica fica francamente diminuída nos grupos de utentes sem médico de família. Observa-se que, de uma prevalência de asma de 4,1% nos utentes com médico atribuído, se passa para uma prevalência de 2,3% nos utentes sem médico de família, expondo claramente a vulnerabilidade deste último grupo, quanto ao acesso ao diagnóstico de asma, ao nível dos CSP. A região do país com maior volume de doentes sem médico de família é a região de Lisboa e Vale do Tejo onde cerca de 20% dos utentes não têm médico de família, contrastando com apenas 2,4%, na região Norte.

4.2. DPOC

Relativamente à DPOC, no período compreendido entre 2017 e 2024, observou-se um aumento de 9% no número de diagnósticos (Tabela 12). Este incremento, muito inferior ao da asma, poderá refletir, em parte, o impacto da redução da acessibilidade às espirometrias, que se intensificou durante a pandemia de COVID-19. Com efeito, nesse período, as recomendações apontavam para a suspensão das manobras geradoras de aerossóis, o que restringiu a realização de espirometrias a situações clínicas consideradas prioritárias.

A partir de 2021, a recuperação tem sido gradual, verificando-se um discreto aumento do número de diagnósticos de DPOC nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), correspondendo, em 2024, a uma variação nacional de +0,2% face ao ano anterior. Em 2024, apenas as regiões do Norte e do Algarve aumentaram o número de diagnósticos relativamente a 2023.

Tabela 12. Evolução do número de utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários com diagnóstico de DPOC (2017-2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var 24/23
Norte	55 402	55 010	55 207	54 594	57 562	57 876	59 658	62 325	4,5
Centro	24565	24709	23865	23285	23605	22915	23056	22603	-2,0
LVT	45 595	46 592	47 127	46 961	51 029	50 682	52 087	49 970	-4,1
Alentejo	7306	7383	7088	7015	7457	7697	8010	7975	-0,4
Algarve	4 090	4 350	4 659	4 736	5 190	5 451	5 604	5 894	5,2
TOTAL	136 958	138 044	137 946	136 591	144 843	144 621	148 415	148 767	0,2

Fonte: SIM@SNS/SPMS, extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. Indicador MORB.210.01. FL: Proporção de utentes com "DPOC".

Tabela 13. Prevalência regional de DPOC nos utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários em todas as faixas etárias (2018-2024).

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. 2024/2023	2024 com MF	2024 sem MF
Norte	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,6%	1,6%	0%	1,6%	1,3%
Centro	1,4%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,2%	0%	1,2%	1,2%
LVT	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	1,3%	0%	1,5%	0,9%
Alentejo	1,5%	1,4%	1,4%	1,5%	1,5%	1,6%	1,6%	0%	1,6%	1,5%
Algarve	0,9%	1,0%	0,9%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	0%	1,2%	0,7%
TOTAL	1,4%	1,3%	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	0%	1,5%	1,0%

Legenda: LVT: Lisboa e Vale do Tejo, MF: Médico de Família. Fonte: SIM@SNS/SPMS, extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. BI MORB.210.01 FL: Proporção de utentes com "DPOC".

A análise regional da proporção de diagnósticos de DPOC entre os utentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Tabela 13) não evidenciou alterações significativas no último quadriénio, mantendo-se muito abaixo da prevalência estimada da DPOC em Portugal (16). Com efeito, a proporção observada nos CSP situa-se nos 1,4%, valor substancialmente inferior à prevalência conhecida de 14,2% na população com idade igual ou superior a 40 anos.

Esta estabilização, associada a níveis de prevalência muito aquém dos esperados, reforça a necessidade de, no futuro, promover o aumento do acesso à espirometria nos CSP. Apesar de a acessibilidade a este exame já não se encontrar condicionada pelas limitações impostas pela pandemia, continua a ser influenciada por fatores

estruturais, nomeadamente a cobertura de médicos de família, a disponibilidade de técnicos de cardiopneumologia e a existência de espirómetros nos CSP.

À semelhança do observado na asma, a proporção de diagnósticos de DPOC (Tabela 13) é superior entre os utentes com médico de família atribuído, relativamente aos utentes sem médico atribuído. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve destacam-se por serem aquelas onde esta desigualdade é mais acentuada.

Relativamente à capacidade de confirmar de forma definitiva o diagnóstico de DPOC, com base na realização de uma espirometria, encontra-se definido um indicador de gestão da doença correspondente à proporção de utentes com diagnóstico de DPOC que realizaram pelo menos uma espirometria nos últimos três anos (Tabela 14).

A análise deste indicador revela que, no Continente, mais de metade dos doentes com diagnóstico de DPOC (59,8%) efetuaram uma espirometria nos últimos três anos. Destaca-se positivamente a região Norte, que, para além de apresentar a menor percentagem de utentes sem médico de família, é também a região com maior concentração de Unidades de Saúde Familiar (USF) do tipo B, fatores que contribuem para um melhor desempenho nos indicadores de qualidade em saúde.

Até 2019, verificou-se um aumento progressivo deste indicador, refletindo uma maior acessibilidade à espirometria internalizada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No entanto, com o início da pandemia de COVID-19 e em cumprimento das orientações nacionais então vigentes, a realização de espirometrias foi temporariamente suspensa, o que se traduziu num decréscimo acentuado deste indicador.

Em 2024, apenas a região do Alentejo não conseguiu ainda recuperar e ultrapassar os valores pré-pandémicos observados antes de 2020.

