European Commission

Estado da Saúde na UE

Portugal

Perfil de saúde do país 2021

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

A série de perfis de saúde por país

Os perfis de saúde por país da iniciativa *Estado da Saúde na UE* apresentam uma panorâmica concisa e relevante da saúde e dos sistemas de saúde na UE/Espaço Económico Europeu. Realçam as características e os desafios específicos de cada país por comparação com outros países. Visam apoiar os decisores políticos e os influenciadores através de um instrumento de aprendizagem mútua e intercâmbios voluntários.

Os perfis são fruto do trabalho conjunto da OCDE e do European Observatory on Health Systems and Policies, em cooperação com a Comissão Europeia. A equipa agradece as valiosas observações e sugestões apresentadas pela rede do Health Systems and Policy Monitor, pelo Comité da Saúde da OCDE e pelo Grupo de Peritos da UE para a Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde.

Índice

1. DESTAQUES 3
2. A SAÚDE EM PORTUGAL 4
3. FATORES DE RISCO 7
4. O SISTEMA DE SAÚDE 8
5. DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE 12
   5.1 Eficácia 12
   5.2 Acessibilidade 15
   5.3 Resiliência 18
6. PRINCIPAIS CONCLUSÕES 22

Fontes de dados e de informação

Os dados e as informações constantes destes perfis por país baseiam-se sobretudo nas estatísticas oficiais nacionais fornecidas ao Eurostat e à OCDE, que foram validadas para garantir os mais elevados níveis de comparabilidade dos dados. As fontes e os métodos subjacentes a estes dados estão disponíveis na base de dados do Eurostat e na base de dados sobre saúde da OCDE. Certos dados adicionais provêm também do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), dos inquéritos sobre o comportamento das crianças em idade escolar no que diz respeito à saúde (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como de outras fontes nacionais.

Salvo indicação em contrário, as médias calculadas da UE são médias ponderadas dos 27 Estados-Membros. Estas médias da UE não incluem a Islândia nem a Noruega.

Este perfil foi concluído em setembro de 2021, com base nos dados disponíveis no final de agosto de 2021.

Contexto demográfico e socioeconómico em Portugal, 2020

Fatores demográficos	Portugal	UE
População	10 295 909	447 319 916
Percentagem da população com mais de 65 anos (%)	22.1	20.6
Taxa de fecundidade[1] (2019)	1.4	1.5
Fatores socioeconómicos		
PIB per capita (EUR PPC2)	23 062	29 801
Taxa de pobreza relativa[3] (%, 2019)	17.2	16.5
Taxa de desemprego (%)	6.9	7.1

1. Número de filhos por mulher com idade entre os 15 e os 49 anos. 2. Entende-se por «paridade de poder de compra» (PPC) a taxa de conversão cambial que equipara o poder de compra de diferentes moedas eliminando as diferenças nos níveis de preços entre os países. 3. Percentagem de pessoas que vivem com menos de 60 % da mediana do rendimento disponível equivalente. Fonte: Base de dados do Eurostat.

Declaração de exoneração de responsabilidade: As opiniões expressas e os argumentos desenvolvidos no presente documento são da exclusiva responsabilidade dos autores e não refletem necessariamente a posição oficial da OCDE ou dos seus países membros nem do European Observatory on Health Systems and Policies ou de qualquer um dos seus parceiros. Os pontos de vista expressos no presente documento não podem, de modo algum, ser tomados como refletindo a posição oficial da União Europeia.

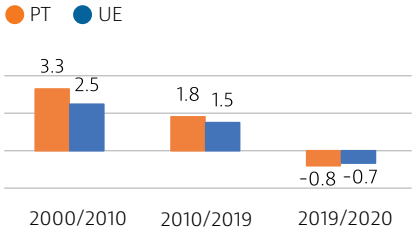
O presente documento e todos os dados e mapas dele constantes não afetam o estatuto ou a soberania sobre qualquer território, a delimitação de fronteiras e limites internacionais e a designação de qualquer território, cidade ou região.

Declaração de exoneração de responsabilidade adicionais aplicáveis à OMS.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Destaques

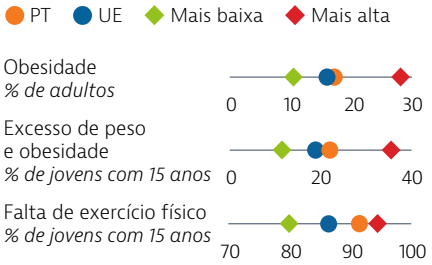
Em Portugal, a esperança de vida é ligeiramente superior à média da UE, mas diminuiu quase um ano em 2020 devido às mortes causadas pela COVID-19. Embora o sistema de saúde português proporcione acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, a pandemia de COVID-19 veio realçar algumas debilidades de caráter estrutural, nomeadamente um baixo investimento em profissionais e equipamentos de saúde. Contudo, a pandemia também estimulou diversas práticas inovadoras cujo uso alargado pode tornar o sistema de saúde mais resiliente no futuro.



Aumento da esperança de vida

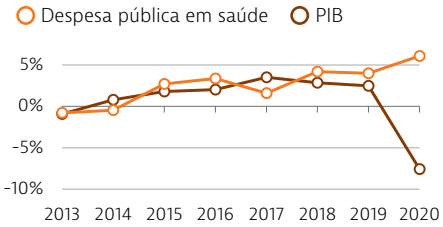
Estado da saúde

Em 2020, a esperança de vida em Portugal era seis meses superior à média da UE, embora tenha diminuído temporariamente 0,8 anos entre 2019 e 2020 devido às mortes por COVID-19 — uma redução próxima da média da UE. Antes da pandemia, a esperança de vida em Portugal registou um aumento superior a cinco anos entre 2000 e 2019. O peso das doenças não transmissíveis é elevado, sendo que as doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte.



Fatores de risco

Em Portugal, cerca de um terço de todas as mortes registadas em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais. O excesso de peso e a obesidade constituem um problema de saúde pública cada vez maior nos adultos e jovens. Em 2018, 22 % dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, um valor superior à média europeia. O baixo nível de exercício físico é um fator que tem contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e de obesidade.



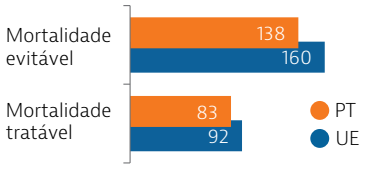
Variação anual em termos reais

Sistema de saúde

Em Portugal, as despesas de saúde per capita e as despesas de saúde como percentagem do PIB são, desde há muitos anos, inferiores à média da UE. Em 2019, Portugal gastou 2 314 EUR per capita no domínio da saúde, o que equivale a menos um terço do que a média da UE de 3 521 EUR, sendo que as despesas de saúde representaram 9,5 % do PIB (abaixo da média da UE de 9,9 %). Em 2020, a pandemia de COVID-19 conduziu a um aumento da despesa pública com a saúde, ao passo que o PIB registou uma descida acentuada.

Eficácia

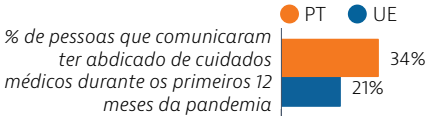
Em 2018, a mortalidade por causas evitáveis e tratáveis em Portugal foi inferior à média da UE. Todavia, Portugal ficou aquém de alguns países da UE (como a Espanha, a França e a Itália) no que respeita à mortalidade evitável, o que sugere que é possível fazer mais para salvar vidas mediante a redução dos fatores de risco das principais causas de morte, como o cancro e as doenças cardiovasculares.



Taxa de mortalidade padronizada pela idade por 100 000 habitantes, 2018

Acessibilidade

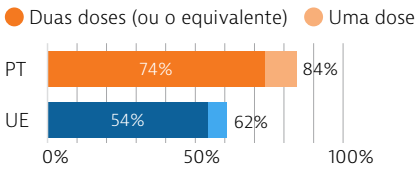
Em 2019, uma proporção muito reduzida de pessoas comunicou ter algumas necessidades médicas não satisfeitas devido ao custo, à distância ou aos tempos de espera, embora essa proporção fosse superior para as pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo. As necessidades de cuidados médicos não satisfeitas foram muito superiores para todos os grupos da população durante a pandemia de COVID-19. Contudo, a rápida expansão das teleconsultas ajudou a manter o acesso aos cuidados de saúde durante a pandemia.



% de pessoas que comunicaram ter abdicado de cuidados médicos durante os primeiros 12 meses da pandemia

Resiliência

Portugal foi um dos países da UE mais atingidos pela pandemia de COVID-19. A estratégia de testagem abrangente foi apoiada por uma capacidade laboratorial suficiente, mas a contenção da transmissão comunitária revelou-se um desafio. No final de agosto de 2021, 74 % da população portuguesa já tinha recebido duas doses (ou o equivalente) de uma vacina contra a COVID-19.



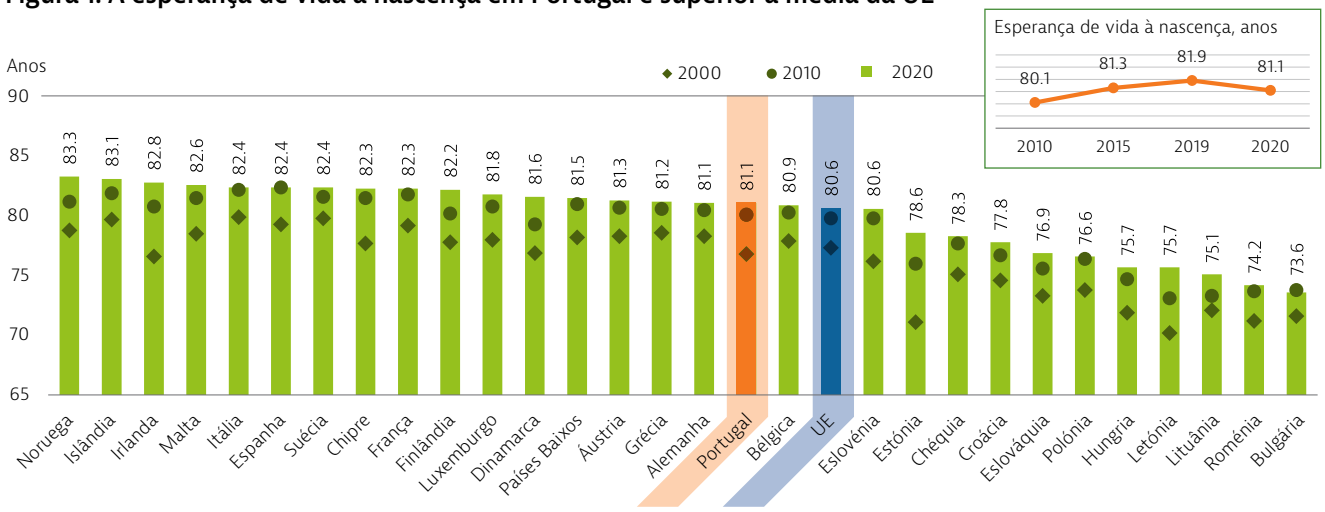
Percentagem da população total vacinada contra a COVID-19, dados relativos a finais de Agosto 2021

2 A saúde em Portugal

A esperança de vida em Portugal é superior à média da UE, mas diminuiu em 2020 devido à COVID-19

Em 2020, a esperança de vida à nascença em Portugal foi seis meses superior à média da UE, embora a maioria dos países da Europa Ocidental tenham uma esperança de vida mais elevada (Figura 1). Entre 2000 e 2019, a esperança de vida em Portugal aumentou mais de cinco anos (de 76,8 anos para 81,9 anos), mas diminuiu temporariamente 0,8 anos em 2020 devido às mortes por COVID-19.

Figura 1. A esperança de vida à nascença em Portugal é superior à média da UE



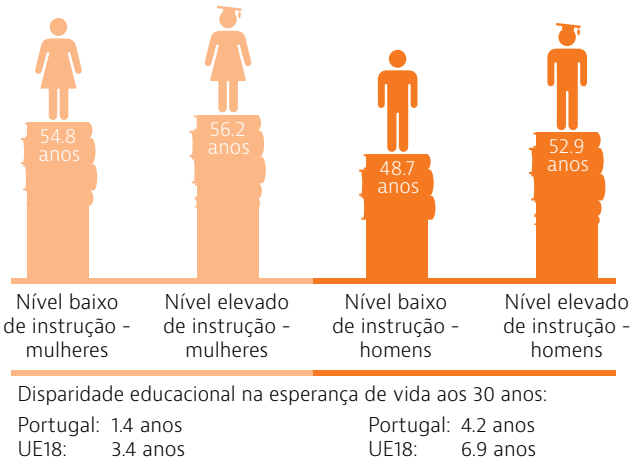
Nota: A média da UE é ponderada. Os dados da Irlanda referem-se a 2019.
Fonte: Base de dados do Eurostat.

As disparidades entre homens e mulheres no que respeita à esperança de vida são grandes

Tal como noutros países da UE, continua a haver uma disparidade substancial entre homens e mulheres no que toca à esperança de vida. Em 2020, as mulheres tinham uma esperança de vida mais de seis anos superior à dos homens (84,1 anos em oposição a 78,0 anos). Esta disparidade entre homens e mulheres é ligeiramente superior à média da UE (5,5 anos) e pouco tem diminuído nas últimas duas décadas.

Embora as disparidades na esperança de vida por estatuto socioeconómico sejam menos pronunciadas em Portugal do que em muitos outros países da UE, são ainda assim significativas. Em 2017, a esperança de vida dos homens portugueses com o nível de instrução mais baixo aos 30 anos de idade era aproximadamente quatro anos inferior à dos homens com um nível de instrução mais alto. Em relação às mulheres portuguesas, esta disparidade na esperança de vida devido ao hiato educacional era de cerca de 1,5 anos (Figura 2). Estas diferenças em termos de longevidade por nível de instrução podem ser explicadas, em parte, pelas diferenças nos níveis de rendimento, pela exposição a fatores de risco e pelo acesso aos cuidados de saúde (ver secção 5.2).

Figura 2. Os portugueses com habilitações de nível superior vivem mais um a quatro anos do que os portugueses com os níveis de instrução mais baixos



Nota: Os dados referem-se à esperança de vida aos 30 anos de idade. Por nível elevado de instrução entende-se a conclusão de um curso do ensino superior (CITE 5-8), ao passo que por nível baixo de instrução entende-se a não conclusão do ensino secundário (CITE 0-2).
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2017).

