

# Retrato da Saúde 2018



## > FICHA TÉCNICA

**Editor:** Ministério da Saúde  
Lisboa, 2018

### Por favor, cite esta publicação da seguinte forma:

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal.

**ISBN** 978-989-99480-1-3

## > AGRADECIMENTOS:



SECRETARIA-GERAL  
MINISTÉRIO DA SAÚDE



# ÍNDICE +

> **PREFÁCIO** .....5

> **ENQUADRAMENTO** .....7

> **I. ESTADO DA SAÚDE | + SAÚDE**

- 1. Quantos somos .....8
- 2. Como vivemos .....11
- 3. A nossa saúde .....22
- 4. Cuidados de saúde: .....27
  - + Qualidade,
  - Desigualdades

> **II. SISTEMA DE SAÚDE | + INTEGRAÇÃO**

- 1. O nosso Sistema de Saúde .....42
- 2. Serviço Nacional de Saúde + Proximidade .....45
- 3. As profissões da saúde .....58
- 4. O medicamento .....60
- 5. Financiamento da saúde .....65

> **III. TRANSFORMAÇÃO DIGITAL | + INOVAÇÃO**

- 1. Sistemas de informação .....68
- 2. Receita Sem Papel .....71
- 3. Registo de Saúde Eletrónico .....72
- 4. Portal SNS e aplicações móveis .....73

> **IV. PORTUGAL NO MUNDO | + GLOBAL**

- 1. Vivemos mais .....76
- 2. Os desafios da Europa .....80







# RETRATO DA SAÚDE



## > PREFÁCIO

A saúde é um dos mais poderosos fatores de integração e coesão sociais, mas também de geração de riqueza e bem-estar.

Em Portugal, a opção por um modelo de Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge como a melhor forma de garantir os valores do acesso, da equidade e da solidariedade social. O SNS tem evoluído de forma muito significativa ao longo dos últimos anos, com progressos claros ao nível da eficiência, do acesso, da qualidade e da sustentabilidade.

Os indicadores demográficos mostram-nos que Portugal segue a tendência dos países ditos desenvolvidos. Ou seja, os portugueses vivem cada vez mais anos. Uma realidade que revela uma melhoria geral das condições de vida, mas também o acesso aos avanços da medicina e da tecnologia, com terapêuticas e medicamentos mais inovadores e eficazes.

Hoje, somos uma população envelhecida, com um baixo índice de fecundidade, que se depara com novos problemas de saúde, assumindo as doenças crónicas um peso crescente. Não menos relevantes são os atuais estilos de vida que revelam dinâmicas comportamentais associadas a fatores de risco determinantes para o estado de saúde dos portugueses.

Perante este contexto sociodemográfico e os progressos da inovação tecnológica, o Sistema de Saúde português, no geral, e o SNS, em particular, estão a adaptar-se para responder com qualidade às novas necessidades de cidadãos mais informados e exigentes.

Numa lógica de proximidade e humanização dos serviços, olha-se, cada vez mais, o cidadão como o centro do sistema. É nesse sentido que a prestação de cuidados se tem vindo a reorganizar, integrada num

quadro de transparência, inovação e responsabilidade social, permitindo melhorar o acesso à saúde e, conseqüentemente, reduzir as desigualdades. Isto a par de uma melhoria da gestão dos recursos humanos, com enfoque no reforço e na valorização do “capital humano” do SNS.

Fazendo da capacitação dos cidadãos uma prioridade, a promoção da saúde e a prevenção da doença são dois eixos fundamentais e transversais a todos os níveis de prestação de cuidados de saúde.

Mediante problemas que merecem respostas urgentes, Portugal tem sabido desenhar estratégias específicas de atuação, com resultados evidentes e reconhecidos internacionalmente. Um país moderno, justo e centrado no desenvolvimento não pode deixar de considerar o seu sistema de saúde como um dos elos mais fortes na criação de bem-estar e de condições sociais e laborais favoráveis ao desenvolvimento das pessoas, mas também da economia.

“Retrato da Saúde” é um olhar, enquadrado no espaço europeu, ao estado de saúde dos portugueses e ao seu sistema de saúde. Quase 40 anos passados desde a criação do SNS, é evidente que só através da excelência do mesmo se garante a equidade no acesso a cuidados de saúde de qualidade. Só assim se defendem os cidadãos e o Estado Social.

**Adalberto Campos Fernandes**

Ministro da Saúde do XXI Governo Constitucional de Portugal





## > ENQUADRAMENTO

Portugal assiste, atualmente, a uma profunda mudança do seu perfil demográfico e epidemiológico, à semelhança do que acontece com os países desenvolvidos. E isso traz grandes desafios à sociedade e ao sistema de saúde. Se nos anos 60 e 70 do século passado nos debatíamos por reduzir elevadas taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna, que nos situavam entre os países com os piores indicadores da Europa Ocidental, hoje temos esses valores ao nível dos melhores do mundo. Através de melhores condições higio-sanitárias e de um Programa Nacional de Vacinação geral, universal e gratuito, mudámos o paradigma das doenças infecciosas no país, eliminando algumas dessas doenças e controlando outras, colocando-nos num lugar de destaque a nível internacional.

Perto de completar 40 anos, o Serviço Nacional de Saúde permitiu conquistas inquestionáveis. Prestamos cuidados de elevada qualidade à população, melhorámos o seu acesso à saúde e encontramos respostas para os novos problemas que enfrentamos.

A esperança de vida dos portugueses ultrapassa, atualmente, os 80 anos, sendo mais elevada do que a média da União Europeia, e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão, facto de que nos devemos orgulhar. Viver mais é uma conquista. Viver melhor é um desafio.

Este contexto demográfico marcado pelo envelhecimento da população tem reflexos no estado da nossa saúde, com destaque para o aumento significativo de doenças crónicas e para um elevado número de pessoas portadoras de múltiplas patologias que exigem uma complexidade de cuidados inquestionável.

A par disto, sabemos, hoje, que na origem da maioria das doenças que provoca a morte ou a perda de qualidade de vida estão fatores de risco passíveis de ser modificados e, consequentemente, evitados. A aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença é uma prioridade. Uma população mais saudável é um fator crítico de sucesso para uma sociedade mais produtiva, sustentável e economicamente competitiva. Os determinantes sociais e ambientais devem estar no topo das nossas preocupações.

Impuseram-se, assim, novas abordagens e intervenções em saúde que visam alcançar as metas preconizadas no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2020, destacando-se a melhoria da esperança de vida com saúde aos 65 anos e a redução da mortalidade prematura.

Destas abordagens, há que referir os programas de saúde, quer os clássicos, que se mantêm, realçando a importância dos que abordam a saúde reprodutiva, infantil e juvenil e a vacinação, como os que se tornaram, entretanto, prioritários para responder a necessidades de saúde da população.

Para combater os fatores de risco responsáveis por grande parte das doenças crónicas, criaram-se programas específicos para o tabagismo, alimentação saudável, atividade física, diabetes, doenças cérebro cardiovasculares, doenças oncológicas e doenças respiratórias. Quanto às doenças transmissíveis, foram desenhados planos de atuação para as hepatites virais, VIH/SIDA e tuberculose, bem como para as infeções ligadas aos cuidados de saúde e às resistências aos antimicrobianos.

Porque a saúde mental é parte integrante da saúde e é um fator determinante para a coesão social, progresso económico e desenvolvimento sustentável da nossa sociedade, desde 2008, alinhado com as principais recomendações políticas propostas no Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-estar, está em curso o Programa Nacional para a Saúde Mental.

Muito do que foi alcançado deve-se à melhoria das condições de vida do país, a estratégias preventivas, ao acesso e à cobertura universal de saúde, à prestação de cuidados de qualidade e com segurança para o doente, a medicamentos e meios complementares de diagnóstico efetivos, seguros e mesmo inovadores, a melhores sistemas de informação, à transformação digital em curso e a uma melhor comunicação e proximidade com os cidadãos, eles próprios mais atentos aos seus direitos, deveres e responsabilidades.

Estes são alguns exemplos do caminho que temos percorrido pela prevenção e controlo da doença e pela promoção da saúde. Os resultados alcançados mostram-nos que estamos no rumo certo e que Portugal pode orgulhar-se do seu retrato da saúde. Mas temos pela frente vastos desafios promoção da saúde e na prevenção da doença, e no setor social, continuando a apostar fortemente nas pessoas, investindo na promoção da saúde e na prevenção, tornando os serviços e cuidados mais efetivos, mais eficientes, mais adequados e mais próximos dos cidadãos, para que todos nós nos aproximemos do nosso potencial de saúde e de vida.

É nosso dever continuar a trabalhar para proteger e melhorar a saúde dos cidadãos, garantindo, através de múltiplas estratégias, a maximização dos ganhos em saúde da população, com alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania, reduzindo iniquidades, para um futuro mais saudável de toda a população, em que saúde e bem-estar se cruzem para acrescentar valor à vida, contribuindo para um país mais desenvolvido e mais feliz.

**Graça Freitas**  
Diretora-Geral da Saúde



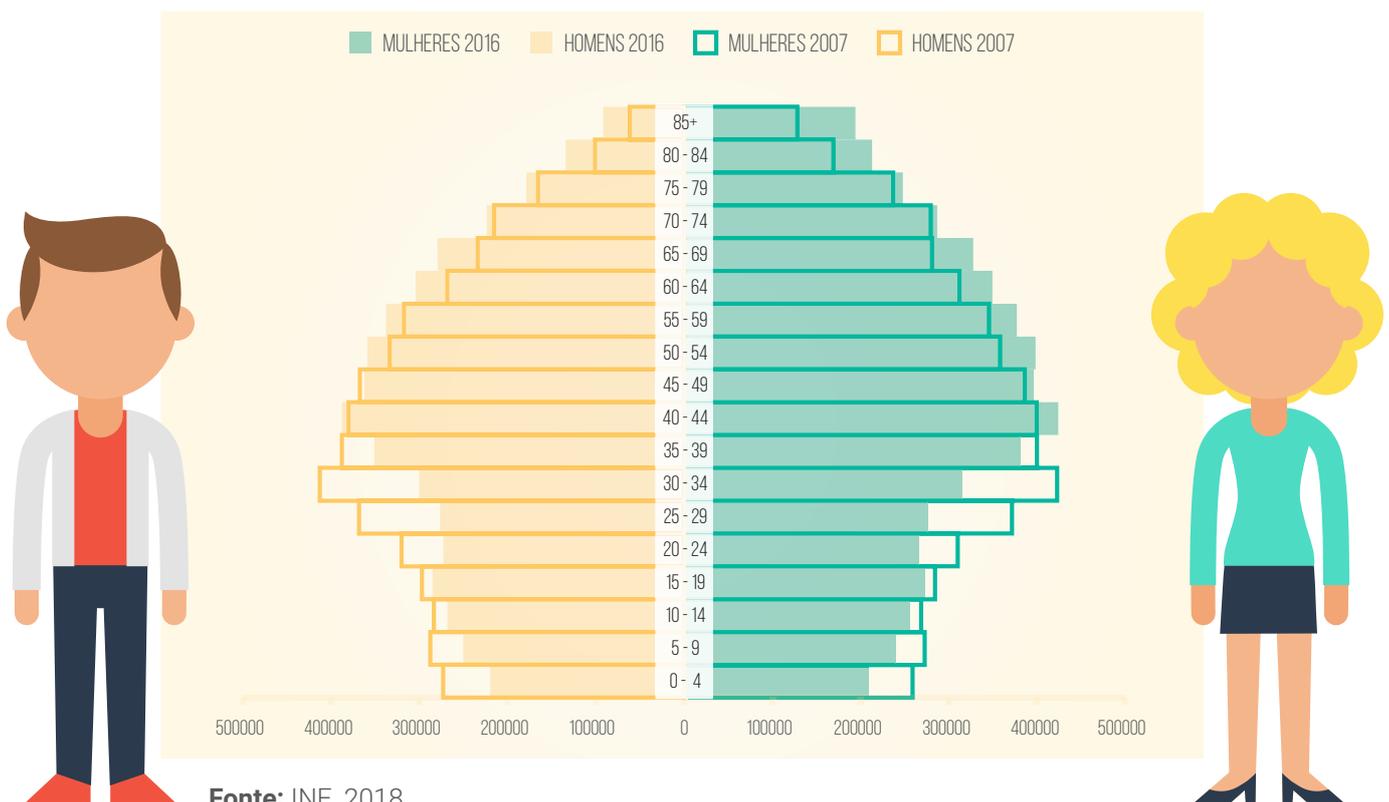
# I. ESTADO DA SAÚDE | + SAÚDE

## 1. QUANTOS SOMOS

A população portuguesa tem vindo a diminuir desde 2010. Hoje, somos cerca de 10,3 milhões de habitantes, concentrados nas zonas urbanas e litorais. Se a Área Metropolitana de Lisboa é a região com mais residentes, o Alentejo, por oposição, é a que regista menos.

Este decréscimo revela, por um lado, que morrem mais pessoas do que aquelas que nascem e, por outro, que tem havido mais indivíduos a sair do país do que a entrar.

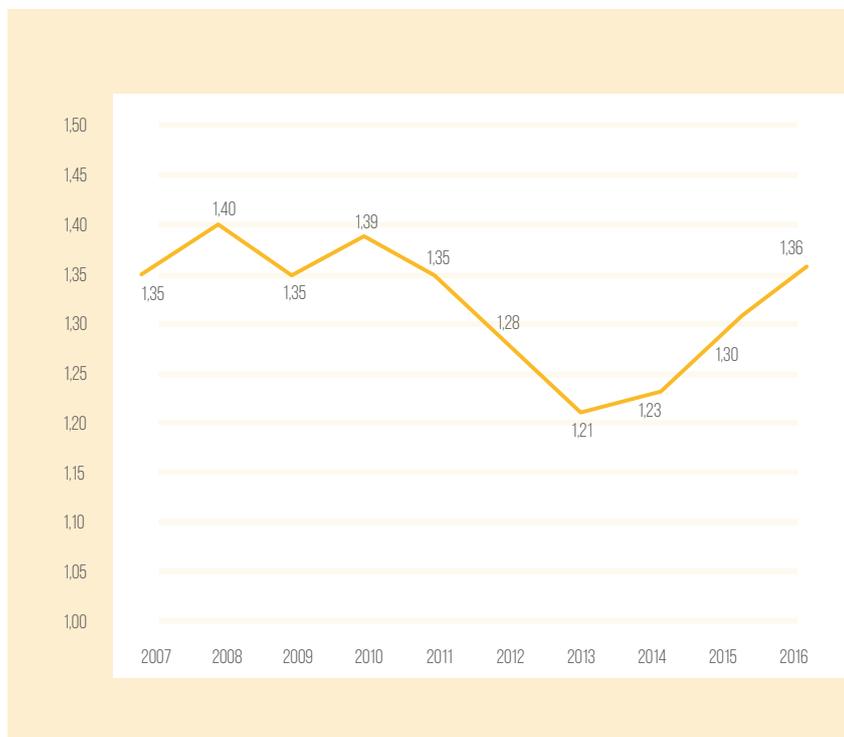
Olhando para a média de idades, Portugal tem uma população envelhecida, com mais idosos do que jovens a residir no país: 21% dos portugueses têm 65 ou mais anos, enquanto 14% têm menos de 15. São um milhão as pessoas com 75 ou mais anos, das quais mais mulheres do que homens. Isso explica que o número de mortes tenha vindo a aumentar, tendo sido superior a 110 mil, em 2016.



Fonte: INE, 2018

Fig. 1. Pirâmide etária da população em Portugal, 2007 e 2016.

Pelo contrário, ao longo dos últimos dez anos, os nascimentos têm decrescido, o que começou a verificar-se na década de 70 do século XX. Em 2016, nasceram cerca de 87 mil crianças em Portugal.



Fonte: INE, 2018

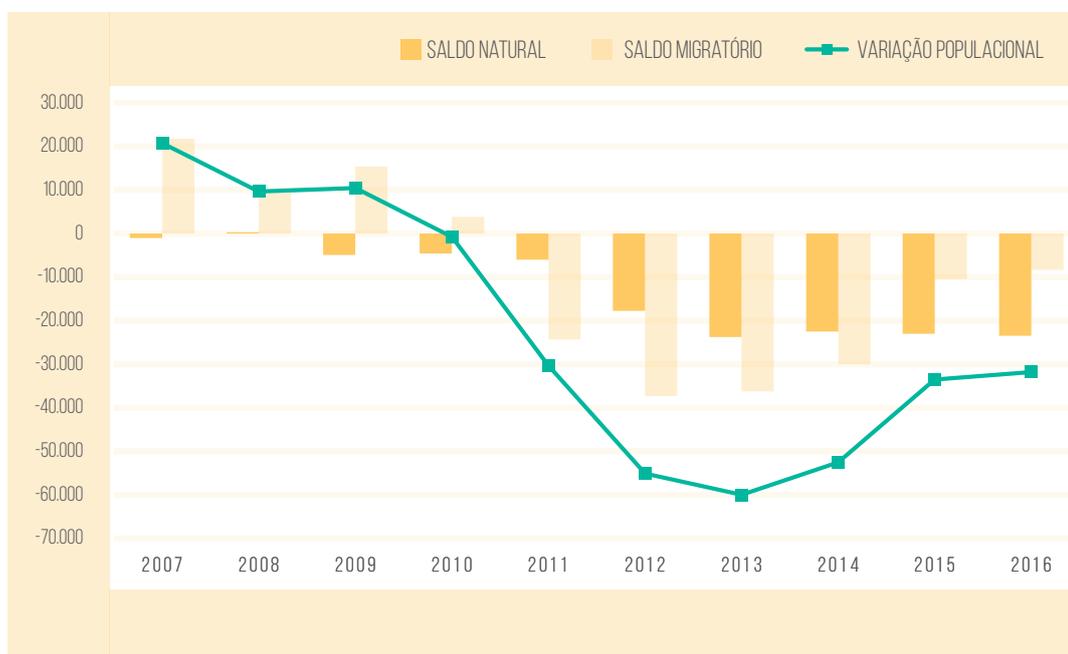
**Fig. 2.** Evolução do índice sintético de fecundidade (número médio de crianças nascidas vivas por mulher em idade fértil).

Em 2011, assistiu-se a uma inversão do saldo migratório que passou a ser negativo. Estes dois fatores contribuíram para um decréscimo da população residente em Portugal, que a 31 de dezembro de 2016, contava com 10.309.573 habitantes.

Há menos mulheres em idade fértil (15-49 anos), que têm

cada vez menos filhos e em idade mais avançada, embora se verifique um ligeiro aumento do número de filhos, nos últimos anos.

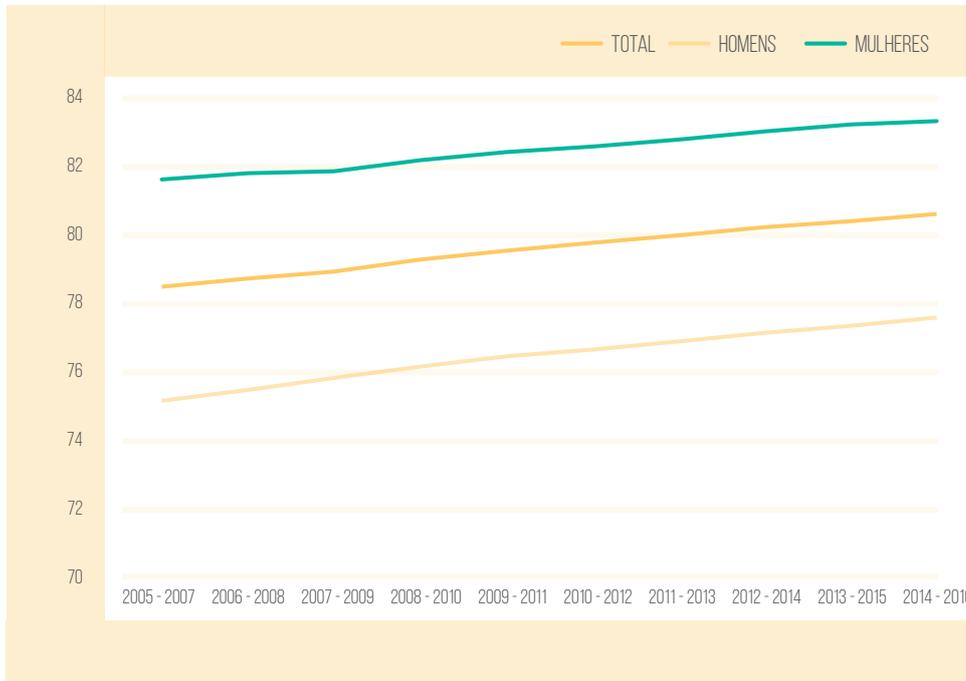
Em 2016, 31,5% dos nascimentos ocorreram em mulheres com 35 ou mais anos, enquanto apenas 3,5% em mulheres com idades inferiores a 20 anos.



Fonte: INE, 2018

**Fig. 3.** Variação populacional e as suas componentes, Portugal 2007-2016.

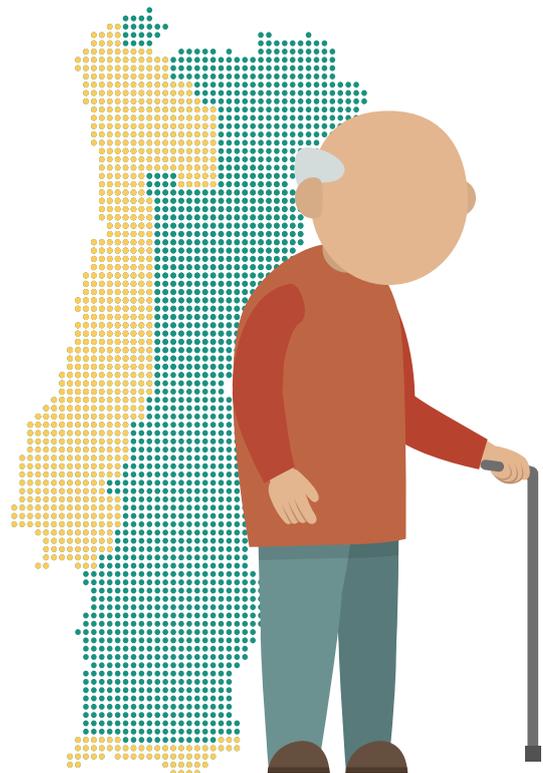
Somos, hoje, menos, mas vivemos mais. A esperança de vida tem aumentado, sendo superior a 80 anos.



Fonte: INE, 2018  
**Fig. 4.** Evolução da esperança de vida à nascença, por sexo e por triénio, Portugal, 2005-2007 a 2014-2016.

Quanto à mortalidade infantil, número de crianças que morre no primeiro ano de vida, esta tem diminuído consideravelmente em Portugal nos últimos anos: menos de três por cada mil.

**// Portugal tem uma população envelhecida. Um milhão de portugueses tem mais de 75 anos.**



Fonte: INE, 2017  
**Fig. 5.** Figura: Densidade populacional segundo os Censos 2011.

## 2. COMO VIVEMOS

São vários os fatores que influenciam a forma como vivemos e, conseqüentemente, o nosso estado de saúde.

O estado de saúde resulta, assim, de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. É por isso fundamental a aposta nos fatores modificáveis, ambientais e comportamentais, alterando os comportamentos de risco comuns a todas as doenças crônicas como o tabagismo, a má

alimentação, o excesso de peso, o consumo excessivo de álcool e o sedentarismo.

As redes sociais e comunitárias, entre as quais família e amigos, constituem outro nível de influência. Se as condições de vida, como o trabalho, educação ou habitação, são determinantes, também as condições socioeconômicas, culturais e ambientais, a um nível mais macro, influenciam a saúde dos indivíduos.



**Condições básicas para a saúde:** Paz, abrigo, alimentação, rendimento, educação, segurança social, relações e redes sociais, empowerment, ecossistema estável, uso sustentável de recursos, justiça social, respeito pelos direitos humanos, equidade.

**Fonte:** Adaptação de modelo dos determinantes da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991).

**Fig. 6.** Determinantes da saúde.

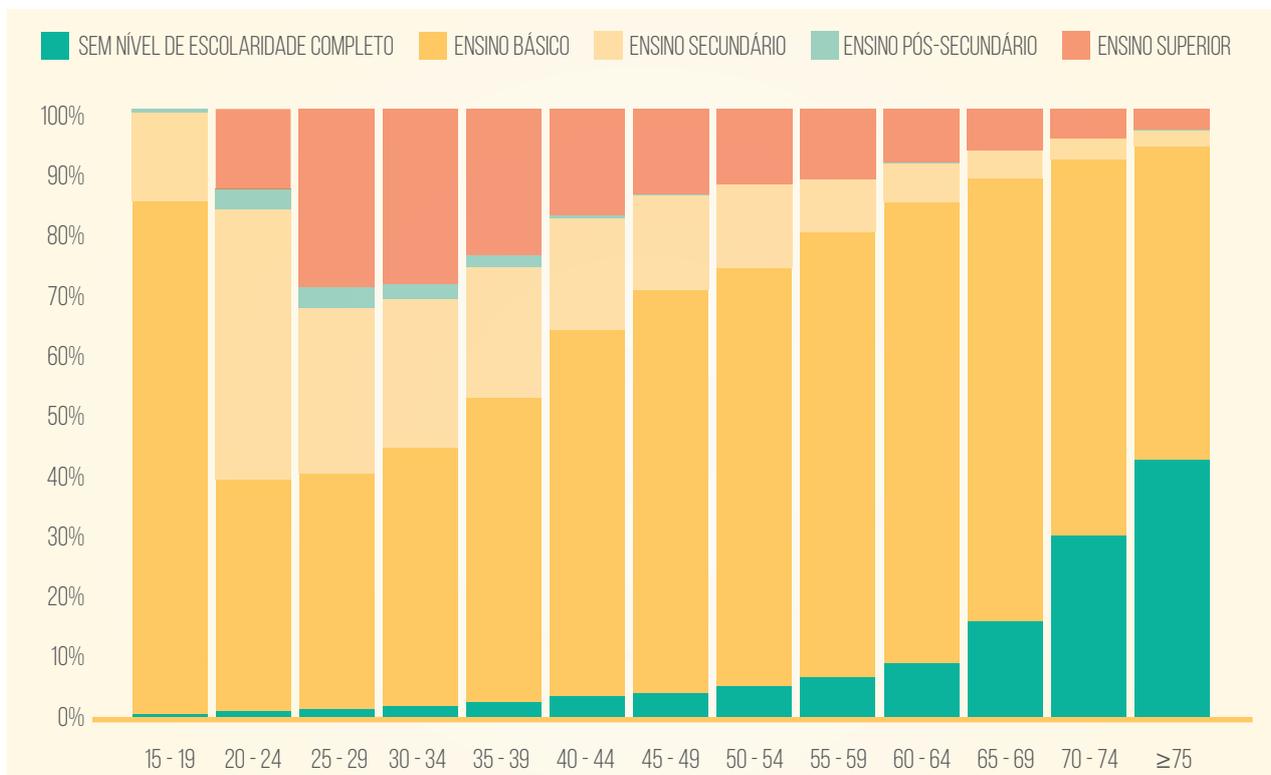
> **DETERMINANTES SOCIAIS**

A educação condiciona fortemente os comportamentos e estado de saúde, já que tem uma grande influência no acesso dos indivíduos à informação, na sua capacidade em beneficiar de novos conhecimentos e na adoção de comportamentos saudáveis.

As pessoas com nível educacional mais elevado têm menor propensão para sofrer de doenças crónicas, incluindo problemas de saúde mental, como depressão

ou ansiedade. De facto, é nestes indivíduos que se registam prevalências mais baixas de hipertensão arterial, obesidade e diabetes. O nível educacional em Portugal tem aumentado ao longo das últimas décadas. No entanto, existe ainda um número significativo de portugueses com baixa escolaridade, que corresponde a uma faixa da população mais envelhecida, residente no interior do país.

O emprego é um dos determinantes mais importantes da saúde física e mental.



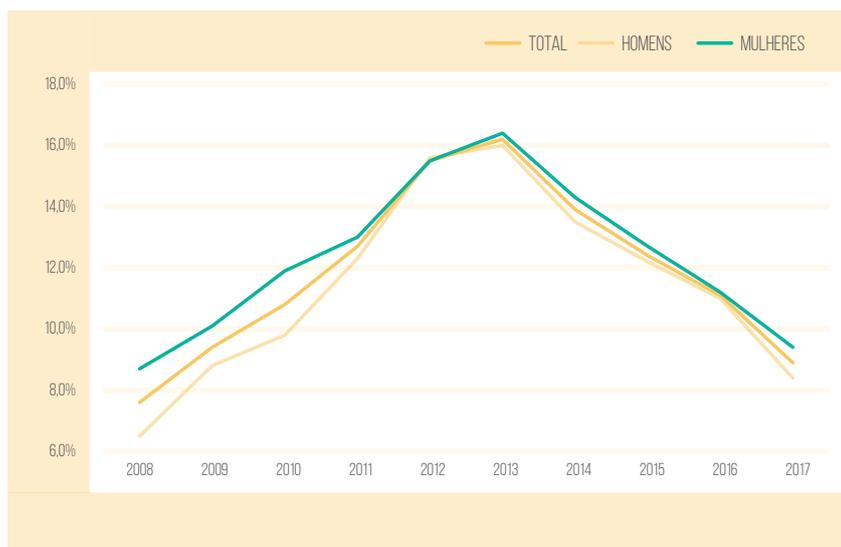
Fonte: INE, 2018

Fig. 7. População residente com 15 ou mais anos, por grupo etário e nível de escolaridade mais elevado completo, 2011, Portugal.



É nos indivíduos desempregados ou sem atividade profissional que se registam mais casos de hipertensão arterial, obesidade e diabetes.

A crise económico-financeira que afetou Portugal a partir de 2009 provocou um aumento da taxa de desemprego, com maiores reflexos nas mulheres, que atingiu o seu máximo em 2013 (16,2%), ano em que começou a diminuir, tendo descido para os 8,9% em 2017.

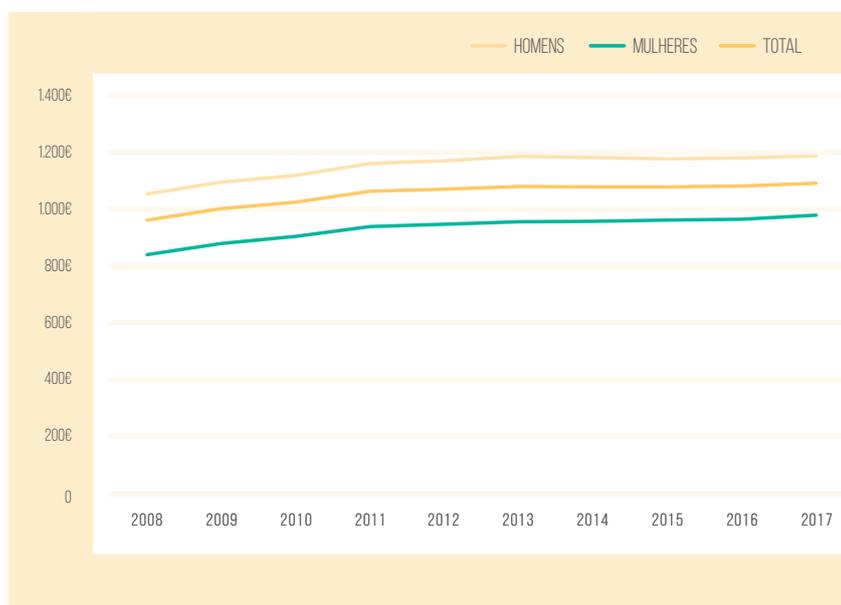


Fonte: INE, 2018  
**Fig. 8.** Taxa de desemprego, por sexo, 2008-2017.

O rendimento é outro determinante, condicionando o acesso a bens e serviços essenciais à saúde e bem-estar.

Em 2016, os trabalhadores portugueses ganhavam, em média, €1.107 (líquidos) e o salário de um homem era superior em €232 ao de uma mulher. De salientar que os indivíduos com menores rendimentos tendem a avaliar negativamente o seu estado de saúde, quando comparados com indivíduos com rendimentos mais elevados.

A forma como todos estes determinantes interagem influencia fortemente a saúde dos cidadãos.



Fonte: INE, 2018  
**Fig. 9.** Ganho médio mensal (€) dos trabalhadores por conta de outrem, por sexo, Portugal, 2008-2017.

> **DETERMINANTES COMPORTAMENTAIS**

As doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho circulatório as principais causas de mortalidade. A incidência e prevalência destas doenças é condicionada por fatores de risco individuais e sociais, dos quais se destacam:

- > Excesso de peso;
- > Hábitos alimentares inadequados;
- > Sedentarismo;
- > Tabagismo;
- > Alcoolismo.

De acordo com o Global Burden of Disease, em 2016, em Portugal, cerca de 41% do total de anos de vida saudável perdidos por morte prematura poderia ter sido evitado se fossem eliminados os principais fatores de risco modificáveis.

Neste contexto, os portugueses apresentam uma esperança média de vida à nascença superior à média dos restantes países da OCDE. Evidencia-se também o facto de, durante a última década, se ter observado uma redução, ainda que muito ligeira, da taxa de morbilidade padronizada de anos vividos com incapacidade em Portugal.

No entanto, no que concerne ao indicador “número de anos de vida saudável vividos depois dos 65 anos”, o nosso país assume-se enquanto um dos países com menor número de anos de vida saudável depois dos 65.

Assim, podemos concluir que os portugueses vivem mais mas, por outro lado, vivem com mais, comorbilidades durante os seus últimos anos de vida: diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, obesidade e doenças oncológicas.

Paralelamente, aos efeitos na morbilidade e mortalidade prematura, as doenças crónicas têm impacto significativo nas economias nacionais, entre outros fatores, pela diminuição da produtividade, aumento do absentismo laboral e dos encargos com a saúde.

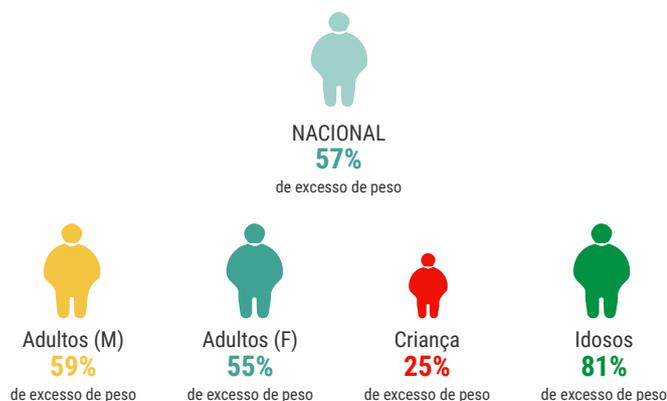
**EXCESSO DE PESO**

Além de uma patologia por si só, a obesidade constitui um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças crónicas.

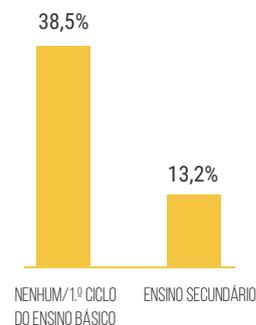
Neste âmbito, através do segundo Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), estimou-se que:

- > 5,9 Milhões de portugueses têm excesso de peso;
- > 8 em cada 10 idosos apresentam excesso de peso;
- > Os indivíduos menos escolarizados apresentam, maior prevalência de excesso de peso e de obesidade abdominal;
- > Apenas 41,8% dos cidadãos apresenta uma prática regular de atividade física, desportiva e/ou de lazer programada.

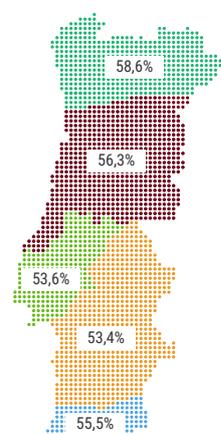
**Excesso de peso (pré-obesidade + obesidade) em Portugal**



**Obesidade por nível educacional**



**Excesso de peso por região**



Fonte: DGS, 2017

Fig. 10. Prevalência de excesso de peso (pré-obesidade e obesidade), em Portugal.

Os estilos de vida condicionam a saúde individual ao longo de todo o percurso de vida dos cidadãos, merecendo, neste contexto, as faixas etárias mais jovens particular atenção. A prevalência de situações de excesso de peso infantil constituem-se enquanto indicador de desafios de saúde que as sociedades enfrentarão no futuro e que terão impacto na sustentabilidade dos sistemas de saúde. Neste âmbito, através do segundo estudo Childhood Obesity Surveillance Initiative (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil) 2016, estimou-se que:

- > 30,7% das crianças portuguesas apresentam excesso de peso;
- > 11,7% das crianças portuguesas são obesas.

Neste contexto, e de acordo com o relatório Health at a Glance 2017, que apresenta os principais indicadores da OCDE, a prevalência de excesso de peso nas crianças de diferentes idades em Portugal é superior à média dos países da OCDE.

A obesidade é o resultado de insuficientes níveis de atividade física combinados com uma alimentação inadequada, caracterizada por um consumo excessivo de calorias, em grande parte provenientes de açúcar e gordura. Acresce ainda que indivíduos com excesso de peso têm maior risco de consumo excessivo de sódio e de ácidos gordos saturados. Os hábitos alimentares inadequados contribuem para a perda de 15,4% dos anos de vida saudável na população portuguesa.

## HÁBITOS ALIMENTARES

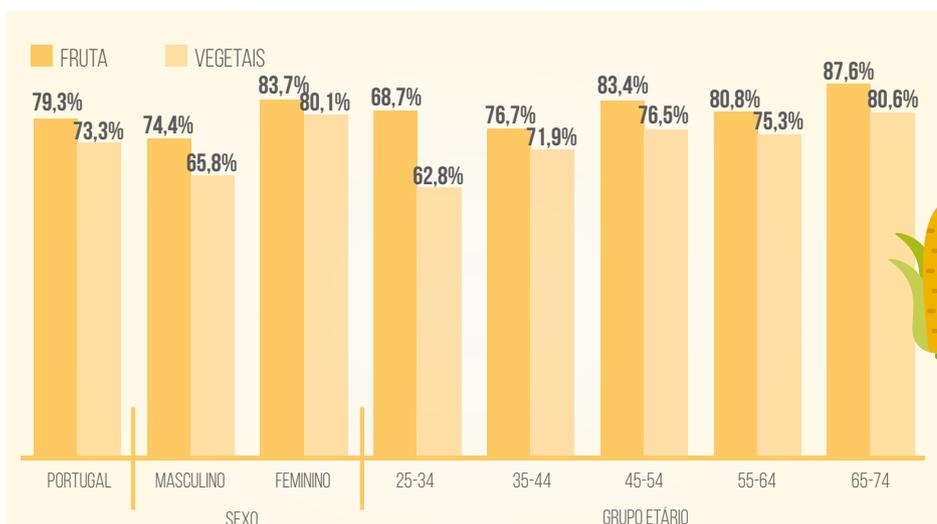
De forma a recolher informação nacional sobre o consumo alimentar (ingestão nutricional e dimensões sobre segurança alimentar) e sobre a atividade física e a sua relação com determinantes em saúde, foi retomado o

inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), realizado uma única vez, em 1980, pelo Centro de Estudos de Nutrição do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, com a colaboração do então Ministério da Agricultura e Pescas.

O mais recente IAN foi desenvolvido por iniciativa de um consórcio que envolveu um total de nove instituições e que teve como promotor a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tendo como base amostral o Registo Nacional de Utentes do SNS e como população alvo os cidadãos residentes em Portugal, foi avaliada uma amostra global de 6.553 cidadãos, entre outubro de 2015 e setembro de 2016, com idades compreendidas entre os 3 meses e os 84 anos e representativa da população portuguesa.

Esta iniciativa constitui, pela importância do tema e representatividade da amostra, um importante contributo para informar a definição de políticas públicas na promoção da alimentação saudável e da atividade física. Entre os vários resultados alcançados concluiu-se que:

- > 17% da população portuguesa ingere pelo menos um refrigerante ou néctar por dia;
- > O contributo dos alimentos dos grupos doces, refrigerantes (não incluindo néctares), bolos (incluindo pastelaria), bolachas e biscoitos, cereais de pequeno-almoço e cereais infantis para o consumo de açúcares simples é de 30,7%. Os açúcares simples provenientes dos alimentos dos grupos referidos representam mais de 10% do VET em 15,4% da população nacional, sendo esta prevalência superior nos adolescentes do sexo masculino (30,5%) e nas adolescentes do sexo feminino (19,6%);
- > Um em cada dois portugueses não ingere a quantidade de produtos hortícolas ou de fruta recomendada pela OMS;



Fonte: INSA, 2017

**Fig. 11.** Prevalência de consumo diário de fruta e vegetais, por sexo e grupo etário, Portugal, INSEF 2015.

Neste contexto, a ingestão excessiva de açúcar por parte dos cidadãos portugueses deve merecer especial preocupação.

A OMS defende que o consumo excessivo de açúcar contribui para o aumento da prevalência de excesso de peso e cárie dentária. As bebidas açucaradas são uma das principais fontes de açúcar em diversos padrões alimentares com especial significado nas crianças e adolescentes. A evidência mostra que a política de preços constitui uma ferramenta para a promoção da alimentação saudável. Diversos países na região europeia introduziram regimes de taxação de gamas alimentares e nutricionais, motivados por razões do foro da saúde pública. Nos casos em que existe evidência científica disponível, esta parece ser consistente com a teoria económica e com os estudos científicos existentes, verificando-se diversos exemplos de alterações nos padrões de compra e consumo associados a políticas de regulação de preços. Em Portugal, o Orçamento do Estado para 2017, aprovado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, criou um novo Imposto Especial sobre o Consumo (IEC) que incidiu sobre bebidas adicionadas de açúcar ou outros edulcorantes, tais como refrigerantes, bebidas energéticas, águas aromatizadas e ainda concentrados de bebidas, sobre a forma de xarope ou pó, que se destinem à preparação de bebidas semelhantes às referidas.

De acordo com o artigo “Fiscalidade ao serviço da Saúde Pública: a experiência na tributação das bebidas açucaradas em Portugal”, recentemente publicado na revista científica “Acta Médica Portuguesa”, os benefícios económicos, sociais e de saúde decorrentes de regimes de taxação de bebidas adicionadas de açúcar são muito relevantes. Este facto é atualmente reconhecido por muitas instituições de saúde de grande reputação a nível mundial.

Os resultados preliminares obtidos pela implementação do IEC de bebidas adicionadas de açúcar ou edulcorantes em Portugal parecem confirmar a hipótese referida na literatura, sendo que a redução no volume de açúcar ingerido através deste tipo de bebidas em 2017 foi superior ao valor total de redução verificada, através de mecanismos de educação e autorregulação, entre os anos de 2013 e 2016. O facto de a redução dos volumes incluídos no escalão superior de tributação ter sido mais marcada do que nas gamas com níveis de açúcar inferiores, aponta no sentido de que a criação de escalões de tributação inferiores poderá reproduzir este efeito, com ganhos potenciais para a saúde pública, o que deveria ser procurado e implementado no Orçamento de Estado para 2019. Por outro lado, o consumo excessivo de sal, açúcar e gorduras trans, associado aos baixos níveis de ingestão de produtos hortícolas e fruta estão entre os hábitos

alimentares mais prejudiciais à saúde dos portugueses.

Segundo os dados do IAN-AF (2016-2017), cada cidadão consome, em média, 3gr de sal em excesso por dia, totalizando um volume de cerca de 30 toneladas/diárias que os Portugueses ingerem a mais do que deveriam.

Este quadro contribui para que Portugal tenha uma das mais elevadas prevalências de hipertensão arterial na Europa (3 em cada 10 Portugueses), sendo o principal fator de risco de patologia cardiovascular, com relevo para os acidentes vasculares cerebrais (AVC), dos quais os cidadãos portugueses são infelizmente líderes na Europa, provocando morbidade elevada e um impacto grave na família e na sociedade, pelas suas sequelas.

Morrem todos os dias cerca de 100 portugueses por doenças cérebro-cardiovasculares, muitas das quais poderiam ter sido evitadas pela alteração de comportamentos, especialmente pela redução do consumo de sal.

De forma a garantir uma abordagem integrada e efetiva no sentido da promoção de hábitos alimentares mais saudáveis por parte dos cidadãos, os Ministérios das Finanças, Administração Interna, Educação, Saúde, Economia, Agricultura, Florestas e Desenvolvimento Rural e Mar desenvolveram uma Estratégia Integrada para a Promoção da Alimentação Saudável (EIPAS), publicada através do Despacho nº 11418/2017, de 29 de dezembro. A EIPAS organiza-se de acordo com quatro eixos estratégicos definidos de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) neste âmbito:

- > **Eixo 1:** Modificar o meio ambiente onde as pessoas escolhem e compram alimentos através da modificação da disponibilidade de alimentos em certos espaços físicos e promoção da reformulação de determinadas categorias de alimentos.
- > **Eixo 2:** Melhorar a qualidade e acessibilidade da informação disponível ao consumidor, de modo a informar e capacitar os cidadãos para escolhas alimentares saudáveis.
- > **Eixo 3:** Promover e desenvolver a literacia e autonomia para o exercício de escolhas saudáveis pelo consumidor.
- > **Eixo 4:** Promover a inovação e o empreendedorismo direcionado à área da promoção da alimentação saudável.

Diversas medidas enquadradas por este documento estratégico encontram-se já em fase de implementação, das quais se destaca o Grupo de Trabalho conjunto

com todos os atores da indústria alimentar e retalho, liderado pela Direção Geral da Saúde, que visa a construção de um acordo de reformulação alimentar dos produtos alimentares mais consumidos pelos cidadãos portugueses, reduzindo os seus teores de sal, açúcar e gorduras trans até 2021.

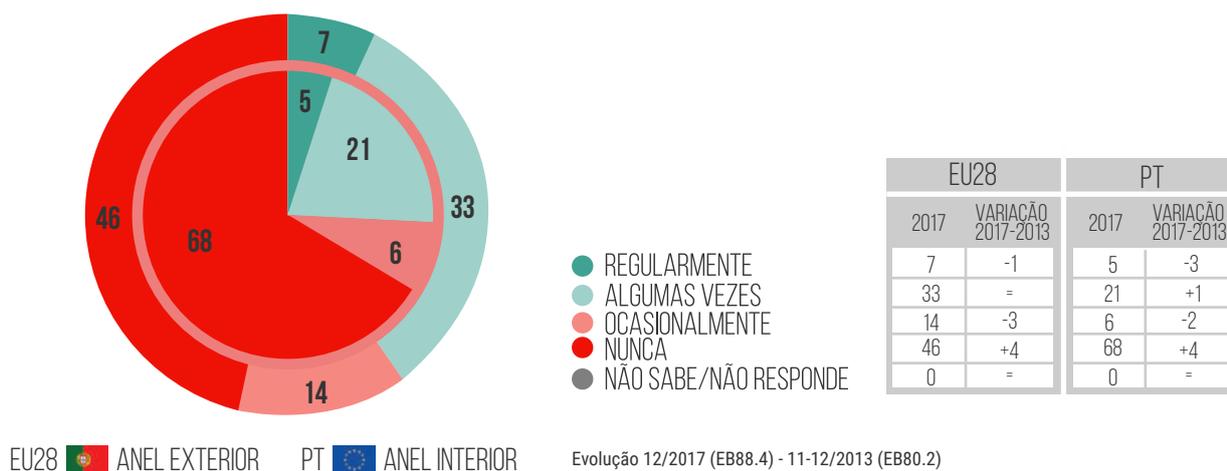
### ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física tem um papel decisivo na saúde e bem-estar das populações, ao estar diretamente ligada à prevenção de um conjunto importante de doenças crónicas não transmissíveis. Contudo, o estilo de vida das sociedades europeias traduz-se em comportamentos crescentemente menos ativos, estando a economia sustentada, cada vez mais, em profissões/ocupações muito sedentárias.

Uma população com níveis de atividade física muito inferiores aos recomendados internacionalmente tem, consequentemente, maiores custos de saúde e de produtividade, quer através de custos diretos, no âmbito da utilização dos serviços de saúde relacionada com

o surgimento ou agravamento de patologias, quer por meio de custos indiretos, por exemplo, o absentismo ou a produtividade limitada (devido a condição de saúde). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, num país com cerca de 10 milhões de habitantes, onde 50% seja insuficientemente ativa, exista um custo anual derivado da inatividade física de 900 milhões de euros, o equivalente a 9% do orçamento do Ministério da Saúde para 2017, no caso específico de Portugal.

Em Portugal, de acordo com o Eurobarómetro de 2017, apenas 5% das pessoas com 15 anos ou mais afirmam que fazem exercício ou desporto regularmente e a mesma percentagem afirma que faz habitualmente outras atividades físicas (por exemplo, usar a bicicleta como modo de deslocação). Considerando todas as atividades físicas, não mais do que 25% da população atinge as recomendações internacionais para a saúde. Portugal é o segundo país de Europa que menos caminha – 29% nunca caminham mais de 10 minutos por dia – e o país onde mais pessoas afirmam que não têm interesse ou motivação para praticar atividade física ou desporto (33%). Pela positiva, Portugal é o país de Europa onde as pessoas reportam passar menos tempo sentadas diariamente.



**Fonte:** Eurobarómetro sobre desporto e atividade física (Special Eurobarometer 472), 2017

**Fig. 12.** Frequência de prática desporto ou exercício físico, em Portugal e na Europa

Estima-se que, no nosso país, cerca de 14% das mortes anuais estejam associadas à inatividade física, um valor superior à média mundial, que se encontra abaixo de 10%.

No que respeita à prevenção ou melhoria do estado clínico, são diversas as patologias ou condições para as quais existe evidência científica de um benefício da prática regular de atividade física.

A promoção da atividade física deverá estar integrada nas prioridades presentes e futuras do Serviço Nacional de Saúde. Nesse contexto, e na sequência da criação do programa prioritário para a promoção da Atividade Física em 2016, várias medidas foram iniciadas, das quais se destaca a apresentação do primeiro Plano de Ação Nacional para a Atividade Física, resultado do trabalho de uma comissão intersetorial pioneira em Portugal.

## TABAGISMO

De acordo com o relatório do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2017), o tabaco é uma das principais causas evitáveis de morte prematura por cancro, por doenças respiratórias e por doenças cérebro-cardiovasculares.

Em Portugal, o tabaco contribui para uma morte a cada 50 minutos. Uma em cada 4 mortes no grupo dos 50-59 anos é devida ao tabaco.

Ao nível da prevalência, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, cerca de 58% dos residentes em Portugal nunca tinham fumado; 20% eram fumadores e cerca de 22% eram ex fumadores. De realçar como positivo que, entre 2005 e 2014, a proporção total de fumadores diminuiu 1 ponto percentual (redução relativa de 4,3%) e que o número de ex fumadores aumentou quase 6 pontos percentuais. Não obstante, de referir como facto preocupante o aumento do consumo de tabaco nas mulheres e o aumento, entre 2012 e 2016, no consumo de tabaco nos últimos 30 dias, de mais de 3 pontos percentuais, principalmente nas mulheres, na população entre os 15 e os 24 anos.

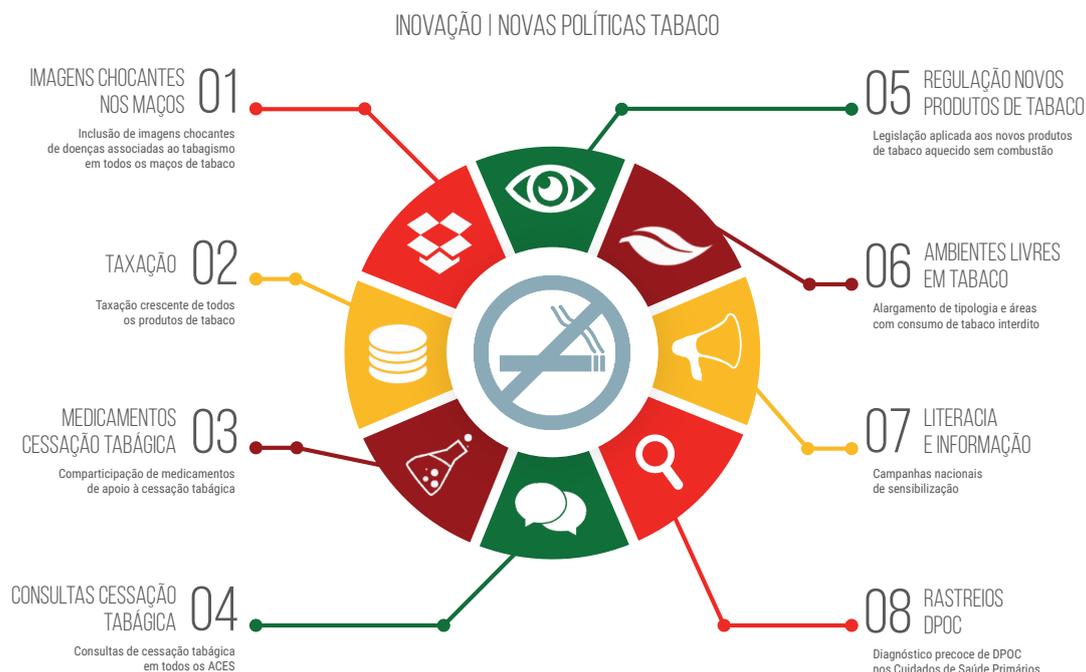
Apesar das melhorias identificadas é necessário continuar a apostar numa dupla vertente de atuação: Preventiva, com ênfase em estratégias de informação e educação para a saúde e promoção de estilos de vida saudáveis, a par da Promoção da cessação tabágica.

Neste âmbito, inspirado pelas melhores experiências internacionais e baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, o Ministério da Saúde concebeu, e está a implementar, um conjunto de medidas que visam promover junto dos cidadãos a adoção de estilos de vida saudáveis.

De referir a aprovação de normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, numa proposta de Lei apresentada pelo Governo à Assembleia da República e aprovada a 1 de junho de 2017, que procede à monitorização e regulação dos novos produtos do tabaco sem combustão, interditando o seu consumo nos mesmos locais onde seja proibido fumar e alargando a novos espaços como parques infantis.

Foi ainda promovida a criação de novas consultas de cessação tabágica, conseguindo que pela primeira vez no nosso país todos os ACES tivessem pelo menos uma agenda dedicada a esta área e aumentando os locais em mais de 30% relativamente a 2015, atingindo cerca de duas centenas de instituições de saúde, de modo a permitir a acessibilidade aos utentes.

A implementação de forma inovadora, também pela primeira vez no nosso país, da comparticipação de medicamentos antitabágicos, o que impulsionou a utilização destes fármacos, tendo-se assistido a um aumento de cerca de 69% nas dispensas nas farmácias.



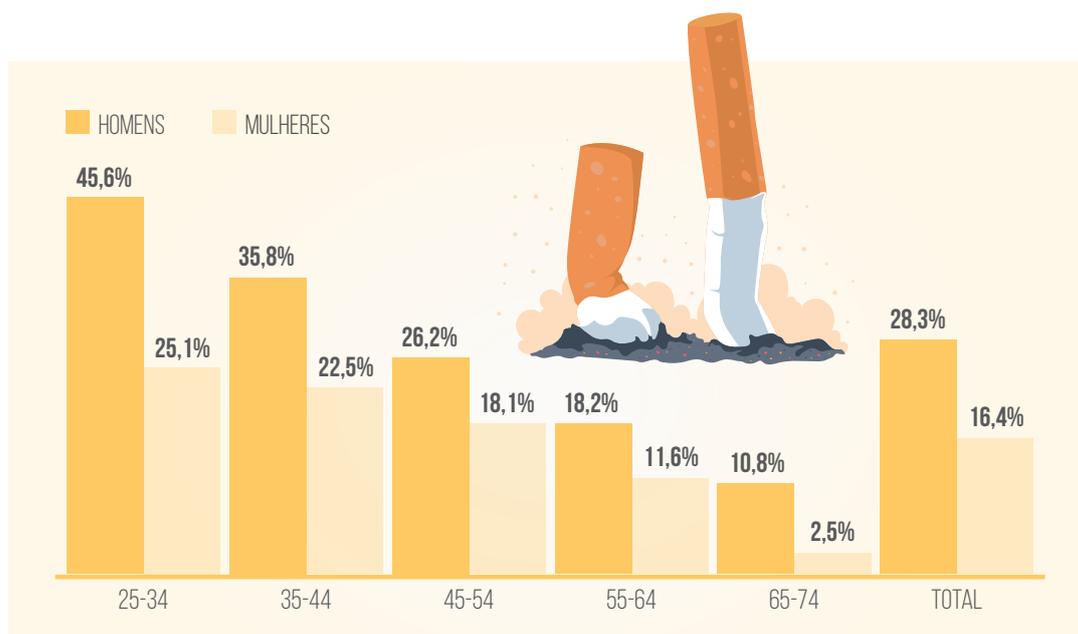
Fonte: Ministério da Saúde, 2018

Fig. 13. Principais Políticas Pública de Prevenção e Controlo do Tabagismo.

Tendo presente os desafios que ainda enfrentamos relativamente ao consumo do tabaco nas mulheres jovens, foi celebrado um protocolo entre o Ministério da Saúde, através da Direção Geral da Saúde, e a Escola Profissional de Artes, Tecnologias e Desporto, para o desenvolvimento de uma campanha dirigida

às mulheres para alertar para os malefícios do tabaco.

No que concerne ao consumo de tabaco, os fumadores representam 28,3% dos homens e 16,4% das mulheres, em Portugal, sendo este um hábito mais comum entre desempregados e no grupo etário 25-34 anos.

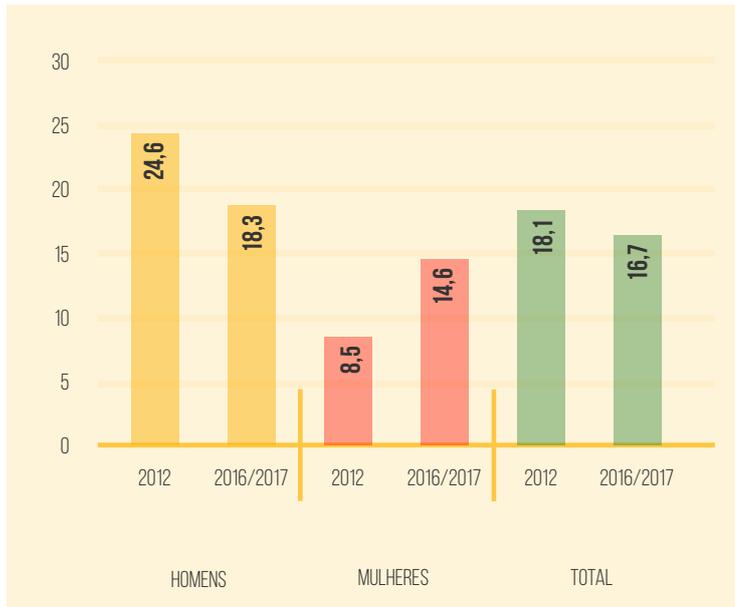


Fonte: INSA, 2017

Fig. 14. Prevalência do consumo de tabaco, por sexo e grupo etário, Portugal, INSEF 2015.

**OUTRAS DEPENDÊNCIAS**

A prevalência do consumo arriscado/binge de bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses em Portugal (2016/2017), era de 16.7%. Observa-se uma tendência decrescente deste consumo, predominantemente no sexo masculino, enquanto que no sexo feminino verificou-se um aumento de cerca de 6%.



Fonte: SICAD, 2017

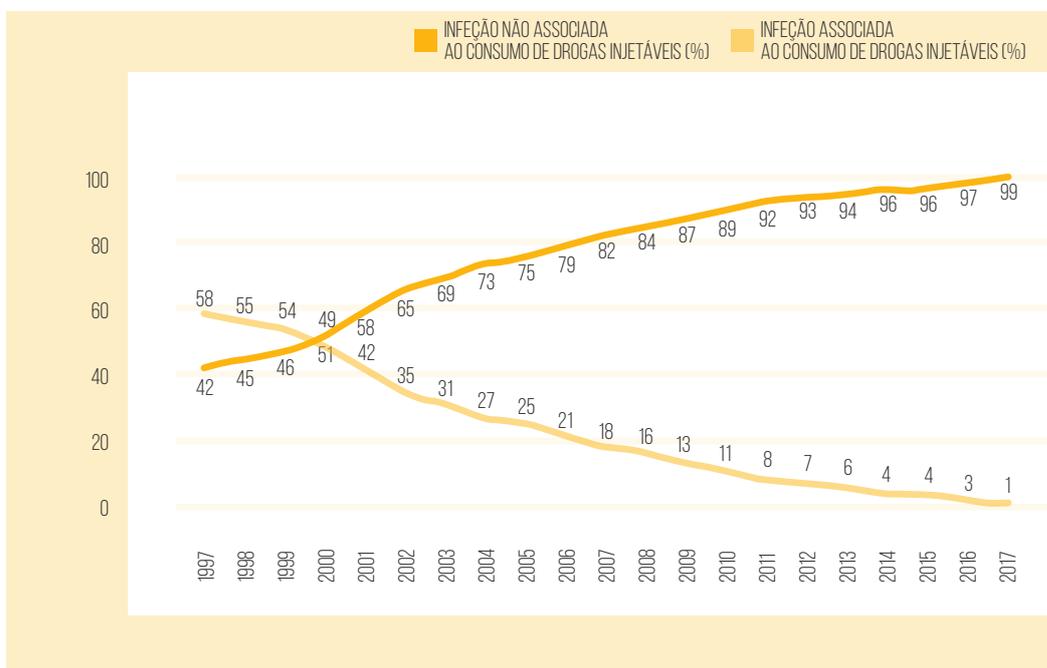
**Fig. 15.** Prevalência de consumo Binge\*, nos últimos 12 meses, na população com idades entre 15 e 74 anos segundo o sexo (2012-2016/17) (%)

INPG; Balsa et al., 2017 /SICAD

\* No caso das mulheres, a questão em 2012 referia o consumo de 5 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião, e em 2016/17 referia 4 ou mais bebidas. Entre os homens, a questão não sofreu alterações entre as duas aplicações, ou seja, refere-se ao consumo de 6 ou mais bebidas alcoólicas na mesma ocasião.

Em matéria de Drogas e Toxicod dependências, no ciclo de ação 2013-2016, é possível identificar ganhos em saúde ao nível das metas definidas no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. Destaca-se, neste âmbito, na área da droga, a descida dos indicadores relacionados

com as infeções por VIH e SIDA associadas à toxicod dependência e com a mortalidade. De um modo geral, também foram atingidas as metas definidas para os indicadores relacionados com os consumos dos mais jovens, em particular no que respeita à cannabis (perceção dos riscos do consumo, o retardar a idade do início dos consumos e a prevalência do consumo recente).



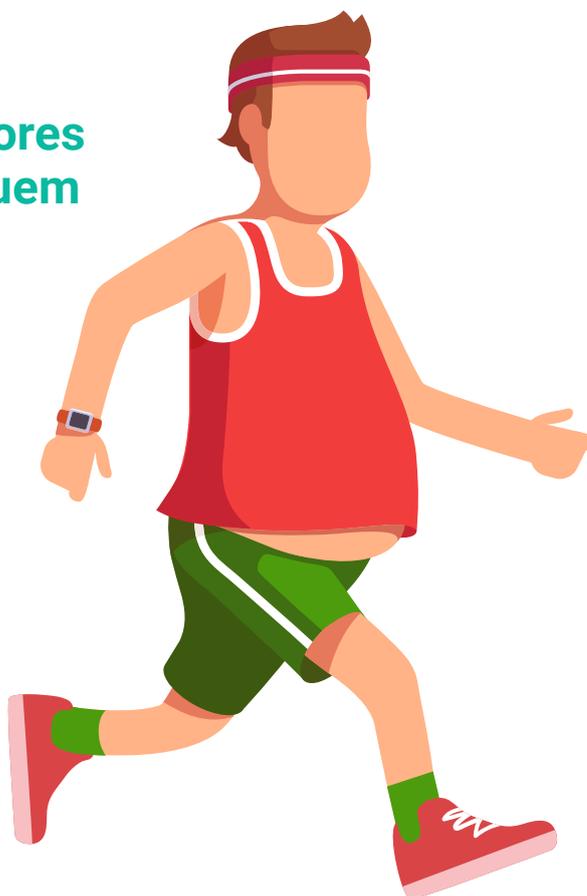
Fonte: SICAD, 2018

**Fig. 16.** Novos casos de VIH associados a consumos de drogas endovenosas (%)

É igualmente possível perceber a evolução positiva de alguns indicadores na área do álcool, como a perceção de menor facilidade de acesso a bebidas alcoólicas em idades inferiores às mínimas legais e o retardar das idades de início dos consumos em populações jovens (o que não será alheio ao investimento na implementação da legislação produzida neste ciclo), a diminuição do consumo per capita, e importantes ganhos em saúde seja ao nível da morbilidade, em particular a diminuição dos internamentos hospitalares com diagnóstico principal hepatite ou cirrose alcoólicas, seja ao nível da mortalidade, nomeadamente as diminuições na mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool e em acidentes de viação.

Apesar dos resultados já alcançados, que nos mostram estar no bom caminho, os grandes desafios do próximo ciclo de ação, relativamente ao álcool e às drogas, serão a prevenção do início dos consumos e a redução da frequência de consumo de álcool e cannabis, principalmente na população feminina.

**// O excesso de peso e a obesidade são dos fatores de risco que mais contribuem para a carga de doença dos Portugueses.**



### 3. A NOSSA SAÚDE

Cerca de metade dos portugueses considera o seu estado de saúde muito bom ou bom, sendo esta autoapreciação mais frequente nos homens e no grupo etário dos 25 aos 34 anos.

As doenças têm diferentes impactos na população, que podem ser avaliados em termos de mortalidade (morrer de uma doença) ou de morbilidade (viver com uma doença).

As doenças musculoesqueléticas (lombalgias e cervicalgia), a depressão, as doenças da pele (principalmente acne, dermatite e psoríase) e as enxaquecas surgem como os problemas de saúde que mais afetam os portugueses.

Já no que diz respeito às doenças que mais matam em Portugal, as cérebro-cardiovasculares e o cancro são as que têm mais peso. Também as doenças respiratórias e a diabetes são responsáveis por um número considerável de mortes.

5 principais doenças causadoras de morbilidade (mulheres)					
	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
15-49 anos	Lombalgia e cervicalgia	Enxaqueca	Perturbações depressivas	Doenças da pele	Perturbações da ansiedade
50-60 anos	Lombalgia e cervicalgia	Perturbações depressivas	Doenças dos órgãos dos sentidos	Enxaqueca	Doenças orais
≥ 70 anos	Doenças dos órgãos dos sentidos	Lombalgia e cervicalgia	Alzheimer e outras demências	Perturbações depressivas	Doenças orais
Todas as idades (padronizada)	Lombalgia e cervicalgia	Enxaqueca	Perturbações depressivas	Doenças da pele	Doenças dos órgãos dos sentidos

5 principais doenças causadoras de morbilidade (homens)					
	1.º	2.º	3.º	4.º	5.º
15-49 anos	Lombalgia e cervicalgia	Doenças da pele	Enxaqueca	Perturbações depressivas	VHI/Sida
50-60 anos	Lombalgia e cervicalgia	Doenças dos órgãos dos sentidos	Diabetes	Perturbações depressivas	Doenças orais
≥ 70 anos	Doenças dos órgãos dos sentidos	Lombalgia e cervicalgia	Diabetes	Doença cerebrovascular	Alzheimer e outras demências
Todas as idades (padronizada)	Lombalgia e cervicalgia	Doenças da pele	Doenças dos órgãos dos sentidos	Perturbações depressivas	Enxaqueca

Fonte: IHME, 2017

Fig. 17. 5 principais causas de morbilidade por grupo etário (YLDs por 100.000 habitantes), mulheres e homens com 15 ou mais anos, Portugal, 2016.

## > AS DOENÇAS QUE MAIS AFETAM OS PORTUGUESES

Em 2015, as doenças cérebro-cardiovasculares foram responsáveis por 29,7% das mortes ocorridas em Portugal. Só em 2014, o acidente vascular cerebral isquémico representou cerca de 20 mil episódios de internamento.

Apesar de continuarem a ser a principal causa de morte, situaram-se abaixo dos 30%, pela primeira vez.

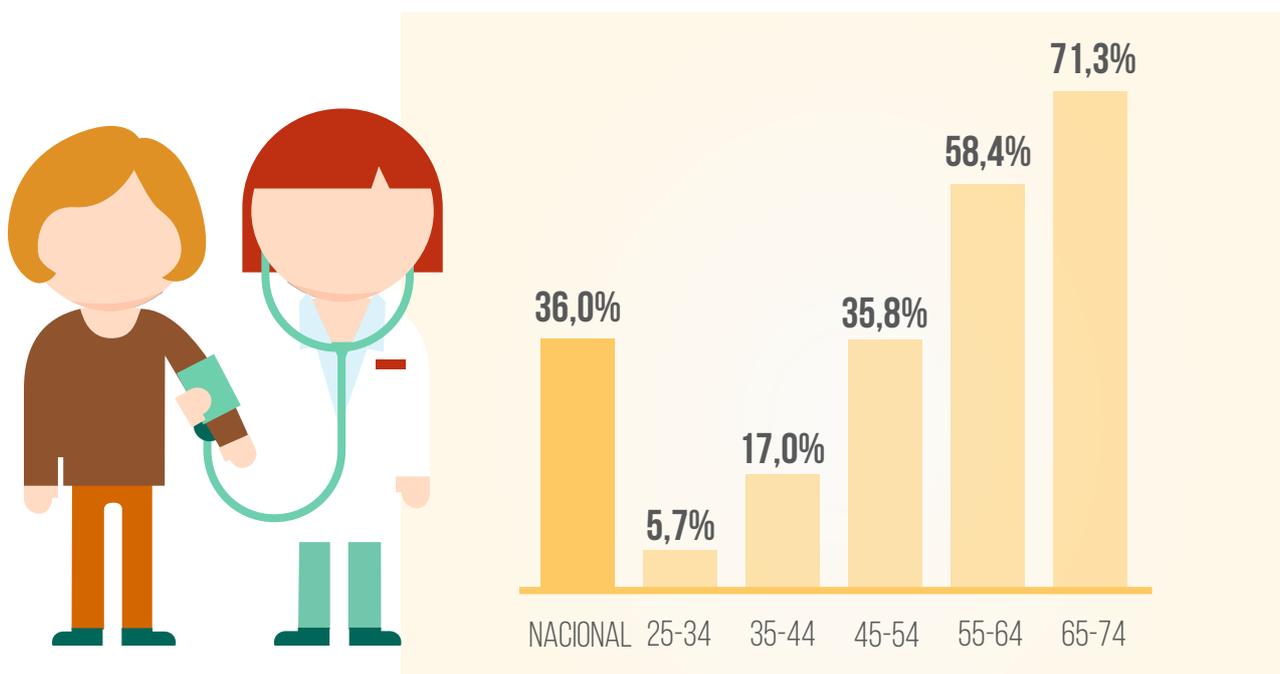
Uma melhoria que revela os resultados do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, que tem apostado, simultaneamente, em medidas preventivas e na organização dos serviços de saúde, tendo como um dos principais objetivos a redução da mortalidade prematura (antes dos 70 anos).

As doenças oncológicas têm tido um aumento muito significativo entre a população portuguesa, sendo já a segunda causa de morte.

Promover a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças oncológicas, garantindo a equidade e a acessibilidade dos cidadãos, têm sido as grandes apostas.

Exemplo disso é o alargamento dos rastreios do cancro da mama, colo do útero e do colon e reto, prevendo-se que, em 2020, se atinja os 100%.

A hipertensão arterial é um dos fatores de risco cardiovascular, que afeta 36% dos portugueses entre os 25 e os 74 anos.



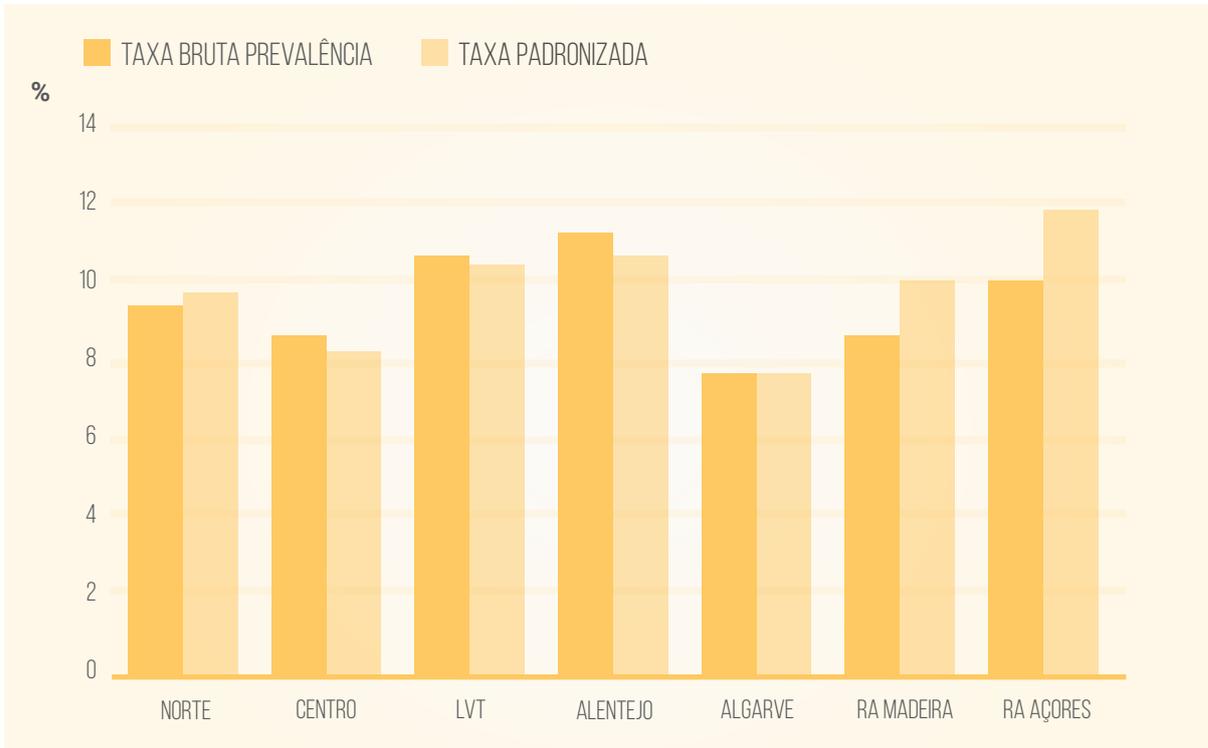
Fonte: INSA | INSEF, 2017

Fig. 18. Prevalência de hipertensão a nível nacional e por grupo etário - INSEF 2015.

É mais prevalente nos homens do que nas mulheres e aumenta com a idade, afetando mais de 71% dos portugueses na faixa etária dos 65-74 anos.

Quanto ao colesterol total, são 63,3% os portugueses (25-74 anos) que apresentam níveis elevados.

Em relação à diabetes, afeta 10% da população portuguesa entre os 25 e os 74 anos, sobretudo os homens e os grupos etários com mais idade: 23,8% dos indivíduos entre os 65 e os 74 anos.

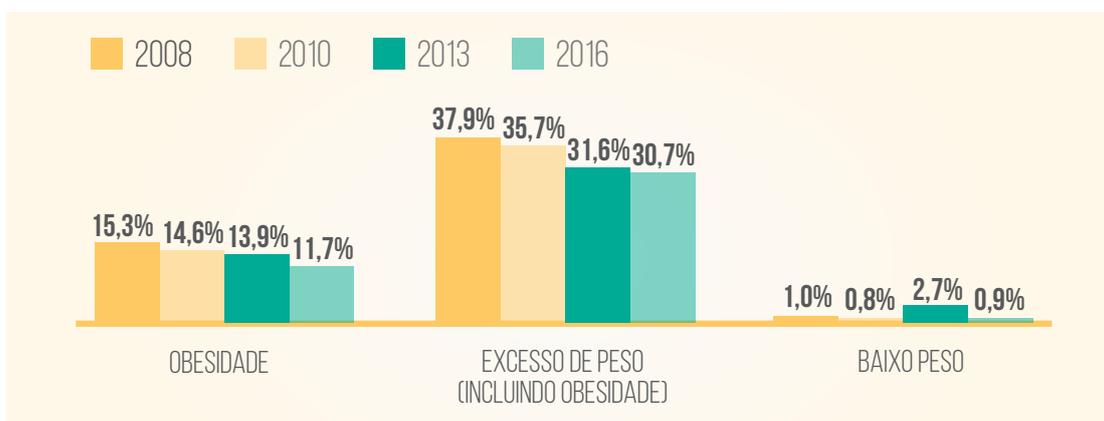


Fonte: INSA | INSEF, 2017

**Fig. 19.** Distribuição da Prevalência da Diabetes por Região na População com idades entre os 25 e os 74 anos - INSEF 2016.

A obesidade é um dos fatores de risco com mais peso nas doenças em Portugal. E são 28,7% os portugueses com idades entre os 25 e os 74 anos que sofrem de obesidade, principalmente as mulheres (32,1%). Relativamente às crianças, perto de 31% apresentam

excesso de peso, número que diminuiu nos últimos oito anos. A mesma tendência é verificada quanto aos casos de obesidade infantil, que decresceu de 15,3% em 2008 para 11,7% em 2016, em todo o país.



Fonte: INSA | COSI, 2017

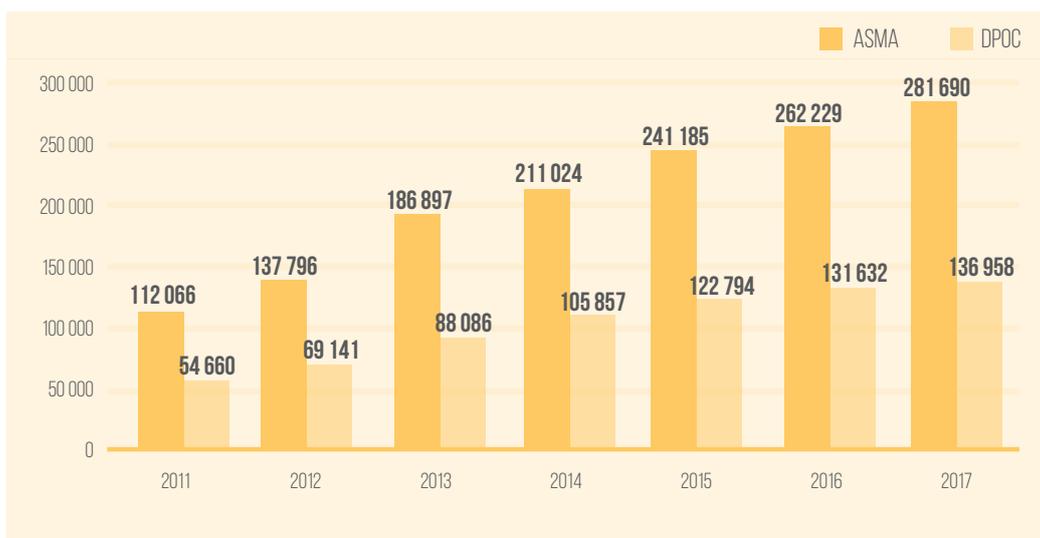
**Fig. 20.** Prevalência de baixo peso, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade da população infantil portuguesa (6-8 anos) de acordo com critério da OMS 2008 a 2016.

A mortalidade de saúde mental é baixa e está relacionada quase exclusivamente com o suicídio (3,1% em 2015). O suicídio, por seu turno, verifica-se sobretudo em pessoas com doenças mentais graves, na sua maioria tratáveis (depressão major e perturbação bipolar) e integra o grupo das mortes potencialmente evitáveis, desde que o diagnóstico da patologia de base seja realizado em tempo útil e a abordagem terapêutica eficaz. De referir que o número de suicídios em Portugal mantém-se estável, situando-se em cerca de mil casos por ano.

Apesar da mortalidade ser baixa, uma maior atenção tem sido dada à área da Saúde Mental, quando considerado o número de dias vividos com incapacidade (DALY), ou seja, as pessoas que estão a viver mais anos, mas com incapacidade, o que impõe uma sobrecarga para a sociedade. Têm sido várias as iniciativas e medidas tomadas, como a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, cuja extensão até 2020 foi recentemente aprovada, e o desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, o que tem permitido, sobretudo mais recentemente, avanços significativos nesta área.

Portugal integra, de acordo com o último relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o grupo dos países com menor mortalidade por Asma e DPOC. A análise da mortalidade padronizada por Asma demonstra que esta mortalidade ocorre sobretudo nas faixas etárias acima dos 65 anos com valores, em 2015, de 4,0/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada abaixo de 65 anos é de 0,1/100.000 habitantes. Relativamente aos internamentos por Asma, a sua análise evidencia uma estabilização desde 2011. Contudo, Portugal destaca-se por ser o país da OCDE com menos internamentos sensíveis a cuidados de ambulatório por Asma e por DPOC. Efetivamente, estes internamentos são potencialmente evitáveis, com a adoção de medidas preventivas ou terapêuticas tomadas a nível dos Cuidados de Saúde Primários, onde houve um aumento de consultas de cessação tabágica, bem como acesso a espirometria (exame do pulmão) e a tratamentos de reabilitação respiratória.

Também de salientar a implementação, inovadora a nível internacional, da prescrição eletrónica para cuidados respiratórios domiciliários, que permite uma melhor monitorização destes doentes, promovendo uma prescrição mais eficaz, em conformidade com as boas práticas.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 21.** Número de utentes ativos com o diagnóstico de Asma e de DPOC, Portugal Continental, 2011-2017.

**// As doenças cérebro-cardiovasculares e o cancro são as principais causas de morte em Portugal. Quanto à qualidade de vida dos portugueses, é afetada sobretudo pelas doenças musculoesqueléticas, depressão, doenças da pele e enxaquecas.**



## 4. CUIDADOS DE SAÚDE: + QUALIDADE, - DESIGUALDADES

O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e os hábitos associados aos novos estilos de vida trouxeram outros desafios aos serviços de saúde, quer ao nível dos cuidados quer ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença.

A Saúde Pública ganhou, assim, uma nova ambição, enquanto área de intervenção capaz de dar resposta à profunda mudança que o país enfrenta quanto ao seu perfil demográfico e epidemiológico. Impuseram-se novas abordagens e intervenções em saúde, que se refletem na criação de programas prioritários de saúde, cujos resultados são evidentes e reconhecidos internacionalmente.

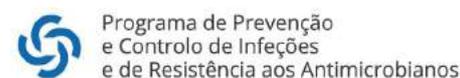
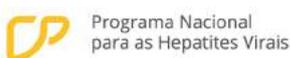
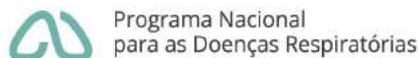
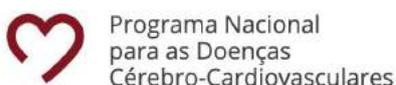
Havendo ainda um caminho a percorrer, a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal tem permitido alcançar progressos significativos em diversas áreas e que merecem destaque.

### > PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO

O Programa Nacional de Vacinação (PNV) foi implementado em 1965. Tem vindo a ser adaptado ao longo dos anos para responder a novas necessidades, mas, até hoje, rege-se pelos mesmos princípios: é universal, gratuito e acessível em todo o país.

Através do PNV, foi possível erradicar a varíola e eliminar várias doenças infecciosas, como a poliomielite, a difteria, o tétano neonatal, o sarampo e a rubéola. Conseguiu-se também controlar outras doenças, de que são exemplos o tétano, a hepatite B, meningites ou tosse convulsa, prevendo-se o controlo, a médio-longo prazo, da doença pneumocócica e do cancro do colo do útero.

Ao longo de 52 anos, o PNV tem sido atualizado com base na monitorização do seu impacto, na epidemiologia das doenças evitáveis pela vacinação, na evidência científica relativa às vacinas disponíveis no mercado e na sua relação custo-efetividade.



Fonte: DGS, 2018

Fig. 22. Programas de Saúde Prioritários.



Fonte: DGS, 2018

Fig. 23. Programa Nacional de Vacinação 2017, esquema vacinal recomendado.

A última década ficou marcada por iniciativas fundamentais para a evolução do PNV, que visam melhorar a sua eficiência e os respetivos ganhos em saúde, tais como o desenvolvimento de um novo sistema de informação, implementado em quase todas as unidades de cuidados de saúde primários, que permite a gestão da vacinação aos níveis local, regional e nacional, e a consulta online da informação individual, diretamente pelo cidadão.

As coberturas vacinais a nível nacional são, consistentemente, elevadas, o que permite rentabilizar o investimento no PNV, traduzido, desde a sua implementação até hoje, na eliminação e controlo das doenças alvo.

### > PROGRAMA NACIONAL DE ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE

A vacinação contra a poliomielite (doença infecciosa também conhecida como paralisia infantil) começou a ser feita aquando da criação do Programa Nacional de Vacinação.

O último caso remonta a 1986. Dois anos mais tarde, Portugal aderiu à iniciativa de erradicação da poliomielite, comprometendo-se a eliminar a doença e a circulação do vírus no país. Para obter a certificação, foi criado o Programa Nacional de Erradicação da Poliomielite, que,

além da manutenção de elevadas taxas de vacinação, exige um sistema de vigilância epidemiológica de qualidade. Em 2002, Portugal obteve oficialmente a certificação europeia de país com eliminação da poliomielite, pela OMS.

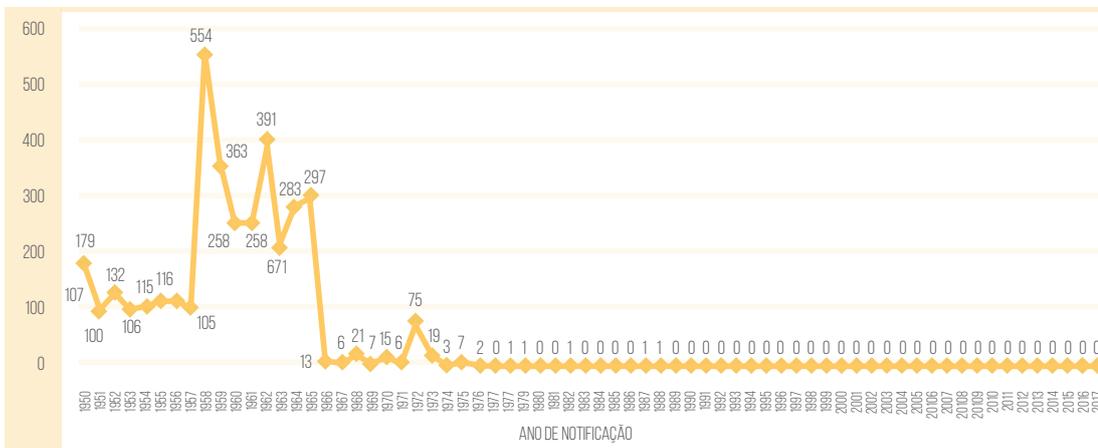
### > PROGRAMA NACIONAL DE ELIMINAÇÃO DO SARAMPO E DA RUBÉOLA

O Programa Nacional de Eliminação do Sarampo e da Rubéola define as medidas necessárias para colmatar assimetrias nas coberturas vacinais, aumentar a capacidade e rapidez de deteção, notificação, investigação e resposta a casos, tendo como objetivo manter a ausência de circulação dos vírus no país.

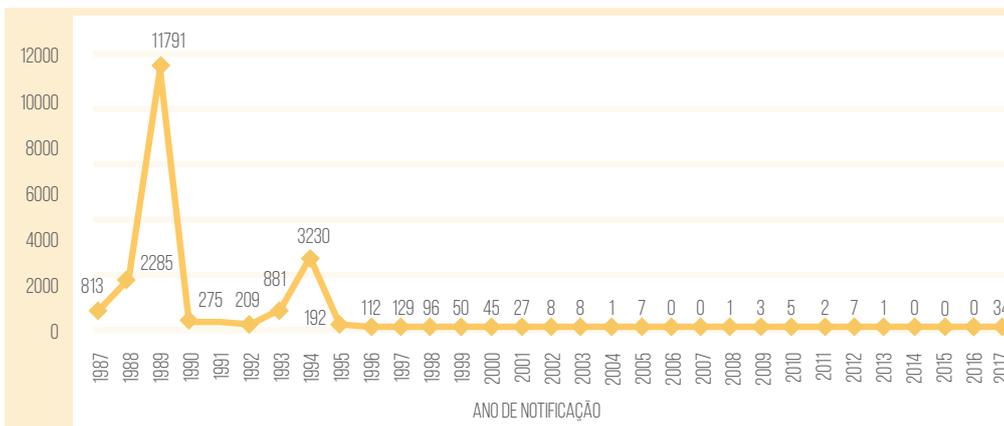
Portugal obteve, em 2015 e 2016, a certificação da eliminação do sarampo pela OMS-Europa. Apesar de se terem verificado posteriormente novos surtos. O investimento no PNV e a elevada adesão à vacinação permitiram controlá-los em cerca de 3 meses, pelo que se prevê que Portugal mantenha o estatuto conferido pela OMS.



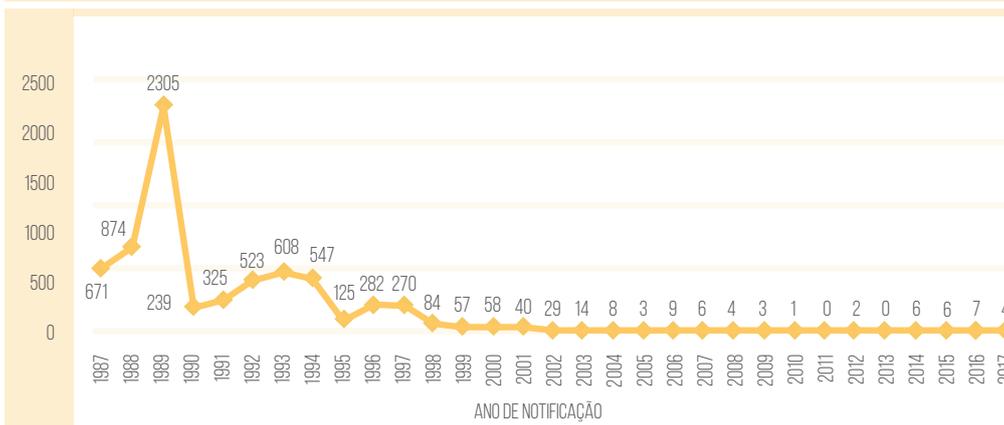
Fonte: DGS, 2018  
**Fig. 24** Número de casos de poliomielite aguda por ano de notificação, Portugal, 1950-2017.



Fonte: DGS, 2018  
**Fig. 25.** Número de casos notificados de Poliomielite Aguda, por ano de notificação, Portugal, 1950-2016.



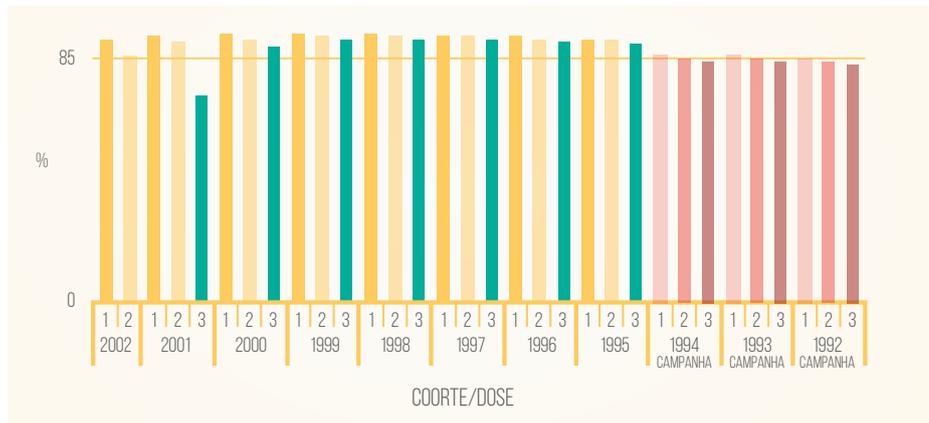
Fonte: DGS, 2018  
**Fig. 26.** Número de casos notificados de Sarampo, por ano de notificação, Portugal, 1987-2016.



Fonte: DGS, 2018  
**Fig. 27.** Número de casos notificados de Rubéola, excluindo Rubéola congénita, por ano de notificação, Portugal, 1987-2016.

## > VACINAÇÃO CONTRA INFEÇÕES DO VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO

Assinalam-se os resultados excepcionais (a nível mundial) de uma década de vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV), com cerca de 750.000 adolescentes vacinadas e com elevadas coberturas vacinais atingidas (cerca de 85%).



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 28.** Cobertura vacinal contra infeções por HPV por ano de nascimento, avaliadas entre 2008 e 2016, em Portugal, por coorte de nascimento, nas jovens nascidas entre 1992 e 2002.

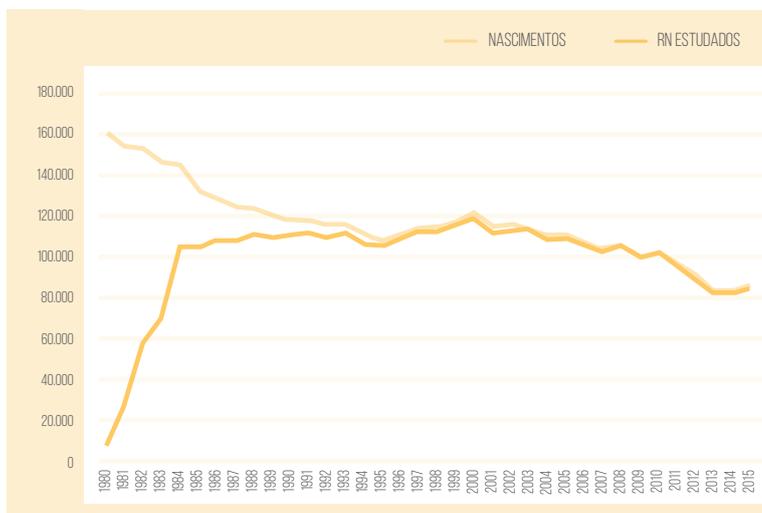
**Nota:** os valores da coorte de 2001 refletem o ano da transição do esquema vacinal recomendado, de 3 para 2 doses, implementada em outubro de 2014.

## > DIAGNÓSTICO PRECOCE

A implementação do diagnóstico precoce em Portugal teve um papel fundamental na deteção precoce e no tratamento de patologias potencialmente fatais ou com elevada morbilidade nos recém-nascidos. O sucesso deste programa advém não só das elevadas taxas de adesão ao mesmo (desde 1993 com taxas de cobertura

superiores a 99%), mas principalmente do número de casos identificados.

Desde a sua implementação, foi possível diagnosticar 1.972 doenças, correspondendo a uma incidência de 1:1.103



Fonte: INSA, 2018

**Fig. 29.** Evolução do número de nascimentos e de recém-nascidos estudados desde o início do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

As patologias mais prevalentes identificadas neste rastreio foram o Hipotiroidismo congénito (1 224) e a Fenilcetonúria (341). Este programa permitiu não só a identificação das patologias, mas também uma rápida instituição de terapêutica. Em 2016, o período entre o nascimento e a instituição da terapêutica foi em média de 9,8 dias.

## > VIH/SIDA

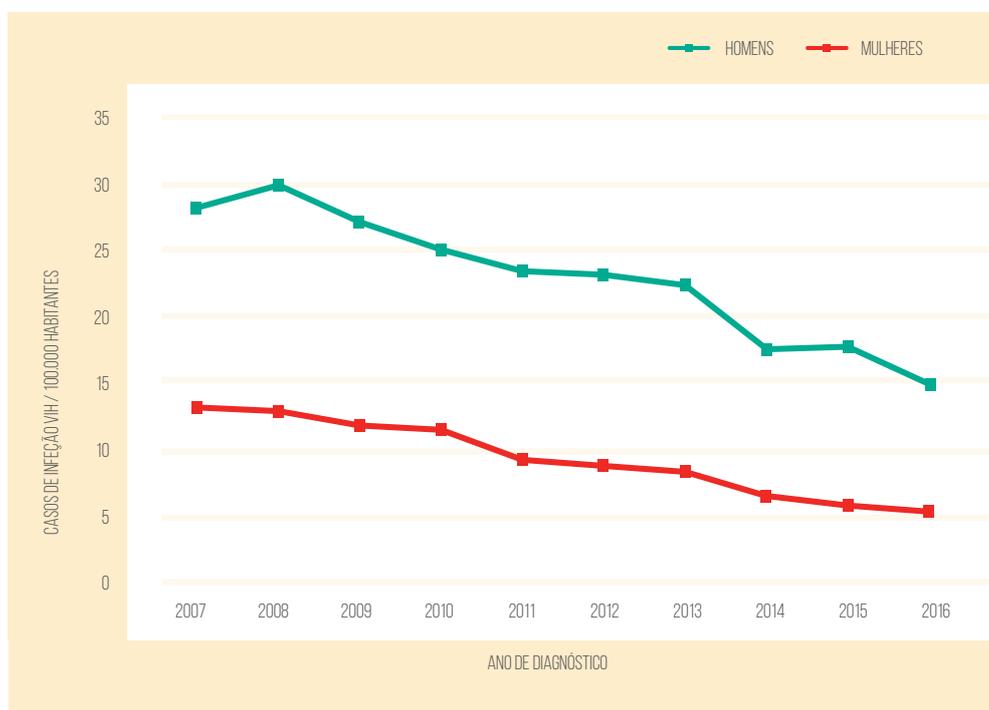
Até ao final de 2016, tinham sido diagnosticados e notificados 56 mil casos de infeção por VIH em Portugal, dos quais mais de 21 mil evoluíram para SIDA.

A transmissão do vírus acontece sobretudo por via sexual e em relações heterossexuais (45,5%). Na última década, registou-se uma diminuição do número de casos para a categoria heterossexual, mas a evolução mais marcante consistiu na redução de 89% no número de casos associados à toxicod dependência.

Apesar de continuar a apresentar das mais elevadas taxas de novos casos de infeção por VIH/SIDA na União Europeia, entre 1999 e 2015, este número diminuiu 64%, em Portugal.

Os progressos registados são resultado das diversas medidas adotadas. Desde logo a disponibilização mais abrangente de testes rápidos de rastreio. Os testes podem ser feitos nos 16 Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH (CAD), nas unidades de cuidados de saúde primários, em estruturas de base comunitária, e, muito em breve, nas farmácias, sem necessidade de prescrição médica.

Sendo a epidemia mais expressiva nos grandes centros urbanos, em 2017, Cascais, Lisboa e Porto associaram-se à iniciativa Fast Track Cities, com o objetivo de definir uma estratégia integrada para a eliminação da epidemia de VIH e atingir, em 2020, as metas 90-90-90: 90% das pessoas com VIH diagnosticadas, 90% em tratamento e 90% com carga viral indetetável.

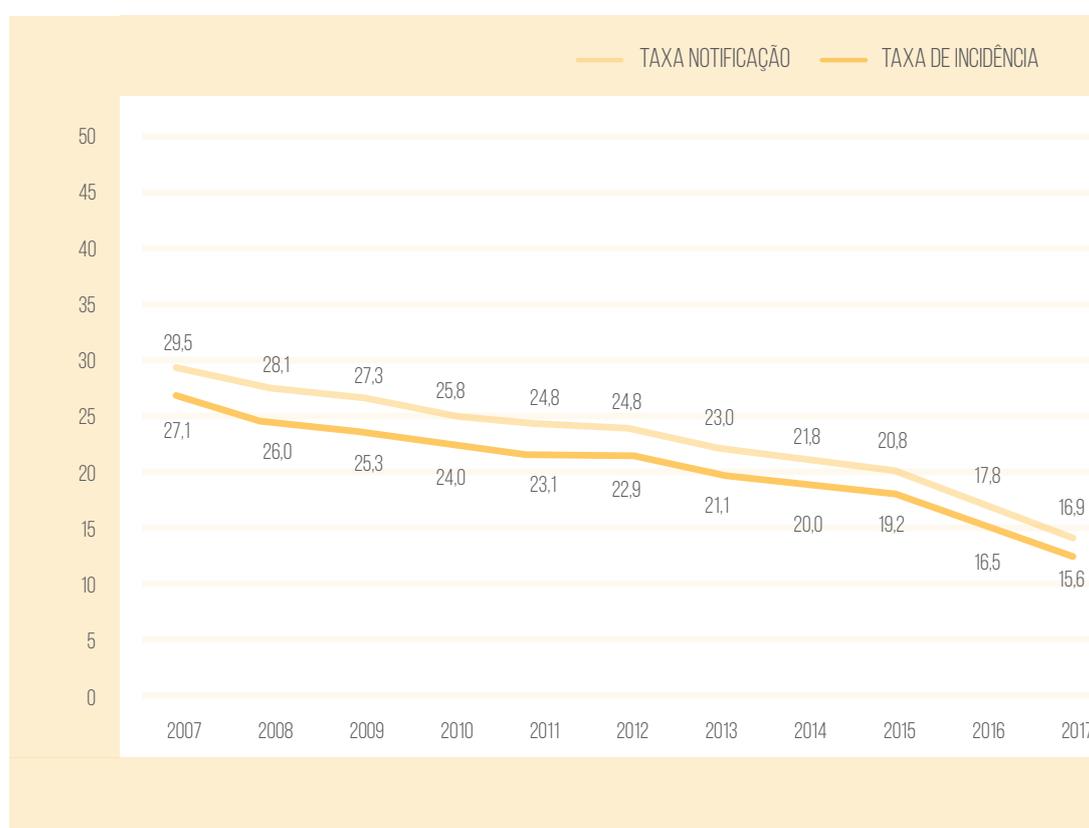


Fonte: INSA, 2017

**Fig. 30.** Casos de infeção por VIH (2007-2016): taxa de novos casos por ano de diagnóstico e sexo.

## > TUBERCULOSE

Outra das doenças na qual Portugal tem conseguido melhorias significativas é a tuberculose. Na última década, a taxa de notificação e incidência de tuberculose caiu cerca de 40%. Em 2017, segundo dados provisórios, registaram-se menos de 16 casos por cada 100 mil habitantes. O mesmo acontece com a tuberculose multirresistente (que resiste a dois medicamentos fulcrais no seu tratamento), a registar 12 casos em 2017.



Fonte: DGS, 2018

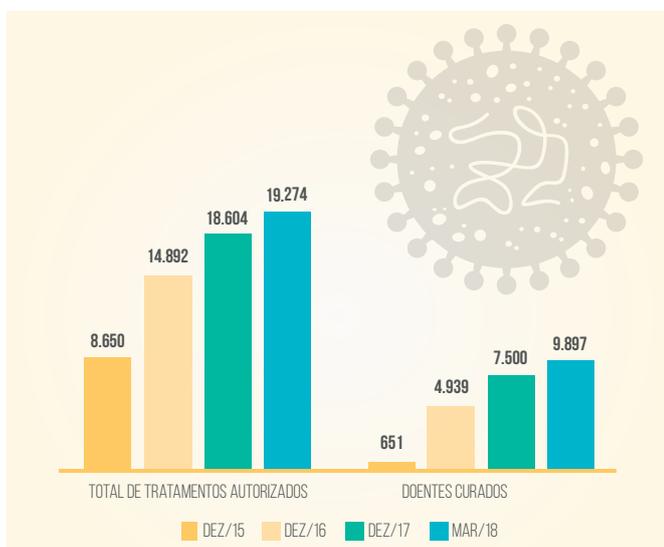
**Fig. 31.** Evolução das taxas de notificação e de incidência de tuberculose em Portugal, 2007-2017.

## > HEPATITES

As hepatites virais, sendo um problema de saúde há muito conhecido, só mais recentemente passaram a ser encaradas como uma ameaça global à saúde pública. Nesse sentido, Portugal criou, em 2014, a Estratégia Nacional para as Hepatites Virais, em articulação com o Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA, e, em 2016, o Programa Nacional para as Hepatites, com o objetivo de prevenir e controlar estas doenças, bem como de promover as boas práticas e monitorizar resultados.

No que respeita à hepatite B, a vacina permite uma eficácia de 95 a 99% na prevenção da doença, pelo que está integrada no Programa Nacional de Vacinação desde 1995, sendo a sua cobertura de 94%. Hoje, Portugal regista 20 a 30 novos casos por ano, a maioria em grupos etários com mais de 35 anos e que não foram abrangidos pela vacinação.

O tratamento da hepatite C sofreu uma profunda modificação com o acesso e a utilização de novos medicamento, os Antivirais de Ação Direta (DAA). Desde 2015, através de um acordo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde, é possível tratar com DAA todas as pessoas infetadas por hepatite C, o que coloca Portugal entre um dos primeiros países a nível europeu e mundial a implementar uma medida estruturante para a eliminação deste grave problema de saúde pública. Até março de 2018 foram autorizados mais de 19 mil tratamentos, dos quais mais de 17.400 foram iniciados. A utilização destes DAA permitiu curar cerca de 9.900 doentes, evitar mortes prematuras, transplantes hepáticos e novos casos de cancro.



Fonte: INFARMED, 2018

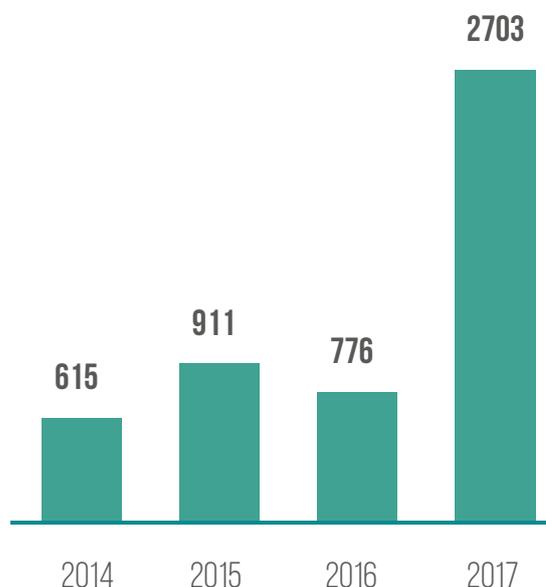
Fig. 32. Hepatite C Tratamentos Autorizados e Doentes Curados.

## > DOENÇAS RARAS

A Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020 aprofunda, a um nível transversal, todas as políticas de saúde desenvolvidas pelos diversos ministérios nesta área.

Entre as medidas tomadas, destaca-se o Cartão da Pessoa com Doença Rara, através do qual se pretende melhorar a continuidade de cuidados, assegurando que a informação clínica relevante está na posse do doente, num formato acessível e que o acompanha nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde. Além disso, facilita o encaminhamento apropriado e rápido do doente para a unidade que garante os cuidados de saúde adequados, a qual consegue também aceder a informação relevante sobre o doente.

Em Portugal, existem, hoje, mais de 5 mil pessoas detentoras do Cartão da Pessoa com Doença Rara.



Fonte: DGS, 2018

Fig. 33. Cartão da Pessoa com Doença Rara (CPDR), evolução anual, 2014-2017.

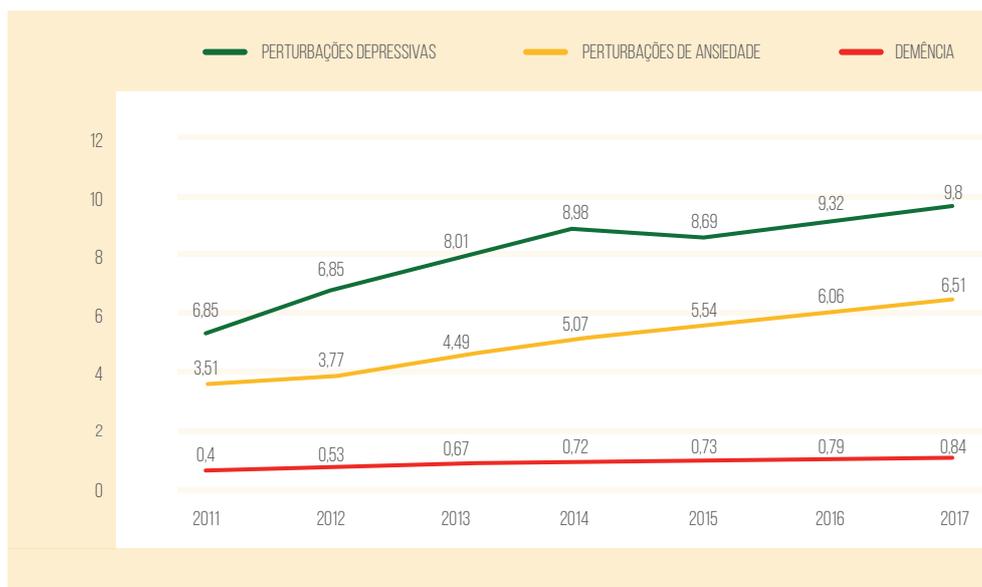
StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/cartao-da-pessoa-com-doenca-rara/?sort=periodo>

## > DOENÇAS CRÓNICAS

Perante o envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a emergente necessidade de assegurar cuidados de qualidade e custo-efetivos, foram definidas políticas específicas que privilegiam a abordagem integrada das doenças crónicas.

Assim, procedeu-se à identificação das doenças, com os respetivos tratamentos mais onerosos e que obrigam a um acompanhamento próximo (insuficiência renal crónica, esclerose múltipla, tratamento cirúrgico da

obesidade, tratamento intensivo da diabetes tipo 1 e hipertensão arterial pulmonar). Posteriormente, foram criados programas de gestão integrada da doença, com grupos técnicos de acompanhamento. Um dos exemplos é a Gestão Integrada da Doença Renal Crónica, que tem permitido uma melhor estabilização clínica dos doentes, uma diminuição da mortalidade e um controlo de custos com a hemodiálise.



**Fonte:** ACSS, 2018

**Fig. 34.** Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas, demência e perturbações da ansiedade, entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), Portugal Continental, 2011-2017.

**Nota:** 2011-2014 consulta direta no SIARS por código ICP-2; 2015-2017 consulta direta no SIM@SNS por indicador composto.

## > SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental é uma parte integrante da saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo tem consciência das suas capacidades, pode lidar com o stress habitual do dia-a-dia, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e é capaz de contribuir para a comunidade em que se insere”.

Os resultados do estudo sobre a prevalência de doenças mentais na população adulta portuguesa sugerem que somos o país da Europa com a maior prevalência de doenças mentais na população adulta: em 2016, um em cada cinco portugueses sofreu de uma doença psiquiátrica e quase metade já teve uma destas perturbações durante a vida.

Relativamente ao consumo de medicamentos associados à área da saúde mental, observa-se um aumento em termos de Dose Diária Definida (DDD), em todos os grupos farmacológicos, entre 2012 e 2016. No entanto, no grupo dos “Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos” verifica-se uma ligeira redução desde 2014.

É por isso que o Governo, no seu programa para a saúde, assumiu como uma das suas prioridades recuperar a importância do Plano Nacional de Saúde Mental.

Nos últimos anos, a prestação de cuidados em saúde mental protagonizou uma grande evolução, sublinhando a reabilitação psicossocial do indivíduo, a sua integração na sociedade e o combate à discriminação.

Destacam-se, assim, nas principais evoluções: redução de camas no setor público; aumento generalizado no número de consultas externas e de sessões de hospital de dia, priorizando os serviços locais de saúde mental com o foco nas respostas da comunidade; o reforço do acesso na área da Pedopsiquiatria; a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados, na área da saúde mental. Pretende-se, neste âmbito, a criação de respostas que assegurem um suporte de longa duração, numa lógica de proximidade, de maior acessibilidade aos serviços de saúde mental, de mobilização dos recursos da comunidade, adaptadas aos problemas específicos da pessoa em causa, estimulando a autonomia e a tomada de decisão no seu processo reabilitativo, aumento global do número de profissionais da saúde mental, nomeadamente psicólogos, técnicos de serviço social, enfermeiros e médicos, destacando-se a área da psiquiatria da infância e da adolescência.

Encontra-se também em revisão a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, que permitirá obter informação relevante sobre a capacidade instalada e as necessidades futuras desta especialidade.

De destacar, pelo seu caráter inovador, o novo modelo de pagamento por doente tratado, baseado no valor, e caracterizado pela definição dos cuidados a prestar aos doentes com patologias mentais graves (psicoses esquizofrénicas, psicoses afetivas e outras psicoses), que, no seu conjunto, correspondem à larga maioria das situações que exige acompanhamento de longa duração. Pela primeira vez no nosso país e com aplicação na contratualização de 2018, este programa valorizará a abordagem na comunidade e a continuidade do tratamento e da recuperação dos doentes com patologias mentais graves.

Tendo presente o aumento exponencial das pessoas mais velhas em Portugal com conseqüente acréscimo de perturbações cognitivas, foi desenvolvido um quadro de referência com base empírica, consensualizado por peritos, que permita o desenho de políticas públicas na área das demências e que tenha em consideração as características específicas do Serviço Nacional de Saúde, o sistema de proteção social, e as características peculiares do nosso tecido social e solidário.

De referir também a avaliação do Plano Nacional para a Saúde Mental, realizado pela Direção-Geral da Saúde e pela Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, que teve como objetivo nuclear definir os mecanismos que permitam ultrapassar os constrangimentos identificados nos últimos 10 anos no que se refere à reforma dos serviços de saúde mental no nosso país, garantindo uma maior adequação às mudanças ocorridas ao nível da rede de serviços do SNS, aprofundando a sua articulação e conseqüente melhoria dos resultados, também nesta área da saúde.

## > PROGRAMA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ORAL

O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) foi criado em 2005, com o objetivo de promover o acesso progressivo a cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, dando especial atenção aos grupos mais vulneráveis, de forma universal, com equidade, e procurando sensibilizar a população para a importância da promoção da saúde, prevenção da doença e autocuidado.

O PNPSO visa aproveitar a capacidade instalada nos setores público e privado em benefício dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, que passaram a dispor de cuidados de prevenção primária e secundária quer nos Agrupamentos de Centros de Saúde, com consultas de higiene oral e de medicina dentária, quer em consultórios privados, através de cheques-dentista.

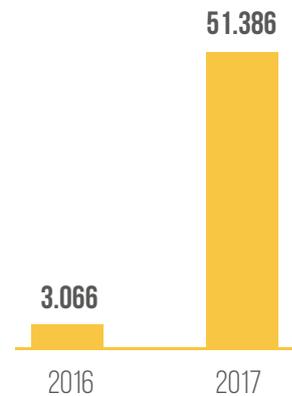
Mas as ações em matéria de saúde oral não se ficam por aqui. Em 2016, iniciou-se, em estreita colaboração com a Ordem dos Médicos Dentistas, 13 experiências-piloto. O sucesso desta medida levou ao alargamento do projeto a mais de meia centena de Centros de Saúde nas cinco regiões de Portugal Continental.



Dados a 31/03/2018

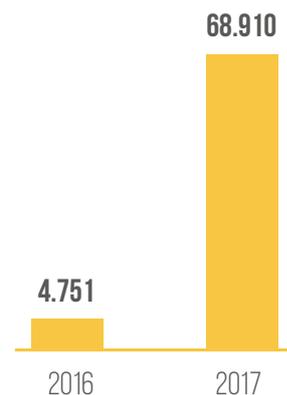
Fonte: ARS, 2017

Fig. 35. Gabinetes de Saúde Oral, 2017.



Fonte: DGS, 2018

Fig. 36. Número de utentes referenciados para consultas de Saúde Oral.



Fonte: DGS, 2018

Fig. 37. Número total de consultas de Saúde Oral realizadas.

## > PROGRAMA NACIONAL DE VIGILÂNCIA DA GRAVIDEZ DE BAIXO RISCO

A vigilância adequada das mulheres ao longo do ciclo reprodutivo é um dos fatores fundamentais para a explicação da reduzida morbilidade e mortalidade materna, fetal e infantil, em Portugal. Também a vigilância da gravidez é considerada essencial para identificar precocemente problemas e potenciar a saúde materna e fetal, sendo crucial que seja de qualidade e de acesso universal.

O Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (PNVGBR), criado em 2015, disponibiliza informação atualizada, que congrega documentos e informação nacional e internacional, constituindo-se como um instrumento orientador para os profissionais que vigiam mulheres ao longo do seu ciclo reprodutivo.



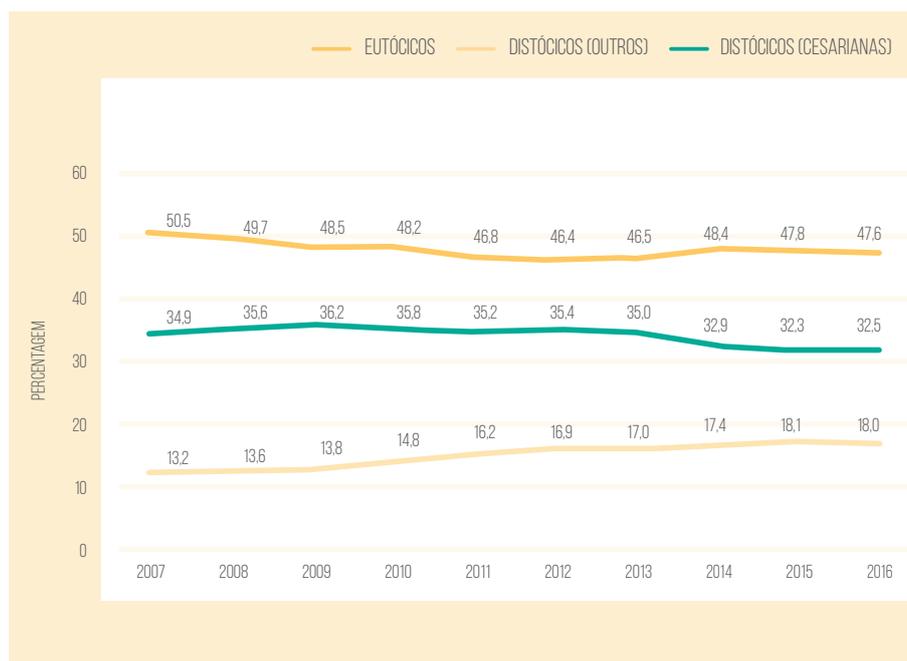
Fonte: DGS, 2017

Fig. 38. Componentes de vigilância da gravidez de baixo risco.

## > CESARIANAS

O número de cesarianas tem aumentado, ao longo dos anos, em vários países ditos desenvolvidos. Não será alheio a esta tendência o facto de haver cada vez mais mulheres a terem filhos mais tarde, com mais problemas de saúde e com gravidezes fruto de técnicas de procriação medicamente assistida.

Tendo em conta que os valores apresentados por Portugal têm sido historicamente superiores aos considerados aceitáveis pela Organização Mundial de Saúde, foi criada, em 2013, a Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas, com o objetivo de implementar várias medidas a nível nacional.



Fonte: INE, 2018

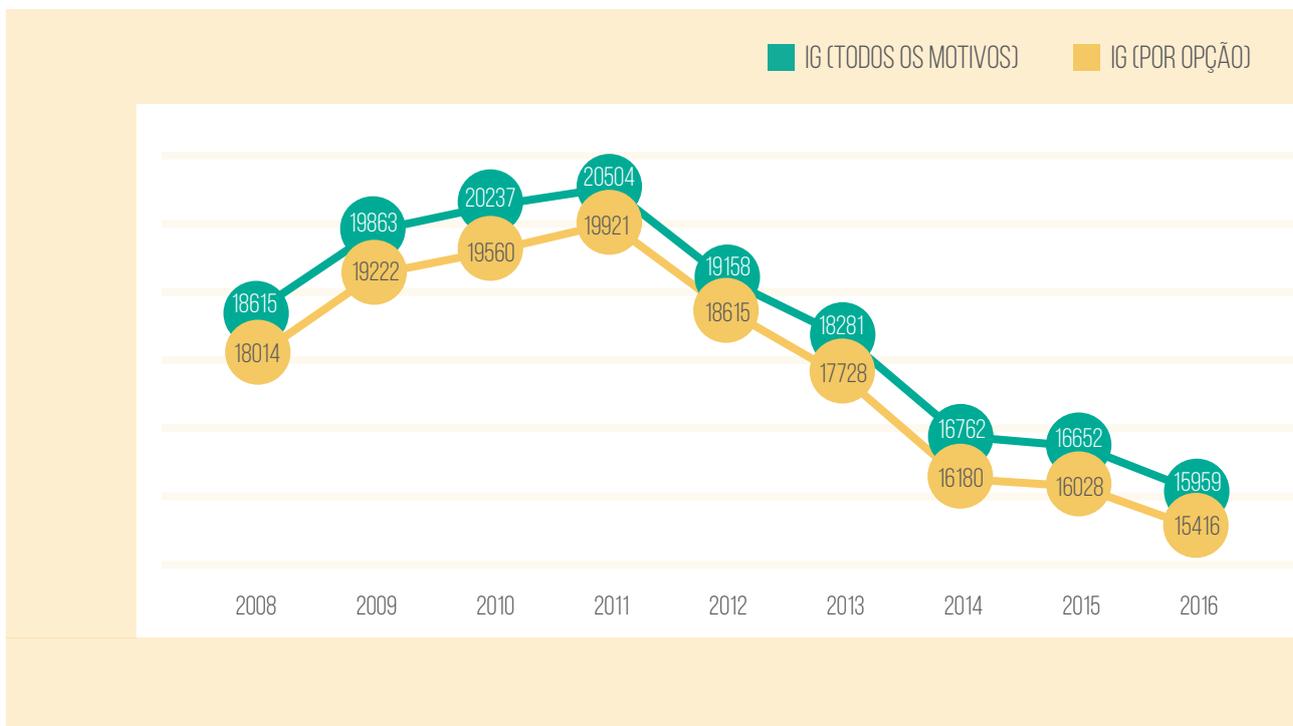
Fig. 39. Evolução do número da percentagem de nascimentos e tipo de parto, Portugal, 2007-2016

## > INTERRUPTÕES DA GRAVIDEZ

Os registos das interrupções da gravidez permitem concluir que, entre 2008 e 2015, houve uma diminuição de 14,3% do total de interrupções e de 14,4% das que aconteceram por opção da mulher nas primeiras dez semanas. Já entre 2015 e 2016, a diminuição foi de 4,2% e 3,8%, respetivamente, o que coloca Portugal abaixo da média europeia.

De salientar que o acesso universal, disponibilizado na proximidade, a consultas e métodos contraceptivos constitui uma forma privilegiada de diminuir as gravidezes indesejadas. Assim, tem aumentado a disponibilização gratuita de métodos contraceptivos no Serviço Nacional de Saúde, a qual assegura a sua diversidade, de modo a permitir uma escolha adaptada a um maior número de utentes, garantindo a liberdade de escolha da mulher e uma maior adesão à terapêutica.

Antes da despenalização da interrupção voluntária da gravidez, que aconteceu em 2007, o número calculado de abortos era de 20 mil, o qual nunca foi ultrapassado, após a alteração à legislação. Dez anos depois da despenalização, verifica-se uma diminuição dos internamentos hospitalares por complicações associadas ao aborto ilegal, bem como uma adequada organização dos serviços que realizam as consultas de interrupção de gravidez. A par disso, regista-se uma ampla utilização da interrupção com medicamento, o que coloca Portugal entre os países que mais utilizam esta forma de intervenção. Também a realização regular de auditorias de qualidade aos serviços, quer públicos quer privados, permitiu a melhoria e exigência contínua da qualidade dos serviços prestados.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 40.** Evolução do número de interrupções de gravidez por todos os motivos e por opção, Portugal 2008-2016.

## > PREVENÇÃO DE INFEÇÕES E RESISTÊNCIAS AOS ANTIMICROBIANOS

Portugal assiste, nos últimos anos, a uma redução do número de doentes com Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), que diminuiu 22% entre 1998 e 2017. A mesma tendência é verificada nas resistências aos antimicrobianos (substâncias usadas para tratar infeções, onde se incluem os antibióticos).

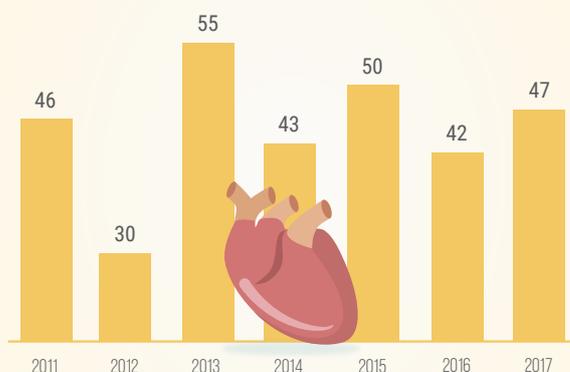
Uma evolução positiva que se deve, em muito, à implementação, e conseqüente alargamento, do Programa Nacional de Prevenção das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos, através do qual tem sido possível apostar na promoção do uso racional dos antibióticos e das boas práticas de prevenção e controlo das IACS. Através da vigilância epidemiológica, é possível proceder a avaliações que permitem melhorar os resultados no doente e demonstrar o valor e a importância das medidas de prevenção e controlo da infeção.

## > SANGUE E TRANSPLANTAÇÃO

Motivo de orgulho para Portugal são também os números da transplantação e da colheita de órgãos. Em 2017, foram colhidos 1.011 órgãos, o maior número registado desde sempre, e realizados 895 transplantes.

De salientar que a transplantação renal atingiu valores superiores aos dos últimos cinco anos, o transplante pancreático voltou ao valor máximo verificado em 2014 e registou-se o maior número de transplantes pulmonares de sempre. Também os dadores aumentaram entre 2012 e 2017: mais 39% falecidos e mais 71% vivos.

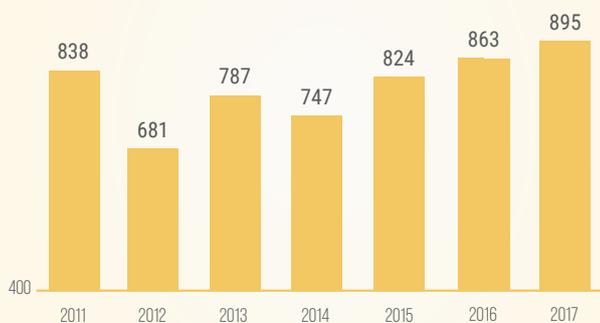
### EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL TRANSPLANTE DO CORAÇÃO



Fonte: IPST, 2018

Fig. 42. Evolução da transplantação em Portugal | Transplante do coração.

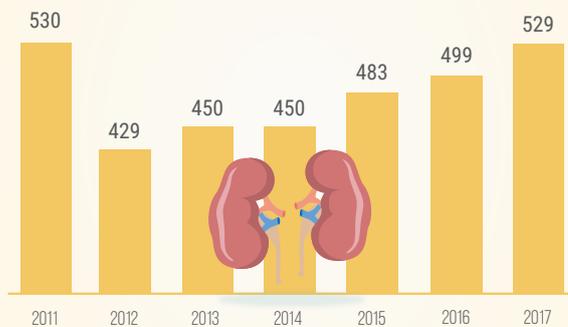
### EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL TOTAL DE ÓRGÃOS TRANSPLANTADOS



Fonte: IPST, 2018

Fig. 41. Evolução da transplantação em Portugal | Total de órgãos transplantados.

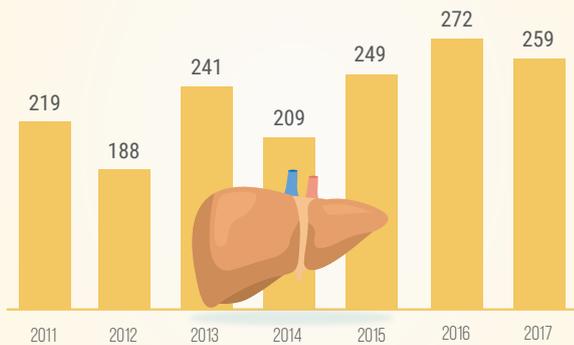
### EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL TRANSPLANTE DO RIM



Fonte: IPST, 2018

Fig. 43. Evolução da transplantação em Portugal | Transplante do rim.

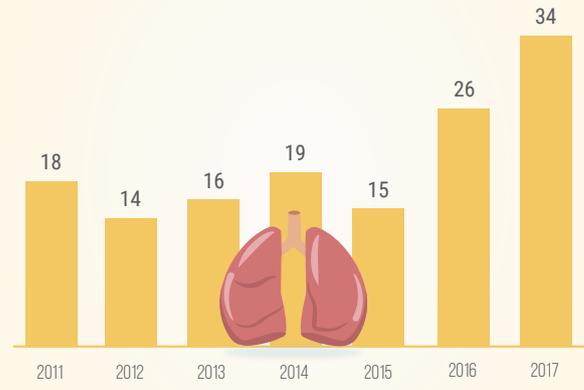
### EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL TRANSPLANTE DO FÍGADO



Fonte: IPST, 2018

**Fig. 44.** Evolução da transplantação em Portugal | Transplante do fígado.

### EVOLUÇÃO DA TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL TRANSPLANTE DO PULMÃO



Fonte: IPST, 2018

**Fig. 45.** Evolução da transplantação em Portugal | Transplante do pulmão.

As áreas de sangue e transplantação são transversais a toda a atividade clínica em qualquer estabelecimento hospitalar.

Na área do Sangue, pretende-se que a colheita, através da dádiva voluntária e não remunerada, garanta a autossuficiência nacional em sangue e componentes sanguíneos, o que, em Portugal, é garantido com as cerca de 35 dádivas por mil habitantes/ano. Constata-se uma

tendência de diminuição do número de doadores e de colheitas, o que acompanha a redução das necessidades de consumo de sangue para transfusões, consequência de novas práticas médicas e cirúrgicas de medicina transfusional, as quais exigem uma gestão eficaz das existências em sangue, de acordo com o preconizado pelo Conselho da Europa.



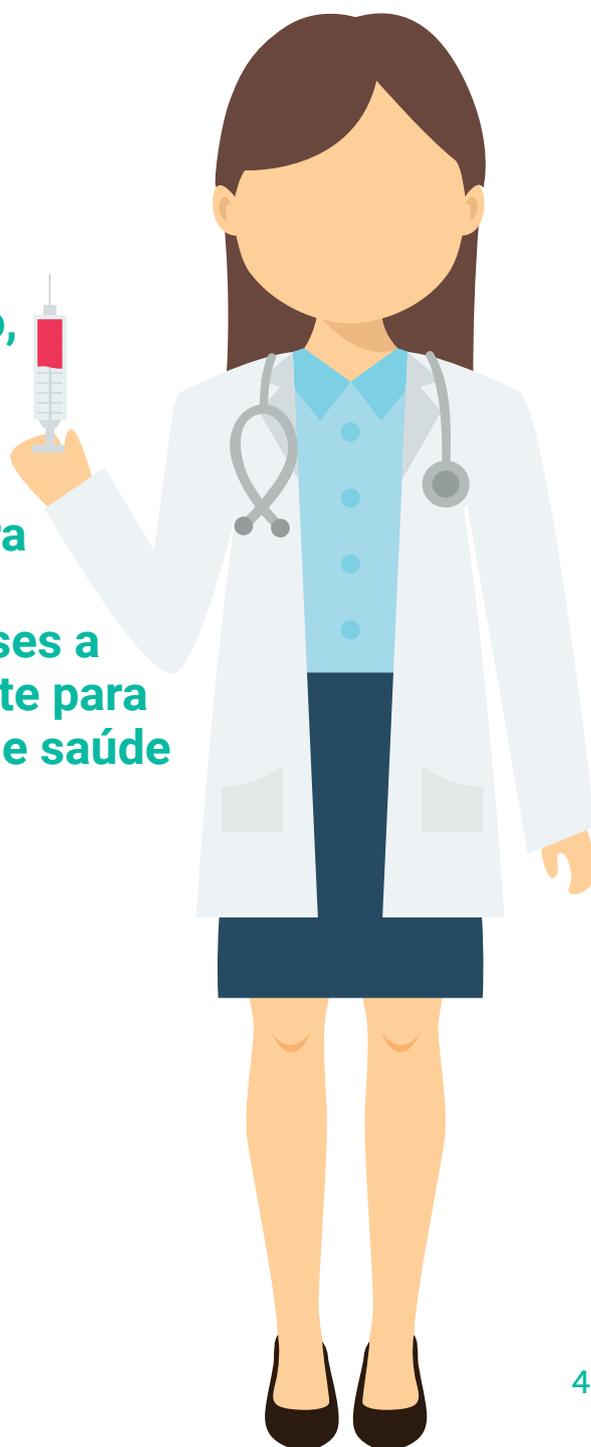
Fonte: IPST, 2018

**Fig. 46.** Evolução do número de doadores, dádivas e CE transfundidos por mil habitantes.

Os ganhos dos compromissos assumidos pelo Serviço Nacional de Saúde são evidentes: menos desigualdades e mais acesso a cuidados de saúde de qualidade, que estão em conformidade com os melhores padrões mundiais de segurança.

**// Através do Programa Nacional de Vacinação, geral, universal e gratuito, Portugal eliminou várias doenças infecciosas.**

**O acesso a novos medicamentos para o tratamento da hepatite C coloca Portugal entre um dos primeiros países a implementar uma medida estruturante para a eliminação deste grave problema de saúde pública.**



# II. SISTEMA DE SAÚDE

## + INTEGRAÇÃO

### 1. O NOSSO SISTEMA DE SAÚDE

A evolução da Saúde em Portugal é notória nos últimos dez anos, sobretudo no setor público, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). E isto resulta de um conjunto de reformas estruturais, do reforço da rede de prestação de cuidados e de um ambicioso processo de modernização e de transformação digital.

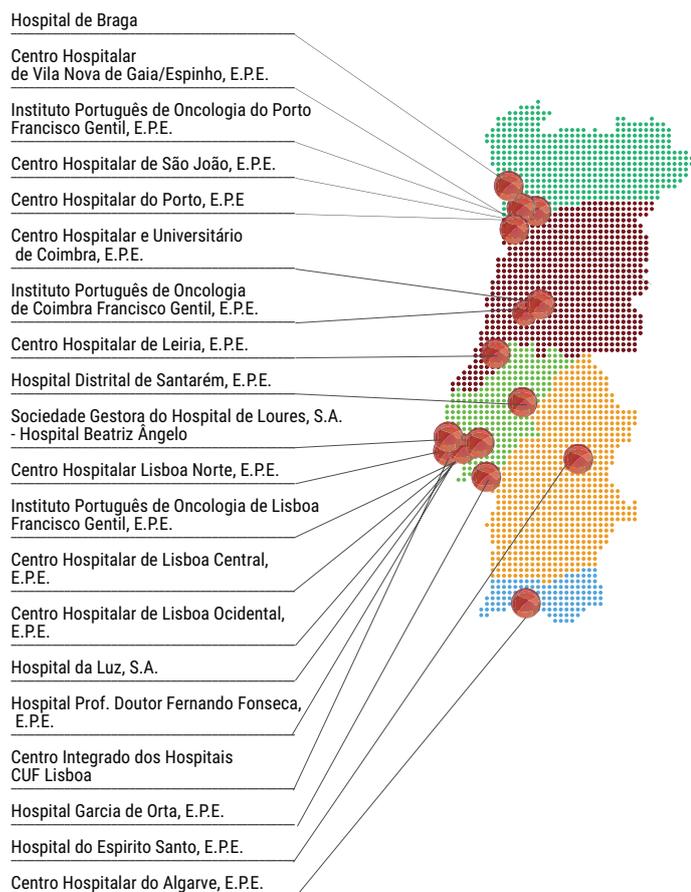
Este progresso tem sido gradual e sustentado, com reflexos muito positivos ao nível da oferta, da organização dos serviços, dos recursos disponíveis e dos resultados alcançados em termos de acesso, qualidade e eficiência. Hoje, o nosso sistema de saúde, essencialmente através do SNS, constitui uma referência a nível europeu e mundial.



Fonte: ERS, 2018

Fig. 47. Entidades de saúde registadas no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER).

Só no SNS, existem 111 centros de referência reconhecidos pela União Europeia como unidades altamente especializadas que garantem uma oferta de cuidados de saúde de elevada qualidade, eficazes e seguros, dos quais 30 já integram redes europeias de referência.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 48.** Centro de Referência - Oncologia de Adultos | Cancro do Reto.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do SNS. Situam-se na proximidade das populações e têm um papel fundamental na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico.

A reforma de que têm sido alvo teve início no final de 2005 e foi relançada em 2016, tendo implicado uma reorganização muito significativa, com ganhos evidentes na melhoria da sua qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade.

No que diz respeito aos cuidados de saúde hospitalares, ocorreram também importantes transformações durante os últimos anos, quer a nível jurídico quer a nível da organização da oferta e dos modelos de prestação de cuidados. Mudanças que têm permitido aliar proximidade a especialização.

Outra importante modificação ocorrida no Sistema de Saúde português nos últimos anos foi a criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Com início em 2006, esta rede trouxe um novo tipo de oferta de proximidade ao SNS. Centrada na recuperação global da pessoa que se encontra em situação de dependência e com perda de autonomia, a RNCCI está presente em todo o território de Portugal Continental, através de diferentes tipos de internamento e de respostas ao nível domiciliário. Este modelo inovador de prestação de cuidados continuados é transversal ao SNS e ao setor social, assentando no funcionamento em rede, pelo que permite a eficaz articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares.

O reforço da prestação de cuidados de saúde mental, de cuidados paliativos, de resposta às situações de urgência e emergência, ou de seguimento das pessoas com doenças crónicas têm sido outras das grandes apostas na área da saúde.

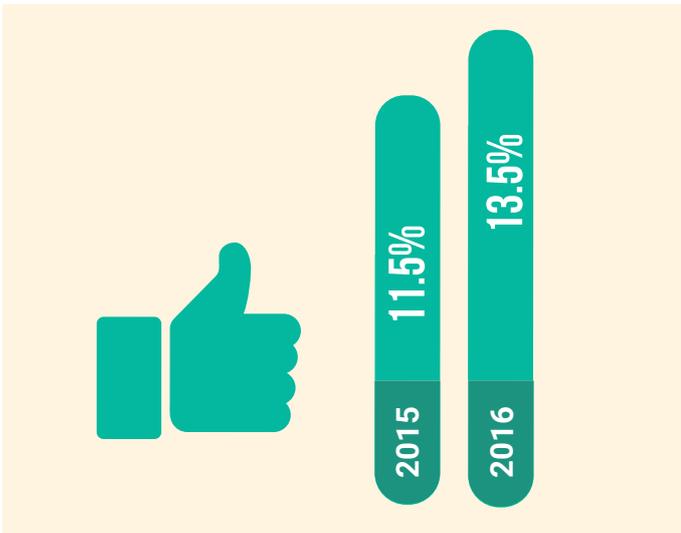


Fonte: DGS (dados atualizados a 28/02/2018)

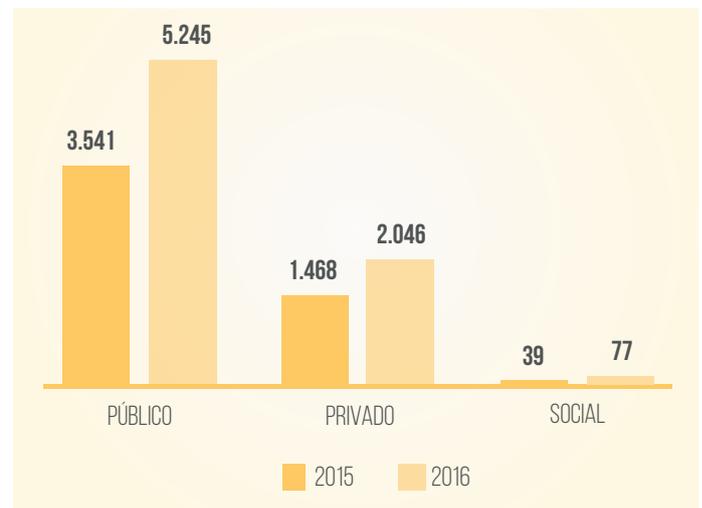
**Fig. 49.** Evolução anual do número total de unidades de saúde certificadas | Modelo Ministério da Saúde - ACSA.

São várias as alterações estruturais ao Sistema de Saúde em Portugal, nos últimos anos, numa lógica de recentrar a prestação de cuidados nas pessoas e nos seus percursos de vida, bem como de aumentar a eficácia de resposta e modernizar o SNS. É também nesta lógica que existem acordos com os setores social e privado, que, em regime de complementaridade, prestam cuidados de saúde aos utentes. Com objetivos bem definidos

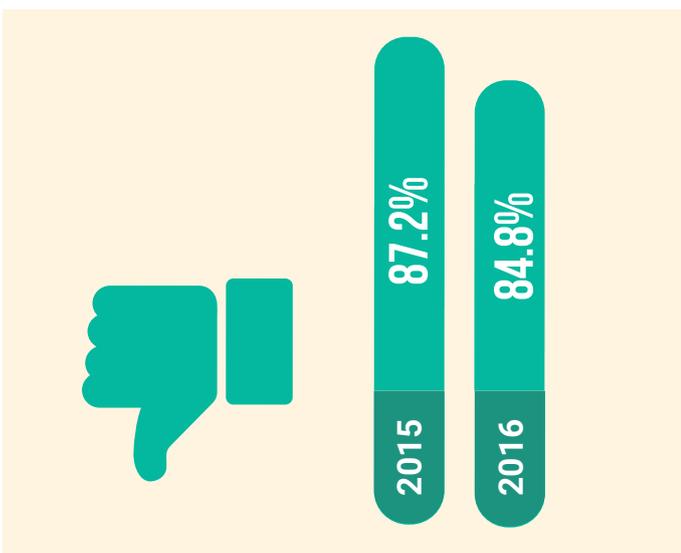
e devidamente enquadradas por relações eficazes de custo-benefício, as parcerias existentes visam responder às necessidades de resposta do SNS, permitindo alargar a rede nacional de prestação de cuidados de saúde e garantindo o respeito pelos princípios da equidade, complementaridade e liberdade de escolha dos utentes, bem como da transparência, igualdade e concorrência. Quando não existe capacidade instalada para prestar cuidados de elevada especialização, o Serviço Nacional de Saúde tem ainda a obrigação de referenciar o doente para centros estrangeiros de alta diferenciação.



Fonte: ERS, 2017  
**Fig. 50.** Evolução dos Elogios.



Fonte: ERS, 2017  
**Fig. 52.** Elogios/Louvores por tipologia dos prestadores.



Fonte: ERS, 2017  
**Fig. 51.** Evolução das Reclamações.

**// O Sistema de Saúde português disponibiliza uma rede de prestação de cuidados que alia proximidade a especialização.**



## 2. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE + PROXIMIDADE

O SNS foi criado em 1979, com o objetivo de assegurar aos cidadãos o direito à proteção da saúde, garantindo um acesso geral, universal e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

Quase 40 anos depois, o SNS mantém os valores subjacentes à sua criação, mas enfrenta novos desafios. O aumento da esperança de vida, a permanente inovação tecnológica e o crescente acesso à informação, com cidadãos cada vez mais exigentes e com maiores

expectativas em relação ao seu estado de saúde, refletem-se diretamente na procura de cuidados de saúde. A resposta do SNS tem estado à altura, o que é visível pelo aumento significativo da atividade das diversas entidades prestadoras de cuidados.

Hoje, as prioridades são claras: prestar cuidados de saúde de excelência, reduzir as desigualdades no acesso à saúde e reforçar o poder do cidadão no seio do SNS, numa lógica de defesa de princípios como a transparência, a celeridade e a humanização dos serviços.



# SNS + PROXIMIDADE

### > I . CUIDADOS DE SAÚDE | O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO

1. Pessoas com múltiplos problemas de saúde de evolução prolongada
2. Doença aguda
3. Cuidar em casa

### > II . CENTRALIDADE DO CIDADÃO | PERCURSO DE VIDA COM SAÚDE

1. Percursos de vida e promoção da saúde - estratégias locais de saúde
2. Literacia em saúde
3. Qualificação do atendimento no SNS

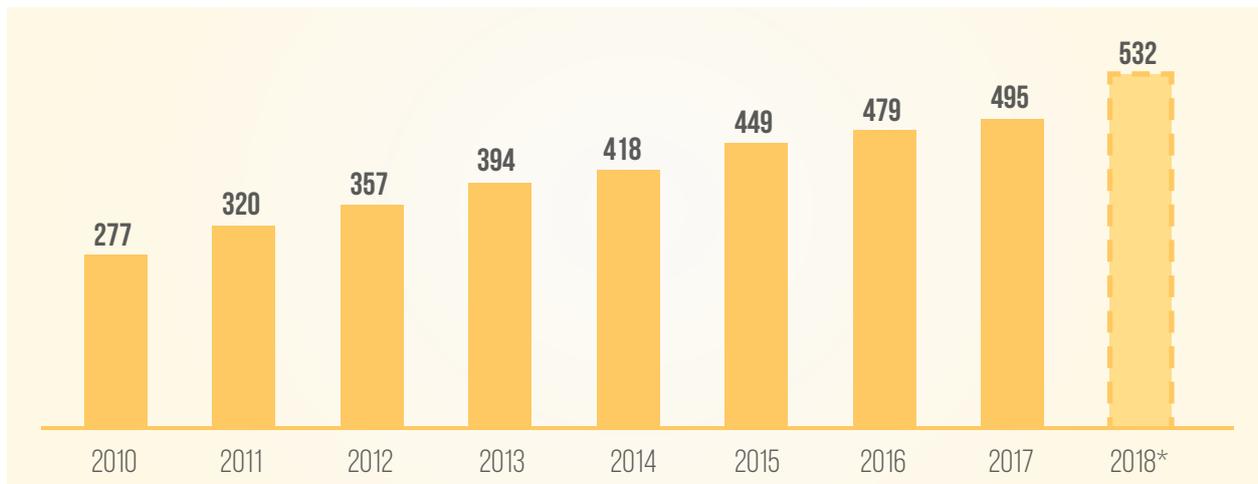
### > III . GESTÃO DA MUDANÇA | OS PRIMEIROS PASSOS DO SNS DO FUTURO

1. Lideranças locais, participação e inovação
2. Alinhamento dos recursos humanos, financeiros, técnicos e tecnológicos
3. Transformação digital
4. Monitorização e avaliação - aprender com a experiência nacional e internacional

## > CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS MAIS PRÓXIMOS E RESOLUTIVOS

No final dos anos 90, iniciou-se uma profunda reflexão sobre as melhores soluções organizativas, no que diz essencialmente respeito à Saúde Familiar. Criaram-se, então, os primeiros documentos legislativos e ensaios-piloto.

Em 2006, face às avaliações técnicas e de satisfação, entretanto efetuadas e que se revelaram altamente favoráveis, deu-se início à operacionalização nacional da reforma proposta, com a implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF).



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 53. Evolução anual do número total de USF.

\*Objectivo 2018

Em 2008, através da legislação então publicada, visando um novo modelo enquadrador e de gestão dos cuidados, criaram-se as condições para se iniciar a construção dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), o que viria a acontecer em 2009. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) passa, assim, a integrar todos os serviços e profissionais, adequadamente enquadrados nas distintas Unidades Funcionais criadas.

Nos últimos anos, tem-se assistido ao reforço e expansão da rede de CSP, através do aprofundamento do modelo e do desempenho das unidades funcionais que os compõem, com o objetivo de aumentar a resposta do SNS e atribuir equipa de saúde familiar a todos os residentes em Portugal.

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde de proximidade à população de determinada área geográfica. Existem, hoje, 55, distribuídos por todo o país, compostos por diversas unidades que integram equipas multiprofissionais e dispõem de autonomia organizativa e técnica.

As Unidades de Saúde Familiar (USF) prestam cuidados de saúde, individuais e familiares, sendo constituídas por médicos, enfermeiros e secretários clínicos.

As Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) têm uma estrutura idêntica à das USF, ainda que num modelo de prestação de cuidados personalizados mais tradicional, garantindo a acessibilidade dos utentes e a continuidade dos cuidados.

Quanto às Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco, de dependência física e funcional, ou de doença que requeira acompanhamento próximo. Estas chegam já a mais de 55 % dos portugueses e são compostas por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais. Atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, na implementação de unidades móveis de intervenção e na RNCCI, através da constituição das equipas de cuidados

continuados integrados que intervêm em contexto domiciliário.

Por sua vez, as Unidades de Saúde Pública (USP) funcionam como observatório de saúde da área em que se inserem, competindo-lhes elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde, e colaborar no exercício das funções de autoridade de saúde. São compostas por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de enfermagem comunitária, técnicos de saúde ambiental, bem como outros profissionais considerados necessários na área da saúde pública.

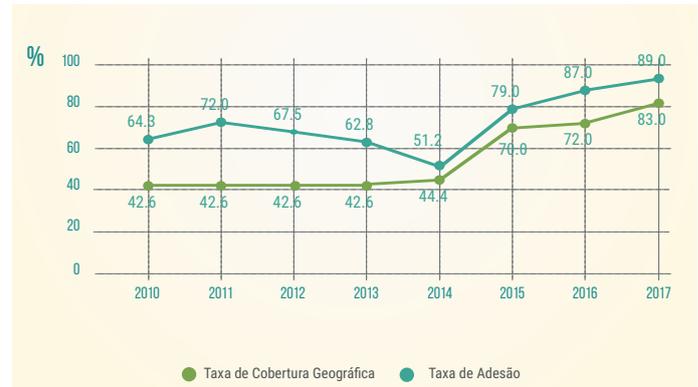
As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) prestam serviços de consultoria e assistenciais às restantes unidades funcionais e estabelecem ligações aos serviços hospitalares. Das suas equipas, constam médicos de várias especialidades que não de medicina geral e familiar e de saúde pública, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral e outros profissionais.

Ainda no âmbito da reforma dos CSP, e com o objetivo de alargar a oferta, foram implementadas outras medidas, a partir de 2016: novas respostas em saúde oral e medicina dentária no SNS; projetos de rastreio de saúde visual; alargamento a todo o país dos rastreios do cancro da mama, do cancro do colo do útero, do cancro do cólon e reto e da retinopatia diabética; reforço da capacidade de deteção precoce de doenças, como a doença pulmonar obstrutiva crónica; disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica nos CSP; alargamento do telerrastreio dermatológico e das unidades móveis de saúde em atividade; e reforço das respostas na área da psicologia, da nutrição e da medicina física e de reabilitação.



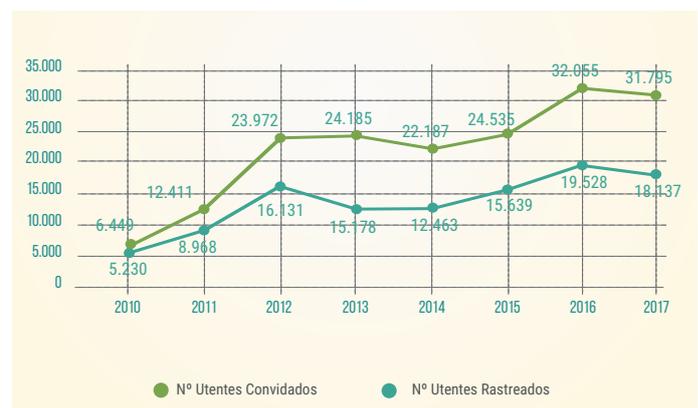
Fonte: DGS, 2018

**Fig. 54.** Rastreio do cancro da mama | Evolução da taxa de cobertura e adesão.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 55.** Rastreio do colo do útero | Evolução da taxa de cobertura e adesão.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 56.** Rastreio do cancro do cólon e reto | Evolução do número de utentes convidados e rastreados.



Fonte: DGS, 2018

**Fig. 57.** Rastreio de retinopatia diabética | Evolução anual de utentes rastreados.

Também de salientar que a relevância da enfermagem para a promoção da saúde e prevenção da doença tem levado os sistemas de saúde de vários países europeus a criar a figura do enfermeiro de família. Em Portugal, foi criado um grupo de trabalho, em 2016, cuja atividade veio confirmar a importância da implementação da especialidade de Enfermagem de Saúde Familiar, tarefa que compete à Ordem dos Enfermeiros, a qual permitirá criar o enquadramento profissional específico.

As mudanças levadas a cabo nos últimos anos contribuíram decisivamente para a melhoria da prestação de cuidados de saúde primários, com ganhos significativos ao nível do acesso e da qualidade.

Por um lado, isto é visível pelo aumento do número de portugueses com médico de família: 93%, em 2017.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 58. Utentes com Médico de Família atribuído.

Por outro, pelo número de consultas médicas, que é superior a 30 milhões por ano. Também as consultas não presenciais têm aumentado, fruto da introdução de novos sistemas de informação e da desmaterialização de processos, como a prescrição eletrónica de medicamentos ou a telessaúde. O mesmo acontece com os domicílios médicos e as consultas de enfermagem, resultado da disponibilização de respostas de proximidade por parte do SNS.

Se os rastreios oncológicos têm merecido especial atenção, com indicadores que apontam para uma evolução positiva, também os resultados do acompanhamento dos cidadãos com hipertensão arterial e diabetes tem revelado melhorias, designadamente quanto ao controlo destas doenças. Uma tendência idêntica verifica-se no diagnóstico de diabetes, hipertensão arterial, abuso crónico de álcool, alterações do metabolismo dos lípidos, excesso de peso, ou obesidade.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 59. Número total de consultas médicas nos CSP.

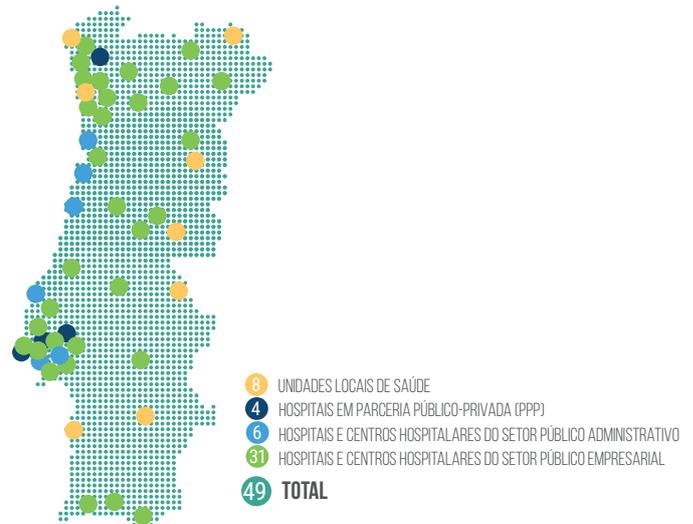
// **93% dos portugueses tinham médico de família em 2017, resultado do reforço e expansão da rede de Cuidados de Saúde Primários.**



## > MELHOR GESTÃO E ESPECIALIZAÇÃO NOS CUIDADOS HOSPITALARES

Existem, em Portugal, 225 hospitais, dos quais 107 públicos e 118 privados.

Os hospitais do SNS têm respondido positivamente ao aumento crescente da procura, através da adoção de medidas de reorganização interna que têm permitido melhores resultados em saúde para os utentes e elevados níveis de eficácia e eficiência na gestão e governação clínicas. Além disso, garantem maior transparência, responsabilização, prestação de contas e centralidade no cidadão e na sua família.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 60. Número de instituições hospitalares do SNS.

A grande mudança prendeu-se com a evolução de um modelo administrativo centralizado para um modelo de gestão inspirado em práticas empresariais, focado em resultados de qualidade, que contribui para maior autonomia e responsabilização de todos os intervenientes.

A oferta hospitalar do SNS é composta, hoje, por unidades do Setor Público Administrativo (SPA), por Entidades Públicas Empresariais (EPE) e por instituições em regime de Parceria Público-Privada (PPP). Estas últimas foram criadas para responder à necessidade de construção de novas unidades hospitalares, garantindo a partilha dos riscos operacionais e de investimento, bem como a economia de custos, por se acreditar que modelos de gestão privada, assegurados por condições contratuais,

conseguem associar maiores níveis de eficiência e de efetividade.

Além das alterações ao nível do estatuto jurídico, também a organização da oferta sofreu alterações importantes, no sentido de aumentar sinergias e economias de escala, mas também de prestar serviços com mais qualidade. Resultado de uma melhor gestão de camas, a taxa de ocupação dos hospitais do SNS tem vindo a situar-se entre os 80% e os 90%, valores que promovem a eficiência, garantindo, simultaneamente, a capacidade de resposta em períodos de maior procura.

No que diz respeito a consultas, realizaram-se 19,4 milhões em 2016, das quais mais de 12 milhões no SNS.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 61. Melhor Desempenho Assistencial nos CSH | Primeiras Consultas e Consultas Subsequentes.

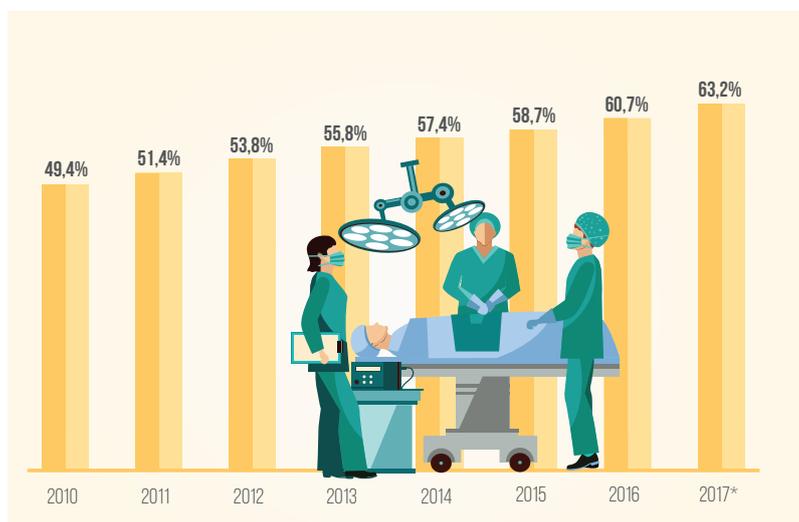
StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/?sort=modified&refinekeyword=Cuidados+Hospitalares>

Quanto a primeiras consultas hospitalares com origem nos cuidados de saúde primários, estas passaram de 20%, em 2010, para 34,4%, no final de outubro de 2017.

A estes resultados, não é alheio o sistema de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS, criado em 2016, através do qual o cidadão, em conjunto com o seu médico de família, pode optar por ser seguido em qualquer hospital do SNS onde exista a consulta de especialidade médica de que necessita. É, assim, dada ao utente a possibilidade de escolha, bem como disponibilizada toda a informação sobre as instituições disponíveis, a distância a que ficam da unidade de cuidados de saúde primários e tempos médios de espera. Desde então, constata-se que 10,8% dos utentes a nível nacional optaram por hospitais que estavam, até agora, fora da rede de referênciação.

Ao nível da atividade cirúrgica do SNS, a tendência é para o crescimento das cirurgias programadas e de ambulatório (que não exigem internamento e que permitem ao doente ter alta até 24 horas depois da intervenção).

Um resultado que vai ao encontro das boas práticas clínicas internacionais e que é reconhecido pela OCDE como um caso de sucesso. A aposta nestas cirurgias prende-se com o facto de representarem menor risco de infeção, bem como de serem mais confortáveis e cómodas para o doente, que pode fazer a recuperação no seu meio ambiente, com o apoio de familiares ou amigos. A par disso, contribuem também para uma maior eficiência, uma vez que os custos para o SNS são menores.

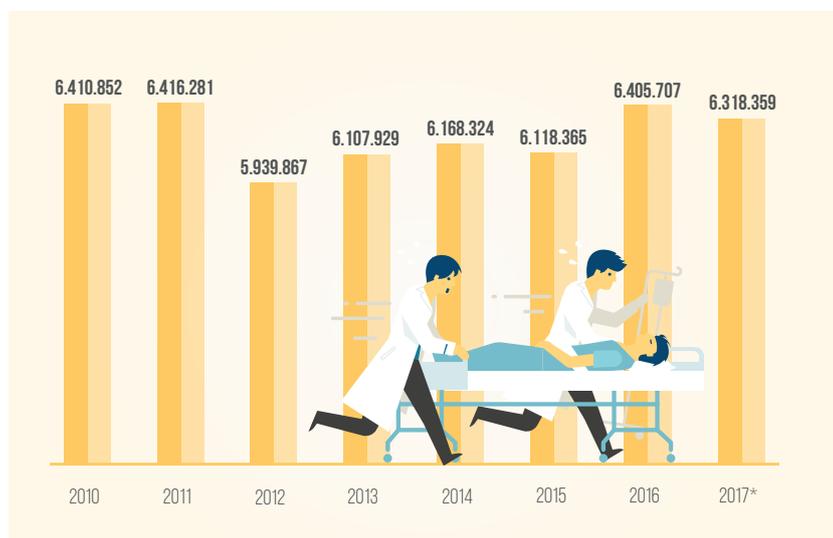


Fonte: ACSS, 2018

**Fig. 62.** Movimento Assistencial nos Cuidados de Saúde Hospitalares | Percentagem de Cirurgias de Ambulatório.

\* Dados provisórios

Relativamente aos atendimentos em serviço de urgência, estes ultrapassam os sete milhões de episódios nos hospitais portugueses, sendo que mais de 80% são realizados em instituições do SNS, dos quais apenas 8% geram internamentos, o que é revelador da eficácia dos cuidados prestados.



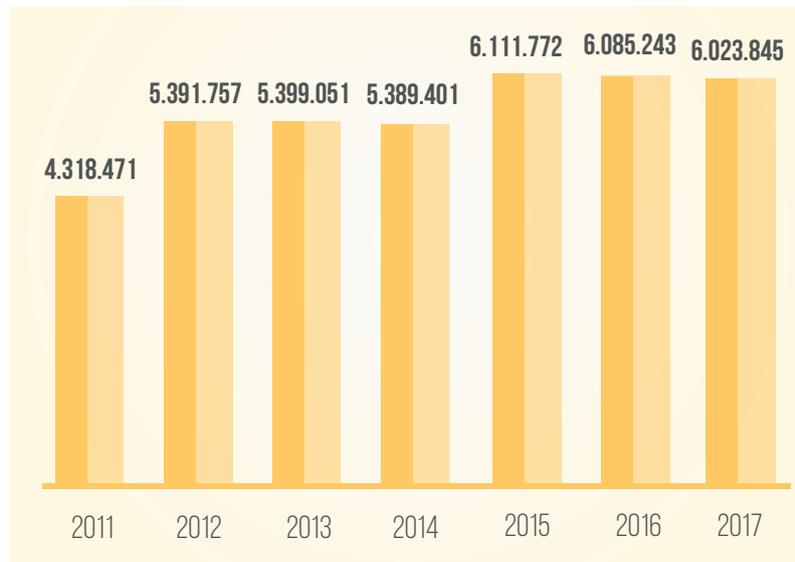
Fonte: ACSS, 2018

**Fig. 63.** Movimento Assistencial nos Cuidados de Saúde Hospitalares | Urgências (Atendimentos).

\* Dados provisórios

Em 2016, procedeu-se à revisão das taxas moderadoras, voltando a haver grupos da população isentos, o que, de alguma forma, se refletiu no aumento da procura dos serviços de urgência. De realçar também que a maioria dos atendimentos é realizada dentro do tempo

previsto, sendo a tendência de melhoria, e que casos considerados menos prioritários – classificados na Triagem de Manchester com a cor verde, azul ou branca – representaram 40% dos atendimentos, entre 2013 e 2017.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 64. Número de utentes com isenção/dispensa válida de taxa moderadora.

StatLink: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-isentos/?sort=periodo>

**// A reorganização dos cuidados hospitalares permitiu, entre outras coisas, que mais de 63% das cirurgias sejam realizadas em ambulatório (não exigem internamento e permitem ao doente ter alta até 24 horas depois da intervenção). Um resultado que vai ao encontro das boas práticas clínicas internacionais e que é reconhecido pela OCDE como um caso de sucesso.**



## > CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS ADEQUADOS E CENTRADOS NO CIDADÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) veio dar novas respostas de proximidade, distribuídas por todo o território de Portugal Continental.



Fonte: ACSS, 2018

Fig. 65. Número de lugares de internamento RNCCI.

Não só contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde, como responde às necessidades dos cidadãos no tempo e local certos e pelo prestador mais adequado, quer em termos de internamento quer de apoio domiciliário. Isto num quadro de novas realidades sociais e epidemiológicas que resultam de fatores como o aumento da esperança de vida e o crescimento do número de doenças crónicas com dependência. Resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e Solidariedade Social, a RNCCI promove novos modelos de cuidados multidisciplinares, prestados pelos setores público, privado e social,

orientados para a promoção da qualidade de vida, com ênfase na reabilitação e promoção da autonomia, mas também na participação dos utentes e famílias.

A RNCCI, integra também as equipas de gestão de altas, inseridas nos hospitais, e interliga-se com os cuidados de saúde primários, através das equipas domiciliárias, possibilitando a mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede. Uma gestão facilitada pelo desenvolvimento de uma plataforma informática, através da qual se gerem os fluxos de referenciação de doentes e se monitoriza, em tempo real, os processos e resultados.

Em 2017, a Rede alargou a sua capacidade de resposta à saúde mental, com experiências-piloto de um ano, que visam responder a necessidades específicas de adultos e crianças com doença mental grave. Estas concretizam-se em residências, unidades socio-ocupacionais e equipas de apoio domiciliário, tendo como finalidade permitir, no mais curto espaço de tempo, que a pessoa com doença mental grave recupere as suas competências psicossociais e seja reintegrada na sua família e comunidade.

A taxa de ocupação dos diversos tipos de internamento tem sido superior a 80% ao longo dos anos. A março de 2018, existiam mais de 8.700 lugares de internamento e ambulatorio em funcionamento na RNCCI, sendo 221 em Unidades de Saúde Mental, dez em Unidades de Internamentos Pediátricas e dez em Unidades de Ambulatório Pediátricas. No ano de 2017, foram assistidos mais de 46.500 utentes, dos quais cerca de metade tem mais de 80 anos, havendo 275 equipas de cuidados continuados integrados no país.

REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (dados a 23/03/2018)
<b>RNCCI Rede Geral</b> Lugares de Internamento*	4.625	5.595	5.911	6.642	7.160	7.759	8.390	8.340	8.529
<b>RNCCI Cuidados Pediátricos Integrados</b>	0	0	0	0	0	0	20	20	20
<b>RNCCI Saúde Mental</b>	0	0	0	0	0	0	0	189	221
<b>RNCCI Lugares Domiciliários Equipas de Cuidados</b>	8.063	7.332	7.183	7.053	6.766	6.585	6.264	5.852	5.930
<b>RNCCI TOTAL</b>	12.688	12.927	13.094	13.695	13.926	14.344	14.674	14.401	14.700

Fonte: ACSS, 2018  
Fig. 66. Evolução do número de respostas (camas/ lugares) em funcionamento na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

\* A 1 de abril de 2017, 109 camas de Cuidados Paliativos deixaram de integrar a RNCCI - Rede Geral e a sua atividade passou a enquadrar os contratos-programa com as entidades hospitalares, como preconizado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biênio 2017-2018, da CNCP

## > CUIDADOS PALIATIVOS ACESSÍVEIS E DE QUALIDADE

A prestação de cuidados aos doentes com doenças graves e/ou avançadas e progressivas com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida, é um elemento qualitativo essencial do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido, e quatro anos depois da publicação da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (LBCP), pela primeira vez, procedeu-se, à designação dos membros da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), a quem compete a elaboração e coordenação da estratégia para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no SNS. Esta estratégia, que está a ser desenvolvida e está consubstanciada no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) para o biénio 2017-2018, preconiza uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos funcional, plenamente integrada no SNS e implementada em todos os níveis de cuidados de saúde, promovendo desta forma a equidade no acesso a Cuidados Paliativos de qualidade, adequados às necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais e preferências dos doentes e suas famílias.

Na definição organizacional e garantia da qualidade de cuidados, trabalhou-se na definição do que são as diferentes tipologias de equipas de Cuidados Paliativos, os recursos humanos que devem possuir, critérios de referenciação, regras de registo da atividade assistencial

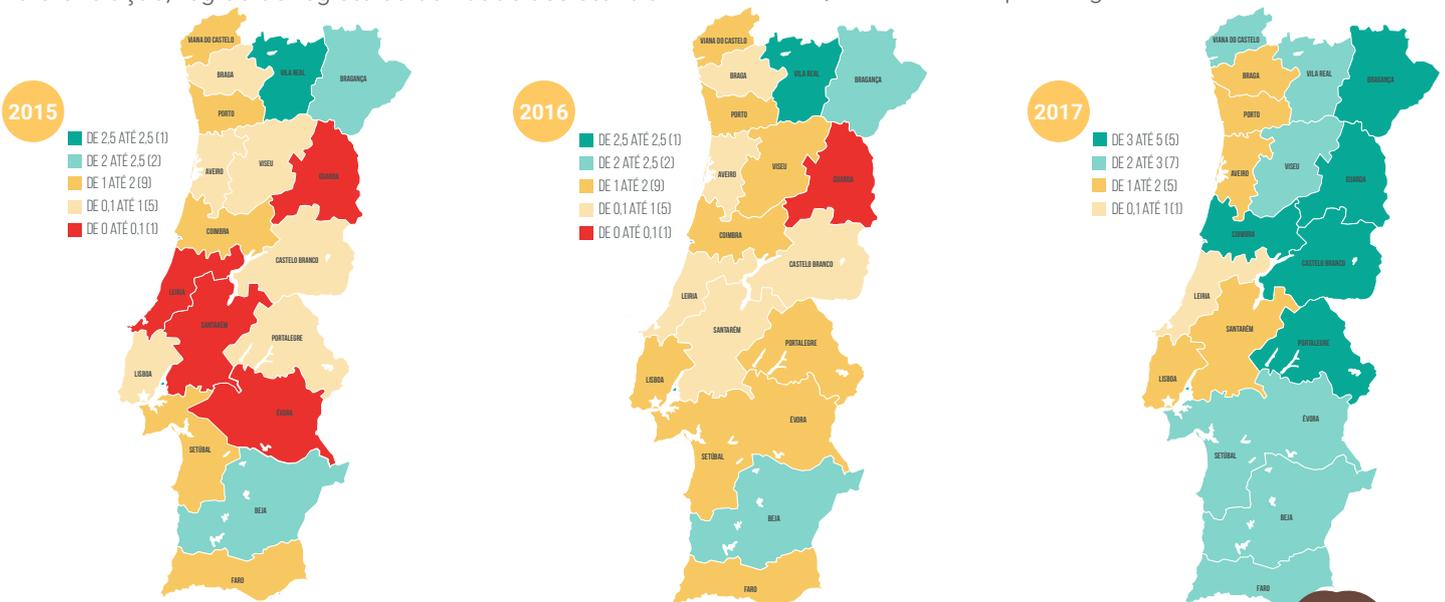
das equipas de forma a possibilitar a recolha de informação sobre, nomeadamente, os doentes que são atendidos, os cuidados prestados, e respetivos tempos de espera para consulta, hospital de dia e internamento. De destacar a inclusão dos Cuidados Paliativos como justificação clínica para o acesso ao transporte não urgente de doentes e a isenção de taxas moderadoras nas consultas de Cuidados Paliativos.

Tem sido também incentivada a criação de novas equipas e unidades de Cuidados Paliativos.

Desde 2016 já iniciaram funções doze Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), cinco Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) e uma Unidade de internamento de Cuidados Paliativos.

É importante referir que a Região do Algarve foi a primeira região do país a ter uma cobertura total ao nível da resposta em Cuidados Paliativos.

Em consonância com a Base XXVII, da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, e de acordo com o Programa do Governo, que estabelece como prioridade aperfeiçoar a gestão dos recursos humanos e a motivação dos profissionais de saúde, destacam-se os Protocolos de Colaboração estabelecidos com diversas Universidades e Institutos Politécnicos responsáveis pela formação de médicos, enfermeiros e psicólogos.



Fonte: ACSS, 2018

**Fig. 67.** Índice de cobertura de cuidados paliativos, em Portugal Continental (com 40 Camas Ag./Milhões hab.).

**// Atualmente todas unidades hospitalares têm Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP).**



## ➤ PRÉ-EMERGÊNCIA HOSPITALAR DIVERSIFICADA E COM RESPOSTA PRONTA

Em caso de acidente ou doença súbita, cabe ao Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) coordenar o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), em território continental.

O SIEM tem como principal objetivo garantir a pronta e correta prestação de cuidados de saúde aos doentes urgentes e emergentes, desde o local da ocorrência até ao momento em que se inicia o tratamento das vítimas de acidente ou doença súbita na unidade de saúde adequada. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a existência de um SIEM reduz em 20% a taxa de mortalidade por acidentes, bem como as sequelas deles resultantes, sendo fundamental a integração entre o socorro pré-hospitalar e os cuidados hospitalares.

Os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU), do INEM, são quem recebe os pedidos de socorro através do 112. Desde 2006, abrangem a totalidade da população residente em Portugal continental e todas as chamadas referentes à saúde são atendidas por médicos e técnicos com formação específica para efetuar o atendimento, triagem, aconselhamento, seleção e envio de meios de socorro.

Portugal dispõe de diversos meios para assegurar a prestação de cuidados de emergência médica. As Ambulâncias de Emergência Médica, operadas diretamente pelo INEM ou pelos seus parceiros, designadamente Bombeiros e Cruz Vermelha Portuguesa, destinam-se à estabilização de doentes com necessidade de transporte para uma unidade de saúde, sendo a sua tripulação composta por dois Técnicos de Emergência Pré-Hospitalar devidamente formados pelo INEM. As Ambulâncias de Suporte Imediato de Vida (SIV), por sua vez, destinam-se a socorrer o doente, sobretudo através de manobras de reanimação, até estar disponível uma equipa com capacidade de prestação de Suporte Avançado de Vida, que pode administrar medicamentos e outras terapêuticas.

Já as Viaturas Médicas de Emergência e Reanimação (VMER), são um meio altamente diferenciado, que disponibiliza equipa médica ao local onde se encontra o doente.



Fonte: INEM, 2017

**Fig.68.** Modernização | Renovação Frota VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação.

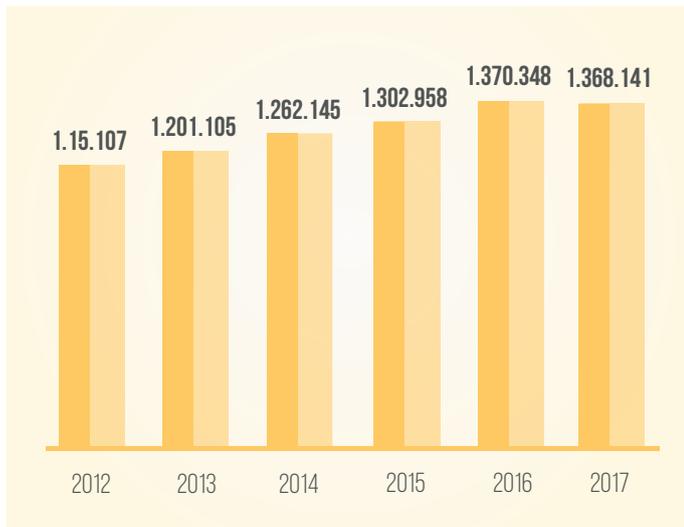
Quanto aos Helicópteros de Emergência Médica, Portugal dispõe de quatro, equipados com material de Suporte Avançado de Vida e cuja tripulação consiste em dois pilotos, um médico e um enfermeiro. Através deles, é possível transportar doentes graves entre o local da ocorrência e a unidade de saúde, bem como entre unidades, permitindo também o envio rápido de equipas medicalizadas para qualquer ponto do país.

O Motociclo de Emergência Médica (MEM) é outro meio de emergência ao serviço do INEM, o qual se destaca pela rapidez, já que é mais ágil no trânsito citadino, e está equipado com equipamento que permite a estabilização inicial da vítima.

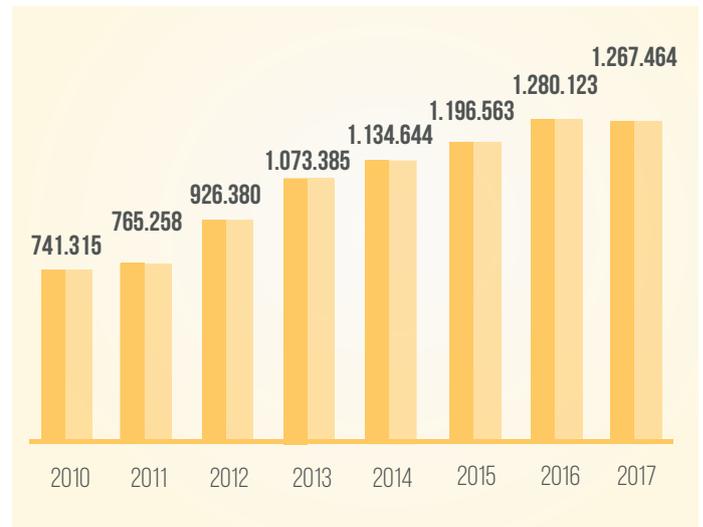
Também de destacar que Portugal dispõe, hoje, de uma rede de desfibrilhação automática externa, a qual veio capacitar o país para atuar em situações de

paragem cardiorrespiratória. Assim, os desfibrilhadores automáticos externos passaram a existir em todas as ambulâncias, bem como em locais de acesso ao público. Em 2017, eram mais de 1700 os equipamentos existentes a nível nacional e mais de 18 mil as pessoas leigas com formação, através de programas devidamente licenciados e auditados pelo INEM.

Em 2017, foram atendidas cerca de 1,4 milhões de chamadas através do número europeu de emergência 112. A diminuição que se registou a partir de 2011 deve-se ao facto de ter passado a ser possível melhorar a sua contabilização, evitando considerar chamadas entre técnicos para passagem de informação sobre os casos socorridos.



Fonte: INEM, 2018  
**Fig. 69.** Número de chamadas de emergência atendidas.



Fonte: INEM, 2018  
**Fig. 70.** Número de acionamentos.

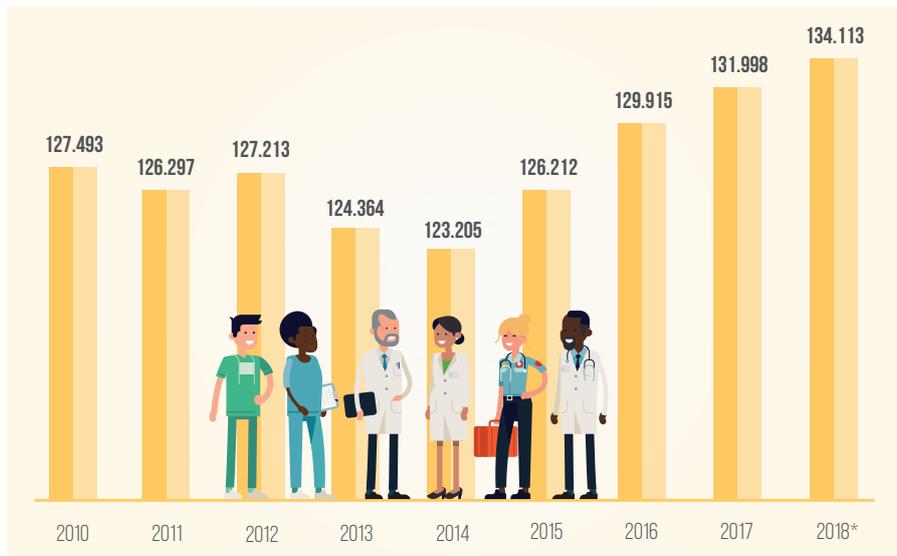
Nos últimos dez anos, assistiu-se ao crescimento significativo da procura dos serviços de emergência, bem como à ampliação das incumbências do INEM, a quem compete gerir um sistema grandioso que tem o nobre objetivo de salvar vidas.

// Portugal dispõe de um Sistema Integrado de Emergência Médica, coordenado pelo INEM, que garante a pronta e correta prestação de cuidados de saúde aos doentes urgentes e emergentes.



### 3. AS PROFISSÕES DA SAÚDE

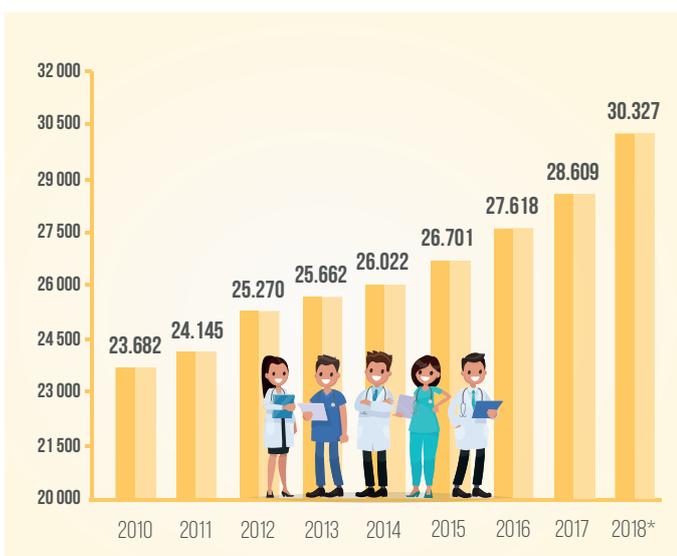
O Ministério da Saúde é o segundo maior empregador da Administração Pública, com mais de 134 mil trabalhadores, sendo os enfermeiros e os médicos os grupos profissionais com maior dimensão e constituindo-se os hospitais como o maior empregador do sistema, com mais de metade dos vínculos existentes através de contrato de trabalho em funções públicas.



Fonte: ACSS, 2018

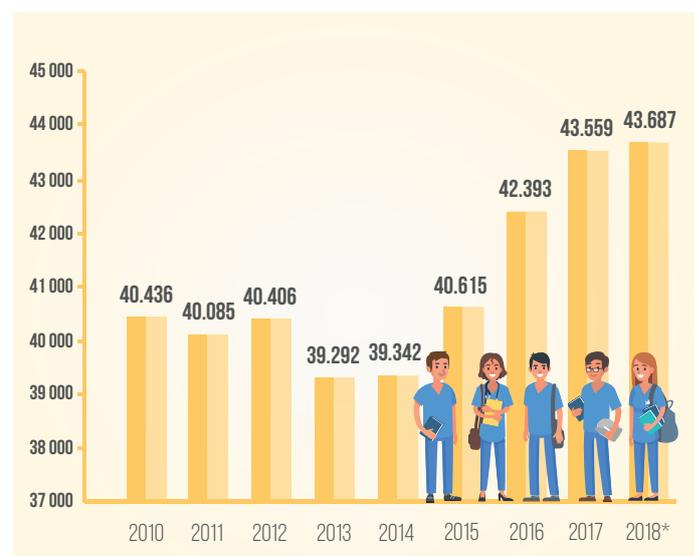
**Fig. 71.** Recursos Humanos no SNS | Número total de profissionais.

\* Dados a 28/02/2018



Fonte: ACSS, 2018

**Fig. 72.** Número de médicos (internos e aposentados) no SNS.



Fonte: ACSS, 2018

**Fig. 73.** Número de enfermeiros no SNS.

Em janeiro de 2018, havia, a trabalhar no SNS, mais de 30 mil médicos, mais de 43 mil enfermeiros e mais de oito mil técnicos de diagnóstico e terapêutica, representando os números mais altos dos últimos dez anos.

No que diz respeito aos médicos de família, nunca Portugal registou um tão elevado número: mais de 5.800, em 2017.

Mas este incremento não se cingiu a estes médicos dos cuidados de saúde primários. O mesmo se verifica nos recursos humanos dos hospitais do SNS, que, em janeiro de 2018, registaram mais 3.180 enfermeiros, mais 6.705 médicos e mais 502 técnicos de diagnóstico e terapêutica. No que respeita ao internato médico (processo de formação dos médicos que os habilita ao exercício de uma área de especialização), comparando o ano de 2008 com o ano de 2018, regista-se um aumento superior a 1.100 ingressos no ano comum e 688 na formação especializada. Em 2017, formaram-se 1.267 médicos especialistas, mais 20% do que em 2015. Comparando os anos de 2008 e 2017, as especialidades com mais médicos formados são as de medicina geral familiar, medicina interna, pediatria, anestesiologia e cirurgia geral.

**// Em janeiro de 2018, registou-se o mais elevado número dos últimos dez anos de médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica a trabalhar no SNS.**



## 4. O MEDICAMENTO

Os portugueses vivem, hoje, em média, mais cinco anos do que há 20 anos. Para estes resultados, muito contribuiu a melhoria do acesso aos medicamentos para a prevenção, controlo e tratamento de doenças, designadamente doenças infecciosas e cardiovasculares, bem como alguns tipos de cancro. Vivemos, atualmente, uma era de grandes desafios no setor do medicamento devido, sobretudo, aos avanços da investigação, que têm permitido disponibilizar tecnologias inovadoras e personalizadas, com ganhos em saúde consideráveis.

A introdução desta inovação requer, por parte das entidades nacionais e internacionais, um esforço para equilibrar, por um lado, o acesso dos cidadãos à terapêutica mais adequada e, por outro, a gestão dos orçamentos da saúde, que, por natureza, são finitos. Além da rápida evolução científica, colocam-se outros desafios, como a necessidade de uma utilização racional de tecnologias de saúde assente na relação custo-efetividade, a competitividade do setor farmacêutico e dos dispositivos médicos, a crescente exigência ao nível da transparência, ou o combate à falsificação. Todos estes desafios exigem respostas capazes de continuar a garantir o acesso dos cidadãos e dos profissionais de saúde a medicamentos e produtos de saúde de qualidade, eficazes e seguros.

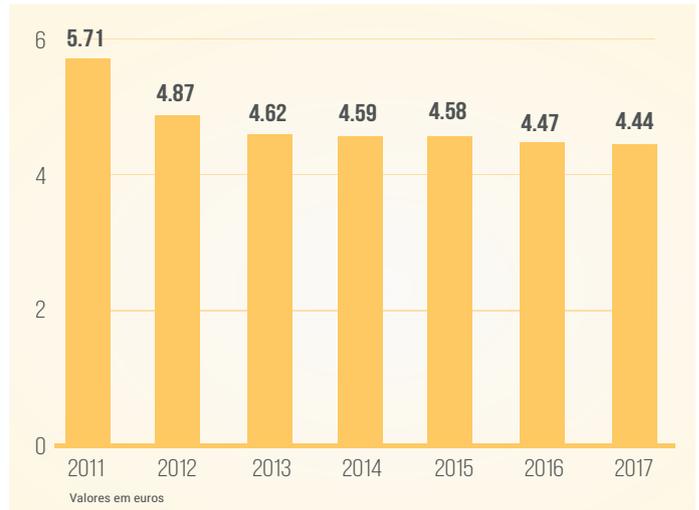
### > A SAÚDE DOS PORTUGUESES E OS MEDICAMENTOS

Se olharmos para os números, em 2017, cada português utilizou uma média de 16 embalagens de medicamentos. Quase metade do total de medicamentos consumidos destinou-se a cidadãos com mais de 80 anos e perto de 60% a mulheres.

A redução da mortalidade por doenças cardiovasculares, a principal causa de morte em Portugal, deve-se, em muito, à utilização de medicamentos para o seu controlo, que tem vindo a aumentar, à semelhança do que acontece com os medicamentos para o controlo da diabetes. É evidente que a utilização de medicamentos melhorou os resultados em saúde. No entanto, em algumas áreas, existem problemas de saúde associados ao seu uso inadequado.

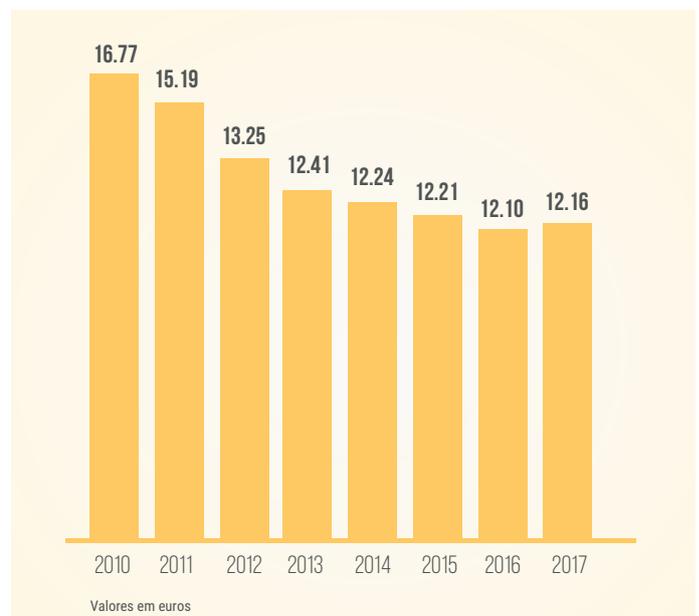
Em relação aos antibióticos, por exemplo, Portugal ainda regista um consumo elevado relativamente à Europa. Para contrariar esta tendência, têm sido feitas várias campanhas de sensibilização dos cidadãos e dos profissionais de saúde. Também a excessiva utilização de benzodiazepinas e antidepressivos (medicamentos

para tratamento da insónia, ansiedade e depressão) é preocupante e reflete alguns problemas ao nível da saúde mental dos portugueses.



Fonte: INFARMED, 2018

Fig. 74. Encargo médio para o cidadão por embalagem de medicamento no mercado participado do SNS.



Fonte: INFARMED, 2018

Fig. 75. Preço médio dos medicamentos em ambulatório.

## > INVESTIGAÇÃO

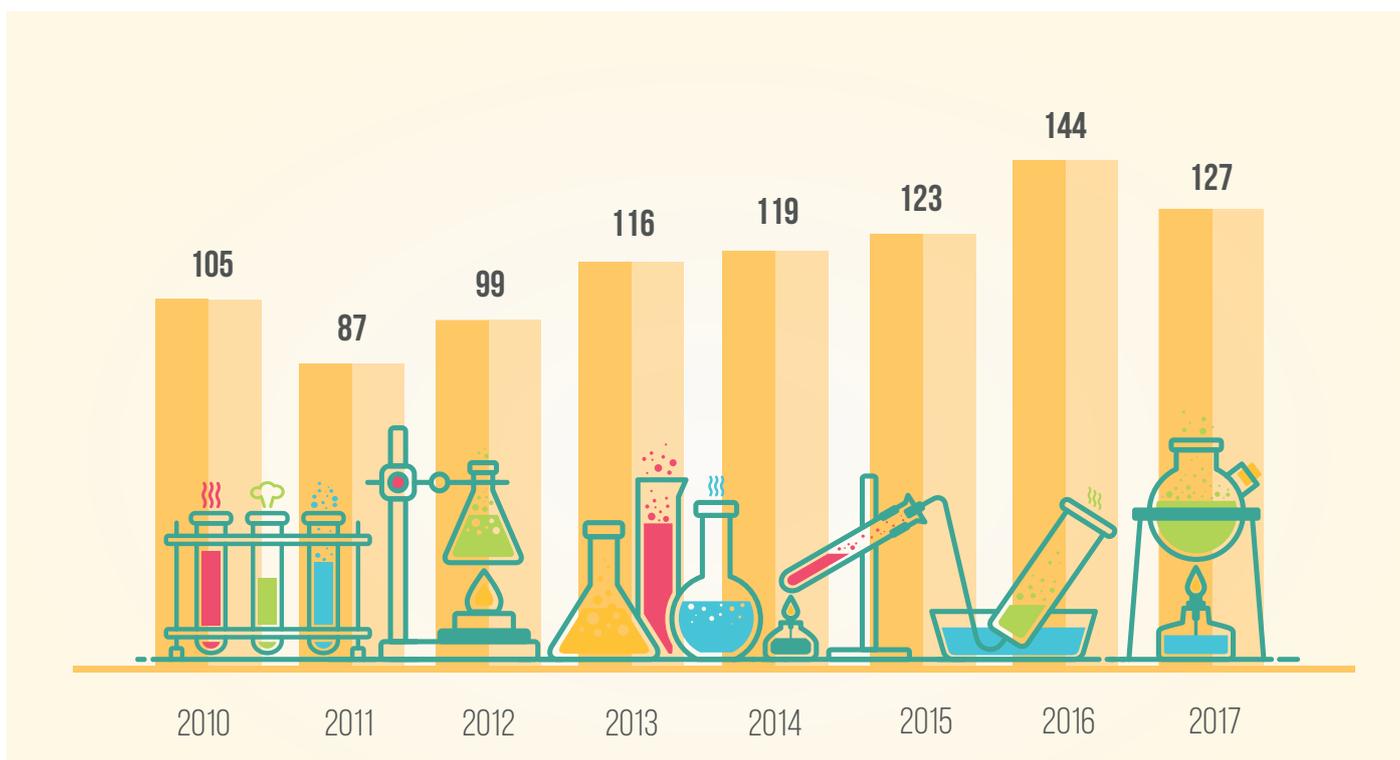
Portugal está entre os países com um papel mais ativo na avaliação de medicamentos do sistema europeu, o que lhe confere reconhecimento pelos parceiros e pela indústria farmacêutica.

Consciente de que a investigação clínica promove o acesso dos cidadãos a terapêuticas cada vez mais eficazes, Portugal tem apoiado fortemente esta atividade, através do desenvolvimento de ensaios clínicos (estudos experimentais), garantindo sempre a proteção dos direitos, da segurança, da dignidade e do bem-estar dos cidadãos, saudáveis ou doentes, que se disponibilizam para neles participarem.

Neste âmbito, foi implementado, em 2017, o Registo Nacional de Ensaio Clínicos (RNEC).

Também visando o apoio à investigação clínica, foi criado o Fundo para a Investigação em Saúde, que representou um investimento de 780 mil euros e que teve como principais objetivos o apoio à investigação em três áreas prioritárias: doenças oncológicas, doenças cérebro-cardiovasculares e diabetes.

A par disso, foi também criada, em 2018, a Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica (AICIB).



Fonte: INFARMED, 2018

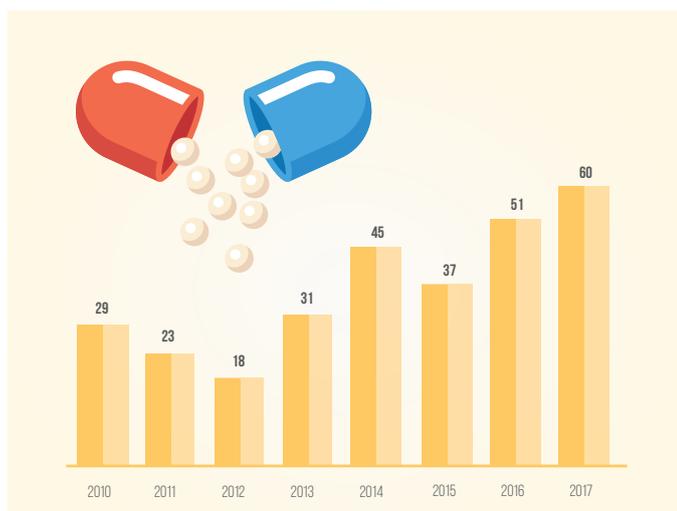
Fig. 76. Ensaio clínico autorizado.

## > INOVAÇÃO

Os medicamentos aprovados pelo Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, nos últimos anos, têm contribuído para ganhos significativos em saúde para os cidadãos, uma vez que se trata de soluções inovadoras, seguras e com uma boa relação custo-efetividade.

Só em 2017, foram aprovados 60 novos medicamentos, a maioria para tratamento de cancro. Mas há outras áreas que merecem destaque. É o caso da Hepatite C, em que o Estado Português chegou a acordo com uma empresa farmacêutica para o fornecimento de dois medicamentos que já permitiram dar início a mais de 17 mil tratamentos, com 9.900 doentes curados.

A Agência Europeia de Medicamentos estima que existam entre cinco a oito mil doenças raras, que afetam mais de 30 milhões de pessoas (<http://www.ema.europa.eu>). O seu tratamento é feito através dos chamados medicamentos órfãos, cujo desenvolvimento e aprovação têm aumentado ao longo dos últimos anos, com um papel determinante de Portugal, já que integra o grupo de cinco países que os avaliam. A disponibilidade destes medicamentos tem aumentado a nível nacional, sendo a sua utilização feita sobretudo nos hospitais e representando um encargo de cerca de 97 milhões de euros.



Fonte: INFARMED, 2018

Fig. 77. Medicamentos inovadores aprovados.

## > ACESSO

Em Portugal continental, existem cerca de três farmácias por cada dez mil habitantes, tendo-se registado um aumento nos últimos anos, resultado da abertura de concurso para instalação de novas farmácias em localidades onde mais faziam falta, bem como da transformação de postos farmacêuticos móveis em farmácias.

Todos os anos, é autorizada a introdução de novos medicamentos no mercado. Em 2016, existiam, em Portugal, mais de 16 mil medicamentos, dos quais perto de 6700 comparticipados.

O Infarmed é a entidade nacional responsável por regular e supervisionar a área do medicamento, com um papel de destaque na Europa. Sendo uma autoridade de referência, trata-se da quarta agência europeia que mais contribui para a avaliação de processos de medicamentos. Para garantir o acesso por parte de todos, existe um processo que monitoriza, em permanência, ruturas e falhas verificadas no mercado, por questões de fabrico e/ou de transporte, havendo também um centro de atendimento, através do qual cidadãos, profissionais de saúde e instituições podem expor dificuldades na obtenção de medicamentos. É também possível, às farmácias, sempre que necessário, fazer encomendas pela Via Verde do Medicamento, que permite a entrega rápida, através de um stock de segurança, possibilitando uma resposta eficaz, capaz de satisfazer as necessidades dos cidadãos em tempo útil e de assegurar a continuidade das terapêuticas.

Com o objetivo de garantir a acessibilidade ao medicamento por parte de cidadãos mais carenciadas ou com determinadas doenças, existem regimes especiais de comparticipação para alguns grupos. Por exemplo, a comparticipação de 95% para os pensionistas que optam por medicamentos mais baratos, medicamentos gratuitos para cidadãos com paramiloidose (também conhecida por doença dos pezinhos) e artrite reumatoide, ou produtos cedidos gratuitamente nos hospitais para cidadãos com icctiose (grupo de doenças da pele).

## > MEDICAMENTOS GENÉRICOS E BIOSSIMILARES

Os medicamentos genéricos e biossimilares (medicamentos biológicos desenvolvidos para serem similares a um medicamento biológico já existente) são importantes instrumentos para aumentar o acesso aos medicamentos e promover a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

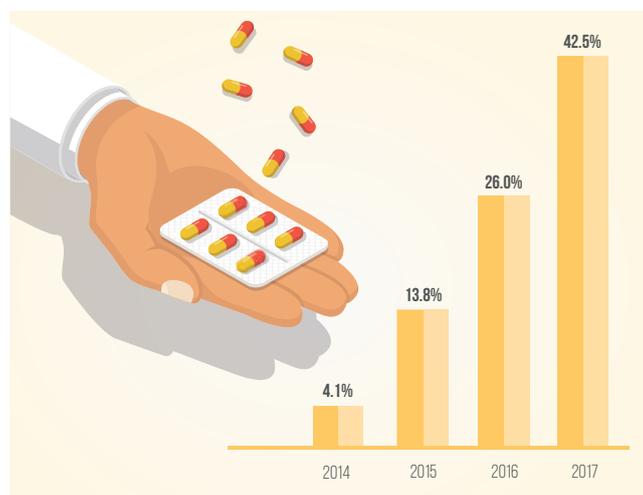
Ao longo dos últimos anos, o Infarmed tem desenvolvido um conjunto de medidas que visa promover uma utilização adequada e eficiente destes medicamentos no sistema de saúde português, uma vez que são eficazes e menos dispendiosos para os cidadãos e para o Estado. Mas têm sido as iniciativas de natureza financeira aquelas que maior impacto têm tido na quota de genéricos, que representou, em 2017, 47,5%, considerando os medicamentos no SNS.



Fonte: INFARMED, 2018

Fig. 78. Quota de medicamentos genéricos (%).

Os medicamentos biológicos provêm de organismos vivos, tais como células vivas, que foram modificadas com recurso à biotecnologia. Estes medicamentos são incontornáveis no tratamento e controlo de muitas doenças, desde a diabetes à oncologia. Atualmente, no mercado hospitalar do SNS, doze dos vinte medicamentos com maior peso na despesa são medicamentos biológicos.



Fonte: INFARMED, 2018

Fig. 79. Consumo de biossimilares de Infiximab em unidades.

## > MEDICAMENTOS NÃO SUJEITOS A RECEITA MÉDICA

Nos últimos anos, tem havido uma aposta clara em promover, junto dos portugueses, a importância da autogestão da saúde. Nesse sentido, tem sido facilitado o acesso a medicamentos não sujeitos a receita médica, os quais são adequados para o alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde. Os benefícios são vários. Desde logo, permitem, aos cidadãos, resolver problemas menores de saúde de forma mais rápida, com menos encargos e tempos de espera do que os associados a consultas médicas. Por outro lado, libertam recursos do SNS necessários em situações de carência, favorecem o aumento da consciência cívica dos cidadãos que estão dispostos a participar na gestão da sua própria saúde e contribuem para a potencial diminuição do absentismo.

O acesso a estes medicamentos tem constituído um dos eixos da política do medicamento em Portugal, o que é visível com a liberalização do preço e com a possibilidade de serem adquiridos em locais de venda autorizados para o efeito, tendo, em 2017, representado 15% do total de embalagens de medicamentos vendidas.

## > ATIVIDADES DE INSPEÇÃO E FARMACOVIGILÂNCIA

Realizam-se todos os dias, em Portugal continental, mais de três inspeções de fiscalização de medicamentos, com o objetivo de garantir a segurança, qualidade e eficácia dos mesmos. As ações inspetivas abrangem todas as entidades, públicas e privadas, envolvidas nos diferentes circuitos e ciclos de vida dos medicamentos, da produção à dispensa. O resultado traduz-se na notificação às entidades para correção das não-conformidades detetadas, podendo ainda ocorrer a apreensão de medicamentos ou produtos de saúde, a instauração de processos de contraordenação ou, em última instância, a suspensão das atividades ou encerramento dos estabelecimentos.

Também com o objetivo de salvaguardar a saúde pública, existe um controlo apertado nas alfândegas nacionais, visando impedir a entrada em território nacional de medicamentos ilegais e suspeitos de falsificação. O Infarmed é o sexto de 35 laboratórios que integram a rede europeia de Laboratórios Oficiais de Controlo de Medicamentos, tendo, assim, um papel ativo em programas europeus de supervisão da qualidade de medicamentos.

O Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF), criado em 1992, destina-se a recolher informação sobre a segurança do uso de medicamentos após a sua introdução no mercado, de que são exemplos as reações adversas. Consolidou-se em 2000, com a criação das primeiras Unidades Regionais de Farmacovigilância, que permitiram o desenvolvimento de massa crítica nesta área, através de uma maior ligação a universidades e outros centros de investigação. Cada vez mais, a farmacovigilância está a desenvolver-se em torno do cidadão, procurando adaptar-se às suas necessidades, mas também capacitando-o para a participação como agente ativo, através, entre outras coisas, de materiais educacionais e da introdução do tema nas escolas.

Porque uma utilização informada e racional dos medicamentos é essencial para a gestão do estado de saúde do indivíduo, têm sido lançadas, ao longo dos anos, várias campanhas destinadas não só aos profissionais de saúde, mas particularmente ao cidadão. Um dos reflexos desta aposta é a aplicação para dispositivos móveis Poupe na Receita, que permite pesquisar o preço dos medicamentos pelo código de barras da receita, a embalagem ou nome, criar alertas para as tomas e período de tratamento, consultar folhetos informativos e localizar farmácias.

## > SUSTENTABILIDADE

Os dados disponíveis da OCDE referem que, em Portugal, a despesa com medicamentos representou 15,5% da despesa total em saúde, em 2015.

A natureza finita dos orçamentos para a saúde levou à introdução de mecanismos capazes de garantir a sustentabilidade do sistema de saúde. Desde logo, a avaliação de tecnologias de saúde, do ponto de vista da relação custo-efetividade, é essencial para manter o equilíbrio entre a inovação farmacêutica e a sustentabilidade do SNS.

Paralelamente, foram implementadas diversas medidas destinadas ao controlo da despesa. Entre 2011 e 2014, sob assistência financeira, Portugal esteve sujeito ao compromisso de redução de custos para o SNS. No que disse respeito ao medicamento, foi necessário, entre outras coisas, alterar as margens de comercialização, proceder à alteração dos países de referência para a formação e revisão anual de preços e mudar as regras de comparticipação de medicamentos genéricos. Os resultados apontam, hoje, para uma redução da despesa em produtos farmacêuticos em meio ambulatorio e para um abrandamento da despesa hospitalar.

Em 2017, estima-se que os encargos totais do SNS com medicamentos tenham sido de 2.373 milhões de euros, menos 269 milhões de euros do que em 2010. Quanto ao cidadão, tem vindo a pagar cada vez menos pelos medicamentos, apesar do aumento da sua utilização.

O Infarmed disponibiliza, nos seus relatórios periódicos, dados de utilização e despesa de medicamentos em Portugal, permitindo também aos portugueses saber quanto é que o país gasta com medicamentos, quanto é que as suas escolhas lhes permitem poupar e que medicamentos são mais consumidos. Uma política de transparência que visa a disponibilização de informação necessária para escolhas informadas e seguras.

**// A melhoria do acesso aos medicamentos é responsável por vivermos mais anos e com mais qualidade de vida. O Infarmed é a entidade portuguesa responsável por regular e supervisionar a área do medicamento e a quarta agência europeia que mais contribui para a avaliação de processos de medicamentos na Europa.**



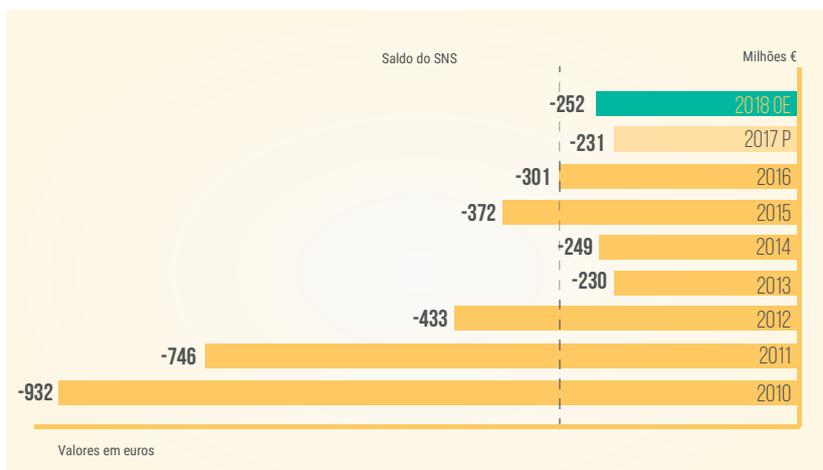
## 5. FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O envelhecimento da população, o crescente peso das doenças crónicas e a inovação terapêutica e tecnológica colocam grandes pressões ao setor da saúde. Uma realidade transversal a todos os países ditos desenvolvidos.

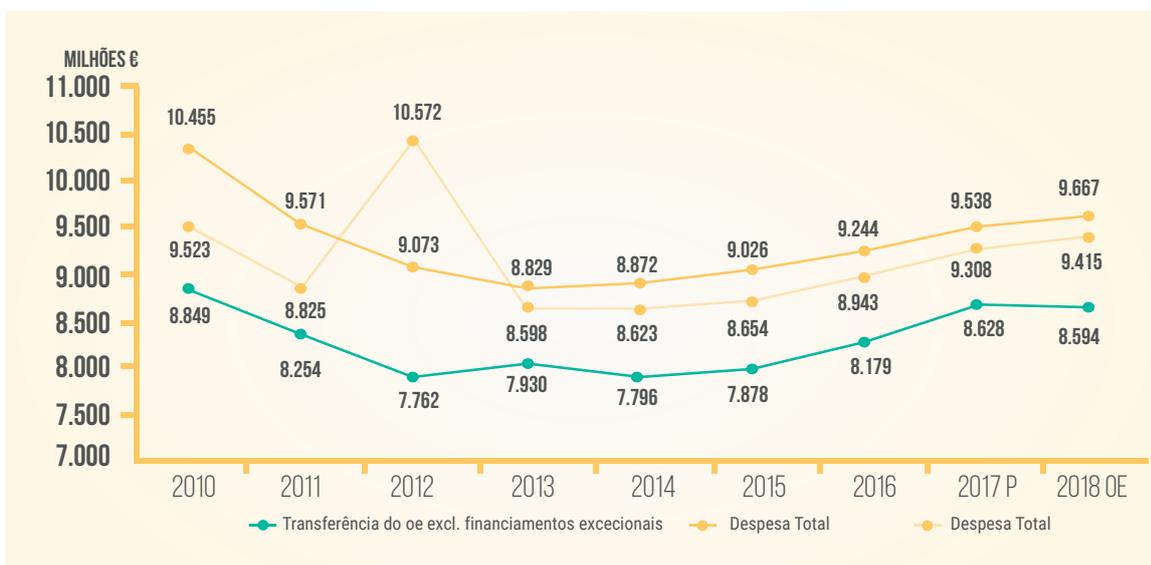
O grande desafio passa por responder a estas pressões sem quebrar o compromisso de continuar a assegurar uma melhoria na equidade do acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, gerando mais eficiência para o SNS. Em Portugal, a estratégia tem passado pelo reforço das verbas atribuídas à Saúde nos últimos Orçamentos do Estado, conjugado com a introdução de melhorias na gestão dos recursos financeiros alocados ao SNS. O Orçamento do Estado para 2018 prevê o aumento

das verbas atribuídas à Saúde, com a despesa do SNS a representar 11,8% da despesa primária das Administrações Públicas, mantendo o reforço progressivo do financiamento das políticas públicas neste setor.

O reforço do financiamento do SNS, que em 2018 atingirá o valor mais elevado dos últimos anos, tem de continuar a ser acompanhado pela consolidação das medidas de aumento da eficiência, com destaque para a otimização da capacidade instalada no SNS, para o aumento da produtividade dos recursos humanos, para a definição dos tetos máximos das despesas em medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, que têm sido acordados com os fornecedores, para a aquisição centralizada de produtos e dispositivos médicos e para o combate ao desperdício e à fraude.



Fonte: Ministério da Saúde | ACSS, 2018  
Fig. 80. Conta do SNS.



Fonte: Ministério da Saúde, ACSS, 2017  
Fig. 81. Evolução das transferências do OE, receita e despesa total, entre 2010 e 2017 (M€).

Estas medidas, conjugadas com o reforço dos capitais estatutários que se encontra em curso nas Entidades Públicas Empresarias do Setor da Saúde, permitirão aumentar o investimento, reduzir a dívida e contribuir para garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde, em geral, e do SNS, em particular.

O orçamento apresentado pelo Governo para 2018 prevê o reforço das verbas atribuídas à Saúde, mantendo o reforço progressivo do financiamento das políticas públicas neste setor. A despesa do SNS em 2018 representará 11,8% da despesa primária das Administrações Públicas, ganhando peso na afetação global dos recursos públicos.

Esta medida surge na continuidade do investimento que se tem vindo a efetuar no Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente a construção de raiz de novas unidades de saúde, alocação às mesmas e a outras de modernos equipamentos, alargamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e ampliação desta a novas valências e a aposta, pela primeira vez, na saúde oral nos cuidados de saúde primários.



Fonte: DGTF, 2018

**Fig. 82.** Evolução dos capitais estatutários das Entidades Públicas Empresarias da Saúde

**Nota:** \* No período compreendido entre 31-12-2010 e 31-12-2013 não se efetuaram aumentos de capital, pelo que os valores dos capitais estatutários se mantiveram inalterados naquele período.

\*\* No ano de 2016 não se efetuaram aumentos de capital, pelo que os valores dos capitais estatutários se mantiveram inalterados.

**// Responder às pressões que o setor da saúde enfrenta sem quebrar o compromisso de continuar a assegurar uma melhoria na equidade do acesso e na qualidade dos cuidados de saúde, gerando mais eficiência para o SNS, é o grande desafio.**



# III. TRANSFORMAÇÃO DIGITAL | + INOVAÇÃO

## 1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Nos últimos anos, têm sido desenvolvidos, implementados e atualizados diversos sistemas de informação. Hoje, são disponibilizados mais de 60 nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares. O objetivo passa por melhorar a qualidade da prestação e gestão de cuidados de saúde, aumentar a eficiência e atualizar tecnologicamente as instituições de saúde, conferindo uma melhoria aos serviços públicos, com reflexos para os cidadãos e para os profissionais.

À semelhança do que acontece com todo o SNS, também no que diz respeito aos sistemas de informação, o cidadão deve ocupar um lugar central. Nesse sentido, foi aprovada, em 2017, a Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde 2020, que visa o aumento do uso pessoal, autónomo e participado dos cidadãos. Para isso, prevê a disponibilização de múltiplas plataformas de serviços digitais que permitem o acesso e partilha de informação, mas também a simplificação e desmaterialização de registos e processos no SNS, até 2020.

São várias as iniciativas desenvolvidas, de que são exemplos o SNS Sem Papel, que veio possibilitar a prescrição e dispensa eletrónicas de medicamentos; a desmaterialização dos processos associados aos certificados de óbito e baixas médicas; ou a disponibilização de dados e serviços na internet, consagrando o princípio da transparência e dos dados abertos. Outra medida estratégica prende-se com a utilização crescente da telessaúde, como princípio de aproximação do cidadão à saúde.

### Já conhece a Área do Cidadão do Portal SNS?

**REGISTE-SE**

[www.sns.gov.pt/cidadao](http://www.sns.gov.pt/cidadao)



Marcar Consultas



Pedir Isenção da Taxa Moderadora



Consultar Guias de Tratamento



Renovar a Medicação Crónica



Consultar o Testamento Vital



Consultar a Área dos Benefícios SNS

**enesis** 2020 | ESTRATÉGIA NACIONAL PARA O ECOSISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

O trabalho nesta área começa a ser reconhecido. Em 2017, Portugal foi distinguido pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde como um exemplo de boas práticas, já que foi o primeiro país europeu com certificação eletrónica do óbito.

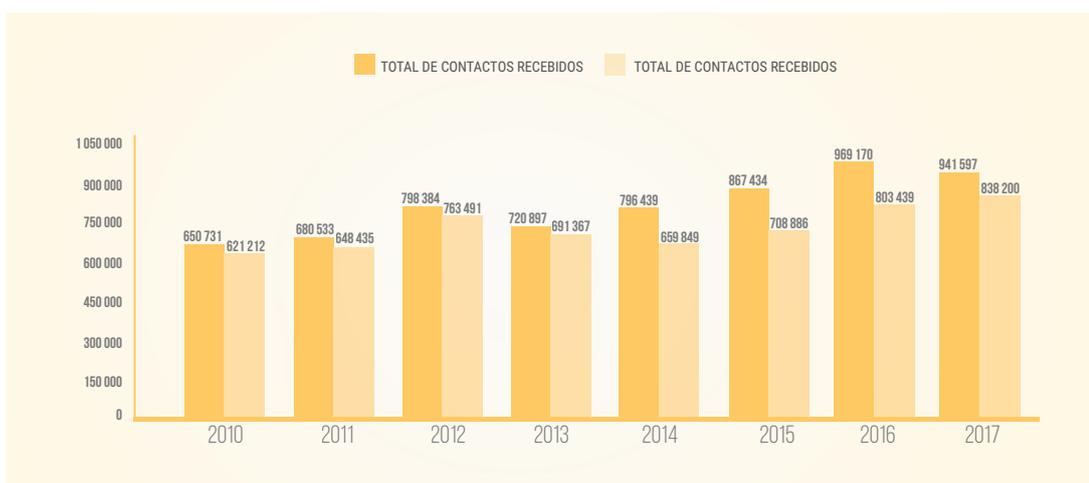
A destacar também, no mesmo ano, o SI.VIDA, sistema informático que permite a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA em seguimento hospitalar. Outro exemplo é a plataforma Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários, através da qual os profissionais de saúde e os cidadãos têm acesso, de forma transparente, ao desempenho das unidades de saúde, melhorando o processo de integração, a monitorização de dados e a contratualização. A segurança da informação é indispensável para assegurar o avanço desta mudança digital, o que confere à cibersegurança uma importância fundamental. Nesse sentido, foram desenvolvidas iniciativas e adotadas medidas que visam garantir o cumprimento dos

requisitos de segurança no ciberespaço a nível nacional, em conformidade com as diretivas europeias. O protocolo de cooperação estabelecido com o Gabinete Nacional de Segurança/Centro Nacional de Cibersegurança ou a aposta na formação e capacitação dos profissionais de saúde em tecnologias de informação e cibersegurança são apenas dois exemplos do trabalho pela melhor coordenação e partilha de boas práticas nesta área.

Outra condição essencial à transformação digital é a telessaúde, ou seja, a prestação de cuidados de saúde através de teleconsultas, o que permite levar o SNS a todos os cidadãos, eliminando quaisquer barreiras geográficas. São já várias as Unidades Locais de Saúde equipadas com webcam e microfone e preparadas para a realização de teleconferências.

Integrado no programa SNS + Proximidade, o Centro de Contacto do SNS (SNS 24) veio oferecer serviços informativos e administrativos, mas também de triagem, aconselhamento, encaminhamento e de telecuidados, com o objetivo de melhorar o acesso, ao libertar as urgências e os hospitais da carga assistencial e administrativa. O que começou por ser uma linha telefónica, é, hoje, um centro de contacto com o SNS, mais integrado e acessível através de site e aplicações móveis.

Mas a revolução não se esgota na cibersegurança ou na telessaúde. A exigência das novas gerações encaminha o SNS para soluções digitais que vão permitir aos cidadãos ter acesso à saúde em qualquer lugar e a qualquer hora, bem como contribuir para um melhor desempenho dos profissionais.



Fonte: SPMS, 2018

Fig. 83. Centro de Contacto do SNS | SNS 24 - Atividade operacional.

**// O Sistema de Saúde Português atravessa um período de transformação digital, com ganhos evidentes reconhecidos a nível internacional.**

**Em 2017, Portugal foi distinguido pelo Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde como um exemplo de boas práticas, por ter sido o primeiro país da Europa com certificação eletrónica do óbito.**



## 2. RECEITA SEM PAPEL

O sistema de saúde português mudou com a Receita Sem Papel, que trouxe vantagens para os médicos, farmacêuticos, cidadãos e para o sistema de saúde, em geral, com grande redução de custos e simplificação de procedimentos. O processo começou de forma gradual, primeiro nas unidades de saúde do SNS e, posteriormente, no setor privado. Em 2017, já funcionava em pleno em todo o país, incluindo Madeira e Açores.

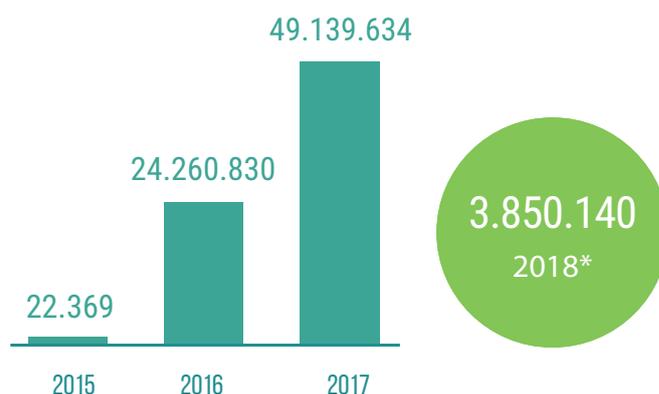
A implementação desta medida veio também conferir mais segurança ao sistema, já que permite detetar irregularidades com rapidez, bem como efetuar uma monitorização mais apurada, contribuindo para níveis elevados de transparência e eficácia.

Entre outras coisas, é possível, hoje, o envio de SMS com informação da receita e códigos para dispensa da mesma, a autenticação centralizada do médico prescriptor e assinatura digital da receita, ou a notificação do utente, sempre que haja uma dispensa em seu nome. Além disso, permite também saber se há números de



Fonte: SPMS, 2018

Fig. 84. Receitas em Papel.



Fonte: SPMS, 2018

Fig. 85. Receitas sem Papel.

Nota: \*Dados a janeiro de 2018

SABE QUE PODE OBTER  
**RECEITAS MÉDICAS SEM USAR PAPEL?**

- Use a Área do Cidadão
- Use a App MySNS Carteira
- Receba receita no seu e-mail pessoal
- SMS com código de dispensa de medicamentos

telemóvel a receber mais de cinco mensagens por dia provenientes da Receita Sem Papel, qual o número de prescriptores com mais de cem embalagens dispensadas na mesma farmácia e no mesmo dia, ou a quantidade de dispensas efetuadas, por farmácia, quando o prazo de validade está prestes a terminar.

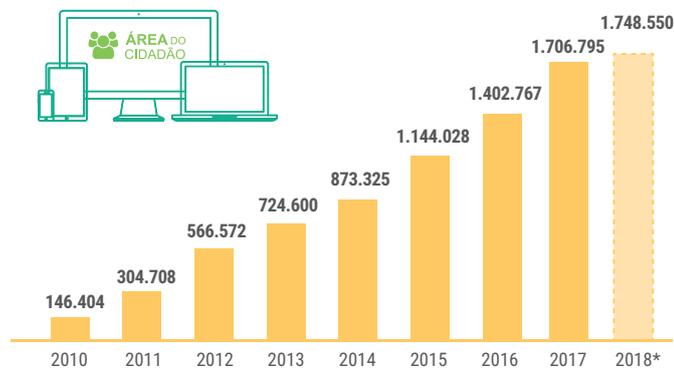
Detetados indícios de fraude, as situações são encaminhadas para as entidades competentes.

### 3. REGISTO DE SAÚDE ELETRÓNICO

O Registo de Saúde Eletrónico (RSE) tem como objetivo reunir informação clínica essencial de cada cidadão, como exames ou diagnósticos realizados, de forma a constituir um registo passível de ser partilhado entre o utente, profissionais de saúde e entidades prestadoras de serviços de saúde, quer públicas quer privadas.

O RSE é constituído por quatro portais, seguros e contextualizados: Área do Cidadão, Portal do Profissional, Portal Institucional e Portal Internacional.

A Área do Cidadão é a plataforma através da qual estes passam a ter um papel ativo na manutenção, promoção e melhoria do seu estado de saúde, o que, consequentemente, permite um atendimento mais eficaz e seguro.



Fonte: SPMS, 2018

Fig. 86. Utentes inscritos na área do cidadão no Portal SNS.

Mediante autenticação, além de informação útil, como contactos de emergência, os cidadãos têm acesso a registos sobre hábitos, medicação, alergias e doenças, ou medições de indicadores (peso, altura, glicémia, tensão arterial, colesterol, etc.). Podem ainda carregar documentos de saúde - análises clínicas ou relatórios médicos e similares - e partilhar os dados clínicos com os profissionais do SNS, após autorização do utente.

Além disso, através desta plataforma, é possível também contactar diretamente o centro de saúde, marcar consultas médicas, pedir prescrição de medicação crónica

prevista pelo médico, bem como consultar a situação da inscrição, a posição na lista e o tempo de espera previsível para cirurgia.



Fonte: SPMS, 2018

Fig. 87. Utentes com registo nacional de testamento vital.

Caso a autenticação seja feita com o Cartão do Cidadão, pode consultar-se o eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil e os dados que constam do Resumo Clínico Único, como alergias, medicação, diagnósticos, cirurgias e vacinação.

No que diz respeito ao Portal do Profissional, consiste numa plataforma centrada no cidadão, que permite aos profissionais de saúde terem acesso à informação clínica dos utentes. Disponível em todas as unidades de cuidados de saúde primários e de cuidados hospitalares do SNS, apresenta a informação que o utente disponibilizou na Área do Cidadão e cuja consulta autorizou.

Aos profissionais de saúde, possibilita obter alguns indicadores que facilitam o conhecimento, diagnóstico e tratamento do utente.

Além do processo clínico eletrónico, é possível também aceder a todos os contactos efetuados pelo utente nas diversas instituições de saúde do país, como o INEM ou o SNS 24. Existe ainda uma versão do Portal do Profissional disponível para acesso pelos médicos, a título individual, com um conjunto de funcionalidades e serviços úteis à sua atividade. Por sua vez, o Portal Institucional disponibiliza aos serviços de gestão do RSE estatísticas que permitirão criar um repositório de informação clínica anónima, para fins de saúde pública e investigação epidemiológica.

Por intermédio do projeto europeu epSOS, o Portal Internacional dá a possibilidade a médicos de outros países da União Europeia de consultarem o resumo clínico único do utente, mediante a sua autorização prévia no portal.

## 4. PORTAL SNS E APLICAÇÕES MÓVEIS

Alinhada com os princípios de transparência, inovação e informação, a criação de soluções digitais tornou-se essencial para os cidadãos, que, estando em constante movimento, podem transportar informação de saúde e, de preferência, no bolso e para toda a parte.

MySNS é uma das aplicações mais populares da Google Play, também posicionada no top da loja da Apple, e permite obter informações relativas ao Serviço Nacional de Saúde e ao SNS 24.

Quanto à MySNS Tempos, possibilita verificar o tempo médio de atendimento nas urgências de cada instituição de saúde.

Já através da MySNS Carteira, é possível consultar o boletim de vacinas, as receitas eletrónicas e o testamento vital. Mais recentemente, integrado nesta aplicação, foi lançado o cartão da atividade física, que, ao incorporar várias funcionalidades, permite monitorizar a prática de atividade física do cidadão. Prevê-se que, no curto espaço de tempo, venham a ser criados o cartão de alergias, onde o cidadão poderá consultar a sua lista de alergias e intolerâncias registadas, e o cartão de Dador de Sangue, entre outros.

Em prol da transparência, e numa perspetiva de aproximar o sistema de saúde das necessidades atuais do cidadão, as aplicações móveis representam uma aposta necessária. Se Portugal já esteve no fim da linha, hoje, está em primeiro lugar no ranking digital da saúde.



### APP MySNS

Permite aceder, de forma fácil e intuitiva, aos serviços digitais da saúde e a várias linhas de atendimento gerais, que dão resposta ao cidadão sobre situações específicas de saúde.

**143.828**  
DOWNLOADS

FONTE: SPMS [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt) | SPMS. SNS

### APP MySNS TEMPOS

Já pode saber o tempo médio de espera antes de dirigir-se à urgência. Consulte na app MySNS Tempos.

**51.266**  
DOWNLOADS

FONTE: SPMS [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt) | SPMS. SNS

### APP MySNS CARTEIRA

A Carteira eletrónica da Saúde

**116.374**  
DOWNLOADS

FONTE: SPMS [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt) | SPMS. SNS

**// A Receita Sem Papel e o Registo de Saúde Eletrónico representam uma inovação na saúde em Portugal, com melhorias ao nível do acesso, da redução de custos e da simplificação de procedimentos.**





# IV. PORTUGAL NO MUNDO | + GLOBAL

## 1. VIVEMOS MAIS

O crescimento da esperança de vida em Portugal superou a média da União Europeia, segundo dados da OCDE e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. A média de vida dos portugueses foi de 81,3 anos, em 2015, quando, em 2000, era de 76,8 anos. Um aumento que se verifica quer nos homens quer nas mulheres.

A melhoria das condições gerais de vida, a oferta de serviços de saúde de qualidade e a diminuição da prevalência de algumas doenças têm contribuído para prolongar a vida dos portugueses. Estas importantes conquistas de saúde pública também são partilhadas por muitos outros países na Europa e no resto do mundo, mas existem diferenças importantes.

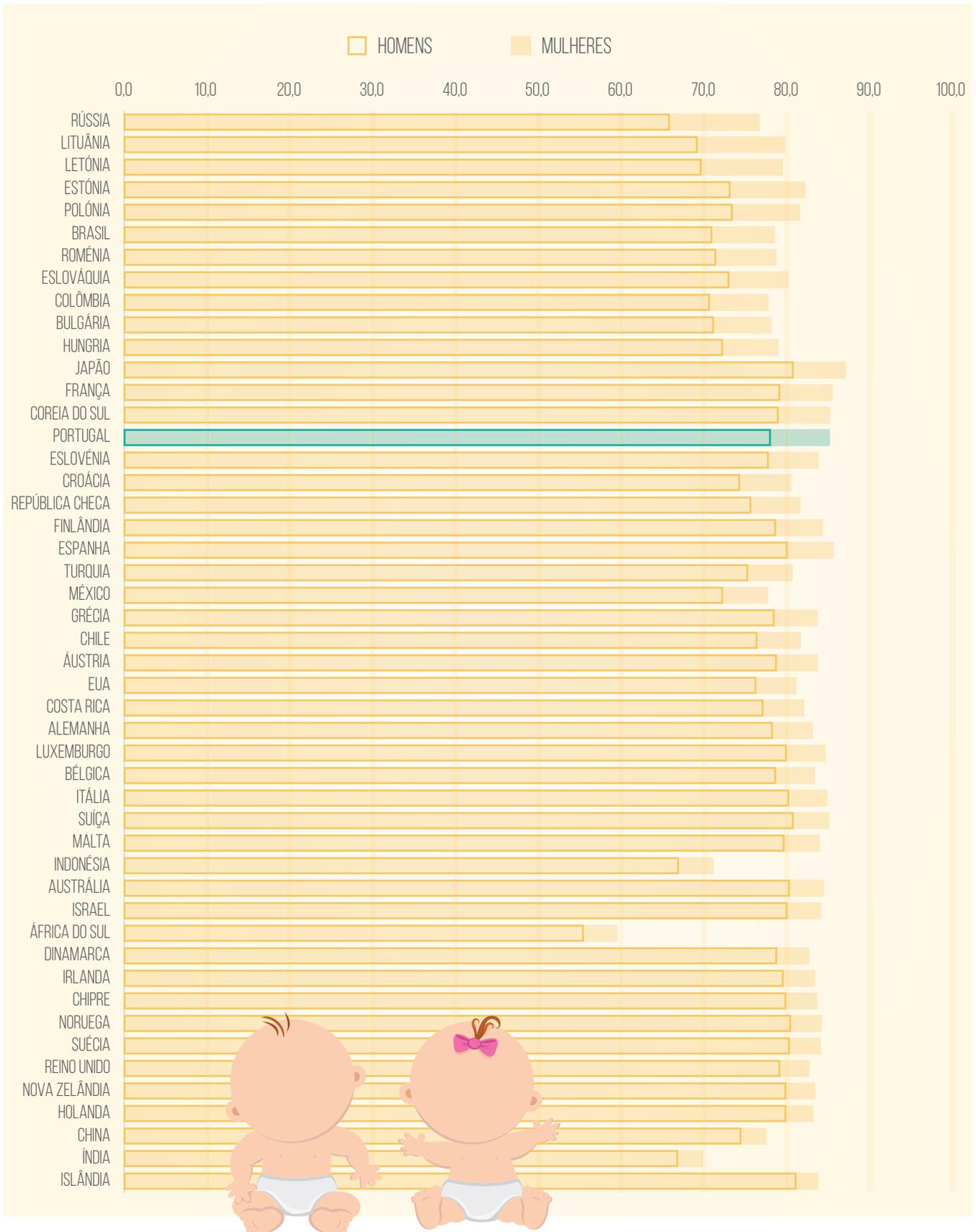
Em 2015, Japão, Espanha e França eram os países onde as mulheres viviam mais anos. Portugal ocupava a 10ª posição, com 84,3 anos. Quanto aos homens, os islandeses, japoneses e suíços revelaram ser aqueles que viviam até mais tarde, surgindo os portugueses na 25.ª posição, com uma esperança média de vida de 78,1 anos.

No contexto da União Europeia, os países do Sul da Europa apresentam uma esperança de vida mais elevada, quando comparados com os países do Leste europeu. Em todos eles, os homens, geralmente, morrem mais jovens do que as mulheres.

A esperança de vida saudável aos 65 anos indica quantos anos pode, em média, uma pessoa esperar viver quando atinge esta idade, com saúde.

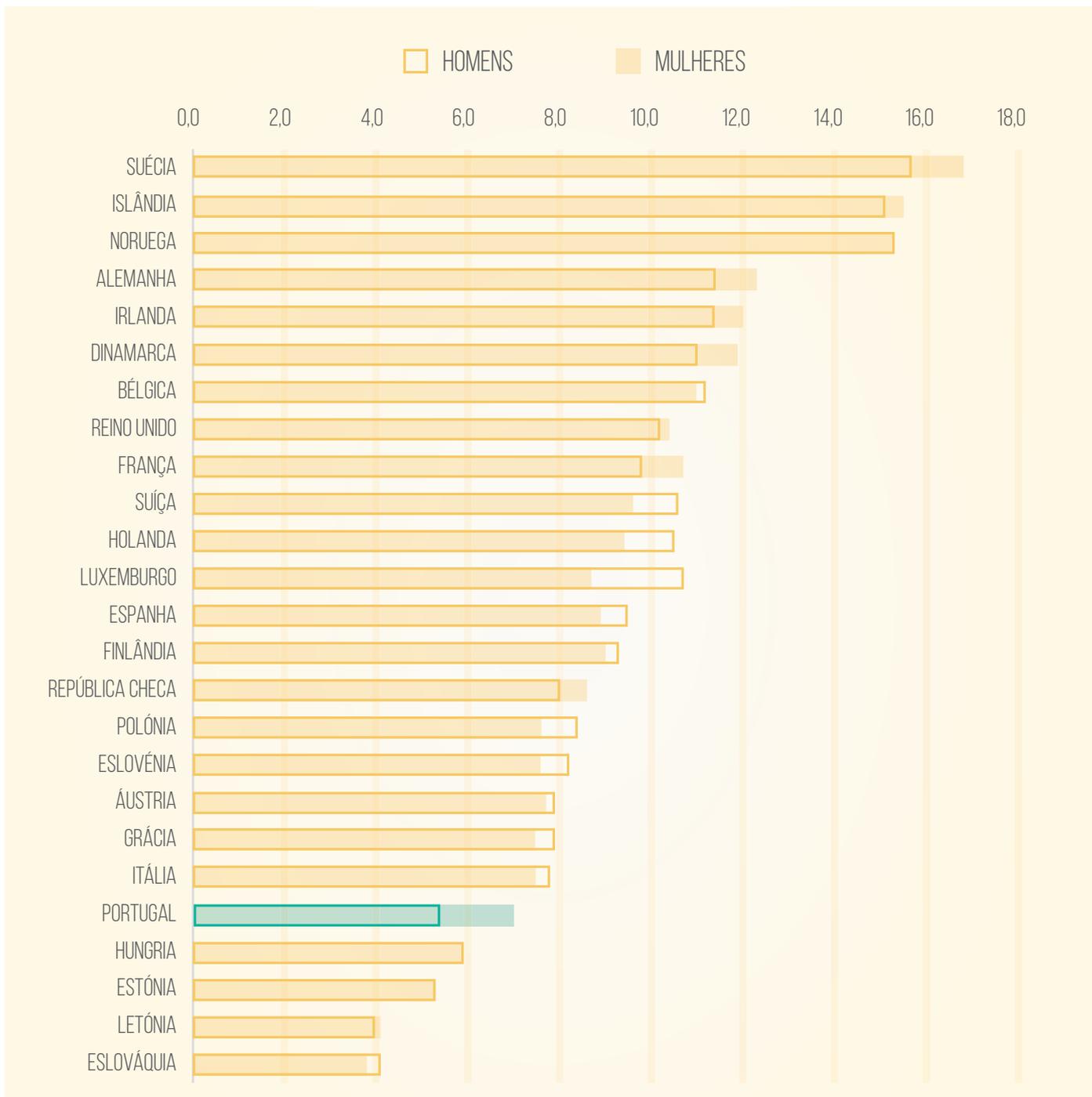
Entre os países europeus membros da OCDE, a Suécia, em 2015, era o país onde tanto as mulheres como os homens podiam esperar viver mais anos com saúde, quando chegassem aos 65. São, aliás, os países do Norte da Europa que registam os valores mais altos relativamente a este indicador, por oposição aos países do Centro e Leste europeus.

Em Portugal, a média é de 5,4 anos nas mulheres, enquanto nos homens se situa nos sete anos. Se as mulheres portuguesas esperam viver mais à nascença, a partir dos 65 anos, são os homens que podem esperar viver mais com saúde. De salientar que as diferenças entre homens e mulheres, no que respeita a este indicador, são muito variáveis nos diferentes países.



Fonte: OCDE, 2017

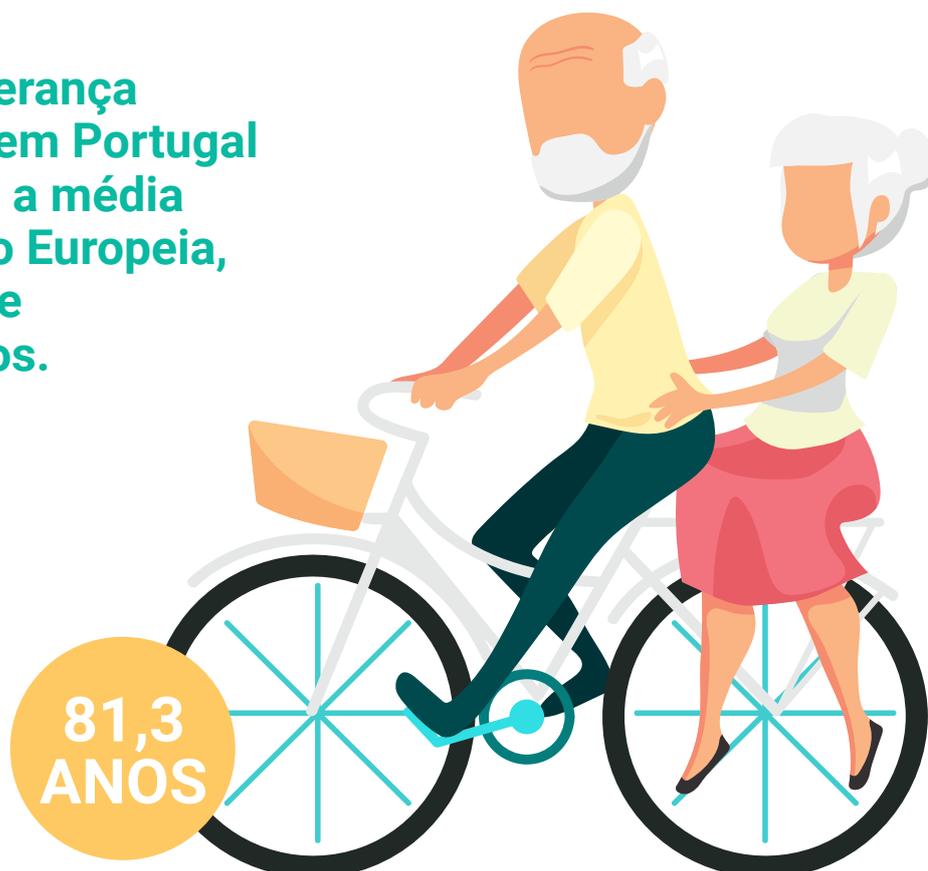
Fig. 88. Esperança Média de Vida à Nascimento, por sexo, 2015.



Fonte: OCDE, 2017

Fig. 89. Esperança Média de Vida Saudável aos 65 anos, por sexo, 2015.

// A esperança  
de vida em Portugal  
superou a média  
da União Europeia,  
sendo de  
81,3 anos.



## 2. OS DESAFIOS DA EUROPA

O número de mortes em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, tendo sido superior a 110 mil em 2016. Uma tendência semelhante à dos países da Europa Ocidental e do Sul e à qual não é alheio o envelhecimento da população. Bulgária, Letónia e Lituânia são os países da União Europeia que apresentam a mais elevada taxa de mortalidade, ao contrário de Chipre, Irlanda e Luxemburgo.

A mortalidade prematura refere-se às mortes ocorridas antes dos 70 anos. Trata-se de um indicador importante para conhecer as causas que estão a matar as pessoas cedo demais. Varia muito entre os países e regiões da Europa e consoante o sexo, atingindo mais os homens do que as mulheres. Em Portugal, as doenças oncológicas e cardiovasculares são as principais causas de morte antes dos 70 anos. Uma tendência comum à Europa.

Em 2015, a mortalidade prematura masculina colocava Portugal na 11.ª posição entre os 28 países da União Europeia, tendo sido o Luxemburgo o país com o valor

mais baixo, por oposição à Lituânia. No que diz respeito às mulheres, Portugal ocupava, em 2015, o 22º lugar da mortalidade prematura, tendo esta registado os valores mais baixos em Espanha e mais elevados na Bulgária. De salientar que, em 2012, a OMS Europa adotou o objetivo de redução, até 2020, de 25% da mortalidade prematura atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas.

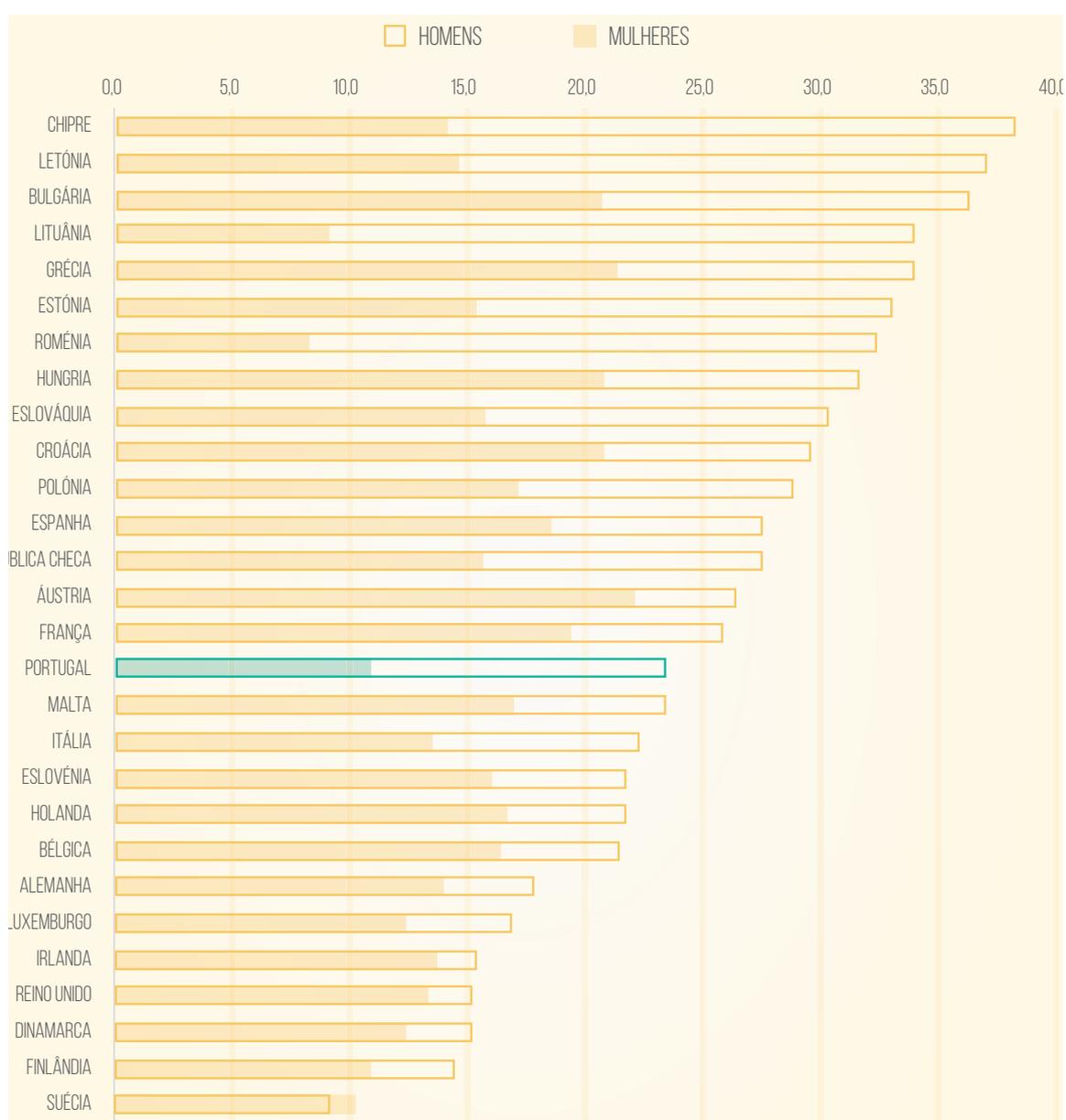
A morbilidade e mortalidade da população apresentam tendências e causas diversas, sendo influenciadas por vários fatores. Se há determinantes da saúde incontornáveis, como a idade, sexo e questões hereditárias, outros há que se devem a comportamentos de risco, que podem ser evitados.

Em Portugal, um quarto do peso da doença tem origem em fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, o consumo de álcool e os hábitos alimentares. Situação esta que acompanha a tendência europeia.



A prevalência de tabagismo é muito variável por toda Europa. Observa-se, contudo, que há mais homens fumadores nos países do Sul (Chipre e Grécia) e de Leste (Letónia, Bulgária e Lituânia), sendo os escandinavos os que menos fumam. Em Portugal, em 2014, eram 23,5% os homens portugueses com hábitos diários de tabagismo.

Pelo contrário, as portuguesas surgiram como as mulheres europeias que menos fumam diariamente (10,9%), estando apenas à frente das suecas, lituanas e romenas. Já a Áustria, Grécia e Croácia, apresentaram os números mais altos de fumadoras diárias.



Fonte: Eurostat, 2017

Fig. 90. Fumadores diários, por sexo, UE, 2014.

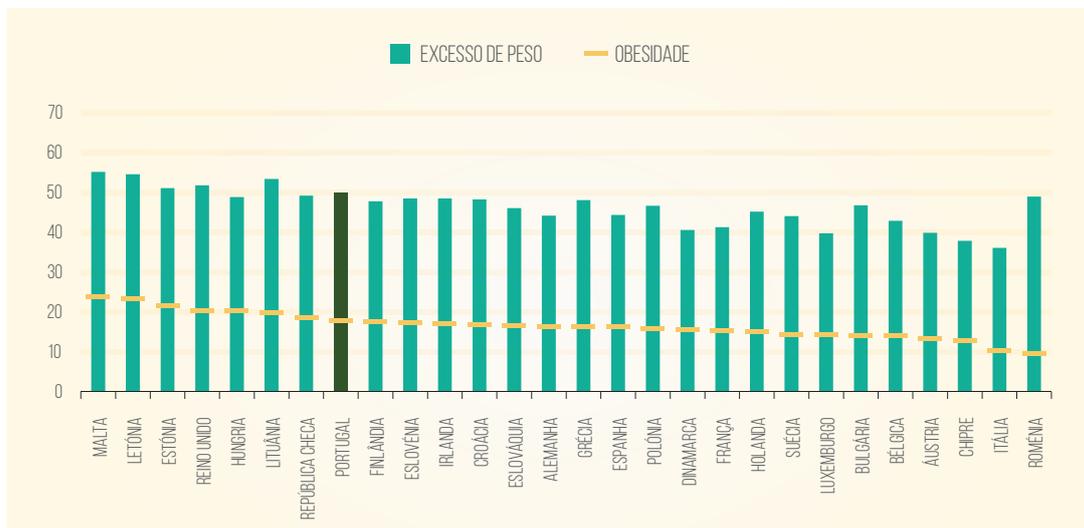
No contexto da União Europeia, o consumo diário de álcool tem enormes variações. Por um lado, os países do Sul, como Portugal, Espanha e Itália, revelam percentagens elevadas de consumo. Por outro, o Norte e Leste europeus têm padrões de consumo mais baixos.

Em 2014, eram 38,3% os homens portugueses que consumiam álcool diariamente, o valor mais alto da Europa, por oposição à Lituânia. Embora menos do que os homens, as mulheres portuguesas também registaram o consumo diário de álcool mais elevado na União Europeia (11,8%), seguidas das belgas e italianas.

Pelo contrário, as polacas, estónias e lituanas registaram os consumos mais baixos.

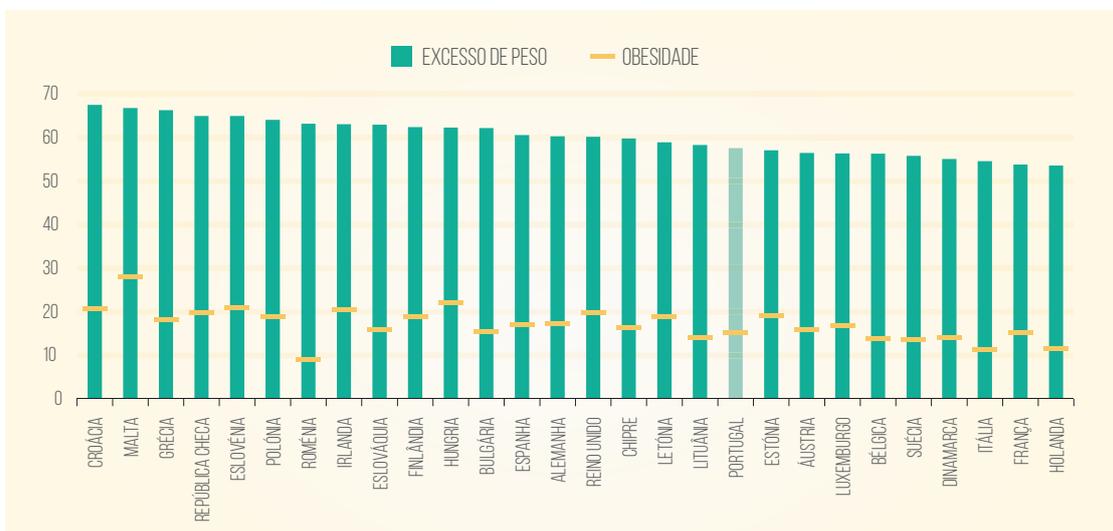
Em 2014, mais de metade dos homens em todos os países tinha excesso de peso. Em Portugal, eram 57,6%. Relativamente à obesidade masculina, Malta, Letónia e Estónia tinham os valores mais elevados, por oposição à Roménia. Já quanto a Portugal, havia 17,8% de homens obesos.

No que diz respeito às mulheres, os valores não são tão altos como nos homens. Ainda assim, metade das



Fonte: Eurostat, 2017

Fig. 91. Prevalência de excesso de peso e obesidade, mulheres, UE, 2014



Fonte: Eurostat, 2017

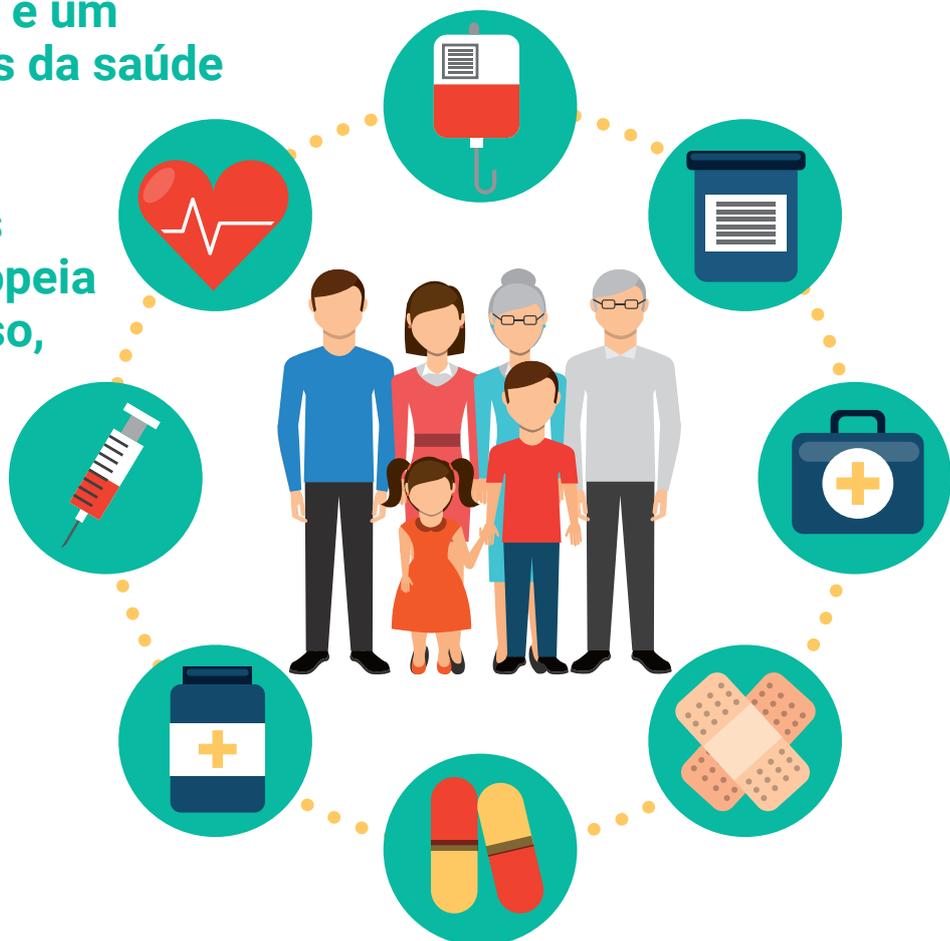
Fig. 92. Prevalência de excesso de peso e obesidade, homens, UE, 2014

portuguesas tinha excesso de peso, o que coloca o país na sexta posição da Europa, liderada por Malta, sendo as italianas as que apresentavam valores mais baixos. Quanto à obesidade feminina, em Portugal, situava-se, tal como a masculina, nos 17,8%.

O excesso de peso é, atualmente, um dos maiores desafios da saúde pública na Europa. Uma dieta desequilibrada, associada a estilos de vida sedentários, coloca os europeus em risco de desenvolver várias doenças crónicas, incluindo doenças cardiovasculares e cancro.

Em Portugal, têm sido várias as medidas tomadas para combater esta realidade. Um dos exemplos é o novo Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, através do qual se pretende promover estilos de vida saudáveis e combater o sedentarismo.

**// O excesso de peso é um dos maiores desafios da saúde pública na Europa. Mais de metade dos homens em todos os países da União Europeia tinha excesso de peso, em 2014.**



O estado de saúde da população portuguesa melhorou consideravelmente ao longo da última década. Os portugueses vivem mais anos, sendo, aliás, a esperança de vida superior à média da União Europeia.

E isto deve-se às melhores condições de vida, mas também ao facto de os cidadãos passarem a ter tido mais e melhor acesso aos cuidados de saúde. Por outro lado, o próprio progresso da medicina e da tecnologia refletiram-se positivamente nos medicamentos e nas terapêuticas, que são, hoje, mais inovadores e eficazes.

Todas estas evoluções, associadas à profunda mudança de perfil demográfico e epidemiológico do país, tiveram um forte impacto na sociedade. Atualmente, e tal como acontece com os chamados países desenvolvidos, deparamo-nos com problemas de saúde bem diferentes daqueles que enfrentávamos há uns anos. Se, por um lado, o envelhecimento da população conduz ao aumento de doenças crónicas, por outro, adotámos também novos estilos de vida, com comportamentos que determinam fortemente o estado da nossa saúde.

Um novo paradigma exige novas respostas. Tem sido esse o rumo do sistema de saúde português, em geral, e do Serviço Nacional de Saúde, em particular. O SNS adaptou-se e revitalizou-se. Modernizaram-se as infraestruturas e equipamentos. Melhorou-se a gestão e valorização dos profissionais de saúde.

Reorganizaram-se os serviços de prestação de cuidados de saúde, colocando o cidadão e a sua família no centro dos mesmos. Criaram-se programas específicos de atuação, para problemas que exigiam respostas eficazes. Desmaterializaram-se e simplificaram-se procedimentos. Encetou-se uma verdadeira revolução digital na saúde, dotando os serviços, os profissionais de saúde e os próprios cidadãos de ferramentas e informação indispensáveis ao mundo tecnológico.

Colocou-se em curso um programa robusto de literacia em saúde, que visa capacitar o cidadão, cada vez mais informado e exigente. E tudo isto com mais proximidade e humanização.

Com resultados reconhecidos internacionalmente, a Saúde em Portugal, em 2018, é motivo de orgulho para todos. O caminho está longe de terminar. Mas é com foco na excelência dos cuidados de saúde e na equidade do acesso que vamos continuar a percorrê-lo.





## SIGLAS & ACRÓNIMOS

- ACSS** Administração Central do Sistema de Saúde
- AIM** Autorização de Introdução no Mercado
- APVP** Anos Potenciais de Vida Perdidos
- ARS** Administração Regional de Saúde
- AUE** Autorização de Utilização Especial
- CH** Centro Hospitalar
- CHNM** Código Hospitalar Nacional de Medicamentos
- CID** Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
- CID-10** Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.ª revisão
- CID-9-MC** Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9.ª revisão - Modificação Clínica
- COSI** Childhood Obesity Surveillance Initiative (Sistema de Vigilância Nutricional Infantil)
- CSP** Cuidados de Saúde Primários
- DALY** Anos de vida ajustados à incapacidade (Disability-Adjusted Life Year)
- DC** Day Case
- DDD** Dose Diária Definida (Defined Daily Dose)
- DGS** Direção-Geral da Saúde
- DHD** Dose Diária Definida por 1000 habitantes e por dia
- EARS-Net** European Antimicrobial Resistance Surveillance Network
- ECDC** European Centre for Disease Prevention and Control
- EEA** Espaço Económico Europeu (European Economic Area)
- EPE** Entidade Pública Empresarial
- ESPAD** European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- EUROSTAT** Autoridade estatística da União Europeia
- GBD** Carga global da doença (Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors)
- GDH** Grupos de Diagnósticos Homogéneos
- GOPA** Global Observatory for Physical Activity
- HBSC** Health Behaviour in School-aged Children (Comportamentos de saúde em crianças de idade escolar)
- HTA** Hipertensão arterial
- ICPC** Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários
- ICS MRSA** Infeção da corrente sanguínea (bacteriemia) por *Staphylococcus aureus* resistente a metilina
- ICSRCVC** Infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central
- ICSRCVC UCI** Infeção da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central em unidades de cuidados intensivos de adultos
- IHME** Institute for Health Metrics and Evaluation
- IMC** Índice de Massa Corporal
- INE** Instituto Nacional de Estatística
- INFARMED** Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
- INS** Inquérito Nacional de Saúde
- INSA** Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- INSEF** Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
- IP** Instituto Público
- LVT** Lisboa e Vale do Tejo
- MRSA** *Staphylococcus aureus* resistente a metilina

**NCD** Doenças crónicas (Non-communicable diseases)

**NUTS** Nomenclatura das Unidades Territoriais (para fins estatísticos)

**OCDE** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMS** Organização Mundial da Saúde

**ONU** Organização das Nações Unidas

**ONU-SIDA** Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

**p.p.** Pontos percentuais

**P12M** Prevalência de consumo nos últimos 12 meses

**P30D** Prevalência de consumo nos últimos 30 dias

**PAI** Pneumonia Associada à Intubação endotraqueal

**PLV** Prevalência de consumo ao longo da vida

**PND** Programa Nacional para a Diabetes

**PNDCCV** Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

**PNDO** Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

**PNDR** Programa Nacional para as Doenças Respiratórias

**PNHV** Programa Nacional para as Hepatites Virais

**PNPAF** Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física

**PNPAS** Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável

**PNPCT** Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

**PNS** Plano Nacional de Saúde

**PNSIDA** Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA

**PNT** Programa Nacional para a Tuberculose

**PNSM** Programa Nacional para a Saúde Mental

**PNV** Programa Nacional de Vacinação

**PP** Programas Nacionais de Saúde Prioritários

**PPCIRA** Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

**PPP** Parceria Público-Privada

**SIARS** Sistema de Informação das ARS

**SICA** Sistema de Informação de Contratualização e Acompanhamento

**SICAD** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

**SIGIC** Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

**SINAVE** Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

**SNC** Sistema Nervoso Central

**SNS** Serviço Nacional de Saúde

**SPMS** Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

**SVIG – TB** Sistema de Vigilância de Tuberculose

**UDI** Utilização de Drogas Injetáveis

**UE** União Europeia

**VIH/SIDA** Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**WHO** Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)

**WHO/Euro** idem para a Região Europa

**YLD** Anos vividos com incapacidade (Years Lived with Disability)

**YLL** Anos de vida perdidos (Years of Life Lost)

