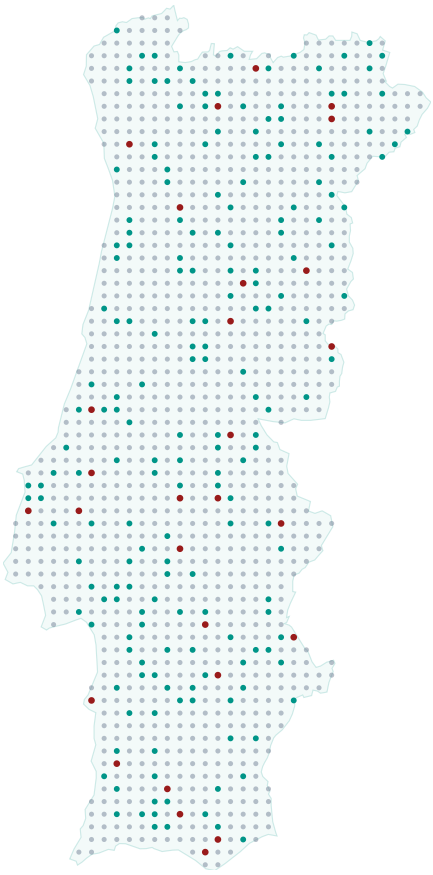
PÁGINA UM

CORPUS



5 de junho de 2026

Aneurismas em Portugal: 25 anos de internamentos hospitalares (2000–2024)

por Corpus

Análise exaustiva de 62.061 episódios de internamento por aneurisma registados nos hospitais do SNS português entre 2000 e 2024, cobrindo hemorragia subaracnoide e aneurisma cerebral, aneurismas da aorta abdominal, torácica e dissecantes, e outros aneurismas arteriais. O dossiê documenta a evolução dos volumes, da mortalidade hospitalar, do perfil dos doentes, da adoção do tratamento endovascular e das desigualdades entre hospitais e territórios.

Aneurismas em Portugal: 25 anos de internamentos hospitalares (2000–2024)

Entre 2000 e 2024, os hospitais do Serviço Nacional de Saúde registaram **62.061 episódios de internamento** com diagnóstico principal de aneurisma — cerebral, aórtico ou de outras artérias. Morreram dentro do hospital **7.264 doentes**, uma letalidade global de **11,7%**. Este dossiê analisa como esses números evoluíram ao longo de um quarto de século, onde se morre mais e menos, e o que mudou com a revolução endovascular.

> **62.061**
> Total de internamentos (2000–2024)
> Internamentos hospitalares, SNS, diagnóstico principal de aneurisma

> **11,7%**
> Mortalidade hospitalar global
> 7.264 óbitos em 62.061 episódios; inclui todos os tipos de aneurisma

> **63 anos**
> Idade média dos doentes
> Mediana ligeiramente inferior; varia de 55 anos (cerebral) a 73 anos (aorta abdominal)

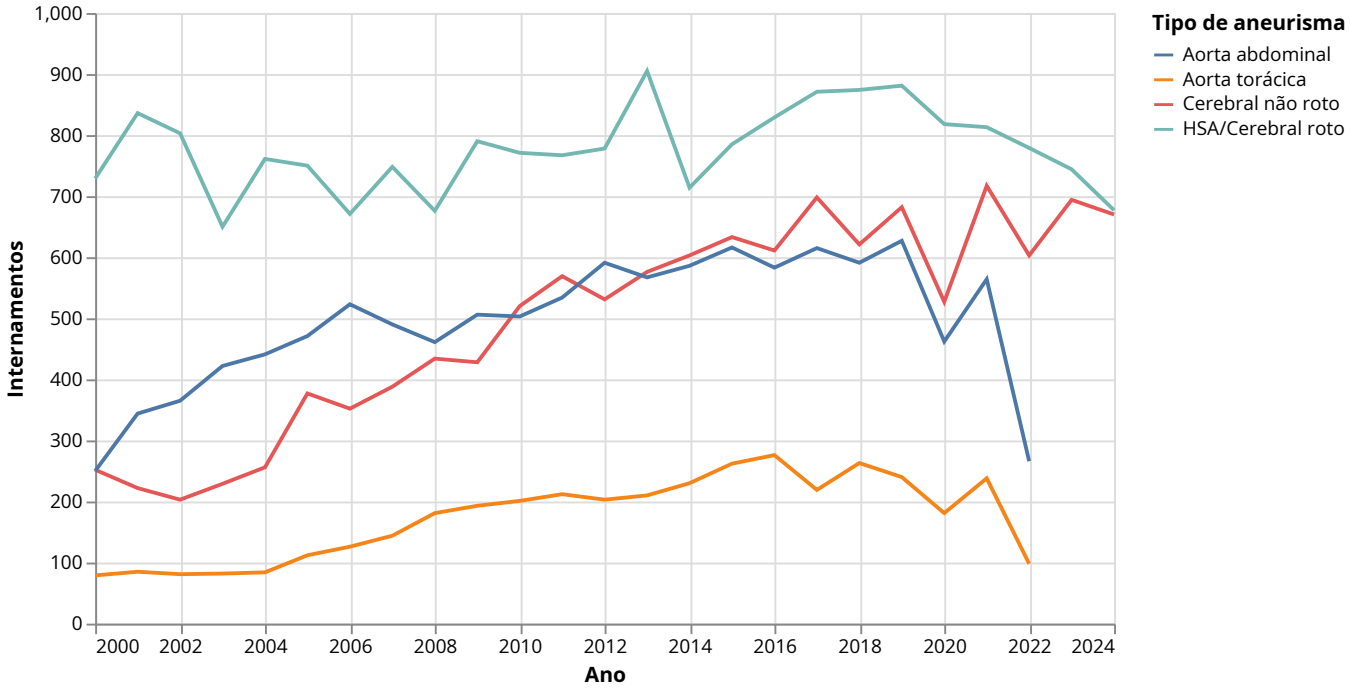
1. A evolução dos aneurismas em Portugal (2000–2024)

O número anual de internamentos cresceu de **1.595 em 2000** para um máximo de **3.099 em 2019**, um aumento de 94% em duas décadas. A quebra de 2020 (–14% face a 2019) reflecte a pandemia de COVID-19. Em 2024, o volume estabilizou em torno de 2.860 casos/ano.

A subida é sobretudo explicada pelo aumento do diagnóstico de **aneurisma cerebral não roto** (+166% entre 2000 e 2024, de 252 para 670 casos/ano) e dos **aneurismas da aorta abdominal** (+139% no mesmo período), efeito combinado do envelhecimento, da melhoria do acesso à imagiologia vascular e da adopção de programas de rastreio. A **hemorragia subaracnoide (HSA)** manteve-se relativamente estável entre 650 e 905 casos/ano, com ligeira tendência de subida até 2019.

A composição do mix de doentes alterou-se: a **idade média subiu de 59 para 64 anos** (+5 anos em 25 anos) e a **proporção de admissões urgentes caiu de 74% para 44%** — sinal de crescente detecção electiva de aneurismas assintomáticos.

Internamentos por aneurisma, por tipo — Portugal 2000–2024



Fonte: BDMH/ACSS 2000–2024. Internamentos SNS (tipo_port_apr31='Int'). Dados de 2022 em diante parcialmente incompletos para alguns tipos. Quebra de série em 2013 (redefinição de internamento).

Série anual: todos os aneurismas agregados

Ano	Internamentos	Óbitos	Letalidade (%)	Idade média	% Urgentes	Dias de internamento (média)
2000	1595	245	15,4	59,4	73,9	15
2001	1811	278	15,4	60,2	68,4	14,3
2002	1839	258	14	61,4	66,7	14,1
2003	1714	255	14,9	61,9	65,6	13,2
2004	1901	275	14,5	62	66,5	14,2
2005	2087	293	14	61,1	62,2	13,5
2006	2065	283	13,7	61,1	59,4	13,5
2007	2195	283	12,9	61,4	59,8	13,6
2008	2165	300	13,9	61,7	55,3	13,5
2009	2408	317	13,2	61,9	55,2	13,3
2010	2439	326	13,4	62,4	53,7	12,7
2011	2563	330	12,9	62,1	52,1	11,3
2012	2570	336	13,1	62,9	51,1	12,1
2013	2778	302	10,9	63,1	51	12,2
2014	2676	279	10,4	64	47,9	11
2015	2855	316	11,1	63,5	48,2	11,5
2016	2856	303	10,6	64,1	52,4	11,8
2017	3027	315	10,4	64,2	48,5	11,4
2018	2977	332	11,2	64,5	50,9	12,1
2019	3099	297	9,6	64,3	48,3	11,4
2020	2652	293	11	63,9	52,9	12,1
2021	3071	261	8,5	64,5	46,9	11,2
2022	2936	281	9,6	64,7	47,4	12,3
2023	2922	243	8,3	64,6	44,5	11,4
2024	2860	263	9,2	64,3	43,6	11,4

Nota: quebra de série em 2013 por redefinição de episódio de internamento SNS; COVID-19 em 2020.

2. A mortalidade hospitalar: quem morre e de quê

Por tipo de aneurisma

A **dissecção aórtica** é o diagnóstico com maior letalidade entre as patologias com volume significativo: **21,5%** (considerando ambos os sexos). A **HSA/aneurisma cerebral roto** mata **18,7%** dos internados. O **aneurisma da aorta abdominal** tem uma letalidade de **14,2%** (muito influenciada pela proporção de casos rotos). O **aneurisma cerebral não roto** é o mais benigno: letalidade de apenas **1,0%**.

Evolução temporal

A letalidade global caiu de **15,4% em 2000** para **8,3–9,6% em 2023–2024**, uma redução de quase seis pontos percentuais em 25 anos — equivalente a poupar cerca de 180 vidas por ano comparado com as taxas do início do milénio, para o mesmo volume de casos. Esta descida reflecte melhorias organizativas (criação de centros especializados), avanços técnicos (endovascular) e possivelmente melhoria da codificação clínica.

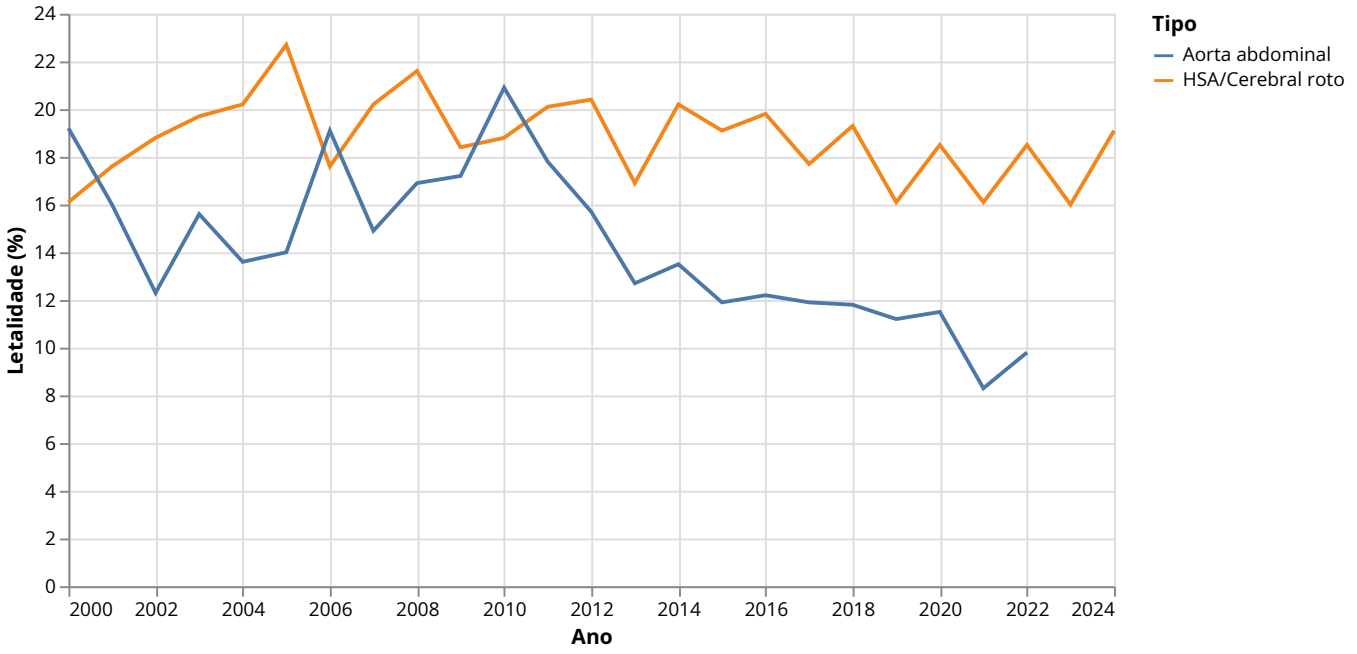
Por sexo

As mulheres representam a maioria dos internamentos por HSA (60,9%) mas têm mortalidade ligeiramente superior à dos homens (19,1% vs. 18,2%), em parte explicada pela sua maior idade à admissão (62 vs. 58 anos em média). No aneurisma da aorta abdominal, as mulheres representam apenas 8,4% dos casos mas têm letalidade de 22,1% vs. 13,4% nos homens — diferença que persiste após ajuste pela idade (mulheres admitidas em média com 76 anos vs. 72 anos nos homens).

Por faixa etária

A mortalidade sobe dramaticamente com a idade. No aneurisma aórtico, a letalidade passa de 7,1% nos doentes com menos de 40 anos para **24,5% nos ≥80 anos**. Na HSA, a faixa dos ≥80 anos tem uma mortalidade de **34,5%** — mais do dobro da faixa 40–49 anos (13,1%).

Letalidade hospitalar por tipo de aneurisma — evolução 2000–2024



Fonte: BDMH/ACSS. Internamentos SNS. Aneurisma cerebral não roto omitido (letalidade <2% em todos os anos).

