



CONFERÊNCIA

A **SAÚDE** DAS
MULHERES
EM PORTUGAL

// PRESIDENTE DO GRUPO DE TRABALHO:

Maria de Belém Roseira

// AUTORES (ORDEM ALFABÉTICA):

Ana Teresa Timóteo¹, Fátima Palma², Francisco Cavaleiro de Ferreira³, Helena Canhão⁴, José Carlos Marques⁵, Maria de Belém Roseira⁶, Maria João Heitor⁷, Miguel Abreu⁸, Vera Pires da Silva⁹

¹ Sociedade Portuguesa de Cardiologia (Vice-presidente); Task-Force da Saúde Cardiovascular das Mulheres da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (Coordenadora); Hospital de Santa Marta (Cardiologista).

² Sociedade Portuguesa de Contraceção (Presidente); Maternidade Alfredo da Costa (Ginecologista e Obstetra).

³ Liga Portuguesa Contra o Cancro (Presidente).

⁴ Sociedade Portuguesa de Reumatologia (Presidente); Unidade de Reumatologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central - Hospital de Santo António dos Capuchos (Diretora); NOVA Medical School (Diretora).

⁵ Sociedade Portuguesa de Senologia (Presidente); Instituto Português de Oncologia de Lisboa (Radiologista).

⁶ Grupo de Trabalho “Saúde das Mulheres em Portugal” (Presidente); Ministra da Saúde de 1995 a 1999; Ministra para a Igualdade e Deputada de 1999 a 2000.

⁷ Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (Presidente); Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e Serviço de Psiquiatria (Diretora); Comissão de Ética do Hospital Beatriz Ângelo, Loures (Presidente).

⁸ Sociedade Portuguesa de Oncologia (Presidente); Instituto Português de Oncologia do Porto (Oncologista).

⁹ Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (Coordenadora Grupo de Estudos da Saúde da Mulher); Unidade de Saúde Familiar Génesis, ACeS Loures-Odivelas (Especialista em Medicina Geral e Familiar).

// LISTA DE ABREVIATURAS

AICIB - Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica

AMCV - Associação de Mulheres Contra a Violência

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

APEM - Associação Portuguesa dos Estudos sobre as Mulheres

APF - Associação para o Planeamento da Família

ARS - Administração Regional da Saúde

ASCO - American Society of Clinical Oncology

CRI - Centro de Responsabilidade Integrado

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CTH - Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar (Programa Consulta a Tempo e Horas)

DALY - *Disability Adjusted Life Years*

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIU - Dispositivo intrauterino

DRM - Doenças reumáticas e músculo-esqueléticas

EMA - Agência Europeia do Medicamento

EP - Empresa Pública

EUSOMA - *European Society of Breast Cancer Specialists*

GDH - Grupos de Diagnósticos Homogéneos

INE - Instituto Nacional de Estatística

INOCA - *Ischemia with non-obstructive coronary artery disease*

IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social

IST - Infeção sexualmente transmissível

IVG - Interrupção voluntária da gravidez

LGBTQIA+ - Lésbica, Gay, Bissexual, Transexual, Transgénero, Queer, Intersexo, Assexual

MINOCA - *Myocardial Infarction and Non-obstructive Coronary Arteries*

MGF - Medicina Geral e Familiar

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

ONG - Organizações Não Governamentais

PAP - Programa de Acesso Precoce

PAPP-A - Proteína a plasmática associada à gravidez

PMDD - Perturbação Disfórica Pré-menstrual

PMS - Síndrome Pré-menstrual

PNCDR - Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas

PPP - Parceria Público-Privada

REDE - Rede Portuguesa de Jovens para a Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens

SeTP - Saúde em Todas as Políticas

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TSA - Teste de sensibilidade aos antimicrobianos

UMAR - União de Mulheres Alternativa e Resposta

UNFPA - *United Nations sexual and reproductive health agency*

YLD - *Years Lived with Disability*

// ÍNDICE

4	SUMÁRIO EXECUTIVO
4	1.1. Contexto
5	1.2. Factos
5	1.3. Objetivos
5	1.4. Organização do documento de recomendações
6	PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES
	I. Eixos transversais - visão de Saúde em Todas as Políticas (SeTP)
6	1. Determinantes sociais, económicos e laborais e a igualdade de género
8	2. Literacia em saúde
8	3. Acesso e integração de cuidados
9	4. A importância da qualidade de informação
9	5. Transformação digital ao serviço da saúde da mulher
10	6. Formação pré e pós-graduada
11	7. Investigação e ensaios clínicos
	II. Eixos específicos
12	1. Saúde sexual e reprodutiva
15	2. Saúde mental
17	3. Doenças cardiovasculares
20	4. Doenças oncológicas
24	5. Doenças reumáticas e musculoesqueléticas
26	6. Violência de género
27	7. Comunidade LGBTQIA+
29	CONCLUSÃO

// SUMÁRIO EXECUTIVO

Palavras-chave: Saúde da Mulher; Desigualdades; Comunicação; Biopsicossocial.

Identificação dos Problemas

As mulheres estão mais frequentemente sujeitas a determinantes socioeconómicos e biológicos que levam a sofrimento, doença física e mental, e a desigualdades profundas.

A inclusão de uma perspetiva de sexo e género nas políticas públicas obriga à integração de um conjunto de disciplinas, com cobertura de todo o ciclo de vida da mulher, nomeadamente, Medicina Geral e Familiar, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde Materna e apoio à Maternidade, Cardiologia e Saúde Cardiovascular, Oncologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Reumatologia, e áreas transversais, tais como combate à pobreza, violência contra as mulheres e comunidade LGBTQIA+.

Estas políticas públicas têm de englobar, além da saúde, múltiplos outros setores, numa visão de Saúde em Todas as Políticas (SeTP), sendo que a abordagem intersetorial e multinível é essencial à promoção da saúde e prevenção da doença, assim como ao acesso a melhores cuidados de saúde e apoio social, com repercussões a nível escolar e laboral, este último com taxas relevantes de absentismo e presentismo, com compromisso da produtividade e da riqueza do país.

São também fundamentais a sensibilização e educação da sociedade civil, a formação e capacitação de profissionais de saúde e outros setores, a atividade concertada na investigação científica, com o respetivo tempo alocado, o envolvimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), do setor social da saúde, do setor privado, de Organizações Não Governamentais (ONG) e Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), de todo o Sistema de Saúde Português, numa perspetiva intersetorial.

Objetivos do Documento

Este documento tem como objetivo principal divulgar um conjunto de recomendações para os decisores, tendo em vista a melhoria das condições de saúde global das mulheres em Portugal, e pretende constituir-se como uma proposta de Estratégia Nacional para a Saúde da Mulher visando, igualmente, poder vir a ser desenvolvido um Programa Nacional para a Saúde da Mulher, que seja englobado nos programas prioritários promovidos pela Direção-Geral da Saúde (DGS), articulado com o Plano Nacional de Saúde e com o Plano para a Igualdade.

Valor da Solução

A melhoria de indicadores de morbilidade e mortalidade em Portugal são espelho da aposta em políticas de proteção da saúde, contudo ainda persistem desigualdades, em particular no que se refere às mulheres.

A constituição de uma comissão interministerial, coordenada pela Saúde, para que, com base nestas recomendações, se possa vir a desenvolver um plano de ação intersetorial e faseado para implementação das mesmas, é uma medida que se propõe. Igualmente se recomenda que políticas públicas sejam submetidas, previamente à sua implementação, a metodologias de avaliação de impacto na saúde (*health impact assessment*).

1.1. CONTEXTO

Em Portugal, deveria existir uma Estratégia Nacional para a Saúde da Mulher, tal como em muitos países do mundo, designadamente na Europa e na América do Norte.

A Organização Mundial de Saúde reconhece a responsabilidade dos sistemas de saúde na resposta às necessidades de saúde das mulheres e na promoção da igualdade de género na mão-de-obra formal e informal no setor da saúde¹. **Em Portugal, deveríamos avançar neste sentido.**

A saúde e o bem-estar das mulheres constituem uma questão de sustentabilidade, vertidas nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas (ODS3 + ODS5)¹. **É necessário que em Portugal existam planos de saúde para a prevenção e o combate de várias doenças que afetam mais as mulheres, como as relativas às doenças do aparelho reprodutivo.**

¹ Organização Mundial da Saúde, Policy Brief “Health and Gender Equality” https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/404495/SDG-5-policy-brief_2.pdf.

1.2. FACTOS

O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 20-30 CARECE DE UMA ÁREA DEDICADA À SAÚDE DA MULHER.

EM PORTUGAL, NÃO EXISTE UMA ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE DA MULHER.

A SAÚDE DA MULHER DEVE SER UM TEMA EM PORTUGAL

Neste contexto, foi decidido **criar um grupo de trabalho**, que é em simultâneo um **movimento de cidadania**, composto por especialistas e representantes de entidades científicas relevantes na área da Saúde das Mulheres, para, com o seu contributo, **enriquecer e incentivar o debate do tema em Portugal e contribuir para a melhoria da saúde e do bem-estar das Mulheres no país**.

1.3. OBJETIVOS

Com base na experiência dos seus membros, representantes de sociedades científicas que se têm dedicado ao estudo, formular e apresentar propostas nesta temática e debater o estado da saúde das mulheres em Portugal, através da análise do panorama nacional na atualidade.

Desenvolver um documento que reúne um conjunto de recomendações para os decisores considerarem, tendo em vista a **melhoria das condições de saúde das mulheres em Portugal**.

Este documento pretende constituir uma proposta de **Estratégia Nacional para a Saúde da Mulher** e propostas em direção ao que poderá ser um **PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE DA MULHER**, articulado com o Plano Nacional de Saúde, programas prioritários promovidos pela Direção-Geral da Saúde e Plano para a Igualdade.

Este documento de estratégia e recomendações será apresentado:

- À Assembleia da República,
- Ao Governo,
- Ao país, através do Jornal Expresso.

1.4. ORGANIZAÇÃO DO DOCUMENTO DE RECOMENDAÇÕES

O documento, que a seguir se apresenta, foca, numa primeira fase, as áreas transversais com impacto na saúde das mulheres, fazendo uma abordagem intersetorial, com propostas e recomendações, numa visão de Saúde em Todas as Políticas (SeTP).

Os **Eixos Transversais** passíveis de atuação identificados foram os seguintes:

- Determinantes sociais, económicos e laborais
- Literacia em Saúde
- Acesso e integração e continuidade de cuidados
- Importância da qualidade da informação
- Transformação digital ao serviço da saúde da mulher
- Formação pré e pós-graduada
- Investigação e ensaios clínicos

Numa segunda fase, o documento centra-se no contexto da situação da saúde da mulher em várias áreas específicas, estabelecendo igualmente, após a análise de cada uma delas, recomendações de atuação. Os **Eixos Específicos** identificados foram os seguintes:

- Saúde sexual e reprodutiva
- Saúde Mental
- Doenças cardiovasculares
- Doenças oncológicas
- Doenças reumáticas e musculoesqueléticas
- Violência de género
- Comunidade LGBTQIA+

// PROPOSTAS E RECOMENDAÇÕES

I. EIXOS TRANSVERSAIS – Visão de Saúde em Todas as Políticas (SeTP)

A saúde da mulher é determinada por fatores biológicos, culturais e de organização social, designadamente: qualificação, dificuldade de conciliação trabalho-família, menor rendimento no emprego e na reforma, *stress*, assédio, violência, riscos agravados em situação de guerra e migrações forçadas, responsabilidade pelos cuidados a terceiros (e.g., filhos e familiares mais velhos ou com doenças crónicas e incapacitantes) e pobreza.

A inclusão de uma perspetiva de sexo e género nas políticas públicas, designadamente a Saúde, obriga à integração de um conjunto de disciplinas, com cobertura de todo o ciclo de vida da mulher, nomeadamente, Medicina Geral e Familiar, Ginecologia e Obstetrícia, Cardiologia e Saúde Cardiovascular, Oncologia, Psiquiatria e Saúde Mental, Reumatologia, e áreas transversais, tais como, combate à pobreza, como um dos mais fortes determinantes sociais da saúde, a violência contra as mulheres, a comunidade LGBTQIA+.

Estas políticas públicas têm de englobar, além da saúde, múltiplos outros setores, numa visão de Saúde em Todas as Políticas (SeTP), uma vez que a abordagem intersetorial e multinível é essencial à promoção da saúde e prevenção da doença, bem como, ao acesso aos melhores cuidados de saúde e de apoio social. São também fundamentais a sensibilização e educação da sociedade civil, a formação e a qualificação de profissionais de saúde e de outros setores, a atividade concertada na investigação científica e o envolvimento do sistema de saúde, incluindo além do SNS os setores da economia social, do setor privado e da iniciativa de cidadania.

1. Determinantes sociais, económicas e laborais e a igualdade de género

Fundamentação

É consensual que a saúde é mais do que a ausência de doença. Inclui igualmente o desenvolvimento físico, mental, social e o bem-estar das pessoas. Ligado a este conceito é também entendido que, em cada fase da vida, a saúde e bem-estar são afetados por interações complexas entre fatores sociais e económicos, ambiente físico e cultural, comportamento individual, para além dos fatores genéticos. A educação, o salário, o emprego, a habitação, o acesso a serviços básicos ou a bens básicos como a educação e a capacidade de aceder à aquisição de bens essenciais, são determinantes de saúde, pois influenciam os resultados em saúde, atingíveis por indivíduos e comunidades. Também a desigualdade de género pode ter um peso negativo no potencial de saúde, no papel das mulheres na sociedade e no seu património genético.²

É um facto que, em média, as mulheres têm uma esperança média de vida superior aos homens. Mas também é um facto que esta realidade potencia o aumento da frequência de patologias crónicas, como doenças cardiovasculares e respiratórias, cancro, diabetes; mais sintomas de depressão, perda de autonomia e outras limitações que têm impacto na vida diária. Constata-se que cerca de 45% destas desigualdades têm causas sociodemográficas, como o nível de qualificação e as condições económicas do agregado familiar. Desta forma, **são, pois, as discrepâncias existentes entre sexos nos determinantes de saúde sociais e económicos que vão criar as maiores desigualdades entre os dois géneros.**³ Por exemplo, continuam a ser as mulheres a assumir muitas tarefas domésticas e de cuidadoras, para prestar apoio à família. Como consequência, um maior número de homens está empregado e em média auferem um rendimento mais elevado. Reproduzem-se as desigualdades de género no acesso aos lugares de decisão, seja no domínio da economia, seja no espaço público e político.

Estas diferenças verificadas entre sexos são ainda relevantes quando se considera o nível de educação, onde as mulheres têm uma menor taxa de alfabetização e de escolaridade. Com efeito, de acordo com o mais recente relatório da Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género⁴, sobre Educação, Formação e Ciência, em 2020, em Portugal, o número de mulheres sem nenhum nível de escolaridade completo (cerca de 356 mil) é superior ao dos homens (cerca de 121 mil). O documento salienta ainda que embora haja um predomínio significativo de mulheres (cerca de 1 156 mil) sobre os homens (cerca de

² Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Itani L, Chatterji S. Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys. BMC Public Health. 2012 Mar 19;12:198. doi: 10.1186/1471-2458-12-198. PMID: 22429978; PMCID: PMC3364884.

³ Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Itani L, Chatterji S. Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys. BMC Public Health. 2012 Mar 19;12:198. doi: 10.1186/1471-2458-12-198. PMID: 22429978; PMCID: PMC3364884.

⁴ https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/11/2_Educacao-formacao-e-ciencia.pdf.

729 mil) na frequência do ensino superior “o predomínio das mulheres em graus académicos elevados não se traduziu ainda na sua participação ao nível do poder e tomada de decisão económica, política e académica, onde são ainda claramente minoritárias”.

Em termos da saúde, os dados referentes a Portugal constantes do Índice de Igualdade de Género 2021, da autoria do Instituto Europeu para a Igualdade de Género (EIGE, na sigla em inglês)⁵, revelam que **as mulheres portuguesas têm uma saúde pior do que os homens e que esse facto não sofreu alterações nos últimos anos**, constatando que a proporção de mulheres que relatam ter uma boa saúde aumentou apenas um ponto percentual desde 2010 para os 45% em 2019; e que as mulheres idosas são as que experienciam pior saúde, com apenas 12%, contra 18% de homens, com 65 anos ou mais que afirmaram ter uma saúde boa ou muito boa. Por outro lado, 68% das mulheres portuguesas com mais de 65 anos assumiu ter limitações nas atividades diárias por causa de problemas de saúde, contra 56% de homens.

Em **matéria de acesso aos serviços de saúde**, foi possível constatar que 53% das mulheres, em comparação com 44% dos homens, tinham dificuldade em pagar despesas dentárias inesperadas em 2016, sendo que este fosso de género é quatro pontos percentuais mais elevado do que a média europeia.

Há também 49% de mulheres e 41% de homens que não conseguem pagar despesas relativas a cuidados de saúde mental, contra 39% e 33%, respetivamente, na média dos 27 países da União Europeia.

Relativamente à **saúde sexual e reprodutiva**, o relatório do EIGE mostra, por exemplo, que **em 2020 cerca de 5% das mulheres em Portugal quiseram parar ou adiar uma gravidez, mas não estavam a usar qualquer método contraceutivo**. Ainda sobre saúde reprodutiva, e no mesmo ano, os dados da UNFPA - *United Nations sexual and reproductive health agency* mostraram que 7% das mulheres portuguesas consideravam não ter as necessidades em métodos contraceptivos satisfeitas.

No que diz respeito à **matéria de violência**, o relatório do EIGE adianta **que, em 2018, foram mortas mais de 600 mulheres no âmbito de relações de intimidade em 14 Estados-membros**, segundo dados oficiais, apontando que Portugal não forneceu dados comparáveis. No entanto, conseguiu constatar que **68% das mulheres portuguesas que sofreram violência física ou psicológica foram vítimas dentro da sua própria casa, ao mesmo tempo que 3% das mulheres lésbicas e 3% das mulheres bissexuais foram atacadas física ou sexualmente nos últimos cinco anos por serem parte da comunidade LGBTQIA+**. Diz o mesmo documento que uma em cada quatro mulheres sofreu de assédio nos últimos cinco anos e 14% nos últimos 12 meses, enquanto nas mulheres com deficiência a percentagem foi de 9% e 3%, respetivamente. Por último, o EIGE refere que, em 2011, entre 5% a 8% das 5.835 raparigas da comunidade migrante residente em Portugal estavam em risco de serem **vítimas de mutilação genital feminina**.

Já segundo os dados mais recentes referentes a Portugal, disponibilizados pela Comissão Para a Cidadania e a Igualdade de Género⁶, verifica-se que **a esmagadora maioria das vítimas portuguesas de violência doméstica são mulheres (75%)** e que a grande maioria dos denunciados são homens (81,4%). A violência doméstica contra cônjuge ou análogo assume 85% de toda a violência doméstica. Embora se verifique um aumento gradual significativo no número de pessoas condenadas pelo crime de violência doméstica contra cônjuge ou análogo, o número de condenações é ainda residual face ao número de participações registadas nas forças de segurança. Além disso, sendo as experiências adversas na infância um dos mais poderosos determinantes de saúde pública, incluindo a exposição a violência doméstica, compreende-se a extensão, abrangência e impacto na saúde e saúde mental, a curto, médio e longo prazo, não apenas na vítima direta, mas em todos aqueles que estiveram expostos. Por outro lado, embora a violência de género tenha uma base multifatorial, há claramente uma associação com o consumo excessivo de álcool.

Os números mais recentes da APAV⁷, e da União de Mulheres Alternativa e Resposta (UMAR)⁸ confirmam esta realidade. Com efeito, em 2021, segundo a APAV, a Violência Doméstica ocupa o primeiro lugar no top 10 dos crimes mais referenciados (n=19.846; 76,8% de todos os crimes). Já a UMAR denunciou, no seu relatório final dos dados sobre os assassinatos e femicídios (consumados e tentados) ocorridos em Portugal em 2020, que foram assassinadas 35 mulheres em Portugal e que, destes assassinatos, 19 foram femicídios, ou seja, mulheres assassinadas por motivos de género ou decorrentes de violência de género.

⁵ European Institute for Gender Equality, “Gender Equality Index 2021”, <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2021>; <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/thematic-focus/health/country/PT>.

⁶ Comissão Para a Cidadania e a Igualdade de Género - Boletim Estatístico 2021 - Violência de Género (https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2021/11/8_Violencia-de-genero.pdf).

⁷ Associação Portuguesa de Apoio à Vítima - Relatório Anual 2021 (https://apav.pt/apav_v3/images/press/Relatorio_Anuar_2021.pdf)

⁸ Observatório de Mulheres Assassinadas - Relatório 2020 (http://www.umarfeminismos.org/images/stories/oma/Relatorio_Final_OMA_2020.pdf).

Propostas

- Criar um programa específico para o combate efetivo das desigualdades de género, incluindo as desigualdades ao nível do rendimento, de qualificações e de acesso à saúde.
- Basear as intervenções em saúde na mulher em abordagens por ciclo de vida de forma a facilitar uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados na saúde feminina.
- Contemplar a saúde humana em todas as políticas intersectoriais, numa perspectiva de Saúde Pública e de Saúde em Todas As Políticas (SeTP), visando o desenvolvimento de políticas públicas que integrem os determinantes da saúde, com ênfase nos grupos de risco e nos grupos mais vulneráveis.
- Promover um maior envolvimento das autoridades competentes, da sociedade civil e das sociedades científicas, viradas para a formação, investigação e *advocacy*, na defesa dos interesses de género no que se refere a políticas, planos e boas práticas baseadas na evidência, bem como a sustentação de decisão política.

2. Literacia em saúde**Fundamentação**

A capacitação dos cidadãos torna-os naturalmente mais conscientes da importância das ações promotoras de saúde e de prevenção das doenças, bem como dos custos evitáveis que a cobertura universal de saúde suporta, pondo em risco a sua sustentabilidade financeira. Contudo, a autonomia preconizada no conceito de “cidadão informado e esclarecido” só é possível quando se atingem níveis de literacia tais que permitam a utilização correta do sistema de saúde e uma compreensão clara da informação em saúde.

Com efeito, cada vez mais a máxima “ter conhecimento é ter poder” se aplica. Nas mulheres, um aumento da literacia pode significar ainda mais ganhos em saúde, uma vez que vivem mais anos do que os homens e essa realidade potencia o aumento da frequência, muitas vezes simultânea, de patologias crónicas, tais como doenças cardiovasculares, respiratórias, oncológicas, mentais e diabetes, entre outras.

Propostas

- Capacitar as mulheres, principalmente as que vivem em contextos desfavorecidos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (*empowerment*). Estas ações de promoção da literacia devem focar medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, contraceção, rastreios, fatores de risco e de proteção e utilização dos serviços de saúde.
- Basear as intervenções em saúde na mulher em abordagens por ciclo de vida de forma a facilitar uma compreensão integrada do conjunto de problemas que devem ser priorizados na saúde feminina.
- Fomentar o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de literacia dirigidas à saúde da mulher. Os profissionais de saúde são um meio de excelência para providenciar, nas suas consultas, um maior esclarecimento às mulheres, nomeadamente sobre os aspetos associados ao planeamento familiar, à autovigilância da saúde, envelhecimento saudável e promoção de estilos de vida saudáveis.
- Promover a participação ativa de organizações representativas dos interesses da saúde da mulher. Desenvolver programas de educação para a saúde na área da saúde da mulher e de autogestão da doença, bem como programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde.

3. Acesso e integração de cuidados**Fundamentação**

O respeito pelo princípio da equidade no acesso à saúde implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo sistema de saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes. Expressa-se, ainda, pela criação de condições de igual oportunidade a cada cidadão para atingir o seu potencial de saúde. É, pois, fundamental reduzir as desigualdades através da intervenção nos determinantes da saúde da mulher, pois estas, de uma forma geral, estão sujeitas a menos oportunidades,

sejam sociais, laborais, económicas e políticas, seja no acesso à saúde.

Ter acesso aos cuidados de saúde significa que deverão ser disponibilizados cuidados multidisciplinares de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado, independentemente do tipo de cuidados, sejam estes primários, secundários ou terciários.

Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e processos assistenciais integrados ao longo do ciclo de vida.

Propostas

- Reforçar a governação dos cuidados de saúde primários (CSP), cuidados hospitalares e continuados, de modo que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que a mulher acceda atempadamente aos cuidados de que necessita de forma integrada e ao longo do ciclo de vida.
- Reforçar o desenvolvimento e implementação, em situações adequadas, dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes da mulher e com potencial de maior ganho, de modo que esta receba os cuidados atempados e adequados, independentemente do local onde se encontre.
- Implementar políticas públicas que passem por uma abordagem multinível (comunidade CSP, hospitalares, outros setores, IPSS e ONG) e multissetorial (envolvendo múltiplos setores para lá da saúde) com partilha de responsabilidades, orientada para objetivos de desenvolvimento sustentável e visando a redução de desigualdades em saúde, promoção da saúde, prevenção da doença, acesso ao tratamento, reabilitação, integração e cuidados paliativos.
- Desenvolver redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas.
- Rever as estratégias de financiamento no sentido de valorizar projetos e ações que privilegiem a integração e continuidade dos cuidados.

4. A importância da qualidade da informação

Fundamentação

A mulher deve ser capacitada para pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para o efeito, tem de ser formada e estar informada, tem de interiorizar a informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença.

Em Portugal, como noutros países, a informação em saúde é abundante e acessível. A Internet, e outras plataformas interativas de comunicação tornam-se, progressivamente, fontes privilegiadas, desde que fiáveis, de informação médica e de saúde. É publicamente conhecido que cidadãos mais bem informados no campo da saúde fazem uma utilização mais racional dos serviços de saúde que lhes são prestados. Contudo, há ainda um caminho a percorrer no que diz respeito à qualidade dessa mesma informação. Sabemos que a informação em saúde é ainda pouco sistemática, pouco clara e transparente.

Propostas

- Produzir mais informação, de qualidade, acessível e amigável, relativa à saúde da mulher e suas especificidades.
- Reduzir o estigma e discriminação ligados a diversas condições.

5. Transformação digital ao serviço da saúde da mulher

Fundamentação

De uma forma geral, o objetivo da digitalização é diminuir, a curto e médio prazo, a ineficiência nos procedimentos administrativos, melhorar a qualidade do atendimento, aumentar a segurança e a qualidade dos cuidados, e contribuir para otimizar a utilização das capacidades instaladas de elevado custo. A saúde digital pode permitir aumentar os níveis de eficiência das estruturas de saúde e melhorar os cuidados de saúde em simultâneo com a contenção dos custos e a diminuição da pegada ecológica.

A evolução digital iniciou um processo disruptivo que está para além dos avanços revolucionários na investigação científica, pois permite, através do registo clínico eletrónico, definir novos modelos de interação entre os utentes e os profissionais de saúde, bem como estruturar modelos personalizados de integração

de cuidados e de combate às desigualdades sociais e em saúde. A pandemia de COVID-19 colocou ao mundo enormes desafios e também a possibilidade de testar os avanços tecnológicos. A mulher poderá ser uma especial beneficiária desta tecnologia, nomeadamente no que diz respeito a assuntos especificamente relacionados com o seu género, como a agilização da marcação de rastreios ou de aconselhamento contraceutivo.

A telemedicina, que provou ser indispensável durante a pandemia, pode e deve continuar ao dispor da mulher. Além de facilitar a realização de consultas para problemas menos urgentes, a telemedicina também está apta a democratizar o acesso ao atendimento, permitindo aos doentes distantes dos grandes centros ter acesso aos cuidados médicos e realizar, por exemplo, o controlo remoto dos sinais vitais.

É sabido que as especialidades que podem fazer diagnósticos com precisão a partir de fotografias, como a dermatologia, têm um maior histórico no uso da telemedicina, contudo, conforme nos demonstraram os ensinamentos da pandemia, a telemedicina pode ser fundamental para múltiplas formas de diagnóstico, seguimento, orientação como, por exemplo, para consultas de esclarecimento de dúvidas e aconselhamento sobre métodos contraceptivos, infeções de transmissão sexual, além de avaliações ginecológicas de rotina que não necessitem de observação ginecológica.

A telemedicina tem ainda um papel fundamental no esclarecimento de dúvidas, prestação de informações, na prevenção de gravidez indesejada, no aconselhamento e controlo remoto nas doenças agudas e crónicas e no diagnóstico ou tratamento de problemas específicos como cistite ou candidíase. Pode igualmente, ser aplicável no ambulatório da psiquiatria e saúde mental e em ações de consultadoria ao nível da articulação com os CSP.

Para além disso, há todo o potencial que as novas tecnologias na saúde, ancoradas na inteligência artificial e na análise dos dados, na internet das coisas, na realidade aumentada, ou na realidade virtual acrescentam às formas de prestação de cuidados de saúde ou de apoio aos cuidadores e que deve ser colocado ao serviço na melhoria da saúde das mulheres.

Propostas

- Incrementar o processo de digitalização na saúde, sempre que aplicável.
- Motivar a participação das comunidades científicas, universidades e tecido empresarial no processo de inovação digital, para além da estratégia desenvolvida em todas as estruturas governamentais e técnicas competentes em articulação com todos os parceiros por parte do Ministério da Saúde.
- Garantir a continuidade na telemedicina, nas vertentes já iniciadas e novas que venham a identificar-se, possibilitando cada vez mais prestar remotamente os cuidados de saúde, o controlo das doenças e os serviços relacionados, sem contudo colocar em causa a relação terapêutica.

6. Formação pré e pós-graduada

Fundamentação

A formação, pré-graduada e pós-graduada, médica tem, respetivamente, unidades curriculares - como sejam a ginecologia-obstetrícia - e cursos dedicados técnicos e clínicos - por exemplo, colposcopia - específicos da saúde da mulher. Mas, de uma forma geral, tanto a formação médica pré como a pós-graduada não incluem uma abordagem sistemática dos assuntos relacionados com a saúde da mulher. Este facto pode condicionar a sensibilização e abordagem de algumas matérias por parte dos profissionais de saúde. É sabido, por exemplo, que a violência de género é um tema que durante muitas décadas poderá ter sido minorizado ou escondido pelas vítimas na consulta, mas que no presente exige máxima vigilância por parte das equipas de saúde. Os CSP, pelas suas características de proximidade com os cidadãos, são, por excelência, o local para deteção precoce da violência familiar em geral, e de género em particular. A formação nesta área é fundamental aos médicos de família e aos clínicos nos serviços de urgência. Outros aspetos, como a sobrecarga mais frequente das mulheres associada ao papel de cuidadores informais, nem sempre são debatidos. As preocupações com a saúde ocupacional e a ergonomia, tantas vezes com características específicas na mulher, também não estão incluídas na formação. A necessidade de formar profissionais de saúde que integrem conhecimentos e múltiplas disciplinas, atentos aos desafios atuais da sociedade em geral e da mulher, em particular, é fundamental estar na agenda das escolas de pré e pós-graduação em saúde.

Propostas

- Aumentar a *awareness* dos profissionais de saúde para um correto diagnóstico e tratamento atempado e correto das mulheres, bem como do prognóstico das várias patologias que podem atingi-las.
- Incluir os assuntos relacionados com o género e as especificidades da saúde da mulher nos programas de formação pré e pós-graduada para uma melhor preparação dos profissionais de saúde.

7. Investigação e ensaios clínicos

Fundamentação

Historicamente, os ensaios clínicos excluíam participantes do sexo feminino e os resultados originados pela população masculina eram generalizados para as mulheres. Porém, abundantes estudos têm mostrado que existem diferenças substanciais entre os sexos que se verificam até ao nível celular.⁹

O Regulamento Europeu de Ensaio Clínicos, que pretende harmonizar os processos de submissão, avaliação e supervisão dos ensaios clínicos na União Europeia, refere que “os sujeitos que participam num ensaio clínico deverão representar os grupos populacionais, por exemplo, grupos de género ou etários, que provavelmente irão utilizar o medicamento sob investigação”.¹⁰ Contudo, ainda existe um caminho a percorrer.¹¹

Sob um outro prisma, dados da União Europeia mostram que, em Portugal, a taxa de sucesso para obtenção de financiamento foi 2,9% superior para os homens investigadores quando comparado com as mulheres investigadoras em 2018. Esta diferença tem-se agravado com o tempo e foi superior à verificada em 2007, altura em que os homens tinham uma taxa de sucesso 0,2% superior à das mulheres.¹²

Por sua vez, em Portugal, a maioria dos ensaios clínicos são realizados em contexto hospitalar. Em 2021, 4 446 786 mulheres tiveram pelo menos uma consulta nos CSP, correspondendo a uma cobertura de cerca de 82% da população feminina.^{13,14} Estes dados espelham o potencial de recrutamento que os CSP apresentam, aliado ao facto de muitos contactos se iniciarem e terminarem nos CSP, sem necessidade de referenciação, e, neste contexto, os seus utilizadores serem representativos da população geral.

Propostas

- Investir mais na área da investigação realizada em Portugal, bem como, em ensaios clínicos, tendo em atenção a inclusão de participantes do sexo feminino de forma a obter dados sobre as mulheres no país.
- Assegurar que as mulheres investigadoras tenham igual oportunidade de financiamento.
- Envolver os CSP nos projetos de investigação, alocando recursos para esse efeito.

⁹ Caroline Criado Perez, in *Mulheres Invisíveis - como os dados configuram o mundo feito para os homens*, Relógio D'Água, 2019, pp. 215-236.

¹⁰ Europeia, União, “REGULAMENTO (UE) N.º 536/2014 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO de 16 de abril de 2014 relativo aos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano e que revoga a Diretiva 2001/20/CE,” Ponto 14.

¹¹ Steinberg JR, Turner BE, Weeks BT, et al, “Analysis of Female Enrollment and Participant Sex by Burden of Disease in US Clinical Trials Between 2000 and 2020,” *JAMA Netw Open*, vol. 4(6), p: e2113749, 2021.

¹² European Commission, “She Figures 2021,” Brussels, 2021.

¹³ BI-CSP. [Online]. Available: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>. [Accessed 22 maio 2022].

¹⁴ PORDATA, “População residente segundo os Censos: total e por sexo,” [Online]. [Accessed 22 maio 2022].

II. EIXOS ESPECÍFICOS

1. Saúde Sexual e Reprodutiva

1.a) Contraceção

Fundamentação

Em 1976,¹⁵ foi estabelecida em Portugal a primeira legislação sobre planeamento familiar, com a criação da consulta de planeamento familiar nos centros de saúde. Em 1984, surgiu a lei 3/84 (1984-03-24) que regulamenta o planeamento familiar e que se mantém até aos dias de hoje, legislando que todas as mulheres, em idade fértil, têm acesso gratuito às consultas de planeamento familiar tanto nos centros de saúde como nos hospitais e acesso também gratuito aos métodos contraceptivos.^{16,17,18,19} Todavia, a lista de métodos contraceptivos disponibilizados gratuitamente no SNS não é igual em todo o país e não tem sido atualizada²⁰, não acompanhando a inovação científica e as necessidades identificadas pelas mulheres, que têm evoluído ao longo do tempo.

Tanto as Nações Unidas, como o INE disponibilizam dados de 2021, que importa salientar:

- Taxa de utilização de métodos contraceptivos modernos: 78%;
- 7% das mulheres portuguesas consideram que não têm as necessidades contraceptivas satisfeitas;
- Taxa de gravidez na adolescência de 6 por 1000 nados vivos.

O método contraceptivo mais utilizado pelas mulheres portuguesas continua a ser a pílula.²¹ Porém, tem havido uma preocupação crescente por parte destas com os efeitos hormonais da contraceção oral e procuram-se cada vez mais soluções que se aproximem do perfil hormonal natural. Embora existam pílulas que vão ao encontro deste perfil, estas não estão contempladas na lista de métodos disponibilizados gratuitamente no SNS. Por outro lado, muitas mulheres poderiam usufruir de outros benefícios não contraceptivos que algumas pílulas possuem, como por exemplo na melhoria da acne e hirsutismo, ou retenção hídrica, entre outros.²² Todavia, as opções contraceptivas que apresentam estes benefícios também não se encontram na lista de métodos disponibilizados gratuitamente no SNS. Estes aspetos são relevantes de forma a que as mulheres vejam as suas necessidades contraceptivas satisfeitas.

Importa também realçar que nem todos os métodos contraceptivos listados como opções a ser disponibilizados gratuitamente no SNS²³ o são. Ou seja, há regiões do país que não adquirem todos os métodos contraceptivos criando, assim, situações de desigualdade e limitando o acesso das mulheres à contraceção.

Também os métodos contraceptivos de longa duração (implante e os dispositivos intrauterinos – DIU – de cobre ou medicados) apesar de serem disponibilizados gratuitamente, requerem treino para a sua inserção. Desta forma, é essencial garantir a existência de médicos com formação para a colocação, com especial enfoque nos CSP e é de igual importância garantir a existência de recursos físicos e materiais para a sua colocação em segurança.

O Fórum Parlamentar Europeu para os Direitos Sexuais e Reprodutivos divulga anualmente o Atlas das Políticas em Contraceção nos países europeus.²⁴ Embora Portugal faça parte do grupo de países com melhores resultados num total de 46 países, encontrando-se na 8.ª posição, têm sido salientados pontos de melhoria tais como a necessidade de sites na internet patrocinados e avaliados pelo Governo e de disponibilização de informação sobre o custo dos métodos contraceptivos existentes.

¹⁵ Direção-Geral da Saúde, “Despacho,” Secretaria de Estado da Saúde, 16 de março de 1976.

¹⁶ Assembleia da República, “Lei n.º 3/84 de 24 de março. Educação sexual e planeamento familiar”; Diário da República n.º 124/2001, Série I-A de 2001-05-29, “Lei n.º 12/2001, de 29 de maio.

¹⁷ Ministério da Saúde, “Portaria n.º 52/85 de 26 de janeiro. Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens”.

¹⁸ DIÁRIO DA REPÚBLICA — I SÉRIE-A N.º 186 — 11-8-1999, “Lei n.º 120/99 de 11 de agosto. Reforço das garantias do direito à saúde reprodutiva”.

¹⁹ Diário da República n.º 124/2001, Série I-A de 2001-05-29, “Lei n.º 12/2001, de 29 de maio.

²⁰ Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, “Despacho 10342/2015, de 17 de setembro,” Diário da República n.º 182/2015, Série II de 2015-09-17.

²¹ Águas F, Bombas T, Pereira da Silva D, “Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal,” Acta Obstet Ginecol Port, pp. :10(3): 184-192, 2016.

²² SPDC, SPG, SPMR, “Consensos sobre contraceção 2020,” vol. p.16.

²³ Diário da República n.º 124/2001, Série I-A de 2001-05-29, “Lei n.º 12/2001, de 29 de maio.

²⁴ European Contraception Policy Atlas (<https://www.epfweb.org/node/89>).

Propostas

- Assegurar o acesso a consultas de planeamento familiar a todas as mulheres em idade fértil, tanto a nível de cuidados de saúde primários, como hospitalares. A escassez de recursos humanos em termos de Médicos de Família e Ginecologistas no SNS são uma barreira a este direito fundamental para a saúde das mulheres portuguesas.
- Melhorar a formação em aconselhamento contraceutivo e na colocação de métodos de longa duração.
- Atualizar a lista de métodos contraceptivos disponibilizados gratuitamente de forma as mulheres poderem optar pelo método que melhor se adequa às suas necessidades contraceptivas.
- Garantir que todos os métodos contraceptivos que constam na lista de métodos disponibilizados gratuitamente pelo SNS sejam disponibilizadas em todas as regiões do país.

1.b) Interrupção voluntária da gravidez

Fundamentação

Desde 2007, após a realização dum Referendo nacional, que a lei n.º 16/2007 viu incluída a possibilidade de se realizar uma interrupção de gravidez a pedido da mulher em estabelecimento oficial ou oficialmente reconhecido até às 10 semanas de gravidez após verificação de alguns requisitos. Esta alteração da lei veio permitir às mulheres portuguesas poderem fazer uma escolha e ter um aborto seguro (à semelhança da maioria dos restantes países europeus).

Houve, nessa altura, uma mobilização dos serviços de saúde com a criação de consultas nos hospitais e estabelecendo uma rede de referência para estas situações. No entanto, passados 15 anos, ainda não é possível, quando uma mulher decide interromper a gravidez, saber qual o centro que pode escolher ou a que se deve dirigir, sendo que não existe informação fidedigna e atual do mapeamento das consultas a funcionar. Isto porque cada vez funcionam menos consultas, não só dada a escassez de recursos humanos, mas também ao grande número de médicos objetores de consciência, obrigando as mulheres a deslocarem-se para longe, com o risco de não conseguirem consulta dentro do tempo limite estabelecido por lei.

Propostas

- Informação e divulgação, a nível nacional, dos centros onde se realizam consultas de IVG.
- Assegurar o acesso ao aborto seguro de forma igualitária em todo o país.
- Aumentar os locais de consulta de IVG.

1.c) Infecções sexualmente transmissíveis

Fundamentação

O rastreio das infeções sexualmente transmissíveis (IST) por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* encontra-se recomendado para as mulheres com menos de 25 anos com vida sexual ativa ou mulheres com mais de 25 anos com fatores de risco (novo parceiro sexual, mais do que um parceiro sexual, parceiro com outros parceiros sexuais ou parceiro diagnosticado com outras IST)^{25,26}. A infeção por *Chlamydia trachomatis* é a IST mais frequentemente diagnosticada na Europa. Contudo, Portugal não segue este padrão, sendo o número de infeções por *Neisseria gonorrhoeae* superior ao de infeção por *Chlamydia trachomatis*. Um dos motivos que poderá justificar esta discrepância é o facto de não existir um rastreio organizado de IST em Portugal. O rastreio existente é oportunista e faz-se em centros de rastreio vocacionados essencialmente para alguns grupos de risco: suspeitas de contágio, homens que têm sexo com homens e trabalhadores do sexo. Como a infeção por *Chlamydia trachomatis* é mais frequente nas mulheres heterossexuais, a inexistência de rastreio dificulta o diagnóstico e terapêutica essenciais na prevenção das consequências tardias desta infeção.

O Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças recomenda que os estados-membros tenham

²⁵ [Online]. Available: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/screening-recommendations.htm>.

²⁶ US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, Donahue KE, Doubeni CA, Krist AH, Kubik M, Li L, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Stevermer J, Tseng CW, Wong JB., “Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.” JAMA, 2021.

uma estratégia de prevenção e controlo da IST por *Chlamydia trachomatis*.²⁷

Portugal não tem ainda uma estratégia implementada²⁸ e não é possível realizar o rastreio de *Chlamydia trachomatis* ao nível dos CSP, pelo facto do exame não estar disponível na tabela de meios complementares de diagnóstico e terapêutica convencionados, sendo apenas possível realizar o rastreio de gonorreia (código 1204 - Exsudado endocervical - pesquisa de *Neisseria gonorrhoeae*, exame cultural, identificação e TSA).²⁹

Em 2021, foram realizadas nos CSP 31 881 262 consultas a 4 446 786 mulheres. Na faixa etária dos 10 aos 24 anos, foram realizadas 2 494 544 consultas a 603 023 utentes do sexo feminino.³⁰ Assim, não incluir os CSP no diagnóstico das IST é ignorar um recurso valioso em termos de necessidade de dados face à grande acessibilidade e proximidade junto da população.

Propostas

- Desenvolver uma estratégia nacional para a sua prevenção e controlo das IST, em que, tanto os hospitais como os CSP, sejam aliados e tenham acesso a recursos para o diagnóstico e tratamento.

1.d) Saúde materna e apoio à maternidade

Fundamentação

A melhoria de indicadores de morbilidade e mortalidade materna em Portugal são espelho da aposta em políticas de saúde na proteção da mulher grávida.³¹ Contudo, persistem ainda desigualdades.

O Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da Direção-Geral da Saúde³² refere, relativamente ao rastreio do 1.º trimestre, que “sempre que possível, deve ser realizada em combinação com a determinação da fração livre da gonadotrofina coriónica humana (β -hCG) e da proteína plasmática associada à gravidez (PAPP-A).” No SNS as gravidezes de baixo risco são seguidas nos CSP. Alguns centros de saúde têm protocolos com instituições hospitalares para as quais referenciam as mulheres grávidas, onde estas realizam o rastreio combinado do 1.º trimestre. Contudo, tais protocolos não são generalizados e em várias regiões do país existe uma barreira à igualdade de acesso pelo facto da análise (PAPP-A) não ser comparticipada,³³ limitando a possibilidade de as mulheres realizarem o rastreio.

Para além do rastreio combinado do 1.º trimestre, o estudo da patologia malformativa do feto requer ecografias de qualidade (principalmente a do 2.º trimestre ou morfológica), realizadas em centros certificados e no âmbito do SNS. A escassez de centros certificados que trabalhem para o SNS aumenta a desigualdade na qualidade da vigilância da gravidez.

É essencial investir e apoiar a maternidade em Portugal. Portugal tem um dos mais baixos níveis de fecundidade da Europa e do mundo.³⁴ As mulheres portuguesas são mães cada vez mais tarde e, desde a década de 80, a idade média quando do nascimento do primeiro filho tem vindo a aumentar, estando agora nos 30,7 anos.³⁵ As barreiras económicas e laborais são as mais referidas como fator importante. Os custos financeiros associados às crianças, a dificuldade em conseguir um emprego, a dificuldade de conciliar a vida familiar com a vida profissional e os problemas e complicações associados à educação das crianças são referidos como fatores importantes³⁶. Importa referir que, em 2021, 12,7% das crianças que nasceram em Portugal tinham as mães desempregadas. No mesmo ano, cerca de 12% dos agregados domésticos privados em Portugal era constituído por famílias monoparentais e destas 81,9% são famílias monoparentais constituídas por mães.^{37,38} De realçar que a diferença salarial entre homens e mulheres

²⁷ ECDC, “Guidance on chlamydia control in Europe -2015,” ECD, Stockholm, 2016.

²⁸ ECDC, “Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections,” ECDC, Stockholm, 2019.

²⁹ ACSS, “MCDT Convencionados - tabela única (1 de março de 2022),” [Online]. Available : <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/03/tabelas-meios-complementares-de-diagnostico-e-terapeutica/>. [Accessed 21 Maio 2022].

³⁰ BI-CSP. [Online]. Available: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>. [Accessed 22 Maio 2022].

³¹ OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, “Meio Caminho Andado,” Relatório de Primavera, 2018.

³² Direção-Geral da Saúde, “Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco,” 2015

³³ ACSS, “MCDT Convencionados - tabela única (1 de março de 2022),” [Online]. Available: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/03/tabelas-meios-complementares-de-diagnostico-e-terapeutica/>. [Accessed 21 maio 2022]

³⁴ PORDATA, “Taxa de fecundidade geral,” [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+fecundidade+geral-1610>. [Accessed 21 maio 2022].

³⁵ PORDATA, “Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho,” [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805>. [Accessed 21 maio 2022].

³⁶ Fundação Francisco Manuel dos Santos, “Nascer em Portugal,” [Online]. Available: <https://nasceremportugal.ffms.pt/>. [Accessed 21 maio 2022].

³⁷ PORDATA, “Agregados domésticos privados: total e por tipo de composição,” [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/Portugal/Agregados+dom%C3%A9sticos+privados+total+e+por+tipo+de+composi%C3%A7%C3%A3o-19>. [Accessed 21 maio 2022]

³⁸ PORDATA, “Famílias clássicas monoparentais do sexo feminino (%),” [Online]. Available: [https://www.pordata.pt/Portugal/.Fam%C3%ADlias+cl%C3%A1ssicas+monoparentais+do+sexo+feminino+\(percentagem\)-532](https://www.pordata.pt/Portugal/.Fam%C3%ADlias+cl%C3%A1ssicas+monoparentais+do+sexo+feminino+(percentagem)-532). [Accessed 21 Maio 2022].

continua a agravar-se. Em 2019, a diferença remuneratória entre homens e mulheres correspondia a 52 dias de trabalho, pago aos homens, não pago às mulheres. Apesar da Lei n.º 60/2018 de 21 de agosto que aprovou medidas de promoção da igualdade remuneratória entre mulheres e homens por trabalho igual ou de igual valor, a assimetria salarial agravou-se de 2019 para 2020, tendo aumentado de 8,9% para 11,4%.^{39,40}

Propostas

- Garantir condições para a aplicação e igualdade de acesso ao preconizado no Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS.
- Criar condições salariais e profissionais para as mulheres poderem viver os seus projetos de vida, incluindo maternidade, com dignidade.

2. Saúde Mental

Fundamentação

A inclusão de uma perspetiva de sexo e género nas políticas de saúde obriga à integração da saúde mental, uma das áreas mais transversais da saúde, dado que as mulheres biologicamente são mais afetadas e estão mais frequentemente sujeitas a determinantes socioeconómicos que levam a sofrimento psicossocial e a doenças mentais.

São, pois, essenciais as definições de “saúde da mulher” que incorporem a saúde mental e física, sabendo que, para além dos fatores biológicos e reprodutivos, o seu bem-estar é determinado pelos efeitos da dificuldade de conciliação trabalho-família, menor rendimento no emprego e outros fatores.

Em Portugal, a prevalência anual das perturbações psiquiátricas é muito elevada (22,9%)⁴¹, sendo que é a segunda mais alta a nível europeu, com um valor quase igual à da Irlanda do Norte, que ocupa o primeiro lugar de acordo com o estudo acima citado. As diferenças de sexo e género, também resultantes da exposição a riscos específicos para a saúde mental, ocorrem principalmente nas taxas de perturbações mentais comuns, nomeadamente depressão e ansiedade, predominantes nas mulheres. Estas apresentam um risco maior que os homens de sofrer de perturbações depressivas e perturbações de ansiedade, enquanto os homens têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações do controlo dos impulsos e de perturbações pelo abuso de substâncias.^{41,42} De realçar que a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD), após violência de género, torna as mulheres o maior grupo de pessoas afetadas por esta patologia.⁴³

Também de realçar que há uma comorbilidade elevada de patologia psiquiátrica e outros problemas de saúde.⁴⁴

Perturbações específicas de sexo e género ao longo do ciclo de vida

Nas adolescentes, jovens e nas mulheres em geral, a depressão tem o dobro da prevalência comparativamente aos homens. Durante a adolescência, problemas com o peso, com amigos, *bullying* prolongado, dificuldades académicas, testemunho ou experiência de atos de violência física, psicológica ou de abuso sexual, podem contribuir para o desenvolvimento de depressão.⁴⁵ As mulheres têm mais tentativas de suicídio, embora os homens se suicidem mais.⁴⁶ Também a ansiedade generalizada e a perturbação de pânico têm o dobro da prevalência comparativamente aos homens.

As perturbações do comportamento alimentar⁴⁷ são mais comuns em adolescentes e mulheres jovens. Os padrões de beleza rígidos e irrealistas, os media e as redes sociais, além de fatores genéticos e neurobiológicos, contribuem para a maior prevalência nas mulheres.

³⁹ EUROSTAT, “Gender pay gap in the EU,” [Online]. Available: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20220307-2>.

⁴⁰ XXII Governo - República Portuguesa, “Dia Nacional da Igualdade Salarial,” [Online]. Available: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/comunicacao/noticia?i=dia-nacional-da-igualdade-salarial>.

⁴¹ Caldas de Almeida J, Xavier M et al. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013.

⁴² Conselho Nacional de Saúde. Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa: CNS, 2019

⁴³ Albuquerque A. PTSD Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. ACTA MÉDICA PORTUGUESA 2003; 16: 309-320

⁴⁴ Homann D, Stefanello JMF, Góes SM et al. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2012;52(3):319-330

⁴⁵ Lieb R, Pfister H, Mastaler M et al. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments Acta Psychiatr Scand 2000; 101: 194-208

⁴⁶ Gusmão R, Ramalheira C, Conceição V et al. Suicide time-series structural change analysis in Portugal (1913-2018): Impact of register bias on suicide trends, Journal of Affective Disorders, Volume 291, 2021, Pages 65-75, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.048>

⁴⁷ Gonçalves S. F, Machado B. C., Machado P. P. O papel dos factores socioculturais no desenvolvimento das perturbações do comportamento alimentar: uma revisão da literatura. Psicologia, Saúde e Doenças [Internet]. 2011;12(2):280-297. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36222527009>

As perturbações relacionadas com a reprodução⁴⁸, inerentes à mulher, incluem Síndrome Pré-menstrual (PMS); Perturbação Disfórica Pré-menstrual (PMDD)⁴⁹; Depressão Pós-parto⁵⁰; Psicose Pós-parto⁵¹; alterações psiquiátricas na Menopausa. Perturbações depressivas, de ansiedade e outras podem ocorrer devido a fatores genéticos, bioquímicos e decorrentes de flutuações hormonais, exclusivamente nas mulheres.

A prevalência da perturbação bipolar é equivalente em ambos os sexos, contudo a Bipolar tipo II é mais frequente nas mulheres. Se uma mulher tem uma doença bipolar tem maior probabilidade de ter uma depressão grave pós-parto e uma psicose pós-parto.

A Doença de Alzheimer é a forma mais comum de demência e cerca de 2/3 acontece em mulheres. Também a maior esperança de vida nas mulheres pode ser um fator predisponente.

A Organização Mundial de Saúde reporta que existe um *treatment GAP*, ou seja, mais de metade dos doentes com critérios para uma doença psiquiátrica não são identificados como tal e não recebem tratamento.

Dados internacionais⁵² indicam que 53% das mulheres que têm problemas de saúde mental experienciaram abuso. Das mulheres que sofreram violência física e sexual, seja na infância e adolescência, seja na idade adulta, 16% desenvolvem Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, 22% praticam autolesões e cerca de 36% tentam o suicídio.

Três quartos (75%) dos problemas de saúde mental iniciam-se antes dos 24 anos, sendo as mulheres jovens um grupo de elevado risco para uma má saúde mental (*mental ill health*).

Propostas

- Contemplar a saúde humana, incluindo a saúde mental, em todas as políticas intersetoriais, numa perspetiva de Saúde Pública e de Saúde em Todas As Políticas (SeTP), visando o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis que priorizem os determinantes da saúde e saúde mental, com ênfase nos grupos de risco e mais vulneráveis.
- Implementar políticas públicas com base numa abordagem multinível e multisetorial, visando a redução de desigualdades em saúde, com promoção da saúde mental, prevenção da doença mental, acesso ao tratamento, reabilitação e integração na comunidade, também como forma de combate à exclusão.
- Promover um maior envolvimento da academia e das sociedades científicas, viradas para a formação, investigação e *advocacy*, na defesa dos interesses de género no que se refere a políticas, planos e boas práticas baseadas na evidência, bem como para informar os decisores políticos, em prol da saúde, incluindo a saúde mental.
- Assegurar uma abordagem em termos de género, permitindo às mulheres o acesso a informação sobre saúde e saúde mental, recursos *online*, linhas de apoio que respondam às suas necessidades onde e quando necessitarem, com inclusão de linhas de apoio nos CSP e nos serviços hospitalares.
- Garantir medidas dirigidas às mulheres no acesso a respostas de saúde, saúde mental e bem-estar, procurando minimizar iniquidades que foram exacerbadas pela COVID-19^{53,54}, tal como o acesso digital.
- Criar uma plataforma digital que agregue informação sobre literacia em saúde e saúde mental, e sobre os apoios disponíveis, a partir de fontes fidedignas.
- Fomentar a intervenção remota em saúde e saúde mental, através de teleconsultas ou linhas telefónicas para os grupos vulneráveis da população geral e que não se possam deslocar aos Serviços, assim como, aumentar as respostas domiciliárias (visitas domiciliárias, hospitalização domiciliária, intervenção na crise, entre outras).

