European Commission

State of Health in the EU

Portugal

Perfil de saúde do país 2023

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. Pela primeira vez desde o início da série, a edição de 2023 dos perfis de saúde por país introduz uma secção especial dedicada à saúde mental.

Os perfis são fruto do trabalho conjunto da OCDE e do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, 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 de 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 9
5. DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE 13
   5.1. Eficácia 13
   5.2 Acessibilidade 15
   5.3 Resiliência 18
6. DESTAQUE PARA A SAÚDE MENTAL 22
7. PRINCIPAIS CONCLUSÕES 26

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 de saúde das crianças em idade escolar (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 2023, com base nos dados disponíveis na primeira quinzena desse mês.

Contexto demográfico e socioeconómico em Portugal, 2022

Fatores demográficos	Portugal	UE
Dimensão da população	10 352 042	446 735 291
População com mais de 65 anos (%)	23,7	21,1
Índice de fecundidade[1] (2021)	1,4	1,5
Fatores socioeconómicos		
PIB *per capita* (PPC em EUR[2])	27 237	35 219
Taxa de pobreza relativa[3] (%)	16,4	16,5
Taxa de desemprego (%)	6,0	6,2

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: Este trabalho é publicado sob a responsabilidade do Secretário-Geral da OCDE. As opiniões expressas e os argumentos aqui utilizados não reflectem reflectem necessariamente a posição oficial dos países membros da OCDE. Os pontos de vista e opiniões expressos nas publicações do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde não representam necessariamente a política oficial das Organizações Participantes. Em caso de discrepância entre o trabalho original em inglês e a tradução, apenas o texto do trabalho original deve ser considerado válido.

Este trabalho foi produzido com o apoio financeiro da União Europeia. As opiniões aqui expressas não podem, de forma alguma, ser consideradas como reflectindo a opinião oficial da União Europeia.

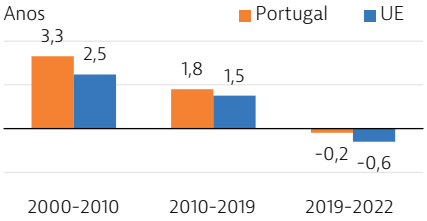
Os nomes e a representação dos países e territórios utilizados nesta publicação conjunta seguem a prática da OMS.

Isenções de responsabilidade territoriais aplicáveis à OCDE: O presente documento, bem como quaisquer dados e mapas nele incluídos, não prejudicam o estatuto ou a soberania de qualquer território, à delimitação de fronteiras e limites internacionais e ao nome de qualquer território, cidade ou área. Pode consultar outras isenções de responsabilidade específicas aqui.

Exclusões de responsabilidade territoriais aplicáveis à OMS: As designações utilizadas e a apresentação deste material não implicam a expressão de qualquer opinião por parte da da parte da OMS relativamente ao estatuto jurídico de qualquer país, território, cidade ou área ou das suas autoridades, ou relativamente à delimitação das suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas e tracejadas nos mapas representam linhas fronteiriças aproximadas relativamente às quais pode não existir ainda um acordo total.

© OCDE e Organização Mundial de Saúde (actuando como organização de acolhimento e secretariado do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde) 2023.

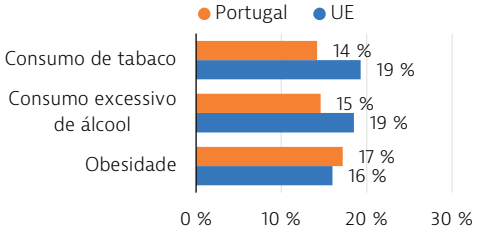
1 Destaques



Variações na esperança de vida à nascença

A saúde em Portugal

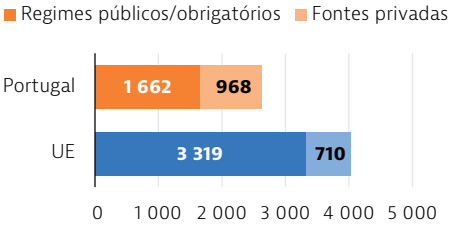
A esperança de vida em Portugal aumentou mais rapidamente do que a média da UE nas duas décadas que precederam a pandemia de COVID-19 e a sua redução durante a pandemia foi comparativamente menos pronunciada. Em 2022, a esperança de vida era de 81,7 anos, 1 ano superior à média da UE e cerca de dois meses e meio inferior ao seu nível anterior à pandemia. Em 2020, as doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte, seguidas do cancro.



% da população adulta, 2019

Fatores de risco

Em Portugal, a taxa de mortalidade associada a fatores de risco comportamentais continua a ser relativamente baixa, sobretudo devido ao facto de o número de fumadores se situar abaixo da média e estar em declínio. Embora as taxas de consumo regular e excessivo de álcool sejam inferiores à média da UE, têm vindo a aumentar nos últimos anos. As taxas de obesidade nos adultos estão ligeiramente acima da média da UE, mas a elevada prevalência de inatividade física, tanto nos adultos como nas crianças, suscita preocupações quanto à possibilidade de um aumento da obesidade no futuro.



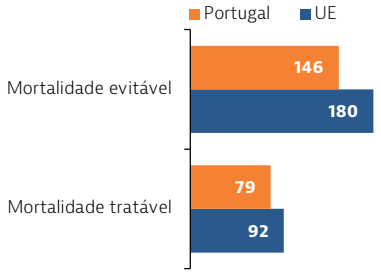
PPC em EUR per capita, 2021

O sistema de saúde

Em 2021, a despesa em saúde *per capita* em Portugal situou-se em 2 630 EUR, mais de um terço abaixo da média da UE. Após um aumento modesto em 2020, a despesa em saúde aumentou mais de 11 % em termos reais em 2021, impulsionada pelo aumento constante da despesa pública com cuidados de saúde relacionados com a COVID-19 e por uma recuperação robusta da despesa privada em saúde. As fontes públicas representaram 63,2 % da despesa de saúde, muito abaixo da média da UE de 81,1 %.

Eficácia

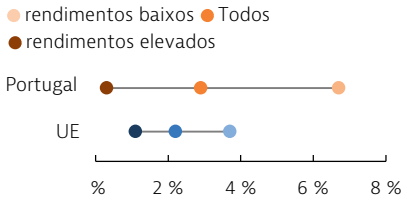
Em 2020, a taxa de mortalidade por causas evitáveis em Portugal foi 19 % inferior à média da UE e a taxa de mortalidade por causas tratáveis foi 14 % inferior. O cancro do pulmão surgiu como a principal causa de mortalidade evitável, enquanto a doença cardíaca isquémica e o cancro colorretal representaram mais de um terço da mortalidade tratável.



Taxa de mortalidade padronizada para a idade por 100 000 habitantes, 2020

Acessibilidade

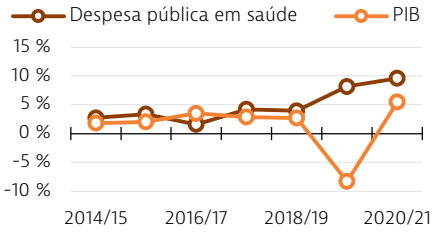
Em 2022, quase 3 % da população portuguesa referiu necessidades de cuidados médicos não satisfeitas, ultrapassando tanto a média da UE (2,2 %) como a taxa antes da pandemia (1,7 %). A maior parte dessas necessidades não satisfeitas deveu-se ao fator custo, tendo as pessoas do quintil de rendimentos mais baixo uma probabilidade 20 vezes maior de referir estas necessidades do que as incluídas no quintil mais alto.



% de pessoas que comunicaram ter necessidades de cuidados médicos não satisfeitas, 2022

Resiliência

Após enormes cortes ocorridos durante a crise financeira, a despesa pública em saúde em Portugal regressou ao crescimento em 2015, acompanhando o crescimento do PIB. A pandemia alterou esta tendência, tendo a despesa pública em saúde aumentado 8,2 % em 2020, enquanto o PIB registou uma diminuição correspondente. À medida que o PIB e a despesa privada em saúde recuperaram em 2021, a despesa pública em saúde aumentou 9,6 %.



Variação anual em termos reais

Destaque para a saúde mental

Os níveis de ansiedade e depressão em Portugal estão entre os mais elevados da UE. A depressão é referida de forma desproporcionada pelas mulheres e pela população com baixos rendimentos. Embora a taxa de suicídio em Portugal seja inferior à média da UE, as regiões do sul apresentam taxas substancialmente mais elevadas do que a média nacional. Para fazer face a estes desafios, o Governo estabeleceu um novo quadro para a prestação de serviços descentralizada. No entanto, o reduzido número de profissionais de saúde mental e as disparidades regionais na acessibilidade aos serviços colocam obstáculos à sua rápida implementação.

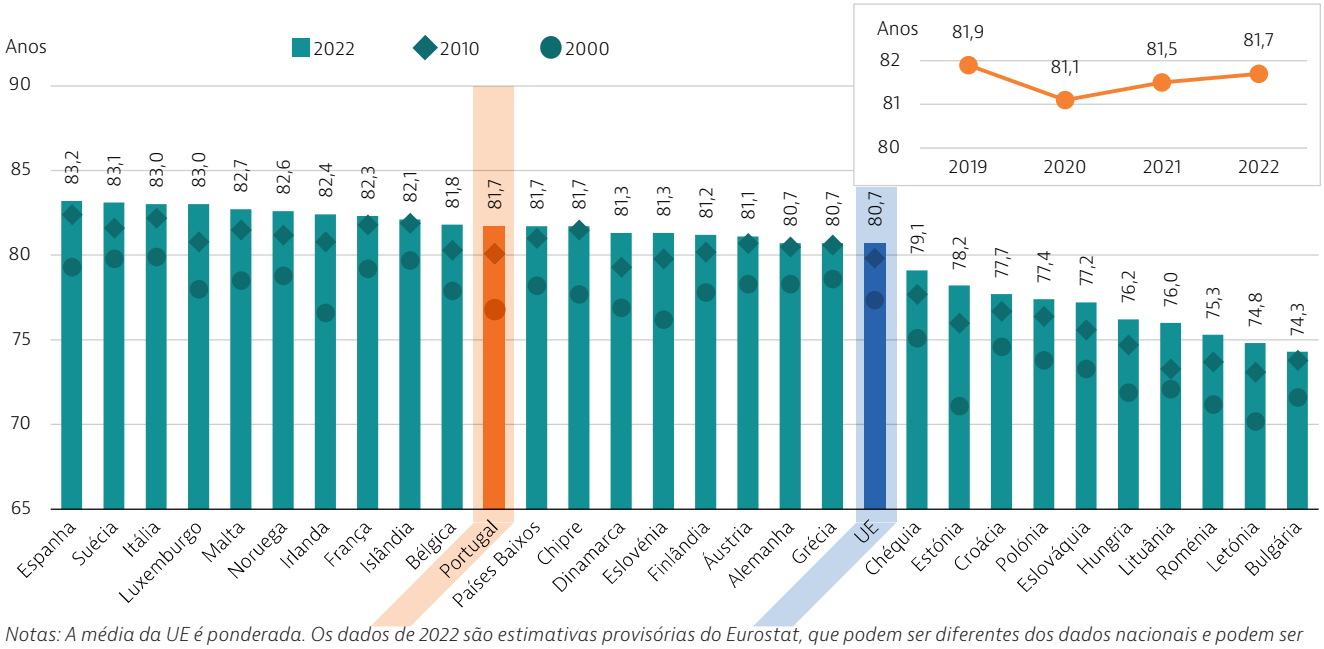
2 A saúde em Portugal

Em 2022, a esperança de vida à nascença em Portugal era um ano superior à média da UE

Em 2022, a esperança de vida à nascença em Portugal era de 81,7 anos, 1 ano superior à média da UE. Na década que antecedeu a pandemia de COVID-19, a esperança de vida em Portugal aumentou a um ritmo moderadamente mais rápido do que na maioria dos outros países da UE. Consequentemente, em 2019, a esperança de vida em Portugal ultrapassou a média da UE em mais de sete meses, atingindo quase 82 anos. Com o início da pandemia de COVID-19 em 2020, a esperança de vida em Portugal diminuiu 0,8 anos, uma redução ligeiramente inferior à redução média da UE, de 0,9 anos. Nos dois anos seguintes, a esperança de vida em Portugal recuperou 0,6 anos, o que fez com que, em 2022, ficasse aquém do seu nível anterior à pandemia em menos 2,5 meses (Figura 1). Esta situação contrasta com a média da UE, que ainda apresenta uma diferença de 0,6 anos entre o seu nível de esperança de vida em 2022 e o nível anterior à pandemia.

Tal como noutros países europeus, em Portugal, a população masculina tende a ter uma esperança de vida mais curta do que a população feminina. Em 2022, a esperança média de vida da população feminina foi de 84,5 anos, ou seja, quase mais de 6 anos superior à da população masculina. Esta disparidade entre homens e mulheres no que toca à esperança de vida é comparável à média da UE.

Figura 1. Em 2022, a esperança de vida em Portugal foi 0,2 anos inferior ao seu nível anterior à pandemia



Notas: A média da UE é ponderada. Os dados de 2022 são estimativas provisórias do Eurostat, que podem ser diferentes dos dados nacionais e podem ser objeto de revisão. Os dados da Irlanda referem-se a 2021.
Fonte: Base de dados do Eurostat.

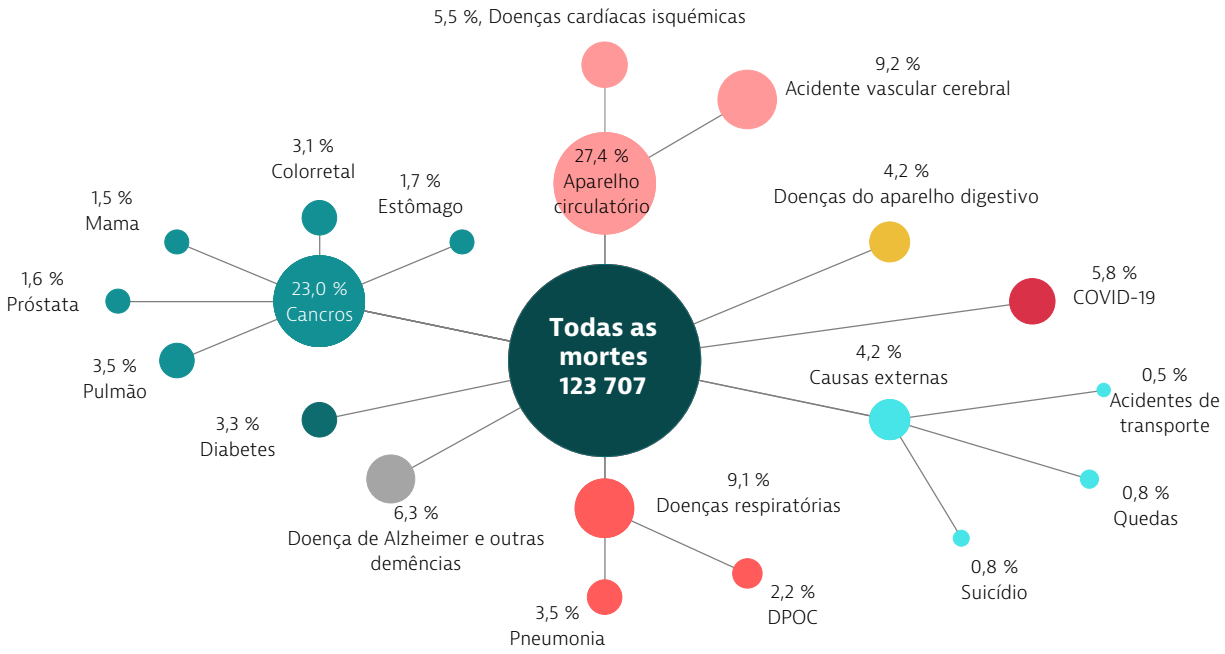
As doenças cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte em Portugal

Ao longo da última década, o aumento da esperança de vida em Portugal pode ser atribuído principalmente à redução das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares, em especial as doenças cerebrovasculares como o AVC. Num contexto de envelhecimento da população e de consequente aumento da prevalência de doenças crónicas, as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte em Portugal, representando mais de 27 % de todas as mortes em 2020 (Figura 2). Entre as doenças cardiovasculares, as doenças cerebrovasculares foram a principal causa de morte, sendo responsáveis por um terço de todas as mortes neste grupo. O cancro foi a segunda causa de morte mais comum, representando 23 % das mortes. O cancro do pulmão continuou a ser a principal causa de mortalidade relacionada com o cancro, seguido do cancro colorretal.

Durante o primeiro ano da pandemia, Portugal registou 7 125 mortes confirmadas devido à COVID-19, o que representa menos de 6 % do número total de mortes registadas em 2020. Destes óbitos, cerca de metade (47 %) foram de pessoas com idade igual ou superior a 85 anos.

O indicador de excesso de mortalidade, definido como as mortes ocorridas (independentemente da sua causa) acima de uma base de referência obtida a partir dos níveis anteriores à pandemia, fornece uma visão mais abrangente do impacto da pandemia na mortalidade. As mais de 40 000 mortes em excesso que ocorreram

Figura 2. Em 2020, a pandemia de COVID-19 foi responsável por um número comparativamente reduzido de mortes



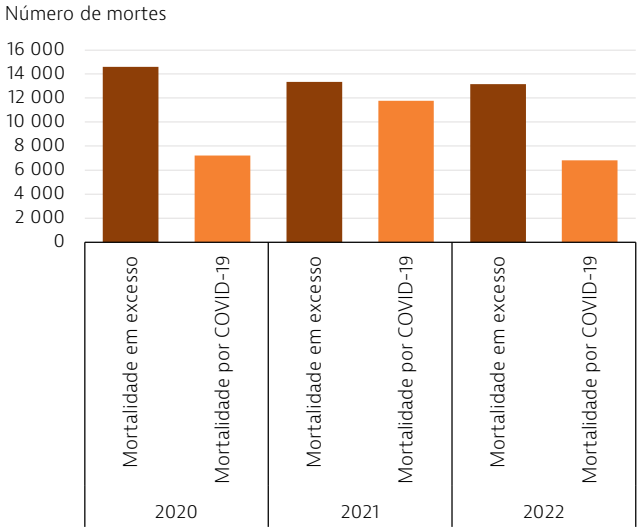
Nota: DPOC refere-se a doença pulmonar obstrutiva crónica.
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2020).

em Portugal entre 2020 e 2022 representam um nível 12,4 % acima da sua base de referência histórica, o que é ligeiramente inferior à taxa média de mortalidade em excesso observada, em média, na UE durante o mesmo período.

Ao longo dos primeiros três anos da pandemia, a taxa de mortalidade em excesso em Portugal registou flutuações comparativamente mínimas, atingindo um pico de 13,2 % em 2020 e diminuindo ligeiramente em 2021 e 2022. O número de mortes em excesso excedeu sistematicamente o número de mortes por COVID-19 oficialmente registadas. Foram vários os fatores suscetíveis de terem contribuído para esta divergência, nomeadamente a existência de eventuais mortes por COVID-19 não registadas e de perturbações nos serviços de saúde, bem como de um risco acrescido de mortalidade devido a outros fatores como as vagas de calor no verão e a gripe.

Após uma redução significativa em 2021, a diferença entre o número de mortes confirmadas por COVID-19 e o número de mortes em excesso aumentou significativamente em 2022 (Figura 3). Este aumento ocorreu apesar de a mortalidade em excesso ter permanecido estável em comparação com 2021, num contexto de uma redução significativa, em termos homólogos, do número de mortes confirmadas por COVID-19. A maior diferença entre as mortes confirmadas por COVID-19 e as mortes em excesso observadas em 2022 pode ser, em parte, atribuída a um número invulgarmente elevado de mortes associadas à vaga de calor sem precedentes que afetou Portugal durante o verão de 2022 (Silva et al., 2023).

Figura 3. A mortalidade em excesso manteve-se estável em 2022, apesar de um declínio considerável do número de mortes por COVID-19



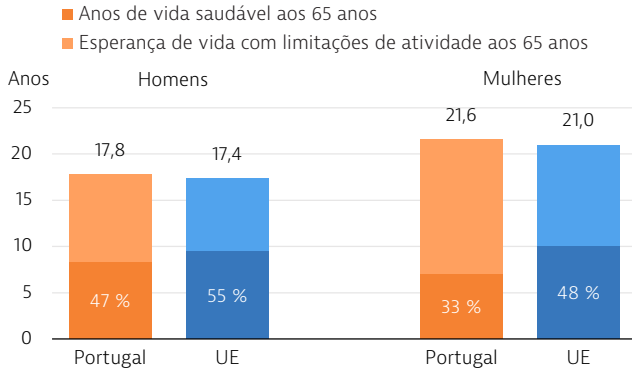
Nota: A mortalidade em excesso é definida como o número de mortes por todas as causas acima do número médio anual de mortes nos cinco anos anteriores à pandemia (2015-2019).
Fontes: ECDC (para mortalidade por COVID-19) e estatísticas da saúde da OCDE com base nos dados do Eurostat (para aumento da mortalidade).A taxa de mortalidade por COVID-19 relativa a 2022 é provisória.

Prevê-se que, após os 65 anos, os portugueses vivam apenas dois quintos da sua vida restante sem incapacidades

À semelhança de outros países da UE, Portugal sofreu uma alteração demográfica que conduziu ao envelhecimento da população nas últimas duas décadas. A percentagem da sua população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou de 16 % em 2000 para 22 % em 2021, ultrapassando ligeiramente a média da UE de 21 %, e prevê-se que atinja 34 % até 2050.

Em 2020, a população feminina portuguesa com 65 anos tinha uma esperança média de vida de 21,6 anos, enquanto a população masculina podia esperar viver mais 17,8 anos, cerca de sete e cinco meses mais do que as respetivas médias da UE. No entanto, em comparação com a média da UE, prevê-se que em Portugal, após os 65 anos, os homens e, sobretudo, as mulheres vivam uma parte significativamente menor da sua vida sem incapacidades (Figura 4). Esta disparidade reflete a prevalência consideravelmente mais elevada das limitações de atividade relacionadas com a saúde entre as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos em Portugal, em comparação com a média da UE. De acordo com dados de inquéritos, 61 % dessas pessoas referiram tais limitações, em comparação com 49 % na UE. Esta diferença foi particularmente acentuada na população feminina, havendo mais de dois terços das mulheres portuguesas com idade igual ou superior a 65 anos que sofriam limitações de atividade devido a problemas de saúde, em comparação com 51 % na UE.

Figura 4. Prevê-se que, após os 65 anos, as mulheres portuguesas vivam apenas um terço da sua vida sem incapacidades



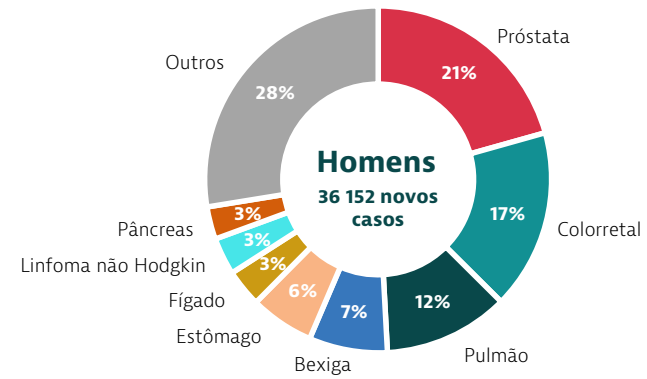
Fonte: Base de dados do Eurostat (2020).

A incidência de cancro em Portugal é ligeiramente inferior à média da UE

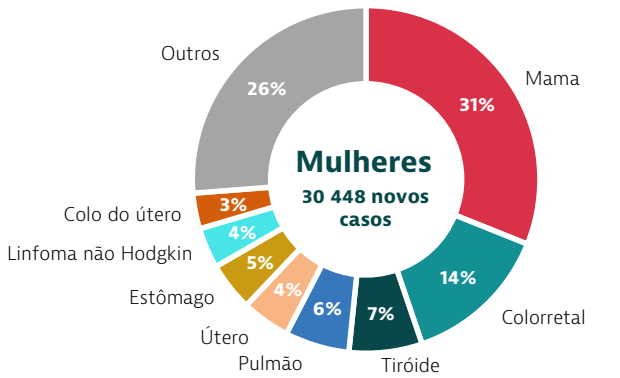
Embora a incidência de cancro no país, quer na população masculina quer na feminina, seja ligeiramente inferior à da maioria dos outros países da UE, Portugal continua a ter uma significativa carga de doença relacionada com cancro. Em 2020, o cancro foi responsável por quase uma em cada quatro mortes no país e, na década anterior à pandemia de COVID-19, a redução das taxas de mortalidade por cancro foi insignificante em comparação com a média da UE (OECD, 2023).

De acordo com estimativas de incidência do cancro do Centro Comum de Investigação baseadas em tendências históricas, Portugal registou cerca de 66 600 novos casos de cancro em 2022. Tal como demonstrado na Figura 5, em 2022, os cancros da próstata (21 %), colorretal (17 %) e do pulmão (12 %) foram os mais comuns entre a população masculina, enquanto os cancros da mama (31 %), colorretal (14 %) e da tiróide (7 %) representaram mais de metade dos novos cancros entre a população feminina. A incidência comparativamente baixa do cancro em Portugal pode ser parcialmente atribuída à prevalência inferior à média de fatores de risco comportamentais, em especial o tabagismo e os riscos alimentares, na população portuguesa (ver secção 3). Embora o envelhecimento da população seja um dos principais fatores que contribuem para o aumento previsto da incidência do cancro, uma parte significativa desse aumento pode ser evitado se forem introduzidas mudanças de estilo de vida. Minimizar a incidência de casos de cancro potencialmente evitáveis através da redução da exposição das pessoas a agentes cancerígenos e da promoção de estilos de vida mais saudáveis é um dos quatro pilares fundamentais da Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro, horizonte 2030, que o Governo começou a implementar em 2023 (DGS, 2022a).

Figura 5. Em 2022, foram estimados mais de 66 000 novos casos de cancro em Portugal



Taxa padronizada para a idade (todos os cancros): 677 por 100 000 habitantes
Média da UE: 684 por 100 000 habitantes



Taxa padronizada para a idade (todos os cancros): 460 por 100 000 habitantes
Média da UE: 488 por 100 000 habitantes

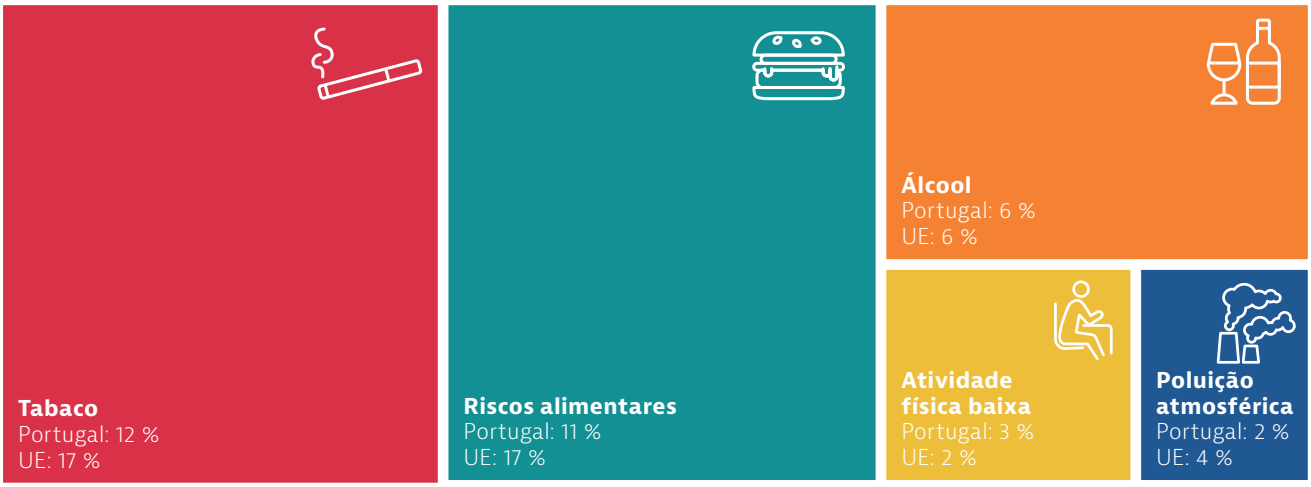
Notas: Com exceção do cancro da pele (não melanoma); o cancro do útero não inclui o cancro do colo do útero.
Fonte: Sistema Europeu de Informação sobre o Cancro (ECIS).

3 Fatores de risco

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

Em 2019, 30 % de todas as mortes registadas em Portugal podiam ser atribuídas a fatores de risco comportamentais, nomeadamente ao consumo de tabaco, aos riscos alimentares, ao consumo de álcool e ao baixo nível de atividade física. Esta percentagem foi significativamente inferior à média da UE de 39 %, o que, por sua vez, reflete uma prevalência comparativamente inferior, na população portuguesa, de fatores de risco para a saúde relacionados com o estilo de vida. Embora em menor grau do que noutros países da UE, os fatores de risco ambiental para a saúde, como a poluição atmosférica, nomeadamente a exposição a partículas finas ($PM_{2.5}$) e a exposição ao ozono, também tiveram um impacto não negligenciável na mortalidade em Portugal, representando 2 % do total de mortes (figura 6).

Figura 6. Cerca de um terço das mortes anuais em Portugal estão relacionadas com fatores de risco comportamentais para a saúde



Notas: 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).

Embora o número de fumadores seja relativamente baixo, o consumo de álcool entre os adultos continua a ser elevado e o consumo excessivo de álcool está a aumentar

Nos cinco anos que antecederam a pandemia de COVID-19, Portugal registou uma redução significativa da prevalência do tabagismo. Esta redução pode ser atribuída, em parte, a intervenções (incluindo medidas fiscais) executadas no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (DGS, 2021). Entre 2014 e 2019, a prevalência do consumo diário de tabaco entre os adultos diminuiu de quase 17 % para 14 %, abaixo da média da UE de 18,7 %. O consumo de tabaco entre os adolescentes também viu a sua popularidade reduzir significativamente nos últimos anos. Em 2022, apenas 9 % dos jovens portugueses de 15 anos referiram ter fumado cigarros no último mês, o que representa uma diminuição face a 11 % em 2018 e quase metade da média da UE de 17 % nesse ano (Figura 7). Ao mesmo tempo, verificou-se um ligeiro aumento da utilização de cigarros eletrónicos entre os adolescentes portugueses. Em 2019, 13,4 % dos adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos referiram a sua utilização, o que representa um aumento de 1 ponto percentual em relação a 2015 (Lavado, Calado, & Feijão, 2019).

No que diz respeito ao consumo de álcool, o consumo anual *per capita* estimado entre a população adulta portuguesa diminuiu de 11,3 litros em 2010 para 10,4 litros em 2019, ainda ligeiramente acima da média da UE de 10 litros *per capita*. Embora uma percentagem comparativamente pequena de adultos portugueses tenha referido o consumo regular e excessivo de álcool em 2019 (14,6 % em comparação com 18,5 % na UE), a sua prevalência aumentou 4,4 pontos percentuais desde 2014, o que representa um dos maiores aumentos observados entre os países da UE.[1] Em contrapartida, apenas 8 % dos jovens portugueses de 15 anos referiram ter-se embriagado, pelo menos, duas vezes ao longo da sua vida, uma percentagem muito inferior à média da UE de 18 % e uma grande diminuição em relação aos 15 % referidos em 2018.

1 *Entende-se por consumo excessivo de álcool o consumo de seis ou mais bebidas alcoólicas por uma pessoa numa única ocasião, todos os meses, nos últimos 12 meses.*

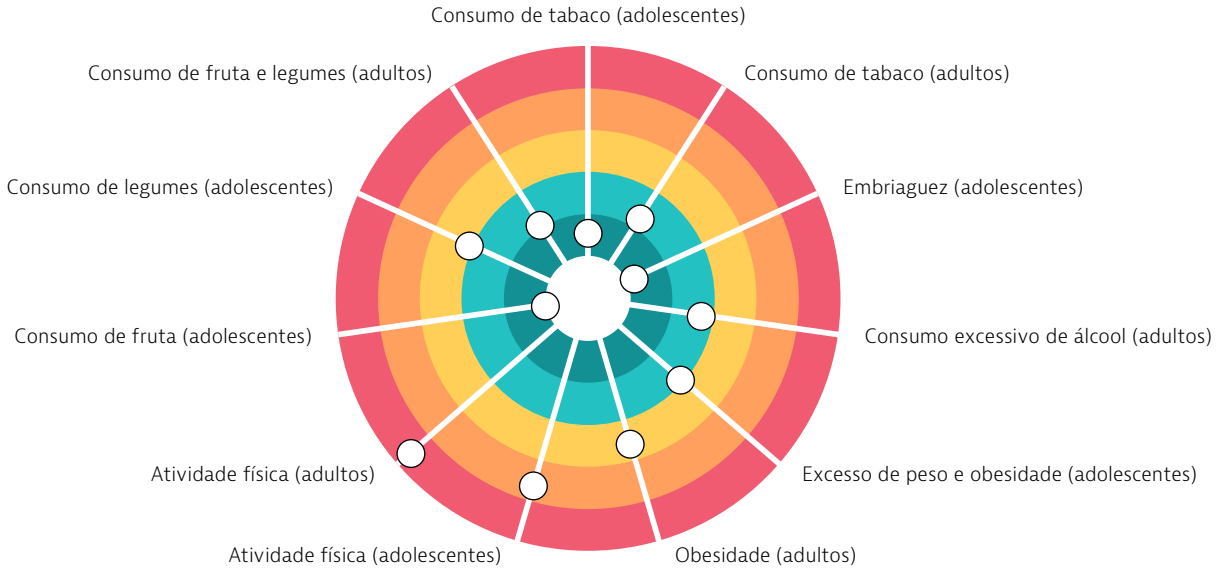
O excesso de peso e a obesidade, especialmente entre as crianças, são um problema de saúde pública cada vez maior

Com base nos dados recolhidos no inquérito de autoavaliação do estado de saúde, em 2019, a percentagem de adultos classificados como obesos em Portugal foi ligeiramente superior à média de 16 % da UE, situando-se em mais de 17 %. A prevalência da obesidade adulta seguiu um gradiente socioeconómico acentuado, havendo menos de 10 % dos portugueses com habilitações de nível superior que são obesos, em comparação com quase 22 % dos que não tinham o nível de ensino secundário. Em 2022, 20 % dos jovens portugueses de 15 anos tinham excesso de peso ou eram obesos, uma ligeira diminuição em relação aos 22 % registados em 2022 e ligeiramente abaixo da média da UE de 21,2 %, mas ainda acima dos 17 % registados em 2010, o que representa uma tendência gradual, mas preocupante, que deixa antever os riscos potenciais de aumento da obesidade adulta no futuro. Para fazer face a estes riscos, Portugal está a implementar várias medidas para melhorar os hábitos alimentares (incluindo impostos sobre os alimentos, restrições à publicidade de alimentos para crianças e normas alimentares para as escolas, taxa de IVA de 0 % para um cabaz alimentar saudável), no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2023).

Estão a ser implementados nos cuidados de saúde primários programas para promover a atividade física

As baixas taxas de atividade física entre os adultos e os adolescentes portugueses agravam os riscos de aumento do excesso de peso e da obesidade no futuro. Em 2019, apenas 17 % dos adultos portugueses comunicaram que faziam pelo menos 150 minutos de exercício físico semanal, o que corresponde a quase metade da média da UE. Do mesmo modo, em 2022, apenas 14 % dos jovens portugueses de 15 anos referiram que faziam diariamente algum exercício físico, uma percentagem ligeiramente inferior à média da UE de 15 %, mas que representa uma melhoria significativa em relação aos 9 % referidos em 2018. Os dados do inquérito Eurobarómetro de 2022 corroboram estas conclusões, tendo revelado taxas significativamente mais baixas de exercício regular e de participação desportiva em Portugal, em comparação com a média da UE (Eurobarometer, 2022). À medida que as restrições relacionadas com a pandemia de COVID-19 foram sendo flexibilizadas em 2022, a realização de atividades no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física (PNPAF) retomou gradualmente o seu ritmo normal. O PNPAF envolve várias componentes, incluindo iniciativas de sensibilização e projetos-piloto que visam incentivar de forma sistemática as prescrições de atividade física nos cuidados de saúde primários, com o apoio de ferramentas digitais de monitorização da atividade física (DGS, 2022b).

Figura 7. Portugal apresenta melhores resultados do que a maioria dos outros países da UE em todos os fatores de risco comportamentais, exceto na obesidade e na atividade física



Notas: 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 2022 para os indicadores relativos aos adolescentes e no EHIS de 2019 para os indicadores relativos aos adultos.

4 O sistema de saúde

O Serviço Nacional de Saúde português é universal e centralizado, coexistindo com outros subsistemas de saúde suplementares

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português é um sistema de saúde universal, predominantemente financiado por impostos, que abrange todos os residentes, incluindo os requerentes de asilo e os migrantes que se encontram em processo de regularização do seu estatuto. Os cuidados de saúde primários e hospitalares são prestados por uma combinação de prestadores públicos e privados, atuando os médicos de família como reguladores do acesso aos cuidados especializados e secundários.

O Ministério da Saúde consolida a maioria das atividades de planeamento, acompanhamento, orientação e regulamentação (Caixa 1). A nível local, cinco administrações regionais de saúde são responsáveis pela supervisão dos hospitais do SNS, pela gestão dos centros de saúde e prestadores públicos de cuidados de saúde primários e pela execução dos objetivos da política nacional de saúde. Em 2024, todos os hospitais e unidades de cuidados de saúde primários do SNS português serão integrados em unidades locais de saúde. Um órgão de administração criado recentemente, a Direção Executiva do SNS, coordenará as atividades dos prestadores de cuidados de saúde do SNS. Esta alteração visa melhorar o acesso a cuidados de saúde e assegurar o alinhamento da governação clínica e de saúde pública. Os municípios também têm algumas responsabilidades no setor da saúde, nomeadamente a gestão e o investimento em infraestruturas de cuidados de saúde primários e a supervisão de programas que promovem estilos de vida saudáveis.

Além do SNS, a cobertura dos cuidados de saúde é assegurada através de dois canais adicionais, na sua maioria suplementares. O primeiro inclui vários subsistemas de saúde (públicos e privados), ou seja, regimes de seguro que abrangem grupos profissionais específicos, como funcionários públicos, pessoal militar e trabalhadores de outros setores específicos. O segundo canal envolve os regimes privados de seguro voluntário de saúde (SVS), que permitem aceder a benefícios adicionais.

A despesa em saúde *per capita* em Portugal é mais de um terço inferior à média da UE

Em 2021, a despesa em saúde *per capita* em Portugal, ajustada para ter em conta as diferenças de poder de compra, ascendeu a 2 630 EUR, ou seja, mais de um terço abaixo da média da UE (4 030 EUR). No entanto, a despesa em saúde representou 11,1 % do PIB, o que está em consonância com a média da UE. Em 2021, as fontes públicas financiaram 63,2 % da despesa em saúde, uma percentagem significativamente inferior à média da UE de 81,1 % (Figura 8). Do mesmo modo, as fontes privadas financiaram uma percentagem de despesa em saúde que foi quase o dobro da média da UE de 18,9 %, refletindo maiores contribuições dos regimes privados de SVS (7,8 %, em comparação com 4,4 % na UE) e dos pagamentos diretos (29 % do total da despesa em saúde, em comparação com 14,5 % na UE).

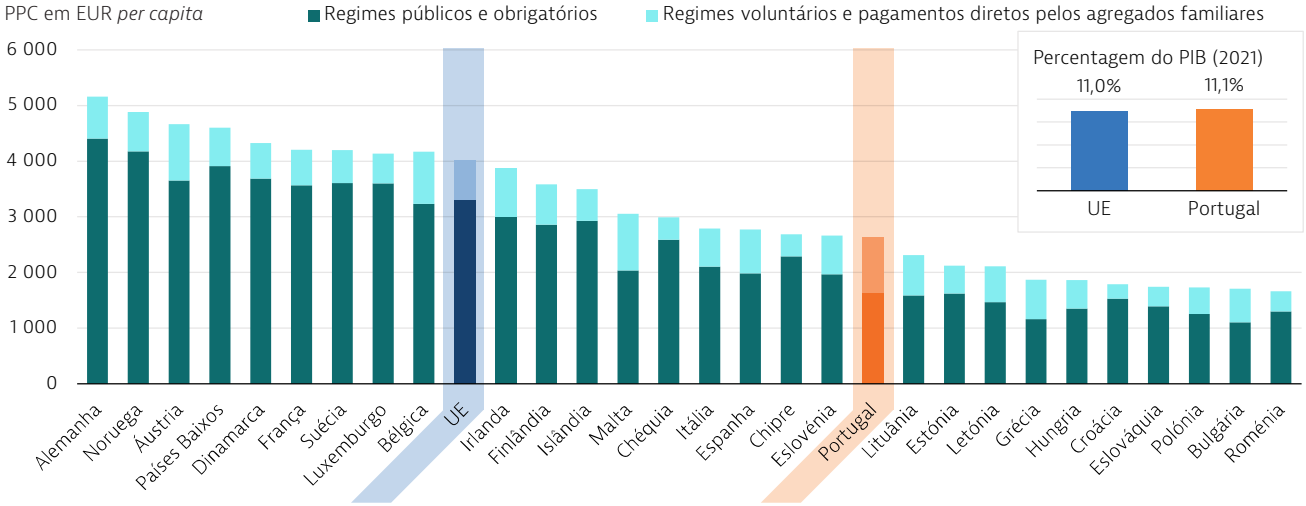
Nos cinco anos que precederam a pandemia, a despesa privada em saúde em Portugal cresceu a uma taxa média anual de 4 %, devido sobretudo ao aumento dos pagamentos diretos. A pandemia provocou uma inversão temporária desta tendência, o que resultou numa diminuição de quase 7 % da despesa privada em saúde em 2020. Esta diminuição deveu-se a perturbações nos cuidados de saúde não relacionados com a COVID-19 prestados pelo setor privado e por alterações no comportamento dos doentes na procura de cuidados de saúde. Em 2021, a despesa em saúde em Portugal registou um aumento sem precedentes de 11 %, em termos homólogos. Este aumento significativo foi impulsionado pelo aumento constante da despesa pública com cuidados de saúde relacionados com a COVID-19 (ver secção 5.3) e por um aumento de 15 % da despesa privada em saúde, uma vez que o volume de cuidados de saúde não relacionados com a COVID-19 recuperou rapidamente para níveis próximos dos anteriores à pandemia.

Caixa 1. Em 2023, Portugal aprovou o seu primeiro Plano Nacional de Saúde a abranger o horizonte temporal de uma década

Em maio de 2023, Portugal aprovou o seu Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (PNS), uma estratégia a longo prazo que define os principais objetivos da política de saúde do país até 2030. O PNS baseia-se numa análise exaustiva das necessidades de saúde previstas para a população e foi elaborado com uma ampla participação das partes interessadas. O seu enfoque principal incide na promoção da saúde sustentável, com objetivos fundamentais que abrangem a redução das desigualdades no domínio da saúde, a atenuação dos fatores de risco comportamentais para a saúde e a gestão das principais doenças transmissíveis e não transmissíveis. Com base nos ensinamentos retirados durante a pandemia de COVID-19, o PNS visa explicitamente fatores de risco com menor prevalência para o sistema de saúde que, se não forem abordados, poderão representar riscos futuros significativos, como os efeitos diretos e indiretos das alterações climáticas no comportamento dos vírus e dos seus vetores.

A Direção-Geral da Saúde (DGS) supervisionará a execução do PNS, em colaboração com outros organismos e serviços do sistema de saúde. Para apoiar a sua aplicação efetiva ao longo do tempo, o PNS inclui um plano de acompanhamento e avaliação, bem como um plano de comunicação estratégica.

Figura 8. A percentagem de despesa em saúde financiada por fontes privadas está entre as mais elevadas da UE



Nota: A média da UE é ponderada.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023 [dados relativos a 2021, à exceção de Malta (2020)].

Portugal afeta mais de dois quintos do seu orçamento de saúde aos cuidados de ambulatório

Em 2021, os cuidados de ambulatório representaram mais de 44 % da despesa em saúde em Portugal, o que reflete a concentração do seu sistema de saúde nos cuidados de saúde primários. Esta percentagem foi a mais elevada de todos os países da UE, tendo a despesa superado também a média *per capita* da UE, apesar de o total da despesa em saúde em Portugal ser mais de um terço inferior à média da UE (Figura 9). Em parte devido ao seu orçamento de saúde comparativamente reduzido, os produtos farmacêuticos e os dispositivos médicos de retalho absorveram 19 % da despesa em saúde em Portugal, uma percentagem ligeiramente superior à média da UE, ascendendo a 494 EUR *per capita*, em comparação com 699 EUR na UE. Em 2021, os produtos farmacêuticos de retalho representaram cerca de 62 % da despesa farmacêutica total (incluindo o consumo hospitalar).

Por outro lado, a despesa com cuidados continuados em Portugal ascendeu a menos de 5 % da despesa em saúde do país em 2021, menos de um terço da afetação média da UE. A diminuição da despesa com cuidados continuados reflete a dependência histórica de Portugal em relação a serviços de cuidados informais para a sua prestação. À medida que a procura de cuidados continuados aumenta devido ao envelhecimento da população, Portugal tem vindo a envidar esforços para aumentar a disponibilidade de serviços formais de cuidados continuados para níveis mais adequados, através da sua Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Entre 2014 e 2021, a capacidade de prestação de cuidados continuados em internamento no âmbito da RNCCI aumentou 40 %, atingindo 9 797 unidades em 2021. No entanto, persistem disparidades regionais significativas, com a escassez de serviços concentrada principalmente na região de Lisboa (Conselho das Finanças Públicas, 2021).

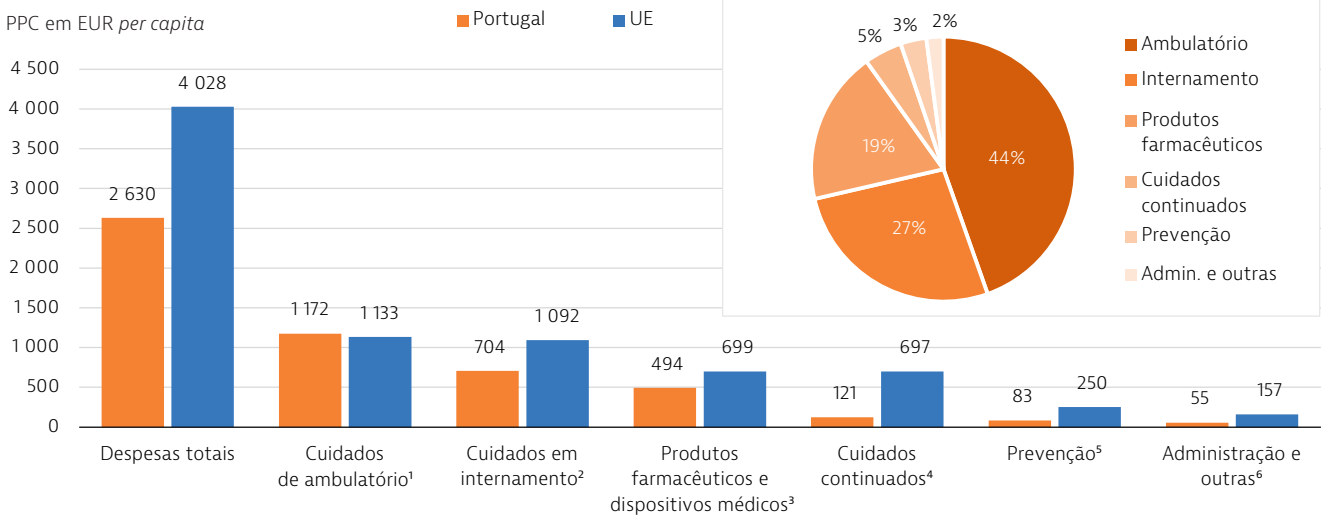
A densidade de camas hospitalares é comparativamente baixa e manteve-se estável durante a última década

O SNS português é o principal prestador de cuidados hospitalares, supervisionando 114 dos 219 hospitais do país. Os hospitais públicos contribuem para dois terços da capacidade total de internamento e foram responsáveis por quase 70 % de todas as hospitalizações em 2021. O setor hospitalar em Portugal tem uma densidade de camas relativamente baixa, em comparação com a maioria dos outros países da UE, com 3,5 camas hospitalares por 1 000 habitantes em 2021, em comparação com a média da UE de 4,8 camas por 1 000 habitantes (ver secção 5.3). A densidade de camas hospitalares em Portugal manteve-se bastante estável ao longo da última década e não foi substancialmente afetada pela pandemia de COVID-19. Ao mesmo tempo, existem disparidades significativas na distribuição de camas entre as regiões. Em Portugal Continental, a Área Metropolitana de Lisboa apresentava a densidade de camas mais elevada, com 3,8 camas por 1 000 habitantes e o Alentejo a densidade mais baixa, com apenas 2,1 camas por 1 000 habitantes. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira apresentavam uma disponibilidade de camas consideravelmente mais elevada, com 6,8 e 8,3 camas por 1 000 habitantes, respetivamente.

Portugal tem menos enfermeiros do que a maioria dos outros países da UE

Em 2021, Portugal tinha 5,6 médicos por 1 000 habitantes, uma densidade superior à da maioria dos outros países da UE (Figura 10). No entanto, os dados estatísticos de Portugal incluem todos os médicos habilitados, o que conduz a uma sobrestimação substancial em comparação com os valores reportados por outros países da UE, que consideram apenas os médicos em exercício. Com base nos dados disponíveis, estima-se que a densidade de médicos em exercício em Portugal seja comparável à média da UE.

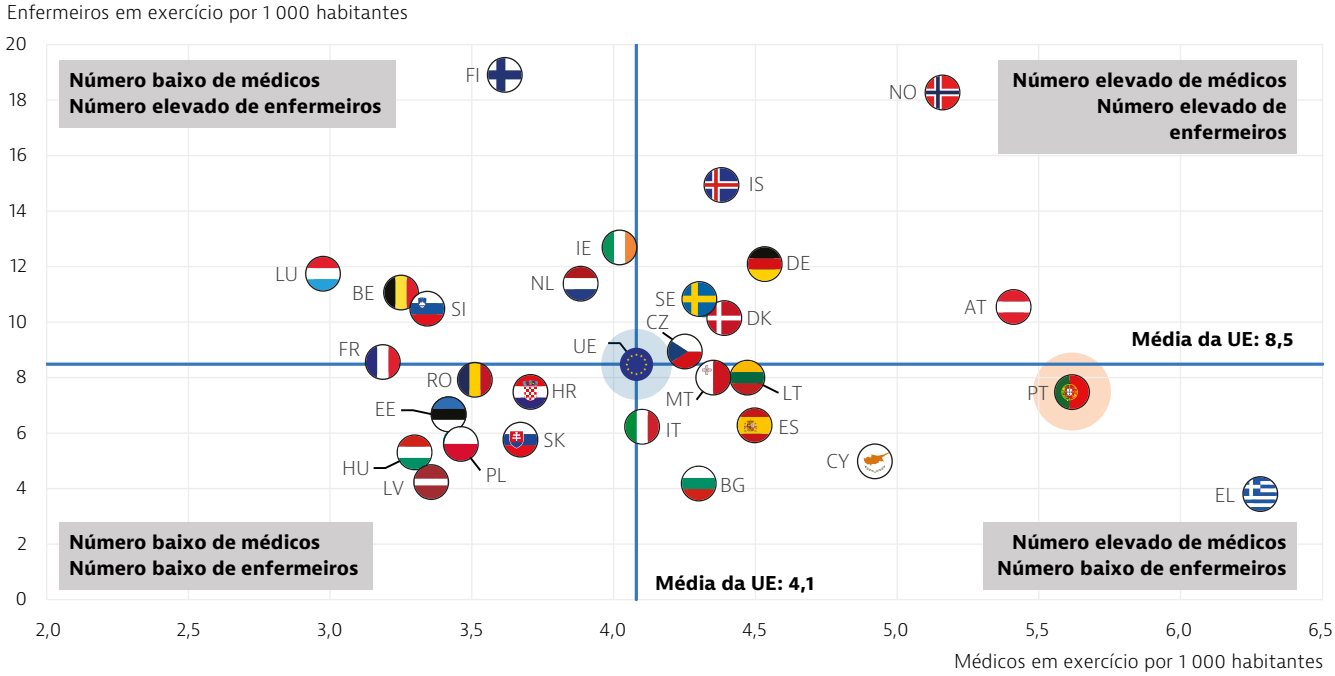
Figura 9. Portugal é o país da UE que afeta a maior percentagem do seu orçamento de saúde a cuidados de ambulatório



Notas: 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. 6. Incluem a governação e a administração dos sistemas de saúde e outras despesas. A média da UE é ponderada.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023 [dados relativos a 2021].

Apesar de um aumento de mais de 15 % do número de enfermeiros profissionalmente ativos em Portugal nos últimos cinco anos, a densidade de enfermeiros em 2021 era ainda 13 % inferior à média da UE, com 7,4 enfermeiros por 1 000 habitantes. Esta situação reflete, em parte, os fluxos comparativamente baixos de licenciados em enfermagem e os constrangimentos causados pelo desgaste do pessoal de enfermagem (ver secção 5.3). A distribuição dos profissionais de saúde no país é desigual, estando 70 % destes concentrados nas regiões de Lisboa e do Norte, apesar de estas representarem apenas 62 % da população portuguesa. Para fazer face aos riscos de acessibilidade causados por este desequilíbrio territorial, o Governo português anunciou que vai lançar em 2024 um programa de formação, designado Mais Médicos, que oferece incentivos salariais e de alojamento aos profissionais de saúde que optem por exercer a sua atividade em hospitais das zonas menos populosas do interior de Portugal (Ordem dos Médicos, 2023).

Figura 10. Apesar de um aumento considerável nos últimos anos, o número de enfermeiros continua a ser relativamente baixo



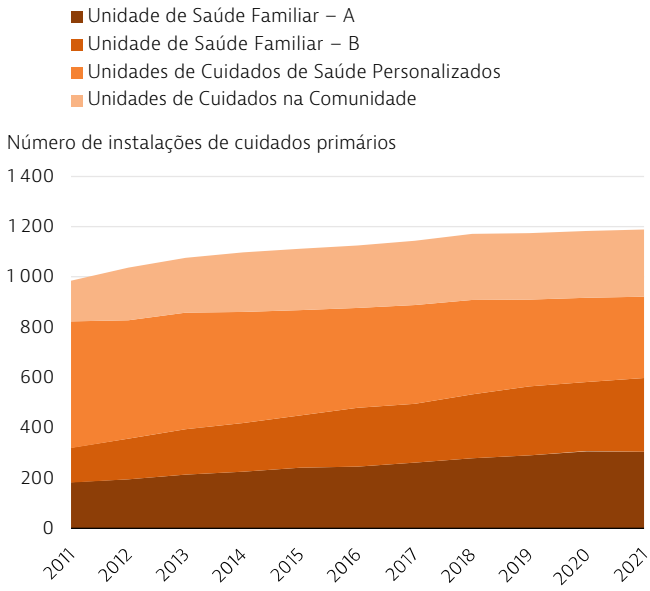
Notas: Os dados relativos aos enfermeiros incluem todas as categorias de enfermeiros (e não apenas os que cumprem a diretiva da UE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais). Em Portugal e na Grécia, os dados referem-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação do número de médicos em exercício (p. ex., 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: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023 (dados relativos a 2021 ou ao ano disponível mais próximo).

A rede de cuidados de saúde primários de Portugal cresceu consistentemente na última década

Em Portugal, os serviços de cuidados primários são predominantemente prestados através dos Agrupamentos de Centros de Saúde do SNS. Neste contexto, os serviços são, na sua maioria, prestados por unidades de saúde familiar (USF), equipas multidisciplinares autónomas de médicos de família, enfermeiros e outros profissionais de saúde responsáveis pela prestação de cuidados primários a uma população específica. As USF funcionam em articulação com as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), que são centros de saúde que seguem o modelo mais antigo, anterior à reforma dos cuidados de saúde primários de 2006 em Portugal. Comparativamente, as UCSP têm menos autonomia organizacional do que as USF e funcionam exclusivamente com base num sistema de remuneração por capitação. Enquanto cerca de metade das USF são igualmente remuneradas com um montante fixo por utente inscrito (modelo A), a outra metade funciona com um sistema de remuneração misto que combina a capitação com uma componente de pagamento em função do desempenho destinada a recompensar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde (modelo B).

Nos últimos anos, Portugal investiu na expansão da sua rede de cuidados de saúde primários, o que resultou num aumento de 12 % do número total de unidades de cuidados primários entre 2011 e 2021. Este crescimento foi impulsionado pelo aumento do número de USF, que compensou a diminuição do número de UCSP. Entre as USF, as unidades do modelo B registaram um crescimento ligeiramente mais rápido do que as unidades do modelo A (Figura 11).

Figura 11. O número de unidades de saúde familiar em Portugal quase duplicou na última década



Fonte: SNS (2021).

Além das UCSP e das USF, alguns serviços de cuidados primários são prestados em Unidades de Cuidados na Comunidade, que prestam cuidados a grupos com necessidades especiais, incluindo apoio psicossocial e serviços de cuidados domiciliários. A fim de otimizar a coordenação entre os serviços de cuidados primários e hospitalares, as atividades dos prestadores na maioria das regiões são dirigidas pelas unidades de saúde locais (Caixa 2). O setor privado também desempenha um papel importante na prestação de serviços de cuidados primários, através de clínicas do setor privado e de organizações de cuidados de saúde mutualistas que prestam serviços aos seus membros. Os serviços de cuidados dentários são essencialmente prestados pelo setor privado, mas as reformas em curso visam reforçar os serviços públicos de saúde oral, nomeadamente através do alargamento dos critérios de elegibilidade no âmbito do programa cheque-dentista para a prestação de serviços de cuidados dentários (ver secção 5.2).

Caixa 2. A expansão da rede de Unidades Locais de Saúde deverá acelerar a integração dos cuidados de saúde em todo o SNS nos próximos anos

O Governo português introduziu o conceito de unidade local de saúde (ULS) em 1999. As ULS são entidades organizacionais incumbidas de promover a integração dos cuidados de saúde a vários níveis, melhorar a eficiência dos serviços e facilitar a circulação dos doentes nas suas áreas designadas. Entre 2007 e 2012, foram criadas sete ULS, proporcionando cobertura a cerca de 10 % da população portuguesa. Em 2023, a recém-criada Direção Executiva do SNS apresentou planos para expandir a rede de ULS a nível nacional. Prevê-se que, até 2024, estejam operacionais 39 ULS, servindo mais de 80 % da população (Direção Executiva do SNS, 2023). A decisão de expandir a rede de ULS reflete o compromisso de descentralizar a governação no âmbito do SNS, a fim de melhorar a acessibilidade dos cuidados de saúde e simplificar as formas de prestação de cuidados aos utentes em todo o país.

5 Desempenho do sistema de saúde

5.1. Eficácia

As taxas de mortalidade evitável permanecem abaixo da média da UE

Em Portugal, em 2020, as taxas de mortalidade por causas consideradas evitáveis foram 19 % inferiores à média da UE e a taxa de mortalidade por causas tratáveis foi 14 % inferior (Figura 12). No contexto de um aumento de quase 17 % da taxa de mortalidade evitável registada em toda a UE, em média, entre 2019 e 2020, a taxa aumentou apenas 8 % em Portugal, refletindo a mortalidade comparativamente inferior do país devido à COVID-19. Em consonância com a maioria dos restantes países da UE, o cancro do pulmão foi a principal causa de mortes evitáveis em Portugal, em 2020. No entanto, a sua taxa de mortalidade foi mais de 20 % inferior à média da UE.

Ao longo da última década, as taxas de mortalidade por causas tratáveis em Portugal não só permaneceram abaixo da média da UE como também diminuíram a um ritmo superior ao dobro da média da UE. Estas melhorias foram impulsionadas sobretudo pela redução da mortalidade por AVC, doenças cardíacas isquémicas, pneumonia e, em menor grau, cancro colorretal. O cancro colorretal e as doenças cardíacas isquémicas continuaram a ser as duas principais causas de morte que poderiam ser evitadas através de intervenções atempadas dos serviços de cuidados de saúde em Portugal, representando, em conjunto, mais de um terço da mortalidade tratável em 2020.

Serviços de cuidados primários robustos contribuem para baixas taxas de hospitalizações evitável

Os dados relativos a hospitalizações para tratamento de doenças que, normalmente, são suscetíveis de serem tratadas fora dos hospitais podem fornecer informações sobre a disponibilidade e a eficácia dos serviços de cuidados primários. A este respeito, entre os países da UE com dados disponíveis, Portugal destaca-se com algumas das taxas mais baixas de hospitalização para tratamento de doenças que carecem de cuidados de ambulatório, o que indica uma gestão eficaz das doenças crónicas nas unidades de cuidados ambulatórios. Em 2019, a taxa combinada de hospitalização de Portugal por diabetes, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) foi quase 60 % inferior à média da UE. Embora as hospitalizações por asma e DPOC tenham aumentado mais de um quinto entre 2015 e 2019, em comparação com a tendência a nível da UE, as hospitalizações por diabetes diminuíram a um ritmo mais de duas vezes superior à média da UE, em comparação com um nível que já era inferior a metade da média da UE em 2015 (Figura 13).

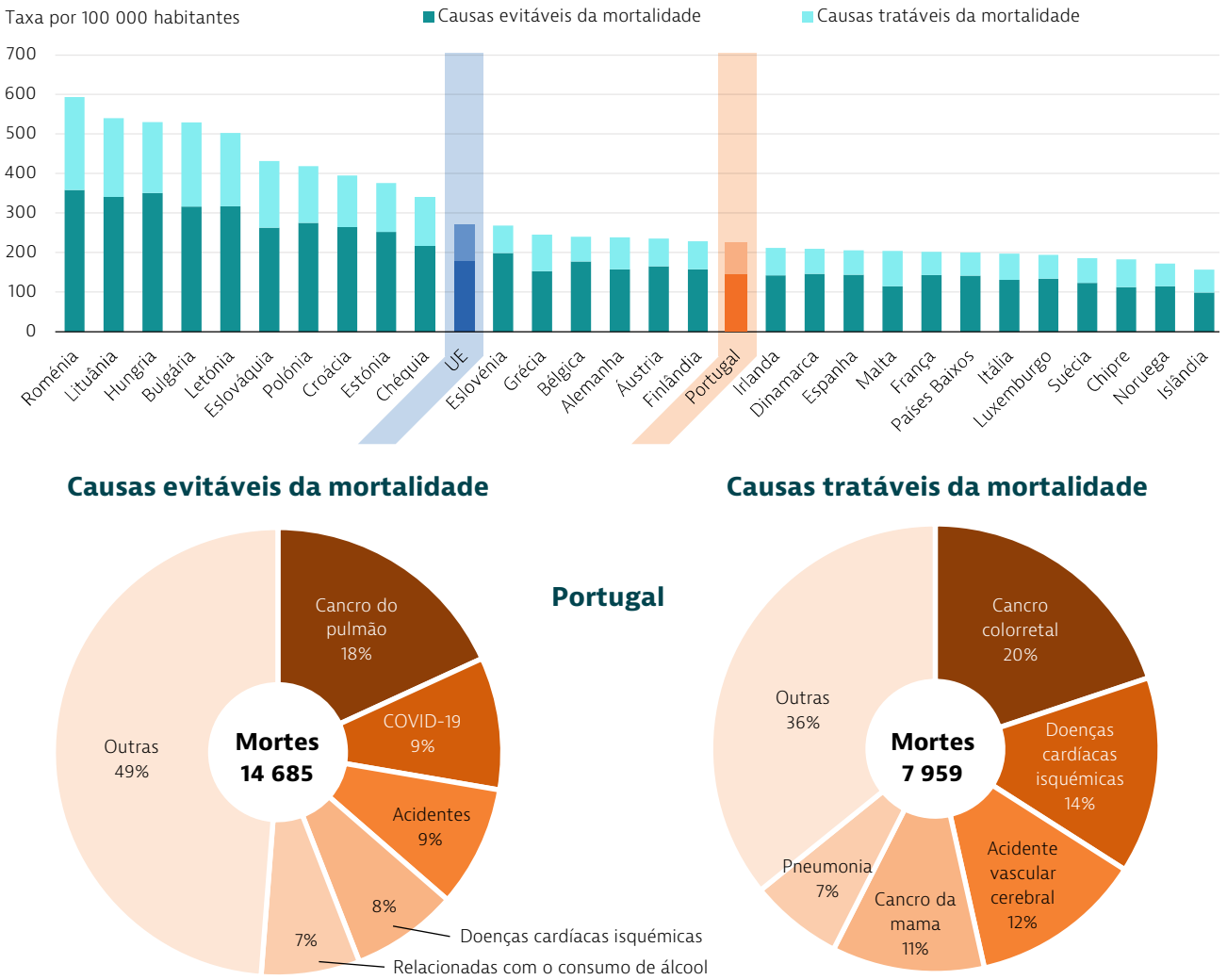
Ao longo dos dois primeiros anos da pandemia, a taxa de hospitalização por asma e DPOC em Portugal diminuiu 45 %, uma redução comparável à média da UE, enquanto a taxa de hospitalização por diabetes registou uma redução relativamente mais moderada, de cerca de 11 %, o que, de um modo geral, acompanhou a tendência observada antes da pandemia. A grande diminuição das hospitalizações por asma e DPOC observada em 2020 e 2021, em comparação com o nível anterior à pandemia de COVID-19, deve ser interpretada no contexto da perturbação causada pela pandemia, que afetou a atividade hospitalar não relacionada com a COVID-19 e alterou os comportamentos de procura por cuidados de saúde (ver secção 5.3). Consequentemente, estas reduções não podem ser interpretadas como indicativas de uma melhoria da acessibilidade ou da qualidade dos cuidados para estas doenças crónicas nas unidades de cuidados ambulatórios.

A cobertura vacinal contra a gripe na população com mais de 65 anos atingiu um novo máximo em 2020-2021

Tal como noutros países da UE, as autoridades de saúde em Portugal há muito que incentivam as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos a receber a vacina contra a gripe, que é disponibilizada gratuitamente através do SNS. Ao longo da última década, Portugal manteve sempre uma cobertura vacinal contra a gripe mais elevada para este grupo-alvo, ultrapassando a taxa média da UE em, pelo menos, um terço. À semelhança da maioria dos outros países da UE, o surgimento da pandemia de COVID-19 contribuiu para um maior interesse em receber a vacina contra a gripe entre as pessoas com maior risco de complicações e de hospitalização. Consequentemente, durante a época gripal de 2020-2021 em Portugal, a cobertura vacinal contra a gripe entre as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos excedeu os 66 %, o que representa um aumento de mais de 10 pontos percentuais em comparação com 2018-2019. A aplicação efetiva por Portugal do seu programa de vacinação contra a COVID-19, que permitiu a coadministração da vacina de reforço contra a COVID-19 e da vacina contra a gripe, contribuiu provavelmente para este resultado.

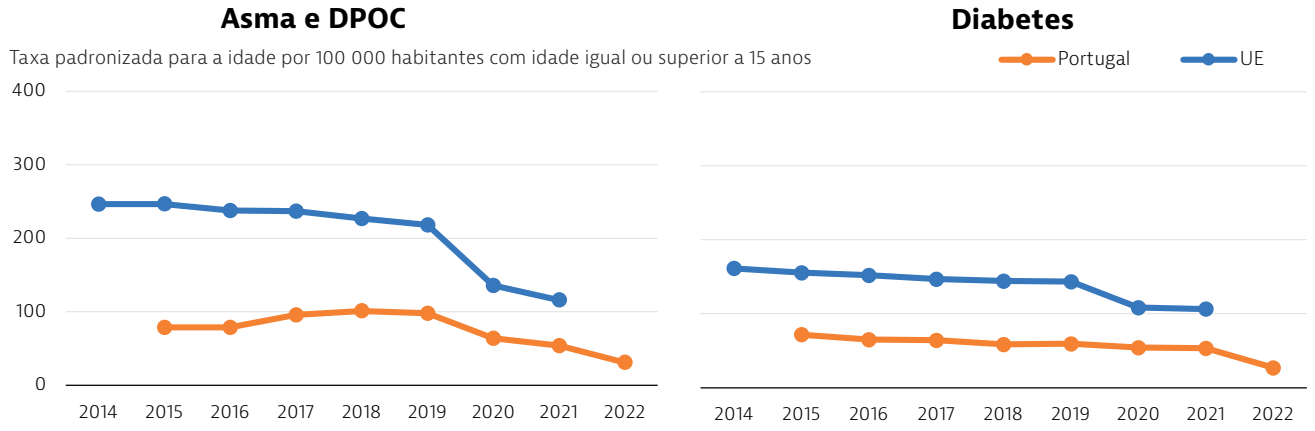
As taxas de vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) entre as raparigas portuguesas de 15 anos estão entre as mais elevadas da UE, tendo, nos últimos anos, ultrapassado sistematicamente a meta de 90 % da OMS para a erradicação do cancro do colo do útero. Em 2022, a taxa de vacinação contra o HPV entre as raparigas de 15 anos atingiu 94 %, a taxa mais elevada da UE. Este resultado pode ser atribuído ao Programa Nacional de Vacinação (PNV) do país, que fornece gratuitamente vacinas contra o HPV a todas as raparigas de 10 anos. Desde 2020, o PNV também alargou a elegibilidade para a vacinação gratuita contra o HPV aos rapazes nascidos a partir de 2009.

Figura 12. Portugal tem menos mortes por causas evitáveis e tratáveis do que a média da UE



Notas: 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 (ou suscetível) a morte que pode ser evitada principalmente através de cuidados de saúde, incluindo rastreios e tratamentos. Ambos os indicadores se referem à mortalidade prematura (menos de 75 anos de idade). As listas atribuem metade de todas as mortes causadas por algumas doenças (por exemplo, doença cardíaca isquémica, AVC, diabetes e hipertensão) à lista de mortalidade evitável e a outra metade à lista de mortalidade por causas tratáveis, pelo que não há dupla contagem da mesma morte.
Fonte: Base de dados do Eurostat (dados relativos a 2020).

Figura 13. As taxas de hospitalizações por diabetes, asma e DPOC estão entre as mais baixas da UE



Nota: As taxas de hospitalizações não são ajustadas em função das diferenças na prevalência de doenças entre países.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023.

As autoridades de saúde estão a trabalhar para colmatar os atrasos no rastreio do cancro relacionados com a pandemia

Tal como a maioria dos outros países da UE, Portugal suspendeu as atividades de rastreio do cancro em março de 2020 e retomou-as gradualmente a partir de julho. No entanto, o restabelecimento dos níveis operacionais normais revelou-se difícil devido ao impacto persistente da COVID-19, o que resultou em arranques e paragens intermitentes das atividades de rastreio ao longo do ano. Durante este período, as autoridades de saúde portuguesas deram prioridade aos doentes de alto risco e sintomáticos na via de diagnóstico, procurando simultaneamente minimizar as perturbações nos cuidados continuados dos doentes diagnosticados.

A perturbação das atividades de rastreio do cancro induzida pela pandemia é evidente no número de exames de rastreio do cancro da mama realizados, que registou uma redução de 50 % nos convites para rastreio e uma diminuição de 53 % do número de mulheres rastreadas, em comparação com 2019. No entanto, em 2021, o número de exames de rastreio realizados registou uma recuperação significativa, quase atingindo o seu nível de 2019. É possível observar uma tendência semelhante no número de exames de rastreio do cancro do colo do útero realizados, que registaram uma diminuição de quase 55 % em 2020, seguida de uma forte recuperação em 2021, atingindo 96 % do número registado em 2019. O impacto da pandemia no rastreio do cancro colorretal foi relativamente menos grave. Após uma diminuição de cerca de um terço em 2020, o número de exames de rastreio realizados recuperou fortemente, em 2021, para um nível 46 % acima do seu nível anterior à pandemia. Até junho de 2022, a percentagem de indivíduos do grupo-alvo que foram sujeitos a uma pesquisa de sangue oculto nas fezes nos últimos dois anos regressou ao nível anterior à pandemia (OECD, 2023).

Os esforços do sistema de saúde português para colmatar o atraso nos cuidados oncológicos resultante da pandemia de COVID-19 são evidentes no domínio da cirurgia. Em 2021, à medida que o número total de procedimentos cirúrgicos em Portugal se aproximou dos seus níveis anteriores à pandemia, registou-se um aumento de quase 20 % no número de doentes oncológicos submetidos a cirurgia, em comparação com 2019 (SNS, 2021).

5.2 Acessibilidade

As necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas são comparativamente elevadas e estão desproporcionadamente concentradas nos grupos com baixos rendimentos, em especial para cuidados dentários

Em 2022, 2,9 % da população portuguesa tinha necessidades de cuidados médicos não satisfeitas devido a custos excessivos, distância de deslocação ou tempos de espera. Esta percentagem foi superior à média da UE (2,2 %) e à taxa de Portugal em 2019 (1,7 %). As mulheres referiram uma percentagem mais elevada de necessidades de cuidados médicos não satisfeitas, sendo os custos o principal fator para ambos os sexos. A dependência acima da média do sistema de saúde português em relação aos pagamentos diretos reflete-se na distribuição das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas referidas pelos diferentes grupos de rendimento, havendo 6,7 % da população incluída no quintil de rendimentos mais baixo que comunica necessidades de cuidados médicos não satisfeitas, em comparação com apenas 0,3 % da população incluída no quintil mais alto (Figura 14). Esta diferença era quase duas vezes superior à observada antes da pandemia e mais do dobro da diferença observada, em média, nos países da UE.

No que se refere aos cuidados dentários, 8,2 % da população portuguesa referiu ter necessidades não satisfeitas em 2022, uma das percentagens mais elevadas entre os países da UE. Tal como no caso dos cuidados médicos, foram sobretudo considerações de custos que determinaram, na sua grande maioria, as necessidades de cuidados dentários não satisfeitas, o que reflete a falta de cobertura de cuidados dentários no âmbito do SNS português para a maioria da população. Entre as pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo, cerca de 17,5 % referiram necessidades de cuidados dentários não satisfeitas, em comparação com menos de 1 % das pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais alto. Esta diferença foi a segunda maior da UE, a seguir à Letónia.

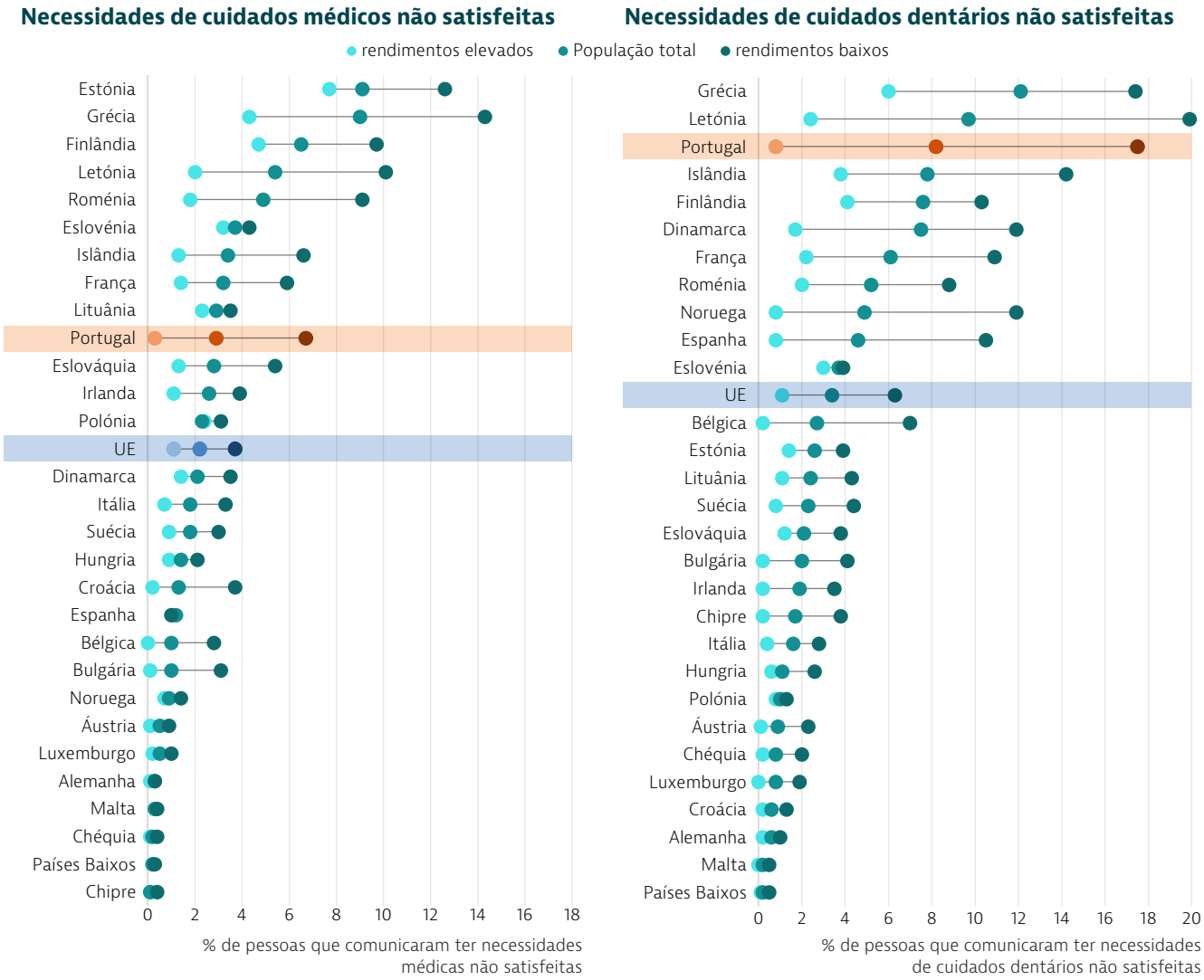
Em Portugal, a percentagem de despesa em saúde financiada através de pagamentos diretos é o dobro da média da UE

A estrutura de financiamento do sistema de saúde português caracteriza-se por uma dependência comparativamente elevada em relação aos pagamentos diretos, juntamente com uma percentagem acima da média de financiamento proveniente de SVS suplementares, incluindo mutualidades e subsistemas privados (ver secção 4). No seu conjunto, representaram 37 % do total da despesa em saúde de Portugal em 2021, o que é quase o dobro da percentagem média observada em toda a UE (Figura 15). A composição dos pagamentos diretos em funções específicas também se afasta substancialmente da média da UE. Uma percentagem relativamente menor dos pagamentos diretos é direcionada para os cuidados continuados, enquanto uma parte mais significativa é afetada aos cuidados médicos em regime de ambulatório.

As reformas recentes alargaram o âmbito da cobertura pública de vários serviços de saúde

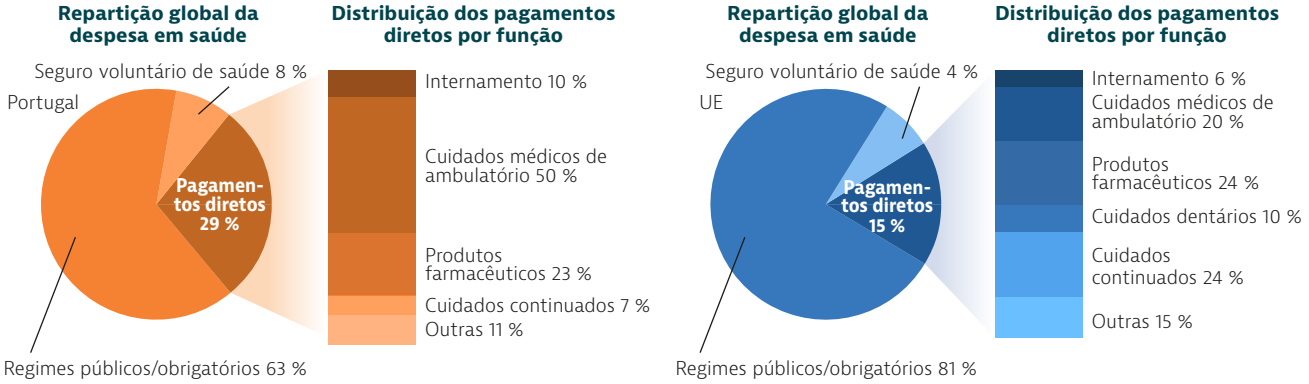
A análise dos rácios de financiamento público da despesa em saúde para funções específicas fornece uma visão mais aprofundada do âmbito da proteção financeira proporcionada pelo sistema de saúde. Tal como demonstra a Figura 16, em 2021, a dimensão da cobertura proporcionada pelo SNS português para os cuidados hospitalares e os produtos farmacêuticos foi ligeiramente inferior à média da UE, enquanto a cobertura para os cuidados médicos em regime de ambulatório e para os dispositivos terapêuticos ficou aquém das respetivas médias da UE. A cobertura dos

Figura 14. Em Portugal, as necessidades de cuidados médicos e dentários não satisfeitas e as disparidades associadas em termos de rendimentos ultrapassam a média da UE



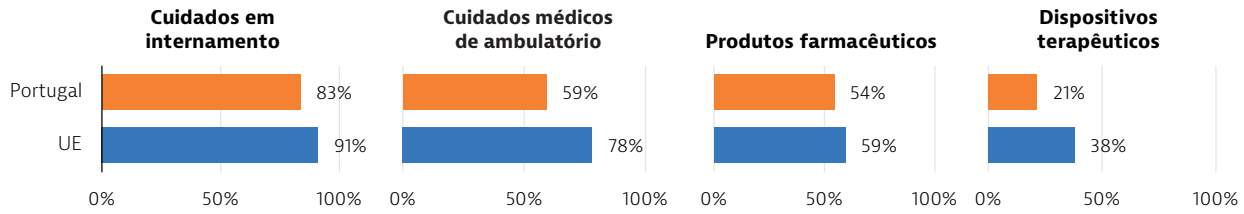
Notas: Os dados referem-se a necessidades de exames/tratamentos médicos e dentários não satisfeitas devido ao custo, à distância a percorrer ou aos tempos de espera. Há que ser prudente na comparação dos dados entre países, visto existirem algumas variações no instrumento de inquérito utilizado.
Fonte: Base de dados do Eurostat, com base nas estatísticas EU-SILC [dados relativos a 2022, à exceção da Noruega (2020) e da Islândia (2018)].

Figura 15. Os cuidados de ambulatório e os produtos farmacêuticos absorvem cerca de dois terços dos pagamentos diretos das famílias



Notas: Os cuidados médicos em regime de ambulatório também incluem os cuidados dentários. Os SVS também incluem outros regimes de pagamento antecipado voluntário. A média da UE é ponderada.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023; base de dados do Eurostat (dados relativos a 2021).

Figura 16. A taxa de cobertura pública de Portugal para cuidados médicos em regime de ambulatório e dispositivos terapêuticos foi consideravelmente inferior à média da UE em 2021



Notas: Os serviços médicos em regime de ambulatório referem-se principalmente a serviços prestados por profissionais de saúde generalistas e especialistas no setor de cuidados de ambulatório. Os produtos farmacêuticos incluem medicamentos prescritos e de venda livre e bens médicos não duráveis. Os dispositivos terapêuticos referem-se a produtos para a visão, aparelhos auditivos, cadeiras de rodas e outros dispositivos médicos. A média da UE não é ponderada.
Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023.

cuidados dentários foi também marginal, com um programa de cheques-dentista em vigor destinado às populações vulneráveis (caixa 3) e um pequeno número de consultórios dentários em estruturas de cuidados de saúde primários.

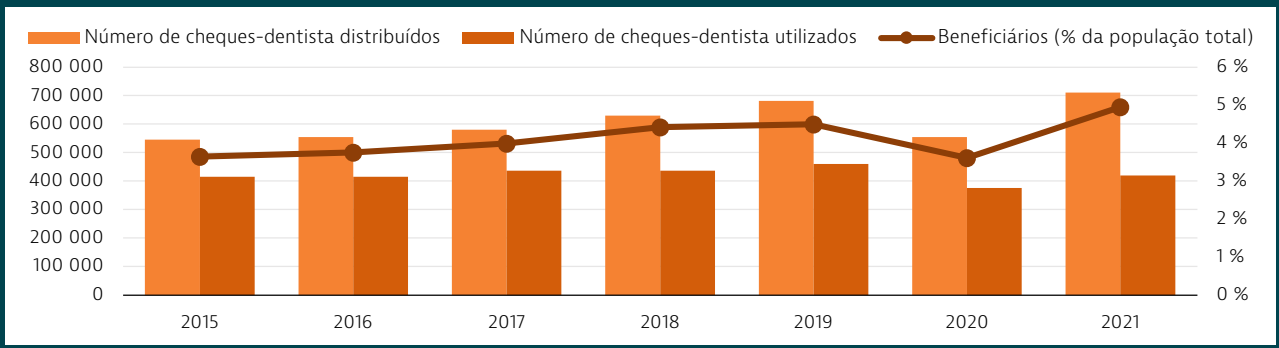
Para além de uma parte significativa da população procurar cuidados de ambulatório junto de prestadores privados, a taxa de cobertura pública abaixo da média em Portugal para os cuidados médicos em regime de ambulatório, em 2021, pode ser atribuída, em parte, à aplicação de taxas moderadas e fixas para a maioria dos serviços prestados no âmbito do SNS. Para reduzir os obstáculos financeiros ao acesso aos cuidados de saúde, o Governo português introduziu, nos últimos anos, um amplo leque de isenções para a comparticipação dos custos, aplicáveis a mais de 50 % da população. Em 2020, foram eliminadas as taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários e nos serviços prescritos no âmbito do SNS e, em 2022, foram abolidas todas as taxas no âmbito do SNS, exceto no caso dos cuidados de emergência que não exigem internamento hospitalar (a menos que sejam referenciados através do SNS 24, a plataforma digital do SNS português). Embora o efeito da abolição total das taxas do SNS ainda não se tenha manifestado nos últimos dados disponíveis a seguir apresentados, estas reformas visam aumentar a taxa de financiamento público dos cuidados médicos em regime de internamento e em regime de ambulatório em Portugal.

Caixa 3. Portugal está a expandir o seu programa de cheques-dentista para reduzir os obstáculos financeiros aos cuidados dentários

À semelhança da maioria dos outros países da UE, os cuidados dentários em Portugal não são abrangidos pelo conjunto de benefícios comum do SNS. A maior parte dos cuidados dentários são prestados por clínicas privadas e remunerados através de pagamentos diretos ou de seguros de saúde privados, que se tornaram cada vez mais comuns nos últimos anos. Para atenuar as desigualdades e as necessidades substantivas de cuidados dentários não satisfeitas no sistema de saúde português, o Governo lançou, em 2008, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO). No âmbito deste programa, o SNS implementa um programa de cheques-dentista que permite às pessoas elegíveis ter consultas regulares e receber tratamentos preventivos sem custos. O PNPSO centra-se principalmente nas crianças e nos jovens, mas também abrange as grávidas que recebem cuidados através do SNS, as pessoas com VIH/SIDA, os beneficiários do Complemento Solidário para Idosos e as pessoas com lesões suspeitas de cancro oral.

Em 2021, o programa foi alargado de modo a incluir todas as crianças com 4 anos, bem como as crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. Na sequência deste alargamento dos critérios de elegibilidade, o número de utilizadores de cheques-dentista atingiu um máximo de quase 5 % da população total em 2021, a percentagem mais elevada desde o início do programa (Figura 17).

Figura 17. O número de beneficiários de cheques-dentista atingiu o seu nível mais elevado em 2021.



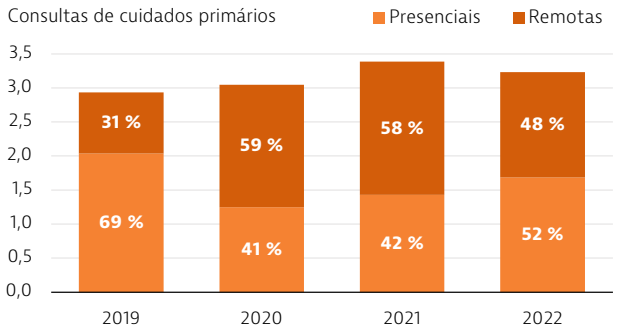
Fonte: SNS (2021).

As consultas à distância garantiram a acessibilidade contínua dos cuidados de saúde primários durante a pandemia

Tal como em muitos outros países, as restrições à mobilidade e as subsequentes reduções dos contactos presenciais impostas pela pandemia de COVID-19 funcionaram como catalisador para um aumento significativo da utilização de consultas à distância no setor dos cuidados de saúde primários em Portugal. Embora a maioria dos países da UE tenha registado uma redução nas consultas de cuidados de saúde primários durante o primeiro ano da pandemia, Portugal destacou-se com um aumento de 4 % em 2020. Este aumento deveu-se a uma duplicação do número de consultas à distância, que mais do que compensou a diminuição de quase 40 % das consultas presenciais (Figura 18). Em 2021, as consultas presenciais de cuidados de saúde primários começaram a recuperar gradualmente, enquanto o número de consultas à distância continuou a aumentar.

Em 2022, as consultas presenciais representaram uma vez mais a maioria das consultas de cuidados de saúde primários, mas o seu volume permaneceu mais de 17 % abaixo do nível anterior à pandemia. Ao mesmo tempo, o número total de consultas de cuidados de saúde primários em 2022 ultrapassou em mais de 10 % o nível anterior à pandemia, o que indica um efeito de substituição potencialmente duradouro das consultas à distância para uma parte das consultas de cuidados de saúde primários presenciais antes da pandemia de COVID-19.

Figura 18. As consultas de cuidados de saúde primários à distância duplicaram em 2020 e continuaram a aumentar em 2021



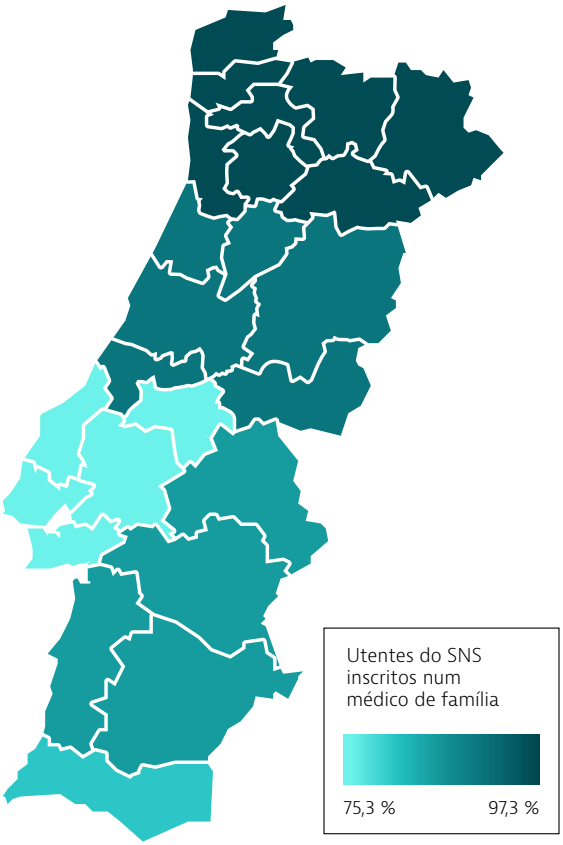
Fonte: SNS (2023a).

O número de utentes do SNS sem médico de família atribuído aumentou nos últimos anos

Apesar da recente expansão da sua rede de cuidados de saúde primários (ver secção 4), o SNS português registou, desde o início da pandemia, uma redução considerável do número de pessoas inscritas num médico de família. Apesar do aumento do número de pessoas inscritas no SNS (mais 262 500, ou seja, +2,6 %), o número de utentes do SNS com médico de família atribuído diminuiu em mais de 535 000 (–5,6 %) entre janeiro de 2020 e janeiro de 2023. Consequentemente, a percentagem de utentes do SNS português sem médico de família atribuído duplicou, passando de 7,5 % para 15 %, o que corresponde a mais de 1,5 milhões de pessoas. A principal razão subjacente a este aumento pode ser atribuída à capacidade inadequada do SNS para atrair e reter médicos de medicina geral e familiar recém-formados, sendo que a admissão de novos médicos tem dificuldade em compensar o número significativo de médicos de família que se reformaram nos últimos anos.

Os utentes sem médico de família atribuído estão concentrados sobretudo na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde cerca de três quartos dos utentes do SNS tinham um médico de família atribuído em janeiro de 2023 (Figura 19). Em contrapartida, a cobertura de médicos de família é quase universal na região Norte, havendo menos de 3 % da população que continua a não estar inscrita num médico de família.

Figura 19. Cerca de um quarto dos utentes do SNS na região de Lisboa e Vale do Tejo não está inscrito num médico de família



Fonte: SNS (2023a).

5.3 Resiliência

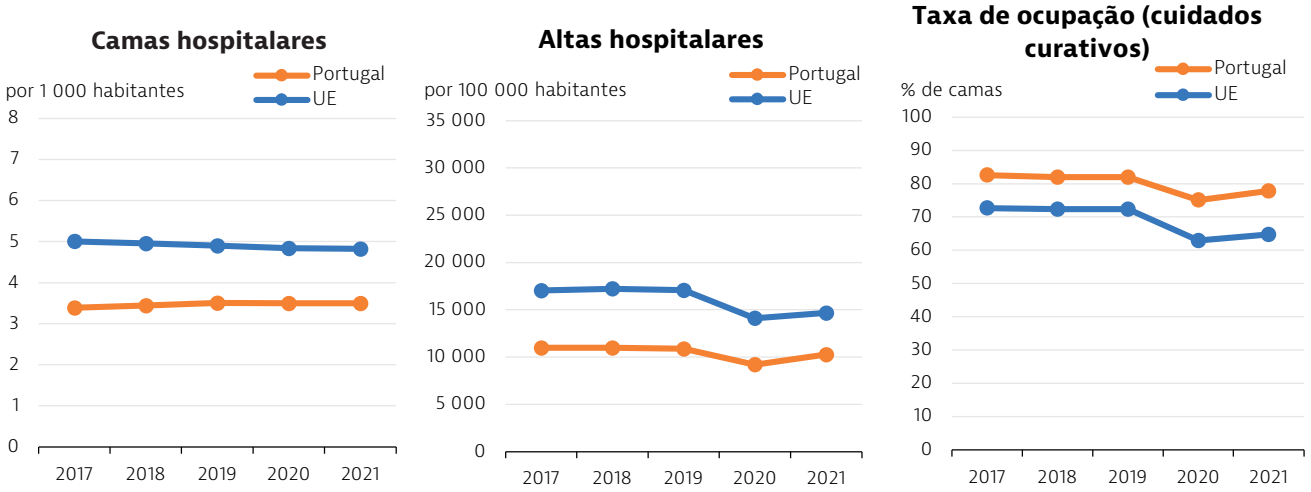
A pandemia de COVID-19 revelou-se a perturbação mais significativa dos sistemas de saúde nas últimas décadas. Pôs em evidência as vulnerabilidades e os desafios das estratégias de preparação dos países para situações de emergência e a sua capacidade para prestar serviços de saúde às suas populações. Em resposta aos efeitos duradouros da pandemia, bem como a outras crises recentes (por exemplo, as pressões sobre o custo de vida e o impacto de conflitos como a guerra contra a

Ucrânia), os países estão a implementar políticas para atenuar os efeitos atuais na prestação de serviços, investir na recuperação e resiliência dos sistemas de saúde[2], melhorar domínios essenciais do setor da saúde e reforçar a sua preparação para choques futuros.

Após uma diminuição de mais de 15 % em 2020, as hospitalizações em Portugal regressaram, em 2021, a níveis próximos dos anteriores à pandemia

Em parte devido à eficácia dos cuidados de ambulatório e à ênfase dada à cirurgia em ambulatório, a capacidade dos cuidados hospitalares em Portugal é consideravelmente inferior à da maioria dos outros países da UE. Antes da pandemia de COVID-19, o número total de camas de hospital em Portugal era 28 % inferior à média da UE e o número de camas de cuidados intensivos *per capita* era 46 % inferior. Os serviços hospitalares de cuidados agudos estavam a funcionar com elevada eficiência, com uma taxa de ocupação de camas para cuidados agudos de 82 % em 2019, ultrapassando a média da UE de 72 %. Em resposta ao aumento súbito da procura de cuidados agudos durante a pandemia, Portugal adotou, em 2020, medidas para aumentar a sua capacidade permanente de camas de cuidados intensivos em quase um terço, em comparação com 2019. Foi também adiada a prestação de um grande número de serviços hospitalares não urgentes, a fim de minimizar o risco de surtos de infeções nos hospitais e criar uma reserva de recursos, incluindo camas, pessoal e equipamento. Estas medidas de contingência resultaram em reduções significativas entre 2019 e 2020 nas altas hospitalares (mais de 15 %) e na taxa média de ocupação de camas para cuidados agudos (8,4 %). Em 2021, estas medidas permitiram uma recuperação parcial, para cerca de 95 % dos respetivos níveis de 2019 (Figura 20).

Figura 20. As altas hospitalares e as taxas de ocupação diminuíram significativamente em 2020



Nota: A média da UE não é ponderada.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023; base de dados do Eurostat.

As intervenções cirúrgicas programadas diminuíram significativamente em 2020, mas foram retomadas rapidamente em 2021

Na sequência da suspensão intermitente da atividade programada durante as fases de maior incidência da COVID-19, observou-se, em 2020, uma redução considerável do volume de intervenções cirúrgicas não urgentes na maioria dos países da UE. O mesmo se verificou em Portugal, que registou reduções significativas no número de artroplastias da anca (–16 %), remoções de cataratas (–20 %) e artroplastias do joelho (–27 %), em comparação com 2019. Estas diminuições excederam ligeiramente as diminuições médias observadas noutros países da UE.

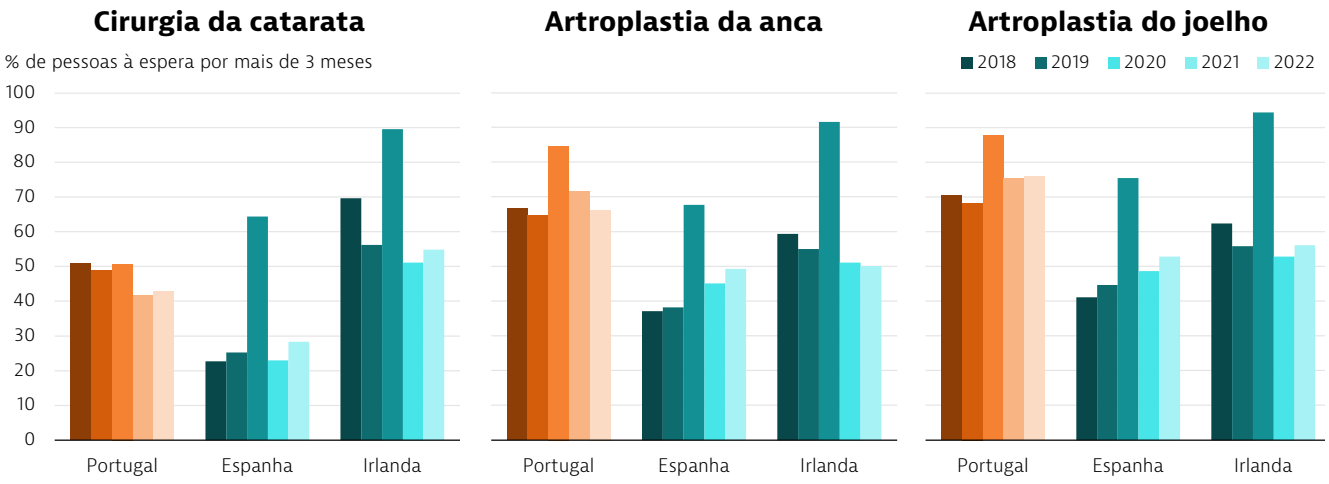
Em 2020, estas reduções da atividade cirúrgica conduziram a um aumento do número de doentes que aguardavam estas intervenções por mais de 90 dias (Figura 21). Em especial, o aumento das listas de espera dos doentes foi mais pronunciado no caso das intervenções cirúrgicas realizadas principalmente em regime de internamento, como as artroplastias da anca e do joelho, e foi comparável, em termos de dimensão, ao observado noutros países da UE. As listas de espera começaram a diminuir em 2021, uma vez que o número destas intervenções cirúrgicas programadas por 100 000 habitantes ultrapassou as respetivas taxas de 2019, em média, em 8 %. Em 2022, o número de cirurgias de remoção de cataratas e de artroplastias do joelho continuou a aumentar 3 % em comparação com 2021, enquanto as artroplastias da anca diminuíram 2 %.

A despesas pública em saúde aumentou mais de 18 % nos dois primeiros anos da pandemia

Após as reduções significativas da despesa pública em saúde ocorridas durante os anos da crise da dívida soberana, a despesa em saúde financiada por fundos públicos em Portugal regressou ao crescimento em 2015, aumentando a uma taxa média anual de 3,3 % até 2019, ligeiramente acima do crescimento médio

2 *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).*

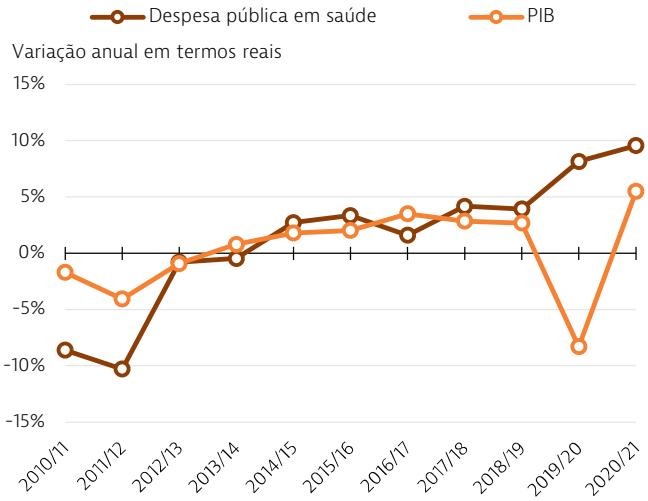
Figura 21. As listas de espera para artroplastias da anca e do joelho aumentaram em 2020, mas diminuíram posteriormente de forma gradual



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023.

anual do PIB de Portugal durante o mesmo período. A pandemia de COVID-19 alterou temporariamente este padrão, o que resultou num aumento de 8,2 % da despesa pública em saúde em 2020, enquanto o PIB e a despesa privada em saúde diminuíram num montante análogo (Figura 22). À medida que a economia começou a recuperar em 2021, o crescimento da despesa em saúde financiada por fundos públicos acelerou para 9,6 %, o maior aumento homólogo, em termos reais, das séries de dados disponíveis desde 2000. Este aumento foi impulsionado por aumentos sustentados das despesas relacionadas com a COVID-19 (incluindo vacinas contra a COVID-19, testes e maiores despesas de pessoal), bem como por uma recuperação substancial das atividades de cuidados de saúde não relacionados com a COVID-19 no SNS. Simultaneamente, a despesa privada em saúde também registou uma sólida recuperação, ultrapassando em 7,2 % o seu nível anterior à pandemia.

Figura 22. Em 2020, o choque provocado pela pandemia de COVID-19 dissociou as trajetórias da despesa pública em saúde e do PIB



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023.

O Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal impulsionará o investimento no setor da saúde nos próximos anos

Os fluxos de investimento de capital no SNS português deverão receber um impulso significativo nos próximos anos através do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) de Portugal, um pilar fundamental da resposta da UE à crise provocada pela pandemia de COVID-19. O PRR afetou 1,38 mil milhões de EUR (8,3 % da sua dotação total) à execução de nove investimentos e três reformas destinados a melhorar a acessibilidade, a eficiência e a sustentabilidade do SNS português até ao final de 2026. Um terço do orçamento do PRR para a saúde será dedicado à expansão dos serviços de cuidados primários, enquanto cerca de um quarto se centrará na melhoria da infraestrutura digital do SNS (Figura 23). Um montante adicional de 20 % do orçamento será investido no reforço da integração entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde, bem como na modernização dos setores da saúde mental e dos cuidados continuados, historicamente com défice de investimento.

Estes investimentos serão complementados pela programação da política de coesão da UE para 2021-2027, estando previsto que Portugal invista um total de 315,8 milhões de EUR no seu sistema de saúde, dos quais mais de 80 % serão cofinanciados pela UE. O Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER) contribuirá com mais de 300 milhões de EUR para a aquisição de equipamento médico, o desenvolvimento de instalações de cuidados de saúde e a renovação do SNS português. Além disso, cerca de 10 milhões de EUR do Fundo Social Europeu Mais (FSE+) financiarão medidas destinadas a melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde nas regiões menos desenvolvidas.

Figura 23. O Plano de Recuperação e Resiliência dá prioridade ao investimento nos cuidados de saúde primários e na saúde digital

Notas: Estes valores referem-se ao Plano de Recuperação e Resiliência original. A revisão em curso do plano poderá afetar a sua dimensão e composição. Alguns elementos foram agrupados para melhorar a legibilidade do gráfico.
Fonte: Comissão Europeia - Grelha de avaliação da recuperação e resiliência.

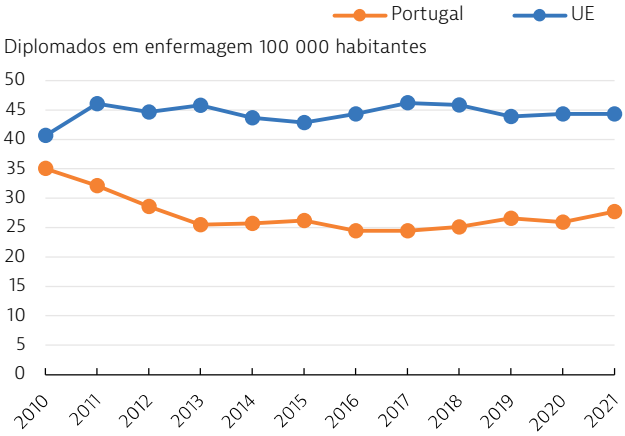
O novo Estatuto do SNS confere maior autonomia aos administradores de saúde

A situação de emergência provocada pela pandemia de COVID-19 suspendeu temporariamente o desenvolvimento e a execução de planos para melhorar a eficiência e a sustentabilidade dos sistemas de saúde em toda a UE. Em agosto de 2022, Portugal retomou os esforços neste sentido com a adoção de um novo Estatuto do SNS. As novas disposições estabeleceram um novo modelo de governação para os hospitais, concedendo-lhes maior autonomia de gestão e aumentando a responsabilização dos administradores pelo seu desempenho. A fim de promover uma maior coordenação e responsabilização em todo o SNS, o Estatuto prevê a criação de uma Direção Executiva do SNS, bem como a criação de centros de responsabilidade integrados, que são estruturas de gestão intermédias incumbidas de promover as melhores práticas e a responsabilização profissional na gestão dos recursos do SNS. Para incentivar os profissionais de saúde a desenvolverem a sua carreira no âmbito do SNS, o Estatuto introduziu uma maior flexibilidade para os administradores de saúde negociarem regimes de compensação com os profissionais de saúde e um regime de «dedicação plena», que é um regime de remuneração voluntário baseado no desempenho para os médicos que se comprometam a exercer exclusivamente no âmbito do sistema público.

Portugal está a adotar algumas medidas para resolver o problema da baixa retenção de enfermeiros

Após os anos da crise da dívida soberana, o número de licenciados em enfermagem em Portugal diminuiu acentuadamente e, desde então, manteve-se cerca de 30 % abaixo da média da UE (Figura 24). Os salários comparativamente baixos, associados a condições de trabalho desgastantes e perspetivas limitadas de progressão na carreira, afetam a atratividade da profissão de enfermeiro em Portugal. Consequentemente, um número significativo de enfermeiros opta por emigrar para países que oferecem melhores salários e benefícios. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, a Suíça, a Espanha e o Reino Unido são os principais destinos dos enfermeiros portugueses emigrantes, continuando o Reino Unido a ser um importante destino, apesar dos obstáculos relacionados com o Brexit. Em 2022, para atenuar a saída de enfermeiros formados no país, o Governo português desbloqueou o regime de progressão salarial dos enfermeiros e abriu concursos para a contratação de cerca de 1 900 enfermeiros especialistas e gestores de enfermagem, cujas carreiras estavam congeladas desde 2010.

Figura 24. O número de novos licenciados em enfermagem continua a ser persistentemente inferior à média da UE



Nota: A média da UE não é ponderada.
Fontes: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023; base de dados do Eurostat.

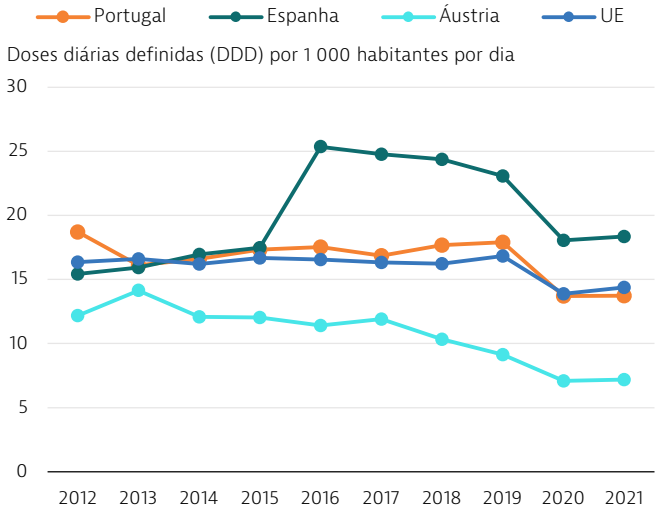
Portugal está a implementar o seu Plano Nacional de Combate à Resistência aos Antimicrobianos

A resistência aos antimicrobianos (RAM) é uma das principais preocupações de saúde pública na UE, estimando-se que cerca de 35 000 mortes anuais sejam devidas a infeções resistentes aos antibióticos e que os custos dos cuidados de saúde ascendam a cerca de 1,1 mil milhões de EUR por ano (OECD/ECDC, 2019). Uma vez que a prescrição e a utilização excessivas de antibióticos nos seres humanos contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de bactérias resistentes a antimicrobianos, os dados relativos ao consumo de antibióticos são um instrumento útil para avaliar o risco de RAM e a eficácia dos programas para promover a sua utilização adequada.

Neste contexto, o desempenho de Portugal está, de um modo geral, em consonância com a média da UE. Nos últimos cinco anos, o consumo total de antibióticos em Portugal diminuiu a uma taxa média de 4,2 % por ano, resultando numa taxa de consumo total 6,7 % inferior à média da UE em 2021. Esta redução deveu-se inteiramente à diminuição das receitas médicas em contexto comunitário, que representam quase 90 % do consumo total de antibióticos em Portugal. A pandemia de COVID-19 desempenhou um papel significativo na diminuição do consumo de antibióticos na comunidade, tendo Portugal registado uma redução de mais de 23 % entre 2019 e 2021 (Figura 25). Esta redução é, em parte, atribuída às medidas de contenção da pandemia, que conduziram a um menor número de infeções. A composição do consumo de antibióticos em Portugal reflete de perto a média da UE, com uma percentagem ligeiramente inferior (38 % em comparação com 40 % em média na UE), sendo constituída por antibióticos de segunda linha de largo espetro classificados na categoria «Watch» (Vigilância) da OMS, que apresentam um risco mais elevado de acelerar o desenvolvimento da RAM.

Os resultados alcançados por Portugal neste domínio refletem a execução do seu Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos ao longo da última década. O mais recente Plano Nacional de Combate à Resistência aos Microbianos (2019-2023) define seis objetivos e um conjunto abrangente de ações, incluindo a adoção de uma abordagem «Uma Só Saúde», que visa reduzir a utilização de antibióticos através da coordenação entre os setores da saúde humana, da saúde animal e do ambiente.

Figura 25. A pandemia de COVID-19 conduziu a uma diminuição substancial da utilização de antibióticos na comunidade



Notas: A média da UE não é ponderada. Os dados abrangem apenas o consumo na comunidade (regime ambulatório).
Fonte: ESAC-Net do ECDC.

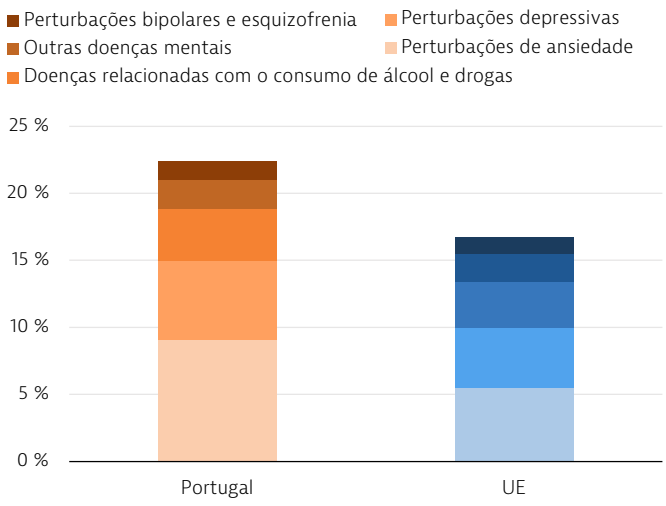
6 Destaque para a saúde mental

O peso dos problemas de saúde mental em Portugal é o mais elevado da UE

Tal como noutros países, é difícil determinar a proporção exata da população portuguesa afetada por perturbações da saúde mental num dado momento, devido a limitações metodológicas específicas que conduzem frequentemente a uma subavaliação do peso real das perturbações mentais. De acordo com as estimativas de prevalência do Instituto de Métricas e Avaliação em Saúde (IHME) da Universidade de Washington, mais de 2,25 milhões de pessoas em Portugal sofriam de uma perturbação de saúde mental em 2019, o que representa 22 % da população, um valor superior à média de 16,7 % da UE. As perturbações de ansiedade foram as mais frequentes, afetando cerca de 9 % da população, seguidas das perturbações depressivas (6 %) e das perturbações associadas ao consumo de álcool e de drogas (4 %) (Figura 26).

A elevada prevalência de perturbações de saúde mental em Portugal afeta significativamente o bem-estar dos seus cidadãos e tem implicações profundas para a economia. Com base nas estimativas acima referidas, em 2019, as perturbações de saúde mental resultaram na perda de quase 310 000 anos de vida produtiva (IHME, 2022). Além disso, em 2015, os custos totais associados aos problemas de saúde mental em Portugal foram estimados em cerca de 3,7 % do PIB, sendo mais de 40 % desses custos atribuídos à redução da participação e da produtividade no mercado de trabalho (OECD/European Union, 2018).

Figura 26. As perturbações ansiodepressivas causam uma maior prevalência de problemas de saúde mental em Portugal



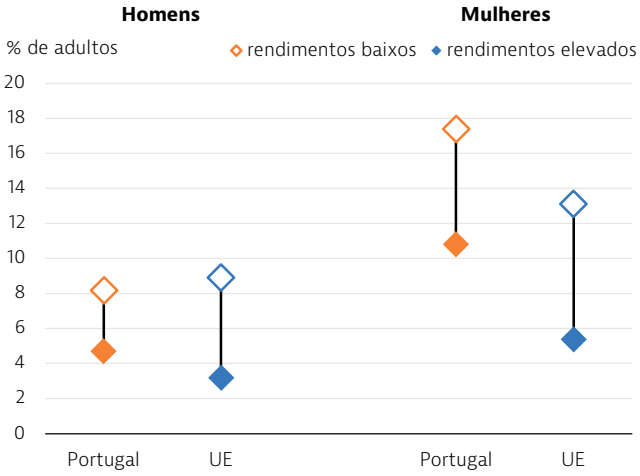
Nota: A média da UE não é ponderada.
Fonte: IHME (dados relativos a 2019).

As disparidades entre homens e mulheres na prevalência da depressão em Portugal são as mais acentuadas da UE

Com base nos dados recolhidos no inquérito de autoavaliação do estado de saúde, a prevalência da depressão em Portugal foi superior a 12 % em 2019. Este valor excedeu a média da UE em 5 pontos percentuais, o que faz de Portugal o país da UE com a mais elevada taxa de depressão reportada. Tal como noutros Estados-Membros da UE, a população masculina portuguesa apresenta taxas de depressão mais baixas (7,5 %), em comparação com a população feminina (16,3 %). No entanto, os dados de Portugal revelaram a maior disparidade de género na prevalência da depressão em toda a UE, sendo que 2,2 mulheres por cada homem declaram sofrer de depressão, em comparação com o rácio médio da UE de 1,6 mulheres por cada homem. Esta disparidade de género significativa resulta provavelmente de uma combinação de fatores, incluindo o estigma interiorizado pelos homens, que dificulta o seu reconhecimento da doença e a subsequente procura de ajuda.

Em contraste com a tendência geral na UE, onde os níveis de rendimento mais elevados estão sistematicamente associados a uma menor prevalência de depressão, a distribuição da depressão reportada em Portugal não estava em consonância com os níveis de rendimento. A população portuguesa incluída no segundo quintil de rendimentos apresentou uma maior prevalência de depressão (16,6 %) do que a incluída no quintil de rendimentos mais baixo (14,5 %). No contexto deste padrão mais matizado, continua a ser evidente uma relação clara entre o rendimento e a prevalência da depressão. A população portuguesa incluída no quintil de rendimentos mais baixo tinha o dobro das probabilidades de sofrer de depressão em comparação com os 20 % de população incluída no escalão de rendimento mais elevado, embora este rácio fosse inferior à média da UE (Figura 27).

Figura 27. Em Portugal, a disparidade na prevalência da depressão em função do rendimento é menor do que a média UE, especialmente no caso dos homens portugueses



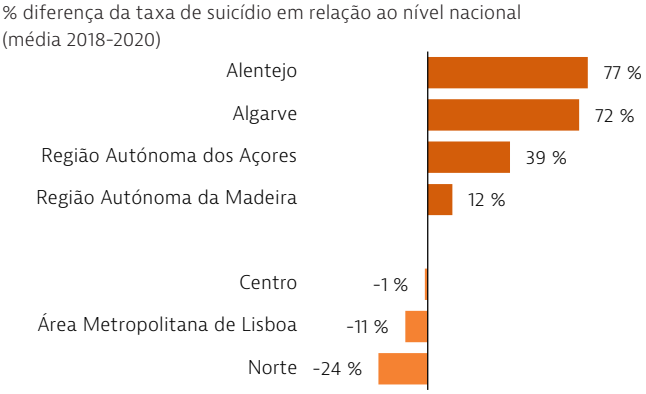
Nota: O termo «rendimento elevado» refere-se às pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais elevado (20 % da população com o rendimento mais elevado), enquanto o termo «rendimento baixo» se refere às pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo (20 % da população com o rendimento mais baixo).
Fonte: Base de dados do Eurostat (com base no EHIS de 2019).

A taxa de suicídio em Portugal diminuiu mais de 10 % na última década

Ainda que em menor grau do que na maioria dos outros países da UE, o suicídio em Portugal constitui um problema de saúde pública significativo, representando 0,76 % de todas as mortes em 2020. Embora os fatores que contribuem para o suicídio sejam complexos, a investigação extensiva e a prática clínica identificaram os problemas de saúde mental como fatores de risco importantes.

Tal como noutros países da UE, as taxas de suicídio em Portugal apresentam uma acentuada disparidade de género, com uma incidência significativamente mais elevada na população masculina. Entre 2016 e 2020, a taxa média anual de suicídio entre os homens portugueses foi quase quatro vezes superior à das mulheres. Em 2020, a taxa de suicídio em Portugal situou-se em 8,5 por cada 100 000 habitantes, ou seja, cerca de um quinto abaixo da média da UE. Tanto para os homens como para as mulheres, as taxas de suicídio atingiram o seu nível mais baixo da década em 2020. Apesar desta melhoria, persistem disparidades regionais significativas, especialmente nas regiões do Alentejo e do Algarve, onde as taxas de suicídio foram superiores à média nacional em mais de 70 %, entre 2018 e 2020 (Figura 28).

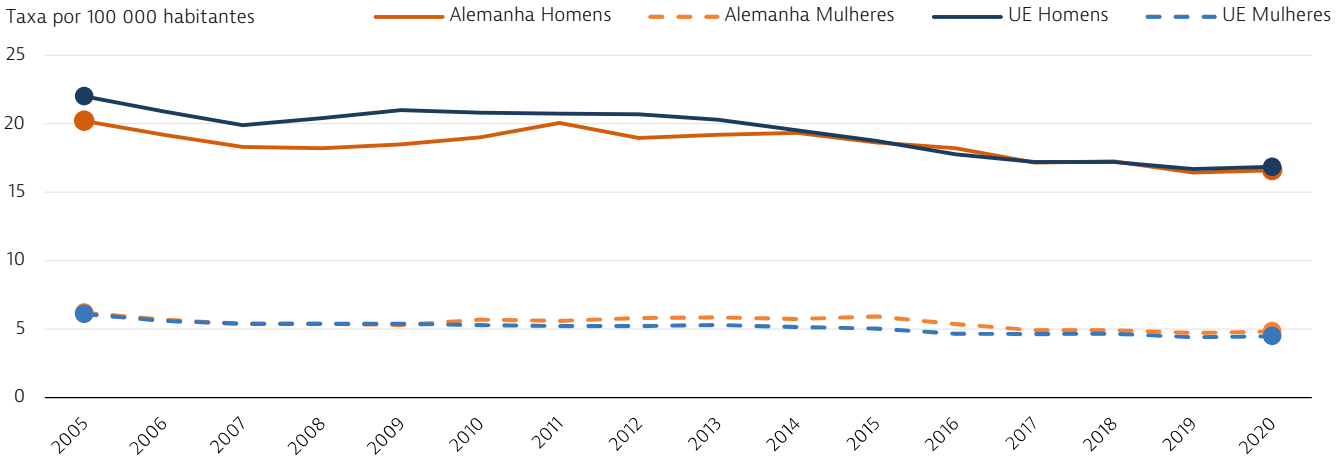
Figura 28. As taxas de suicídio são significativamente mais elevadas na parte sul do país



Fonte: Base de dados do Eurostat.

Ao longo da última década, em Portugal, registou-se uma diminuição média anual da taxa de suicídio de cerca de 1,3 %, ligeiramente mais lenta do que a tendência média da UE. Esta diminuição abaixo da média deve-se a um aumento de quase 20 % da taxa de suicídio em Portugal entre 2011 e 2014 (Figura 29). A diminuição geral das taxas de suicídio no país desde 2014 pode ser atribuída, pelo menos em parte, à execução do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, que delineou um vasto leque de intervenções para melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental para as populações em risco (DGS, 2013).

Figura 29. Após um aumento no início da década de 2010, a taxa de suicídio em Portugal diminuiu para o seu nível mais baixo em 2020

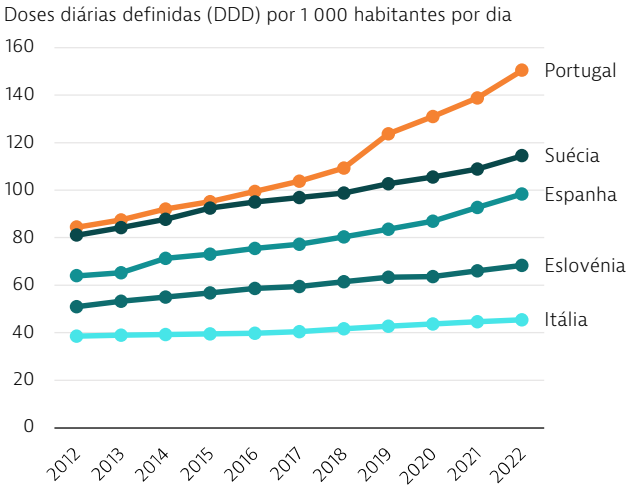


Fonte: Base de dados do Eurostat.

O consumo de psicofármacos em Portugal é mais elevado do que na maioria dos outros países da UE

Ao longo da última década, o consumo de medicamentos psicoativos aumentou, de um modo geral, nos países europeus. Portugal não tem sido exceção, registando um aumento constante da taxa de consumo de antidepressivos (Figura 30). Este crescimento acelerou nos últimos anos, resultando num aumento de 45 % entre 2017 e 2022. É provável que este aumento reflita uma multiplicidade de fatores, nomeadamente um melhor diagnóstico das perturbações mentais e uma maior acessibilidade ao tratamento, mas também a disponibilidade limitada de intervenções não farmacológicas devido ao reduzido número de psicólogos que exercem no SNS.

Figura 30. Portugal está entre os países da UE com maior consumo de antidepressivos



Fonte: Estatísticas da saúde da OCDE de 2023.

Em contraste com o padrão de prescrição observado com os antidepressivos, a utilização de ansiolíticos em Portugal manteve-se estável na última década. No entanto, o seu consumo em Portugal é comparativamente elevado, ultrapassando o observado na vizinha Espanha em mais de 40 %. Em 2019, foram prescritas benzodiazepinas a cerca de 1,5 milhões de indivíduos em Portugal, o equivalente a 14,6 % da população portuguesa (Madeira, Queiroz, & Henriques, 2023).

Refletindo a grande diferença de género na prevalência de casos de depressão reportados que caracteriza a população portuguesa (ver Figura 27), uma análise dos padrões de consumo farmacológico realizada entre 2016 e 2019 revelou que a população feminina portuguesa consome até três vezes mais antidepressivos do que a população masculina e que o consumo de antidepressivos e ansiolíticos aumenta linearmente com a idade em ambos os géneros (Madeira, Queiroz, & Henriques, 2023). Além disso, os dados a nível nacional indicaram um aumento de 41 % no consumo de antipsicóticos, em parte atribuído ao envelhecimento da população e ao uso não homologado cada vez mais frequente de determinados antipsicóticos no tratamento da insónia e dos sintomas comportamentais da demência. O mesmo estudo concluiu ainda que quase dois terços das receitas de medicamentos psicotrópicos em Portugal foram emitidas por médicos de medicina geral e familiar, enquanto apenas 21 % foram prescritas por especialistas em neurologia e psiquiatria. Esta proporção reflete o vasto âmbito da prática clínica dos médicos de família portugueses e o seu papel fundamental na prestação de serviços de saúde mental. No entanto, sublinha igualmente a importância de reforçar o apoio à decisão clínica dos médicos de família na gestão das perturbações mentais.

Uma recente reforma dos cuidados de saúde mental deu origem a um novo impulso no sentido da desinstitucionalização

A organização dos serviços de saúde mental em Portugal segue um modelo descentralizado e hierarquizado. Os serviços de saúde locais são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde mental essenciais e por assegurar a articulação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares (ambulatório e internamento) neste domínio. Os serviços de saúde regionais desempenham um papel complementar na prestação de serviços específicos e na coordenação das unidades locais. A adesão das unidades operacionais à implementação do Plano Nacional de Saúde Mental do Governo é supervisionada por um organismo nacional de coordenação. Os serviços de saúde mental ao nível dos cuidados primários estão integrados na rede de centros de saúde de Portugal (ver secção 4).

Os médicos de família são o ponto de contacto inicial para a maioria das pessoas que procuram cuidados de saúde mental e desempenham um papel fundamental no diagnóstico e na gestão de casos não complexos. Os serviços de saúde mental especializados são essencialmente prestados por unidades de saúde mental multidisciplinares localizadas em todo o país. Os hospitais psiquiátricos prestam cuidados em regime de internamento a doentes de longa duração e gravemente doentes, enquanto os hospitais gerais se ocupam de cuidados psiquiátricos de emergência. Com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental de Portugal e a criação de um novo quadro para os serviços de saúde mental em 2021 (Presidência do Conselho de Ministros, 2021), o esforço de longa data para a desinstitucionalização ganhou novo ímpeto. No âmbito deste projeto, o Governo português tomou medidas para acelerar a integração de um número crescente de doentes psiquiátricos residentes em hospitais gerais e em unidades designadas de cuidados continuados.

A baixa oferta de profissionais de saúde mental e as disparidades regionais dificultam a acessibilidade dos serviços

A pandemia de COVID-19 conduziu a um aumento da procura de serviços de saúde mental especializados em Portugal, exercendo uma pressão significativa sobre o SNS. Apesar de o número de psiquiatras ter aumentado 18 % entre 2016 e 2021, persistem obstáculos à acessibilidade, sobretudo devido a uma oferta insuficiente de pessoal clínico e à falta de critérios de referenciação normalizados, o que, por sua vez, agrava as listas de espera dos serviços de saúde mental especializados.

Entre outubro e dezembro de 2022, cerca de 40 % dos estabelecimentos de cuidados de saúde do SNS que comunicaram dados relativos ao tempo médio de espera não cumpriram os tempos máximos de espera previstos para o acesso a consultas psiquiátricas gerais prioritárias (ERS, 2022). As consultas psiquiátricas não prioritárias tiveram melhores resultados, tendo 75 % dos estabelecimentos garantido o acesso no prazo de 150 dias e um tempo médio de espera de 109 dias. Os tempos de espera para os serviços psiquiátricos pediátricos foram mais prolongados, com um tempo médio de espera de quase dois meses para as consultas prioritárias e de 145 dias para as consultas não prioritárias (SNS, 2023b).

As regiões do sul (Alentejo e Algarve) enfrentam obstáculos mais significativos no acesso aos serviços de saúde mental, refletindo uma menor concentração de profissionais de saúde mental em comparação com a média nacional. No âmbito do Plano Nacional de Saúde Mental, o Governo está a aplicar ativamente medidas para fazer face à escassez de profissionais de saúde mental e para promover uma distribuição mais uniforme dos serviços de saúde mental em todo o país.

7 Principais conclusões

- Em 2022, a esperança de vida à nascença em Portugal era um ano superior à média da UE, refletindo os importantes progressos verificados nas duas décadas que precederam a pandemia de COVID-19 e uma recuperação quase total do recuo de quase 10 meses durante o primeiro ano da pandemia. As doenças cardiovasculares e o cancro foram as principais causas de mortalidade em 2020, representando metade de todas as mortes. A taxa de mortalidade em excesso em Portugal manteve-se relativamente estável, em cerca de 12 % acima da sua base de referência anterior à pandemia, tendo diminuído ligeiramente depois de atingir um pico durante o primeiro ano da pandemia.

- Em 2019, quase um terço das mortes em Portugal estavam relacionadas com fatores de risco comportamentais, uma percentagem inferior à da maioria dos outros países da UE. Embora as taxas de consumo de tabaco tenham diminuído nos últimos anos, o consumo excessivo de álcool tornou-se mais comum. A obesidade é também uma preocupação crescente, sendo mais de 17 % dos adultos classificados como obesos, e tanto adultos como adolescentes apresentam as taxas mais baixas de atividade física regular da UE.

- Em 2021, a despesa em saúde de Portugal ascendeu a 11,1 % do PIB, uma percentagem consentânea com a média da UE, mas mais de um terço abaixo da média *per capita* da UE. Entre 2019 e 2021, a despesa em a saúde aumentou 14 % em termos reais, impulsionada por um aumento de 18,5 % da despesa pública, a fim de dar resposta à situação de emergência provocada pela pandemia de COVID-19 e atenuar os atrasos nos cuidados de saúde. Apesar deste aumento, a despesa privada em saúde representou mais de um terço do total da despesa em saúde em Portugal, uma percentagem que representa quase o dobro da média da UE.

- Em 2021, Portugal afetou 44 % da sua despesa global em saúde aos cuidados de ambulatório, a maior percentagem entre os países da UE e que ultrapassa também a média *per capita* da UE. Uma percentagem comparativamente baixa da despesa foi financiada por fundos públicos, mas espera-se que a recente abolição das taxas moderadoras no Serviço Nacional de Saúde reduza esta diferença. Em contrapartida, Portugal consagrou apenas 5 % do seu orçamento da saúde aos cuidados continuados, o que revela a dependência do país em relação a serviços de cuidados informais para a sua prestação.

- O Serviço Nacional de Saúde português depara-se com dificuldades em reter os médicos de família e os enfermeiros, uma vez que os salários relativamente baixos e as condições de trabalho desgastantes afetam a atratividade da função no setor público. Embora o Governo tenha adotado medidas para melhorar a retenção de enfermeiros, os esforços insuficientes para suprir a falta de médicos de família face a um desgaste profissional significativo resultaram numa redução da cobertura, uma vez que o número de utentes com médico de família atribuído diminuiu em mais de 0,5 milhões entre janeiro de 2020 e 2023. A dimensão dos desafios de acessibilidade decorrentes da insuficiência de pessoal varia consoante os serviços e as regiões, sendo que as regiões do sul enfrentam normalmente dificuldades mais graves. Neste contexto, o Governo adotou medidas para incentivar os jovens médicos a estabelecerem-se em zonas insuficientemente servidas.

- Portugal supera a maioria dos países da UE na prevenção da hospitalização para tratamento de doenças que carecem de cuidados de ambulatório, o que reflete a ênfase do sistema de saúde português nos cuidados médicos de ambulatório. Juntamente com iniciativas para expandir a sua rede de cuidados de saúde primários, Portugal está a adotar medidas para combater os atrasos nos rastreios e nas cirurgias oncológicas causados pelas restrições impostas pela pandemia de COVID-19, bem como para melhorar a eficiência e a integração dos serviços de saúde a todos os níveis.

- A prevalência das perturbações de saúde mental em Portugal é uma das mais elevadas da UE, estimando-se que tenham afetado 22 % da população em 2019. A população feminina portuguesa apresenta taxas de depressão mais elevadas do que a população masculina, enquanto a probabilidade de morte por suicídio é quatro vezes superior entre a população masculina. Embora as taxas de suicídio sejam inferiores à média da UE e tenham diminuído mais de 10 % na última década, continuam a ser um problema de saúde pública, em especial nas regiões do sul. Os serviços especializados enfrentam limitações devido à escassez de pessoal e à falta de critérios de referenciação normalizados, o que origina longas listas de espera. O Plano Nacional de Saúde Mental de Portugal deverá melhorar a disponibilidade de serviços de saúde mental e atenuar as disparidades regionais na oferta nos próximos anos.

Principais fontes

Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/507433b0-en

Health System and Policy Monitor, Portugal, European Observatory on Health Systems and Policies, available at https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/overview

Referências

Conselho das Finanças Públicas (2021), Evolução do Desempenho do Serviço Nacional de Saúde em 2020

Direção Executiva do SNS (2023). NOTA DE IMPRENSA: Seis novas Unidades Locais de Saúde no SNS.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013), Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013 / 2017.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2020), Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2021), Programa Nacional Para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022a), Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022b), Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2023), Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2023.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (2022), Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).

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.

Eurobarometer (2022), Special Eurobarometer 525 - Sport and Physical Activity.

Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser - findings from the 2021/22 international HBSC survey: https://data-browser.hbsc.org

IHME (2022), Global Burden of Disease (GBD) study, Institute for Health Metrics and Evaluation.

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), Estatísticas de Saúde - Edição 2023

Instituto Nacional de Estatística (INE) (2022), Despesa corrente em saúde aumentou 12,2% em 2021, atingindo 11,2% do PIB.

Lavado, E., Calado, V. & Feijão, F. (2019). Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Droga e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD).

Madeira, L., Queiroz, G. & Henriques, R. (2023) Prepandemic psychotropic drug status in Portugal: a nationwide pharmacoepidemiological profile.

OECD/ECDC (2019), Antimicrobial Resistance - Tackling the Burden in the European Union.

OECD/European Union (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.

OECD (2023), EU Country Cancer Profile: Portugal 2023.

Ordem dos Médicos (2023), Programa de formação para atrair jovens médicos a zonas pouco populosas.

Presidência do Conselho de Ministros (2021) Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro.

Silva, S., Torres, A. R., Nunes, B. & Rodrigues, A. P. (2023), Monitorização da Mortalidade 2022.

Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2021), Relatório Anual - Acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos dos SNS e entidades convencionadas.

Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2023a), Datasets do portal Transparência, disponível em https://transparencia.sns.gov.pt/explore/

Serviço Nacional de Saúde (SNS) (2023b), Tempos Médios de Resposta para Primeiras Consultas Hospitalares com Origem nos Cuidados de Saúde Primários: http://tempos.min-saude.pt/#/instituicoes-especialidade-cth

Abreviações dos países

Alemanha	DE	Croácia	HR	Finlândia	FI	Itália	IT	Países Baixos	NL
Austria	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

State of Health in the EU
Perfil de saúde do país 2023

Os perfis de saúde por país são um passo importante do ciclo "O Estado da Saúde na UE" da Comissão Europeia, um projeto de intercâmbio de conhecimentos desenvolvido com o apoio financeiro da União Europeia.

Estes perfis são o resultado de uma parceria colaborativa entre a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, que trabalham em conjunto com a Comissão Europeia. Com base numa metodologia coerente que utiliza dados quantitativos e qualitativos, a análise abrange os desafios e desenvolvimentos mais recentes da política de saúde em cada país da UE/EEE.

A edição de 2023 dos perfis de saúde dos países apresenta uma breve síntese de vários aspectos cruciais, incluindo:

- o estado de saúde atual do país ;
- determinantes da saúde, com especial enfoque nos fatores de risco comportamentais;
- a estrutura e a organização do sistema de saúde;
- a eficácia, a acessibilidade e a resiliência do sistema de saúde;
- Pela primeira vez na série, uma panorâmica da situação da saúde mental e dos serviços associados no país.

O relatório síntese da Comissão Europeia complementa as principais conclusões dos perfis de saúde dos países.

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

Por favor, cite esta publicação da seguinte forma:
OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023),
Portugal: Perfil de saúde do país 2023, State of Health in the EU,
OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264362321 (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