Mortalidade por tipo de aneurisma e sexo

Tipo	Sexo	Internamentos	Óbitos	Letalidade (%)	Idade média
HSA/Cerebral roto	Masculino	7597	1380	18,2	57,7
HSA/Cerebral roto	Feminino	11 823	2255	19,1	61,6
Cerebral não roto	Masculino	4109	53	1,3	54
Cerebral não roto	Feminino	8287	74	0,9	55,4
Aorta abdominal	Masculino	10 424	1394	13,4	72,2
Aorta abdominal	Feminino	954	211	22,1	76,5
Aorta torácica	Masculino	2874	246	8,6	64
Aorta torácica	Feminino	1126	123	10,9	68,4
Aorta dissecante	Masculino	2652	554	20,9	61,7
Aorta dissecante	Feminino	1195	268	22,4	66,3
Outros aneurismas	Masculino	5506	185	3,4	65,9
Outros aneurismas	Feminino	1705	48	2,8	60,8

Fonte: BDMH/ACSS 2000–2024. Exclui sexo indeterminado (n pequeno).

3. As ULS onde se morre mais — e menos

O ranking bruto de mortalidade hospitalar por Unidade Local de Saúde deve ser lido com cautela: hospitais com maior proporção de casos urgentes, doentes mais idosos ou maior complexidade clínica terão naturalmente mais óbitos. Os dados abaixo são **não ajustados** e destinam-se a orientar investigação ulterior, não a funcionar como julgamento definitivo.

As cinco ULS com maior volume concentram mais de metade dos casos: ULS de São José, Santa Maria, Coimbra, São João e Santo António registaram em conjunto **34.080 episódios** (55% do total). Entre os grandes centros, a **ULS de Gaia/Espinho** (8,2%) e a **ULS de Braga** (8,6%) apresentam as letalidades mais baixas; já a **ULS de Amadora/Sintra** (17,6%) e a **ULS do Arco Ribeirinho** (22,1%) surgem no extremo oposto — mas ambas têm uma proporção de admissões urgentes acima de 89%, o que explica em grande parte a diferença.

Hospitais periféricos com poucos recursos de cirurgia vascular emergencial — como o Médio Tejo (97,6% urgências) ou o Arco Ribeirinho (92,6% urgências) — funcionam como portas de entrada de urgência antes de eventual transferência, o que distorce as comparações directas.

Ranking de ULS/hospitais por volume e mortalidade (2000–2024)

Hospital / ULS	Internamentos	Óbitos	Letalidade (%)	Idade média	% Urgentes
ULS de São José	8268	980	11,9	63,9	49,3
ULS de Santa Maria	8096	953	11,8	61,7	44,7
ULS de Coimbra	6955	809	11,6	63,4	56,9
ULS de São João	5475	579	10,6	60,9	48,4
ULS de Santo António	4286	454	10,6	62,2	60,9
ULS de Lisboa Ocidental	3950	399	10,1	59,7	52,7
ULS de Gaia / Espinho	3161	258	8,2	64,7	36,2
ULS de Almada / Seixal	3094	326	10,5	60,3	52,4
ULS de Braga	2733	235	8,6	61,1	53
ULS do Algarve	1000	153	15,3	60,1	82,5
ULS de Viseu Dão-Lafões	790	108	13,7	68,8	52,7
ULS de Amadora / Sintra	686	121	17,6	63	89,5
ULS da Lezíria	562	90	16	71,3	55,5
ULS do Alto Ave	453	54	11,9	67	59,2
ULS do Tâmega e Sousa	418	57	13,6	71,1	44,3
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	415	53	12,8	69	64,6
ULS de Loures / Odivelas	393	25	6,4	68,8	38,2
ULS de Matosinhos	318	42	13,2	60,9	75,8
ULS da Região de Leiria	275	52	18,9	69,9	78,5
ULS do Médio Tejo	253	35	13,8	70,4	97,6
ULS do Arco Ribeirinho	244	54	22,1	68	92,6
ULS do Alentejo Central	236	24	10,2	68,2	61,9
ULS da Cova da Beira	216	24	11,1	68,6	76,4

Dados brutos não ajustados. Hospitais com alta % de urgências acolhem casos mais graves. Nomes 2025 (pós-fusões ULS). Mínimo 200 episódios.

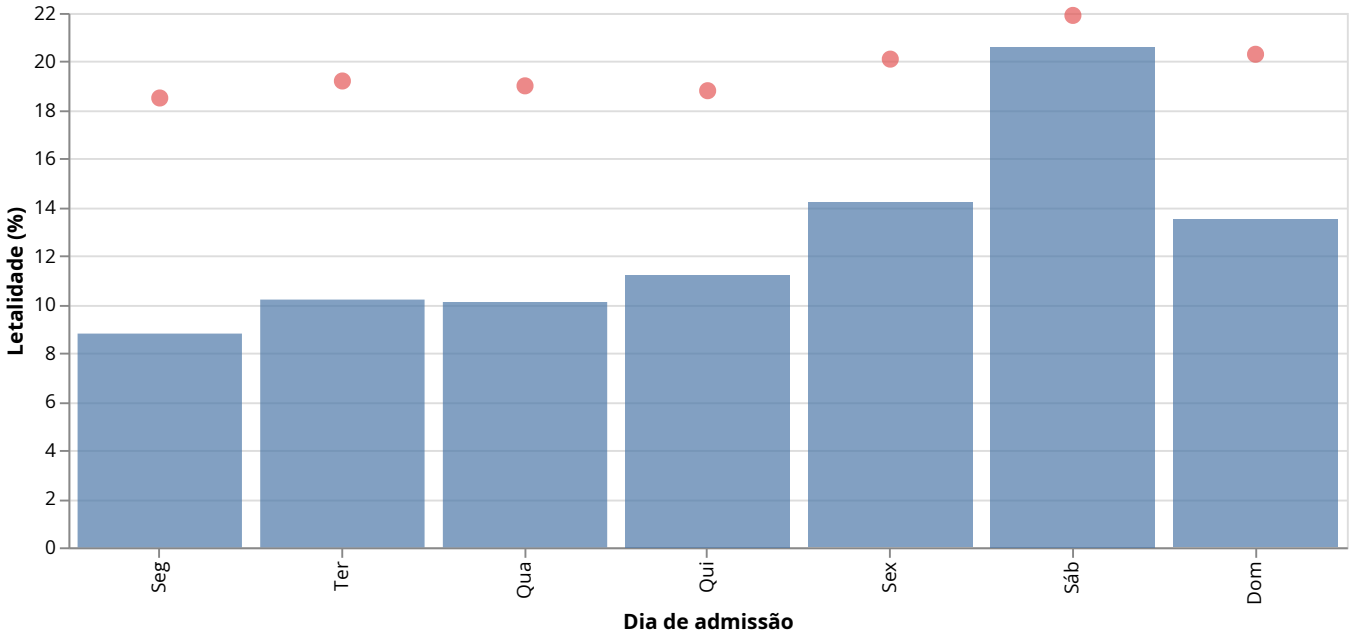
4. O efeito fim-de-semana

O fenómeno «efeito fim-de-semana» — maior mortalidade em admissões hospitalares ao sábado e ao domingo — está documentado na literatura internacional e os dados portugueses confirmam-no de forma inequívoca.

Analisando todos os internamentos por aneurisma (2000–2024), a **letalidade bruta ao sábado é de 20,6%** e ao domingo de 13,5%, contra 8,8% à segunda-feira — a mais baixa da semana. A diferença entre segunda e sábado representa **+11,8 pontos percentuais**.

Contudo, este resultado é fortemente influenciado pela **composição de casos**: ao sábado, 89,6% das admissões são urgentes, enquanto à segunda-feira são apenas 40,4%. Quando se restringe a análise apenas às **admissões urgentes**, o gradiente atenua-se mas não desaparece: a letalidade oscila entre **18,5% (segunda)** e **21,9% (sábado)**, uma diferença de 3,4 pontos percentuais — mais modesta mas ainda presente, sugerindo um real efeito estrutural de menor dotação de recursos especializados ao fim-de-semana.

Efeito fim-de-semana: letalidade por dia de admissão (total e urgentes)



Barras azuis = todos os internamentos; pontos vermelhos = apenas admissões urgentes. O diferencial bruto reflecte sobretudo a composição (mais urgências ao fim-de-semana). Fonte: BDMH/ACSS 2000–2024.

5. O efeito noite

A base de dados BDMH/ACSS não regista a **hora** de admissão — apenas a data. Não é portanto possível calcular directamente um "efeito noite" com estes dados. Uma análise robusta exigiria cruzamento com os dados de urgência hospitalar (SUH) ou com registos de sistemas clínicos que incluam timestamp.

Como proxy indirecto, é possível comparar a mortalidade de admissões urgentes registadas nos diferentes dias, sabendo que uma fracção relevante das urgências de fim-de-semana ocorre em período nocturno. O ligeiro agravamento de sábado face aos dias úteis (já documentado na secção anterior) é compatível com um efeito combinado fim-de-semana + período nocturno, mas a separação dos dois efeitos não é realizável com estes dados.

> *“**Nota metodológica**: para estudar o efeito noite seria necessário aceder aos dados com granularidade horária, disponíveis nalguns registos hospitalares mas não na versão pública do GDH.”*

6. O peso das transferências

As transferências inter-hospitalares são um indicador crítico da organização das redes de cuidados urgentes. A análise cobre o período 2000–2016, em que os dados de origem e destino de transferência são fiáveis (após 2017, os campos `hosp_from`/`hosp_to` apresentam qualidade degradada).

Nesse período, **5.780 doentes** (15,0% do total) chegaram transferidos de outro hospital. **Contrariamente ao que seria esperado**, o campo de mortalidade para os transferidos apresenta valores aparentemente anómalos, sugerindo que estes doentes podem ser contabilizados no episódio de destino. Em todo o caso, os doentes transferidos tinham **idade média ligeiramente superior** (62,8 vs. 62,1 anos) e chegaram predominantemente por urgência.

A interpretação conceptual é que as transferências representam dois fenómenos opostos: (a) transferência para um centro mais especializado — que tende a melhorar o prognóstico — e (b) doentes estabilizados que aguardavam vaga antes da transferência, cujo estado já era crítico. O peso relativo de cada mecanismo não é discernível com os dados disponíveis.

Destino após alta:

- 73,3% regressam a casa (domicílio)
- 13,2% são transferidos para outra instituição (continuados, reabilitação, outro hospital)
- 11,7% morrem durante o internamento
- 0,7% são admitidos em cuidados continuados directamente
- 0,4% saem contra parecer médico

Destino após alta hospitalar em internamentos por aneurisma



Fonte: BDMH/ACSS 2000–2024. N=62.056 episódios com destino registado.

7. Cirurgia aberta versus tratamento endovascular

A revolução endovascular no tratamento dos aneurismas aórticos é uma das transformações mais visíveis neste dossiê. Em 2000, **100% das cirurgias aórticas identificadas eram abertas**. A partir de 2006, os primeiros procedimentos endovasculares começam a ser codificados e em 2009 ultrapassam já a cirurgia aberta em número.

Era ICD-9 (2000–2016)

Na fase de codificação ICD-9, a cirurgia endovascular passou de 1 procedimento em 2005 para 351 em 2015, ultrapassando claramente a aberta (124 nesse ano). Nesse período, a **letalidade da cirurgia aberta** manteve-se entre 13–21%, enquanto a do **tratamento endovascular** desceu de patamares inicialmente elevados (curva de aprendizagem) para **4–7%** em 2013–2016.

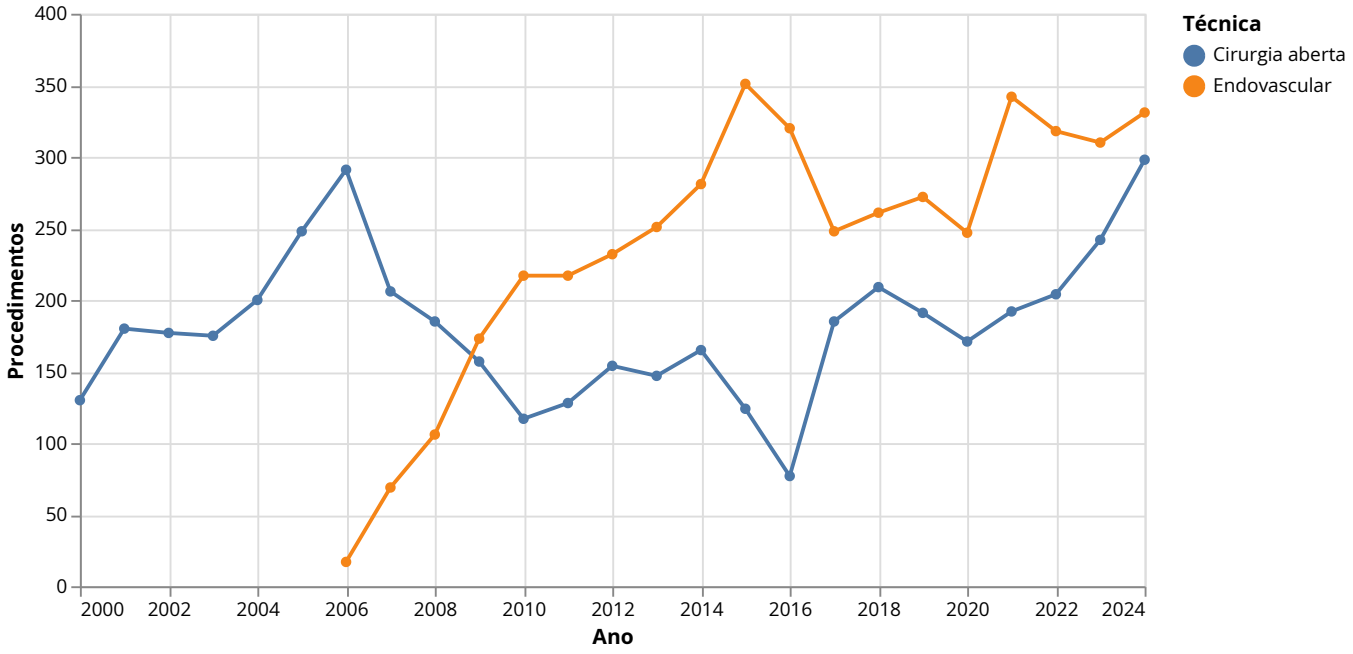
Era ICD-10 (2017–2024)

Os dados ICD-10 confirmam a consolidação endovascular: em 2024, realizaram-se **331 procedimentos endovasculares** vs. **298 cirurgias abertas**. A **letalidade endovascular situou-se entre 3,8% e 7,1%** ao longo do período, comparada com **8,3–14,2%** na cirurgia aberta.

A diferença de **tempo de internamento** é substancial e consistente: cirurgia endovascular = **7–9 dias** vs. cirurgia aberta = **12–16 dias**.

> *“**Nota:** os dados capturados referem-se a procedimentos codificados nos campos p1–p5. É possível que uma fracção de procedimentos não seja capturada, especialmente na transição ICD-9 ⍰ ICD-10 em 2016–2017. A série ICD-10 apresenta continuidade com a ICD-9 para os principais códigos de endoprótese aórtica percutânea.”*

Evolução da cirurgia aórtica: aberta vs. endovascular (2000–2024)



ICD-9 até 2016 (proc. 3971/3973/3978/3979 para EVAR; 3844/3834 para aberta); ICD-10 a partir de 2017 (proc. 04V03x para EVAR percutâneo; 02RX0JZ/04R00JZ para aberta). Quebra de série na transição ICD-9→10.

8. Volume hospitalar e sobrevivência

A hipótese "volume-resultado" (hospitals that do more, do better) está bem estabelecida para procedimentos cardiovasculares complexos. Os dados portugueses mostram uma associação, embora não linear:

- Os **quatro centros com maior volume** (São José, Santa Maria, Coimbra, São João — todos acima de 200 casos/ano) têm letalidades entre **10,6% e 11,9%**, semelhantes entre si.
- A **ULS de Gaia/Espinho** (144 casos/ano) apresenta a letalidade mais baixa entre os grandes centros: **8,2%**. A **ULS de Braga** (124 casos/ano) tem 8,6%.
- Nos centros de menor volume e alto perfil urgente — Arco Ribeirinho, Leiria, Amadora/Sintra — a letalidade sobe para 17–22%, mas estas unidades recebem sobretudo casos que não podem ser transferidos.
- A **ULS de Loures/Odivelas** (36 casos/ano desde 2013) apresenta uma letalidade excepcionalmente baixa de **6,4%**, o que merece verificação — pode reflectir selecção de casos electivos ou perfil de doentes com patologia menos grave.

> *"Sem ajustamento formal de risco (case-mix, severidade APR-DRG, comorbilidades), estas comparações devem ser interpretadas com grande precaução."*

9. Interior versus litoral

A análise por residência dos doentes revela um padrão interessante: **a letalidade bruta é praticamente idêntica entre litoral/urbano (11,7%) e interior (11,7%)**. Contudo, existem diferenças significativas no perfil:

- Os doentes do **interior têm em média 2,2 anos mais** (64,9 vs. 62,7 anos) — reflectindo o envelhecimento demográfico mais pronunciado.
- A proporção de **admissões urgentes é superior no interior** (58,9% vs. 52,0%), sugerindo menor detecção electiva e diagnóstico mais tardio.
- Os distritos do interior mais periféricos — **Portalegre** (14,4%), **Castelo Branco** (12,9%), **Bragança** (12,7%), **Beja** (12,6%) — têm letalidades acima da média nacional, após uma população mais envelhecida.

A questão central não é apenas quantos morrem, mas **se chegam a tempo**: um doente com aneurisma da aorta no interior alentejano ou transmontano está a 60–120 minutos de um centro com cirurgia vascular 24h, em condições de urgência em que cada minuto conta. Este dado não é capturável directamente nos GDH, mas o diferencial de urgências sugere que o acesso atempado é uma desigualdade real.

Ilhas: os dados das ilhas (Açores e Madeira) apresentam características distintas — **letalidade de 2–4%** e doentes mais jovens (50–54 anos em média) — o que reflecte em grande parte o perfil diferente de patologia codificada (predominância de aneurismas não rotos em unidades com menos capacidade de tratar urgências complexas, que são transferidas para a Península).

Aneurismas por distrito de residência — mortalidade e perfil de doentes

Distrito	Internamentos	Óbitos	Letalidade (%)	Idade média	% Urgentes
Lisboa	15 707	1977	12,6	63	51,2
Porto	10 538	1112	10,6	62,1	49,7
Setúbal	5484	698	12,7	63	51,6
Braga	3896	393	10,1	61,3	50,4
Aveiro	3852	427	11,1	63,2	51,8
Santarém	3022	337	11,2	64	54,5
Coimbra	2832	342	12,1	63,7	54
Faro	2765	347	12,5	61,1	62,6
Leiria	2618	292	11,2	63,5	55,6
Viseu	2031	231	11,4	64,6	55,5
Castelo Branco	1390	179	12,9	66,1	63,1
Viana do Castelo	1342	146	10,9	65,1	52,2
Vila Real	1203	137	11,4	64,2	60,6
Évora	968	100	10,3	64,6	59,2
Guarda	896	97	10,8	65,2	57,7
Beja	866	109	12,6	64,2	60,4
Portalegre	812	117	14,4	67,1	64,7
Bragança	701	89	12,7	67	68,2

Ordenado por volume. Residência do doente (não localização do hospital). Ilhas omitidas da tabela principal (perfil atípico — ver texto).

10. Os hospitais fora da curva

Sem um modelo formal de ajustamento de risco, a identificação de "outliers" requer cautela. Aplicando um critério pragmático — hospitais com volume ≥200 episódios e letalidade que se afasta mais de 4 pontos percentuais da média nacional (11,7%) — emergem dois grupos:

Mortalidade acima do esperado (potencialmente justificada por perfil de casos)

- **ULS do Arco Ribeirinho**: 22,1% (92,6% urgências — perfil extremo de urgência)
- **ULS de Amadora/Sintra**: 17,6% (89,5% urgências)
- **ULS da Região de Leiria**: 18,9% (78,5% urgências, doentes mais idosos)
- **ULS do Algarve**: 15,3% (82,5% urgências)

Mortalidade abaixo do esperado (potencialmente boas práticas)

- **ULS de Loures/Odivelas**: 6,4% (38,2% urgências, mas volume limitado desde 2013)
- **ULS de Gaia/Espinho**: 8,2% (36,2% urgências — perfil mais electivo e jovem)
- **ULS de Braga**: 8,6% (53% urgências)

A leitura mais consistente é que **os hospitais com alta proporção de urgências têm mortalidade mais elevada** — não necessariamente por pior qualidade de cuidados, mas porque recebem os casos mais graves que não podem aguardar transferência. Os hospitais com perfil mais programado têm naturalmente melhores resultados brutos.

Um estudo robusto de outliers exigiria: (1) standardização por índice de comorbilidade (Elixhauser), (2) ajuste pela proporção de rotura, (3) controlo pela idade e sexo, e (4) intervalos de confiança adequados ao volume de cada centro.

Metodologia

Fonte: Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH), ACSS — dados de internamento hospitalar SNS, 2000–2024.

Unidade de análise: episódio de internamento (não o doente). Um mesmo doente pode ter múltiplos episódios.

Filtro de produção: `tipo_port_apr31 = 'Int'` (internamentos hospitalares). Excluídas linhas de ambulatório cirúrgico e médico-ambulatório.

Codificação clínica: ICD-9-CM até 2016 (com ~5,6% de episódios ICD-10 já em 2016 — `icd_versao='10'`); ICD-10-CM/PCS a partir de 2017. Todos os filtros de diagnóstico foram aplicados separadamente para cada sistema de codificação:

- *HSA/Cerebral roto*: ICD-9 códigos 430, 09487; ICD-10 família I60x
- *Cerebral não roto*: ICD-9 código 4373; ICD-10 código I671
- *Aorta torácica*: ICD-9 códigos 4411, 4412; ICD-10 códigos I711, I712
- *Aorta abdominal*: ICD-9 códigos 4413, 4414; ICD-10 códigos I713, I714
- *Aorta dissecante*: ICD-9 códigos 441.00–441.03; ICD-10 códigos I7101, I7103
- *Outros aneurismas*: ICD-9 família 442x; ICD-10 família I72x

Mortalidade hospitalar: `dsp = 20` (óbito durante o internamento).

Procedimentos cirúrgicos (endovascular vs. aberta):

- ICD-9: endovascular = 3971, 3973, 3978, 3979; aberta = 3844, 3834
- ICD-10: endovascular = família 04V03x, 04V00x (restrição percutânea da aorta); aberta = 02RX0JZ, 04R00JZ (recolocação aberta)

Quebras de série:

- 2007: entrada de linhas de ambulatório no extracto (volume total salta; filtro 'Int' mitiga o efeito)
- 2013: redefinição de episódio de internamento SNS (volume cai ~23%)
- 2016–2017: transição ICD-9 □ ICD-10 (descontinuidade nos procedimentos codificados)
- 2020: impacto da pandemia COVID-19 (~–14% de internamentos)

Transferências: análise restrita a 2000–2016 por degradação do campo `hosp_from` após 2017.

Ranking de hospitais: nomes reflectem a estrutura organizacional de 2025 (fusões ULS aplicadas retroactivamente pelo ACSS). Mínimo de 200 episódios para inclusão no ranking.

Dados **não ajustados por risco** — comparações directas entre hospitais devem ser interpretadas com cautela.

Efeito noite: não calculável com estes dados (campo `` `data_entrada` `` é do tipo DATE, sem componente horária).

Ilhas: Açores e Madeira identificados por código de distrito de residência (42, 43, 47, 31, etc.). Capacidade cirúrgica local limitada implica transferências para a Península não captadas nos GDH insulares.

Período de referência: 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2024. Dados de 2022–2024 para alguns tipos de aneurisma (aorta abdominal, torácica) podem estar incompletos por atrasos no fecho do extracto.

Fonte: Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (ACSS), 2000–2024. Valores agregados; células com n<5 suprimidas. · paginaum.pt/saude · 5 de junho de 2026