Tabela 14. Evolução da proporção de utentes com DPOC com registo de avaliação de FEV1 (2017-2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. 2024/2023	2024 com MF	2024 sem MF
Norte	53,8%	59,1%	62,7%	55,6%	52,6%	57,1%	68,4%	72,1%	3,7%	72,4%	58,6%
Centro	24,7%	30,4%	37,1%	34,4%	31,3%	32,5%	41,1%	53,9%	12,9%	57,4%	25,0%
LVT	28,1%	37,6%	43,7%	39,5%	31,8%	34,6%	42,6%	52,7%	10,1%	61,4%	15,6%
Alentejo	19,4%	25,6%	32,1%	29,0%	22,0%	19,1%	23,0%	31,6%	8,6%	34,9%	11,2%
Algarve	24,1%	32,9%	38,5%	32,2%	27,3%	30,4%	42,4%	50,3%	7,9%	54,4%	20,6%
TOTAL	37,3%	44,1%	49,4%	44,2%	39,3%	42,3%	51,7%	59,8%	8,1%	64,2%	20,9%

MF: Médico de Família. Fonte: SIM@SNS/SPMS, extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. Indicador 2013.049.01. FL: Proporção de utentes com "DPOC", com FeV1 em 3 anos.

Um outro indicador relevante para a avaliação da gestão da doença respiratória corresponde à proporção de adultos a quem foi prescrita medicação para doença das vias aéreas em que se regista como problema ativo o diagnóstico de asma, DPOC ou bronquite crónica (Tabela 15).

Este indicador incide sobre o universo de utentes que realizaram pelo menos uma consulta presencial nos últimos 12 meses e/ou a quem foi prescrita medicação para a doença obstrutiva das vias aéreas.

A evolução deste indicador revela uma tendência global positiva ao longo do tempo, sugerindo uma melhoria progressiva na gestão da asma e da DPOC. Ainda assim, verifica-se que, em 2024, 12,6% dos doentes com asma, DPOC ou bronquite crónica não tinham estas patologias devidamente registadas como problemas ativos, apesar da ocorrência de consultas e/ou prescrições médicas associadas.

É possível que parte destas prescrições tenha ocorrido de forma episódica, no contexto de consultas de recurso, particularmente em utentes sem médico de família atribuído. Nestes casos, quando a consulta e/ou a prescrição decorreram no âmbito de uma exacerbação, poderão não ter sido acompanhadas pela definição de um plano de cuidados de continuidade. Torna-se, assim, evidente que o reforço da cobertura nacional de utentes com médico de família atribuído deve constituir uma prioridade estratégica do SNS, com impacto direto e imediato na qualidade da gestão da doença respiratória crónica.

Tabela 15. Proporção de utentes adultos com registos clínicos evidenciando a existência de asma, DPOC ou bronquite crónica, com registo do diagnóstico, na lista de problemas ativos (2019-2024).

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Var. 2024/2023
Norte	76,0%	78,5%	82,7%	84,5%	85,9%	87,6%	1,7%
Centro	76,6%	78,8%	81,6%	83,9%	85,2%	85,6%	0,5%
LVT	77,7%	80,0%	83,3%	85,6%	86,9%	88,3%	1,4%
Alentejo	73,3%	77,4%	81,6%	83,4%	83,7%	84,7%	1,0%
Algarve	80,1%	81,5%	85,3%	86,9%	87,8%	89,4%	1,6%
TOTAL	76,7%	79,1%	82,7%	84,8%	86,0%	87,4%	1,4%

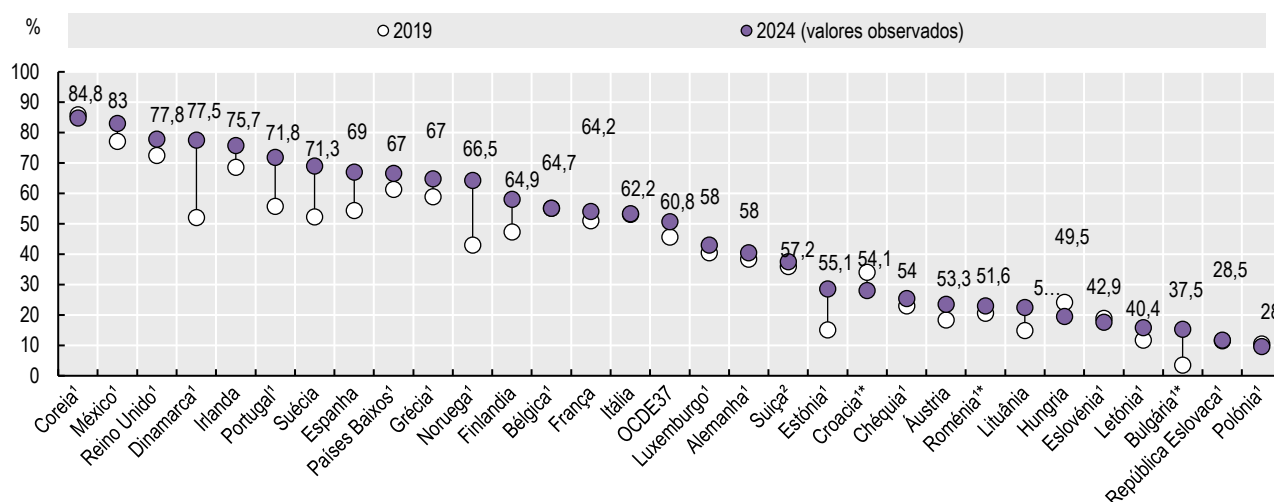
Fonte: SIM@SNS/SPMS, extração a 14/08/2025 por DSIA/DGS. Indicador 2017.380.01 FL: Proporção de adultos com "Asma", "DPOC" ou "Bronquite Crónica", com registo de diagnóstico.

4.3. Vacinação contra a gripe

A vacinação anual contra a gripe é recomendada para grupos populacionais de alto risco, incluindo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, bem como pessoas com idade inferior que apresentem comorbilidades associadas a um risco acrescido de complicações.

Conforme ilustrado na Figura 9, em 2023, Portugal é o sexto país com maior cobertura vacinal (71,8%) aproximando-se da meta de 75% da OMS (2).

Figura 9. Vacinação contra a gripe acima dos 65 anos nos países europeus da OCDE desde 2019 até 2024.



Nota: (1) Dados mais recentes de 2023. (2) Dados mais recentes de 2022. *País candidato/parceiro.

Fonte: Estatísticas da Saúde da OCDE 2025

Nos últimos anos, a ampla presença das farmácias comunitárias em todo o território e a sua experiência mostraram-se determinantes para aumentar a cobertura vacinal. Na época gripal de 2021-2022, a disponibilização gratuita da vacinação contra a gripe para pessoas com 65 ou mais anos nas farmácias, sem necessidade de prescrição médica, resultou num aumento de cerca de 10 pontos percentuais da cobertura vacinal. Em 2023-2024, a gratuidade da vacinação contra a gripe e contra a COVID-19 foi alargada à população com 60 ou mais anos, mantendo as farmácias como locais de vacinação, e foi introduzida de forma permanente a vacina da gripe de dose elevada para indivíduos com 85 ou mais anos.

4.4. Evolução do acesso aos CSP

A análise dos indicadores respiratórios dos CSP revela que houve melhoria importante no que se refere ao aumento dos diagnósticos e seguimento de utentes com asma e DPOC, contudo existem assimetrias regionais significativas, com melhores resultados no norte do país, onde se localizam preferencialmente as Unidades de Saúde Familiar tipo B, que têm um índice de desempenho global superior às restantes unidades de CSP do país. Por outro lado, os utentes sem médico de família atribuído demonstram inequivocamente uma menor acessibilidade ao diagnóstico e subsequentemente ao tratamento da asma e DPOC.

5. Medicamentos de Farmácia Comunitária

Descreve-se em seguida o volume de fármacos consumidos e os encargos financeiros do SNS com medicamentos respiratórios no período de 2017 a 2024, categorizados de acordo com a Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de junho, (Tabela 16 e Figuras 10 e 11).

Verifica-se um aumento acentuado do consumo global de antiasmáticos e broncodilatadores, bem como dos correspondentes encargos do SNS (Tabela 16 e Figuras 10 e 11).

Desde 2017 o grupo farmacológico que mais aumentou foi o designado por CFT 5.1.1 que incluiu todos os broncodilatadores, isolados ou em associação fixa (com glucocorticoides ou anticolinérgicos).

O segundo grupo de maior consumo é o liderado pelo Antagonista dos leucotrienos (CFT 5.1.3.2) contribuindo possivelmente para tal, o facto de ter indicação terapêutica em outras situações para além da asma, como a rinite alérgica, de prevalência significativa na população portuguesa.

É de salientar, enquanto indicador positivo, a diminuição progressiva das vendas de embalagens de salbutamol desde 2017, correspondente a uma redução de cerca de 20% (Figura 10).

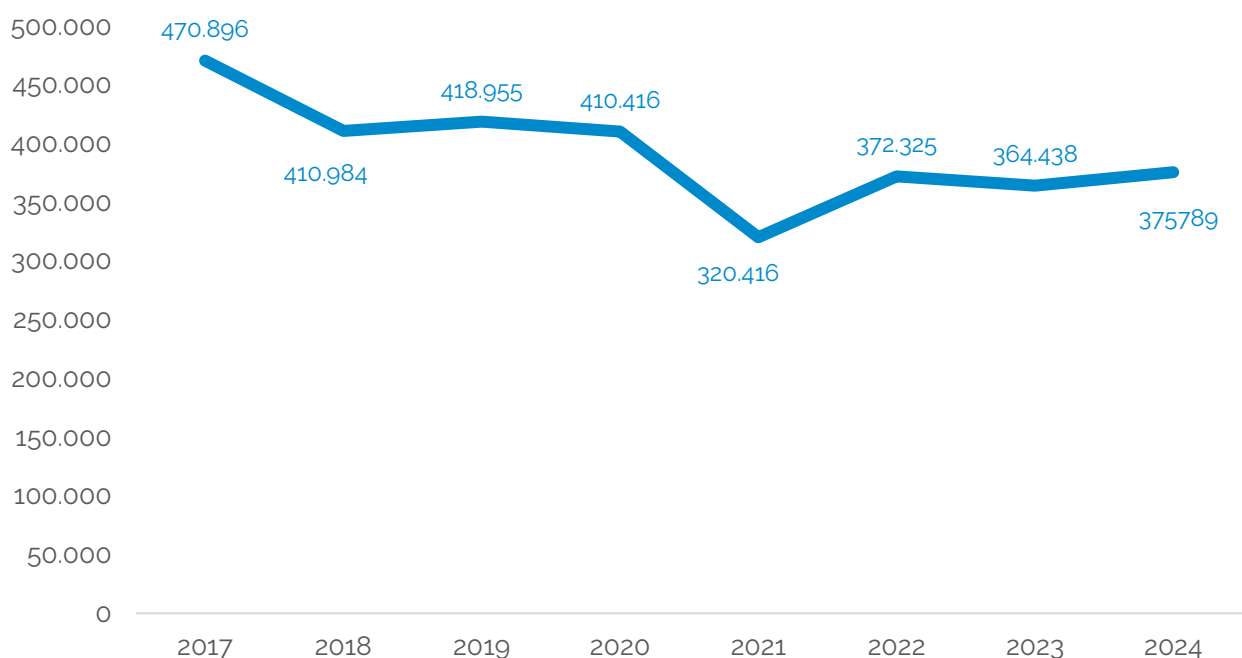
Esta tendência traduz uma menor utilização de fármacos de alívio rápido (medicação de resgate) em situações de exacerbação aguda, constituindo um indicador indireto, mas consistente, de uma melhoria do controlo da asma na população.

Tabela 16. Evolução do número de embalagens vendidas de medicamentos ambulatoriais e dispositivos para o sistema respiratório (2017-2024).

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var. 23/24
Agonistas Beta Adrenérgicos	766 049	732 815	683 202	571 163	2 146 255	2 342 496	2 292 516	2 430 582	6,0
Salbutamol	470 896	410 984	418 955	410 416	320 416	372 325	364 438	375 789	3,1
Anticolinérgicos	747 320	607 290	583 385	556 455	441 164	404 519	320 213	268 249	-16,2
Anti-inflamatórios	986 942	347 698	345 155	300 481	291 654	319 083	272 363	273 781	0,5
Antagonistas Leucotrienos	895 671	1 047 625	1 127 738	1 182 377	1 151 321	1 215 686	1 240 630	1 331 112	7,3
Outros Antiasmáticos	1 041 778	1 530 308	1 719 167	1 920 557	2 096 776	537 131	538 998	565 897	5,0
Câmaras Expansoras	10 183	10 183	42 820	57 666	64 216	91 835	99 893	108 233	8,3

Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2025. Os dados são fornecidos pelo CCMSNS e referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório aos utentes do Serviço Nacional de Saúde e subsistemas públicos, no período janeiro a dezembro, em Portugal Continental;

Figura 10. Evolução no consumo de embalagens de salbutamol (2017-2024).



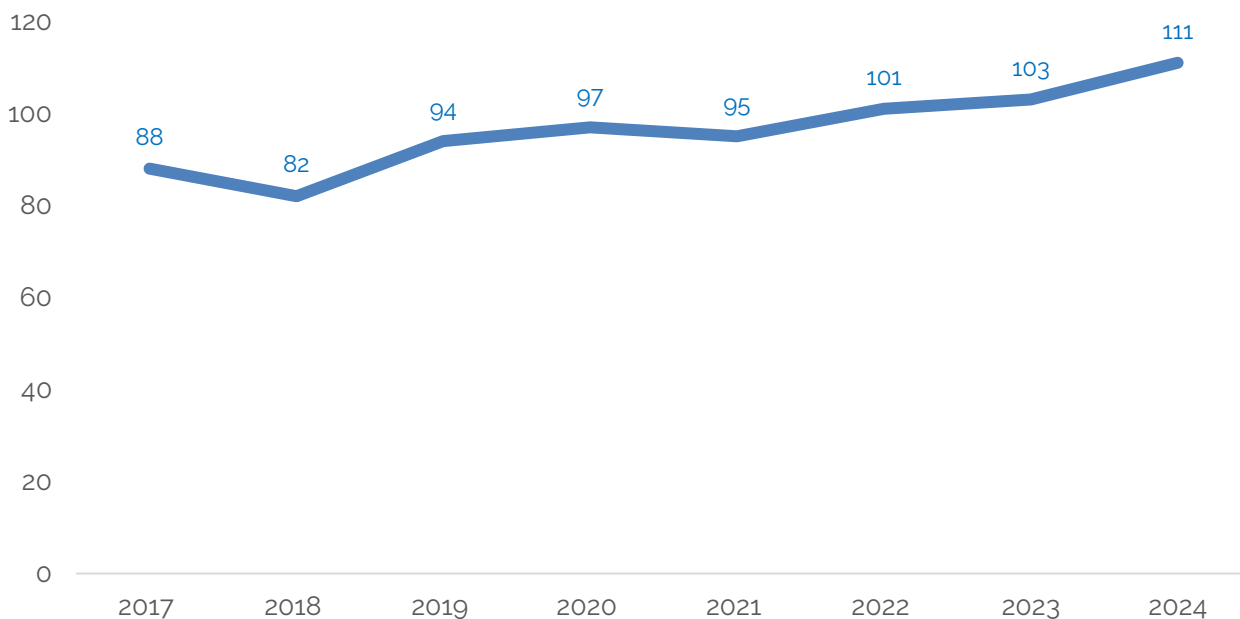
Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2025.

O padrão de prescrição da medicação respiratória, avaliado pelo número de embalagens dispensadas e pela distribuição por grupo farmacoterapêutico (Tabela 16), bem como a prescrição de câmaras expansoras, evidencia uma melhoria consistente na abordagem terapêutica dos doentes respiratórios crónicos, traduzindo um tratamento mais adequado e eficaz da asma.

Os medicamentos antiasmáticos beneficiam de um regime especial de comparticipação, sendo comparticipados em 69% (escalão B). Contudo, atendendo a que, em 2024, a despesa média mensal suportada pelo doente por cada embalagem adquirida se situou entre 7,95 € e 8,39 € (17), infere-se que o peso financeiro associado a esta terapêutica poderá constituir um fator limitativo da adesão ao tratamento. Este impacto é particularmente relevante nas faixas etárias mais avançadas, nas quais a elevada prevalência de multimorbilidade se associa frequentemente à polimedicação, traduzindo-se numa taxa de esforço acrescida para suportar a despesa com medicamentos.

Neste contexto, o Decreto-Lei n.º 37/2024 vem salvaguardar que a insuficiência de recursos económicos não comprometa o acesso à terapêutica, ao estabelecer a comparticipação a 100% dos medicamentos sujeitos a prescrição médica para todos os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos.

Figura 11. Evolução dos encargos com fármacos respiratórios de farmácia comunitária, em Milhões de Euros. (2017-2024).



Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS).

6. Medicamentos de Farmácia Hospitalar

As Tabelas 17 e 18 apresentam o consumo e respetiva encargos com medicamentos biológicos de dispensa exclusiva em Farmácia Hospitalar, prescritos no âmbito de Asma Grave, no período 2021-2024. A sua evolução com aumentos de consumo que oscilam entre + 343,8% e 19,7 %, associada à introdução de novos fármacos revela a maior capacidade do SNS para o tratamento, ao nível hospitalar, de doentes com asma grave.

Tabela 17. Consumo de medicamentos biológicos (embalagens) para a asma dispensados pela farmácia hospitalar, em Portugal (2021-2024).

	2021	2022	2023	2024	% Var 21/24
Benralizumab	1 515	2 198	2,850	3 554	134,6
Mepolizumab	3 809	5 839	7,159	9 837	158,3
Reslizumab	695	899	1,031	877	26,2
Tezepelumab	NA	NA	42	351	NA
Omalizumab	33 754	36 676	38,527	40 416	19,7
Dupilumab	11 420	20 027	34 802	50 683	343,8

NA - Não Aplicável. Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2025.

Tabela 18. Encargo total em Euros com medicamentos biológicos para a asma dispensados pela farmácia hospitalar, em Portugal (2021-2024).

	2021	2022	2023	2024	% Var 21/24
Benralizumab	2 609 486	3 155 050	4 660 083	5 713 549	119,0
Mepolizumab	3 334 540	4 912 805	6 085 672	8 496 652	154,8
Reslizumab	199 410	258 823	295 192	242 819	21,8
Tezepelumab	NA	NA	0	379 135	NA
Omalizumab	10 129 420	10 755 895	11 472 442	11 643 547	14,9
Dupilumab	6 398 677	10 713 159	18 659 601	26 686 130	317,1

Legenda: NA - Não Aplicável. Fonte: CCMSNS (Centro de Controlo e Monitorização do SNS), 2025.

7. Cuidados Respiratórios Domiciliários

Um dos objetivos centrais do Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR) consiste na melhoria da qualidade da prescrição e da utilização de Cuidados Respiratórios Domiciliários (CRD's). Desde 2014, a prescrição destas terapêuticas, totalmente comparticipadas pelo SNS, só é possível através da prescrição eletrónica PEM-CRD, permitindo monitorização nacional, regional e local do seu uso e da sua distribuição.

A Tabela 19 e a Figura 12 apresentam a evolução da prescrição eletrónica de CRD's entre 2017 e 2024, discriminada por modalidade terapêutica. Durante este período, observa-se um aumento consistente do número de utentes abrangidos pelas terapêuticas CRD's, à exceção da aerossolterapia, que apresenta uma redução acentuada. Este decréscimo reflete a adoção de boas práticas clínicas, uma vez que, na maioria dos casos, é recomendada a utilização de inaloterapia de pó seco ou inaloterapia pressurizada com câmara expansora, em substituição da aerossolterapia tradicional.

As câmaras expansoras encontram-se disponíveis para prescrição no SNS através da aplicação PEM – Prescrição Eletrónica Médica, desde 23 de julho de 2017, e apresentam uma evolução inversa à da aerossolterapia, evidenciando uma maior adesão às práticas recomendadas (Tabela 19). Cada utente tem direito à prescrição de uma câmara expansora por ano, sujeita a comparticipação pelo Estado.

O regime de comparticipação está definido na Portaria nº 246/2015, de 14 de agosto, que estabelece que estes dispositivos médicos são comparticipados em 80% do Preço de Venda ao Público (PVP), até um máximo de 28 euros, sendo limitada a uma câmara por utente, por ano. Este modelo assegura acesso equitativo aos dispositivos, promove a adesão terapêutica e contribui para a redução de internamentos evitáveis e a melhoria do controlo clínico de doentes respiratórios crónicos.

Tabela 19. Evolução das prescrições eletrónicas de CRD's e câmaras expansoras, por utente (2017-2024).

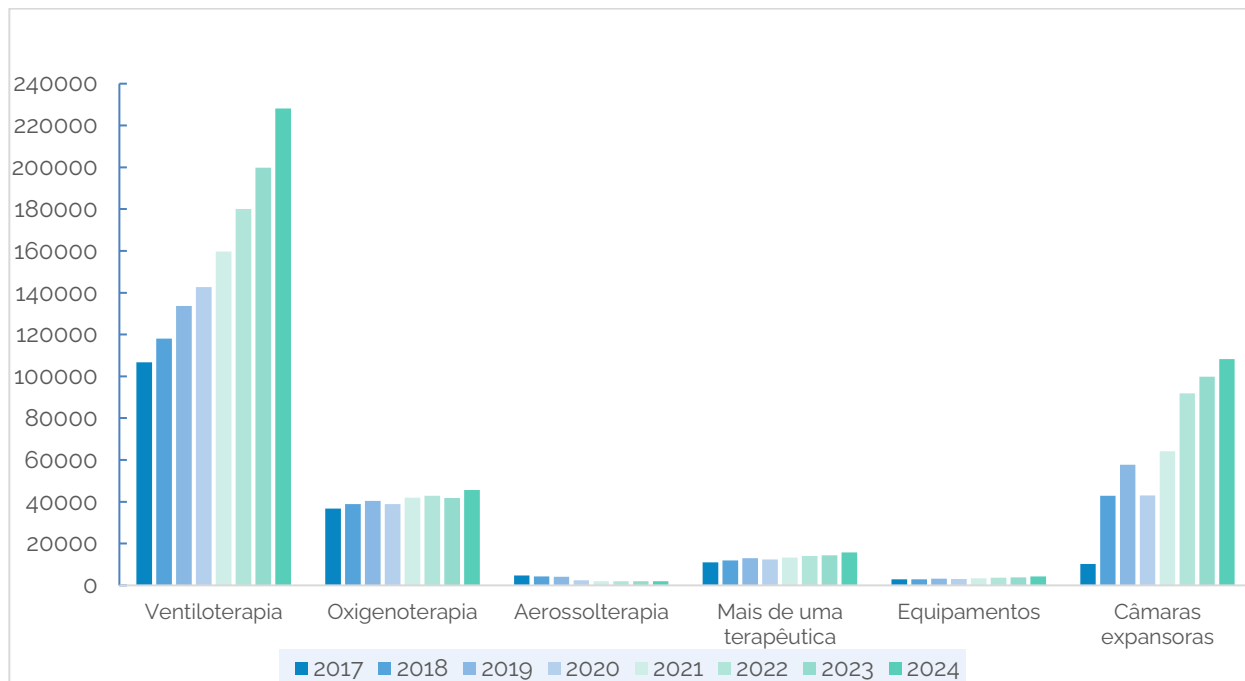
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	% Var. 23/24
Ventiloterapia	106 653	118 018	133 668	142 766	159 762	179 982	199 769	228 169	14,2
Oxigenoterapia	36 741	38 852	40 444	38 839	41 983	42 849	41 844	45 641	9,1
Aerossolterapia	4 701	4 225	4 059	2 402	1 921	1 962	1 952	2 045	4,8
Mais de uma Terapêutica	10 943	11 964	12 980	12 371	13 258	14 153	14 460	15 723	8,7
Equipamentos	2 844	2 910	3 224	3 010	3 314	3 635	3 797	4 205	10,7
Câmaras Expansoras	10 183	42 820	57 666	43 060	64 216	91 835	99 893	108 233	8,3

Fonte: SIM@SNS/SPMS, 2025.

A análise da evolução da prescrição de CRD's (Tabela 17 e Figura 12) revela um aumento sustentado ao longo dos últimos oito anos, sem evidência de impacto negativo provocado pela pandemia de COVID-19, diferentemente do observado noutras condições clínicas.

A modalidade terapêutica mais prescrita é a ventiloterapia, que registou um aumento de 14,2% no último ano. Nesta modalidade, as prescrições são maioritariamente únicas (93%), ou seja, sem estarem associadas à prescrição de outra modalidade terapêutica de CRD's. Dado que a SAOS é a principal condição clínica a requerer ventiloterapia em prescrição única, esta evolução reflete a crescente capacidade diagnóstica e terapêutica no seguimento destes doentes.

Figura 12. Evolução das prescrições eletrónicas de CRD's e câmaras expansoras por utente (2017-2024)



Fonte: SIM@SNS/SPMS, 2025.

8. Conclusões e Recomendações Finais

As doenças respiratórias mantêm-se como a terceira principal causa de morte em Portugal, com a pneumonia, a DPOC e as doenças intersticiais a liderar a mortalidade respiratória.

A mortalidade apresenta tendências diferenciadas atingindo sobretudo homens acima dos 75 anos com declínio consistente na pneumonia e DPOC, mas aumento nas doenças intersticiais.

Portugal apresenta das menores taxas de internamento por asma e DPOC na UE, refletindo a eficácia dos CSP no seguimento ambulatorio.

Durante a pandemia COVID-19 houve redução temporária dos internamentos e mortalidade respiratória, com recuperação posterior, principalmente abaixo dos 75 anos.

O aumento da mortalidade respiratória após a pandemia pode refletir não apenas a flexibilização das medidas de proteção, mas também as ondas de calor, sendo Portugal uma das regiões da Europa com maior mortalidade relacionada ao calor.

A reorganização dos CSP em USF de modelo B e a criação das ULS melhoraram a gestão integrada dos doentes respiratórios, mas persistem défices significativos de médicos de MGF, com desigualdade regional acentuada na Região de Lisboa e Vale do Tejo, impactando na acessibilidade e continuidade dos cuidados.

A prescrição de medicamentos respiratórios e dispositivos inalatórios indica maior cobertura e melhor acompanhamento dos doentes crónicos. O encargo financeiro a cargo dos doentes, particularmente idosos com multimorbilidade e polimedicação, pode comprometer a adesão terapêutica e aumentar o risco de exacerbações e internamentos evitáveis.

Recomendações Finais

1. Prevenção e Proteção da População

- Reforçar a cobertura vacinal contra gripe, pneumococo, vírus sincicial respiratório e COVID-19, priorizando a população ≥ 60 anos e indivíduos com comorbilidades de risco
- Garantir a vigilância ativa de ondas de calor e eventos climáticos extremos, com planos de mitigação dirigidos a doentes respiratórios vulneráveis, em articulação intersectorial.

2. Reforço dos Cuidados de Saúde Primários

Reforçar a capacidade de resposta dos CSP, promovendo a redução das assimetrias regionais no acesso e na prestação de cuidados, refletindo esta prioridade nos objetivos de contratualização e nos indicadores de desempenho.

3. Aumentar a Capacidade de Diagnóstico Precoce

- Reforçar a disponibilização de espirometria nos CSP, refletindo esta prioridade nos objetivos de contratualização e nos indicadores de desempenho.

- Reforçar a capacidade diagnóstica da SAOS.

4. Qualidade Clínica e Acesso à Terapêutica

- Promover o registo sistemático de asma e DPOC nos sistemas de informação, permitindo monitorização contínua e intervenção precoce.
- Monitorizar sistematicamente a adesão à terapêutica com CPAP na SAOS, utilizando ferramentas digitais, de forma a melhorar resultados clínicos e reduzir ineficiências.
- Avaliar, no momento da prescrição, a capacidade de acesso à terapêutica antiasmática, identificando situações de vulnerabilidade económica associadas a doença não controlada e assegurando articulação com respostas sociais.
- Integrar os internamentos por asma e DPOC como indicadores de desempenho nas ULS.

Capítulo II

Atividades e Roteiro de Ação

Atividades | 2024 – 2025

Descrevem-se, de seguida, as principais atividades desenvolvidas pelo Programa Nacional para as Doenças Respiratórias (PNDR), durante o período de 2024 a 2025.

1.1. Monitorização de indicadores de saúde na área das Doenças Respiratórias

Elaboração e publicação dos seguintes relatórios:

- Desafios e Estratégias 2023 (publicado em 2024) (18);
- Desafios e Estratégias 2025; (produzido em 2025 e para publicar no 1º trimestre de 2026);
- Relatório do Projeto Piloto – “Gestão da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono nos Cuidados de Saúde Primários através de uma Unidade Virtual de Sono: Um Modelo Integrado e Sustentável” (a publicar após aprovação)

1.2. Promoção da literacia em saúde e capacitação dos profissionais

O PNDR apoiou a promoção da literacia em saúde na área das doenças respiratórias. Incluem-se aqui a participação em conferências, congressos e *webinars*, a elaboração de respostas e esclarecimentos junto da comunicação social, o apoio na elaboração de conteúdos para as redes sociais que visam assinalar dias temáticos importantes relacionados com as doenças respiratórias, bem como a divulgação de informação relevante.

1.3. Projeto piloto- Gestão da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono nos Cuidados de Saúde Primários através de uma Unidade Virtual de Sono: Um Modelo Integrado e Sustentável

Em dezembro de 2024, foi concluído um projeto piloto na Unidade Local de Saúde de Santa Maria, com vista à internalização do diagnóstico da Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). No âmbito do referido projeto piloto, procedeu-se ao redesenho de um percurso assistencial simplificado para a avaliação e acompanhamento de utentes com suspeita de SAOS, integralmente desenvolvido no contexto dos CSP.

O percurso assistencial assenta na intervenção de técnicos de cardiopneumologia afetos aos centros de saúde dos CSP, com suporte de supervisão clínica remota assegurada por uma Unidade Virtual de Sono de âmbito hospitalar, operada por médicos especialistas em Pneumologia com diferenciação em Medicina do Sono, integrados numa unidade hospitalar de sono.

Foi elaborado o relatório final do projeto piloto e, com base nos resultados apurados, foi apresentada uma proposta de escalabilidade do modelo a nível nacional. A referida proposta encontra-se alinhada com as políticas nacionais de saúde digital e com as reformas organizativas do Serviço Nacional de Saúde, designadamente a sua organização em Unidades Locais de Saúde, que visam promover a integração entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, bem como com o objetivo de descentralização das consultas hospitalares, nos termos previstos no Despacho n.º 11 241-D/2024.

1.4. Atividade Normativa

No que concerne à atividade normativa, o PNDR tem apoiado o desenvolvimento e revisão de várias normas, nomeadamente:

- Orientação n.º 003/2025, de 31/07/2025 - Termos de referência para Projetos Piloto para o Rastreamento do Cancro do Pulmão (19)
- Norma n.º 021/2011, de 28/09/2011, atualizada a 05/08/2025 - Cuidados Respiratórios Domiciliários: Aerosolterapia por Sistemas de Nebulização (20)

1.5. Ações intersectoriais e de cooperação

O PNDR participou no projeto de itinerância do Plano Nacional de Saúde 2030 - PNS em Movimento nos seguintes eventos:

- na Região Autónoma dos Açores: 29-30 de maio de 2025
- na Região Autónoma da Madeira: 15 de julho de 2025
- Na Região Autónoma dos Açores o PNDR participou na assinatura pública de um acordo geral de colaboração entre os Programas de Saúde Nacionais e os Programas de Saúde Regionais.
- O PNDR tem vindo a participar com outros Programas Prioritários da DGS como o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física. Com este último lançou em 2024, a publicação: Manual de Atividade Física Adaptada para Pessoas com Doença Crónica Respiratória (21). Com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas colaborou na publicação dos Termos de Referência para os Projetos Piloto para o Rastreamento do Cancro do Pulmão (19). Colabora também com o Programa Nacional de Vacinação, nas áreas da vacinação contra a gripe, pneumocócica e contra o Vírus Sincicial Respiratório,
- A equipa do PNDR coopera com os mais diversos setores da sociedade, nomeadamente através da integração de grupos consultivos, colaboração no desenvolvimento de relatórios, de pareceres, comentários ou esclarecimentos a entidades externas ao Ministério da Saúde;

- Destacamos a colaboração com os SPMS, no âmbito dos Cuidados Respiratórios Domiciliários, através da republicação (24/01/2024) do caderno de encargos do “Procedimento de contratação tendente à celebração de acordo-quadro para a área da saúde com vista à prestação de serviços de Cuidados Técnicos Respiratórios Domiciliários 131/2022” publicado em 24/01/2024;
- A ACSS integrando o Painel da Pneumologia, na revisão da Tabela de MCDT’s de Pneumologia do SNS.

1.6. Relações internacionais

O PNDR colaborou nas seguintes atividades:

- Na publicação: *Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025.* (4). Nesta publicação, Portugal é dado como exemplo em diversas intervenções estratégicas na área das doenças respiratórias crónicas;
- Inquéritos internacionais conduzidos pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS);
- Representação de Portugal, através do PNDR no ERS *Prevention Summit: Improving Respiratory Health in Europe (Dublin, June 2025)*;
- No panorama internacional, destaca-se o envolvimento do PNDR enquanto Autoridade Competente na coordenação do consórcio nacional na *Joint Action: JARED*, apoiada pelo programa EU4Health, que reúne 35 organizações de 14 países nas áreas da saúde, investigação e educação. Trata-se da primeira iniciativa à escala da UE dedicada a doenças respiratórias crónicas que tem como objetivo de melhorar a prevenção das doenças respiratórias crónicas, promover o diagnóstico precoce e métodos de tratamento inovadores e aumentar a sensibilização da sociedade europeia para a importância da saúde pulmonar. O consórcio nacional inclui 2 Entidades Afiliadas: ULS Santa Maria e INSA. A reunião de lançamento ocorreu em Riga, em janeiro de 2025.

Roteiro de Ação | 2026

O Plano de Ação do PNDR para o ano de 2026 estrutura-se em torno de quatro objetivos estratégicos prioritários:

1. Monitorização de indicadores de saúde na área das doenças respiratórias

- Elaboração de um relatório de monitorização dos indicadores de saúde na área das doenças respiratórias;
- Constituição de um grupo de trabalho dedicado à vigilância ativa de ondas de calor e de eventos climáticos extremos, bem como à avaliação do seu impacto na morbilidade e mortalidade associadas às doenças respiratórias.

2. Reforço da capacidade e da equidade no diagnóstico e tratamento precoces

- Escalar a internalização da realização de espirometrias nos CSP, através da integração funcional entre cuidados primários e hospitalares;
- Escalar o modelo de Unidade Virtual de Sono, promovendo a internalização do diagnóstico e do tratamento da Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS) nos CSP, mediante a articulação entre cuidados primários e hospitalares.

3. Reforço da capacidade e da equidade no acesso a programas de reabilitação respiratória

Constituição de um grupo de trabalho com o objetivo de promover a integração da reabilitação respiratória nos CSP.

4. Promoção do conhecimento e da literacia em saúde na área respiratória

- Desenvolvimento de uma proposta de conteúdos educacionais sobre temas transversais à gestão do doente respiratório crónico, dirigida a profissionais de saúde e à população;
- Utilização de inaladores com menor impacte ambiental.

Para além destas quatro áreas de intervenção prioritárias, o PNDR define como objetivos de curto prazo:

- Alargar o âmbito da sua atuação às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, nomeadamente através da colaboração com os respetivos Programas Regionais de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis;
- Manter e reforçar a articulação nacional com o Plano Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Vacinação, a Divisão de Literacia em Saúde, a Direção de Serviços de Informação e Análise, a SPMS e a ACSS, designadamente na área dos Cuidados Respiratórios Domiciliários;
- Assegurar a execução das verbas do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) destinadas ao apetrechamento dos CSP com espirómetros.
- Dar continuidade à colaboração com parceiros internacionais, assegurando o desenvolvimento dos trabalhos no âmbito da *Joint Action JARED*.

Referências

1. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025), Country Health Profile 2025: Portugal. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
2. OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.
3. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare [website]. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2015 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>)
4. Chronic respiratory diseases and health equity by 2050: a spotlight on chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Instituto Português do Mar e da Atmosfera, I.P. Divisão Clima e Alterações Climáticas ISSN 2183-1084. Boletim Sazonal. Verão de 2022
6. Instituto Português do Mar e da Atmosfera, I.P. Divisão Clima e Alterações Climáticas ISSN 2183-1084. Boletim Sazonal. Verão de 2022.
7. Instituto Nacional de Estatística. Causas de Morte 2025.
8. OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
9. Kislaya I, Rodrigues AP, Sousa-Uva M, Gómez V, Gonçalves P, Froes F, et al. (2019) Indirect effect of 7-valent and 13-valent pneumococcal conjugated vaccines on pneumococcal pneumonia hospitalizations in elderly. PLoS ONE 14(1): e0209428. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209428>
10. Shiri T, Datta S, Madan J, Tsertsvadze A, Royle P, Keeling MJ, et al. Indirect effects of childhood pneumococcal conjugate vaccination on invasive pneumococcal disease: a systematic review and meta-analysis. Lancet Glob Heal 2017;5: e51–e59.
11. Oliveira, A. V. M., Raimundo, A. M., Gaspar, A. R., & Quintela, D. A. (2025). Heat Waves in Portugal During the 2001–2024 Period: An Overview. *Climate*, 13(6), 108. <https://doi.org/10.3390/cli13060108>
12. Ballester, J., Quijal-Zamorano, M., Méndez Turrubiates, R.F. et al. Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022. *Nat Med* 29, 1857–1866 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41591-023-02419-z>
13. Gallo, E., Quijal-Zamorano, M., Méndez Turrubiates, R.F. et al. Heat-related mortality in Europe during 2023 and the role of adaptation in protecting health. *Nat Med* 30, 3101–3105 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03186-1>
14. Conselho de Finanças Públicas. 2025. Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2024.
15. Brito D, Jácome C, Bulhões C, Barbosa MJ, Pina N, Alves da Silva A, João C, Gomes D, Lopes F, Quelhas-Santos J, Amorim L, Rodrigues M, Pardal M, Teixeira PM, Jacinto T, Cruz AM, Pereira AM, Marques A, Sousa-Pinto B, Vicente C, Ferreira E, Alves L, Fernandes MI, Vieira R, Amaral R, Sousa R, Costa R, Castanho T, Bernardo F, Correia-de-Sousa J, Fonseca JA; AEPI-ASTHMA Group. Prevalence of asthma in Portuguese adults - the EPI-ASTHMA study, a nationwide population-based survey. *Pulmonology*. 2025 Dec 31;31(1):2466920. doi: 10.1080/25310429.2025.2466920. Epub 2025 Mar 17. PMID: 40094487.
16. Bárbara, C., Rodrigues, F., Dias, H., Cardoso, J., Almeida, J., Matos, M. J., Simão, P., Santos, M., Ferreira, J. R., Gaspar, M., Gnatiuc, L., & Burney, P. (2013). Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in lisbon, portugal: The burden of obstructive lung disease study. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 19(3), 96-105. <https://doi.org/10.1016/j.rppneu.2012.11.004>

17. Dados de dispensa de medicamentos comparticipados em regime de ambulatório aos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Infarmed. Acedido em 29 dez 2024: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/benchmarking/benchmarking-ambulatorio/meio-ambulatorio>
18. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Desafios e Estratégias (2023). Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/dgs-publica-relatorio-programa-nacional-para-as-doencas-respiratorias-desafios-respiratorias-2023-pdf.aspx>
19. Orientação nº 003/2025, de 31/07/2025 - Termos de referência para Projetos Piloto para o Rastreio do Cancro do Pulmão. DGS. Acedido em 26/12/2025. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0032025-de-31072025-termos-de-referencia-para-projetos-piloto-para-o-rastreio-do-cancro-do-pulmao.aspx>
20. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0212011-de-28092011-atualizada-a-05082025-cuidados-respiratorios-domiciliarios-aerossolterapia-por-sistemas-de-nebulizacao.aspx>
21. Alda Marques, Cátia Paixão, Patrícia Rebelo, Maria Aurora Mendes, Jorge Mota, Cristina Bárbara. Manual de Atividade Física Adaptada para Pessoas com Doença Crónica Respiratória. Direção-Geral da Saúde 2024. Acedido em 26/12/2025. https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-promocao-da-atividade-fisica/ficheiros-externos-pnpaf/manual-afadaptada_dcr-pdf.aspx

WWW.DGS.PT



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt