

3 de junho de 2026

Lúpus Eritematoso Sistémico nos Hospitais Portugueses: Análise 2000–2024

Entre 2000 e 2024, os hospitais do SNS registaram 44 093 episódios associados a Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), envolvendo 12 841 doentes identificáveis. A doença afeta predominantemente mulheres (82,5% dos episódios) em idade fértil e activa, com uma tendência de crescimento sustentado no volume de internamentos — de ~1 100 em 2000 para ~1 950 em 2024. A mortalidade intra-hospitalar mantém-se nos 3–4%, com a demora média de internamento a reduzir de 9,5 para 7,5 dias, reflexo da melhoria terapêutica e da crescente ambulatorização dos cuidados.

Lúpus Eritematoso Sistémico nos Hospitais Portugueses

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença autoimune crónica multissistémica que provoca inflamação generalizada e danos em múltiplos órgãos — rins, pulmões, coração, sistema nervoso e pele. Afeta desproporcionalmente mulheres em idade fértil e constitui uma causa relevante de internamento hospitalar recorrente. Esta análise cobre 25 anos de episódios hospitalares no SNS português (2000–2024), combinando as versões ICD-9-CM (até 2016) e ICD-10-CM/PCS (a partir de 2017).

44 093

Total de episódios hospitalares com LES (2000–2024)

Internamento e ambulatório; diagnóstico em qualquer das 10 posições

12 841

Doentes únicos identificados

Utentes com n_ficticio_utente válido; ligação mais fraca antes de 2006

82,5%

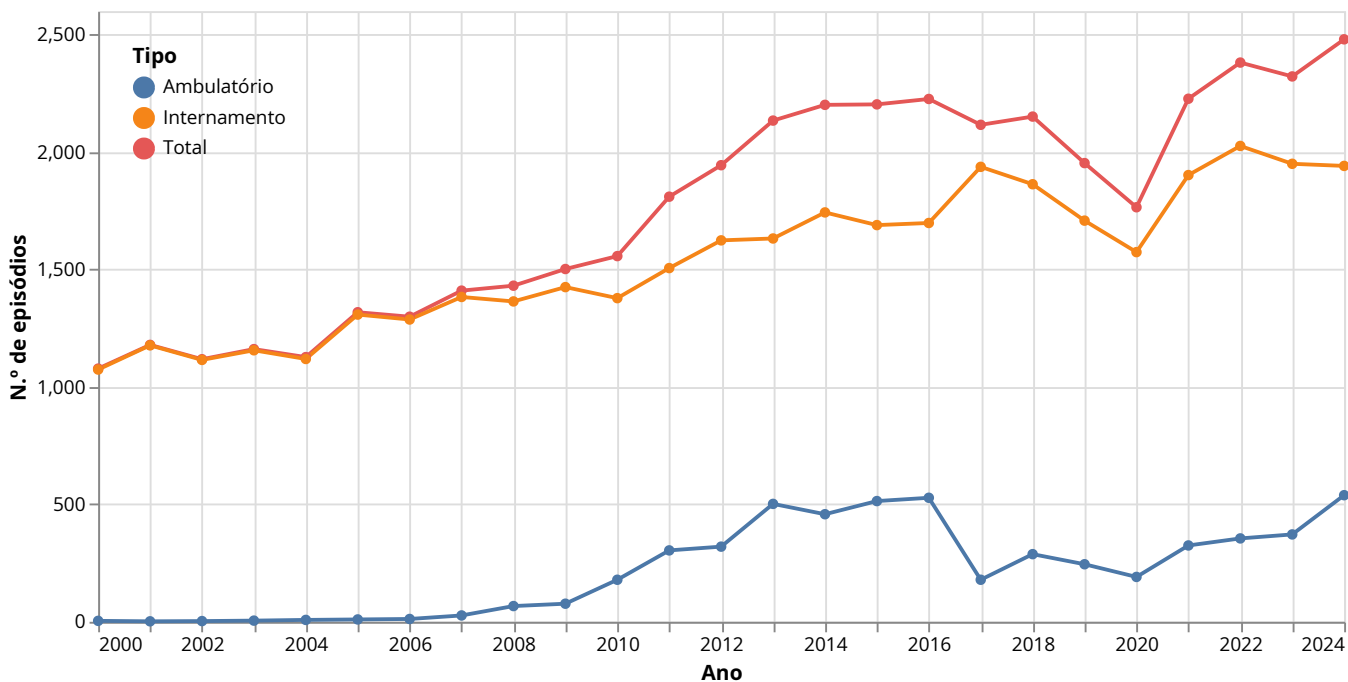
Proporção feminina

Padrão consistente com a epidemiologia global do LES (rácio ~9:1 F/M)

Evolução Anual dos Episódios

O volume total de episódios cresceu de forma quase contínua, passando de 1 078 em 2000 para 2 480 em 2024 — um aumento de **+130%** em 25 anos. Importa distinguir dois fenómenos: (1) o crescimento real dos internamentos, de ~1 100 para ~1 950/ano; (2) a entrada progressiva de episódios ambulatoriais a partir de 2007 (quebra de série), que passou de valores residuais para 539 em 2024. A queda visível em 2020 é consistente com o impacto da pandemia COVID-19 na atividade hospitalar programada.

Evolução anual de episódios de LES por tipo (2000–2024)

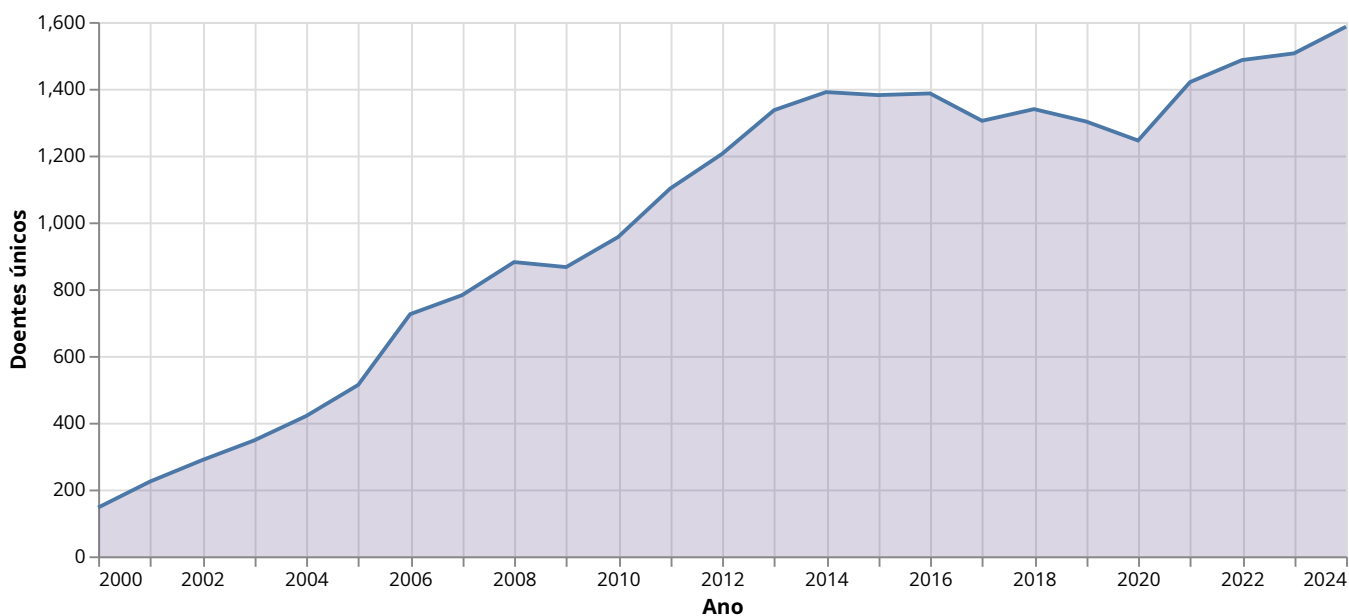


Quebras de série: 2007 (entrada de linhas ambulatoriais); 2013 (redefinição de internamento); 2020 (COVID-19). Fonte: BDMH/ACSS.

Doentes Únicos Identificados por Ano

O número de doentes únicos com episódios hospitalares de LES por ano cresceu de forma expressiva: de ~150 em 2000 para 1 586 em 2024. Os valores dos primeiros anos (2000–2005) são subestimados devido à menor cobertura do identificador de utente (até 26% de episódios sem ligação em 2000). A partir de 2017, a cobertura supera 99%, tornando os dados mais robustos.

Doentes únicos com LES por ano (episódios hospitalares SNS)

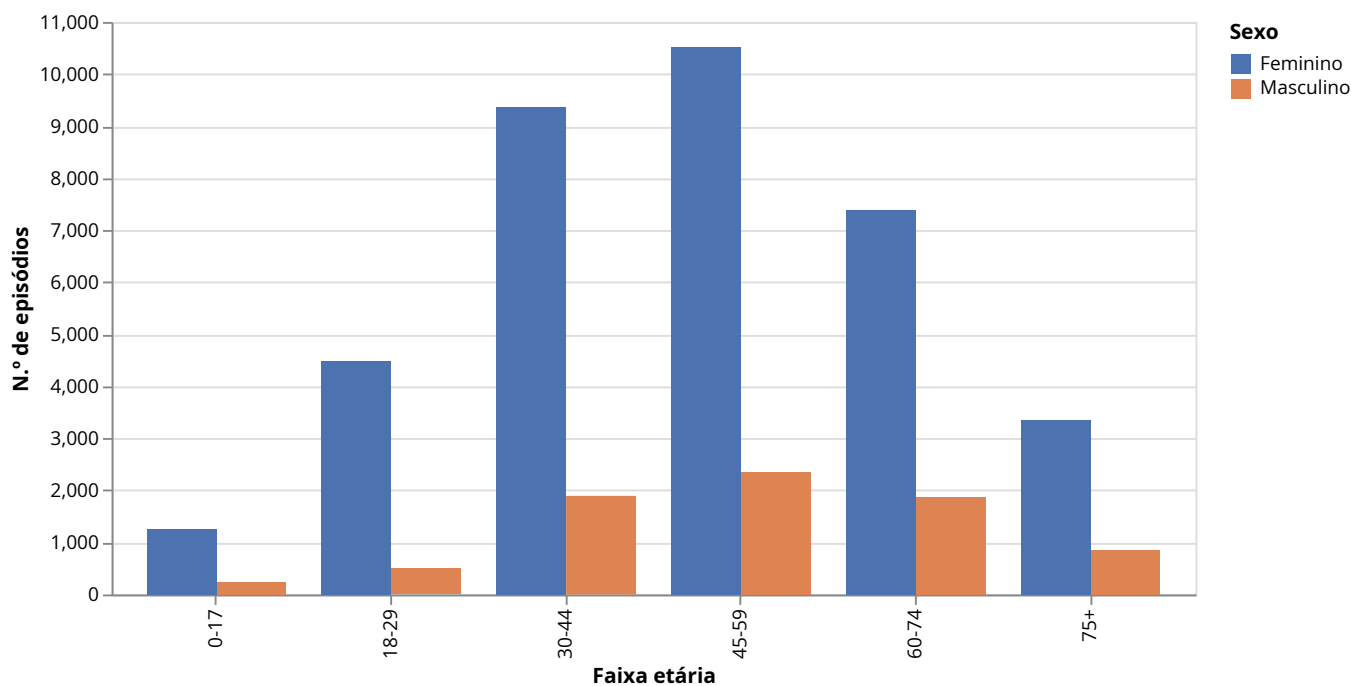


Valores 2000–2005 subestimados (menor cobertura do identificador de utente). Sentinelas excluídos. Fonte: BDMH/ACSS.

Perfil Demográfico: Sexo e Idade

O LES é inequivocamente uma doença predominantemente feminina: **82,5%** de todos os episódios hospitalares ocorreram em mulheres. A faixa etária dos 45–59 anos concentra o maior número de episódios, seguida pelos 30–44 anos, o que corresponde ao perfil clínico típico desta patologia — início na vida reprodutiva e pico de morbi-mortalidade na meia-idade.

Episódios de LES por faixa etária e sexo (2000–2024)



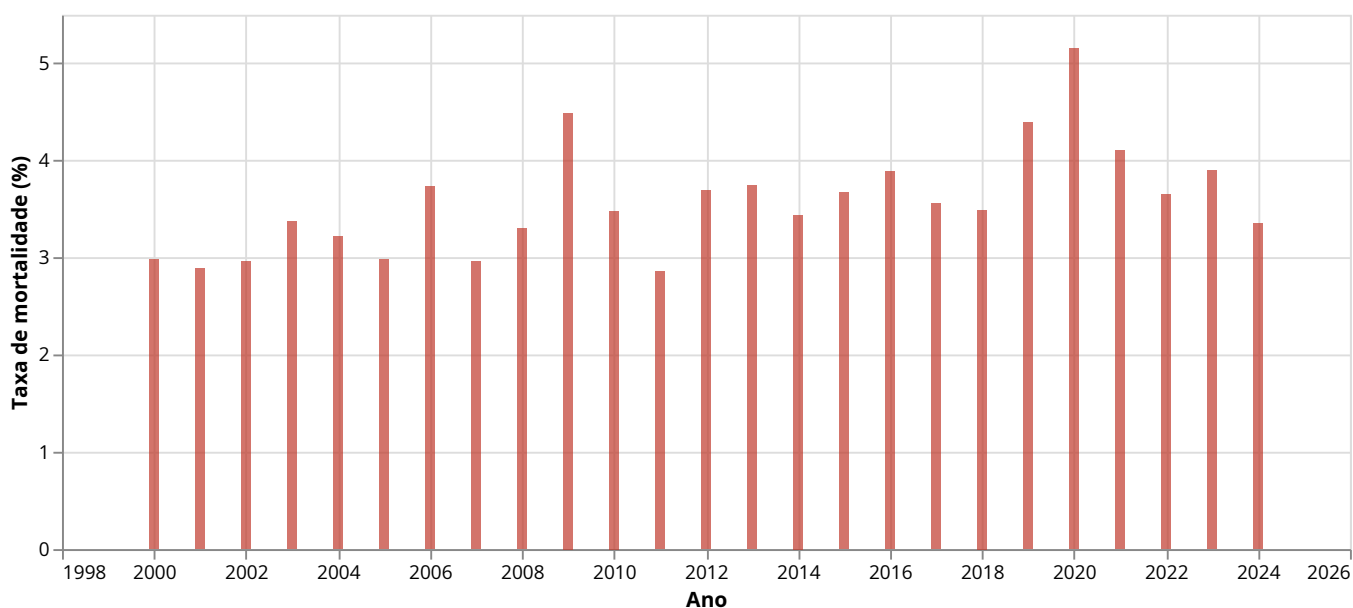
Todos os episódios (internamento + ambatório); diagnóstico LES em qualquer posição. Fonte: BDMH/ACSS.

Mortalidade Intra-Hospitalar

A taxa de mortalidade intra-hospitalar nos internamentos com LES situou-se em **3,61%** na globalidade do período. Verificou-se um pico em 2020 (5,15%), coincidente com a pandemia COVID-19, que agravou o prognóstico dos doentes imunossuprimidos. Nos últimos anos, a mortalidade regressou a valores próximos da média histórica (3,35% em 2024).

A mortalidade cresce acentuadamente com a idade: de ~0,7% nas crianças para **12,2% nos doentes com 75 ou mais anos**. Nos homens mais velhos (≥ 75 anos), a taxa de 10,8% é ligeiramente inferior à das mulheres da mesma faixa (12,2%), o que pode refletir uma menor sobrevivência inicial dos homens — chegando ao internamento mais tarde em trajetórias mais graves.

Taxa de mortalidade intra-hospitalar em internamentos com LES (% , 2000–2024)



Apenas internamentos (tipo_port_apr31='Int'); diagnóstico LES em qualquer posição 1–10. Pico em 2020 coincide com a pandemia COVID-19. Fonte: BDMH/ACSS.

Mortalidade intra-hospitalar por faixa etária e sexo (2000–2024)

Faixa etária	Sexo	Internamentos	Óbitos	Taxa (%)
0-17	Masculino	239	2	0,84
0-17	Feminino	1234	8	0,65
18-29	Masculino	467	7	1,5
18-29	Feminino	4299	41	0,95
30-44	Masculino	1290	21	1,63
30-44	Feminino	8603	109	1,27
45-59	Masculino	2234	54	2,42
45-59	Feminino	8417	252	2,99
60-74	Masculino	1733	95	5,48
60-74	Feminino	6248	350	5,6
75+	Masculino	797	86	10,79
75+	Feminino	3018	369	12,23

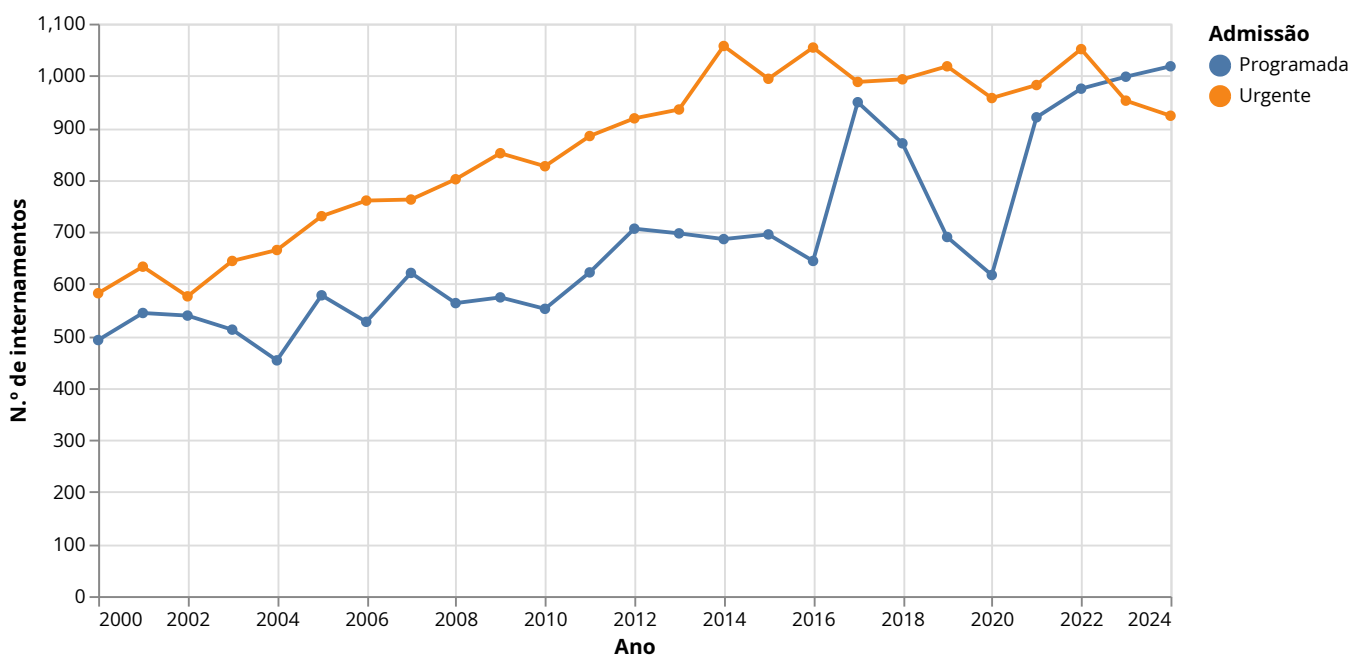
Internamentos com LES em qualquer posição de diagnóstico, todo o período 2000-2024.

Demora Média e Tipo de Admissão

A demora média de internamento por LES diminuiu significativamente: de **9,5 dias** (média 2000–2004) para **7,5 dias** (média 2020–2024), e atingiu um mínimo de **6,8 dias em 2024**. Esta evolução reflete melhorias terapêuticas, maior especialização dos centros de referência e uma gestão mais eficiente dos episódios agudos.

Quanto ao tipo de admissão, a maioria dos internamentos continua a ser por **via urgente** (51–60% do total até 2019), o que sublinha a natureza imprevisível dos surtos de LES. A partir de 2022–2023, pela primeira vez, os internamentos **programados** superam os urgentes, o que pode indicar maior proatividade no acompanhamento e controlo da doença.

Tipo de admissão nos internamentos com LES (2000–2024)

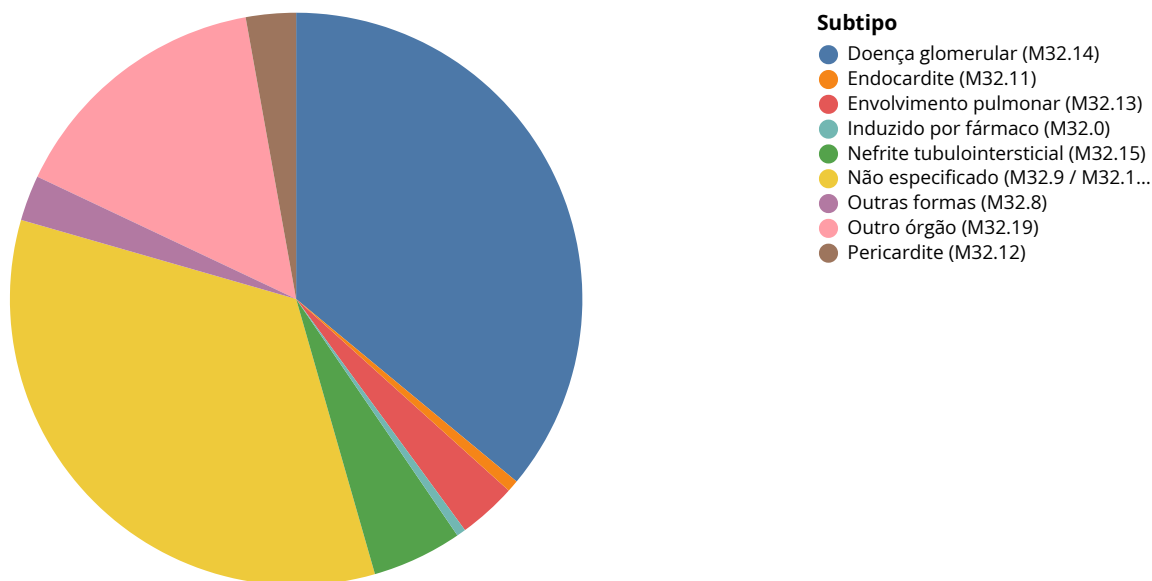


Internamentos com LES em qualquer posição de diagnóstico. Fonte: BDMH/ACSS.

Subtipos Clínicos de LES (ICD-10, desde 2017)

A partir de 2017, a codificação ICD-10 permite desagregar o LES pelos órgãos envolvidos quando este é diagnóstico principal. O achado mais relevante é a predominância do **envolvimento glomerular (nefrite lúpica)** — 36% de todos os episódios com LES como diagnóstico principal em ICD-10 — o que confirma que a nefrite lúpica é a complicação mais grave e frequente que motiva internamento hospitalar. O LES não especificado (M32.9 + M32.10) representa cerca de 34% dos casos, o que pode refletir tanto doença com apresentação multissistêmica não dominada por um único órgão como limitações de codificação.

Distribuição dos subtipos de LES como diagnóstico principal (ICD-10, 2017–2024)



Apenas episódios com LES como diagnóstico PRINCIPAL (d1), período 2017–2024, ICD-10. Fonte: BDMH/ACSS.

Comorbilidades Associadas

Nos internamentos com LES (2017–2024, ICD-10), as comorbilidades mais frequentemente codificadas revelam o perfil de risco cardiovascular, renal e metabólico típico desta população:

- **Hipertensão arterial** (I10) — presente em 2 242 episódios — é a comorbilidade mais prevalente, reflexo tanto da doença renal crónica associada ao LES como dos efeitos da corticoterapia prolongada.
- **Uso prolongado de corticosteróides** (Z79.52) em 1 650 episódios confirma que a terapêutica de base ainda é maioritariamente esteroide.
- **Síndrome antifosfolípido** (D68.61) em 880 episódios — complicação trombótica grave frequentemente associada ao LES.
- **Doença renal crónica** em múltiplos estádios (I12.0, N18.6, Z99.2) evidencia o impacto nefrológico a longo prazo.
- **Depressão major** (F32.9) em 485 episódios sublinha o peso da morbilidade mental nesta população.

Top 20 comorbilidades nos internamentos com LES (ICD-10, 2017–2024)

Código ICD-10	Diagnóstico	Frequência
I10	Hipertensão essencial (primária)	2242
Z79.52	Uso prolongado de esteróides sistêmicos	1650
E78.5	Hiperlipidemia, sem outra especificação	1284
D68.61	Síndrome antifosfolípido	880
Z79.01	Uso prolongado de anticoagulantes	802
I12.0	Doença renal crônica hipertensiva com estágio 5 / terminal	680
I25.10	Doença aterosclerótica do coração de artéria nativa	626
E66.9	Obesidade, sem outra especificação	553
M35.00	Síndrome seca (Sjögren)	545
Z79.82	Uso prolongado de aspirina	534
E03.9	Hipotireoidismo, sem outra especificação	518
Z79.899	Outra terapia farmacológica de longa duração	514
D64.9	Anemia, sem outra especificação	491
F32.9	Perturbação depressiva major, episódio único	485
E11.9	Diabetes mellitus tipo 2 sem complicações	476
Z37.0	Parto de criança única nascida viva	447
Z99.2	Dependência de diálise renal	427
N18.6	Doença renal crônica terminal	344
F17.200	Dependência de nicotina, sem complicações	332
N18.9	Doença renal crônica, sem outra especificação	316

Frequência = n.º de vezes que o código aparece em diagnósticos secundários (d2-d10) nos internamentos com LES como d1-d5. Período 2017-2024, ICD-10.

Distribuição Geográfica

Lisboa e Porto concentram, naturalmente, o maior volume absoluto de episódios — reflexo da população residente e da presença dos principais centros de referência para doenças autoimunes. Um valor atípico é o distrito de **Vila Real** (3 659 episódios), que ocupa o 4.º lugar nacional em volume. Este resultado deve-se ao facto de a Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (com sede em Vila Real) ser o hospital com maior volume total de episódios de LES no país (4 275), possivelmente por critérios de codificação locais ou por servir uma área de influência alargada.

Episódios de LES por distrito de residência (2000–2024)

Distrito	Episódios	Internamentos	Óbitos
Lisboa	10 509	9394	340
Porto	6604	5837	197
Setúbal	3807	3412	169
Vila Real	3659	2566	15
Aveiro	2596	2313	67
Viseu	2437	1793	44
Braga	2364	2069	44
Santarém	2045	1896	102
Coimbra	1956	1844	70
Leiria	1858	1673	79
Faro	1525	1418	89
Castelo Branco	1101	978	28
Guarda	676	642	32
Viana do Castelo	616	574	13
Évora	587	502	19
Portalegre	525	497	36
Bragança	499	473	24
Beja	480	453	17

Distrito de residência do utente. Total de episódios inclui internamento e ambulatório. Excluídos: distrito não identificado e ilhas (volumes reduzidos).

Hospitais com Maior Volume de Episódios

Os maiores hospitais universitários e centros de referência concentram a maioria dos internamentos complexos. Destaca-se a ULS de Santa Maria (Lisboa) e a ULS de Coimbra com os maiores volumes de internamentos e óbitos, o que é consistente com a função de referência terciária que estes centros desempenham para os casos mais graves de LES.

Top 15 hospitais por volume de episódios de LES (2000–2024)

Hospital	Total episódios	Internamentos	Óbitos
ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro	4275	3187	19
ULS de Santa Maria	3848	3465	108
ULS de Coimbra	3683	3539	107
ULS de São João	2820	2660	73
ULS de Santo António	2611	2322	68
ULS de São José	2542	2318	65
ULS de Lisboa Ocidental	1852	1743	71
ULS de Amadora / Sintra	1411	1263	46
ULS de Almada / Seixal	1291	1061	40
ULS do Algarve	1177	1097	78
ULS de Gaia / Espinho	900	688	27
ULS de Braga	757	602	15
ULS de Viseu Dão-Lafões	682	587	37
ULS da Arrábida	673	644	35
ULS do Alto Ave	666	621	10

Nomes dos hospitais refletem a estrutura organizacional de 2025 (ULS após fusões). Óbitos = dsp=20 em internamentos. Fonte: BDMH/ACSS.

Destino de Alta (2017–2024)

A grande maioria dos doentes internados com LES (93,2%) tem alta para o **domicílio**, o que reflete a natureza crónica da doença com episódios agudos tratáveis. Os óbitos representam 2,55% das altas neste período mais recente (2017–2024), valor ligeiramente inferior à média global do período 2000–2024 (3,61%), o que poderá refletir alguma melhoria terapêutica. Cerca de 2,4% são transferidos para outra instituição com internamento (hospitais de reabilitação ou unidades de cuidados continuados).

Síntese e Conclusões

O que os dados mostram:

1. **Volume crescente e sustentado:** Os episódios hospitalares de LES quase duplicaram em 25 anos (+130%), com crescimento simultâneo dos internamentos e, a partir de 2007, do ambulatório hospitalar.
2. **Doença predominantemente feminina:** 82,5% dos episódios ocorrem em mulheres, com pico nas faixas 30–44 e 45–59 anos — o perfil epidemiológico clássico do LES.
3. **Mortalidade estável mas com pico pandémico:** A taxa de mortalidade intra-hospitalar situa-se em torno de 3–4% ao longo de todo o período, com um pico em 2020 (5,2%) associado à COVID-19. A mortalidade aumenta exponencialmente com a idade, atingindo >12% nos idosos (≥ 75 anos).
4. **Nefrite lúpica como principal motivo de internamento grave:** 36% dos episódios com LES como diagnóstico principal (ICD-10) têm envolvimento glomerular, confirmando que o rim é o órgão mais frequentemente comprometido nos internamentos.
5. **Redução da demora média:** De 9,5 para 7,5 dias entre 2000–2004 e 2020–2024, com mínimo histórico de 6,8 dias em 2024, reflectindo maior eficiência clínica.
6. **Inversão da predominância das admissões urgentes:** Pela primeira vez em 2023–2024, os internamentos programados superam os urgentes — sinal potencial de melhor controlo e acompanhamento ambulatório da doença.
7. **Perfil de comorbilidade complexo:** Hipertensão, uso crónico de corticosteróides, síndrome antifosfolipídico e doença renal crónica dominam o padrão de comorbilidade, refletindo tanto a fisiopatologia da doença como os efeitos da imunossupressão prolongada.

Metodologia

Fonte de dados: Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH), ACSS — episódios de internamento e ambulatório hospitalar nos hospitais do SNS português, 2000–2024 (38,5 milhões de episódios no total).

Definição de caso: Episódio com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistémico em qualquer das posições de diagnóstico (d1 a d10), salvo indicação contrária. Códigos utilizados:

- **ICD-9-CM** (episódios até 2016): código `'7100'` (Lúpus Eritematoso Sistémico);
- **ICD-10-CM** (episódios a partir de 2017, e ~5,6% dos episódios de 2016): prefixo `'M32*'` (toda a família M32 do LES).

Tratamento das eras ICD: A análise utiliza ambas as versões, com o campo `'icd_versao'` por episódio a determinar qual a codificação aplicável. Séries longas (2000–2024) combinam os dois sistemas; análises de subtipo restringem-se à era ICD-10 (a partir de 2017).

Linhas de produção: Foram incluídos internamentos (`'tipo_port_apr31 = 'Int''`) e ambulatório hospitalar (`'tipo_port_apr31 = 'Amb''`). As análises de mortalidade e demora média restringem-se a internamentos. Episódios com `'dias_int = -1'` (sentinela, ~72 000 registos) foram excluídos dos cálculos de demora média.

Quebras de série assinaladas:

- 2007: entrada de linhas ambulatorias no extrato (salto no volume total);
- 2013: alteração da definição de internamento (redução de ~1,31M para ~1,01M internamentos no SNS);
- 2020: impacto da pandemia COVID-19 na atividade programada.

Doentes únicos: Contagem de `'n_ficticio_utente'` distintos, com exclusão de identificadores sentinela (`'sentinel_patient_ids'`). A ligação de utente é mais fraca antes de 2006 (até 26% de episódios sem identificador em 2000; <1% após 2017).

Mortalidade: Definida como `'dsp = 20'` (falecido durante o internamento).

Nomes dos hospitais: Refletem a estrutura organizacional de 2025 (após fusões em ULS), aplicada retroativamente a toda a série histórica.