



QUEBRAS SEM PRECEDENTES NO NÚMERO DE ATOS ASSISTENCIAIS PRESTADOS EM 2020

Por ocasião do Dia Mundial de Saúde, que se celebra amanhã, o INE divulga uma nova edição da publicação “Estatísticas da Saúde”, com indicadores de 2020. Esta informação é particularmente relevante, tendo em conta que respeita ao primeiro ano da pandemia COVID-19, embora não tenha sido possível obter alguns dados, nomeadamente os óbitos por causas de morte em 2020.

Destacam-se os seguintes resultados:

- Em 2020, existiam em Portugal 57 198 médicos, mais 3,2% do que em 2019, e 77 984 enfermeiros, mais 2,9% do que no anterior.
- A atividade hospitalar foi fortemente afetada pelo contexto pandémico vivido em 2020, visível através das quebras sem precedentes no número de atos assistenciais prestados. O serviço de urgência e o internamento registaram os valores mais baixos da série iniciada em 1999. Houve também diminuições acentuadas no número de cirurgias em bloco operatório, de consultas médicas e de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica realizados em contexto hospitalar.
- A situação epidemiológica de 2020 teve repercussões na atividade quer dos prestadores públicos, quer dos prestadores privados. A urgência foi o serviço hospitalar mais afetado, independentemente do tipo de prestador. A atividade dos hospitais privados sofreu quebras acentuadas nos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica (-20,6%) e das consultas externas (-18,3%).
- Os hospitais públicos ou em parceria público-privada continuaram em 2020 a ser os principais prestadores de serviços de saúde, assegurando 83,2% dos atendimentos em urgência, 74,9% dos internamentos, 69,6% das cirurgias em bloco operatório e 65,1% das consultas médicas.
- Pessoas que terminaram o ensino superior ou com maiores rendimentos têm maiores probabilidades de avaliar o seu estado de saúde como bom ou muito bom (mais 22,2 p.p. naquela probabilidade, em relação às que completaram, no máximo, o ensino básico; mais 0,10 p.p. por cada aumento de 1% do rendimento monetário por adulto equivalente).
- O ensino superior e o rendimento têm também uma relação com a diminuição da probabilidade de existência de limitações na realização de atividades habituais: menos 10,1 p.p. nesta probabilidade para os que concluíram o ensino superior, em relação aos que terminaram o ensino básico ou não terminaram qualquer nível de ensino; menos 0,04 p.p. por cada aumento de 1% no rendimento monetário por adulto equivalente.

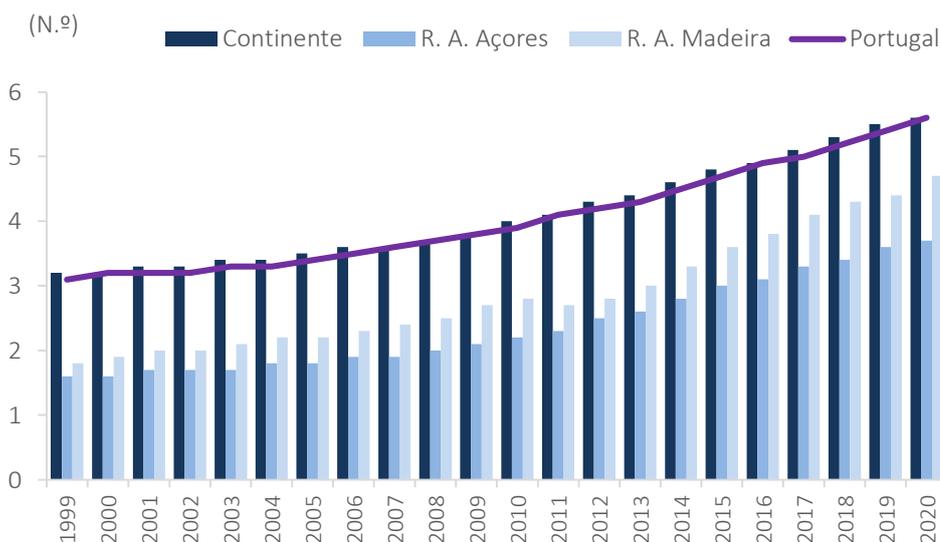


O número de médicos aumentou para 5,6 por 100 mil habitantes em 2020

Em 2020, estavam inscritos na Ordem dos Médicos 57 198 profissionais, dos quais 55 094 no Continente, 902 na Região Autónoma dos Açores e 1 202 na Região Autónoma da Madeira. Assim, existiam 5,6 médicos inscritos por 1 000 habitantes, mais 0,2 médicos por 1 000 habitantes do que em 2019.

O aumento do número de médicos entre 2019 e 2020 seguiu a tendência de crescimento contínuo da série observada desde 2004, com mais intensidade na Região Autónoma dos Açores (em média, mais 4,6% entre 2004 e 2020) e na Região Autónoma da Madeira (em média, mais 4,9% no mesmo período). Apesar do aumento generalizado, o Alentejo e as regiões autónomas dos Açores e da Madeira continuavam em 2020 a registar números inferiores à média nacional, respetivamente 3,2, 3,7 e 4,7 médicos por 1 000 habitantes.

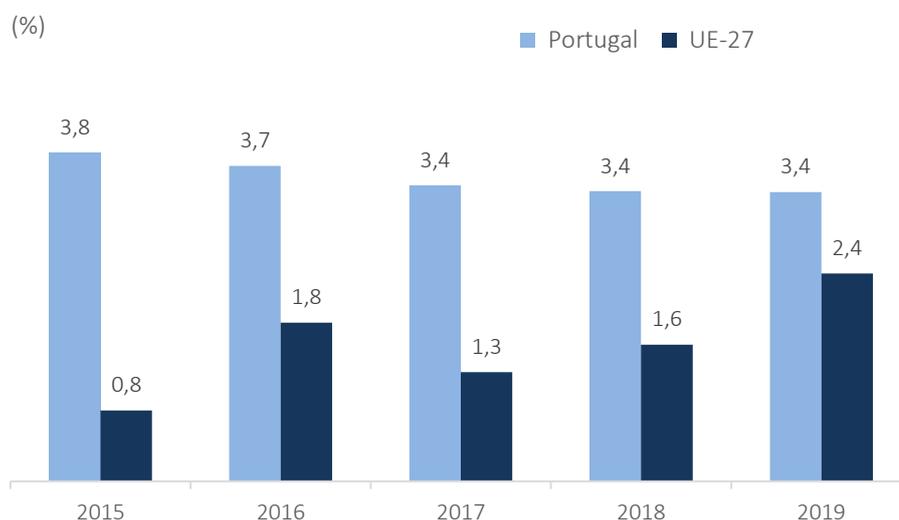
Figura 1. Médicos por 1 000 habitantes, Portugal e NUTS I, 1999-2020



Fonte: INE, Pessoal de Saúde.

A comparação com os resultados atualmente disponíveis para a UE-27 indica que o crescimento do número de médicos foi mais elevado em Portugal: 18,9% entre 2014 e 2019, obtendo-se uma taxa anual média de crescimento de 3,5%. No mesmo período, o número de médicos na UE-27 aumentou 8,3%, o que se traduz por uma média de crescimento de 1,6% ao ano.

Figura 2. Taxas de variação do número de médicos, Portugal e UE-27, 2015-2019



Fonte: Ordem dos Médicos, Eurostat.

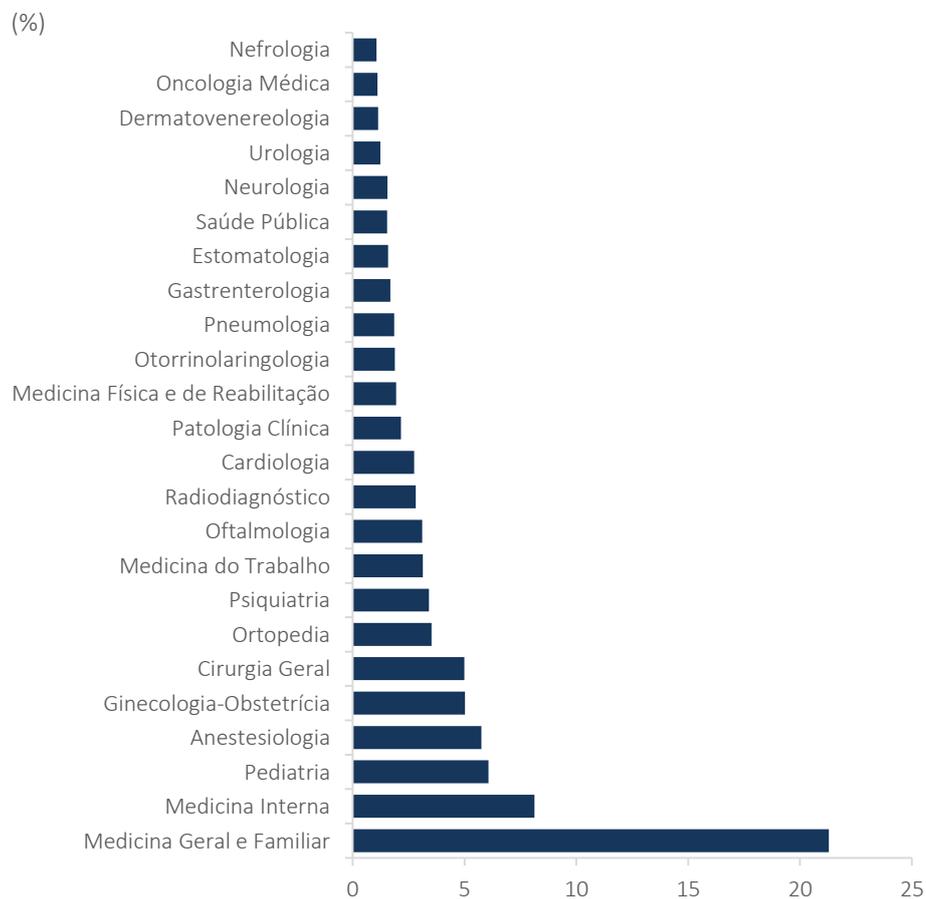
Em 20 anos, o rácio mulheres/homens dos médicos alterou-se de forma significativa em Portugal, de 81,4 mulheres por 100 homens em 2000 para 128,6 mulheres por 100 homens em 2020, acima do rácio de 103,8 obtido para a UE-27 em 2019.

Do total de médicos inscritos na Ordem dos Médicos em 2020, mais de 60% eram especialistas (34 836), ou seja, estavam habilitados a exercer pelo menos uma especialidade em Medicina. Em 2020, a Medicina Geral e Familiar, a Pediatria, a Medicina Interna e a Anestesiologia continuavam a ser as especialidades detidas por um maior número de médicos especialistas.

Nesse ano existiam 0,9 especialistas em Medicina Geral e Familiar por 1 000 habitantes com 15 ou mais anos e 1,6 especialistas em Pediatria por 1 000 habitantes com menos de 15 anos. Entre 2000 e 2020, o número de especialistas em Medicina Geral e Familiar aumentou 70,8% (em média, 2,7% ao ano), o que representa mais 0,9 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar por 1 000 habitantes com 15 ou mais anos, e o número de especialistas em Pediatria aumentou 68,6%.

Ainda em 2020, a propósito de algumas especialidades médicas com mais interesse no contexto da pandemia COVID-19, existiam 209 especialistas em Doenças Infecciosas (mais do dobro dos existentes em 2000 e mais 1/3 em relação a 2014), 667 médicos especialistas em Pneumologia (mais de 40% em relação a 2000 e 14,6% em relação a 2014) e 562 especialistas em Saúde Pública (com um aumento superior a 1/3 em relação a 2000 e de 16,1% em relação a 2014).

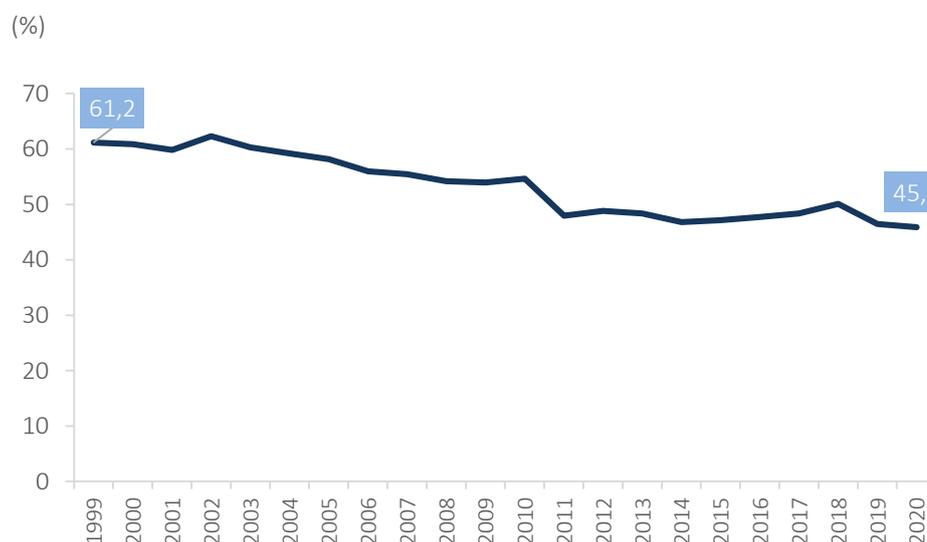
Figura 3. Principais especialidades médicas, Portugal, 2020



Fonte: INE, Pessoal de saúde.

Cerca de 46,0% (26 249) do total de médicos inscritos na Ordem dos Médicos em 2020 trabalhavam num hospital, menos 0,6 p.p. do que em 2019. A proporção de médicos a trabalhar nos hospitais tem vindo a diminuir nos últimos 20 anos: em 2000 registava um valor de 58,2%.

Figura 4. Proporção de médicos a trabalhar em hospitais portugueses, Portugal, 1999-2020



Fontes: INE, Inquérito aos Hospitais; INE, Pessoal de saúde.

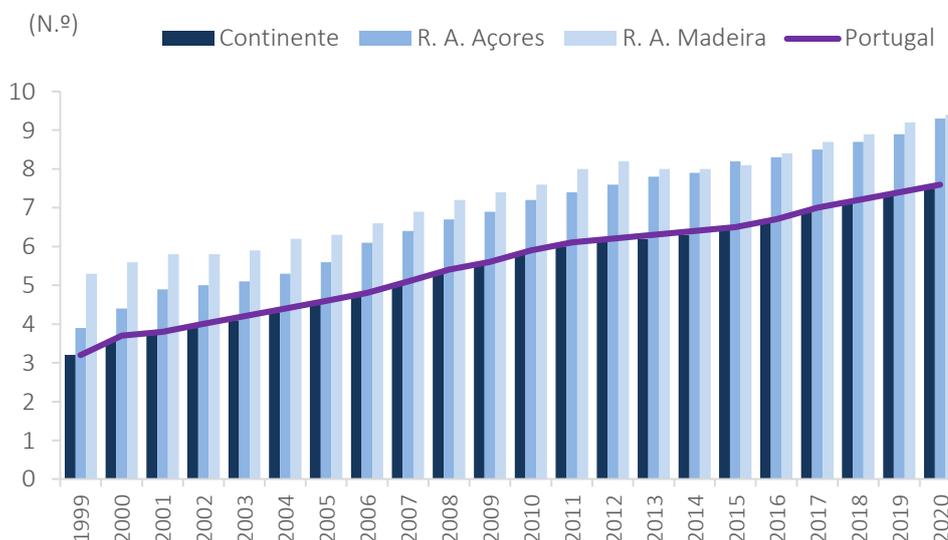
O número de enfermeiros manteve a tendência de crescimento anual de 2,9%

Em 2020, estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros 77 984 profissionais, ou seja, 7,6 enfermeiros por 1 000 habitantes, um aumento de 0,2 enfermeiros por 1 000 habitantes em relação a 2019 (quando se registavam 7,4 enfermeiros por 1 000 habitantes).

O aumento do número de enfermeiros entre 2019 e 2020 seguiu a tendência de crescimento contínuo da série iniciada em 1999, em particular a tendência de aumento anual de 2,9% que se tem verificado desde 2017.

O número de enfermeiros por 1 000 habitantes mantém-se consistentemente superior nas regiões autónomas, com 9,3 e 9,4 enfermeiros por 1 000 habitantes em 2020, respetivamente na Região Autónoma dos Açores e na Região Autónoma da Madeira.

Figura 5. Enfermeiros por 1 000 habitantes, Portugal e NUTS I, 1999-2020



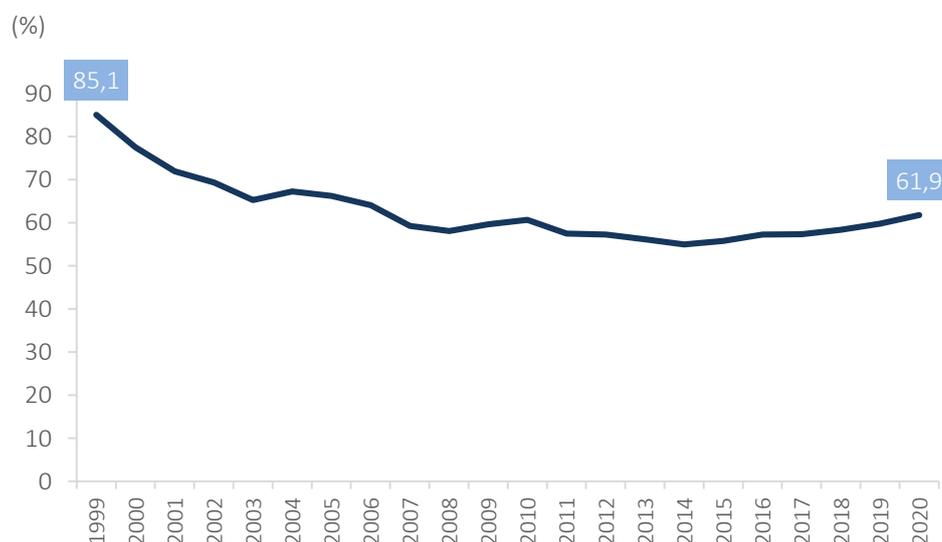
Fonte: INE, Pessoal de saúde.

Em 2020, tal como 20 anos antes, as mulheres continuavam a representar mais de 80% dos profissionais de enfermagem, registando-se uma subida de 1% no rácio mulheres/homens em relação a 2000 (de 461,3 para 465,1).

Do total de enfermeiros em atividade em 2020, 57 613 eram generalistas (73,9%) e 20 371 eram especialistas (26,1%), com predominância de especialistas em enfermagem de reabilitação (22,1%) e enfermagem médico-cirúrgica (21,8%).

Mais de metade dos enfermeiros trabalhavam num hospital em Portugal em 2020: 48 255, o que equivale a 61,9% do total de enfermeiros inscritos em 2020, mais 2,0 p.p. do que em 2019 e mais 6,8 p.p. do que em 2014. A proporção de enfermeiros a trabalhar nos hospitais diminuiu de forma generalizada até 2014 (de 85,1% em 1999 para 55,1% em 2014), seguindo-se um período de crescimentos anuais contínuos desde 2015.

Figura 6. Proporção de enfermeiros a trabalhar em hospitais portugueses, Portugal, 1999-2020



Fontes: INE, Inquérito aos Hospitais; INE, Pessoal de saúde.

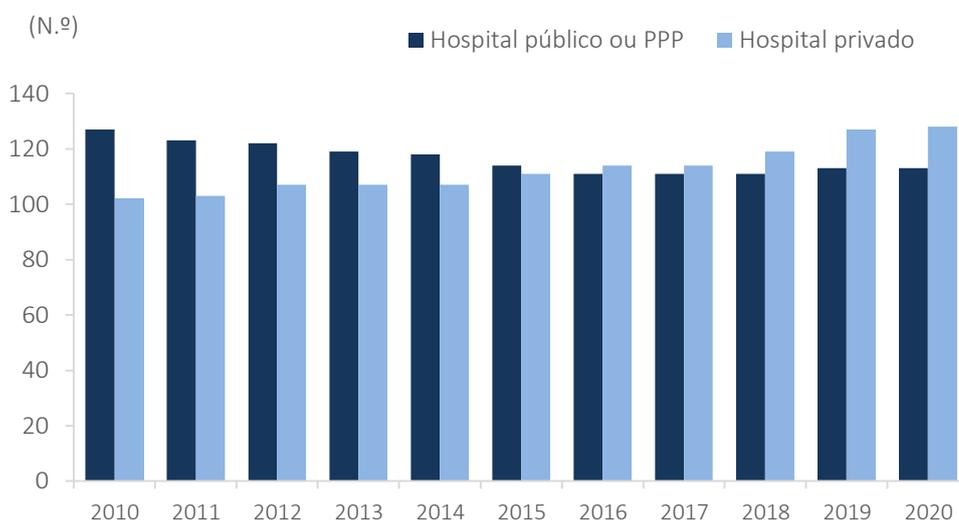
Apesar do aumento de enfermeiros ao serviço ter sido superior nos hospitais de acesso não universal, foram os hospitais de acesso universal que mais contribuíram para o crescimento do emprego dos enfermeiros entre 2015 e 2020 (78,1% do aumento global). De 2019 para 2020, o contributo dos hospitais de acesso universal foi ainda maior, uma vez que representou 91,1% do aumento do número de enfermeiros.

Reforço do número de camas das Unidades de Cuidados Intensivos em 2020

Em 2020, existiam 241 hospitais em Portugal, 113 dos quais pertencentes aos serviços oficiais de saúde. O número de hospitais do setor público em funcionamento tem permanecido relativamente estável desde 2016, mas houve uma diminuição de 14 hospitais em relação a 2010. O rácio dos hospitais de acesso universal (hospitais públicos de acesso universal ou em parceria público-privada) por 100 mil habitantes era de 1,1 em 2020, tal como no ano anterior.

Em 2020, estavam em funcionamento 128 hospitais privados, mais 26 do que em 2010. A predominância numérica dos hospitais privados iniciou-se no ano 2016 e abrange o Continente e as Regiões Autónomas.

Figura 7. Hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2010-2020



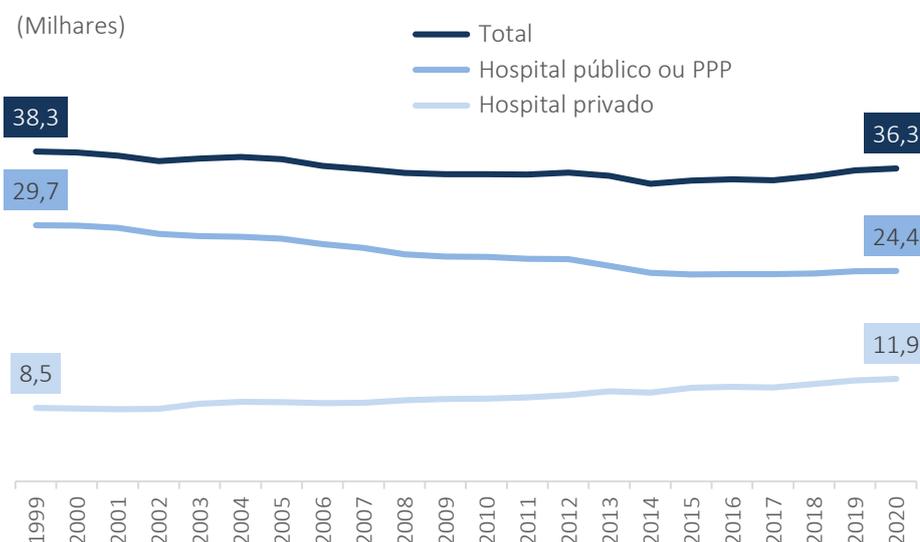
Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais.

Cerca de 74% dos hospitais existentes em 2020 eram hospitais gerais, ou seja, integravam mais do que uma valência. Entre os 62 hospitais especializados mantinha-se a predominância da Psiquiatria (23 hospitais).

Em 2020, existiam nos hospitais 36,3 mil camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato, mais 230 camas do que no ano 2019 e o correspondente a 3,5 camas de internamento por 1 000 habitantes. Do total de camas, 67,2% estavam em hospitais públicos ou em parceria público-privada.

Em relação ao início da série, em 1999, assistiu-se a uma redução no número total de camas de internamento nos hospitais portugueses (menos 1,9 mil camas, o equivalente a menos 5,1%) causada principalmente pela evolução nos hospitais públicos ou em parceria público-privada (menos 5,3 mil camas, o equivalente a menos 17,9%). Em contrapartida, entre 1999 e 2020 registou-se um acréscimo de 3,4 mil camas de internamento nos hospitais privados (mais 39,6%).

Figura 8. Camas de internamento dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2020.

Do conjunto de camas disponíveis para internamento em 2020, 26,6 mil eram camas de enfermaria (unidade funcional equipada com um mínimo de três camas). Nos hospitais públicos ou em parceria público-privada, estas camas representavam 86,3% do total. Nos hospitais privados, as camas de enfermaria representavam menos de metade das camas disponíveis (46,5%) e os quartos semiprivados ou privados representavam 47,6% (cerca de 5,7 mil camas, valor que compara com 281 camas nos hospitais públicos ou em parceria público-privada).

Entre 2019 e 2020, verificou-se um decréscimo no número de camas de enfermaria (menos 281) e um reforço no número de camas para o internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos (mais 286). Estas alterações resultam da evolução observada nos hospitais do setor público, uma vez que em 2020 contavam com menos 331 camas para o internamento em enfermaria e mais 302 camas para o internamento em Unidades de Cuidados Intensivos.

Em 2020, existiam 1 528 camas para o internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos e 716 camas para o internamento nas Unidades de Cuidados Intermédios (mais 45 do que em 2019). As camas em Unidades de Cuidados Intensivos repartiam-se em 2020 em 255 para cuidados neonatais, 73 para cuidados pediátricos e 1 200 para internamento de adultos.



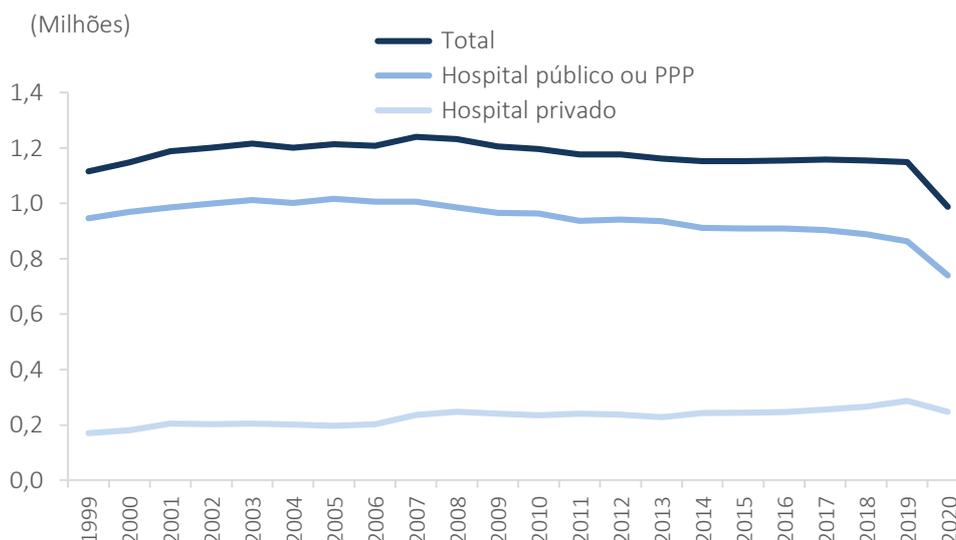
O número mais baixo de internamentos nos últimos 20 anos

Em 2020, registaram-se cerca de 987,2 mil internamentos nos hospitais portugueses e 9,4 milhões de dias de internamento. Constituem os valores mais baixos registados na série iniciada em 1999¹. Pela primeira vez, o número de internamentos não atingiu 1 milhão e o número de dias de internamento ficou abaixo dos 10 milhões, em resultado de terem ocorrido menos 162,9 mil internamentos e menos 968,4 mil dias de internamento do que no ano 2019 (-14,2% e -9,3%, respetivamente).

Em 2020, os hospitais públicos ou em parceria público-privada asseguraram cerca de 739 mil internamentos (74,9% do total) e 6,7 milhões de dias de internamento (71,1% do total). Estes valores significam uma redução de aproximadamente 124 mil internamentos e 821 mil dias de internamento, o equivalente a menos 14,3% e menos 10,9% em comparação com a atividade registada em 2019. Os internamentos nos hospitais privados também sofreram uma quebra anual: cerca de menos 39 mil internamentos (-13,6%) e menos 148 mil dias de internamento (-5,1%).

Do total de internamentos ocorridos em 2020, 77,5% ocuparam camas de enfermaria, com especial relevo nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia, respetivamente com 25,2%, 14,2% e 13,0% do total de internamentos em enfermarias. A especialidade de Doenças Infecciosas representava menos de 2% dos internamentos ocorridos em enfermaria no ano 2020, mas destacou-se por ter tido um aumento de mais de 10 mil internamentos, mais do dobro dos internamentos registados nesta especialidade no ano anterior.

Figura 9. Internamentos segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2020.

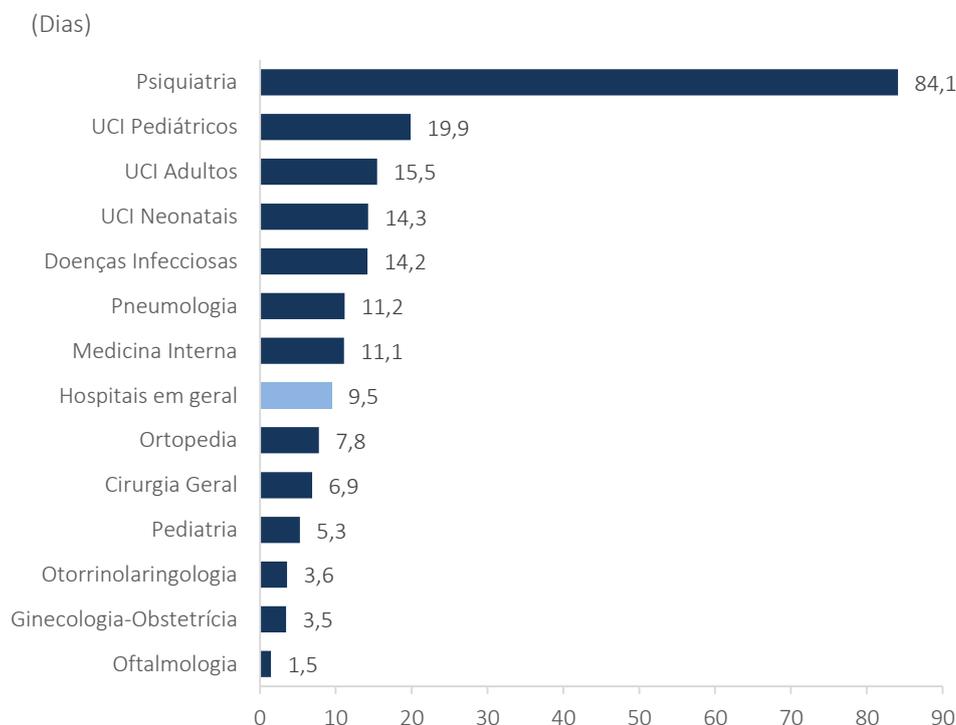
¹ A Administração Central do Sistema de Saúde confirmou que a atividade COVID-19, em 2020, não compensou toda a restante atividade de internamento que foi cancelada ou adiada.



No ano de 2020, os doentes permaneceram internados nos hospitais portugueses, em média, 9,5 dias, mais 0,5 dias do que em 2019. Nos hospitais públicos e em parceria público-privada a estada situou-se em 9,0 dias (8,7 dias em 2019), enquanto nos hospitais privados o tempo médio de internamento foi de 11,0 dias (10,0 dias em 2019).

A duração média de internamento nas especialidades de Doenças Infeciosas, Pneumologia e Medicina Interna foi superior à observada nos internamentos hospitalares em geral: 14,2 dias nas enfermarias de Doenças Infeciosas, 11,2 dias nas enfermarias de Pneumologia e 11,1 dias nas enfermarias de Medicina Interna. A permanência por um período de tempo mais longo é também característica do internamento nas Unidades de Cuidados Intensivos, com um valor global de 15,5 dias em 2020. A duração média de internamento é diferente de acordo com a natureza dos cuidados intensivos: 19,9 dias nos cuidados intensivos pediátricos, 15,5 dias nos cuidados intensivos de adultos e 14,3 dias nos cuidados intensivos neonatais. Em 1999, o tempo médio de permanência nas Unidades de Cuidados Intensivos era de 10,7 dias, em 2019 de 12,7 dias.

Figura 10. Duração média do internamento nas enfermarias dos hospitais, por especialidade, e nas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Portugal, 2020



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios.



A especialidade com um período de internamento mais longo é, todavia, a Psiquiatria, com uma média de 84,1 dias no conjunto dos hospitais em 2020 (70,7 dias no ano anterior), destacando-se a diferença entre a duração média nos hospitais privados (216,8 dias por internamento) e a duração média nos hospitais públicos ou em parceria público-privada (com 22,5 dias por internamento).

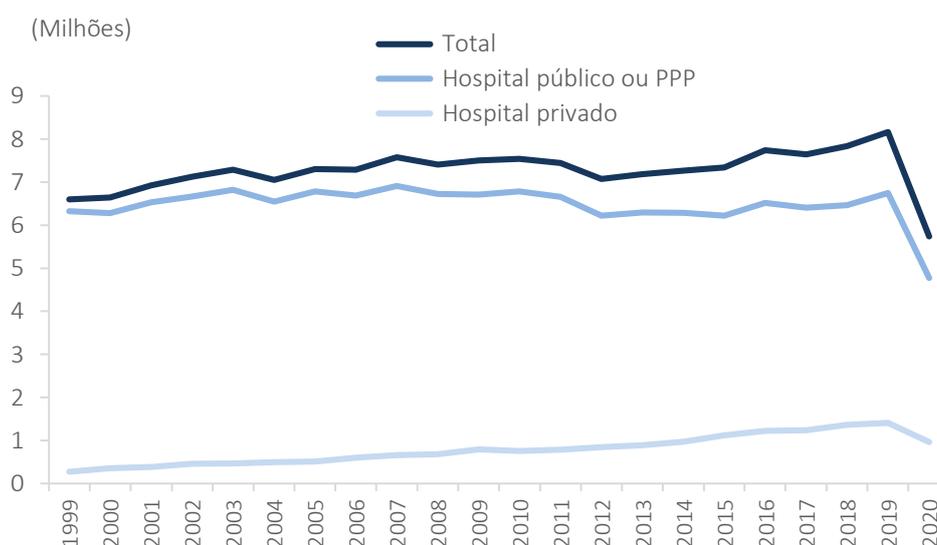
Menos 2,4 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em 2020

No decurso do ano 2020, realizaram-se cerca de 5,7 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses, menos 2,4 milhões de atendimentos do que em 2019. Este é o valor mais baixo registado no período de 1999 a 2020 e é o serviço hospitalar em que se verificou uma quebra mais acentuada na atividade prestada, com uma diminuição de 29,6% em relação ao ano anterior.

Nos hospitais do setor público, realizaram-se 4,8 milhões de atendimentos em 2020, o que representa menos 2,0 milhões de atendimentos comparativamente ao ano de 2019 (-29,2%) e constitui o número mínimo de atendimentos efetuados no período de 1999 a 2020. Nos hospitais privados, foram feitos 964 mil atendimentos no ano 2020, menos 447 mil do que no ano precedente (-31,7%) e o número mais baixo desde 2014.

Os hospitais públicos ou em parceria público-privada realizaram 83,2% do total dos atendimentos em serviços de urgência (82,7% em 2019) e os hospitais privados 16,8% (17,3% em 2019).

Figura 11. Atendimentos em serviço de urgência segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020

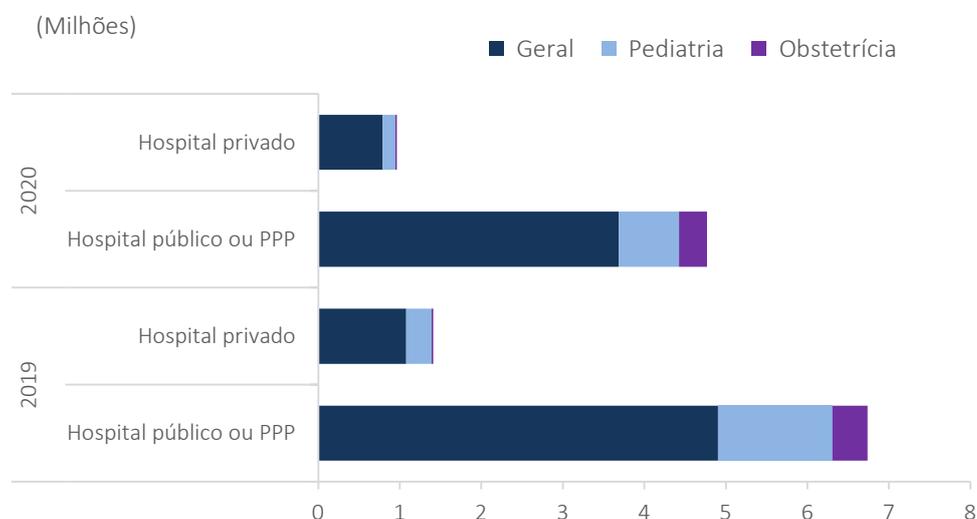


Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2020.



A grande maioria dos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em 2020 foi assegurada pela urgência geral (78,0%), enquanto a Pediatria e a Obstetrícia asseguraram, respetivamente, 15,6% e 6,3% dos atendimentos. A urgência pediátrica foi o tipo de urgência que registou o maior decréscimo percentual quando se compara a atividade realizada nos anos 2019 e 2020. No total, em 2020 foram efetuados 896 mil atendimentos na urgência de Pediatria dos hospitais portugueses, o que representa menos 47,7% do que no ano anterior.

Figura 12. Atendimentos em serviço de urgência segundo o tipo de urgência, Portugal, 2019 e 2020

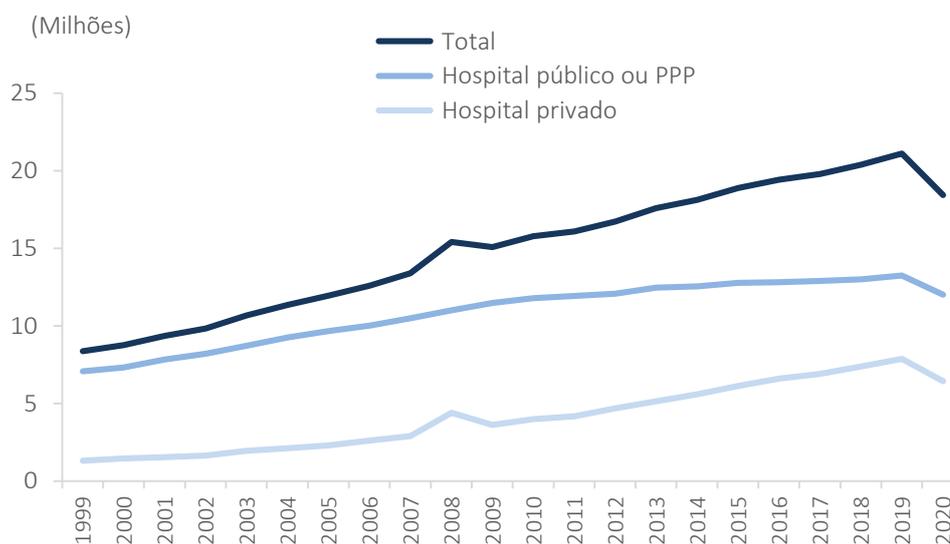


Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2020.

Menos 2,7 milhões de consultas médicas em meio hospitalar

Em 2020, foram efetuadas cerca de 18,4 milhões de consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais portugueses, menos 2,7 milhões, ou seja, menos 12,7% do que no ano anterior. A quebra nesta atividade foi mais expressiva nos hospitais privados, com um decréscimo de 1,4 milhões de consultas e de 18,3% em relação ao ano 2019. Nos hospitais do setor público foram realizadas menos 1,2 milhões de consultas, o que representa um decréscimo de 9,3%.

Figura 13. Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2020



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2020.

As especialidades com maior número de consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais públicos ou em parceria público-privada foram, em 2020, por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Ortopedia, a Psiquiatria e a Cirurgia Geral. No caso dos hospitais privados, foram as especialidades de Ortopedia, de Oftalmologia, de Ginecologia-Obstetrícia, de Otorrinolaringologia e de Medicina Física e de Reabilitação.

Quando é feita a comparação com o ano de 2019, foram realizadas menos consultas em quase todas as especialidades, excetuando-se as consultas de Oncologia Médica em que se registou um aumento de 3,6% em 2020 (3,7% nos hospitais do setor público e 2,6% nos hospitais privados), e as consultas de Psiquiatria nos hospitais públicos ou em parceria público-privada com mais 1,7%.

Em contraste com a diminuição no número de consultas médicas realizadas na unidade externa dos hospitais, verificou-se um forte acréscimo no número de teleconsultas. No conjunto dos hospitais portugueses, foram realizadas 137 mil teleconsultas em 2020, 4,5 vezes o número contabilizado no ano precedente. Perto de 60% das teleconsultas foram realizadas em hospitais do setor privado.

Menos 176,0 mil cirurgias em bloco operatório e menos 55,2 mil pequenas cirurgias

Nos hospitais portugueses, em 2020, foram realizadas 858,1 mil de cirurgias em sala operatória, o número mais baixo desde 2008. No total, no ano 2020 houve menos 176,0 mil cirurgias em bloco operatório do que no ano



anterior, uma redução de 17,0%. Os hospitais do setor público e os hospitais do setor privado sofreram quebras de 17,7% e 15,4%, respetivamente.

As especialidades de Oftalmologia, de Cirurgia Geral e de Ortopedia foram aquelas que registaram as maiores reduções ao nível das cirurgias realizadas em bloco operatório, com respetivamente menos 47 mil, menos 33 mil e menos 28 mil cirurgias, resultados que dependem principalmente das alterações ocorridas ao nível dos hospitais do setor público. Nos hospitais privados aumentaram as cirurgias de Ginecologia-Obstetrícia (+17,8%) e de Cirurgia Cardiorácica (+9,1%).

Cerca de 70% das cirurgias em bloco operatório tiveram lugar em hospitais públicos ou em parceria público-privada, das quais 84,0% foram programadas, ou seja, resultaram de admissões com marcação prévia. No caso dos hospitais privados, as cirurgias programadas tinham um peso maior, representando 95,1% do total.

Em 2020, foram efetuadas 149,4 mil pequenas cirurgias nos hospitais portugueses. Este valor significa um decréscimo de 55,2 mil pequenas cirurgias e uma quebra de 27,0% em relação ao ano 2019.

Menos 19,6 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica

Em 2020, realizaram-se 162,6 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica nos hospitais portugueses, isto é, exames necessários para um diagnóstico (análises laboratoriais, exames imagiológicos, endoscopias, biópsias e outros) ou atos destinados à prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica (fisioterapia, radioterapia, litotricia, imunohemoterapia e outros), menos 19,6 milhões do que no ano anterior.

Desse saldo negativo, 14,3 milhões dizem respeito aos hospitais do setor público, o que constitui uma quebra de 9,2% na atividade destes estabelecimentos entre 2019 e 2020. Os hospitais privados realizaram menos 5,3 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, significando uma redução de 20,6% comparativamente a 2019.

Os três principais atos complementares realizados em meio hospitalar sofreram diminuições. Em 2020, nos hospitais portugueses realizaram-se 110,6 milhões de análises clínicas, 11,6 milhões de atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e 10,7 milhões de exames de Radiologia. Estes valores significam menos 10,0 milhões de análises clínicas, menos 5,3 milhões de atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e menos 2,7 milhões de exames de Radiologia em relação ao ano 2019.

Em contrapartida, houve um aumento no número de atos complementares de Pneumologia efetuados nos hospitais do setor público (mais 170,4 mil, o equivalente a mais 7,3%) e dos atos complementares de Ginecologia realizados nos hospitais privados (mais 31,1 mil, o equivalente a mais 19,3%).

Aproximadamente 88% destes exames ou cuidados curativos ocorreram em hospitais públicos ou em parceria público-privada. O conjunto dos hospitais privados foi responsável pelos restantes 12,5% dos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica realizados no país, o que representa um decréscimo de 1,6 p.p. em relação a 2019.



O número de medicamentos (marcas) existentes no mercado farmacêutico diminuiu em 2020

Em 2020, estavam em atividade em Portugal 2 922 farmácias e 191 postos farmacêuticos móveis, menos duas farmácias e menos quatro postos farmacêuticos móveis do que no ano anterior. O número médio de estabelecimentos farmacêuticos manteve-se em 0,3 por mil habitantes.

No país, em 2020, existiam no mercado farmacêutico 8 889 medicamentos (marcas), a que correspondiam 50 498 apresentações farmacêuticas. Entre 2019 e 2020, o número de medicamentos (marcas) diminuiu (passando de 9 121 para 8 889), bem como o número de apresentações, que passou de 52 885 para 50 498.

Em 2020, 42,7% dos medicamentos (marcas) e 19,7% das apresentações existentes foram comparticipados (42,4% e 19,3%, respetivamente, em 2019). Em termos de grupos farmacoterapêuticos, mais de metade das apresentações comparticipadas em 2020 respeitava ao aparelho cardiovascular (31,7%) e ao sistema nervoso central (29,2%).

Mais de metade da despesa corrente em saúde foi financiada pelo SNS e pelos SRS

Entre 2018 e 2020, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS), em conjunto, foram os principais agentes financiadores da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 54,7% do total. Nesses anos, em média, 28,9% da despesa corrente foi suportada diretamente pelas famílias.

Em termos estruturais, entre 2018 e 2020 destaca-se o aumento do peso relativo da despesa do SNS e dos SRS (56,6% da despesa corrente em 2020, mais 2,7 p.p. do que em 2018) e a diminuição de 3,5 p.p. do peso relativo da despesa das famílias.



A influência de algumas características individuais e socioeconómicas sobre o estado de saúde e a existência de limitações na realização de atividades habituais

Para além de um conjunto vasto de dados sobre as características demográficas e socioeconómicas dos agregados e seus membros, incluindo dados sobre os rendimentos, a privação e a habitação, o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) recolhe anualmente dados sobre a saúde dos indivíduos com 16 ou mais anos desde 2004. Em 2021, estes dados foram também obtidos para os menores de 16 anos através de um módulo específico sobre “Saúde e privação material das crianças”.

Estes dados permitiram, entre outros aspetos, a obtenção de alguns resultados² sobre a autoavaliação do estado de saúde e sobre a existência de limitações na realização de atividades consideradas habituais devido a problemas de saúde prolongados. Em particular, os dados recolhidos em 2021 evidenciaram:

- o decréscimo da proporção de pessoas com avaliação positiva ao longo da idade, de 93,2% nos primeiros 10 anos de vida para 11,3% após os 80 anos, e um forte aumento da intensidade de variação a partir dos 40-49 anos; em sentido inverso, o aumento da proporção de pessoas com uma saúde razoável ao longo dos primeiros 60 anos, e uma redução nos grupos etários mais avançados;
- o aumento da prevalência das limitações devido a problemas de saúde prolongados com o avançar da idade, e com maior intensidade de crescimento a partir dos 40 anos no caso das mulheres.

Neste destaque apresentam-se os resultados da exploração desses mesmos dados para determinar a relação, em simultâneo, de algumas características individuais (sexo, grupo etário, região de residência, nível de escolaridade, condição perante o trabalho e rendimento monetário por adulto equivalente³) com: 1) a probabilidade de avaliação do estado de saúde como “bom ou muito bom”; e 2) a probabilidade de existência de limitações.

Para o modelo (1) foi estimado um Logit binomial⁴ em que a variável dependente “Autoavaliação do estado de saúde” toma o valor 1 quando esta avaliação é “bom ou muito bom” e 0 quando corresponde a “razoável, mau ou muito mau”. A autoavaliação “bom ou muito bom”, abrangente à quase totalidade dos indivíduos à nascença, foi escolhida como categoria de referência.

Para o modelo (2) foi estimado um Logit binomial em que a variável dependente “Existência de limitações” toma o valor 1 quando existem limitações e 0 quando não existem, sendo esta última a categoria de referência.

Os resultados dos modelos Logit (ver quadros anexos) devem ser interpretados como aproximações às relações isoladas de cada uma das variáveis explicativas selecionadas com as probabilidades de ocorrência de um determinado estado da variável dependente, quando se controla para todas as outras variáveis em simultâneo.

Para as variáveis explicativas que foram definidas como variáveis binárias (0/1) com mais do que uma categoria (grupo etário, região de residência NUTS II, nível de escolaridade completo e condição perante o trabalho), as

² INE, destaque relativo a “Rendimento e Condições de Vida - Estado de saúde – 2021”, publicado em 25 de fevereiro de 2022.

³ Foram também estimados modelos semelhantes, não apresentados neste destaque, em que a variável rendimento foi substituída pelo de indicador relativo ao estado de pobreza, sem resultados significativamente distintos.

⁴ Ver nota metodológica.



classes de referência (categorias base) foram as seguintes: 0 a 15 anos, Norte, nível de escolaridade completo até ao 3.º ciclo do ensino básico e empregado.

Os coeficientes apresentados correspondem às variações nas probabilidades referidas (efeitos marginais) associadas a cada uma das variáveis explicativas (em relação à categoria base), mantendo as restantes constantes.

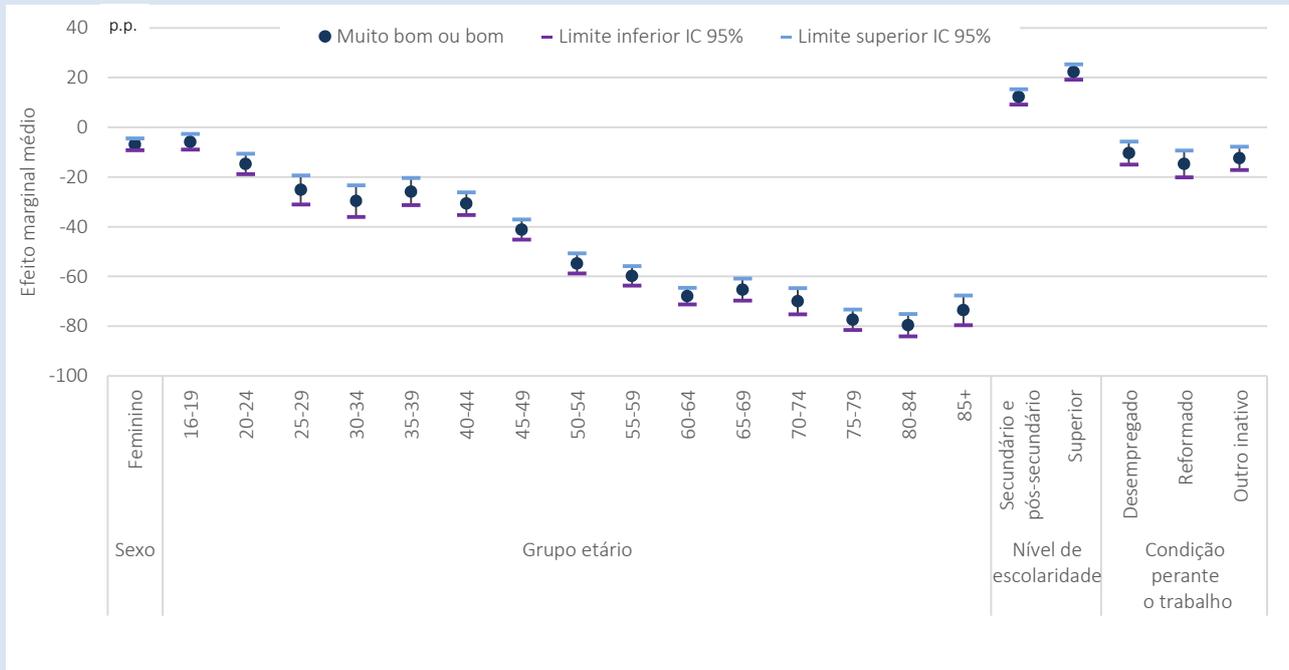
Os resultados obtidos permitem concluir que:

Autoapreciação do estado de saúde

- ser mulher diminui 6,9 pontos percentuais (p.p.) a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “bom ou muito bom” em relação a ser homem;
- a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “bom ou muito bom” diminui com o aumento da idade, sobretudo dos 45 aos 64 anos;
- a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “bom ou muito bom” é mais elevada para as pessoas que concluíram o ensino secundário ou o ensino superior, respetivamente mais 12,2 p.p. e 22,2 p.p. em relação a uma pessoa que terminou o ensino básico ou não terminou qualquer nível de ensino;
- a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “bom ou muito bom” é menor numa situação de desemprego do que em situação de emprego (menos 10,4 p.p.), reforma (menos 14,8 p.p.) ou outro tipo de inatividade (menos 12,5 p.p.);
- a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “razoável, mau ou muito mau” é simétrica em relação à probabilidade de avaliar como “bom ou muito bom”: dos 45 aos 49 anos aumenta em mais de 40 p.p., e em mais de 65 p.p. a partir dos 60 anos;
- a partir dos 75 anos, a probabilidade de avaliar o estado de saúde como “razoável, mau ou muito mau” aumenta mais de 75 p.p. em comparação com a probabilidade de avaliar como “bom ou muito bom”;
- a probabilidade de autoavaliar o estado de saúde como “bom ou muito bom” aumenta 0,10 p.p. por cada 1% de aumento no rendimento monetário por adulto equivalente.



Figura 14. Efeitos marginais médios – relação com a probabilidade da autoapreciação do estado de saúde como bom ou muito bom, 2021



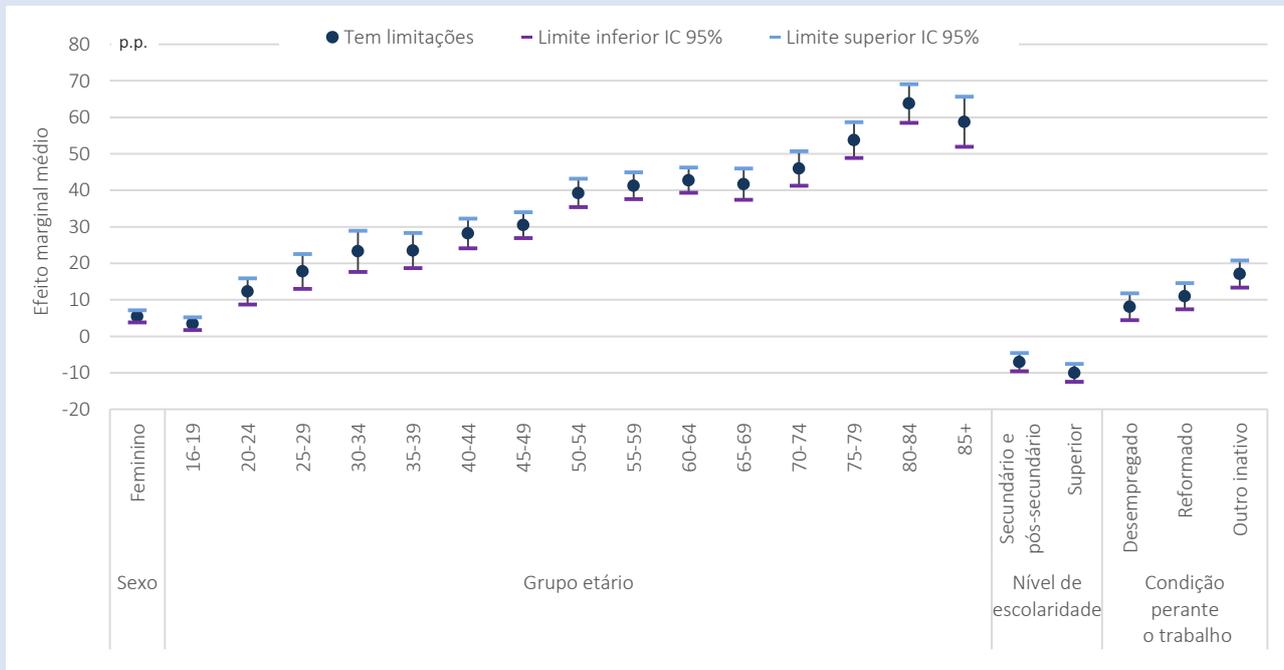
Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 2021.

Existência de limitações na realização de atividades habituais

- ser mulher aumenta 5,4 p.p. a probabilidade de existência de limitações na realização de atividades habituais;
- a probabilidade de existência de limitações aumenta com o aumento da idade: em relação a alguém com menos de 16 anos, a probabilidade de existirem limitações aumenta 23,2 p.p. aos 30-34 anos, 39,2 p.p. aos 50-54 anos, 53,5 p.p. aos 75-79 anos e 63,7 p.p. aos 80-84 anos;
- e é mais elevada numa situação de desemprego do que em situação de emprego (mais 8,0 p.p.), reforma (mais 10,9 p.p.) ou outro tipo de inatividade (mais 17,0 p.p.);
- a probabilidade de existência de limitações diminui 7,2 p.p. para as pessoas que concluíram o ensino secundário e 10,1 p.p. para as que concluíram o ensino superior, em relação a uma pessoa que terminou o ensino básico ou não terminou qualquer nível de ensino;
- e diminui 0,04 p.p. por cada 1% de aumento no rendimento monetário por adulto equivalente.



Figura 15. Efeitos marginais médios – relação com a probabilidade da existência de limitações na realização de atividades habituais, 2021



Fonte: INE, Inquérito às Condições de vida e rendimento, 2021.



NOTA METODOLÓGICA

Inquérito às Condições de Vida e Rendimento

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento é uma operação estatística realizada anualmente junto de uma amostra representativa das famílias residentes em Portugal, cujo âmbito abrange a valorização das várias fontes de rendimento dos agregados familiares, a sua caracterização socioeconómica e ainda um conjunto extenso de variáveis relativas às condições de vida, de que se destacam neste caso as relativas à saúde. A sua realização permite a divulgação anual dos indicadores estatísticos sobre taxa de risco de pobreza e desigualdade na distribuição dos rendimentos e sobre privação material e habitacional, sendo também a fonte de dados para a atualização anual dos indicadores de base populacional sobre o estado de saúde e para o cálculo dos indicadores relativos à esperança de vida com saúde (anos de vida saudável).

O inquérito integra o programa harmonizado de estatísticas comunitárias sobre o rendimento e condições de vida dos agregados domésticos privados, EU-SILC.

Inquérito aos Hospitais

O Inquérito aos Hospitais é uma operação estatística que recolhe dados sobre os equipamentos e instalações, os recursos humanos e a atividade desenvolvida pelos hospitais localizados no Continente e nas Regiões Autónomas. Esta operação estatística foi aplicada pela primeira vez em 1986 (sobre dados de 1985) e, desde então, tem sido realizada anualmente.

Desde 2020 (dados de 2019), integra dados de base administrativa para os hospitais públicos de acesso universal do Continente e dados de inquérito para os hospitais privados e para os hospitais públicos de acesso restrito do Continente, e todos os hospitais, públicos e privados, das regiões autónomas dos Açores e da Madeira. A utilização dos dados administrativos para fins estatísticos é realizada ao abrigo de um protocolo de cooperação estabelecido entre o Instituto Nacional de Estatística (INE, I.P.), a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.) e a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS, E.P.E.).

Farmácias e medicamentos

Os dados sobre farmácias e medicamentos resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos fornecidos anualmente pelo INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., para o Continente, e pelos Serviços Regionais de Estatística dos Açores e da Madeira, para as Regiões Autónomas. O INE organiza posteriormente os dados para divulgação.



Pessoal de saúde inscrito

Os dados de pessoal de saúde inscrito resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos fornecidos pelas respetivas ordens profissionais. A informação referente a médicos registados na Ordem dos Médicos (ativos ou não) e a médicos dentistas registados na Ordem dos Médicos Dentistas (ativos ou não) é disponibilizada geograficamente segundo a residência declarada pelos profissionais de saúde, enquanto a relativa a enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros (ativos) e a farmacêuticos registados na Ordem dos Farmacêuticos (ativos) é obtida de acordo com o local de atividade dos profissionais de saúde.

Conta Satélite da Saúde

A Conta Satélite da Saúde (CSS) tem como objetivo principal avaliar os recursos económicos de um país utilizados na prestação de serviços de cuidados de saúde. De uma maneira geral, procura medir a despesa total em cuidados de saúde, integrando as diferentes dimensões que constituem um Sistema de Saúde Nacional, ou seja, os prestadores de cuidados de saúde, os agentes financiadores e as funções de cuidados de saúde.

Modelos Logit

As probabilidades de um indivíduo ter uma autoapreciação do seu estado de saúde bom ou muito bom (modelo 1) e de ter limitações na realização de atividades (modelo 2) foram estimadas a partir da seguinte equação:

$$Pr(Y = 1|X_i) = F(X_i\beta)$$

onde $F(X_i\beta) = \exp(X_i\beta) / (1 + \exp(X_i\beta))$ é a função logística cumulativa e X_i é o vetor de variáveis explicativas mencionadas acima.

Para este exercício foram consideradas 26 822 observações da amostra do ICOR 2021 e foram utilizados dados ponderados, ou seja os resultados são válidos para a população.



CONCEITOS

Anatomia patológica: Especialidade em medicina que desenvolve o estudo científico das alterações funcionais e estruturais (macroscópicas, microscópicas, celulares e moleculares) das doenças com o objetivo de identificar as suas causas, para permitir a prática de uma medicina preditiva e preventiva adequadas, bem como a terapêutica eficaz e o prognóstico das doenças.

Apresentação de um medicamento: Conteúdo de uma embalagem de um medicamento, expresso em número de unidades ou volume de uma forma farmacêutica, em determinada dosagem.

Ato complementar de diagnóstico: Exame ou teste que fornece resultados necessários para o estabelecimento de um diagnóstico.

Ato complementar de terapêutica: Prestação de cuidados curativos, após diagnóstico e prescrição terapêutica.

Autoapreciação do estado de saúde: Apreciação subjetiva que cada pessoa faz da sua saúde.

Cama: Equipamento destinado à estadia de um indivíduo num estabelecimento prestador de cuidados de saúde.

Cirurgia programada: Cirurgia decorrente de admissão programada.

Cirurgia: Um ou mais atos cirúrgicos, com o mesmo objetivo terapêutico e/ou diagnóstico, realizado(s) por médico cirurgião em sala operatória na mesma sessão.

Consulta de especialidade: Consulta médica realizada no âmbito de uma especialidade ou subespecialidade de base hospitalar que deve decorrer de indicação clínica.

Consulta médica: Consulta realizada por um médico.

Consulta: Ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde.

Doença: Comprometimento do estado normal de um ser vivo que perturba o desempenho das funções vitais, manifesta-se através de sinais e sintomas e é resposta a fatores ambientais, agentes infecciosos específicos, alterações orgânicas ou combinações destes fatores.

Enfermaria: Unidade funcional dos serviços de internamento de um estabelecimento de saúde onde permanecem os doentes e que tem pelo menos três camas.

Enfermeiro especialista: Enfermeiro habilitado a exercer uma especialidade em enfermagem.

Enfermeiro: Profissional de saúde qualificado com licenciatura em Enfermagem e autorização da respetiva ordem profissional para o exercício da Enfermagem.

Escala de equivalência modificada da OCDE: esta escala atribui um peso de 1 ao primeiro adulto de um agregado; 0,5 aos restantes adultos e 0,3 a cada criança, dentro de cada agregado. A utilização desta escala permite ter em conta as diferenças na dimensão e composição dos agregados.

Especialidade em medicina: Conjunto de conhecimentos e competências específicos, obtidos após a frequência com aproveitamento de formação pós-graduada e que confere especialização numa área particular da medicina.



Estado de saúde: Perfil de saúde de um indivíduo ou população que é objetivável através de um conjunto organizado de indicadores.

Farmácia: Estabelecimento devidamente autorizado a dispensar ao público medicamentos que estejam ou não sujeitos a receita médica.

Fisioterapia: Tratamento de doenças e suas alterações ou lesões através de agentes físicos (calor, frio, água, luz, eletricidade, ultrassons, diatermia, entre outros) ou de meios mecânicos (massagens, ginástica, movimentos ativos ou passivos, entre outros).

Grupo etário: Intervalo de idade, em anos, no qual o indivíduo se enquadra, de acordo com o momento de referência.

Hospital em parceria público-privada: Hospital cujo principal financiador ou tutor administrativo é o Estado e cuja gestão é controlada e efetuada por uma entidade privada por via de um contrato estabelecido com o Estado, podendo ser de acesso universal ou de acesso restrito.

Hospital especializado: Hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de um determinado grupo etário.

Hospital geral: Hospital que integra diversas valências.

Hospital privado: Hospital cujo proprietário e principal financiador é uma entidade privada, com ou sem fins lucrativos, podendo ser de acesso universal ou de acesso restrito.

Hospital público: Hospital cujo proprietário, principal financiador ou tutor administrativo é o Estado, podendo ser de acesso universal ou de acesso restrito.

Hospital: Estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Internamento: Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Medicamento: Substância ou associação de substâncias que possuem propriedades curativas ou preventivas de doenças e dos seus sinais ou sintomas, com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou a restaurar, corrigir ou modificar as respetivas funções fisiológicas.

Medicina geral e familiar: Especialidade em medicina que se ocupa dos problemas de saúde dos indivíduos e das famílias de forma continuada e no contexto da comunidade.

Médico especialista: Médico habilitado a exercer uma especialidade em medicina.

Médico: Profissional de saúde com licenciatura em medicina e autorização pela respetiva ordem profissional para o exercício da medicina.



Pequena cirurgia: Cirurgia que, embora executada em condições de segurança e assepsia e com recurso a anestesia local, dispensa a sua realização numa sala de bloco operatório, o apoio direto de um ajudante, a monitorização anestésica e a estadia em recobro, tendo alta imediata após a intervenção.

Posto farmacêutico móvel: Estabelecimento destinado à dispensa ao público de medicamentos e produtos de saúde ao público, a cargo de um farmacêutico e dependente de uma farmácia em cujo alvará se encontra averbado.

Problema de saúde prolongado: Problema de saúde que dura ou se prevê vir a durar mais do que seis meses.

Quarto privado: Quarto individual com casa de banho privativa.

Quarto semiprivado: Quarto para dois doentes com casa de banho privativa.

Rendimento equivalente: resultado obtido pela divisão do rendimento de cada agregado pela sua dimensão em termos de “adultos equivalentes”, utilizando a escala de equivalência modificada da OCDE. Nota: “Adultos equivalentes” é uma unidade de medida da dimensão dos agregados que resulta da aplicação da escala modificada da OCDE.

Rendimento monetário líquido: rendimento monetário obtido pelos agregados e por cada um dos seus membros, proveniente do trabalho (trabalho por conta de outrem e por conta própria), de outros rendimentos privados (rendimentos de capital, propriedade e transferências privadas), das pensões e outras transferências sociais, após dedução dos impostos devidos e das contribuições para a segurança social.

Saúde: Estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

Serviço de urgência hospitalar: Serviço de urgência de um hospital dotado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, para tratamento de situações de urgência.

Serviço de urgência: Unidade funcional clínica de um estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde a indivíduos que acedem do exterior com alteração súbita ou agravamento do estado de saúde, a qualquer hora do dia ou da noite durante 24 horas.

Subespecialidade em Medicina: Título que reconhece uma diferenciação numa área particular de uma especialidade em medicina a membros do respetivo Colégio da Ordem dos Médicos.

Teleconsulta: Consulta realizada à distância com recurso à utilização de comunicações interativas, audiovisuais e de dados (inclui videochamada, telefone móvel ou fixo, correio eletrónico e outros meios digitais), com registo opcional no equipamento e obrigatório no processo clínico do utente.

Tempo de internamento: Total de dias utilizados por todos os doentes internados nos diversos serviços de um estabelecimento de saúde num período de referência, excetuando os dias das altas dos mesmos doentes desse estabelecimento de saúde.

Unidade de consulta externa: Unidade orgânico-funcional de um hospital onde os utentes são atendidos para consulta.