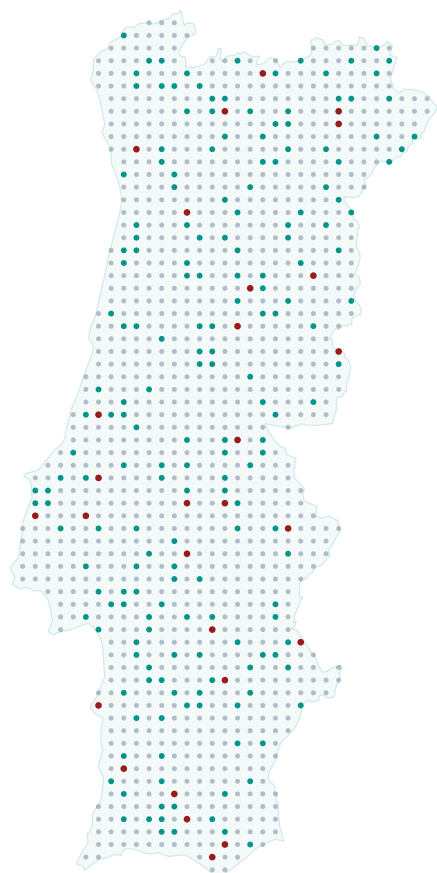




19 de julho de 2026

Traumatismo Craniano: Evolução da Mortalidade Hospitalar em Portugal (2000–2024)

por Jose Maria Pereira

Ao longo de 25 anos, os internamentos por traumatismo craniano nos hospitais do SNS português caíram 72% — de 11 500 para 3 200 por ano —, reflexo da melhoria da segurança rodoviária. Porém, a taxa de mortalidade hospitalar quase triplicou, passando de 5,7% em 2000 para 15,1% em 2024, impulsionada pelo envelhecimento acentuado da população internada e pela crescente preponderância das quedas em idosos como mecanismo de lesão. No total do período, registaram-se 163 564 internamentos e 14 625 óbitos hospitalares.

Contexto.

O traumatismo craniano (TC) é uma das principais causas de morte e incapacidade nos países desenvolvidos. Em Portugal, a sua epidemiologia hospitalar sofreu uma transformação profunda nas últimas duas décadas e meia: o declínio dos acidentes de viação graves, associado a políticas sucessivas de segurança rodoviária, reduziu drasticamente o número de casos internados. Em simultâneo, o envelhecimento demográfico fez emergir um novo perfil de doente — o idoso com queda —, com prognóstico intrinsecamente mais reservado. Este relatório analisa a evolução da mortalidade hospitalar por TC nos hospitais do SNS entre 2000 e 2024, com base na Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH/ACSS).

163 564

Total de internamentos (2000–2024)
Episódios de internamento com diagnóstico principal de lesão intracraniana (CCS 233)

14 625

Total de óbitos hospitalares (2000–2024)
Taxa de mortalidade global do período: 8,9%

5,7% ↗ 15,1%

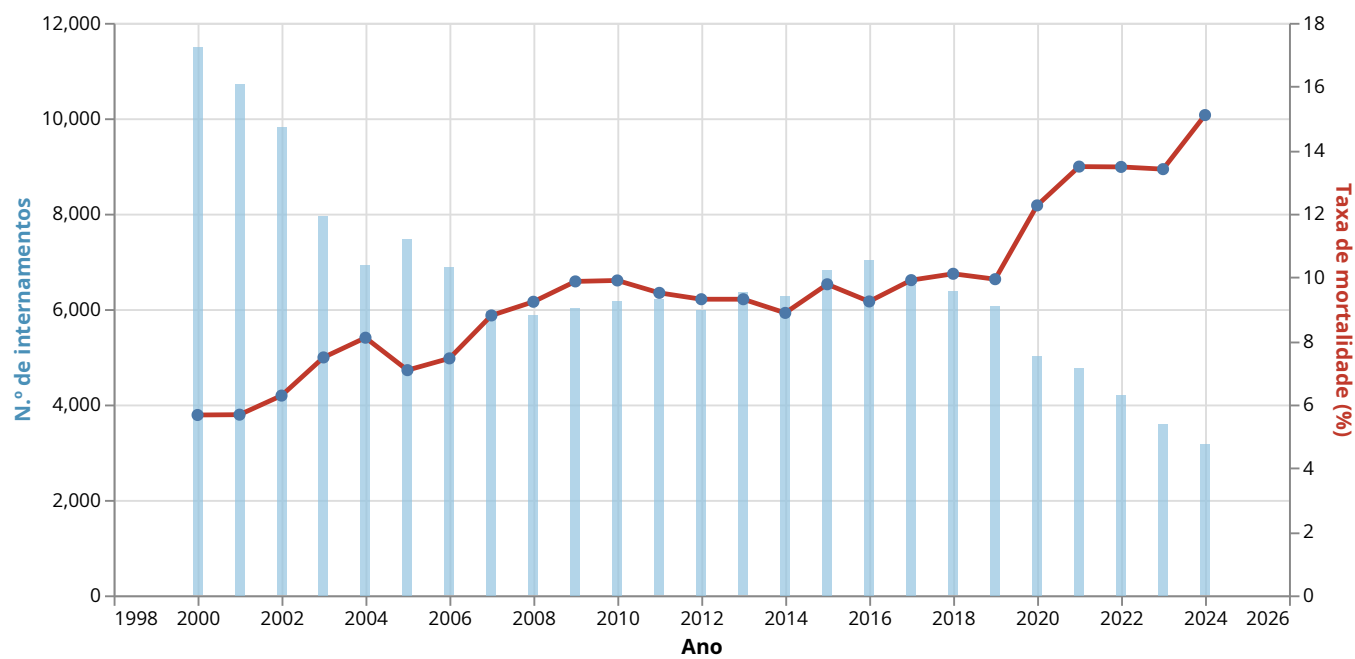
Variação da taxa de mortalidade
De 2000 para 2024 — quase triplicou, apesar da redução de 72% nos internamentos

1. Evolução dos Internamentos e da Mortalidade

A trajectória dos 25 anos é marcada por duas tendências opostas mas simultâneas. O volume de internamentos declinou de forma contínua e acentuada: de cerca de 11 500 casos em 2000 para pouco mais de 3 100 em 2024, uma redução de 72%. Esta queda é em larga medida atribuível à diminuição dos traumatismos graves por acidente de viação, cujos picos históricos dominavam o início da série.

Em sentido contrário, a taxa de mortalidade hospitalar subiu de 5,7% em 2000 para 15,1% em 2024. O pico mais abrupto ocorreu durante a pandemia de COVID-19 (2020–2021), quando a taxa saltou de ~10% para 13–13,5%, estabilizando depois em patamares elevados. O número absoluto de óbitos manteve-se relativamente estável ao longo de todo o período (entre 478 e 666 por ano), o que significa que se morre tanto — ou quase tanto — com uma fracção do volume de internamentos de há 25 anos.

Internamentos e Taxa de Mortalidade por Traumatismo Craniano (2000–2024)



Fonte: BDMH/ACSS. Internamentos (tipo_port_apr31='Int'), diagnóstico principal CCS 233. Barras: eixo esquerdo (internamentos); linha vermelha: eixo direito (mortalidade %).

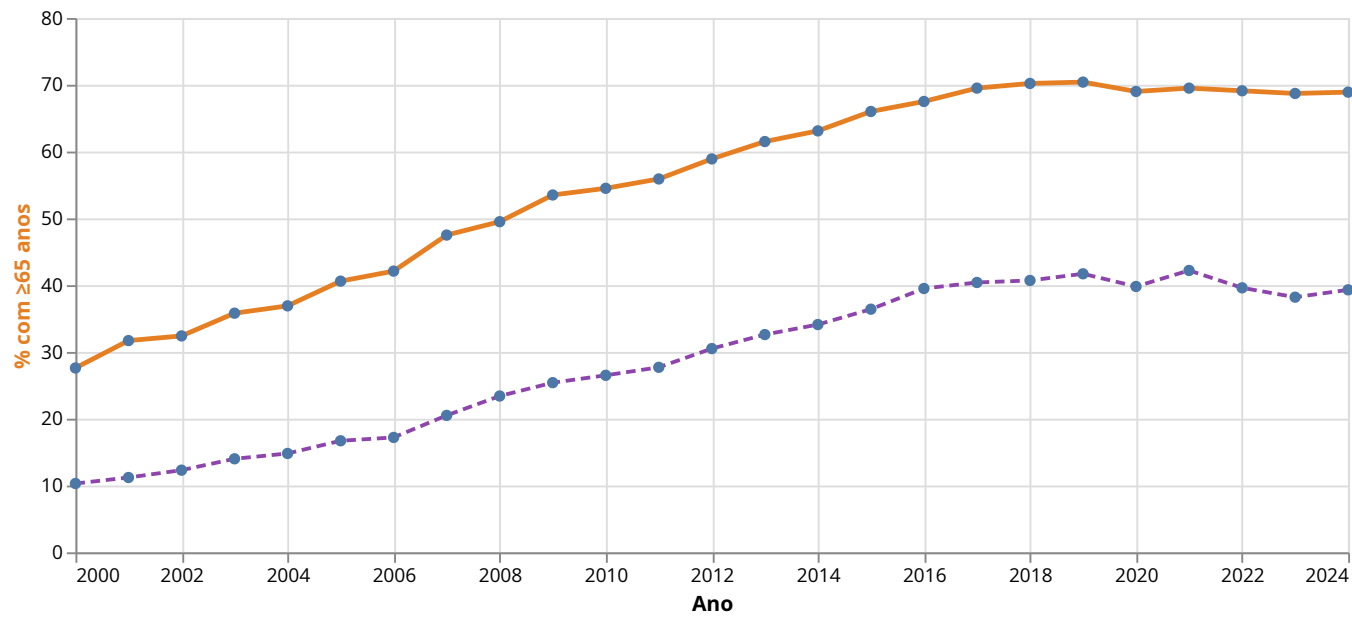
2. O Envelhecimento como Motor da Mortalidade

A transformação mais significativa na epidemiologia hospitalar do TC é a inversão da pirâmide etária dos doentes internados. Em 2000, apenas 28% dos doentes tinham 65 ou mais anos e 10% tinham 80 ou mais. Em 2024, esses valores atingem 69% e 39%, respectivamente.

Esta mudança reflecte dois processos em simultâneo: a redução drástica dos traumatismos em adultos jovens (acidentes de viação) e o aumento absoluto das quedas em idosos, que se tornaram o mecanismo dominante de TC. As quedas produzem lesões com características distintas — frequentemente hematomas subdurais crónicos ou agudos sobre um cérebro já envelhecido, com menor reserva funcional —, o que eleva estruturalmente a mortalidade.

A idade média à entrada subiu de 42 anos em 2000 para 67 anos em 2024, e a demora média de internamento passou de 6 para cerca de 15 dias, ambos indicadores do aumento da complexidade clínica.

Composição Etária dos Internamentos por TC (% de doentes com ≥65 e ≥80 anos)



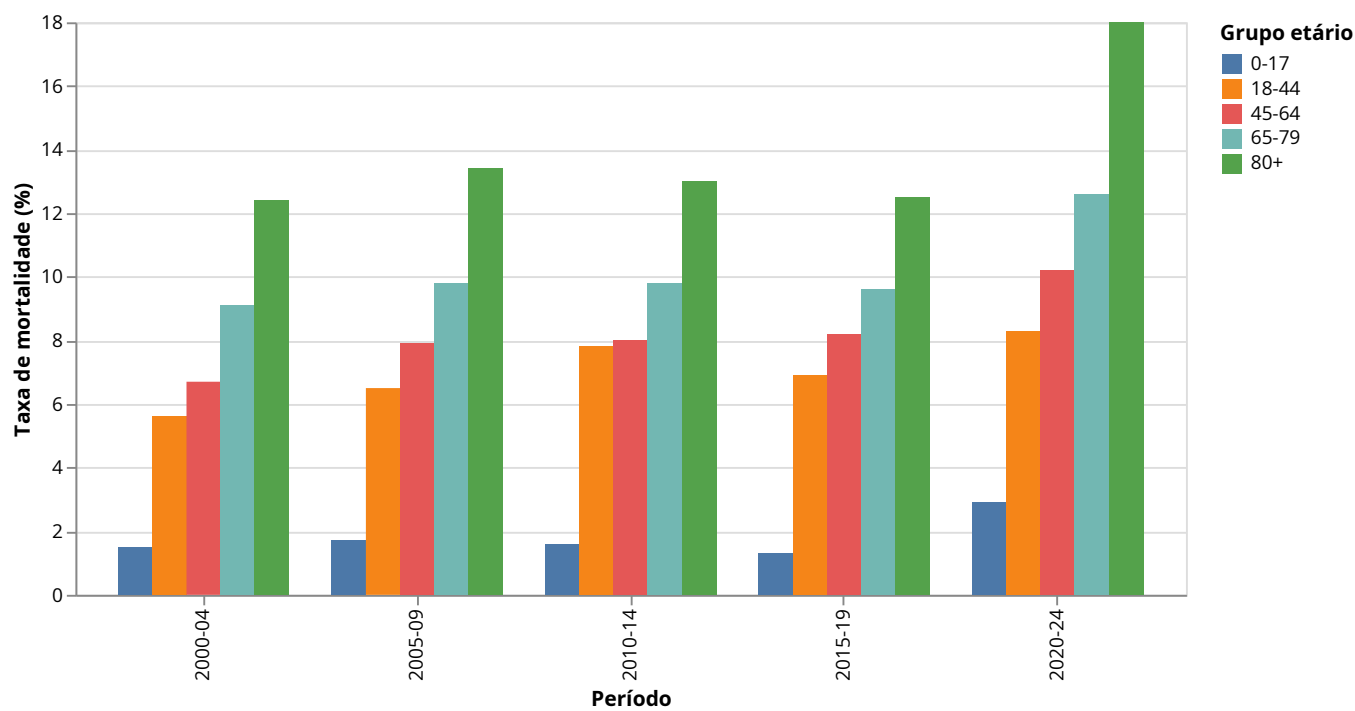
Linha laranja: % com ≥65 anos (eixo esquerdo). Linha roxa tracejada: % com ≥80 anos (mesma escala). Fonte: BDMH/ACSS.

3. Mortalidade por Grupo Etário: o Impacto Transversal

A análise por grupo etário e período quinquenal revela que o aumento da mortalidade não é um artefacto da composição etária — ocorre *dentro de cada faixa etária* ao longo do tempo, com especial intensidade após 2020.

Nos doentes com **80 ou mais anos**, a mortalidade passou de 12,4% no período 2000–04 para 18,0% no período 2020–24. Nos **65–79 anos**, de 9,1% para 12,6%. Mesmo nos grupos mais jovens se observa uma tendência crescente, embora mais moderada. O salto pós-2020 é transversal a todas as faixas e sugere um efeito combinado da pandemia de COVID-19 — quer directamente (co-infecção, menor capacidade de resposta dos serviços) quer pela selecção de casos mais graves que chegam a internar.

Taxa de Mortalidade Hospitalar por Grupo Etário e Período Quinquenal



Fonte: BDMH/ACSS. Episódios de internamento, diagnóstico principal CCS 233, 2000–2024.

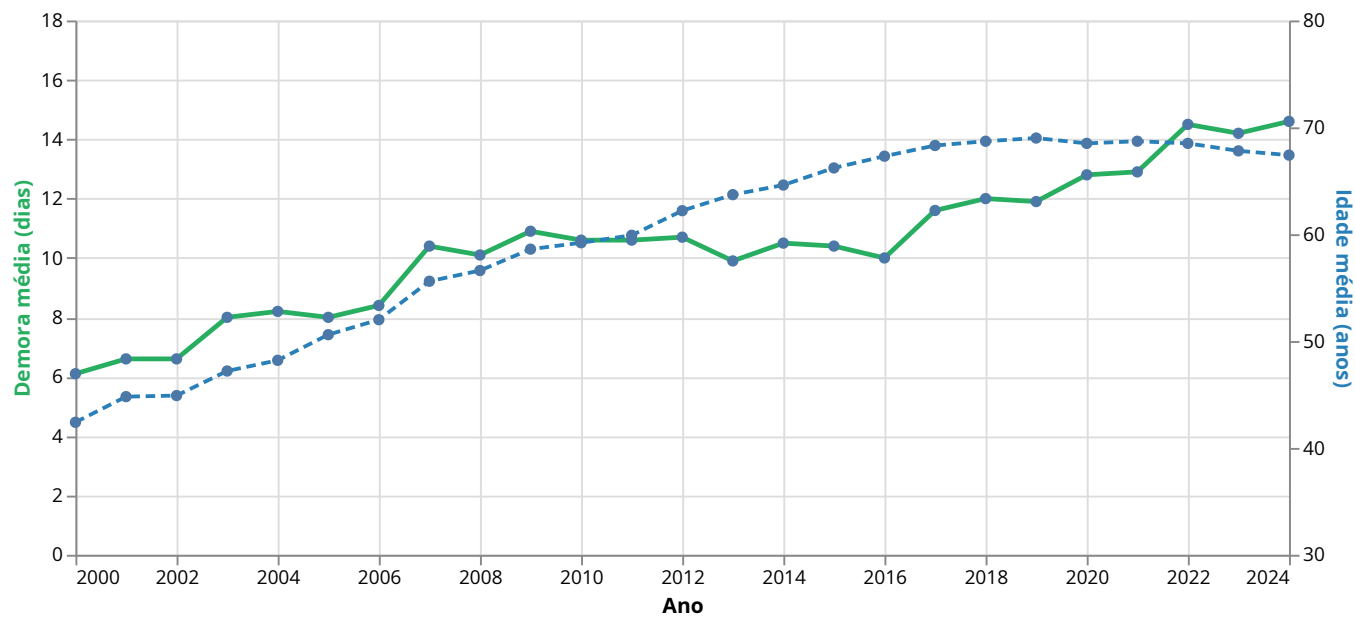
4. Perfil Clínico: Demora Média e Admissão de Urgência

Dois indicadores adicionais ilustram a transformação clínica dos doentes internados com TC.

A **demora média de internamento** aumentou de forma consistente: de 6,1 dias em 2000 para 14,6 dias em 2024. Este aumento reflecte a maior complexidade dos doentes idosos, que frequentemente requerem cuidados intensivos prolongados, gestão de anticoagulação (muito prevalente nos idosos com quedas), e planeamento de alta para cuidados continuados.

A **proporção de admissões urgentes** manteve-se acima dos 95–99% ao longo de toda a série, confirmando que o TC é quase exclusivamente uma patologia de urgência. A ligeira descida observada em 2017 (de ~99% para ~91%) é provavelmente um artefacto de codificação na transição para o ICD-10, sem significado clínico.

Demora Média de Internamento e Idade Média (2000–2024)



Linha verde: demora média em dias (eixo esquerdo). Linha azul tracejada: idade média à admissão em anos (eixo direito). Fonte: BDMH/ACSS.

5. Série Anual de Referência

A tabela seguinte consolida todos os indicadores anuais analisados neste relatório.

Traumatismo Craniano — Indicadores Anuais de Internamento (2000–2024)

Ano	Internamentos	Óbitos	Mortalidade (%)	Idade média	Demora média (dias)	≥65 anos (%)	≥80 anos (%)	Masculino (%)
2000	11 483	651	5,67	42,4	6,1	27,6	10,3	64,5
2001	10 723	609	5,68	44,8	6,6	31,7	11,2	66,2
2002	9804	616	6,28	44,9	6,6	32,4	12,3	64,1
2003	7952	595	7,48	47,2	8	35,8	14	64,6
2004	6930	561	8,1	48,2	8,2	36,9	14,8	64,1
2005	7475	529	7,08	50,6	8	40,6	16,7	62,7
2006	6871	512	7,45	52	8,4	42,1	17,2	61
2007	5955	524	8,8	55,6	10,4	47,5	20,5	62,8
2008	5862	541	9,23	56,6	10,1	49,5	23,4	62,2
2009	6016	594	9,87	58,6	10,9	53,5	25,4	62,5
2010	6174	611	9,9	59,2	10,6	54,5	26,5	61,2
2011	6202	590	9,51	59,9	10,6	55,9	27,7	59,9
2012	5986	557	9,31	62,2	10,7	58,9	30,5	59
2013	6351	591	9,31	63,7	9,9	61,5	32,6	58,6
2014	6275	557	8,88	64,6	10,5	63,1	34,1	58,6
2015	6813	666	9,78	66,2	10,4	66	36,4	57,4
2016	7027	649	9,24	67,3	10	67,5	39,5	57
2017	6500	644	9,91	68,3	11,6	69,5	40,4	58
2018	6371	644	10,11	68,7	12	70,2	40,7	56,6
2019	6058	602	9,94	69	11,9	70,4	41,7	57,9
2020	5015	615	12,26	68,5	12,8	69	39,8	59,2
2021	4771	643	13,48	68,7	12,9	69,5	42,2	60,1
2022	4196	565	13,47	68,5	14,5	69,1	39,6	61
2023	3589	481	13,4	67,8	14,2	68,7	38,2	60,9
2024	3165	478	15,1	67,4	14,6	68,9	39,3	60,6

Fonte: BDMH/ACSS. Episódios de internamento (tipo_port_apr31='Int'), diagnóstico principal CCS 233 (Intracranial injury).

6. Conclusões

1. Dupla trajectória, paradoxo aparente. A queda de 72% nos internamentos e a quase triplicação da taxa de mortalidade são duas faces do mesmo processo: menos casos chegam ao hospital — os ligeiros deixaram progressivamente de ser internados —, mas os que chegam são mais graves, mais velhos e com menor capacidade de recuperação.

2. A transição do acidente de viação para a queda do idoso. Em 2000, o TC era predominantemente uma patologia do jovem adulto vítima de sinistro rodoviário; em 2024, é maioritariamente um problema geriátrico. Esta mudança tem implicações directas para a organização dos serviços: os protocolos de neurocirurgia e de cuidados intensivos foram desenhados para o primeiro perfil, mas o segundo requer competências adicionais em geriatria, avaliação do risco cirúrgico no idoso e planeamento de cuidados continuados.

3. O impacto da COVID-19 como disruptor. O salto de ~10% para ~13% de mortalidade em 2020–2021 — e a subida posterior para 15% em 2024 — sugere que a pandemia agravou estruturalmente os resultados nesta patologia, quer por selecção de casos, quer por pressão sobre os serviços de neurocirurgia e cuidados intensivos.

4. O desafio demográfico é crescente. Com 39% dos internamentos a corresponderem a doentes com 80 ou mais anos e uma mortalidade de 18% nesse grupo no período 2020–24, o TC no idoso configura um dos maiores desafios de saúde pública para os próximos anos — potencialmente agravado pelo aumento da prescrição de anticoagulantes nessa população.

Metodologia

Fonte: Base de Dados de Morbilidade Hospitalar (BDMH), ACSS, anos 2000 a 2024.

Universo: Episódios de internamento hospitalar no SNS (tipo_port_apr31 = 'Int'). Excluídos episódios de cirurgia ambulatória e ambulatório médico.

Definição de caso: Diagnóstico principal classificado na categoria CCS 233 — *Intracranial injury* (AHRQ Clinical Classifications Software). Esta categoria agrega os traumatismos e lesões intracranianas em ambas as versões do ICD utilizadas na BDMH: ICD-9-CM (episódios até 2016, e alguns de 2016 já em ICD-10) e ICD-10-CM/PCS (episódios a partir de 2017). O mapeamento CCS harmoniza ambas as eras e assegura a comparabilidade longitudinal.

Mortalidade hospitalar: Definida como destino de alta igual a 20 (óbito). Não inclui mortes após a saída do hospital.

Quebras de série: (a) 2007 — entrada de linhas ambulatorias no extracto BDMH, que afecta a contagem total mas não os internamentos filtrados aqui; (b) 2013 — alteração na definição de internamento (redução de ~1,3M para ~1,0M episódios no total do SNS); (c) 2020 — impacto da pandemia de COVID-19. Estas quebras são identificadas e contextualizadas na análise.

Demora média: Calculada apenas para episódios com dias_int ≥ 0 (excluídos ~72 000 registos sentinela com dias_int = -1, maioritariamente de 2009–2011).

Nomes de hospitais: Reflectem a estrutura organizacional de 2025 (fusões ULS aplicadas retroactivamente); as séries por hospital são internamente consistentes mas não reflectem os nomes históricos.

Período da análise: 2000–2024 (25 anos).