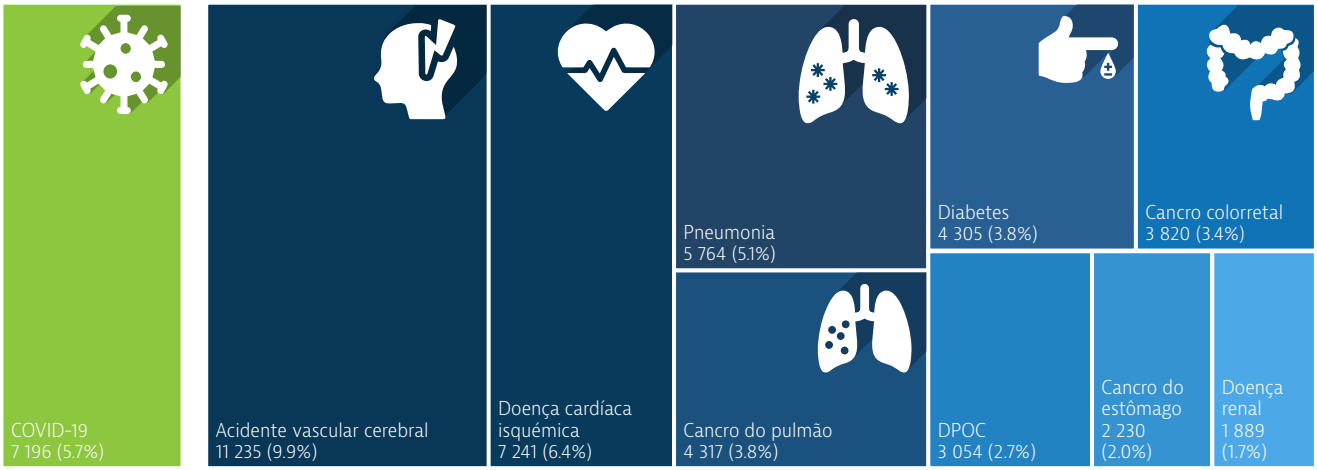
As doenças cardiovasculares e o cancro eram as principais causas de morte antes da pandemia de COVID-19

Apesar da redução substancial da mortalidade por AVC e doença cardíaca isquémica nas duas últimas décadas, estas constituíram as duas principais causas de morte em Portugal em 2018 (Figura 3). A pneumonia e outras doenças respiratórias, como a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), também contribuíram para uma parte substancial das mortes. O cancro do pulmão e o cancro colorretal foram as causas de morte por cancro mais comuns.

Em 2020, a COVID-19 foi responsável por mais de 7 000 mortes em Portugal (quase 6 % de todas as mortes), sendo que dois terços destas mortes ocorreram em idosos com 80 anos ou mais (DGS, 2020a). Até ao final de agosto de 2021, registaram-se 10 500 mortes adicionais em Portugal, resultando numa taxa de mortalidade por COVID-19 ligeiramente superior à média dos países da UE, com cerca de 1 720 mortes por milhão de habitantes comparativamente com uma média da UE de 1 590.

Contudo, o indicador mais amplo de mortalidade em excesso, definido como as mortes por todas as causas acima do que seria normalmente esperado com base em dados dos anos anteriores, sugere que o número de mortes direta e indiretamente relacionadas com a COVID-19 poderia ser superior em 2020. O número de mortes em excesso entre março e dezembro de 2020 (cerca de 14 000) foi quase o dobro das mortes por COVID-19 registadas, embora muitas destas mortes em excesso possam não estar relacionadas com a pandemia.

Figura 3. O AVC e a doença cardíaca isquémica são as principais causas de morte, mas em 2020 a COVID-19 foi responsável por muitas mortes



Nota: O número e a percentagem de mortes por COVID-19 referem-se a 2020, ao passo que o número e a percentagem das outras causas de morte referem-se a 2018. A dimensão da caixa relativa à COVID-19 é proporcional à dimensão das outras principais causas de morte em 2018.
Fontes: Eurostat (para as causas de morte em 2018), ECDC (para as mortes por COVID-19 em 2020, até à semana 53).

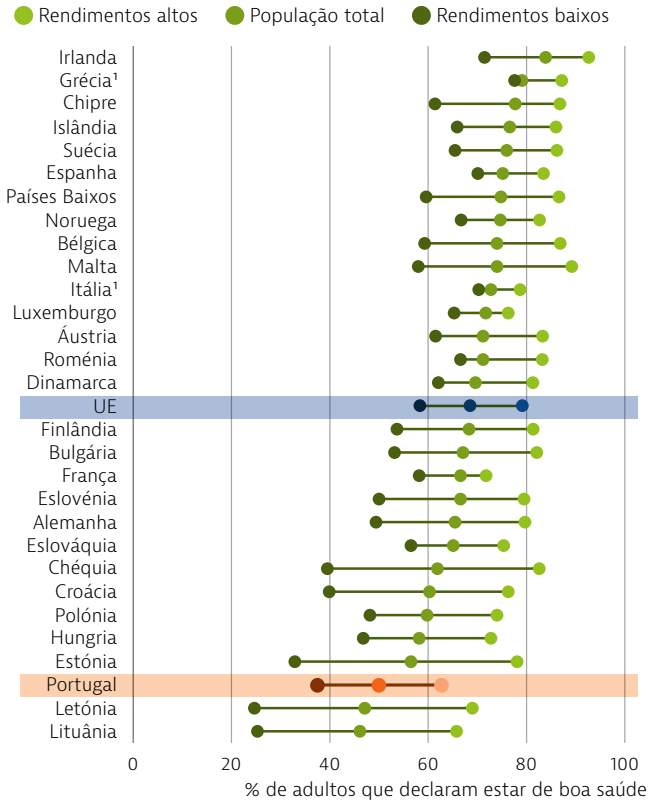
Apenas metade dos portugueses afirmam estar de boa saúde, com grandes disparidades por escalão de rendimentos

Em 2019, cerca de metade da população com 16 anos ou mais em Portugal afirmou estar de boa saúde, comparativamente com mais de dois terços na UE (Figura 4). Algumas destas diferenças podem dever-se a fatores culturais que afetam a forma como é comunicada a autoavaliação do estado de saúde. Tal como noutros países, as disparidades na autoavaliação do estado de saúde entre os diversos escalões de rendimentos são substanciais: 63 % dos portugueses no quintil de rendimentos mais alto afirmam estar de boa saúde, em comparação com apenas 38 % no quintil mais baixo. Os homens são mais propensos a classificar o seu estado de saúde como bom (56 %) do que as mulheres (45 %).

Em Portugal, mais de quatro em cada dez adultos sofrem de uma doença crónica

Em 2019, 41 % dos portugueses com idade igual ou superior a 16 anos comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica — uma proporção superior à da UE (36 %), de acordo com o inquérito EU-SILC. Muitas destas doenças crónicas aumentam o risco de desenvolver complicações graves associadas à COVID-19. À semelhança do que acontece com a autoavaliação do estado de saúde, existe uma disparidade na prevalência por escalão de rendimentos: 48 % dos adultos portugueses no escalão de rendimentos mais baixo comunicaram sofrer de pelo menos uma doença crónica, em comparação com 35 % no escalão mais alto.

Figura 4. Os portugueses atribuem uma classificação mais baixa ao seu estado de saúde do que a maioria dos outros cidadãos da UE



Nota: 1. As percentagens relativas à população total e à população com baixos rendimentos são praticamente iguais.
Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC (dados relativos a 2019).

A pandemia de COVID-19 conduziu a elevados níveis de sofrimento psicológico na população

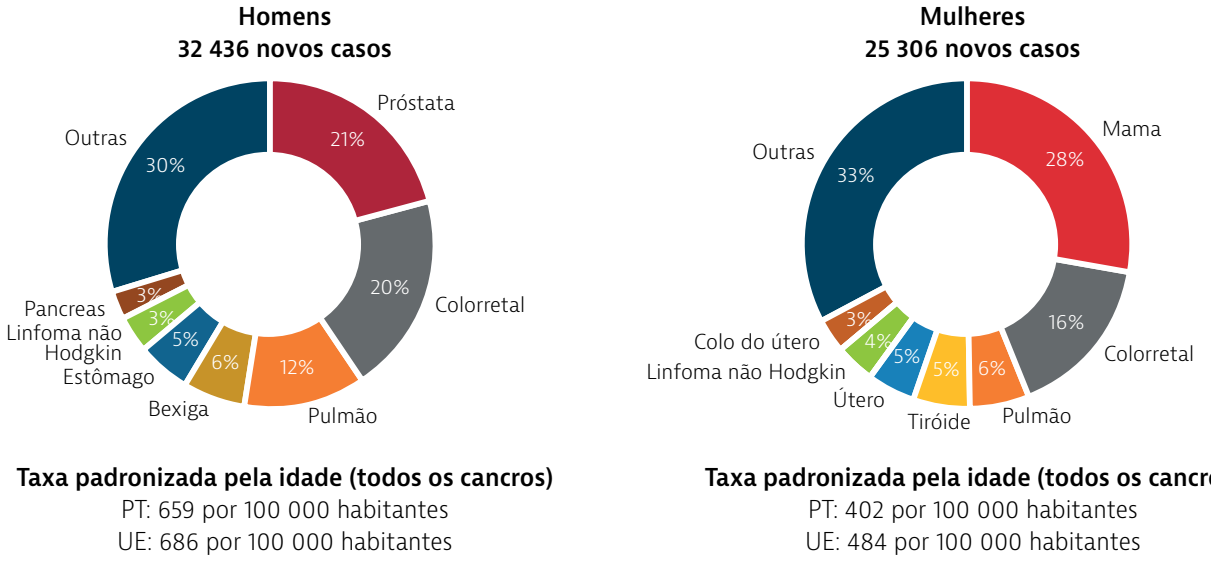
Tal como noutros países da UE, a saúde mental de muitos portugueses deteriorou-se durante a pandemia de COVID-19. Um inquérito nacional realizado entre maio e julho de 2020 revelou que 27 % da população tinha sintomas de ansiedade moderada a grave, e que aproximadamente a mesma percentagem (26 %) tinha sintomas de depressão e de stress pós-traumático (Almeida et al., 2020). As mulheres, os jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos, os desempregados e as pessoas com rendimentos mais baixos apresentaram taxas mais elevadas de sofrimento psicológico moderado a grave. As preocupações com o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal, a insegurança relativa ao emprego e rendimento e a perda do apoio social foram importantes fatores de deterioração da saúde mental da população em geral.

Em Portugal, pessoa carga de doença provocada pelo cancro é substancial

Embora a incidência do cancro em Portugal seja inferior à média da UE, a carga de doença originada pelo cancro continua a ser substancial. Segundo as estimativas do Joint Research Centre da Comissão Europeia, que se basearam nas tendências de incidência dos anos anteriores, em 2020 esperavam-se cerca de 58 000 novos casos de cancro e cerca de 30 000 mortes por cancro em Portugal[1].

A Figura 5 mostra que os cancros da próstata (21 %), colorretal (20 %) e do pulmão (12 %) são os cancros mais comuns nos homens, ao passo que nas mulheres o cancro da mama é o cancro que regista maior incidência (28 %), seguido do cancro colorretal (16 %) e do cancro do pulmão (6 %). Em 2016, Portugal lançou o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, que promove a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento do cancro, propiciando ao mesmo tempo um acesso equitativo a todos os cidadãos (DGS, 2020b) (ver secção 5.1).

Figura 5. Em 2020, esperavam-se cerca de 58 000 novos casos de cancro em Portugal



Taxa padronizada pela idade (todos os cancros)
PT: 659 por 100 000 habitantes
UE: 686 por 100 000 habitantes

Taxa padronizada pela idade (todos os cancros)
PT: 402 por 100 000 habitantes
UE: 484 por 100 000 habitantes

Nota: Com exceção do cancro da pele (não melanoma); o cancro do útero não inclui o cancro do colo do útero.
Fonte: Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS).

1. De referir que estas estimativas foram feitas antes da pandemia de COVID-19, a qual pode ter tido um efeito nas taxas de incidência e de mortalidade por cancro em 2020.

3 Fatores de risco

Os fatores de risco comportamentais e ambientais têm um impacto significativo na mortalidade

Cerca de um terço (30 %) de todas as mortes registadas em Portugal em 2019 podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao tabagismo, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de exercício físico. Não obstante, esta percentagem é inferior à média da UE (39 %). Em 2019, a poluição atmosférica sob a forma de partículas finas ($PM_{2,5}$) e a exposição ao ozono contribuíram, por si só, para cerca de 2 % de todas as mortes, percentagem esta que também é inferior à média da UE (Figura 6).

Figura 6. Cerca de um terço das mortes podem ser atribuídas a fatores de risco comportamentais e ambientais

Nota: O número total de mortes relacionadas com estes fatores de risco é menor do que a soma dos fatores considerados individualmente, porque a mesma morte pode ser atribuída a mais de um fator de risco. Os riscos alimentares incluem 14 componentes, tais como a baixa ingestão de fruta e de legumes e o elevado consumo de bebidas açucaradas. A poluição atmosférica refere-se à exposição às $PM_{2,5}$ e ao ozono.
Fontes: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimativas relativas a 2019).

As taxas de tabagismo têm diminuído, mas o consumo de álcool em idade adulta continua acima da média da UE

A proporção de adultos que fumam diariamente diminuiu de cerca de um quinto em 2000 (21 %) para 14 % em 2019, situando-se abaixo da média da UE (20 %). As taxas de tabagismo entre os jovens de 15 anos também diminuíram na última década. Em 2018, 11 % dos jovens com 15 anos em Portugal afirmaram ter fumado cigarros no último mês (contra 16 % em 2014) — uma proporção inferior à média da UE de 18 % (Figura 7).

Em Portugal, o consumo de álcool em idade adulta tem diminuído gradualmente na última década (de 11,3 litros em 2010 para 10,4 litros em 2019), mas continua ligeiramente acima da média da UE (10,1 litros). A proporção de jovens com 15 anos que comunicaram em 2018 já ter atingido estados de embriaguez pelo menos uma vez na vida foi relativamente baixa (14 % por oposição a uma média de 24 % na UE).

A obesidade é um problema de saúde pública crescente em todas as faixas etárias

As taxas de obesidade nos adultos portugueses aumentaram na última década. Com base na avaliação que os próprios fazem do seu estado de saúde, 17 % dos adultos eram obesos em 2019[2], uma taxa ligeiramente superior à média da UE (16 %). Existe uma forte ligação entre a obesidade e o estatuto socioeconómico: em 2019, 22 % dos adultos portugueses sem o nível de ensino secundário eram obesos, em comparação com apenas 9 % dos adultos com o ensino superior. As taxas de excesso de peso e de obesidade nos adolescentes também aumentaram em Portugal na última década. Em 2018, mais de um em cada cinco jovens de 15 anos tinha excesso de peso ou era obeso — uma proporção maior do que na maioria dos outros países da UE (22 % por oposição a uma média de 19 % na UE).