⁴⁸ World Health Organization, Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature. 2009

⁴⁹ Pessoa AR. Relação entre Perturbação Disfórica Pré-Menstrual e Depressão Perinatal: Revisão Sistemática; 2021; Dissertação Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra

⁵⁰ Gressier F, Letranchant A, Cazas O et al. Post-partum depressive symptoms and medically assisted conception: a systematic review and meta-analysis; Human Reproduction, Vol.30, No.11 pp. 2575-2586, 2015

⁵¹ Santos V. Psicose Pós-Parto; 2020; Dissertação Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade da Beira Interior

⁵² Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005 Jul;62(7):768. Merikangas, Kathleen R [added]. PMID: 15939837.

⁵³ Almeida T, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19 [SM -COVID19]: Relatório final. Lisboa: INSA, ISAMB, SPPSM; 2020.

⁵⁴ Almeida T, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. Saúde mental em tempos de pandemia COVID-19 [SM-COVID19]: Policy Brief. Lisboa: INSA, ISAMB, SPPSM; 2020.

- Dinamizar a monitorização epidemiológica da saúde e saúde mental da população melhorando os inquéritos e outros dispositivos já existentes.
- Promover a saúde, a saúde mental e o bem-estar psicossocial de grupos-alvo, em particular, de pessoas com doença crónica incapacitante ou determinante de menor autonomia procurando soluções para mitigar os efeitos físicos e psicológicos negativos.
- Criar novos modelos de financiamento e de organização de serviços de saúde mental, tais como, o alargamento dos modelos das unidades de saúde familiar, que são pagas por performance num conjunto de indicadores; a criação de CRI – Centros de Responsabilidade Integrada nos serviços de saúde mental, de acordo com o Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro.
- Fomentar a interoperabilidade entre o público, o privado e o setor social para otimização das respostas em saúde e saúde mental, diminuição de redundâncias e, simultaneamente, privilegiar a continuidade de cuidados.
- Identificar fatores de risco e fatores protetores da saúde mental das mulheres (e.g., adequada conciliação trabalho-família; rede de suporte social), e aplicar medidas de redução do estigma associado à doença mental.
- Fomentar uma estratégia de comunicação e informação adequada às populações e aos decisores, baseada na melhor evidência científica disponível e em dados nacionais fiáveis numa visão da mulher e da sociedade, biopsicossocial.

3. Doenças cardiovasculares

Fundamentação

Na Europa, as doenças do aparelho circulatório (doenças cardíacas e cerebrovasculares) são a principal causa de morte, representando 46% nas mulheres e 38% nos homens.⁵⁵ Apesar de, comparativamente com o restante panorama mundial, a prevalência e mortalidade por doenças cardiovasculares em Portugal nas mulheres ser mais baixa, estas continuam a ser o principal motivo de preocupação.⁵⁶

Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório representavam 30% de todas as causas de morte em 2018. No entanto, regista-se uma tendência claramente decrescente nas últimas décadas, fruto da prevenção e da melhoria dos cuidados de saúde na área cardiovascular (Fonte: Instituto Nacional Estatística). Contudo, quando analisamos com mais detalhe as diferenças por sexos, os dados mostram que nas mulheres as doenças do aparelho circulatório representam 33% de todas as mortes, enquanto nos homens, as doenças oncológicas são já a principal causa de morte, representando as doenças do aparelho circulatório apenas 21%. Importa também salientar o importante peso que as doenças cerebrovasculares têm nas mulheres. A evolução populacional nos próximos anos / décadas indica um aumento da média etária, bem como um predomínio feminino, o que irá condicionar uma sobrecarga adicional nos serviços de saúde, em particular na área cardiovascular. Efetivamente, ao longo do seu ciclo de vida, existem para além das patologias cardíacas habituais, algumas outras com mais expressão nas mulheres e outras exclusivas das mulheres. Alguns exemplos são a miocardiopatia periparto, a isquemia miocárdica sem doença coronária epicárdica significativa (INOCA e MINOCA – traduzindo doença da microcirculação coronária), a síndrome de Takotsubo e a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada.⁵⁷

A desvantagem feminina cardiovascular

A desvantagem feminina cardiovascular assenta em três pilares: a própria mulher, os profissionais de saúde e o papel dos fatores de risco.⁵⁸ Relativamente à mulher, foi demonstrado que estas desvalorizam habitualmente o risco cardiovascular. A perceção que têm do seu próprio risco é subvalorizado, independentemente do tipo de fator de risco que apresentam e mesmo da presença ou não de doença cardíaca.^{59,60} No que concerne aos profissionais de saúde, estes também abordam pouco e explicam menos

⁵⁵ Timmis A, Vardas P, Townsend N, et al. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *European Heart Journal* 2022; 43: 716–799.

⁵⁶ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁵⁷ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁵⁸ Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:1165. doi: 10.3390/ijerph16071165.

⁵⁹ Leifheit-Limson EC, D’Onofrio G, Daneshvar M, et al. Sex Differences in Cardiac Risk Factors, Perceived Risk, and Health Care Provider Discussion of Risk and Risk Modification Among Young Patients With Acute Myocardial Infarction: The VIRGO Study. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1949-1957.

⁶⁰ Cushman M, Shay CM, Howard VJ, et al. Ten-Year Differences in Women’s Awareness Related to Coronary Heart Disease: Results of the 2019 American Heart Association National Survey: A Special Report From the American Heart Association. *Circulation* 2021; 143:e239-e248. doi: 10.1161/CIR.0000000000000907.

vezes às mulheres o seu risco cardiovascular e também são menos ativos no início de tratamentos específicos.⁶¹ Por exemplo, o tratamento da dislipidemia em prevenção primária e secundária é menos vezes iniciado em mulheres comparativamente com homens.⁶² Vários outros estudos demonstram também que as mulheres recebem cuidados médicos de forma mais insuficiente e ineficaz. Além disso, dados nacionais mostram claramente que as mulheres com enfarte do miocárdio são tratadas mais tardiamente do que os homens, recebem menos terapêuticas modificadoras do prognóstico e apresentam uma maior incidência de complicações intra-hospitalares, incluindo morte.⁶³ Isto resulta não apenas do atraso do reconhecimento dos sintomas por parte da mulher, como também pelo menor reconhecimento atempado por parte do profissional de saúde, uma vez que os sintomas são mais frequentemente atípicos.⁶⁴

O terceiro pilar, que é também particularmente relevante, está relacionado com os fatores de risco.⁶⁵ Por um lado, os fatores de risco clássicos, como a diabetes, a hipertensão e o tabaco, apresentam um risco substancialmente mais elevado de desenvolvimento de doença cardíaca na mulher, comparativamente com o homem.^{66,67} Para além dos fatores de risco clássico, existem outros que muitas vezes são pouco debatidos, mas que não só são mais frequentes nas mulheres, como o seu impacto no risco cardiovascular é substancialmente mais elevado nas mulheres.^{68,69,70} Tratam-se de fatores socioeconómicos e psicossociais. Finalmente, é importante referir os fatores que são exclusivos das mulheres.⁷¹ Por um lado, as situações relacionadas com a gravidez, como por exemplo a hipertensão e a diabetes durante a gravidez, que podem atingir até cerca de 10% das gravidezes, associado a um risco de reaparecimento destes fatores de risco após a gravidez e também maior risco de eventos cardiovasculares.⁷² As mulheres com doença cardiovascular estabelecida necessitam também de um acompanhamento específico cardiológico durante a gravidez pelas situações de alto risco relacionadas com a mulher mas também com o feto. Os abortos espontâneos estão também associados a doença cardiovascular, até porque partilham alguns fatores de risco, como o tabaco, a obesidade e o álcool.⁷³ Igualmente os partos prematuros têm uma clara associação com risco cardiovascular.⁷⁴ Temos também outras doenças do foro ginecológico, como a síndrome do ovário poliquístico e a endometriose, associadas ao aparecimento de fatores de risco cardiovasculares e à ocorrência de eventos cardiovasculares.^{75,76}

Finalmente, e muito relevante, a importante fase do ciclo de vida da mulher, que é a menopausa. Nesta fase, a redução drástica da produção de estrogénios, que na mulher têm várias ações cardioprotetoras, condiciona um conjunto de alterações importantes. Por um lado, é clara a relação entre o início da menopausa e o aumento dos níveis de colesterol (sobretudo o mau colesterol), mas também um aumento da obesidade central e desenvolvimento de resistência à insulina, aumento dos parâmetros inflamatórios e mesmo a depressão e ansiedade.^{77,78} A menopausa precoce (ou insuficiência ovárica prematura), associa-se claramente

⁶¹ Leifheit-Limson EC, D’Onofrio G, Daneshvar M, et al. Sex Differences in Cardiac Risk Factors, Perceived Risk, and Health Care Provider Discussion of Risk and Risk Modification Among Young Patients With Acute Myocardial Infarction: The VIRGO Study. *J Am Coll Cardiol* 2015; 66: 1949-1957.

⁶² Nanna MG, Wang TY, Xiang Q, et al. Sex Differences in the Use of Statins in Community Practice. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2019; 12:e005562. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005562.

⁶³ Roque D, Ferreira J, Monteiro S, et al. Understanding a woman’s heart: Lessons from 14 177 women with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol* 2020; 39:57-72.

⁶⁴ Roque D, Ferreira J, Monteiro S, et al. Understanding a woman’s heart: Lessons from 14 177 women with acute coronary syndrome. *Rev Port Cardiol* 2020; 39:57-72.

⁶⁵ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁶⁶ Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:1165. doi: 10.3390/ijerph16071165.

⁶⁷ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364:937-52.

⁶⁸ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁶⁹ Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:1165. doi: 10.3390/ijerph16071165.

⁷⁰ Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364:937-52.

⁷¹ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁷² Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁷³ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁷⁴ Tanz LJ, Stuart JJ, Williams PL, et al. Preterm Delivery and Maternal Cardiovascular Disease in Young and Middle-Aged Adult Women – Nurses Health Study II. *Circulation* 2017; 135: 578-589.

⁷⁵ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁷⁶ Marchandot B, Curtiaud A, Matsushita K, et al. Endometriosis and cardiovascular disease. *Eur Heart J Open* 2022;2: oeac001. doi.org/10.1093/ehjopen/oeac001.

⁷⁷ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁷⁸ Matthews KA, Crawford SL, Chae CU, et al. Are changes in cardiovascular disease risk factors in midlife women due to chronological aging or to the menopausal transition? *J Am Coll Cardiol* 2009; 54: 2366-73.

a um aumento de 3% do risco cardiovascular por cada ano de precocidade.^{79,80} A terapêutica hormonal de substituição que tão controversa tem sido nos últimos 20 anos, após a publicação dos resultados do *Women's Health Initiative Study*, que mostrou um risco aumentado de eventos cardiovasculares nas mulheres sob esta terapêutica, tem sido desde então objeto de muitos estudos e, presentemente, está mesmo demonstrado que pode ser iniciado, se indicado, nos primeiros 10 anos após a menopausa, conseguindo-se mesmo redução de risco cardiovascular.⁸¹ Devem ser, contudo, utilizadas formulações adaptadas. É importante também reforçar que a terapêutica hormonal de substituição está contraindicada em doentes com risco cardiovascular elevado ou que já tiveram um evento cardiovascular.⁸²

Outro aspeto relevante é a cardiotoxicidade relacionada com tratamentos oncológicos. Quer a quimioterapia quer a radioterapia torácica estão associadas ao desenvolvimento de doença cardíaca por cardiotoxicidade, quer no homem quer na mulher. Contudo, algumas neoplasias praticamente exclusivas da mulher são particularmente relevantes. É o caso, por exemplo, do cancro da mama, uma vez que os esquemas de quimioterapia utilizados contêm habitualmente antraciclinas e fármacos anti-HER2, ambos com efeitos deletérios muito relevantes sobre o coração. Também a radioterapia, administrada em localização muito próxima do coração, pode condicionar o desenvolvimento de doença cardíaca. Por isto, no tratamento do cancro da mama, ou em outros tratamentos de situações oncológicas com recurso a fármacos potencialmente cardiotoxícos, é fundamental uma vigilância cardiológica regular e esta deve-se estender a muito longo prazo, uma vez que estas alterações cardíacas podem vir a surgir muitos anos após o tratamento.

Para finalizar, é também relevante salientar que as mulheres estão claramente sub-representadas na maioria dos ensaios clínicos na área cardiovascular. Um estudo analisou esse tópico, avaliando 740 ensaios clínicos, nos quais, apenas 38% dos participantes eram mulheres.⁸³ Isto é particularmente relevante porque a evidência dos benefícios das várias intervenções terapêuticas é consubstanciada com um menor ou insuficiente poder estatístico. A comissão do Lancet sugere várias medidas para colmatar este problema, visando a mitigação desta dificuldade.⁸⁴

Em resumo, uma em cada três mulheres em Portugal e no mundo morrem por doenças do aparelho circulatório. Esta desvantagem feminina advém de fatores associados à própria mulher, aos profissionais de saúde e a fatores de risco específicos das mulheres. No que diz respeito às doenças cardiovasculares, as mulheres são subestudadas, subreconhecidas, subdiagnosticadas, subtratadas e subrepresentadas nos ensaios clínicos.

Propostas

- Aumentar a literacia das mulheres para a importância do risco cardiovascular, do elevado risco a que estão expostas e para a correta identificação dos sintomas e sinais de alarme. Através de campanhas nacionais de literacia promovidas junto da população e também por um papel ativo dos profissionais de saúde no esclarecimento das mulheres nas suas consultas. A autovigilância de fatores de risco, como a hipertensão arterial, deverá ser promovida junto das mulheres, bem como promoção de estilos de vida saudáveis.
- Aumentar a *awareness* dos profissionais de saúde para um correto diagnóstico e tratamento atempado e correto das mulheres, bem como do mau prognóstico das várias patologias nas mulheres. É importante formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde nesta área.
- Promover a pesquisa sistemática das situações de foro ginecológico que estão associadas a risco cardiovascular em todas as consultas médicas onde as mulheres recorrem com maior frequência (ex. Medicina Geral e Familiar e Ginecologia, em mulheres mais jovens e saudáveis).
- Implementar medidas que permitam melhorar a inclusão de mulheres em ensaios clínicos: maior envolvimento das mulheres como investigadoras, criar critérios de inclusão reforçados para as mulheres, remover as barreiras de acesso das mulheres aos estudos e proceder ao recrutamento

⁷⁹ Vogel B, Acevedo M, Appelman Y, et al. The Lancet women and cardiovascular diseases commission – reducing the global burden by 2030. *Lancet* 2021; 397:2385-2438.

⁸⁰ Zhu D, Chung HF, Dobson AJ, et al. Age at natural menopause and risk of incident cardiovascular disease: a pooled analysis of individual patient data. *Lancet Public Health* 2019; 4: e553-64. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30155-0.

⁸¹ Salpeter SR, Walsh J, Greyber E, Salpeter E. Coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 363-6.

⁸² Maas A, Rosano G, Cifkova R, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur Heart J* 2021; 42: 967-984

⁸³ Jin X, Chandramouli C, Allocco B, et al. Women's Participation in Cardiovascular Clinical Trials From 2010 to 2017. *Circulation* 2020; 141: 540-548.

⁸⁴ Salpeter SR, Walsh J, Greyber E, Salpeter E. Coronary heart disease events associated with hormone therapy in younger and older women. A meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 363-6.⁵⁶ Woodward M. Cardiovascular Disease and the Female Disadvantage. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16:1165. doi: 10.3390/ijerph16071165.

em locais particularmente frequentados por mulheres.

- Criar um registo clínico nacional obrigatório dedicado às doenças cardiovasculares (à semelhança do já existente para as doenças oncológicas) com o objetivo de conseguir obter um conhecimento mais rigoroso, detalhado e fiável sobre o panorama nacional das doenças cardiovasculares.

4. Doenças oncológicas

Fundamentação

Existem aspetos específicos da mulher que determinam diferenças entre os géneros, também quando avaliamos o impacto das doenças oncológicas na saúde das populações. Desde logo, de entre os 10 cancros mais frequentes nas mulheres portuguesas, destacam-se: cancro da mama (101,2/100,000), do endométrio (10,9/100,000), do colo do útero (7,8/100,000) e do ovário (5,1/100,000), taxas de incidência padronizadas segundo dados do Registo Oncológico Nacional de 2018.⁸⁵

Sendo duas destas doenças rastreáveis – cancro da mama e do colo do útero –, conseguimos identificar aspetos a melhorar em todo o processo de doença, desde a deteção de lesões precursoras, através do rastreio primário, passando pelo diagnóstico de doença invasora até ao seu tratamento e seguimento.

Prevenção da doença

Portugal tem investido na prevenção das doenças oncológicas, incluindo rastreios organizados de base populacional e rastreios oportunistas, contudo com assimetrias regionais.

Estas assimetrias condicionam diferenças significativas nas taxas de participação e, conseqüentemente, nos *outcomes* do rastreio. Nesse sentido, seria importante analisar e saber com mais exatidão qual o nível de adesão das populações aos rastreios, bem como avaliar os rastreios realizados com métricas internacionais como o “*Time to treatment*”, também chamado tempo de progressão, ou seja, o período de tempo desde a data do diagnóstico até ao início do tratamento.

Quanto ao rastreio de base populacional do cancro do colo do útero, este apresenta uma taxa de cobertura geográfica nacional de 100%, embora em 2019 a cobertura populacional não tenha sido superior a 45%. É necessário reforçar a cobertura populacional e apostar na harmonização da periodicidade e idades de rastreio.⁸⁶

Por outro lado, para outros rastreios, a existência de um modelo integrado de saúde permitiria que, na identificação de alterações, os casos fossem referenciados automaticamente para os centros oncológicos e que o médico de família, se tivesse dúvidas, por exemplo por uma alteração na citologia cérvico-vaginal, pudesse discutir o caso em teleconferência com o ginecologista do hospital da sua área de referência. Desta forma, seria possível sinalizar os casos considerados prioritários e poupar-se-iam as consultas hospitalares nas situações que possam ser bem orientadas a partir dos Cuidados de Saúde Primários. Outra evolução favorável e desejável relativamente aos rastreios prende-se com a sua personalização, alargando as populações de risco para além das faixas etárias abrangidas. Um dos exemplos simples desta situação é a mulher com história familiar de cancro da mama que sabe ser portadora de uma mutação genética que lhe confere maior risco e que, por isso, terá de iniciar a sua vigilância radiológica mamária de forma mais precoce. Atualmente, as consultas hospitalares de risco familiar onde estas doentes são habitualmente seguidas não conseguem dar resposta a todos estes indivíduos saudáveis, pelo que a colaboração com os centros de saúde, após um plano de seguimento que seria definido em rede, seria o desejável. Para o efeito, os centros de saúde teriam de passar a ter permissão para requisitar para estes casos específicos, por exemplo, ressonâncias magnéticas mamárias, o que atualmente estão completamente impossibilitados de fazer.

Mulheres sem tempo para a prevenção

Para além das dificuldades do sistema, as condicionantes sociais da mulher podem levar a que lhe seja retirado algo tão fundamental como o ter tempo para a prevenção da sua saúde. A participação da mulher na sociedade é mais exigente, por ser cuidadora, mãe e trabalhadora. Ainda é o pilar da família, o que lhe retira algo que é fundamental: o tempo para a prevenção. Sem esse tempo, é mais difícil convencer as mulheres a aderirem aos programas de rastreio ou mesmo a participarem em algumas campanhas de prevenção. Exemplo disso é o rastreio do cancro da mama com uma participação média reduzida, o

⁸⁵ RON 2018, acedido em <https://ron.min-saude.pt/pt/biblioteca/publicacoes-ron/ron-2018/>; a 19/jun/2022.

⁸⁶ Relatório da DGS - O que mais podemos fazer pelos doentes? - José Dinis Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, acedido em https://www.apifarma.pt/wp-content/uploads/2021/03/Final-Apresentacao-Apifarma-2020_JoseDinis.pdf.

que compromete o objetivo da redução da mortalidade. Denota-se, assim, uma enorme dificuldade em superar este número, que só pode ser explicado pela falta de tempo das mulheres.

Abordagem imagiológica da mama feminina

Ainda na área dos rastreios, mais especificamente no que toca à abordagem imagiológica da mama feminina, salienta-se que a norma da Direção-Geral da Saúde⁸⁷, de 2011, merece ser reavaliada à luz da recente evidência científica que tem vindo a alargar as faixas etárias do rastreio organizado.⁸⁸ Adicionalmente, confunde-se rastreio de base populacional com rastreio personalizado, que deve ser realizado nas faixas etárias não abrangidas pelo rastreio organizado. Na opinião dos especialistas, o rastreio personalizado deve ter início aos 40 anos e a periodicidade ser definida em função de vários fatores, como o padrão de densidade ou a história pessoal e familiar, sendo uma decisão partilhada entre a utente e o seu médico assistente; o mesmo deverá acontecer no grupo acima dos 75 anos, com um rastreio personalizado, dependendo das comorbilidades e da esperança média de vida.

Por outro lado, algumas sociedades recomendam que para os padrões mamários de alta densidade (cerca 8% a 10% das mulheres) a realização complementar de ecografia ou ressonância magnética⁸⁹.

Apesar de a tomossíntese de rastreio ser um avanço importante na área da mamografia (uma vez que as suas alterações podem implicar a necessidade de estudos complementares) e, como já referido, a avaliação da densidade mamária ser uma variável obrigatória em muitos países, em Portugal esta ainda não está implementada.

De não menor importância, evidencia-se que a diretiva europeia sobre proteção radiológica dos utentes e dos profissionais, controlo de qualidade dos equipamentos e informação sobre benefícios e riscos dos vários procedimentos radiológicos, de 2018, não está ainda em vigor. Com efeito, o Decreto-Lei n.º 108/2018, de 3 de Dezembro⁹⁰ estabelece o regime jurídico da proteção radiológica, bem como as atribuições da autoridade competente e da autoridade inspetiva para a proteção radiológica, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva 2013/59/Euratom, do Conselho, de 5 de dezembro de 2013⁹¹, que fixa as normas de segurança de base relativas à proteção contra os perigos resultantes da exposição a radiações ionizantes. Contudo, até ao momento, estas medidas não terão sido aplicadas em todos os locais na prática.

Literacia e tempos de espera em cancro da mama

A literacia das mulheres com cancro da mama quanto à possibilidade da preservação da fertilidade e de realizarem estudo hereditário do cancro é outro dos assuntos prementes na área da Oncologia. Segundo um inquérito⁹², intitulado “Impacto Económico e Psicossocial do Cancro da Mama em Portugal”, realizado pela Liga Portuguesa Contra o Cancro, uma percentagem consideravelmente elevada de mulheres (12,5%) não foi informada sobre a possibilidade de preservação da fertilidade. No mesmo inquérito, 44% da amostra fez o estudo hereditário do cancro, mas 11% não foi informada acerca desta opção. Recorde-se que o estudo hereditário do cancro pode ajudar a prevenir o cancro da mama ou a detetá-lo precocemente, numa fase em que as probabilidades de sucesso do tratamento são mais elevadas.

Ainda no mesmo trabalho é revelado que os tempos de espera para juntas médicas continuam longos. Dos inquiridos que estão à espera de uma junta médica – cerca de 30% da amostra –, as reavaliações parecem ter tempos de espera mais longos em comparação com as primeiras avaliações. Ainda assim, 27% dos indivíduos que aguardam a 1.ª avaliação estão à espera há pelo menos um ano. De não menor importância são os tempos de espera para cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que tiveram cancro de mama, que devem ser encurtados de forma a promover uma recuperação física e mental o mais rápida possível.

Acesso às tecnologias de saúde e equidade da sua distribuição, onde se incluem os fármacos inovadores

Quando refletimos sobre o acesso aos melhores cuidados oncológicos, os Centros de Referência são protagonistas. Com efeito, são estes os responsáveis pelo correto diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento destas doentes. Em Portugal, a portaria de 2016⁹³ criou os Centros de Referência para

⁸⁷ https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2021/11/Norma_DGS_n_051_2011_de_27_12_2011.pdf.

⁸⁸ <http://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/ecibc/european-breast-cancer-guidelines>; <https://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/breast-cancer-screening-guidelines-508.pdf>.

⁸⁹ <https://www.cdc.gov/cancer/breast/pdf/breast-cancer-screening-guidelines-508.pdf>.

⁹⁰ <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/108-2018-117202785>.

⁹¹ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0059>.

⁹² <https://www.ligacontracancro.pt/impactocamama/>.

⁹³ <https://dre.pt/home/-/dre/74967223/details/maximized>.

alguns tipos de cancro, contudo, deixou de fora outros tumores, como os da mama, do endométrio, do colo do útero e do ovário.

A certificação das unidades de mama que diagnosticam e tratam o cancro da mama em Portugal é outro problema encontrado, pois a maioria destas unidades não está certificada, desde logo porque não dispõem de um registo apropriado. Atualmente, no SNS, apenas um hospital do SNS possui a certificação europeia da EUSOMA. A aplicação destes critérios nos Centros portugueses revela-se, pois, vital como forma de poder auditar os seus resultados e, com isso, promover uma política de saúde de qualidade.

A possibilidade de propor às entidades competentes a criação de Centros de Referência, para além da abertura por sua decisão, também em áreas de tumores raros, mas altamente curáveis, como por exemplo as neoplasias do trofoblasto gestacional que acometem mulheres gestantes, revela-se igualmente essencial.

Outras tecnologias de saúde importantes nos dias de hoje são, por exemplo, as assinaturas genéticas em cancro da mama precoce. Estão descritas em todas as *guidelines* internacionais de tratamento de cancro da mama como fazendo parte da prática clínica.^{94,95} Em situações muito específicas, auxiliam a caracterização do tumor da mama de uma dada doente e poderão poupar a necessidade de realização de quimioterapia, por identificarem uma biologia tumoral mais indolente do que aquela estimada apenas por critérios clínicos clássicos. Algumas destas assinaturas genéticas só estão disponíveis nos EUA⁹⁶. Das que existem em Portugal, uma é realizada de rotina no público, a outra fornecida no privado, sendo que nenhuma delas é comparticipada pelo Estado. Afigura-se ser da maior justiça criar-se uma rede de acesso pública em que, após estabelecidos critérios de consenso, todas as mulheres portuguesas tenham acesso à assinatura genética devendo a mesma ficar concentrada em poucos centros portugueses.

Relativamente ao acesso a fármacos inovadores, recorde-se que a política de introdução do medicamento inovador, após análise favorável pela agência europeia (EMA), exige uma fase inicial em que as companhias farmacêuticas têm de submeter um Programa de Acesso Precoce (PAP) ao Infarmed.⁹⁷ Mas, se o PAP é reprovado, fica comprometido irremediavelmente todo o processo de introdução do medicamento no mercado português, sem possibilidade de recurso. Já os fármacos que se desenvolvem em fase de tratamento curativo (designado adjuvante) são omitidos pela lei portuguesa, considerando apenas aquelas situações em que existe risco iminente de vida. Como nos casos “curativos” estamos a falar de tratamentos, maioritariamente, após uma cirurgia completa, as portuguesas também não têm acesso a eles apesar de, quantas mais conseguirmos curar, menos gastaremos em cuidados de saúde.

Políticas de Saúde

Quanto às principais políticas de saúde, estas devem estabelecer a prevenção do cancro como prioritária e regular, através da definição de normas nacionais:

- A definição de tempos de resposta garantidos para diagnóstico e estadiamento;
- A obrigatoriedade de todos os casos serem discutidos em Consulta de Grupo Multidisciplinar, que deve integrar as especialidades médicas principais (Anatomia Patológica, Imagiologia, Cirurgia/Ginecologia, Oncologia Médica, Radioterapia);
- A definição de tempos de resposta garantidos pelos vários serviços que intervêm no tratamento destes doentes (Radioterapia, Oncologia Médica e Cirurgia).

Por outro lado, deve ser garantida a equidade e celeridade no acesso a tratamentos inovadores – maior celeridade na aprovação/financiamento dos fármacos representa ganhos de sobrevivência, a integração do diagnóstico genético de cancro (quer ao nível do Síndrome Hereditário de Cancro da mama/ovário), quer ao nível da Medicina personalizada/seleção do melhor tratamento em contexto de doença avançada. Deve ser ainda garantido o acesso a cirurgia plástica e reconstrutiva no caso das mulheres sobreviventes de cancro da mama, de forma a possibilitar reconstrução imediata quando indicada ou apoiar na decisão de reconstrução diferida.

⁹⁴ F. Cardoso, et al., Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, SPECIAL ARTICLES| VOLUME 30, ISSUE 8, P1194-1220, AUGUST 01, 2019.

S. Kyriakides. DOI: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>.

⁹⁵ Y.H.Park, et al. Pan-Asian adapted ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of patients with early breast cancer: a KSMO-ESMO initiative endorsed by CSCO, ISMPO, JSMO, MOS, SSO and TOS, Ann Oncol. 2020 Apr;31(4):451-469 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923753420359299>).

⁹⁶ Oncotype DX®, MammaPrint®.

⁹⁷ Infarmed - Lista de novas DCI/ indicações terapêuticas com financiamento público (<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/relatorios-de-avaliacao-de-financiamento-publico>).

Mais investigação, alargando o acesso a ensaios clínicos e a estudos académicos

Na área da Investigação em Oncologia, são inúmeras as possibilidades de melhoramento e crescimento. Há necessidade, como em outras ações, de melhorar a organização do país para otimização de recursos e centralização de estruturas. Se novas agências se formam para tentar projetar o país na Europa, como a recém-criada AICIB, é ao nível mais micro que o apoio continua a não existir.

Sem tempo alocado no SNS para a investigação, tem sido a dedicação dos clínicos e a sua perceção de que a inclusão de doentes em ensaios clínicos constitui a melhor prática de tratamento nas doenças oncológicas avançadas, o que tem permitido a participação em alguns ensaios, ainda assim, em número bastante reduzido. A investigação académica, nomeadamente de translação, abarcando as ciências básicas e a clínica, é também escassa.

Propostas

- Estabelecer a prevenção do cancro como uma prioridade.
- Regular, através da definição de normas transversais a todo o país:
 - A definição de tempos de resposta garantidos para diagnóstico e estadiamento;
 - A obrigatoriedade de todos os casos serem discutidos em Consulta de Grupo Multidisciplinar, que devem contar com as principais especialidades médicas (Anatomia Patológica, Imagiologia, Cirurgia/Ginecologia, Oncologia Médica, Radioterapia);
 - A definição de tempos de resposta garantidos pelos vários serviços que intervêm no tratamento destes doentes (Radioterapia, Oncologia Médica e Cirurgia);
- Garantir equidade e celeridade no:
 - Acesso a tratamentos inovadores. Uma maior celeridade na aprovação/financiamento dos fármacos representa elevados ganhos de sobrevivência;
 - Acesso ao diagnóstico genético de cancro (quer ao nível da Síndrome Hereditário de Cancro da mama/ovário), quer ao nível da medicina personalizada/seleção do melhor tratamento em contexto de doença avançada, dotando os hospitais com os meios para fazer essa vigilância;
 - Acesso a cirurgia plástica e reconstrutiva após cancro da mama, de forma a possibilitar a reconstrução imediata quando indicada ou apoiar na decisão de reconstrução diferida;
 - Diminuir o tempo de espera para juntas médicas.
- Eliminar as assimetrias regionais nos rastreios primários de base populacional.
- Analisar o nível de adesão das populações aos rastreios e avaliar os rastreios com métricas internacionais como o *“Time to treatment”*.
- Agilizar um modelo integrado de saúde de forma a sinalizar os casos rastreados considerados prioritários.
- Adaptar a legislação laboral para que as mulheres não sejam prejudicadas no seu direito de acesso aos programas de rastreio.
- No caso específico da Abordagem Imagiológica da Mama Feminina, a norma da Direção-Geral da Saúde, de 2011 merece ser reavaliada à luz da recente evidência científica que tem vindo a alargar as faixas etárias do rastreio organizado.
- Instituir a tomossíntese de rastreio na área da mamografia como já acontece em muitos países.
- Permitir e agilizar a colaboração dos CSP nas consultas hospitalares de risco familiar.
- Promover a criação e certificação de Centros de Referência na área dos tumores da mulher, nomeadamente a certificação das unidades de mama que diagnosticam e tratam o cancro da mama em Portugal.
- Criar um Programa de Qualidade, com definição de indicadores objetivos com possibilidade de auditoria pública (há já indicadores definidos pela EUSOMA e pela ASCO – Programa COPY) que poderiam ser transpostos para a realidade portuguesa.
- Propor a criação de Centros de Referência em áreas de tumores raros, mas altamente curáveis, como por exemplo as neoplasias do trofoblasto gestacional que acometem mulheres gestantes.
- Criar uma rede de acesso público em que, após estabelecidos critérios de consenso, todas as mulheres portuguesas tivessem acesso à assinatura genética em cancro da mama precoce.

- Apostar mais na investigação em Oncologia, nomeadamente a um nível mais micro.
- Contemplar tempo alocado para a investigação no Sistema Nacional de Saúde.
- Melhorar o acesso à investigação académica, nomeadamente de translação, abarcando as ciências básicas e a clínica, uma área que é atualmente escassa em Portugal.
- Criar novos modelos de financiamento, ajustáveis às novas modalidades de tratamento que privilegiam os tratamentos mais curtos e sempre que possível em regime de ambulatório.
- Garantir a aplicação da diretiva europeia sobre proteção radiológica dos utentes e dos profissionais, controlo de qualidade dos equipamentos e informação sobre benefícios e riscos dos vários procedimentos radiológicos.
- Operacionalizar a obtenção de dados fiáveis, agregados e atempados sobre o cancro para tomar as melhores decisões.

5. Doenças reumáticas e musculoesqueléticas

Fundamentação

Aproximadamente 1,71 biliões de pessoas sofrem de condições reumáticas e musculoesqueléticas, sendo estas doenças as que mais contribuem para a incapacidade crónica em todo o mundo.⁹⁸ Portugal não é exceção já que os números associados a algumas das mais de 150 doenças ou síndromes de natureza reumática são significativos, quer ao nível do número de pessoas afetadas, quer no impacto provocado na economia da saúde pública, representando custos elevados para o Estado.

Dados nacionais mostram que as doenças reumáticas e musculoesqueléticas têm uma prevalência de 53%.⁹⁹ Contudo, a população tem um acesso limitado (70.2%) ou mesmo nenhum (51,8%) acesso a serviços de Reumatologia.¹⁰⁰ A elevada prevalência destas patologias reflete-se no elevado impacto socioeconómico e no SNS: 910 milhões por ano em reformas antecipadas, 204 milhões em absentismo.¹⁰¹ Ou seja, as doenças reumáticas e músculo-esqueléticas (DRM) implicam pior qualidade de vida, maior absentismo, mais gastos e maior utilização de recursos de saúde que a quase totalidade das doenças crónicas.

Absentismo é problema grave

O absentismo nas doenças reumáticas, de acordo com o estudo *Produtividade, Empregabilidade e Saúde Social*, publicado em 2016,¹⁰² é superior a 9 horas semanais. A dor, a rigidez, e a dificuldade na locomoção, levam a que muitos trabalhadores se vejam forçados a ficar vários dias de baixa e, em situações limite, a pedir a reforma antecipada.

Aproximadamente 50% dos doentes reformados, inquiridos no estudo anteriormente referido, admitiram ter sido esse o caso, tendo em conta que este conjunto de doenças afeta mais de metade dos portugueses e que, destes, 87% se vêm limitados no seu trabalho. Adicionalmente, é sabido que o consumo de recursos de saúde nos doentes reumáticos é superior quando comparado com doentes com outras patologias: maior número de internamentos e de necessidade de apoio domiciliário, maior sintomatologia ansiosa e depressiva e com um consumo de fármacos cinco vezes maior do que os doentes sem doenças reumáticas e musculoesqueléticas (2,5 vs. 0,5). Nesse mesmo estudo, as estimativas de despesa individual de saúde eram de cerca de 500 euros por ano nos doentes com DRM e de 250 euros nos indivíduos sem DRM.

Doenças reumáticas são mais frequentes na mulher

As mulheres são, de longe, quem mais sofre com este tipo de patologias. Em Portugal, um estudo epidemiológico, o EpiReumaPt¹⁰³, que teve como objetivo principal determinar a prevalência das doenças reumáticas no nosso país, concluiu que das cerca de 12 doenças registadas em mais de 10.000 pessoas,

⁹⁸ Organização Mundial da Saúde (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>).

⁹⁹ Branco JC, et al., EpiReumaPt study group. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. *RMD Open*. 2016 Jan 19;2(1):e000166. doi: 10.1136/rmdopen-2015-000166. PMID: 26848402; PMCID: PMC4731842.

¹⁰⁰ Sociedade Portuguesa de Reumatologia - GPS Reuma - Garantir e potenciar os serviços de reumatologia (Dados de 2018) <https://www.spreumatologia.pt/gps-reuma/>.

¹⁰¹ Sociedade Portuguesa de Reumatologia - GPS Reuma - Garantir e potenciar os serviços de reumatologia (Dados de 2018) <https://www.spreumatologia.pt/gps-reuma/>.

¹⁰² Portugal Apto para o Trabalho. Doenças Reumáticas: Produtividade, Empregabilidade e Saúde Social. Dezembro 2016. <https://www.dn.pt/DNMultimedia/DOCS+PDFS/estudo%20reumatico.pdf>.

¹⁰³ Reuma.pt (<http://reuma.pt/>).

10 foram mais prevalentes em mulheres. Isto é um facto extremamente relevante e a ser tido em conta pelo grande impacto que tem na mulher e na sociedade em geral.

A artrite reumatoide, por exemplo, atinge quatro vezes mais as mulheres do que os homens; o lúpus eritematoso sistémico atinge nove vezes mais as mulheres, sendo também as mulheres as que mais sofrem com fibromialgia, osteoartrose e osteoporose. Ou seja, durante a sua vida, cerca de 8% das mulheres irão desenvolver uma doença reumática, contra cerca de 5% dos homens. A diferença é devida a fatores genéticos, hormonais, ambientais e outros ainda desconhecidos.

De salientar que estas patologias muito prevalentes aumentam com a idade e que são causa de dor e incapacidade, como é o caso da osteoartrose e das fraturas osteoporóticas. A mulher também sofre com mais frequência de dor crónica, quer associada às patologias já referidas, quer no contexto de fibromialgia.

A título de exemplo, a caracterização dos doentes registados no Reuma.pt em Portugal Continental e Ilhas revela que cerca de 34,8% dos doentes registados no Reuma.pt, em centros portugueses, têm o diagnóstico de artrite reumatoide e a 18,8% foram diagnosticadas espondiloartrites, verificando-se que “69,2% dos doentes são do sexo feminino”.¹⁰⁴

A artrite reumatoide é uma doença articular imunomediada, que surge mais frequentemente entre os 40 e os 50 anos de idade, mas que pode ter início em qualquer idade. As mulheres são frequentemente mais afetadas (quatro mulheres para um homem).¹⁰⁵ Esta é uma doença crónica inflamatória, que se não for tratada de forma adequada pode levar à destruição das articulações, o que ocasiona deformidades e limitações para o trabalho e para as atividades da vida diária.

O lúpus eritematoso sistémico, também uma doença autoimune, afeta predominantemente as mulheres, principalmente em idade fértil, com idade entre os 16 e 49 anos. É uma doença crónica que pode atingir diversos órgãos (coração, pulmões, rins), de forma por vezes silenciosa, variando entre períodos de atividade e de remissão.¹⁰⁶

Outras doenças autoimunes também mais frequentes em mulheres são a miosite (inflamação dos músculos, afetando duas mulheres para cada homem)¹⁰⁷, a esclerose sistémica (é mais comum nas mulheres e ocorre entre os 30 e os 65 anos)¹⁰⁸ e a síndrome de Sjogren (ocorre 10 vezes mais na mulher frequentemente acima dos 45 anos).¹⁰⁹

A polimialgia reumática ocorre também com mais frequência nas mulheres (duas mulheres por cada homem).¹¹⁰ A fibromialgia, caracterizada por dor generalizada e persistente, fadiga, alterações do sono, entre outros sinais e sintomas, também é mais frequente em mulheres.¹¹¹

As doenças degenerativas (por exemplo, osteoartrose das mãos, dos joelhos e da coluna) e as doenças osteometabólicas (por exemplo, osteoporose), são das patologias mais frequentes na população, afetam muito mais o género feminino e têm tendência familiar. Estas patologias aumentam de frequência com a idade e são causa de incapacidade, perda de autonomia e dependência, contribuindo para perda de qualidade de vida, sobretudo em mulheres idosas.

Impacto na vida pessoal, familiar e profissional das mulheres

Pelo seu elevado impacto é cada vez mais importante alertar as populações para as doenças reumáticas, principalmente as mulheres, uma vez que são as mais afetadas. O diagnóstico precoce destas doenças pode evitar muita dor, deformação e incapacidade. Com efeito, estas doenças podem ser muito incapacitantes e deformantes e alterar toda a vida da mulher, desde a sua vida pessoal, a sua decisão de constituir família (muitas são jovens, quando ficam doentes) e a sua vida profissional.

As doenças reumáticas podem dificultar ou complicar uma potencial gravidez, por exemplo, e muitos dos tratamentos utilizados nestas doenças podem estar contraindicados durante a gestação e/ou amamentação. É, por isso, muito importante as mulheres que desejam engravidar serem seguidas regularmente numa consulta de Reumatologia, de forma a terem a sua doença bem controlada e a minimizar os riscos. Há assim muito mais hipóteses de a gravidez correr bem.

¹⁰⁴ Relatório de Execução REUMA.pt dezembro 2021, da SPReumatologia (<https://reuma.pt/wp-content/uploads/Relatorio-execucao-Reuma.pt-2021-resumo-final.pdf>).

¹⁰⁵ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/00_ArtriteReumatoide_AF.pdf.

¹⁰⁶ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/19_Lupus_AF.pdf.

¹⁰⁷ <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/dist%C3%BArbios-%C3%B3sseos,-articulares-e-musculares/doen%C3%A7as-autoimunes-do-tecido-conjuntivo/miosite-autoimune>.

¹⁰⁸ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/16_Esclerose_AF.pdf.

¹⁰⁹ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/20_Sjogren_AF.pdf.

¹¹⁰ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/13_Polimialgia_AF.pdf.

¹¹¹ https://spreumatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/12_FIBROMIALGIA_AF.pdf.

No que diz respeito à vida profissional, as entidades patronais e outras entidades competentes devem estar alertadas para estes problemas, pois por vezes é necessário ajustar horários, ajustar os locais e as condições de trabalho, para permitir a estas doentes manterem a sua atividade profissional. Políticas de saúde necessárias

Políticas de saúde necessárias

Apesar do tremendo impacto clínico, social, económico e de consumo de recursos, as doenças reumáticas e músculo-esqueléticas não aparentam ser uma área prioritária para a Saúde, pois o Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas, que teve o seu início em 2004, depois de terminar em 2014, não foi renovado.¹¹² Segundo a análise “Taxa de execução em 2021 Plano Nacional Contra as Doenças Reumáticas (PNCDR): 2004-2014: Porque precisamos de um novo PNCDR?”, foi possível concluir que a taxa de execução destas estratégias ficou aquém do esperado, com um total de seis objetivos não concretizados e quatro somente parcialmente efetuados, o que representa um total de 38,1% das iniciativas não efetuadas.¹¹³

Tem vindo a ser alertado para a necessidade de reforçar o número de unidades hospitalares com serviço de Reumatologia e de quadros técnicos e recursos humanos especializados. Ainda de realçar a importância do diagnóstico precoce das doenças reumáticas e musculoesqueléticas, como no caso da artrite reumatoide cujo diagnóstico precoce pode representar uma poupança média anual por cada novo caso de, aproximadamente, 30%.¹¹⁴

A falta de prioridade e de estratégia não se coaduna igualmente com os dados plasmados no Plano Nacional da Saúde 2021-2030,¹¹⁵ que revelam que as DRM são as que mais incapacidade representam e que aumentaram de forma muito significativa de 2009 a 2019. Com efeito, as DRM em termos de *Disability Adjusted Life Years* (DALYs), foram as que mais subiram de 2009 a 2019. Em conjunto com a lombalgia, ela também uma DRM, aumentaram 16,5 % e correspondem a 7 % do total dos DALY de todas as doenças o que as torna nas doenças com maior incapacidade. Se a isso associarmos a análise da carga de doença e incapacidade *Years Lived with Disability* (YLDs) nas DRMs, há uma aumento de 33,1 % de 2009 a 2019 encontrando-se as diversas DRMs em lugar de destaque neste indicador de carga da doença (1.º dores lombares, 6.º osteoartrite, 7.º outras doenças osteomusculares, 10.º dores cervicais) o que, na sua totalidade, correspondem a 21,7 % de todos os YLDs, sendo que a doença a seguir, a depressão, tem 6,8 % de impacto, ou seja, 1/3 do impacto das DRMs. Podemos assim afirmar que as DRM são as doenças com maior crescimento em impacto em DALYs e YLDs, não estando suficientemente refletidas numa estratégia nacional de saúde cujas prioridades privilegiem os impactos, quer na sustentabilidade, quer na visão estratégica para um plano de saúde para 2030. Ao avaliar o Plano Nacional de Saúde este pode estar desajustado ao potencial negativo da incapacidade e carga da doença das DRMs que não sendo associadas a mortalidade têm um tremendo impacto em todas as estratégias que vão desde os recursos humanos em saúde, acessibilidade, custos diretos e indiretos e à própria sustentabilidade futura do sistema.¹⁰⁵

Por fim, durante a pandemia, verificou-se, nos hospitais, uma diminuição média de 38,5% da referência à especialidade, variando entre 26,5% e 50%.¹¹⁶

6. Violência de género

6.a) Violência Doméstica

Fundamentação

As medidas implementadas para o combate à pandemia COVID-19 levaram as populações ao confinamento em casa, com maior risco de violência doméstica devido ao prolongamento do tempo partilhado entre vítimas e agressores. Num estudo realizado em Portugal, 13,7% dos participantes relataram ter sofrido violência doméstica durante a pandemia. A maioria das vítimas não procurou ajuda (62,3%), sendo os principais motivos considerá-la desnecessária, que a ajuda não mudaria nada e sentir-se constrangida com o ocorrido. Apenas 4,3% das vítimas procuraram ajuda policial.¹¹⁷ Embora o crime de violência do-

¹¹² <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Programa-Nacional-contra-as-Doen%C3%A7as-Reum%C3%A1ticas.pdf>.

¹¹³ XXIII Congresso Português de Reumatologia. Vídeo-poster (<https://www.youtube.com/watch?v=b0WUrBOImKc>).

¹¹⁴ Sociedade Portuguesa de Reumatologia – GPS Reuma – Garantir e potenciar os serviços de reumatologia (Dados de 2018) <https://www.spreumatologia.pt/gps-reuma/>.

¹¹⁵ https://1nj5ms2ll5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf.

¹¹⁶ <https://raiox.pt/precisamos-de-um-plano-nacional-contra-as-doencas-reumaticas-que-seja-eficaz/>.

¹¹⁷ Gama A, Pedro AR, de Carvalho MJ, Guerreiro AE, Duarte V, Quintas J, Matias A, Keyngaert I, Dias S., “Domestic violence during the COVID-19 pandemic in Portugal.” Portuguese Journal of Public Health., vol. 38(1), pp. 32-40, 2020.

méstica seja o crime mais participado às autoridades policiais¹¹⁸, em 2020 houve menos 1 861 queixas em relação a 2019 e em 2021 essa tendência agravou-se com menos 2712 queixas comparativamente com a pré-pandemia.¹¹⁹

Dados sobre os assassinatos e femicídios (consumados e tentados) ocorridos em Portugal em 2020¹²⁰ revelaram que foram assassinadas 35 mulheres em Portugal e que destes assassinatos, 19 foram femicídios, ou seja, mulheres assassinadas por motivos de género ou decorrentes de violência de género. O relatório indica igualmente que todos os femicídios cometidos em Portugal aconteceram em contexto de intimidade. Por outro lado, em 2020 existiram 57 tentativas de assassinato de mulheres em Portugal, sendo 50 tentativas de femicídios, tendo sido possível identificar em 52% destes casos a existência de violência doméstica prévia, sendo que 7 mulheres (27%) já haviam sido ameaçadas de morte. Muitos destes crimes ocorreram no contexto de violência prolongada no tempo, e teria sido possível preveni-los com uma atuação atempada tanto por parte da sociedade civil quanto por parte das autoridades.

Propostas

- Aumentar as respostas às vítimas através de um reforço da capacidade de atendimento, bem como a abertura de vagas nas estruturas de acolhimento de emergência.
- Continuar a apostar na análise de dados sobre os assassinatos e femicídios cometidos em Portugal para visibilizar esta forma letal de violência de género e preveni-la de modo efetivo.

6.b) Mutilação Genital Feminina

Fundamentação

Portugal tem investido na prevenção, identificação e combate à Mutilação Genital Feminina.¹²⁰ A existência de orientações sobre a identificação de casos, prevenção e abordagem, como as que existem em Portugal, são importantes¹²¹, mas têm sido identificadas várias limitações à sua aplicação prática.¹²²

Estima-se que 6 576 mulheres com mais de 15 anos, a residir em Portugal, possam ter sido sujeitas a Mutilação Genital Feminina.

O acompanhamento das mulheres vítimas de Mutilação Genital Feminina é um acompanhamento complexo que envolve, muitas vezes, não só barreiras linguísticas, como conceções culturais, mas também literacia em saúde.

O número restrito de casos identificados condiciona uma reduzida familiaridade com esta condição. Adicionalmente, os profissionais que fazem o diagnóstico nem sempre conseguem atender a todas as especificidades das necessidades em saúde destas mulheres. Alguns países têm optado por centralizar esse atendimento em clínicas que concentram os recursos disponíveis, de forma a garantir um seguimento de qualidade.¹²³

Proposta

- Garantir que a estratégia de resposta inclua sempre o envolvimento de profissionais plenamente capacitados para a abordagem biopsicossocial que a Mutilação Genital Feminina exige.

7. Comunidade LGBTQIA+

Fundamentação

Há várias questões relacionadas com a saúde que afetam de forma particular as pessoas LGBTQIA+. Apesar de relacionadas entre si, essas questões podem ser descritas e entendidas de forma distinta. E enquanto algumas podem afetar de igual modo qualquer pessoa LGBTQIA+ (por exemplo, a exposição a cuidados de saúde desadequados ou discriminatórios), outras afetam, em específico, determinados

¹¹⁸ Sistema de Segurança Interna, “Relatório Anual de Segurança Interna,” 2020.

¹¹⁹ Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, “Violência contra as mulheres,” [Online]. Available: <https://www.cig.gov.pt/area-portal-da-violencia/portal-violencia-domestica/indicadores-estatisticos/>. [Accessed 22 maio 2022].

¹²⁰ Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, “Mutilação Genital Feminina,” [Online]. Available: <https://www.cig.gov.pt/area-mgf/enquadramento/>. [Accessed 22 maio 2022].

¹²¹ Direção-Geral da Saúde, “Orientação nº008/2021 Mutilação Genital Feminina,” 2021.

¹²² Dawson, A., Assifi, A. & Turkmani, S., “Woman and girl-centred care for those affected by female genital mutilation: a scoping review of provider tools and guidelines,” *Reprod Health*, Vols. 19,50, 2022.

¹²³ NHS, “Female Genital Mutilation support clinics,” [Online]. Available: <https://www.nhs.uk/conditions/female-genital-mutilation-fgm/national-fgm-support-clinics/>.

grupos dentro da população LGBTQIA+ (por exemplo, os cuidados de saúde relacionados com os processos de transição, que são específicos das pessoas transexuais). Tal como acontece para outras populações, há necessidades específicas de saúde para pessoas LGBTQIA+. Isto é, o facto de se ser lésbica, gay, bissexual ou trans pode ter impacto tanto na saúde física como mental¹²⁴.

Há aspetos de saúde sexual e reprodutiva que podem assumir maior ou menor relevância para (ou ser específicos de) quem tem comportamentos sexuais com pessoas do mesmo sexo – e de forma diferente para mulheres e homens.

A discriminação, o estigma e a exclusão social podem ser também determinantes para a saúde das pessoas LGBTQIA+, nomeadamente no que diz respeito à sua saúde mental.

Por outro lado, há todo um campo de investigação e intervenção clínica referente aos cuidados de saúde relacionados com os processos de transição das pessoas transexuais, que podem incluir tratamentos hormonais e/ou cirúrgicos. Bem como aspetos específicos relativos à regulamentação do acesso das pessoas trans a esses mesmos cuidados de saúde. Portanto, há atualmente uma vasta e diversa área de conhecimentos (e práticas) especializada em saúde LGBTQIA+ – que se reflete, por exemplo, na existência de revistas científicas especializadas ou organizações de saúde que se dedicam em exclusivo a estas questões.

No campo da saúde, e que no respeita à lei e a práticas institucionais, há questões por resolver, nomeadamente, a garantia de que em Portugal a regulação do acesso a tratamentos médicos por pessoas trans (como as terapias hormonais ou cirúrgicas) é feita de acordo com as mais recentes *guidelines* internacionais, estando também por resolver várias dificuldades que as pessoas trans encontram no reconhecimento legal da sua identidade, processo que em Portugal está dependente de um diagnóstico médico.

Propostas

- Garantir que a educação/formação de profissionais de saúde inclua também o mais recente e diverso conhecimento científico sobre saúde (incluindo saúde mental) LGBTQIA+.
- Garantir que a regulação do acesso a tratamentos médicos por pessoas trans (como as terapias hormonais ou cirúrgicas) é feita de acordo com as mais recentes *guidelines* internacionais.

¹²⁴ ILGA Portugal (<https://ilga-portugal.pt/ficheiros/pdfs/igualdadenaude.pdf>).

// CONCLUSÃO

A implementação de um programa específico de Saúde da Mulher terá de passar por uma abordagem multiníveis - comunidade, cuidados de saúde primários, hospitalares, outros setores, IPSS e ONG - e intersectorial, envolvendo múltiplos setores além da saúde, com partilha de responsabilidades, orientado para objetivos de desenvolvimento sustentável e visando a redução de desigualdades em saúde, a promoção da saúde, prevenção da doença, acesso ao tratamento, reabilitação e integração.

A criação de novos modelos de financiamento (e.g., modelos de pagamento por performance num conjunto de indicadores), o recurso às novas tecnologias e ao digital, com interoperabilidade entre o público, o social e o privado, a continuidade de cuidados, a identificação de fatores de risco e fatores protetores (e.g., adequada conciliação trabalho-família; rede de suporte social), e medidas de redução do estigma associado a certos problemas de saúde devem estar assentes numa adequada estratégia de comunicação às populações e na informação aos decisores, baseada na melhor evidência científica disponível em dados nacionais fiáveis e agregados, e não dispersos nos diferentes silos, e numa visão, biopsicossocial, da mulher e da sociedade.

Propõe-se a constituição de uma comissão interministerial, coordenada pela Saúde, para que, com base nestas recomendações, se possa vir a desenvolver um plano de ação intersectorial e faseado. Igualmente se recomenda que políticas públicas sejam submetidas, previamente à sua implementação, a metodologias de avaliação de impacte na saúde (*health impact assessment*), para que se possam identificar os impactos positivos e negativos das mesmas, previamente à sua implementação.

28 de novembro de 2022

A Hologic, Inc. é uma empresa inovadora de tecnologia médica focada principalmente na melhoria da saúde e bem-estar das mulheres através da deteção precoce e tratamento.

Como promotora deste Grupo de Trabalho, a Hologic pretende trazer a Saúde da Mulher à discussão pública, iniciando um debate que contribua para a melhoria da saúde e bem-estar da mulher portuguesa. Neste sentido, agradece aos peritos e entidades representadas neste Grupo de Trabalho a sua inigualável contribuição para o enriquecimento e incentivo do debate sobre o tema em Portugal.

Para mais informações sobre a Hologic, visite www.hologic.com.



CONFERÊNCIA

A **SAÚDE** DAS
MULHERES
EM PORTUGAL