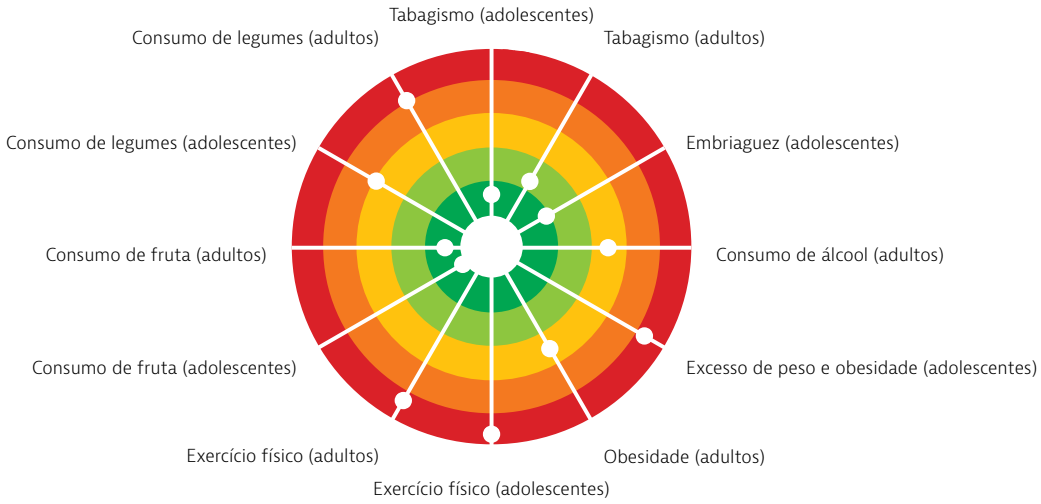
A recente adoção de medidas para promover hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis visa combater o excesso de peso e a obesidade. Entre estas contam-se, nomeadamente, a aplicação de impostos sobre os alimentos e refrigerantes com elevado teor calórico, a adoção de restrições em matéria de publicidade de alimentos nocivos dirigida a menores de 16 anos, a reformulação de produtos alimentares, por exemplo, limitando a quantidade de sal, e a prescrição da prática de exercício físico (OCDE, 2019; Simões et al., 2017; ver secção 5.1).

2. Todavia, com base nos dados reais do peso e da altura das pessoas, a taxa de obesidade nos adultos é muito mais alta, situando-se em 29 % em 2015.

A prática de exercício físico nos adultos e adolescentes está entre as mais baixas dos países da UE

Um fator que tem contribuído para o aumento das taxas de excesso de peso e de obesidade é o baixo nível de exercício físico. Em 2014, apenas 57 % dos adultos portugueses declararam fazer exercício físico semanal moderado, uma percentagem mais baixa do na maioria dos outros países da UE (a média da UE foi de 64 %). A proporção de adolescentes portugueses que declararam fazer exercício diariamente também está entre as mais baixas da UE. Este é especialmente o caso das raparigas adolescentes: só 5 % das raparigas com 15 anos em Portugal comunicaram fazer exercício físico moderado todas as semanas em 2018, comparado com 12 % dos rapazes com 15 anos (as médias da UE são 10 % para as raparigas e 18 % para os rapazes).

Figura 7. A falta de exercício físico, o excesso de peso e a obesidade são problemas de saúde pública preocupantes



Nota: Quanto mais próximo o ponto estiver do centro, melhor é o desempenho do país comparativamente aos outros países da UE. Nenhum país está na «zona branca», porquanto existe margem para realizar progressos em todos os países em todos os domínios.
Fontes: Cálculos da OCDE com base no inquérito HBSC de 2017-2018 para os indicadores relativos aos adolescentes, nas estatísticas da saúde da OCDE, nas estatísticas EU-SILC de 2017 e nas estatísticas baseadas no EHIS de 2014 e 2019 para os indicadores relativos aos adultos.

4 O sistema de saúde

O Serviço Nacional de Saúde português é financiado por impostos e coexiste com outros sistemas de saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é um sistema universal financiado por impostos aplicáveis a todos os residentes em Portugal. Apesar do direito estabelecido por lei em 2001 conferido aos imigrantes não-documentados de usufruir dos serviços de saúde públicos, estes continuam na prática a enfrentar algumas barreiras no acesso aos cuidados de saúde.

Em Portugal, o Ministério da Saúde centraliza a maioria das atividades de planeamento e de regulação, e tal mecanismo de governação manteve-se para implementar as medidas necessárias para gerir a pandemia de COVID-19 (caixa 1). As cinco administrações regionais de saúde são responsáveis pela gestão estratégica da saúde da população a nível local, pela supervisão dos hospitais do SNS, pela gestão direta dos prestadores e centros de cuidados de saúde primários públicos, bem como pela execução dos objetivos da política de saúde nacional. Em 2018, foram transferidas várias competências para os municípios, nomeadamente, o planeamento, a gestão e o investimento em novas unidades de cuidados de saúde primários, a gestão e manutenção das infraestruturas de cuidados de saúde primários existentes, a gestão dos diversos profissionais nos centros de cuidados de saúde primários e a participação em programas de saúde de promoção da saúde comunitária promotores de estilos de vida saudáveis e do envelhecimento saudável. Em 2019, im relatório de avaliação dos primeiros impactos desta reforma mencionou os vários resultados positivos alcançados, especificamente um melhor acesso aos cuidados de saúde por parte das pessoas que sofrem de doenças crónicas e o alargamento da cobertura de serviços, tais como a saúde mental, a nutrição e a saúde oral (Ministério da Saúde, 2019a).

O SNS coexiste com outros dois sistemas, concretamente, os subsistemas de saúde e os regimes privados de seguro voluntário de saúde (SVS). Os subsistemas de saúde são regimes especiais de seguro de saúde que proporcionam cobertura a determinadas profissões ou setores (como é o caso do regime dos funcionários públicos e dos funcionários do setor bancário). Os SVS têm um papel complementar, facilitando o acesso a tratamentos hospitalares e a consultas ambulatórias no setor privado. Em 2017, cerca de 25 % da população estava abrangida por um subsistema de saúde ou por um regime de SVS (Simões et al., 2017).

Caixa 1. A resposta de Portugal à crise da COVID-19 esteve concentrada nas instituições nacionais

Não obstante o facto das administrações regionais de saúde coordenarem as medidas a nível regional e comunicarem com os hospitais e com as unidades de cuidados de saúde primários, cabe ao Ministério da Saúde liderar a resposta do sistema nacional de saúde à pandemia de COVID-19. A Direção-Geral da Saúde, por intermédio da sua Task Force para a COVID-19, formula e coordena as medidas de saúde pública delineadas no plano de contingência desenvolvido para dar resposta à crise, sendo que as autoridades de saúde regionais e locais coordenam a resposta a nível subnacional. A Direção-Geral também coordena a vigilância epidemiológica e o rastreio de contactos, ao passo que o Instituto Nacional de Saúde coordena a atividade laboratorial e disponibiliza dados para o desenvolvimento de políticas e de medidas em matéria de saúde pública.

Quando foram identificados os primeiros casos de COVID-19, em março de 2020, Portugal adotou uma série de medidas de contenção que conduziram ao primeiro confinamento total do país. Este confinamento incluiu o encerramento de espaços públicos, escolas e serviços de acolhimento de crianças, a proibição de ajuntamentos de pessoas, restrições de viagem e a proibição de visitas a instituições de cuidados continuados e prisões (ver secção 5.3).

Também foi elaborado um plano de contingência específico para dar resposta à pandemia de COVID-19 (DGS, 2020c). Este plano delineou as principais medidas a aplicar em cada fase da pandemia a nível nacional, definiu a liderança nacional, regional e local e estabeleceu o mecanismo de coordenação entre as várias partes interessadas em todo o sistema de saúde. Através deste plano, os serviços de cuidados de saúde primários foram adaptados ao novo contexto e a rede hospitalar foi reorganizada. Concretamente, alguns hospitais do SNS foram inteiramente dedicados ao tratamento de doentes com COVID-19, ao passo que o setor privado apoiou o SNS com os cuidados de saúde não programados, sempre que necessário.

A legislação que regulamenta a declaração do estado de emergência concedeu ao governo poderes acrescidos ainda que limitados no tempo, para aplicar políticas como o estabelecimento do confinamento obrigatório, no domicílio ou numa instituição de saúde, para todos os casos confirmados de COVID-19 e para todos os casos isolados por decisão das autoridades de saúde pública, a requisição temporária, por parte das autoridades públicas, da capacidade de prestação de cuidados de saúde às unidades de cuidados de saúde privadas e a requisição temporária de profissionais de saúde dos setores público e privado para auxiliar no tratamento de doentes com COVID-19.

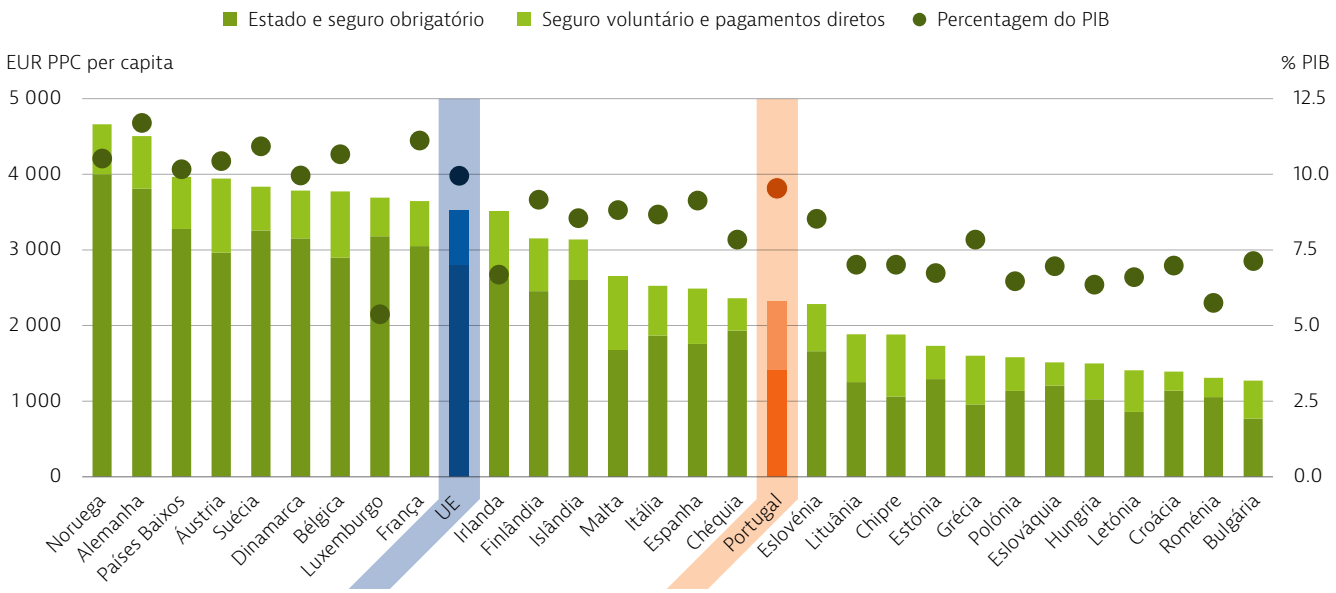
Fonte: COVID-19 Health System Response Monitor..

Portugal gasta menos no domínio da saúde do que a média da UE

As medidas de consolidação orçamental adotadas ao abrigo do programa de ajustamento económico de Portugal de 2011 conduziram a uma redução das despesas totais de saúde entre 2010 e 2013. Na sequência de um crescimento constante desde 2013, embora modesto, em 2019 Portugal gastou 2 314 EUR per capita em saúde (ajustados em função das diferenças no poder de compra), ou seja, mais de um terço abaixo da média da UE de 3 523 EUR (Figura 8). Em 2019, as despesas de saúde em percentagem do PIB foram de 9,5 % — também inferiores à média da UE de 9,9 %.

Em 2020, mediante a execução do Plano de Melhoria da Resposta do SNS, aprovado em 2020, Portugal aumentou o orçamento para a saúde em 800 milhões de EUR, a fim de afetar recursos adicionais para dar resposta à pandemia de COVID-19 — um aumento de 6 % em relação ao orçamento público para a saúde de 2019. O plano baseia-se num quadro de investimento plurianual, que inclui a construção de novos hospitais do SNS e a melhoria de instalações e de equipamentos. Além disso, o plano sublinha a necessidade de um enquadramento para proporcionar uma maior autonomia das entidades do SNS para recrutarem 8 400 profissionais de saúde em 2020 e 2021. O plano também visa reforçar a gestão do desempenho do SNS — nomeadamente através da afetação de 100 milhões de EUR para reforçar a gestão intermédia dos hospitais do SNS, mediante a celebração de contratos internos associados a incentivos de desempenho, e a aplicação de regras em matéria de responsabilização mais restritas aplicáveis às administrações dos hospitais, incluindo as considerações de eficiência geral (Fronteira et al., 2020).

Figura 8. Em Portugal, as despesas de saúde per capita e em percentagem do PIB continuam abaixo da média da UE

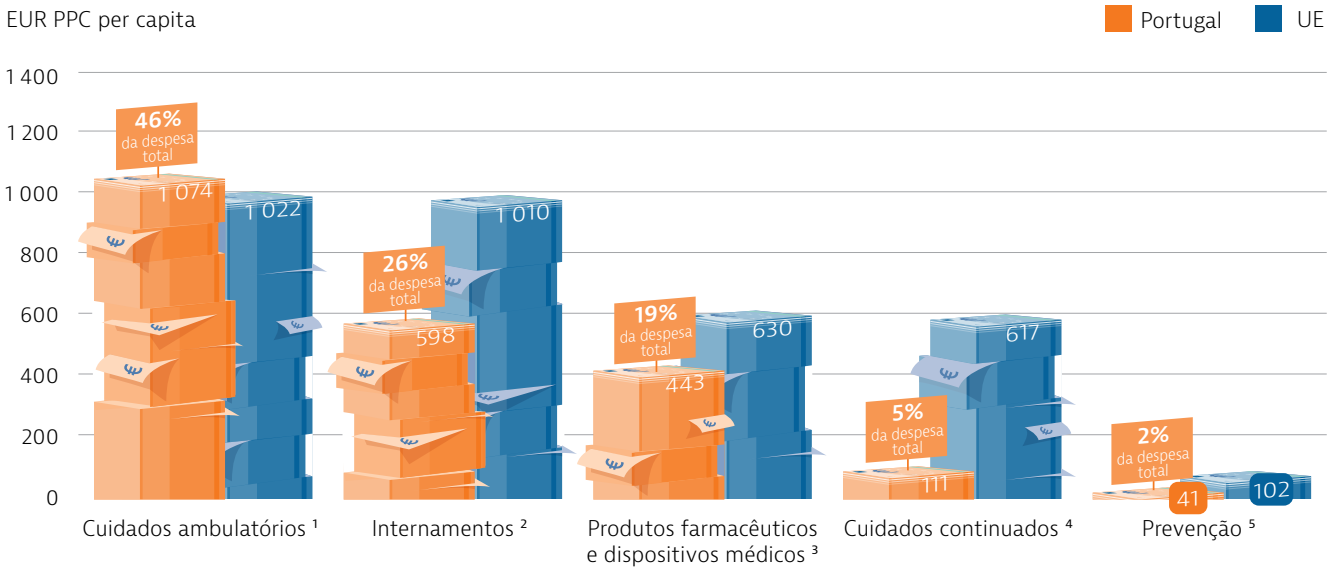


Nota: A média da UE é ponderada.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021 (dados relativos a 2019, à exceção de Malta, cujos dados se referem a 2018).

Em Portugal, os cuidados ambulatórios representam cerca de metade das despesas de saúde

A maior fatia das despesas de saúde em Portugal refere-se aos cuidados ambulatórios (46 % — a percentagem mais elevada para esta categoria de despesas na UE). Com um valor de 1 074 EUR per capita em 2019, situou-se ligeiramente acima da média da UE (1 022 EUR) (Figura 9). Por outro lado, as despesas com internamentos hospitalares (598 EUR, ou 26 %) e com produtos farmacêuticos (443 EUR, ou 19 %) situavam-se consideravelmente abaixo das médias da UE (1 010 EUR em internamentos hospitalares e 630 EUR em produtos farmacêuticos). Tal reflete os esforços concertados desenvolvidos nos últimos anos para aumentar a eficiência e conter as despesas hospitalares e farmacêutica. Portugal também gastou menos do que muitos outros países europeus em prevenção (41 EUR per capita, ou 2 % do total das despesas de saúde, em comparação com 3 % na UE) e em cuidados continuados (111 EUR per capita, ou 5 % do total das despesas de saúde, em comparação com 16 % na UE).

Figura 9. Portugal é o país da UE que afeta a maior fatia do seu orçamento para a saúde aos cuidados ambulatórios



Nota: Os custos administrativos do sistema de saúde não estão incluídos. 1. Incluem cuidados domiciliários e serviços auxiliares (por exemplo, transporte de doentes). 2. Incluem cuidados curativos e de reabilitação em meio hospitalar e noutros contextos. 3. Incluem apenas o mercado dos serviços em regime ambulatório. 4. Incluem apenas a componente da saúde. 5. Incluem apenas as despesas com programas de prevenção organizada. A média da UE é ponderada. Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021, base de dados do Eurostat (dados relativos a 2019).

As despesas não reembolsadas permanecem elevadas, bem acima da média da UE

A comparticipação pública nas despesas de saúde diminuiu quase seis pontos percentuais desde 2010 (de 66,6 % para 61,0 % em 2019) e situa-se quase 20 pontos percentuais abaixo da média da UE (79,7 %). Isto reflete parcialmente a redução no financiamento público do setor da saúde durante o programa de ajustamento económico de Portugal de 2011-2014.

As despesas não reembolsadas, que aumentaram mais de cinco pontos percentuais desde 2010, são a segunda maior fonte de receita do sistema de saúde, na ordem dos 30,5 % — muito acima da média da UE de 15,4 %. Em Portugal, o SVS continua a crescer, representando 8,6 % do financiamento da saúde.

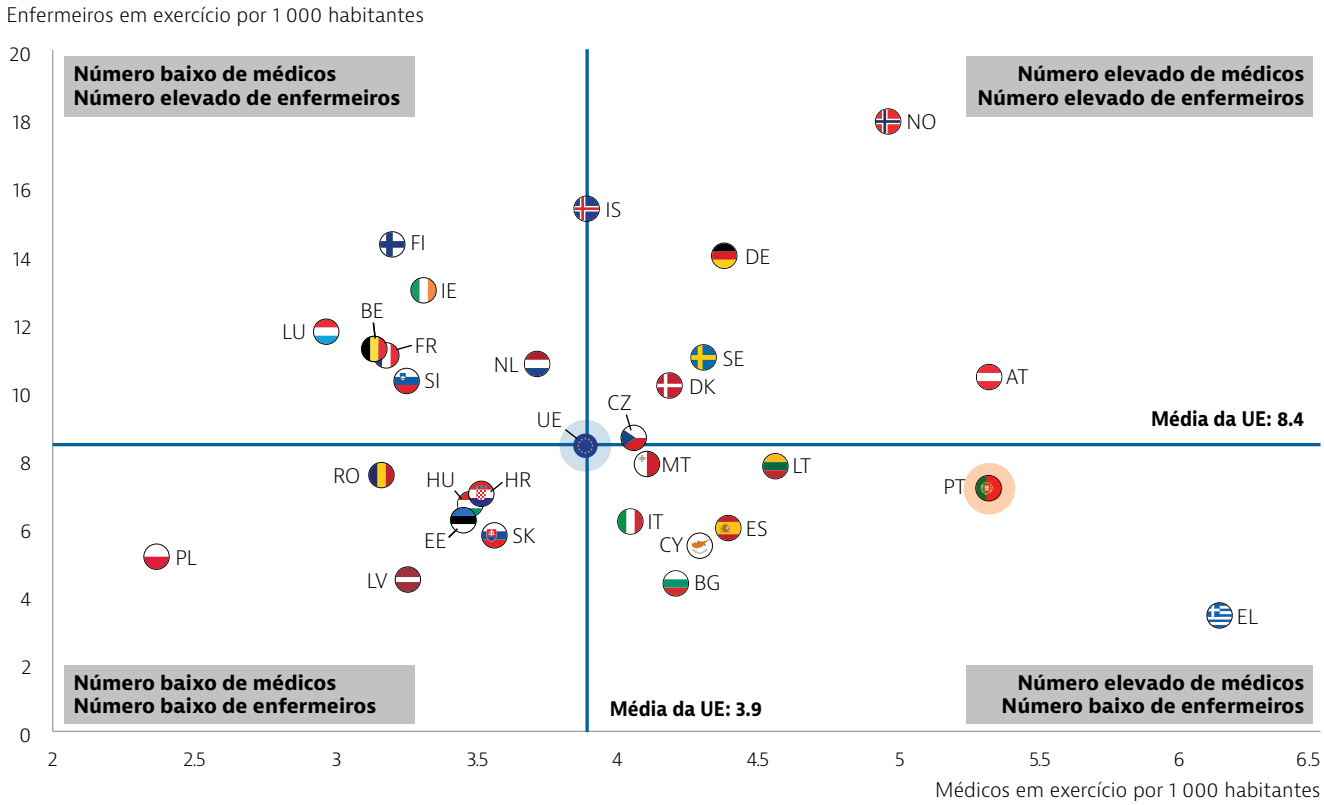
Num esforço para reduzir as dificuldades financeiras das famílias portuguesas, a legislação adotada em 2020 aboliu as taxas moderadoras para os cuidados de saúde primários e para os serviços prescritos no âmbito do SNS. Até muito recentemente, a maioria dos serviços — incluindo os serviços de urgência, as consultas com o médico de família e as consultas com especialistas — exigiam o pagamento de taxas moderadoras fixas. Contudo, dado o valor insignificante destas taxas moderadoras e o grande número de isenções em vigor (que já se aplicavam a 6,1 milhões de utentes do SNS, ou cerca de 60 % da população), é pouco provável que a nova legislação reduza significativamente o elevado nível de despesas não reembolsadas em Portugal.

Portugal tem relativamente muitos médicos mas poucos enfermeiros, quando comparado com outros países da UE

O número de médicos em Portugal tem aumentado de forma constante desde 2000, chegando aos 5,3 médicos por cada 1 000 habitantes em 2019. Este número refere-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação quando comparado com os dados de outros países que dizem apenas respeito aos médicos efetivamente em exercício de prática clínica (Figura 10). Não obstante os números terem aumentado na última década, o número de enfermeiros (7,1 por 1 000 habitantes em 2019) está abaixo da média da UE (8,4 por 1 000 habitantes).

Em 2016, foi lançada uma iniciativa para aumentar o número de médicos de família do SNS, associada a medidas destinadas a aumentar o número de utentes inscritos em médico de família (ver secção 5.2). No início de 2019, o número de utentes do SNS que ainda não estavam inscritos em médico de família tinha diminuído para 600 000 (cerca de 5,8 % da população) (Ministério da Saúde, 2019b).

Figura 10. Em Portugal, o número de enfermeiros continua abaixo da média da UE



Nota: A média da UE não é ponderada. Em Portugal e na Grécia, os dados referem-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação do número de médicos em exercício (por exemplo, de cerca de 30 % em Portugal). Na Grécia, o número de enfermeiros está subestimado, uma vez que inclui apenas os que trabalham em meio hospitalar.
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2019 ou ao ano mais próximo).

O número de camas de hospital tem vindo a diminuir

Antes da pandemia, o número de camas por 1 000 habitantes era relativamente baixo (3,5 em 2019) comparado com a média da UE (5,3). Tal como noutros países, o número de camas de hospital per capita em Portugal tem vindo a diminuir nas últimas duas décadas, em parte devido a um maior recurso à cirurgia ambulatória, que reduziu o tempo médio de tratamento. Tal facto também esteve relacionado com uma redução do número de camas das alas psiquiátricas no contexto de uma reforma alargada do setor da saúde mental que visou a integração dos doentes de saúde mental na comunidade. O Programa Nacional para a Saúde Mental, adotado em 2016, define as medidas para promover o bem-estar e a saúde mental da população em geral e das pessoas que sofrem de doenças mentais através da implementação de uma rede de cuidados integrados de saúde mental em articulação com os cuidados de saúde primários, os cuidados especializados e a assistência social (DGS, 2016).

Os cuidados integrados têm recebido um forte apoio nas últimas décadas

Os cuidados de saúde primários são prestados tanto pelo setor público como pelo setor privado. Os prestadores incluem as unidades de cuidados de saúde primários do SNS, as clínicas (com e sem fins lucrativos) do setor privado e os consultórios de grupos médicos em escritórios privados. As consultas de medicina dentária, os serviços de diagnóstico, a hemodiálise e a reabilitação são maioritariamente assegurados pelo setor privado. Os prestadores privados estão maioritariamente concentrados nas áreas metropolitanas da Grande Lisboa e do Porto, bem como ao longo do litoral entre essas duas cidades, ao passo que a população nas áreas rurais e no interior tem um acesso mais limitado aos médicos de família (ver secção 5.2).

Os médicos de família atuam como orientadores no acesso às consultas de especialidade, especialmente no âmbito do SNS português, e espera-se que também apoiem os cuidados integrados. Nas últimas duas décadas, a integração dos diferentes níveis de cuidados de saúde tem sido promovida por oito unidades locais de saúde, que integram os hospitais e as unidades de cuidados de saúde primários numa única organização prestadora (Ministério da Saúde, 2021a). Entre outros esforços para promover uma prestação mais coordenada de cuidados de saúde contam-se as unidades de saúde familiar (criadas em 2007) que são constituídas por equipas multidisciplinares. A introdução destas unidades tem sido coroada de êxito na melhoria da satisfação dos profissionais e dos doentes e no aumento da eficiência e da qualidade dos cuidados de saúde (OCDE, 2015).

5 Desempenho do sistema de saúde

5.1 Eficácia

As taxas de mortalidade evitável e tratável estão apenas ligeiramente abaixo das médias da UE

Em Portugal, a mortalidade evitável é inferior à média da UE, com 138 mortes por cada 100 000 habitantes em 2018 (em comparação com a média da UE de 160). Contudo, Portugal fica aquém de outros países, como a Itália, a Espanha e a França. Em 2018, as principais causas de mortalidade evitável no país foram o cancro do pulmão, os acidentes rodoviários e outros e a doença cardíaca isquémica.

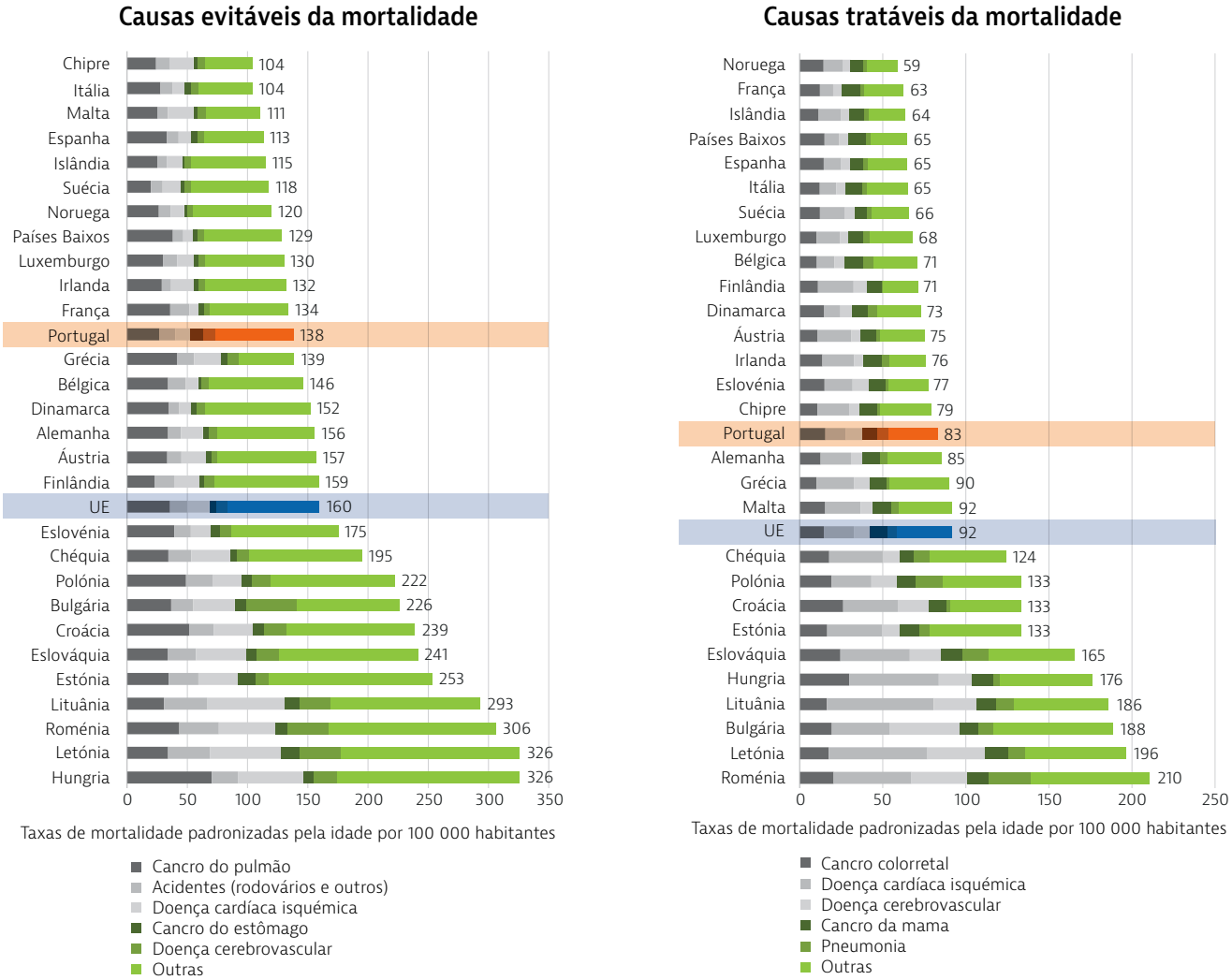
Em Portugal, a mortalidade por causas tratáveis também está abaixo da média da UE, mas permanece acima da maioria dos países europeus ocidentais, o que sugere que podem ser conseguidos progressos suplementares na prestação de cuidados de saúde mais atempados e eficazes (Figura 11). Em 2018, as principais causas tratáveis de mortalidade foram o cancro colorretal, a doença cardíaca isquémica e as doenças cerebrovasculares.

Taxas baixas de hospitalizações evitáveis sugerem cuidados de saúde primários eficazes

Em Portugal, as taxas de hospitalizações por asma, DPOC, insuficiência cardíaca congestiva e diabetes estão entre as mais baixas da UE (Figura 12). Em regra, a hospitalização de doentes com estas doenças é considerada evitável, uma vez que podem ser tratadas eficazmente em regime ambulatório. Na última década, as taxas de hospitalizações por diabetes têm diminuído de forma constante em Portugal, atingindo 56 hospitalizações por 100 000 habitantes em 2019, o que corresponde a menos de metade da média da UE de 140 hospitalizações por 100 000 habitantes.

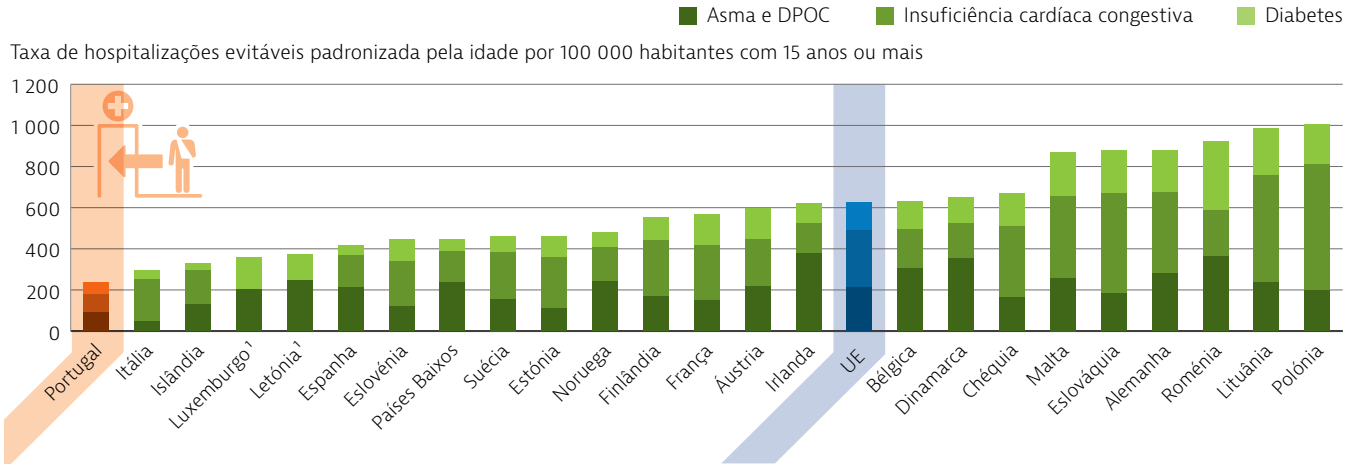
As baixas taxas de hospitalizações evitáveis podem ser atribuídas, em parte, a melhorias da qualidade promovidas pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que visou reforçar a segurança dos doentes e aumentar a adesão a normas de orientação clínica para prescrições seguras (DGS, 2020d). Nos últimos anos, Portugal também adotou uma série de mudanças organizacionais que aumentaram o envolvimento dos cuidados de saúde primários, nomeadamente o recurso às consultas digitais ou à tele-especialização entre as equipas de cuidados de saúde primários e os especialistas, bem como a criação de clínicas móveis para chegar às populações mais vulneráveis estabelecidas nalgumas zonas rurais e para ajudar a aliviar a carência de profissionais de saúde (OCDE, 2020).

Figura 11. Os níveis de mortalidade evitável e tratável em Portugal são mais baixos do que a média da UE



Nota: Entende-se por «mortalidade evitável» a morte que pode ser evitada principalmente através de medidas de saúde pública e da prevenção primária. Entende-se por «mortalidade tratável» a morte que pode ser evitada principalmente através de cuidados de saúde, incluindo rastreios e tratamentos. Metade de todas as mortes resultantes de algumas doenças (por exemplo, doença cardíaca isquémica e doença cerebrovascular) é atribuída a mortalidade evitável; a outra metade é atribuída a causas tratáveis. Ambos os indicadores se referem à mortalidade prematura (menos de 75 anos de idade). Os dados baseiam-se nas listas revistas da OCDE/Eurostat.
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2018, à exceção da França, cujos dados se referem a 2016).

Figura 12. A gestão das doenças crónicas pelo sistema de cuidados de saúde primários é melhor do que noutros países



Nota: 1. Os dados relativos à insuficiência cardíaca congestiva não estão disponíveis para a Letónia e o Luxemburgo.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021 (dados relativos a 2019 ou ao ano mais próximo).

As taxas de imunização contra a gripe em pessoas com mais de 65 anos são relativamente altas

Em Portugal, os níveis de imunização contra a gripe sazonal em pessoas com idade superior a 65 anos estavam entre os mais elevados na UE antes da pandemia, apesar da administração da vacina não ser obrigatória. Nos últimos anos, a cobertura vacinal registou um aumento constante, passando de 43 % em 2011 para 61 % em 2017. Esta percentagem é muito superior à média da UE de cerca de 40 % nos anos antes da pandemia. Ainda assim, permaneceu abaixo da meta da OMS de 75 %. Estes resultados positivos estão, em parte, associados à facilidade de acesso a cuidados médicos, sendo que a vacina da gripe é gratuita para grupos de risco e está facilmente disponível nas unidades locais de cuidados de saúde primários.

Na época gripal de 2020-2021, o governo realizou o maior investimento de sempre na cobertura vacinal contra a gripe sazonal em adultos, mediante a aquisição de mais de 2 milhões de doses — um aumento de 40 % face à época gripal anterior. A campanha de vacinação contra a gripe começou mais cedo do que o habitual (em setembro de 2020) e terminou em março de 2021, tendo sido administradas 1 684 800 vacinas, ou seja, mais 300 000 vacinas do que na época gripal de 2019-2020 (DGS, 2020e).

As taxas de rastreio e de sobrevivência ao cancro são elevadas, mas a pandemia afetou gravemente a prestação de cuidados oncológicos

A qualidade dos cuidados oncológicos em Portugal melhorou nas últimas duas décadas, em parte devido a um melhor rastreio e tratamento do cancro. Com base nos dados comparativos mais recentes disponíveis relativos a pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014, Portugal sai-se honrosamente da comparação com outros países da UE no que respeita às taxas de sobrevivência ao fim de cinco anos para cancros comuns (cancro da próstata, leucemia infantil, da mama, do colo do útero, do cólon e do pulmão). Todavia, as taxas de sobrevivência ao cancro do pulmão permanecem baixas, à semelhança do que acontece noutros países da UE (Figura 13).

O objetivo global do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, lançado em 2016, é promover a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento do cancro, propiciando ao mesmo tempo um acesso equitativo a todos os cidadãos (DGS, 2020b). Tal está em consonância com o Plano Europeu de Luta contra o Cancro da UE, lançado em fevereiro de 2021, que tem igualmente quatro principais domínios de ação: a prevenção, a deteção precoce, o tratamento e a melhoria da qualidade de vida dos doentes de cancro (Comissão Europeia, 2021a). A Direção-Geral da Saúde deverá apresentar o novo Programa Nacional para as Doenças Oncológicas no final de 2021.

Figura 13. As taxas líquidas de sobrevivência ao fim de cinco anos são mais altas do que na maioria dos países da UE

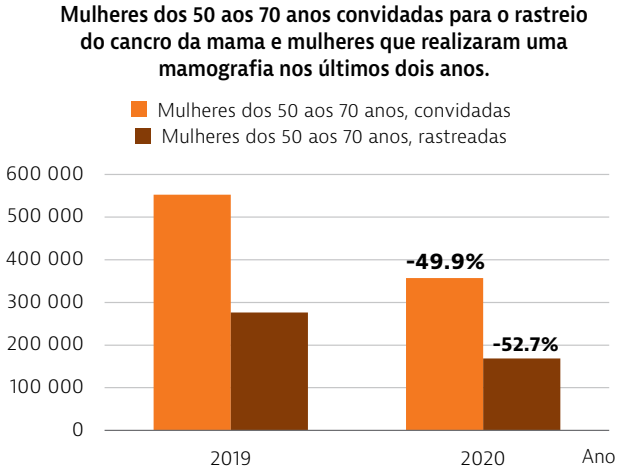
Cancro da próstata	Leucemia infantil	Cancro da mama	Cancro do colo do útero	Cancro do cólon	Cancro do pulmão
Portugal: 91 %	Portugal: 91 %	Portugal: 91 %	Portugal: 91 %	Portugal: 91 %	Portugal: 91 %
UE23: 87 %	UE23: 87 %	UE23: 87 %	UE23: 87 %	UE23: 87 %	UE23: 87 %

Nota: Os dados referem-se a pessoas diagnosticadas entre 2010 e 2014. A leucemia infantil refere-se à leucemia linfoblástica aguda.
Fonte: Programa CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Parte do sucesso de Portugal na deteção precoce deve-se ao facto de os médicos de família serem responsáveis pelo encaminhamento para o rastreio do cancro da mama e do colo do útero e por facilitarem o acesso a esses serviços à população-alvo, o que explica, pelo menos em parte, a elevada adesão a estes programas de rastreio.

Uma das prioridades do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas é alargar a cobertura destes programas de rastreio do cancro, para alcançar 90 % da população-alvo no que respeita ao cancro da mama, 75 % no que respeita ao cancro do colo do útero e 50 % no que respeita ao cancro colorretal. Contudo, a pandemia de COVID-19 afetou a adesão a estes programas, pelo menos temporariamente. Por exemplo, o número de mulheres rastreadas no grupo etário alvo do rastreio do cancro da mama diminuiu mais de 52 % em 2020, quando comparado com 2019 (Figura 14).

Figura 14. A pandemia teve um impacto negativo nas taxas de rastreio do cancro da mama



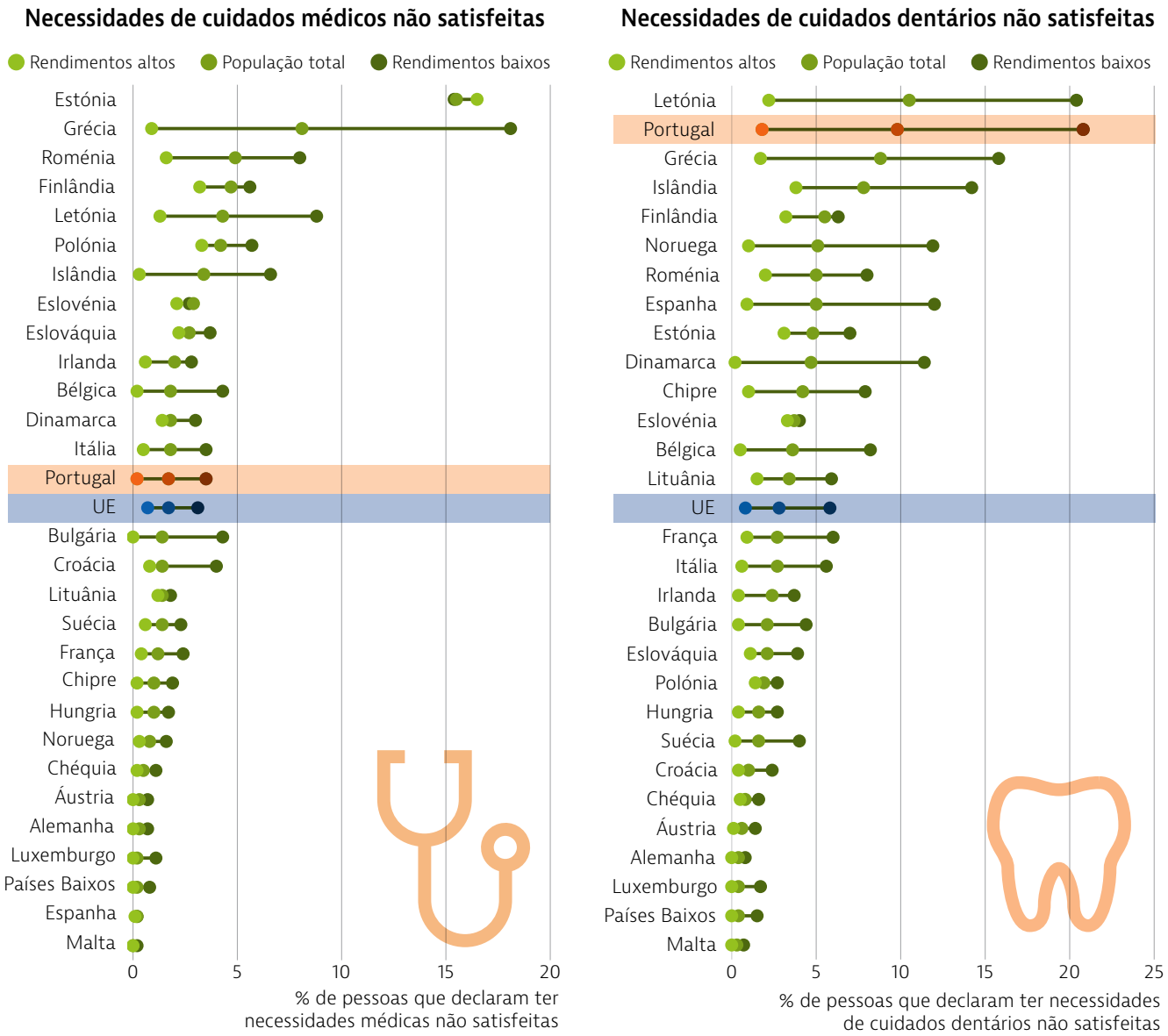
Fonte: Ministério da Saúde (2021b).

5.2 Acessibilidade

As necessidades não satisfeitas apontam para barreiras persistentes ao acesso, em particular para as pessoas com baixos rendimentos

Apesar do SNS assegurar a cobertura universal de todos os cidadãos, subsistem dificuldades de acesso para alguns grupos da população, em particular para as pessoas com baixos rendimentos. Em Portugal, as disparidades nas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas entre os escalões de rendimentos são mais significativas do que na maioria dos demais países. Em 2019, 3,5 % das pessoas no quintil de rendimentos mais baixo comunicaram ter necessidades médicas não satisfeitas devido ao custo, à distância ou aos tempos de espera, em comparação com apenas 0,2 % no quintil de rendimentos mais alto, de acordo com o inquérito EU-SILC (Figura 15). A maioria destas necessidades não satisfeitas entre as pessoas no quintil de rendimentos mais baixo diziam respeito a razões financeiras. A percentagem de pessoas que comunicaram ter necessidades de cuidados dentários não satisfeitas é ainda maior, sendo que, em 2019, mais de 20 % das pessoas no quintil de rendimentos mais baixo comunicaram ter necessidades não satisfeitas, em comparação com 1,8 % das pessoas no quintil de rendimentos mais alto.

Figura 15. As disparidades nas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas entre os escalões de rendimentos são mais significativas do que em muitos países da UE



Nota: Os dados referem-se a necessidades de exames ou de tratamentos médicos e dentários não satisfeitas devido ao custo, à distância a percorrer ou aos tempos de espera. Há que ser prudente na comparação dos dados entre países, visto existirem algumas variações no instrumento de inquérito utilizado.
Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC (dados relativos a 2019, à exceção da Islândia, cujos dados se referem a 2018).

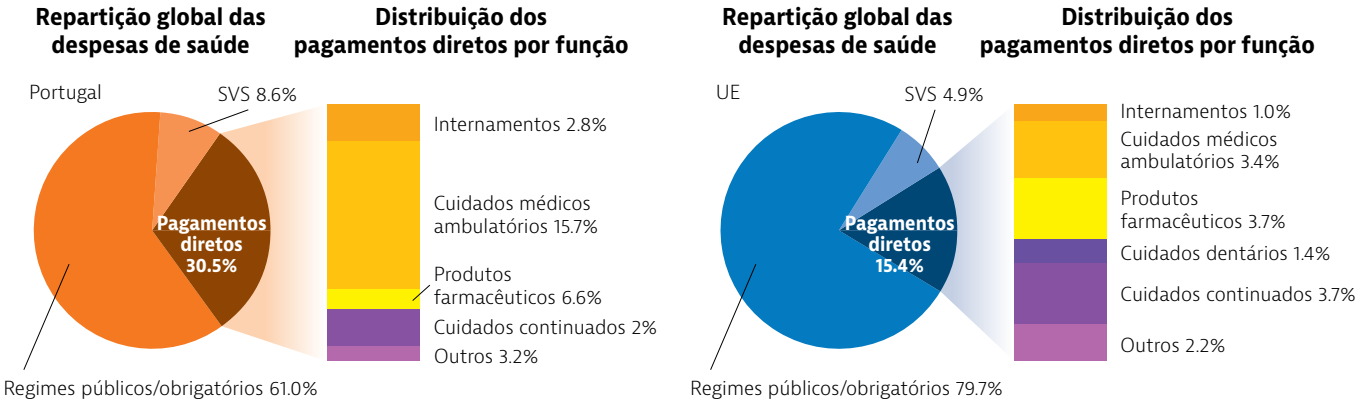
As necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas aumentaram subitamente durante a crise da COVID-19, quer devido à perturbação dos serviços quer devido ao receio das pessoas de contraírem o vírus. Um inquérito à escala europeia apurou que 34 % dos portugueses comunicaram ter abdicado de um exame ou tratamento médico necessário durante os primeiros 12 meses da pandemia — uma percentagem muito superior à média da UE de 21 % (Eurofound, 2021)[3].

O Serviço Nacional de Saúde tem um amplo conjunto de benefícios, mas a cobertura é limitada para alguns serviços

O SNS português abrange um amplo conjunto de benefícios, incluindo consultas com o médico de família e cuidados ambulatórios especializados, bem como outros serviços prescritos por médicos, como os produtos farmacêuticos. Todavia, em 2019, a cobertura pública foi consideravelmente mais baixa do que a média da UE. Em termos globais, Portugal tinha uma das percentagens mais altas de pagamentos diretos entre os países da UE, representando 30 % das despesas totais de saúde, ou seja, o dobro da média da UE (Figura 16). A cobertura pública foi particularmente limitada no que respeita aos cuidados médicos em regime ambulatório (57 % por oposição a 67 % na UE).

Os elevados níveis de pagamentos diretos para muitos bens e serviços de saúde conduziram a uma percentagem relativamente elevada de despesas de saúde catastróficas no país[4]. Em 2015 (dados mais recentes disponíveis), mais de 10 % dos agregados familiares portugueses tiveram despesas de saúde catastróficas, em comparação com 6,5 %, em média, na UE. A maioria das pessoas que tiveram despesas de saúde catastróficas pertenciam ao quintil de rendimentos mais baixo (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019).

Figura 16. Em Portugal, a percentagem de pagamentos diretos é duas vezes mais alta do que a média da UE



Nota: A média da UE é ponderada. O SVS também inclui outros regimes de pagamento antecipado voluntário.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021, base de dados do Eurostat (dados relativos a 2019).

As reformas recentes tiveram como objetivo aumentar a cobertura financeira

Em 2020, as autoridades nacionais adotaram uma série de medidas para alargar a cobertura dos benefícios e reduzir os encargos financeiros para os agregados familiares, que incluíram nova legislação para abolir as taxas moderadoras para os serviços de cuidados de saúde primários e para outros cuidados de saúde prescritos no âmbito do SNS (ver secção 4).

Estão também a ser elaborados planos para lançar um projeto-piloto de integração de dentistas nalguns centros municipais de cuidados de saúde primários até 2023 (OMD, 2020). Embora os dados nacionais disponíveis não forneçam valores precisos sobre a cobertura pública dos cuidados dentários, esta percentagem é muito baixa, uma vez que os cuidados dentários são maioritariamente prestados pelo setor privado e pagos através de pagamentos diretos ou de um SVS. Em 2008, o governo lançou o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral para colmatar as necessidades de cuidados dentários não satisfeitas. O programa incluiu a adoção de um cheque-dentista que permitiu disponibilizar cuidados dentários prestados por dentistas do setor privado contratados pelo SNS a determinados grupos da população vulneráveis, incluindo mulheres grávidas, idosos beneficiários de prestações sociais e crianças e adolescentes com menos de 18 anos (DGS, 2008).

Os cuidados de saúde relacionados com a COVID-19 foram cobertos pelo Serviço Nacional de Saúde e por alguns seguros voluntários de saúde

Durante a pandemia, o SNS português comparticipou totalmente os custos dos testes ao coronavírus quando prescritos por um médico do SNS. Além disso, os regimes de SVS adotaram decisões múltiplas de cobertura relativas aos tratamentos relacionados com a COVID-19 prestados pelo setor privado. Enquanto a Multicare (grupo Fidelidade) assegurou a cobertura do tratamento de doentes com COVID-19 em hospitais privados, a

3. Os dados do inquérito da Eurofound não são comparáveis com os do inquérito EU-SILC devido às diferenças de metodologia.
4. Entende-se por «despesas catastróficas» as despesas não reembolsadas dos agregados familiares superiores a 40 % do total das despesas das famílias, líquido das necessidades de subsistência (ou seja, alimentação, habitação e serviços públicos essenciais).

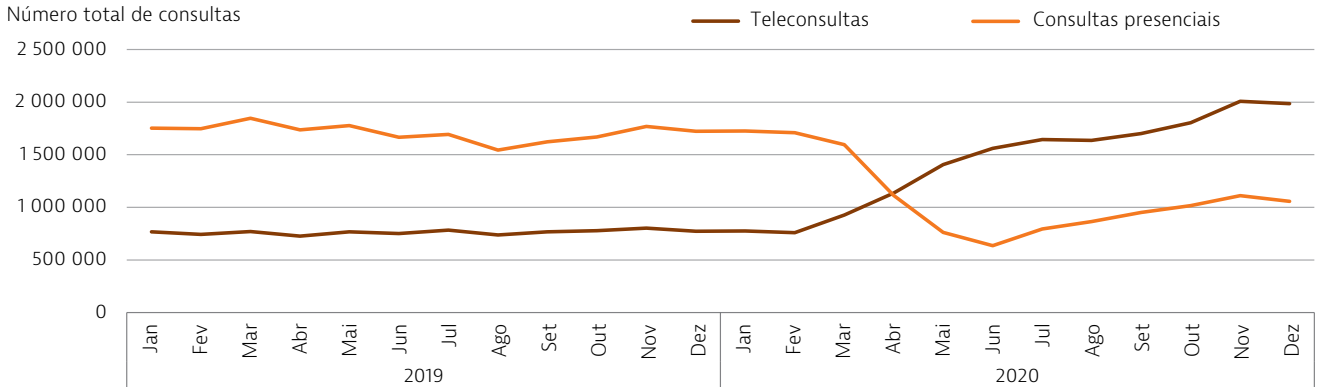
Médis (grupo Ageas) suspendeu a cobertura total, argumentando que a mesma era da responsabilidade do SNS público. O governo também adotou medidas especiais para os migrantes não-documentados, a fim de eliminar as barreiras ao acesso a cuidados de saúde e a apoios sociais, incluindo a necessidades relacionadas com a COVID-19 (Comissão Europeia, 2021b).

A pandemia conduziu a um aumento súbito da telemedicina

Durante a pandemia, o governo alargou os regulamentos e os pagamentos relativos às teleconsultas aplicáveis aos médicos e aos psicoterapeutas, para lhes permitir substituir as consultas presenciais. De acordo com o inquérito da Eurofound, 44 % dos portugueses comunicaram ter utilizado serviços de teleconsulta durante os primeiros 12 meses da pandemia, uma percentagem superior à média da UE de 39 % (Eurofound, 2021)[5].

Os dados administrativos mostram que o número de teleconsultas duplicou entre fevereiro e maio de 2020, correspondendo ao primeiro confinamento (ver secção 5.3). Após estabilizar durante o verão de 2020, o número voltou a aumentar durante a segunda vaga da pandemia; no final de 2020 foram realizadas cerca de 2 milhões de teleconsultas por mês (Figura 17).

Figura 17. As teleconsultas aumentaram subitamente durante a crise da COVID-19



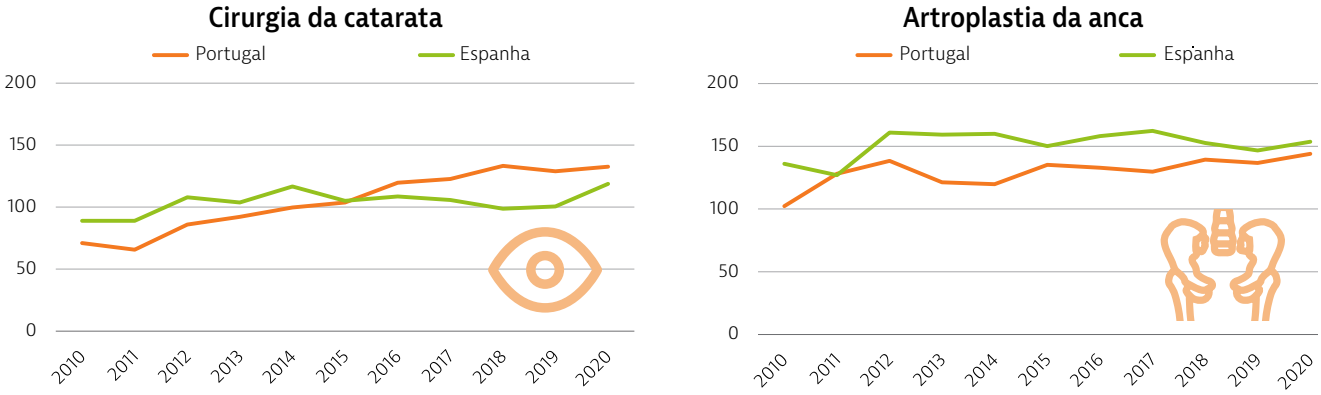
Nota: Os dados mostram as médias móveis de três meses. Fonte: Ministério da Saúde (2020).

A telemedicina e o acompanhamento à distância também foram utilizados durante a pandemia para a triagem e o encaminhamento dos doentes com COVID-19. A linha telefónica gratuita do SNS (SNS 24) foi ampliada para integrar os serviços relacionados com a COVID-19 — para coordenar a política de testes e rastreio e para acompanhar os doentes com COVID-19 no domicílio. Foi criada ainda uma outra linha telefónica gratuita do SNS — disponível 24 horas por dia, sete dias por semana — para permitir a prestação de apoio psicológico às pessoas que dele necessitem. Tal baseou-se numa parceria entre o Ministério da Saúde, uma fundação filantrópica e a Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Na última década, os tempos de espera para cirurgia programada pioraram

Apesar da adoção de medidas para garantir tempos máximos de espera e para aumentar as opções para os doentes escolherem tratamentos com qualquer prestador público ou privado, os tempos de espera para cirurgia programada em Portugal já registavam um agravamento mesmo antes da pandemia. Em 2019 e 2020, o tempo médio de espera era superior a quatro meses para a cirurgia da catarata e para a artroplastia da anca, aproximando-se dos tempos de espera em Espanha (Figura 18).

Figura 18. Os tempos de espera para as cirurgias programadas aumentaram nos últimos dez anos

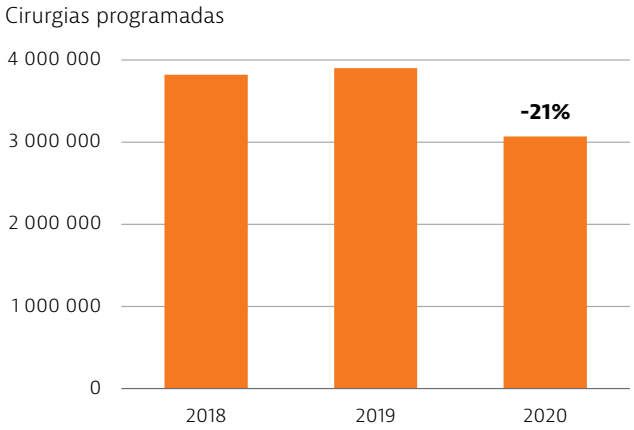


Nota: Os dados referem-se aos tempos médios de espera (em dias). Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2021.

5. *Com base nos dados nacionais relativos às teleconsultas. No entanto, estes resultados do inquérito da Eurofound podem ser uma sobrestimação.*

Mais recentemente, a necessidade de mobilizar recursos hospitalares adicionais para dar resposta à pandemia de COVID-19 conduziu ao adiamento de muitas cirurgias programadas, o que resultará num aumento dos tempos de espera até que seja resolvida a acumulação de doentes. Em termos globais, em 2020 o número de cirurgias programadas diminuiu 21 % relativamente a 2019 (Figura 19).

Figura 19. Em 2020, a COVID-19 conduziu a uma diminuição considerável das cirurgias programadas nos hospitais



Fonte: Ministério da Saúde (2020).

Em Portugal, a escassez de medicamentos é um problema crescente

Tal como na maioria dos países da UE, a escassez de medicamentos é um problema crescente em Portugal, pondo em causa o acesso dos doentes a nível nacional. Entre 2017 e 2019, as notificações de escassez mais do que duplicaram — sobretudo no que diz respeito aos medicamentos para o sistema nervoso e para o sistema cardiovascular (OCDE, publicação para breve). Em 2019, e para dar resposta ao problema, o Ministério da Saúde adotou um novo conjunto de regulamentos destinados a reforçar as obrigações de serviço público dos vários intervenientes na cadeia de abastecimento de medicamentos (fabricantes, distribuidores por grosso e farmacêuticos). Atualmente, a empresa titular de uma autorização de introdução no mercado de um medicamento deve monitorizar constantemente os seus níveis de abastecimento e comunicar antecipadamente possíveis situações de escassez — quer aos outros intervenientes quer à autoridade reguladora portuguesa, o INFARMED. Estas medidas estão em consonância com a Estratégia Farmacêutica para a Europa da UE, adotada em 2020, que visa promover o acesso aos medicamentos (Comissão Europeia, 2020).

5.3 Resiliência

A presente secção relativa à resiliência centra-se sobretudo nos impactos e nas respostas à pandemia de COVID-19[6]. Conforme referido na secção 2, em 2020, a pandemia teve um impacto significativo na saúde da população e na mortalidade em Portugal, tal como na maioria dos outros países da UE. As medidas adotadas para conter a pandemia também conduziram a uma forte contração da economia (o PIB diminuiu 7,6 % em 2020) e a um aumento das taxas de desemprego e da pobreza. Não se prevê a retoma da atividade económica para os níveis de 2019 antes do final de 2022 (OCDE, 2021).

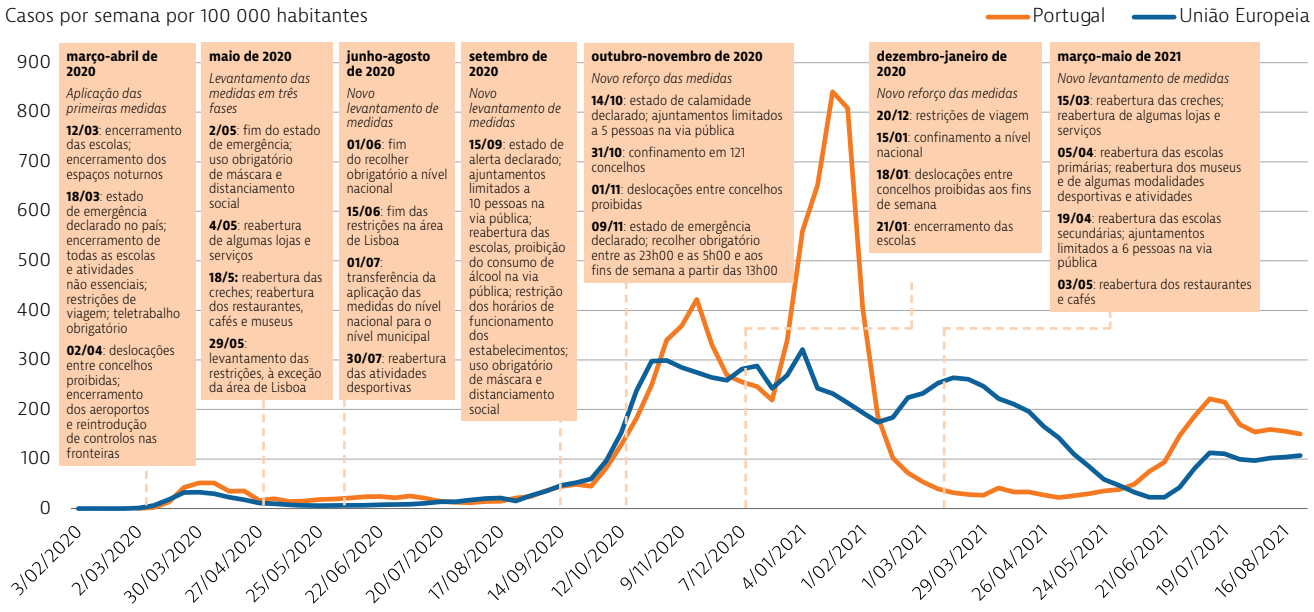
Portugal adotou várias medidas de mitigação para conter as sucessivas vagas da pandemia

Em março de 2020, quando foram identificados os primeiros casos de COVID-19, Portugal adotou uma série de medidas de contenção que conduziram ao primeiro confinamento total do país. As medidas incluíram o encerramento de espaços públicos, escolas e serviços de acolhimento de crianças, a proibição de ajuntamentos de pessoas, restrições de viagem e, posteriormente, a proibição de visitas a unidades de cuidados continuados e prisões. Ao mesmo tempo, foi adotado um plano de contingência específico para dar resposta à pandemia (DGS, 2020c). A rápida aplicação destas medidas durante a primeira vaga permitiu a Portugal atingir, na primavera de 2020, um pico no número de casos inferior à Espanha e a outros países da Europa Ocidental, embora a transmissão do vírus nunca tenha sido suprimida (Figura 20).

As medidas de contenção foram aliviadas durante o verão de 2020 na maior parte do país, exceto quando as taxas de infeção aumentaram na Grande Lisboa. No outono de 2020, Portugal começou a adotar medidas de contenção mais limitadas e geograficamente específicas, mas tornou-se evidente que estas não eram suficientes para controlar a curva da pandemia. Na sequência de algumas mensagens contraditórias dirigidas ao público durante a época de Natal, o governo impôs um segundo confinamento total em janeiro de 2021, em resposta ao aumento das taxas de infeção e de mortalidade que atingiram um dos níveis mais elevados do mundo na altura. Estas medidas permitiram controlar a segunda vaga da pandemia no final de março de 2021. Posteriormente, o número de casos e mortes diminuiu acentuadamente. Durante o verão de 2021 foram mantidas várias medidas de mitigação, de acordo com a situação epidemiológica verificada em cada município (incluindo o recolher obrigatório e a limitação do número de pessoas em ajuntamentos).

6. Neste contexto, a resiliência dos sistemas de saúde foi definida como a capacidade de se preparar para choques, de os gerir (absorver, adaptar e transformar) e de retirar os devidos ensinamentos (Grupo de Peritos da UE para a Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde, 2020).

Figura 20. Portugal impôs dois confinamentos totais para conter a transmissão do vírus



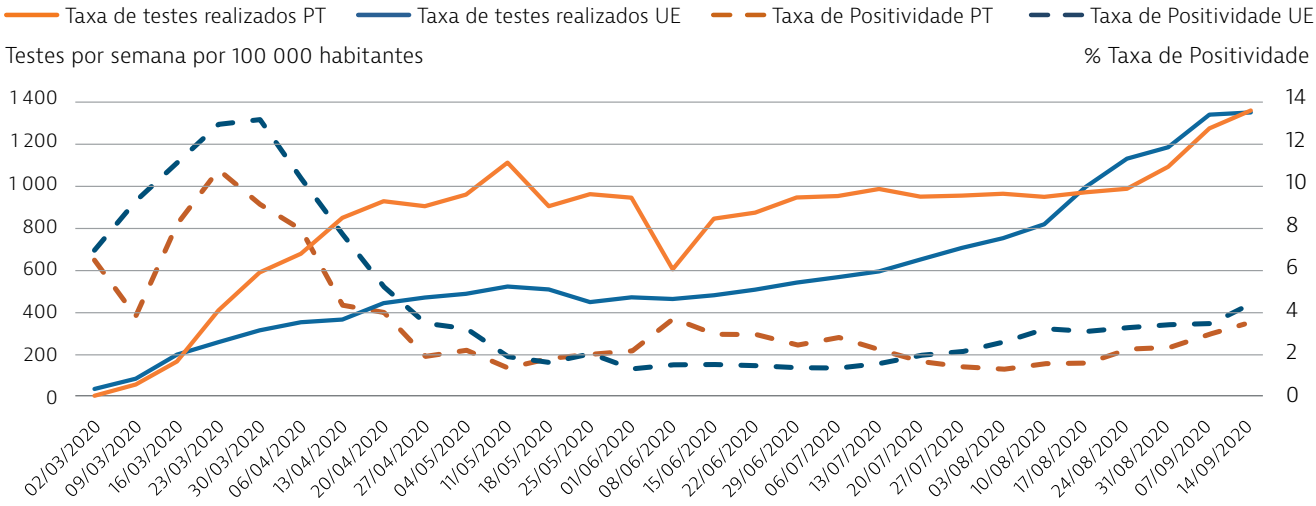
Nota: A média da UE não é ponderada (o número de países incluídos na média varia em função da semana). O número de casos de COVID-19 nos países da UE foi subestimado durante a primeira vaga na primavera de 2020 devido a testagem mais limitada.
Fonte: ECDC para os dados relativos à COVID-19 e autores para as medidas de contenção.

Uma boa capacidade laboratorial permitiu a Portugal realizar mais testes do que a maioria dos países da UE

Testagem rápida, intensiva e eficaz constitui um elemento crucial de uma estratégia para controlar uma pandemia como a COVID-19 de modo a detetar rapidamente novos casos e proceder ao seu consequente isolamento. Mesmo antes de terem sido identificados os primeiros casos confirmados em Portugal, foi criada uma rede de laboratórios hospitalares que permitiu aumentar fortemente a capacidade de testagem em todo o país. Os laboratórios privados também foram incluídos na resposta nacional.

Durante as primeiras fases da pandemia, a capacidade de testagem em Portugal era superior à média da UE (Figura 21). A percentagem relativamente baixa de taxa de positividade sugere que o número de testes realizados foi mais adequado do que em muitos outros países. Todavia, com o início da segunda vaga no outono de 2020, a estratégia nacional para a testagem e rastreio de contactos revelou-se insuficiente para fazer face à propagação da COVID-19, conforme demonstrado pela elevada taxa de positividade registada durante esse período. O aumento súbito da incidência sobrecarregou a capacidade das autoridades de saúde para gerir a vigilância, rastrear infeções e conter a transmissão comunitária durante essa fase crítica.

Figura 21. Durante os primeiros meses da pandemia a capacidade de testagem foi elevada



Nota: A média da UE é ponderada (o número de países utilizados para determinar a média varia em função da semana).
Fonte: ECDC.

A elevada adesão à aplicação de rastreio de contactos não se revelou eficaz

Em setembro de 2020, o governo lançou a aplicação «StayAway COVID» — uma aplicação voluntária para telemóveis inteligentes que utiliza as ligações de Bluetooth e Wi-Fi para detetar possíveis cadeias de transmissão da COVID-19. A aplicação ajuda a notificar os utilizadores o mais rapidamente possível caso tenham sido expostos a alguém diagnosticado com COVID-19, bem como a detetar e a identificar cadeias de transmissão. Até abril de 2021, um em cada três portugueses tinha descarregado a aplicação. Contudo, em maio de 2021, 60 % dos utilizadores tinham desinstalado a aplicação, após muitas críticas e debate público devido ao armazenamento e à proteção de dados. Em 15 de janeiro de 2021, só tinham sido comunicadas 2 708 infeções através da aplicação (Deco Proteste, 2021).

Foram implementados vários mecanismos para aumentar a capacidade de recursos humanos durante a pandemia

Aquando do início do surto em Portugal, foi solicitado às instituições do SNS que comunicassem as suas necessidades de recursos humanos. Facilitou-se a contratação de profissionais de saúde, suprimiram-se os limites máximos para os pagamentos de horas extraordinárias e passou a ser possível contratar profissionais de saúde reformados, sem a imposição de um limite de idade. Para aumentar os recursos humanos ou substituir trabalhadores, as instituições do SNS também foram autorizadas a contratar diretamente serviços e profissionais de saúde por um período máximo de quatro meses, bem como a renovar esses contratos.

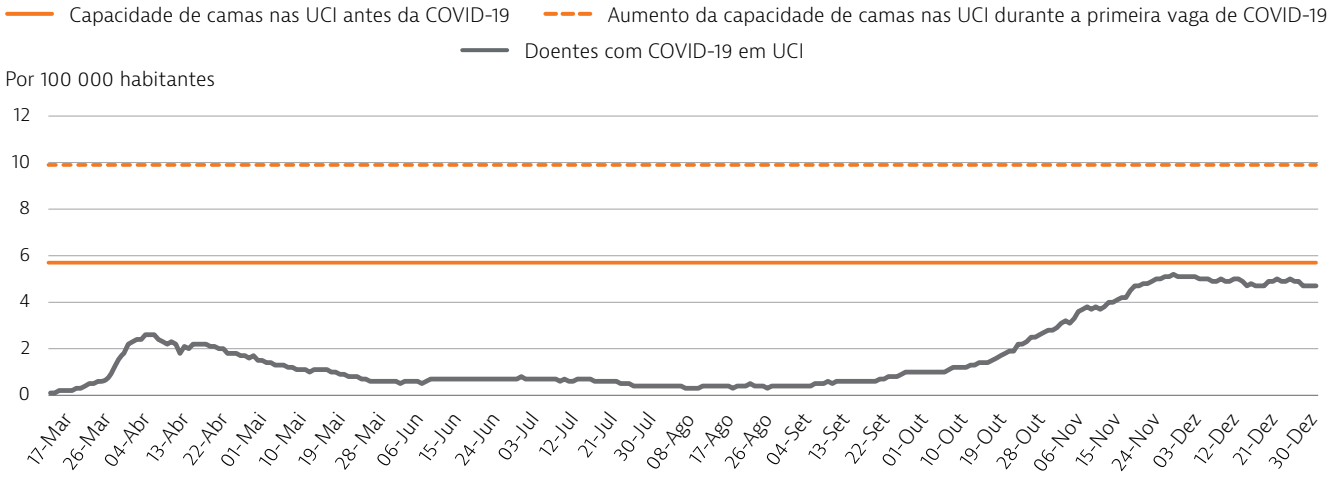
Os estudantes de medicina e os médicos reformados também foram mobilizados durante a pandemia, e as associações de estudantes e as ordens profissionais criaram bancos de voluntários para coadjuvarem na resposta nacional. Tal permitiu, por exemplo, duplicar o número de profissionais de saúde que atendiam chamadas no centro de contacto do SNS 24 e quadruplicar o número de médicos que atendiam chamadas na linha de apoio ao médico. Entre março de 2020 e julho de 2021, foram contratados mais 10 424 profissionais de saúde em condições contratuais excecionais.

O pico do surto colocou os hospitais portugueses sob enorme pressão

O plano de contingência português foi ativado em 11 de março de 2020 para mobilizar equipamento e capacidade hospitalar adicionais para dar resposta à pandemia de COVID-19. Conforme referido na secção 4, a capacidade hospitalar em Portugal antes da pandemia era inferior à de muitos outros países da UE. O número de camas nas unidades de cuidados intensivos (UCI) também era inferior à maioria dos países europeus ocidentais (5,7 camas UCI por 100 000 habitantes, em comparação com mais de oito camas por 100 000 habitantes em Espanha, França e Itália). Durante o pico da segunda vaga, os hospitais do SNS na maioria das regiões portuguesas ficaram rapidamente sobrecarregados.

Para gerir o súbito aumento da procura, Portugal quase duplicou a sua capacidade nas UCI — passando de 587 camas em março de 2020 para 1 015 camas em março de 2021 — sobretudo através da transferência da capacidade dos procedimentos programados (Figura 22). A capacidade de camas também aumentou mediante a solicitação de camas (sobretudo camas não UCI) ao setor privado. No final de janeiro de 2021, durante o pico da segunda vaga, o SNS tinha solicitado 894 camas a hospitais privados, incluindo 230 para doentes com COVID-19 (51 em UCI). Todavia, os hospitais de algumas regiões estiveram frequentemente sobrecarregados e os doentes tiveram de ser transferidos para hospitais de outras regiões.

Figura 22. A capacidade das unidades de cuidados intensivos ficou sobrecarregada com o aumento da procura durante a segunda vaga

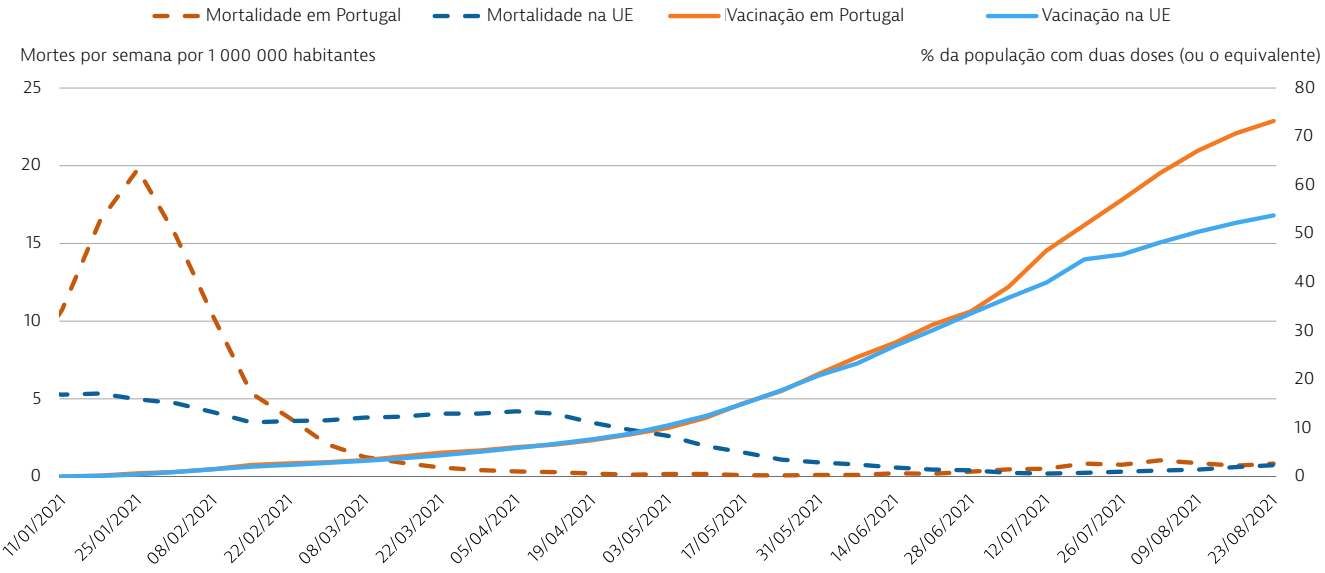


Nota: O número de camas nas UCI inclui as camas gerais UCI de nível III para adultos, mas exclui as camas UCI dos institutos de oncologia, as camas atribuídas aos cuidados neonatais, pediátricos e coronários e as camas atribuídas ao tratamento de queimados.
Fontes: COVID-19 Health System Response Monitor (HSRM), DGS (2020a).

A distribuição da vacina contra a COVID-19 teve início em finais de dezembro de 2020

A campanha de vacinação contra a COVID-19 arrancou lentamente em finais de dezembro de 2020, em consequência das restrições iniciais no fornecimento de vacinas. A partir de março de 2021, a task force responsável pelo plano de vacinação, liderada por um vice-almirante da marinha, intensificou os esforços para acelerar as taxas de imunização, que incluíram o aumento do fornecimento de vacinas, o alargamento dos grupos da população-alvo, a expansão da capacidade de imunização através da criação de centenas de centros de vacinação específicos (em cooperação com os municípios) e a criação de um centro de atendimento telefónico para o agendamento e o acompanhamento das marcações da vacinação. O plano de vacinação de Portugal seguiu uma ordem hierárquica de acordo com o risco de exposição, a idade, os grupos de doenças de alto risco e os grupos dos serviços essenciais. Os portugueses demonstraram interesse em ser vacinados e um baixo nível de hesitação quanto à vacinação, embora dúvidas levantadas quanto à segurança de algumas vacinas disponíveis tenha afetado confiança na vacinação. No final de agosto de 2021, 74 % da população portuguesa já tinha recebido duas doses (ou o equivalente) da vacina contra a COVID-19 (Figura 23) e 84 % já tinha recebido a primeira dose.

Figura 23. Em Portugal, as taxas de vacinação contra a COVID-19 ultrapassaram a média da UE



Nota: A média da UE não é ponderada (o número de países utilizados para determinar a média varia em função da semana).
Fontes: ECDC para os casos de COVID-19 e Our World In Data para as taxas de vacinação.

O governo forneceu financiamento adicional ao sistema de saúde

O governo forneceu financiamento adicional substancial ao sistema de saúde para dar resposta à pandemia de COVID-19. O primeiro pacote de resposta, anunciado em junho de 2020, dispunha de uma dotação de 504 milhões de EUR para apoiar medidas de combate à pandemia, nomeadamente a contratação de trabalhadores adicionais, pagamentos de bónus e o financiamento de contratos públicos para a aquisição de equipamentos médicos especializados e equipamentos de proteção individual. Portugal também implementou medidas de acompanhamento das despesas e de monitorização do desempenho específicas. A introdução de novas leis em março de 2020 alterou a governação do financiamento da saúde do SNS português para as despesas destinadas à COVID-19, permitindo que os processos de adjudicação de contratos públicos centralizados fossem autorizados automaticamente ou com poucos procedimentos legislativos.

O Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal foi adotado em junho de 2021 (Comissão Europeia, 2021c). Os principais objetivos da primeira componente deste plano são reforçar a capacidade de resposta do SNS de Portugal às alterações demográficas e epidemiológicas e apoiar a transição digital do SNS. Outras prioridades importantes são, nomeadamente: reforçar o papel central dos cuidados de saúde primários no âmbito do SNS, melhorar os cuidados continuados e de saúde mental, e aumentar a eficiência concluindo a reforma do modelo de governação dos hospitais públicos. Esta componente inclui três reformas e nove investimentos, com custos totais estimados de 1,4 mil milhões de EUR.

6 Principais conclusões

- Em Portugal, a esperança de vida é ligeiramente superior à média da UE, mas diminuiu temporariamente 0,8 anos em 2020 em consequência da pandemia de COVID-19. Portugal foi um dos países da UE mais atingidos pela pandemia em termos de taxas de infeção e de mortalidade. Mais de 17 000 pessoas morreram por COVID-19 entre março de 2020 e agosto de 2021, sendo que a taxa de mortalidade é ligeiramente superior à média da UE.

- Os fatores de risco comportamentais — nomeadamente o consumo de álcool, a obesidade e a falta de exercício físico — são os principais fatores que contribuem para os problemas de saúde e para a mortalidade em Portugal. O excesso de peso e a obesidade são um problema de saúde pública cada vez maior: em 2018, 22 % dos jovens com 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, uma percentagem superior à média europeia (19 %). A obesidade também aumentou nos adultos, estando agora igualmente acima da média da UE.

- Tal como noutros países da UE, a carga de doença causada pelo cancro em Portugal é considerável. Com base nas tendências verificadas nos anos anteriores, previa-se que 30 000 portugueses morressem de cancro em 2020. O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas foi introduzido em 2016 para promover uma maior prevenção, o diagnóstico precoce e um melhor tratamento do cancro. Uma das prioridades para 2020 era aumentar as taxas de rastreio do cancro da mama, do colo do útero e colorretal, mas a pandemia de COVID-19 afetou os programas de rastreio do cancro, resultando numa diminuição temporária das taxas de rastreio em 2020.

- Em 2019, as despesas de saúde atingiram 2 314 EUR per capita (ajustados em função das diferenças no poder de compra) — cerca de um terço abaixo da média da UE. Na sequência da adoção de medidas de consolidação orçamental após a crise económica de 2008 que conduziram a uma redução entre 2011 e 2013, a despesa pública no domínio da saúde registou uma taxa de crescimento constante, embora modesta, entre 2013 e 2019. Em resposta à pandemia de COVID-19, o governo forneceu, em 2020, financiamento complementar substancial ao setor da saúde para permitir a contratação de trabalhadores adicionais, pagamentos de bónus e contratos públicos para a aquisição de equipamentos médicos e de proteção individual.

- Portugal respondeu à pandemia com uma série de medidas de contenção que conseguiram manter as taxas de infeção e de mortalidade baixas durante a primeira vaga na primavera de 2020, mas as medidas adotadas posteriormente revelaram-se insuficientes para impedir um aumento acentuado do número de casos e de mortes no outono de 2020 e no início de 2021. Além disso, a pandemia e as medidas de contenção associadas limitaram o acesso aos serviços de saúde em 2020. Mais de um terço (34 %) dos portugueses comunicaram ter tido algumas necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas durante os primeiros 12 meses da crise — uma percentagem muito superior à média da UE de 21 %. Em 2020, o número de cirurgias programadas foi reduzido em mais de 20 %, quando comparado com 2019, o que agravou os longos tempos de espera já existentes. Numa nota mais positiva, enquanto o número de consultas presenciais diminuiu acentuadamente durante a primeira vaga, o crescente recurso às teleconsultas ajudou a atenuar o impacto da COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde ao longo de 2020.

- Os picos do surto colocaram os hospitais portugueses sob enorme pressão e revelaram situações de escassez na capacidade de cuidados agudos. Durante o pico da segunda vaga, os hospitais do SNS ficaram rapidamente sobrecarregados. Para gerir o aumento da procura, Portugal mais do que duplicou a sua capacidade nas unidades de cuidados intensivos entre março de 2020 e março de 2021, sobretudo através da transferência da capacidade dos procedimentos planeados (programados) para aumentar a disponibilidade de camas em geral e nas unidades de cuidados intensivos. As autoridades também mobilizaram recursos humanos adicional para dar resposta ao aumento da procura.

- A campanha de vacinação contra a COVID-19, que teve início no final de dezembro de 2020, seguiu uma ordem hierárquica, de acordo com o risco de exposição, a idade, os grupos de doenças de alto risco e os grupos dos serviços essenciais. Os portugueses demonstraram interesse em ser vacinados, com baixos níveis de hesitação quanto à administração da vacina. No final de agosto de 2021, já tinha sido vacinada uma proporção da população muito superior à média da UE.

Principais fontes

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

Simões J et al. (2017), *Portugal: health system review. Health Systems in Transition*, 19(2):1–184.

Referências

Almeida TC et al. (2020), *Saúde Mental em Tempos de Pandemia* – SM-COVID-19: Relatório Final.

Deco Proteste (2021), *StayAway Covid*.

DGS (2008), *Circular Informativa nº 04/DSPPS/DCVAE de 27/02/2008*.

DGS (2016), *Programa Nacional para a Saúde Mental*, Despacho n.º 6401/2016 de 16 de maio.

DGS (2020a), *COVID-19: relatório de situação, 03-01-2020*.

DGS (2020b), *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*.

DGS (2020c), *Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19)*.

DGS (2020d), *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*.

DGS (2020e), *Relatório de Vacinação*.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*.

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, (May 2021)*.

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe*.

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan*.

European Commission (2021b), *Portuguese government gives temporary residence to immigrants with pending applications*.

European Commission (2021c), *Commission staff working document: Analysis of the recovery and resilience plan of Portugal*.

Fronteira I et al. (2020), *Update on the Portuguese Government approves a plan to improve NHS responsiveness*.

Ministry of Health (2019a), *Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde, Área de Cuidados de Saúde Primários: 2015-2019*.

Ministry of Health (2019b), Relatório Anual, *Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas: 2019*.

Ministry of Health (2020), *Datasets*, available at https://transparencia.sns.gov.pt/.

Ministry of Health (2021a), *Cancer care monitoring*

Ministry of Health (2021b), *Entidades de Saúde*

OECD (2015), *Portugal 2015: raising standards*, OECD Reviews of Health Care Quality.

OECD (2019), *The heavy burden of obesity: the economics of prevention*, OECD Health Policy Studies.

OECD (2020), *Realising the potential of primary health care*, OECD Health Policy Studies.

OECD (2021), *Economic Outlook*.

OECD (forthcoming), *Shortages of medicines in OECD countries*, OECD Health Working Paper.

OMD (2020), *Governo quer medicina dentária em todos os centros de saúde*.

Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*.

WHO Regional Office for Europe, European Commission, *European Observatory on Health Systems and Policies (2021)*, COVID-19 Health Systems Response Monitor – Portugal.

Abreviações dos países

Alemanha	DE	Croácia	HR	Finlândia	FI	Itália	IT	Países Baixos	NL
Áustria	AT	Dinamarca	DK	França	FR	Letónia	LV	Polónia	PL
Bélgica	BE	Eslováquia	SK	Grécia	EL	Lituânia	LT	Portugal	PT
Bulgária	BG	Eslovénia	SI	Hungria	HU	Luxemburgo	LU	Roménia	RO
Chéquia	CZ	Espanha	ES	Irlanda	IE	Malta	MT	Suécia	SE
Chipre	CY	Estónia	EE	Islândia	IS	Noruega	NO		

European Commission

Estado da Saúde na UE
Perfil de saúde do país 2021

Os perfis de saúde por país são um passo importante do ciclo em curso de intermediação de conhecimentos denominado Estado da Saúde na UE, produzido com o apoio financeiro da União Europeia. Os perfis são fruto do trabalho conjunto entre a Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económicos (OCDE) e o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, em cooperação com a Comissão Europeia.

Os perfis de saúde são concisos e relevantes e baseiam-se numa metodologia transparente e coerente que utiliza dados quantitativos e qualitativos, e que se adapta de forma flexível ao contexto de cada país da UE/EEE. O objetivo é criar um instrumento de aprendizagem mútua e intercâmbios voluntários que possam ser aproveitados tanto pelos responsáveis políticos como pelos lobistas.

Cada perfil por país apresenta uma breve síntese dos seguintes aspetos:

- situação da saúde no país,
- determinantes da saúde, com foco nos fatores de risco comportamentais;
- organização do sistema de saúde,
- eficácia, acessibilidade e resiliência do sistema de saúde.

A Comissão irá complementar as principais conclusões destes perfis com um relatório de acompanhamento.

Para mais informações, consultar: ec.europa.eu/health/state

A presente publicação deve ser citada da seguinte forma: OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

ISBN 9789264387508 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO