

dezembro 2025

RETRATO DA SAÚDE EM PORTUGAL NO PÓS-PANDEMIA:

Perceções, Acesso aos Cuidados e Uma Só Saúde

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

POLÍTICAS E PLANEAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
WHO Collaborating Center on Health Workforce Policy and Planning

ORDEM DOS MÉDICOS

UM RUMO PARA A SAÚDE
ORDEM DOS MÉDICOS

FICHA TÉCNICA

Título
Retrato da Saúde em Portugal no Pós-Pandemia: Perceções, Acesso aos Cuidados e Uma Só Saúde

Promotor
Ordem dos Médicos (OM)

Entidade executora
Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-NOVA) por intermédio do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde

Âmbito do projeto
Projeto "Um rumo para a Saúde"

Coordenação científica
Tiago Correia
Professor Associado com Agregação, IHMT-NOVA
Coordenador do Centro Colaborador da OMS para as Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde

Equipa de investigação
Rita Morais | Investigadora, GHTM, IHMT-NOVA
Anabela Pereira | Investigadora, IHMT-NOVA
André Beja | Investigador, GHTM, IHMT-NOVA

Revisão editorial e paginação
Ana Isabel Rocha
air_visual2024

Data de publicação
Dezembro de 2025

Nota institucional
Este estudo foi desenvolvido no âmbito de uma consultoria técnico-científica solicitada pela Ordem dos Médicos ao IHMT-NOVA, com o objetivo de apoiar a formulação de políticas de saúde baseadas em evidência científica.

Sugestão de citação
Correia, T; Morais, R; Pereira, A; Beja, A (2025). Retrato da Saúde em Portugal no Pós-Pandemia: Perceções, Acesso aos Cuidados e Uma Só Saúde. Lisboa: IHMT-NOVA/Ordem dos Médicos

ÍNDICE

pag 4
Índice de Figuras
Índice de Tabelas e Gráficos

pag 5
Siglas e Acrónimos

pag 6
Sumário Executivo

pag 8
1. Introdução
1.1. Enquadramento da análise e objetivos

pag 9
1.2. Notas para interpretação dos resultados

pag 10
2. Dispositivo Metodológico
2.1. Desenvolvimento do questionário

pag 11
2.2. Descrição do desenho do estudo, técnica amostral e técnica de recolha de dados

pag 13
SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL: DA SAÚDE HUMANA À "UMA SÓ SAÚDE"

pag 14
3. Caracterização da Amostra

pag 17
4. Saúde da população residente em Portugal
4.1. Perceções de saúde

pag 27
4.2. Acesso a cuidados de saúde

pag 32
4.3. Cuidados preventivos

pag 35
4.4. Necessidades de saúde não satisfeitas

pag 38
4.5. Subsistema de assistência na doença e seguro de saúde
4.6. A quem recorrer: SNS ou privado?

pag 42
4.7. Suporte social
4.8. Cuidados e assistência informal

pag 44
4.9. Perceções de "Uma Só Saúde"

pag 52
5. Perfis de saúde, Utilização e Acesso a Serviços

pag 55
5.1. Comparações-chave entre os perfis

pag 61
5.2. Padrões sociais e trajetórias de cuidados na população

pag 62
5.3. "Uma só Saúde", o que revelam os perfis?

pag 64
Conclusão

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição por género e idade....14

Figura 2. Situação conjugal e parental....16

Figura 3. Distribuição das respostas relativas ao estado de saúde percebido, presença de doenças crónicas e limitações funcionais, por grupo....55

Figura 4. Distribuição do acesso aos serviços de saúde, por grupo....56

Figura 5. Percentagens de realização de diferentes cuidados preventivos, por grupo....57

Figura 6. Percentagens das variáveis sociodemográficas, por grupo....58

Figura 7. Percentagens de resposta das variáveis 'Uma Só Saúde', por grupo....62

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Doenças crónicas diagnosticadas comparativamente aos resultados do INS de 2019....18

Tabela 2. Cuidados de saúde utilizados nos seis meses anteriores à entrevista....27

Tabela 3. Cuidados preventivos alguma vez realizados....34

Tabela 4. Motivo de realização de cuidado preventivo....35

Tabela 5. Perfis Populacionais: saúde, acesso e continuidade....55

Tabela 6. Necessidades específicas, por perfil....65

Gráfico 1. Distribuição regional da inquirição....14

Gráfico 2. Nível máximo de escolaridade concluído....15

Gráfico 3. Situação profissional....15

Gráfico 4. Nacionalidade e país de nascimento....16

Gráfico 5. Rendimento médio líquido mensal do agregado familiar....16

Gráfico 6. Autoperceção do estado de saúde....17

Gráfico 7. Impacto das limitações funcionais, físicas e sensoriais na saúde....23

Gráfico 8. Presença de dor física e sua intensidade no decorrer das quatro semanas anteriores ao inquérito....23

Gráfico 9. Frequência do interesse ou prazer em realizar atividades habituais nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....24

Gráfico 10. Frequência de se sentir em baixo, deprimido ou desamparado nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....24

Gráfico 11. Frequência de ter dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....24

Gráfico 12. Frequência de se sentir cansado ou ter pouca energia nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....25

Gráfico 13. Frequência sobre diminuição ou aumento de apetite nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....25

Gráfico 14. Frequência de se sentir mal consigo próprio, um fracasso ou deixar ir abaixo nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....25

Gráfico 15. Frequência de ter dificuldade em concentrar-se nalgumas tarefas nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....26

Gráfico 16. Frequência sobre se mexer ou falar muito devagar ou estar inquieto, agitado e mover demasiado nas últimas duas semanas (anteriores ao inquérito)....26

Gráfico 17. Facilidade de acesso a serviços de saúde do SNS....30

Gráfico 18. Facilidade de acesso a serviços de saúde do setor privado....30

Gráfico 19. Frequência de recurso ao médico de família (entre quem tem médico atribuído)....31

Gráfico 20. Principal finalidade para consultar médico de família....31

Gráfico 21. Adequabilidade do tempo de espera....35

Gráfico 22. Motivo do tempo de espera por uma consulta ou tratamento....36

Gráfico 23. Impossibilidade de aceder a consulta, exame ou tratamento por dificuldades financeiras....36

Gráfico 24. Dificuldades financeiras na compra de medicamentos....36

Gráfico 25. Acesso a cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras....37

Gráfico 26. Beneficiários de assistência na doença....38

Gráfico 27. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para solicitar medicação....38

Gráfico 28. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para realizar consultas (excepto estomatologia e medicina dentária)....39

Gráfico 29. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para realizar exames e tratamentos em ambulatório....39

Gráfico 30. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de necessidade de internamento hospitalar....39

Gráfico 31. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de necessidade de cirurgia....40

Gráfico 32. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para obter cuidados de Estomatologia e Medicina Dentária....40

Gráfico 33. Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de outros cuidados (próteses e ortóteses; parto, cesariana e IVG)....40

Gráfico 34. Rede de apoio em caso de problema pessoal grave....42

Gráfico 35. Dedicação de horas para prestar cuidados ou assistência....42

Gráfico 36. Impacto na saúde por se prestar cuidados ou assistência....42

Gráfico 37. Consumo de antibióticos sem prescrição médica....44

Gráfico 38. Preocupação com o impacto da qualidade da água, ar e solos no estado de saúde....45

Gráfico 39. Grau de concordância com a frase "As mudanças climáticas põem em risco a saúde humana à escala planetária."....45

Gráfico 40. Consumo de carne ou derivados (enchidos) provenientes de animais criados pelo próprio, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos....46

Gráfico 41. Conhecimento das condições de higiene e acompanhamento veterinário durante a criação dos animais....46

Gráfico 42. Responsabilidade sobre animais....47

Gráfico 43. Barreiras no acesso a serviços veterinários....47

Gráfico 44. Grau de concordância com a frase "A transmissão de doenças entre animais representa um risco à saúde humana"....48

Gráfico 45. Hábito de consumo de hortículas, frutos ou produtos vegetais derivados (como compotas ou sumos) plantados por si, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos....49

Gráfico 46. Realização de testes à qualidade da água de rega para cultivo de hortícolas, frutos ou outros produtos vegetais destinados ao consumo humano....50

Gráfico 47 Grau de concordância com a frase "A cooperação entre médicos, veterinários, especialistas ambientais e atores políticos é essencial para prevenir surtos de doenças"....51

Gráfico 48. Distribuição dos grupos por região....60

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACM
Análise de Correspondências Múltiplas

DPOC
Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

IHMT-NOVA
Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa

INS
Inquérito Nacional de Saúde

IVG
Interrupção Voluntária da Gravidez

NUTS
Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (I, II ou III, de acordo com a classificação de 2013)

OM
Ordem dos Médicos

OMS
Organização Mundial da Saúde

SNS
Serviço Nacional de Saúde

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório apresenta os resultados de um estudo sobre a **saúde, bem-estar e utilização de cuidados de saúde da população adulta residente em Portugal**, desenvolvido num contexto de estabilização institucional e sanitária, vários anos após a fase mais crítica da pandemia de COVID-19. Partindo de um instrumento inspirado no Inquérito Nacional de Saúde (INS), o estudo permite uma leitura atualizada das condições de saúde, dos padrões de utilização de cuidados, das dificuldades no acesso e das perceções da população relativamente a diferentes dimensões do sistema de saúde.

De forma geral, a população avalia o seu **estado de saúde e bem-estar de forma positiva**, embora persistam desigualdades associadas à idade, ao nível socioeconómico e à presença de doença crónica. As **doenças crónicas** continuam a afetar uma proporção significativa da população, com destaque para problemas músculo-esqueléticos, hipertensão arterial e outras condições associadas ao envelhecimento, condicionando a necessidade de acompanhamento regular e a intensidade de utilização dos cuidados de saúde.

A análise da **utilização de cuidados de saúde** evidencia um **padrão misto**, no qual o **Serviço Nacional de Saúde (SNS)** assume um papel predominante em múltiplas dimensões, nomeadamente nas consultas médicas, nos exames e tratamentos em ambulatório, no internamento e nas cirurgias. Em paralelo, observa-se uma utilização relevante do **setor privado**, isoladamente ou em combinação com o SNS, refletindo a diversidade de percursos de acesso aos cuidados adotados pela população. A saúde oral destaca-se como o domínio em que o recurso ao setor privado é claramente dominante.

No que respeita à **resposta a situações agudas**, o SNS evidencia um papel central, integrando diferentes dispositivos – urgência hospitalar, atendimento nos cuidados de saúde primários e Linha SNS 24 – que asseguram a triagem e o atendimento em situações de maior imediatismo clínico. A utilização do setor privado nestas situações é menos frequente, embora presente em parte da população.

Relativamente aos **cuidados preventivos e de vigilância**, observa-se uma elevada adesão à vacinação e a medições regulares de monitorização de parâmetros clínicos, frequentemente realizadas por recomendação de profissionais de saúde. Os exames de rastreio oncológico apresentam valores idênticos ou ligeiramente superiores aos de 2019, sinalizando a necessidade de monitorização e de atenção no desenho de políticas públicas nesta área.

A análise das **necessidades de saúde não satisfeitas** mostra que o principal obstáculo ao acesso não reside, para a maioria da população, na distância ou no transporte, mas sim na **capacidade de resposta percecionada em tempo útil**, com uma proporção relevante de pessoas a reportar tempos de espera que consideram excessivos para consultas, exames ou tratamentos. As **dificuldades financeiras**, embora menos frequentes, têm impactos diretos e claros, traduzindo-se na não realização de cuidados necessários e na não aquisição de medicamentos prescritos, com particular expressão no domínio da saúde mental.

O estudo evidencia ainda uma **presença significativa de mecanismos adicionais de proteção**, como subsistemas de assistência na doença – com destaque para a ADSE – e seguros de saúde

privados. Estes mecanismos coexistem com o recurso ao SNS e refletem a diversidade de formas de cobertura e de acesso aos cuidados disponíveis na população, sem que os dados permitam determinar a natureza da relação entre os diferentes setores.

No plano social, destaca-se o peso dos **cuidados informais**, com uma proporção relevante da população adulta a assumir responsabilidades regulares na prestação de cuidados a familiares ou pessoas próximas. Em muitos casos, esta atividade representa uma carga significativa em termos de tempo e impacto no bem-estar e na saúde de quem cuida. Em contraste, a avaliação dos apoios previstos para os cuidadores informais é marcada por **baixa perceção de eficácia e elevado desconhecimento**, tanto na população em geral como entre os próprios cuidadores.

Uma das contribuições centrais do estudo é a identificação de **três perfis populacionais de saúde e utilização do SNS – Vulneráveis, Integrados e Episódicos** – que refletem diferentes combinações de estado de saúde, continuidade de cuidados, investimento preventivo e intensidade de utilização dos cuidados de saúde. Estes perfis não constituem categorias rígidas, mas padrões analíticos que permitem compreender como fatores sociais, económicos e organizacionais moldam trajetórias diferenciadas de relação com o sistema de saúde, evidenciando desigualdades relevantes e oportunidades para intervenções mais ajustadas às necessidades específicas de cada grupo.

Por fim, o estudo incorpora, de forma exploratória, dimensões associadas à abordagem **"Uma Só Saúde"** (One Health), revelando níveis elevados de reconhecimento de alguns riscos ambientais e sanitários, coexistindo com lacunas de conhecimento noutros domínios. Em conjunto, os resultados oferecem um retrato atualizado e multifacetado da saúde da população em Portugal, sublinhando a importância de políticas públicas baseadas em evidência, sensíveis às desigualdades e capazes de responder à diversidade de percursos de acesso e de necessidades em saúde.

1 INTRODUÇÃO

O presente relatório resulta de uma consultoria técnico-científica solicitada pela Ordem dos Médicos (OM) ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade NOVA de Lisboa (IHMT-NOVA), através do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) para as Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde.

Esta colaboração enquadra-se no projeto "Um rumo para a Saúde". O pedido reflete o compromisso partilhado entre as duas instituições em produzir conhecimento técnico-científico rigoroso que contribua para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde baseadas em evidência, particularmente no domínio da monitorização da saúde e bem-estar da população residente em Portugal e dos fatores que a determinam.

O primeiro estudo desenvolvido no âmbito desta consultoria decorreu num contexto político e sanitário estabilizado, quase seis anos após o início da pandemia de COVID-19. A fase de emergência de saúde pública e de instabilidade institucional associada a esse período encontra-se ultrapassada e o sistema de saúde português opera atualmente em condições de normalidade funcional, tendo absorvido os impactos e retomado um regime regular de funcionamento.

Este novo contexto permite uma reavaliação atualizada das perceções de saúde e bem-estar da população residente em Portugal reportadas através do Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2019, constituindo o ponto de partida para um novo ciclo de análise sobre as mudanças ocorridas desde então.[1]

Promovido pelo Ministério da Saúde desde 1987, o INS foi utilizado como referência metodológica central na conceção do instrumento de recolha de dados do presente estudo, permitindo estruturar as suas dimensões de análise e assegurar comparações objetivas com dados de saúde e bem-estar pré-pandemia.

Neste quadro, vários indicadores do INS foram mantidos, garantindo comparabilidade e consistência com as práticas nacionais de observação em saúde, e foram desenvolvidos novos indicadores, baseados em literatura internacional recente, destinados a captar determinantes emergentes associados à abordagem "Uma Só Saúde" e aos seus efeitos nas condições de vida, na saúde e no bem-estar da população.

1.1 ENQUADRAMENTO DA ANÁLISE E OBJETIVOS

Esta consultoria do IHMT-NOVA para a OM visa a advocacia de recomendações de políticas de saúde em Portugal, com base em evidência científica robusta e no envolvimento participativo dos atores do sistema de saúde português.

Os objetivos decorrem dos princípios estratégicos que norteiam a iniciativa da OM:

- Projetar a visibilidade externa da OM junto da população;
- Reforçar a visibilidade interna da OM junto da comunidade médica;
- Contribuir para a advocacia da OM junto dos decisores políticos, influenciando positivamente a reflexão e a tomada de decisão em matéria de saúde.

Partindo destes princípios, o racional técnico e metodológico deste projeto é o de contribuir para a compreensão da saúde e bem-estar da população residente em Portugal e assegurar um maior

[1] O INS inquiriu indivíduos com 15 ou mais anos de idade, enquanto o presente estudo, por razões éticas, incluiu participantes com 18 ou mais anos. Esta diferença etária constitui uma limitação a considerar na comparação dos resultados entre ambas as inquirições.

envolvimento dos atores do sistema de saúde – em particular da profissão médica, mas também de outros setores que consagrem uma visão de "Uma Só Saúde" – na formulação de recomendações que melhorem a decisão política em saúde no país.

Como objetivos específicos, este projeto pretende:

- Produzir evidência científica robusta sobre perceções do estado de saúde e bem-estar da população residente em Portugal (Continente e Regiões Autónomas);
- Desenvolver recomendações relevantes para os decisores políticos em Portugal, utilizando metodologias participativas que envolvam as estruturas locais e os Colégios de Especialidade da OM;
- Apoiar a OM na advocacia política dos resultados obtidos, visando influenciar positivamente as recomendações na tomada de decisão política em Portugal;
- Desenvolver recomendações relevantes para os decisores políticos em Portugal, utilizando metodologias participativas que envolvam atores locais numa perspetiva de "Uma Só Saúde", incluindo autarquias, IPSS, autoridades locais de saúde, segurança alimentar, veterinária, ambiente, agricultura, trabalho e segurança social, entre outros.

1.2 NOTAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Sobre os perfis de saúde e utilização dos serviços de saúde

Os perfis identificados devem ser lidos como padrões analíticos que agregam tendências e não como categorias rígidas ou mutuamente exclusivas. A sua utilidade reside na capacidade de evidenciar trajetórias diferenciadas de utilização e necessidades em saúde, mais do que na classificação individual da população.

Sobre o papel do SNS na estruturação dos perfis

A centralidade das variáveis associadas à utilização do SNS na construção dos perfis reflete o facto de estas apresentarem maior capacidade discriminativa no modelo. A utilização de cuidados no setor privado, embora frequente, não se revelou estrutural para a diferenciação dos perfis, sugerindo que os padrões globais de saúde e utilização observados continuam a organizar-se, sobretudo, em torno do sistema público.

Sobre idade e ciclo de vida

Algumas diferenças observadas entre perfis, nomeadamente ao nível da intensidade de utilização de cuidados, da realização de exames e do investimento preventivo, estão associadas ao ciclo de vida e à distribuição etária dos grupos. Estes padrões devem ser interpretados à luz das recomendações clínicas e das necessidades típicas de cada fase da vida, e não como indicadores isolados de maior ou menor adequação dos comportamentos em saúde.

Sobre a leitura da abordagem "Uma Só Saúde"

A incorporação de dimensões associadas à abordagem "Uma Só Saúde" tem um carácter exploratório e descritivo, permitindo identificar tendências e associações relevantes entre saúde, ambiente e condições de vida. Os resultados devem ser entendidos como indicativos de práticas e perceções diferenciadas, não como medida direta de literacia ambiental ou de consciência ecológica estruturada.

Sobre a coexistência de setores público e privado

A presença simultânea de recurso ao SNS e ao setor privado nos percursos de cuidados reflete a diversidade de opções mobilizadas pela população. Os dados não permitem determinar a natureza dessa relação – nomeadamente se assume uma lógica de substituição, complementaridade ou alternância – devendo a leitura privilegiar a descrição dos padrões observados, mais do que a inferência sobre motivações subjacentes.

Sobre práticas quotidianas e economia familiar

Algumas práticas observadas, em particular nos grupos mais vulneráveis, podem estar associadas a estratégias de gestão do quotidiano e da economia familiar. Embora esta dimensão não tenha sido diretamente analisada, a sua consideração contribui para uma leitura mais contextualizada dos comportamentos e escolhas reportados.

2 DISPOSITIVO METODOLÓGICO

2.1 DESENVOLVIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O desenvolvimento do questionário que serviu de instrumento de recolha de dados para este estudo obedeceu a uma abordagem estruturada e multidimensional, com base em princípios de rigor técnico, clareza e comparabilidade.

O questionário foi concebido segundo as seguintes estratégias:

- Estruturação por dimensões temáticas: organização em secções correspondentes às áreas de análise, facilitando a compreensão por parte dos participantes e a consistência interna do instrumento.
- Integração de questões do INS: inclusão de perguntas diretamente associadas aos indicadores que o INS utiliza, de modo a permitir comparações temporais e reforçar a validade externa dos resultados.
- Desenvolvimento e validação de novos itens: criação de novas questões e escalas (nominais, de tipo Likert e de resposta aberta), devidamente testadas e validadas, para captar dimensões emergentes não contempladas nos instrumentos existentes.
- Recolha de informação sociodemográfica: inclusão de um módulo final de caracterização dos participantes, destinado a contextualizar os resultados e permitir análises de estratificação.

A construção do instrumento pautou-se por princípios de:

- Clareza e simplicidade: utilização de linguagem acessível e neutra, assegurando a compreensão por participantes de diferentes níveis de literacia.
- Validação e fiabilidade: identificação prévia de ambiguidades, recurso a itens já validados em contexto nacional e revisão por pares para garantir robustez conceptual.
- Ética e confidencialidade: cumprimento integral dos princípios éticos de anonimato e uso responsável das informações recolhidas.

Os indicadores e respetivas dimensões cobertas pelo questionário incluíram:

PERCEÇÕES DO ESTADO DE SAÚDE

Estado de saúde geral
Doenças crónicas
Limitações funcionais e sensoriais
Dor
Saúde mental

ACESSIBILIDADE E NECESSIDADES EM SAÚDE

Satisfação com a assistência
Cuidados preventivos
Necessidades de saúde não satisfeitas
Subsistema de assistência e seguros de saúde

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Suporte social
Cuidados e assistência informal

DETERMINANTES RELACIONADOS COM A ABORDAGEM "UMA SÓ SAÚDE"

Saúde Humana: práticas de prevenção, conhecimento sobre doenças zoonóticas, impacto das práticas ambientais e perceção de riscos ambientais.

Saúde Animal: interação e cuidados com animais domésticos e de produção, conhecimento sobre bem-estar animal, práticas de uso de antibióticos e perceção dos riscos de doenças animais.

Saúde Ambiental (vida selvagem): perceção de riscos de zoonoses, gestão de recursos naturais e habitats, apoio a políticas globais de conservação e impacto das atividades humanas.

Saúde Ambiental (meio ambiente): perceção da qualidade ambiental local, consciência sobre alterações climáticas e capacidade de resposta a emergências de saúde pública.

Governança e integração intersectorial: perceção do papel das políticas públicas integradas e da eficácia das respostas interinstitucionais em contextos de crise.

Por fim, foi incluído um módulo de aferição da perspetiva holística e integrada da "Uma Só Saúde", que avaliou o reconhecimento da interdependência entre saúde humana, animal e ambiental, as atitudes perante políticas integradas de saúde e as fontes de informação e interesse em literacia ambiental e sanitária.

2.2 DESCRIÇÃO DO DESENHO DO ESTUDO, TÉCNICA AMOSTRAL E TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

O presente estudo segue um desenho observacional transversal, assente numa inquirição telefónica dirigida a uma amostra aleatória e representativa da população residente em Portugal, abrangendo o continente e as Regiões Autónomas. O desenho do estudo e do instrumento de recolha de dados foi feito pela equipa do IHMT-NOVA, que também orientou e acompanhou a recolha de dados (adju-

dicada a uma equipa externa com expertise e prática em estudos similares), bem como a verificação e análise de dados e a redação do relatório final.

A amostra foi dimensionada de forma a garantir um intervalo de confiança de 95% e uma margem de erro aproximada de 6%. Esta opção metodológica resulta de um compromisso entre a necessidade de assegurar precisão estatística e a complexidade e extensão do questionário aplicado. Com uma duração média de preenchimento de cerca de 45 minutos por entrevista telefónica, o instrumento de recolha foi concebido para abranger um conjunto alargado de dimensões relacionadas com perceções de saúde, acessibilidade a cuidados e determinantes sociais e ambientais.

As dificuldades práticas associadas à recolha de dados por via telefónica, nomeadamente a crescente resistência da população a participar em inquéritos deste tipo e o tempo necessário para a conclusão de cada entrevista, tornaram recomendável a definição de um tamanho amostral moderado. Esta decisão permitiu preservar a profundidade analítica e o detalhe temático do questionário, assegurando simultaneamente a qualidade e completude dos dados recolhidos.

A amostra foi estratificada de acordo com as regiões NUTS III[2] , refletindo a distribuição geográfica do país, e ponderada para garantir a proporcionalidade etária da população residente em cada região. Desta forma, assegurou-se que as diversas faixas etárias e áreas geográficas estivessem devidamente representadas. Com exceção de alguns aspetos da caracterização demográfica, os resultados serão apresentados numa perspetiva nacional (NUT I).

A população-alvo do estudo inclui indivíduos com 18 ou mais anos de idade, de ambos os sexos e residentes em Portugal, abrangendo a diversidade demográfica e social da população adulta.

A recolha de dados decorreu entre setembro e novembro de 2025, utilizando a metodologia *CATI – Computer-Assisted Telephone Interviewing*, amplamente reconhecida pela sua fiabilidade em estudos de opinião e inquéritos populacionais.

Os contactos aleatórios foram gerados através do método *RDD – Random Digit Dialing*, com incidência maioritária em números de telemóvel, assegurando cobertura nacional e inclusiva. Foi implementado um controlo de quotas por região (NUTS III) com base nos dados dos Censos 2021, de modo a garantir proporcionalidade geográfica.

A supervisão do trabalho de campo incluiu a validação de 10% das entrevistas concluídas, assegurando a consistência, a qualidade e a conformidade ética do processo de recolha.

O estudo cumpriu os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde de âmbito populacional, nomeadamente o consentimento informado, o respeito pela autonomia dos participantes, a garantia de anonimato e confidencialidade da informação recolhida, a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos, a minimização de riscos potenciais e a possibilidade de desistência em qualquer momento. A participação foi voluntária e precedida de informação clara sobre os objetivos do estudo e a natureza da recolha de dados. Atendendo ao seu desenho observacional, não intervencional, à inexistência de recolha de dados clínicos sensíveis e à utilização de procedimentos de inquirição anónima, o estudo não careceu de apreciação ou aprovação por uma comissão de ética, nos termos definidos pela Ordem dos Médicos.

[2] NUT 2013

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

POLÍTICAS E PLANEAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
WHO Collaborating Center on Health Workforce Policy and Planning

ORDEM DOS MÉDICOS

UM RUMO PARA A SAÚDE
ORDEM DOS MÉDICOS



SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL: DA SAÚDE HUMANA À "UMA SÓ SAÚDE"



3 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Inquiriu-se um total de **700 pessoas residentes em Portugal Continental e nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores**. Destas, 52,5% são mulheres e 47,4% são homens[3]. A média de idades é de 53 anos (M = 52,79; DP = 17,42), variando entre 18 e 93 anos.

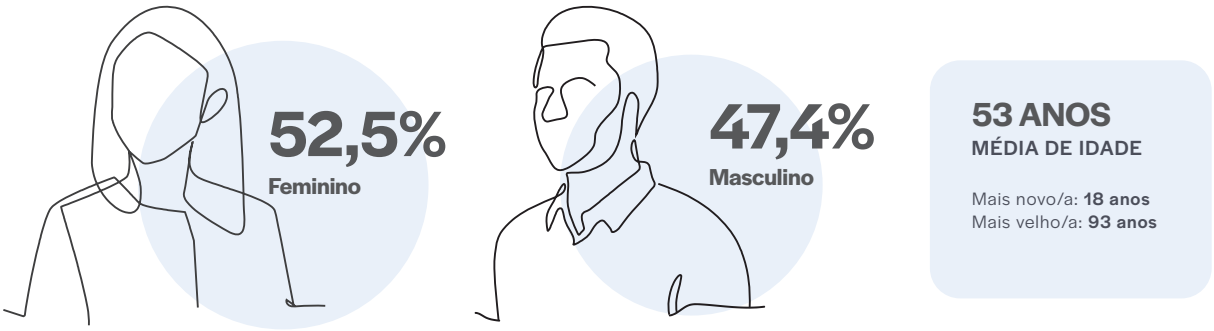


FIGURA 1
Distribuição por género e idade.

No que se refere à **região**, 34,6% residem no Norte, 23,6% no Centro, 20,0% na região metropolitana de Lisboa, 12,1% no Alentejo, 4,0% no Algarve, 2,9% na Região Autónoma da Madeira e 2,9% na Região Autónoma dos Açores.

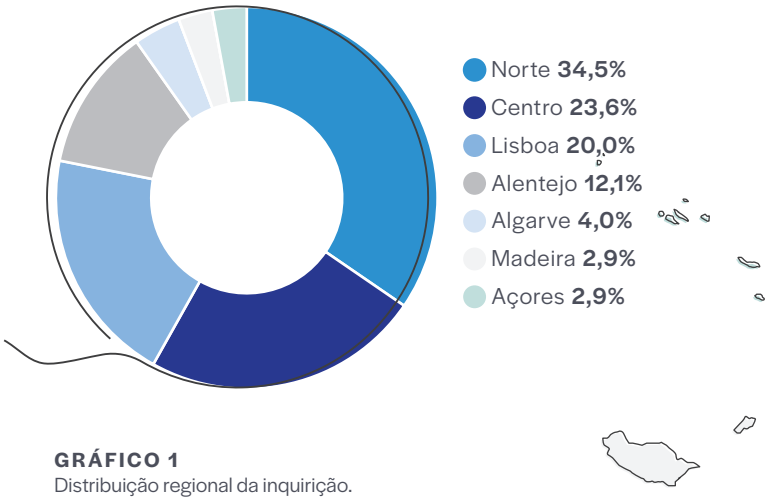
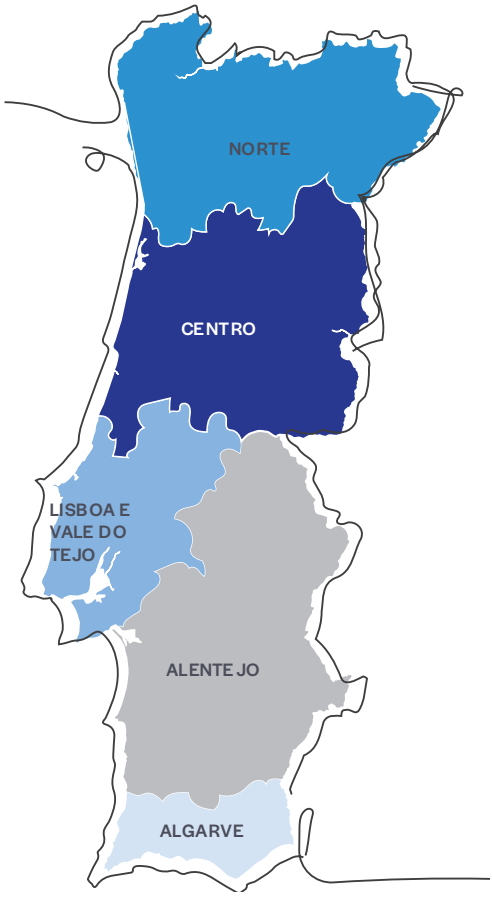


GRÁFICO 1
Distribuição regional da inquirição.



[3] Uma pessoa em estudo mostrou outra identificação de género (0,1%).

Quanto ao nível máximo de escolaridade concluído, observa-se uma distribuição diversificada[4]:

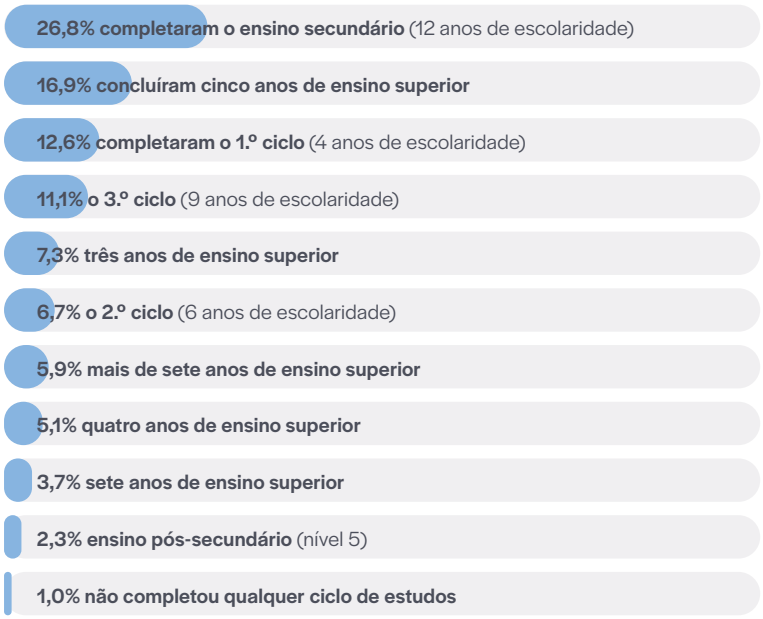


GRÁFICO 2
Nível máximo de escolaridade concluído.

Quanto à situação profissional, a maioria (61,8%) encontra-se empregada, 25,9% estão reformados, 4,9% desempregados, 3,7% são estudantes ou pessoas a realizar estágios não remunerados, 1,3% dizem estar em situação de inatividade, 1,1% dedicam-se à vida doméstica e 1,0% estão incapacitados permanentemente para o trabalho.[5]

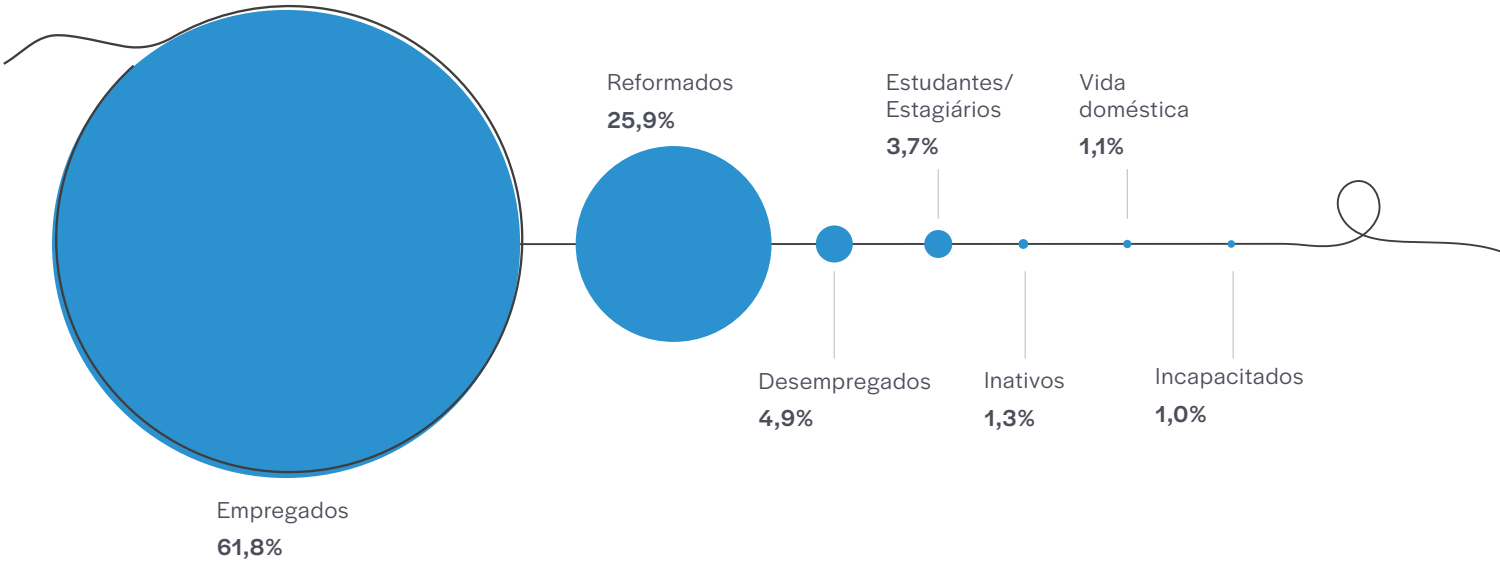


GRÁFICO 3
Situação profissional.

[4] Apenas 0,6% (n = 4) dos participantes optaram por não responder a esta questão.
[5] Apenas 0,3% (n = 2) preferiram não responder.

No que respeita à situação conjugal, 57,6% são casados ou vivem em união de facto, 23,0% são solteiros, 11,3% divorciados ou separados, 7,4% viúvos.[6] A maioria (70,9%) tem filhos, enquanto 28,4% não tem.[7]

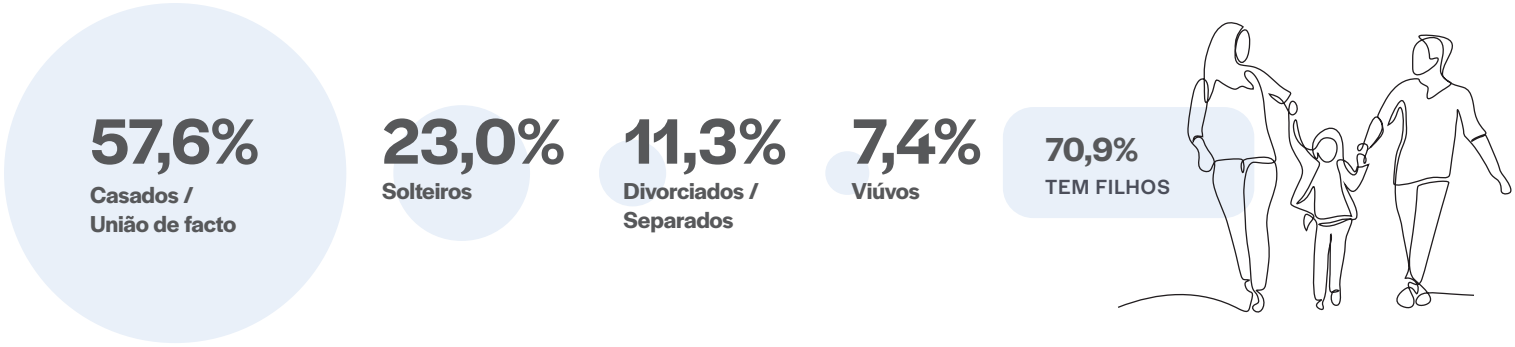


FIGURA 2
Situação conjugal e parental.

Quanto à nacionalidade, 93% são portugueses, 5,0% de outras nacionalidades e 1,9% possuem dupla nacionalidade.[8] Relativamente ao país de nascimento, 87,2% nasceram em Portugal e 12,4% noutro país, destacando-se Brasil e Angola.[9]



GRÁFICO 4
Nacionalidade e país de nascimento.

Por fim, quanto ao rendimento médio líquido mensal do agregado familiar, observa-se que: 24,8% auferem entre 1000 € e 1999 €; 22,6% até 999 €; 21,7% preferiram não responder; 16,0% 3000 € ou mais; e 14,9% entre 2000 € e 2999 €.

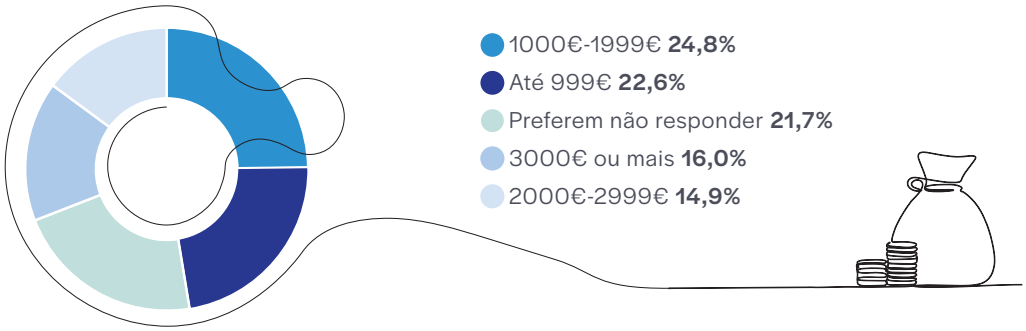


GRÁFICO 5
Rendimento médio líquido mensal do agregado familiar.

[6] Apenas 0,7% (n = 5) preferiram não responder.
[7] Apenas 0,7% (n = 5) preferiram não responder.
[8] Apenas 0,1% (n = 1) preferiram não responder. Entre as nacionalidades estrangeiras mencionadas destacam-se a brasileira (n = 21), angolana (n = 3), moçambicana (n = 3), cabo-verdiana (n = 1), são-tomense (n = 1), espanhola (n = 1), holandesa (n = 1), sul-africana (n = 1), moldava (n = 1) e venezuelana (n = 1). Entre os casos de dupla nacionalidade, além da portuguesa, foram referidas as nacionalidades inglesa, francesa e romena.
[9] Apenas 0,4% (n = 3) preferiram não responder.

4 SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL

4.1 PERCEÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL

4.1.1 ESTADO DE SAÚDE

Relativamente à perceção da população sobre o seu estado de saúde, 41,5% das pessoas inquiridas classificam-no como bom, enquanto 34,4% consideram-no razoável. Um total de 16,9% avalia o seu estado de saúde como muito bom, 5,9% como mau e apenas 1,3% como muito mau. Assim, mais de metade dos inquiridos/as (58,4%) apresenta uma perceção positiva da sua saúde (entre muito bom e bom), ao passo que apenas uma minoria (7,2%) revela uma perceção negativa (mau ou muito mau).

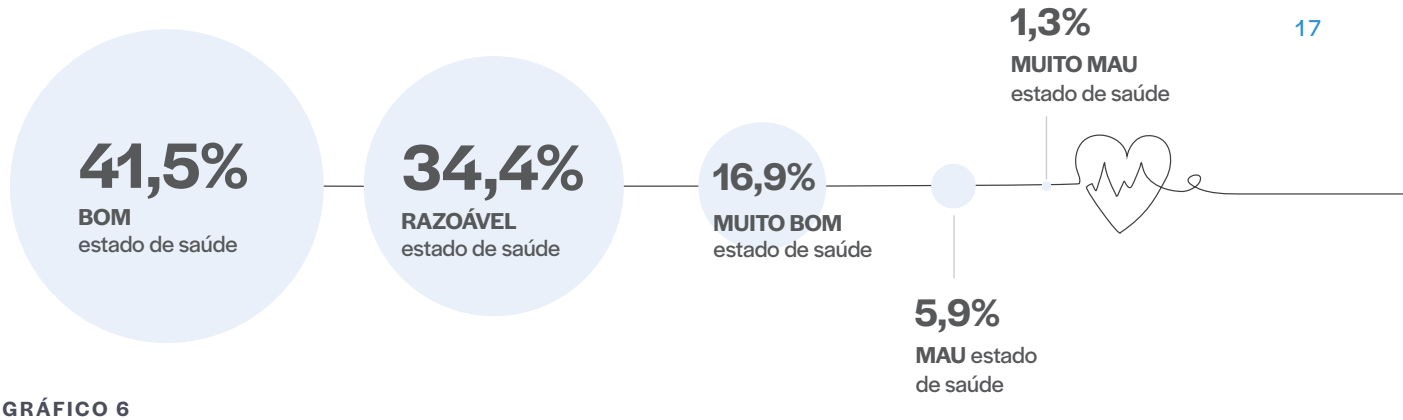


GRÁFICO 6
Autoperceção do estado de saúde.

4.1.2 DOENÇAS CRÓNICAS

Para caracterizar a prevalência de doença crónica ou de sequelas decorrentes de uma condição súbita ou de lesão, foi solicitado aos participantes que indicassem se têm alguma doença crónica diagnosticada e se, durante os últimos 12 meses, tiveram algum episódio de doença cardiovascular súbita ou se foram afetados por sequelas de doença ou lesão anterior.

DOENÇA CRÓNICA	SIM	RESULTADOS INS 2019
Asma	7,4%	-
Bronquite crónica, DPOC ou Enfisema Pulmonar	5,0%	-
Enfarte	2,7%	-
Doença coronária ou angina de peito	2,3%	-
Hipertensão arterial	22,3%	28,7%
Ocorrência de AVC	3,1%	1,5%
Artrose	19,9%	18,2%
Dores lombares	32,3%	31,8%
Dores cervicais	23,0%	19,2%
Diabetes	12,4%	10%
Alergias	21,9%	23%
Cirrose hepática	3,0%	-
Incontinência urinária	7,7%	5,5%
Problemas renais crónicos	3,4%	4,8%
Depressão	10,1%	10,4%
Colesterol elevado	29,6%	21,6%
Outras doenças crónicas	21,1%	-

TABELA 1
Doenças crónicas diagnosticadas comparativamente aos resultados do INS de 2019.

ASMA (INCLUINDO ASMA ALÉRGICA)

Quando questionados sobre a presença de asma (incluindo asma alérgica), a grande maioria dos participantes, 92,2%, referiu não sofrer desta doença crónica. Apenas 7,4% indicaram ter asma.[10]

BRONQUITE CRÓNICA, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA (DPOC) OU ENFISEMA PULMONAR

No que respeita à presença de bronquite crónica, DPOC ou enfisema pulmonar, 94,8% dos participantes referiram não apresentar nenhuma destas doenças, enquanto 5,0% indicaram sofrer de uma destas condições respiratórias.[11]

ENFARTE DO MIOCÁRDIO OU CONSEQUÊNCIAS CRÓNICAS DE UM ENFARTE

Quando questionados sobre a ocorrência de enfarte do miocárdio ou consequências crónicas de um enfarte, a esmagadora maioria dos participantes, 97,2%, referiu não ter experienciado nenhum destes problemas. Apenas 2,7% indicaram ter tido um enfarte ou sofrer das suas consequências crónicas.[12]

DOENÇA CORONÁRIA OU ANGINA DE PEITO

Relativamente à presença de doença coronária ou angina de peito, 97,5% dos participantes referiram não ter esta condição, enquanto 2,3% indicaram sofrer da doença.[13]

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Quando questionados sobre a presença de hipertensão arterial, 22,3% dos participantes indicaram sofrer desta condição, enquanto a maioria, 77,5%, referiu não ter hipertensão.[14]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou hipertensão arterial é inferior à então verificada (28,7%).

OCORRÊNCIA DE AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL) OU DAS SUAS CONSEQUÊNCIAS CRÓNICAS

Relativamente à ocorrência de AVC ou das suas consequências crónicas, 96,8% dos participantes referiram não ter experienciado esta condição,

[10] 0,3% afirmaram não saber e 0,1% preferiu não responder.
[11] 0,1% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[12] 0,1% preferiu não responder.
[13] 0,1% não soube responder e 0,1% preferiu não responder.
[14] 0,1% não soube responder e 0,1% preferiu não responder.
[15] 0,1% preferiu não responder.

enquanto 3,1% indicaram ter sofrido um AVC ou apresentar consequências crónicas associadas.[15]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de AVC e respetivas consequências crónicas é superior à então verificada (1,5%).

ARTROSE (OU DOENÇA DEGENERATIVAS DAS ARTICULAÇÕES)

Quando questionados sobre a presença de artrose (ou doença degenerativa das articulações), 19,9% dos participantes indicaram sofrer desta condição, enquanto 79,6% referiram não ter artrose.[16]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de artrose ou doenças degenerativas das articulações é superior à então verificada (18,2%).

DORES LOMBARES OU OUTROS PROBLEMAS CRÓNICOS NAS COSTAS

Relativamente à presença de dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas, 32,3% dos participantes indicaram sofrer deste tipo de condição, enquanto 67,6% referiram não ter problemas crónicos nas costas.[17] Estes dados revelam que quase um terço da amostra apresenta dores ou problemas crónicos nas costas, sendo esta uma das condições crónicas mais prevalentes entre os inquiridos.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de dores lombares ou outros problemas crónicos nas costas é superior à então verificada (31,8%).

DORES CERVICAIS OU OUTROS PROBLEMAS CRÓNICOS NO PESCOÇO

Quando questionados sobre a presença de dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço, 23,0% dos participantes referiram sofrer desta condição, enquanto 76,9% indicaram não apresentar problemas crónicos ao nível cervical.[18] Estes resultados evidenciam que quase um quarto dos inquiridos apresenta dores ou problemas persistentes no pescoço, sendo esta uma condição relativamente comum entre os participantes.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de dores cervicais ou outros problemas crónicos no pescoço é superior à então verificada (19,2%).

DIABETES (EXCLUINDO DIABETES GESTACIONAL)

Quando questionados sobre a presença de diabetes (excluindo a diabetes gestacional), 12,4% dos participantes indicaram sofrer desta condição, enquanto 87,1% referiram não ter diabetes.[19]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de diabetes (excluindo diabetes gestacional) é superior à então verificada (10%).

ALERGIAS

Quando questionados sobre a presença de alergias, tais como rinite, febre dos fenos, conjuntivite alérgica, dermatite, alergias alimentares ou outras (excluindo a asma alérgica), 21,9% dos participantes referiram sofrer de alguma destas condições, enquanto 77,9% indicaram não ter alergias.[20] Estes resultados indicam que cerca de um quinto da amostra apresenta algum tipo de alergia, sendo, por isso, uma condição relativamente frequente entre os inquiridos.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou sofrer de alergias é ligeiramente inferior à então verificada (23%).

[16] 0,4% não soube responder e 0,1% preferiu não responder.
[17] 0,1% preferiram não responder.
[18] 0,1% preferiram não responder.
[19] 0,4% afirmaram não saber e 0,1% preferiu não responder.
[20] 0,1% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[21] 0,3% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.

CIRROSE HEPÁTICA (DOENÇA CRÓNICA DO FÍGADO)

Relativamente à presença de cirrose hepática (doença crónica do fígado, incluindo todas as formas, mesmo as não alcoólicas), 3,0% dos participantes referiram sofrer desta condição, enquanto 96,6% indicaram não ter cirrose.[21]

INCONTINÊNCIA URINÁRIA OU PROBLEMAS DE CONTROLO DA BEXIGA

Quando questionados sobre a presença de incontinência urinária ou de problemas de controlo da bexiga, 7,7% dos participantes referiram sofrer desta condição, enquanto 92,1% indicaram não apresentar este tipo de problema.[22]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou sofrer de incontinência urinária ou de problemas de controlo da bexiga é ligeiramente superior à então verificada (5.5%).

PROBLEMAS RENAIS CRÓNICOS

Relativamente à presença de problemas renais crónicos (incluindo insuficiência renal e considerando os casos de cálculo renal apenas quando tratados como um problema crónico ou prolongado), 3,4% dos participantes referiram sofrer desta condição, enquanto 96,2% indicaram não apresentar problemas renais crónicos.[23]

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou sofrer de problemas renais crónicos é ligeiramente inferior à então verificada (4,8%).

DEPRESSÃO

Quando questionados sobre a ocorrência de depressão, 10,1% dos participantes referiram sofrer desta condição, enquanto 89,5% indicaram não apresentar depressão.[24] Estes resultados mostram que cerca de uma décima parte da amostra refere sintomas ou diagnóstico de depressão, sendo, portanto, uma condição com alguma expressão entre os inquiridos.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ocorrência de depressão é semelhante à então verificada (10,4%).

COLESTEROL ELEVADO OU TRIGLICÉRIDOS

Quando questionados sobre a presença de valores elevados de colesterol ou de triglicéridos, isto é, níveis elevados de gordura no sangue, 29,6% dos participantes indicaram sofrer desta condição, enquanto 69,7% referiram não ter níveis elevados de gordura no sangue.[25] Estes resultados evidenciam que quase um terço da amostra apresenta colesterol ou triglicéridos elevados, sendo esta uma das condições crónicas mais frequentes entre os inquiridos.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou valores elevados de colesterol ou triglicéridos é superior à então verificada (21,6%).

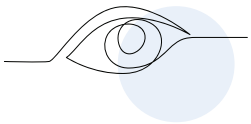
PRESENÇA DE OUTRAS DOENÇAS CRÓNICAS

Quando questionados sobre a presença de outra doença crónica para além das mencionadas anteriormente, 21,1% dos participantes referiram sofrer de alguma outra condição crónica, enquanto 78,9% indicaram não ter qualquer outra doença crónica. Estes resultados mostram que cerca de um quinto da amostra apresenta alguma outra condição crónica não especificada nas categorias anteriores, sendo esta uma expressão relativamente frequente entre os inquiridos.

[22] 0,1% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[23] 0,3% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[24] 0,3% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[25] 0,6% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.

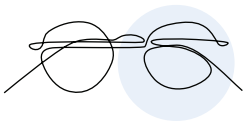
4.1.3 LIMITAÇÕES FUNCIONAIS, FÍSICAS E SENSORIAIS

Foi solicitado aos participantes que reportassem as limitações funcionais, físicas e sensoriais que os afetam.



DIFICULDADE EM VER

Quando questionados sobre se sentem dificuldades em ver, 69,3% dos participantes indicaram ter alguma dificuldade visual, enquanto 30,7% referiram não apresentar qualquer dificuldade. Estes resultados evidenciam que mais de dois terços da amostra experienciam algum tipo de dificuldade visual, sendo esta uma limitação bastante prevalente entre os inquiridos.



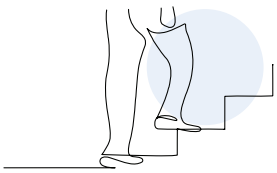
NECESSIDADE DE USAR ÓCULOS

Quando questionados sobre a necessidade de utilizar óculos, 66,0% dos participantes indicaram que necessitam deste recurso, enquanto 34,0% referiram não precisar. Estes resultados mostram que cerca de dois terços da amostra utilizam óculos, sendo esta uma medida comum para a correção de dificuldades visuais entre os inquiridos.



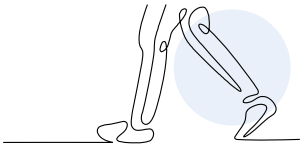
DIFICULDADES DE MEMÓRIA OU CONCENTRAÇÃO

Quando questionados sobre dificuldades de memória ou de concentração, 18,4% dos participantes indicaram apresentar alguma limitação nesta função, enquanto 81,6% referiram não as ter sentido.



DIFICULDADE EM SUBIR ESCADAS

Quando questionados sobre dificuldades em subir escadas, 17,1% dos participantes indicaram ter alguma limitação nesta função, enquanto 82,8% referiram fazê-lo sem dificuldade.[26]



DIFICULDADE EM CAMINHAR

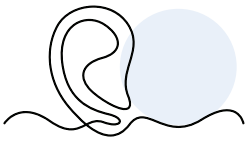
No que concerne a dificuldades em caminhar, 14,4% dos participantes indicaram ter alguma limitação nesta função, enquanto 85,5% referiram fazê-lo sem dificuldades.[27]

[26] 0,1% preferiram não responder.
[27] 0,1% preferiram não responder.



DIFICULDADES EM MORDER OU MASTIGAR ALIMENTOS RIJOS

Quando questionados sobre dificuldades em morder ou mastigar alimentos rijos, como por exemplo uma maçã, 13,4% dos participantes indicaram apresentar alguma limitação nesta função, enquanto 86,5% referiram não ter dificuldades.[28]



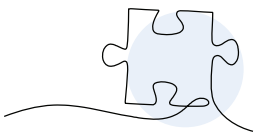
DIFICULDADE EM OUVIR

Relativamente a dificuldades em ouvir, 13,1% dos participantes indicaram ter alguma dificuldade auditiva, enquanto 86,9% referiram não apresentar qualquer dificuldade. Estes resultados evidenciam que apenas uma pequena proporção da amostra reporta limitações auditivas, sendo a maioria dos inquiridos capaz de ouvir sem problemas significativos.



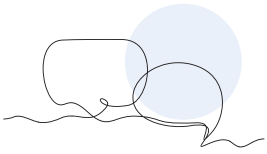
NECESSIDADE DE APARELHO AUDITIVO

Quando questionados sobre a necessidade de utilizar aparelho auditivo, 4,7% dos participantes indicaram precisar deste dispositivo, enquanto 95,3% referiram não necessitar.



OUTRAS DIFICULDADES

Quando questionados sobre a presença de outras dificuldades funcionais físicas e sensoriais, 4,1% dos participantes indicaram ter algum tipo de limitação com impacto no desempenho das atividades domésticas e/ou cuidados pessoais e/ou noutras dificuldades não especificadas. A maioria da amostra nega outras dificuldades (95,9%).



DIFICULDADE EM FALAR

Quando questionados sobre dificuldades em falar, 3,4% dos participantes indicaram ter alguma limitação nesta função, enquanto 96,5% referiram fazê-lo sem dificuldades.[29]

IMPACTO NA SAÚDE DAS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS, FÍSICAS E SENSORIAIS RELATADAS

Quando questionados sobre o impacto das limitações funcionais, físicas e sensoriais anteriormente relatadas na sua saúde, 10,3% dos participantes consideraram que estas têm muito impacto, 25,4% referiram algum impacto, ao passo que 6,7% indicaram que nem muito nem pouco impacto, 17,7% pouco impacto e 15,9% pouquíssimo impacto.[30] Estes resultados mostram que mais de um terço da amostra percebe um impacto relevante na sua saúde decorrente de limitações funcionais, físicas e sensoriais.

[27] 0,1% preferiram não responder.
[28] 0,1% preferiram não responder.
[29] 0,1% preferiram não responder.
[30] Uma proporção de 23,6% indicou que a questão não se aplica à sua situação, enquanto 0,4% preferiu não responder.

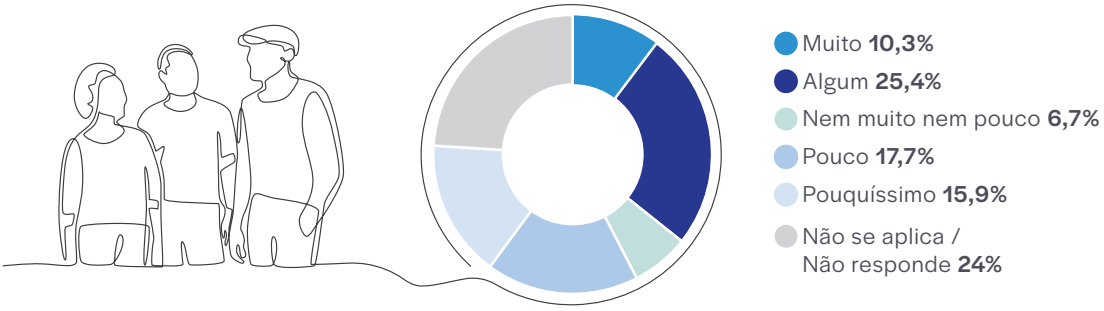


GRÁFICO 7
Impacto das limitações funcionais, físicas e sensoriais na saúde.

Com exceção das dificuldades de visão, que afetam a mais de dois terços da população e, em cerca de 95% desses casos, motivam a utilização de óculos, a maioria dos participantes não refere limitações funcionais, físicas e sensoriais. Embora a prevalência de outros problemas se situe sempre abaixo dos 18%, a grande maioria dos que os reportam reconhece algum impacto dessa condição ou condições na sua saúde e bem-estar.

No plano da mobilidade, apesar de grande parte da população não apresentar dificuldades, o padrão de dificuldade identificado parece acentuar-se em atividades que requerem mais exigência física (por exemplo, subir escadas). Também se destaca a presença de queixas relacionadas com memória ou concentração, apontando para uma dimensão cognitiva relevante a considerar.

4.1.4 DOR FÍSICA

Quando questionados sobre presença de dor física e sua intensidade no decorrer das quatros semanas anteriores ao inquérito, 45,2% dos participantes indicaram ausência de dor, 6,0% relataram dor muito ligeira, 16,7% dor ligeira, 16,1% dor moderada, 12,0% dor intensa e 3,9% dor muito intensa.[31]

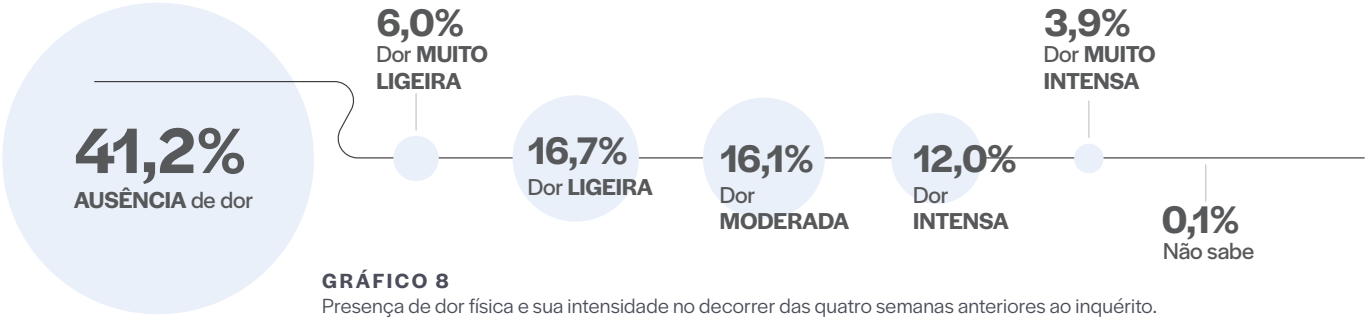


GRÁFICO 8
Presença de dor física e sua intensidade no decorrer das quatro semanas anteriores ao inquérito.

Entre aqueles que reportaram ocorrência de dor no período em análise, 29,5% indicaram que esta não interferiu na realização das suas tarefas habituais, 25,7% referiram que interferiu um pouco e 22,2% consideram que a interferência foi moderada, ao passo que 18,5% reportam que interferiu bastante na sua capacidade de realizar atividades diárias e 3,7% classificam esta interferência como extrema.[32]

Estes resultados mostram que mais de metade da amostra (54,8%) refere a presença de dor física com diferentes níveis de intensidade (muito ligeira a muito intensa) nas quatro semanas anteriores ao inquérito, o que poderá indiciar elevada prevalência de dor crónica, e que cerca de um quinto dos inquiridos que reportaram dor (correspondente a 12,1% do total da amostra) a sentiram como muito ou extremamente incapacitante para a sua vida.

[31] 0,1% afirmaram não saber.
[32] Entre estes, uma proporção residual (0,3%) afirmaram não saber.

4.1.5 SAÚDE MENTAL

INTERESSE OU PRAZER EM REALIZAR ATIVIDADES HABITUAIS

Relativamente a questões relacionadas com a saúde mental, quando questionados sobre a frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, sentiram pouco interesse ou prazer em realizar as suas atividades habituais, 69,6% dos participantes indicaram nunca ter sentido esta diminuição, 21,1% relataram tê-la sentido em vários dias, 3,4% em mais da metade dos dias, 4,4% quase todos os dias e 1,4% todos os dias.[33]

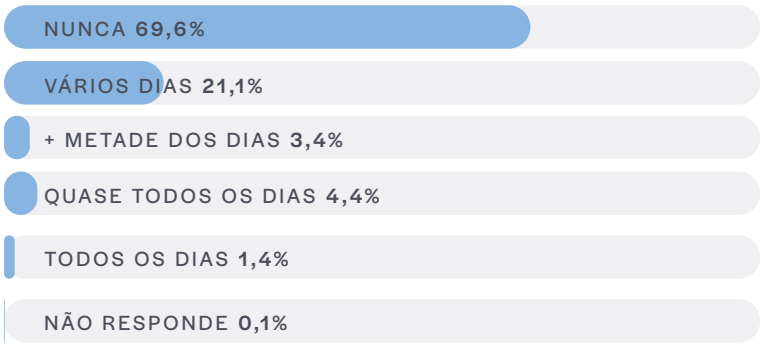


GRÁFICO 9
Frequência do interesse ou prazer em realizar atividades habituais nas duas semanas anteriores ao inquérito.

SENTIR-SE EM BAIXO, DEPRIMIDO OU DESAMPARADO

Quando questionados sobre a frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, se sentiram em baixo, deprimidos ou desamparados, 71,9% dos participantes indicaram nunca ter sentido estes estados, 18,9% relataram tê-los sentido em vários dias, 3,0% em mais da metade dos dias, 4,3% quase todos os dias e 1,7% todos os dias.[34]

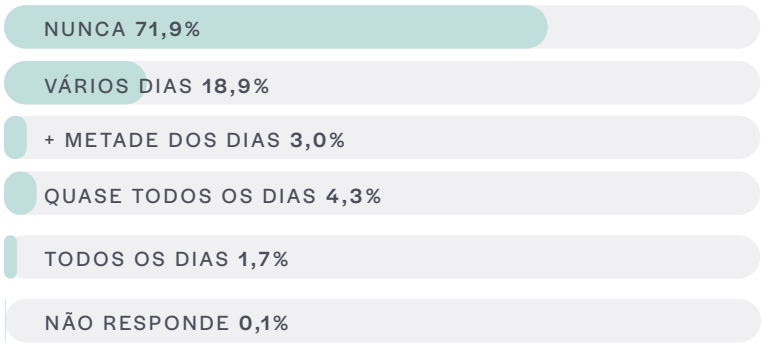


GRÁFICO 10
Frequência de se sentir em baixo, deprimido ou desamparado nas duas semanas anteriores ao inquérito.

DIFICULDADE EM DORMIR, DORMIR POUCO OU DORMIR DEMASIADO

Relativamente à frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, tiveram dificuldade em adormecer, dormiram pouco ou dormiram demasiado, 49,5% dos participantes indicaram nunca ter experienciado estas situações, 25,1% relataram tê-las sentido em vários dias, 5,6% em mais da metade dos dias, 9,4% quase todos os dias e 10,3% todos os dias.[35]

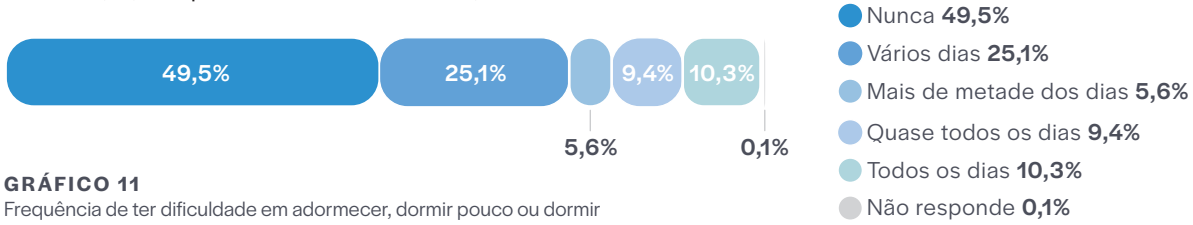


GRÁFICO 11
Frequência de ter dificuldade em adormecer, dormir pouco ou dormir demasiado nas duas semanas anteriores ao inquérito.

[33] 0,1% preferiram não responder.
[34] 0,1% afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.
[35] 0,1% preferiram não responder.

SENTIR-SE CANSADO OU COM POUCA ENERGIA

Quando questionados sobre a frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, se sentiram cansados ou tiveram pouca energia, 45,4% dos participantes indicaram nunca ter sentido estes sintomas, 34,3% relataram senti-los em vários dias, 5,7% em mais da metade dos dias, 8,6% quase todos os dias e 5,9% todos os dias.[36]

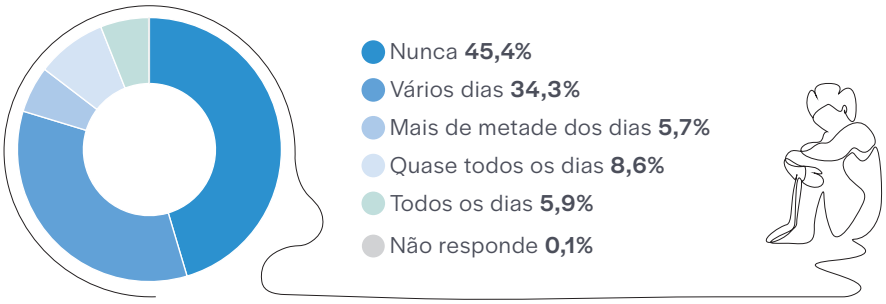


GRÁFICO 12
Frequência de se sentir cansado ou ter pouca energia nas duas semanas anteriores ao inquérito.

DIMINUIÇÃO OU AUMENTO DO APETITE

Questionados sobre ocorrência de diminuição ou aumento de apetite nas duas semanas anteriores ao inquérito, 82,2% dos participantes indicaram nunca ter experienciado alterações no apetite, 10,6% relataram senti-las em vários dias, 2,4% em mais da metade dos dias, 2,7% quase todos os dias e 2,0% todos os dias.[37]

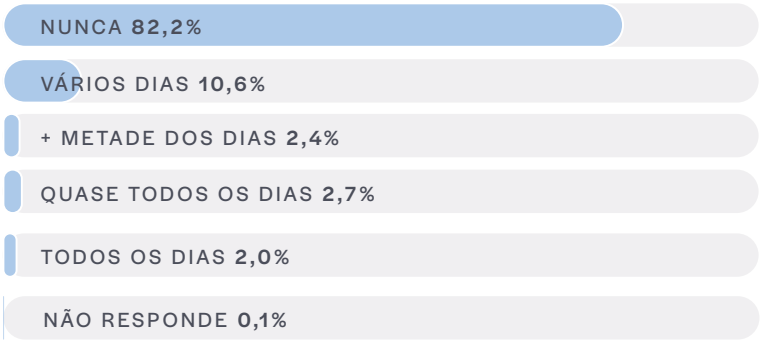


GRÁFICO 13
Frequência sobre diminuição ou aumento de apetite nas duas semanas anteriores ao inquérito.

SENTIR-SE MAL CONSIGO PRÓPRIO, SENTIR-SE UM FRACASSO OU DEIXAR-SE IR ABAIXO A SI OU À SUA FAMÍLIA

Relativamente à frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, os participantes se sentiram mal consigo próprios, se consideraram um fracasso ou sentiram que deixaram ir abaixo a si ou à sua família, 82,3% afirmaram nunca ter experienciado esses sentimentos, 12,0% indicaram tê-los sentido em vários dias, 1,6% em mais da metade dos dias, 3,1% quase todos os dias e 0,7% todos os dias.[38]

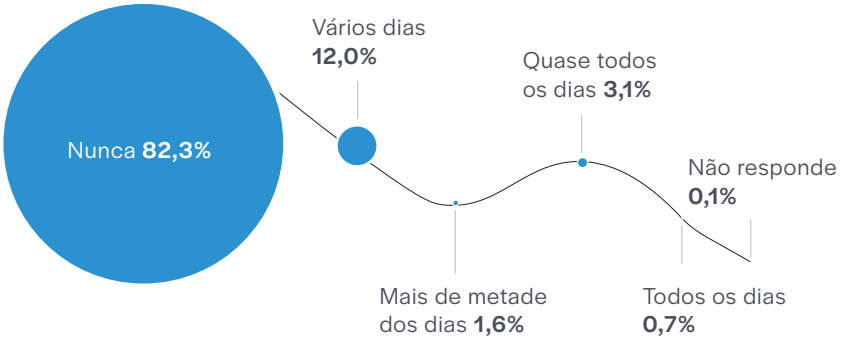


GRÁFICO 14
Frequência de se sentir mal consigo próprio, um fracasso ou deixar ir abaixo nas duas semanas anteriores ao inquérito.

[36] 0,1% preferiram não responder.
[37] 0,1% preferiram não responder.
[38] 0,3% preferiram não responder.

SENTIR DIFICULDADES EM CONCENTRAR-SE EM ALGUMAS TAREFAS

Quando questionados sobre a frequência com que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, tiveram dificuldade em concentrar-se em algumas tarefas, como ler o jornal ou ver televisão, 81,9% dos participantes indicaram nunca ter sentido esta dificuldade, 12,3% relataram senti-la em vários dias, 1,7% em mais da metade dos dias, 2,1% quase todos os dias e 1,7% todos os dias.[39]

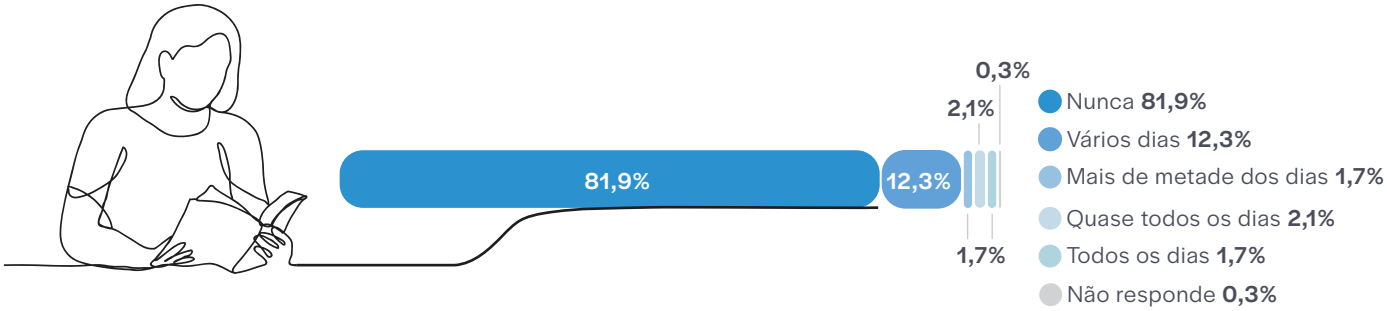


GRÁFICO 15
Frequência de ter dificuldade em concentrar-se nalgumas tarefas nas duas semanas anteriores ao inquérito.

MEXEREM-SE OU FALAREM MUITO DEVAGAR OU ESTAREM INQUIETOS, AGITADOS E MOVEREM-SE DEMASIADO

Quando questionados sobre se, nas duas semanas anteriores ao inquérito, se mexeram ou falaram tão devagar que outras pessoas devem ter reparado, ou se, pelo contrário, estiveram tão inquietos ou agitados que se moveram muito mais do que o habitual, 88,3% dos participantes indicaram nunca ter experienciado estas situações, 6,7% relataram senti-las em vários dias, 2,1% em mais da metade dos dias, 1,7% quase todos os dias e 0,7% todos os dias.[40]

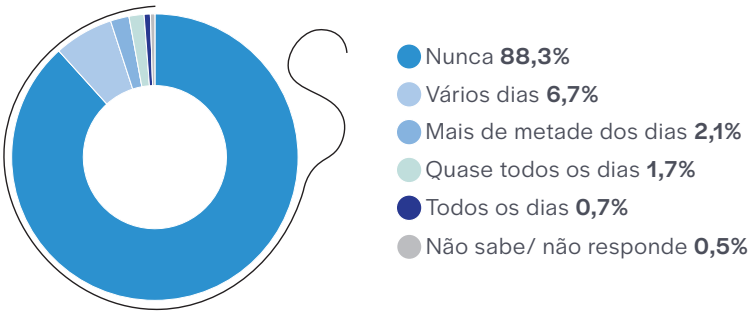


GRÁFICO 16
Frequência sobre se mexer ou falar muito devagar ou estar inquieto, agitado e mover demasiado nas duas semanas anteriores ao inquérito.

Os resultados indicam que, nas duas semanas anteriores ao inquérito, os indicadores de humor e de perda de interesse apresentam uma expressão mais reduzida comparativamente com outros indicadores de saúde mental. Em contraste, sintomas como alterações do sono e fadiga/baixa energia são mais prevalentes, sugerindo que o mal-estar psicológico se manifesta mais através de perturbações do descanso e do nível de energia. Alterações do apetite, sentimentos negativos sobre si próprio e dificuldades de concentração apresentam menor expressão e tendem a concentrar-se em níveis de frequência ocasional. Por fim, sinais psicomotores são pouco reportados, indicando que este domínio é o menos afetado quando comparado com sono e energia.

[39] 0,3% preferiram não responder.
[40] 0,4%afirmaram não saber e 0,1% preferiram não responder.

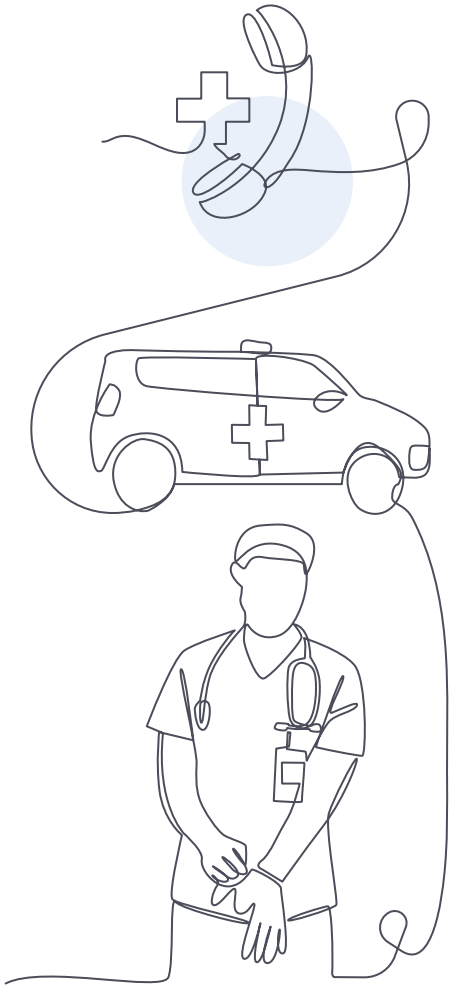
4.2 ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE

4.2.1 NECESSIDADE DE UTILIZAR CUIDADOS DE SAÚDE

A maioria dos participantes (64,1%) referiu ter necessitado de utilizar cuidados de saúde nos últimos seis meses. Em contraste, cerca de um terço dos inquiridos (35,9%) indicou não ter recorrido a cuidados de saúde no mesmo período (tabela 2).

SERVIÇO	RECORREU	NÃO RECORREU	NS/NR	TOTAL
Consulta de saúde ocupacional ou de medicina do trabalho	17,1%	82,5%	0,4%	100%
Linha SNS 24	20,5%	79,5%	0,0%	100%
Consulta no centro de saúde	63,5%	36,5%	0,0%	100%
Serviço de atendimento permanente no centro de saúde	18,0%	81,6%	0,4%	100%
Consulta de especialidade no hospital público/SNS	33,0%	66,8%	0,2%	100%
Consultas em hospitais ou clínicas no privado	52,6%	47,4%	0,0%	100%
Serviço de urgência no hospital público/SNS	20,9%	79,1%	0,0%	100%
Serviços de urgência em hospitais ou clínicas no privado	13,4%	86,6%	0,0%	100%
Cirurgia no hospital público/SNS	11,6%	88,4%	0,0%	100%
Cirurgia em hospitais ou clínicas no privado	8,7%	91,3%	0,0%	100%
Parto no hospital público/SNS	4,7%	90,0%	5,3%	100%
Parto em hospitais ou clínicas no privado	2,2%	92,7%	5,1%	100%
Exames no hospital público/SNS	36,7%	63,3%	0,0%	100%
Exames em hospitais ou clínicas no privado	39,9%	59,9%	0,2%	100%
Apoio domiciliário	2,2%	97,8%	0,0%	100%
Cuidados paliativos ou continuados	0,9%	99,1%	0,0%	100%

TABELA 2
Cuidados de saúde utilizados nos seis meses anteriores à entrevista.



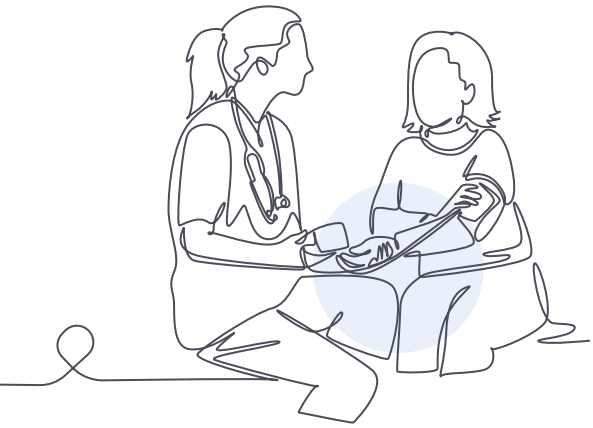
SERVIÇOS DE URGÊNCIA E RESPOSTA A SITUAÇÕES AGUDAS

No que respeita à resposta a situações percebidas como urgentes ou de necessidade clínica imediata, os resultados indicam uma forte centralidade do SNS. Considerando de forma integrada os serviços de urgência hospitalar do SNS, os serviços de atendimento permanente nos centros de saúde e a Linha SNS 24, verifica-se que 40,1% dos participantes recorreram a pelo menos uma resposta do SNS para situações agudas.

De forma desagregada, 20,9% dos participantes referiram ter recorrido a um serviço de urgência hospitalar do SNS, 18,0% utilizaram o serviço de atendimento permanente no centro de saúde e 20,5% contactaram a Linha SNS 24. Estes dispositivos desempenham funções distintas, mas articuladas, na organização da resposta do sistema público, permitindo desde a triagem e orientação clínica inicial até ao atendimento presencial em contexto hospitalar ou nos cuidados de saúde primários.

Em contraste, o recurso a serviços de urgência em hospitais ou clínicas do setor privado foi reportado por 13,4% dos participantes, refletindo uma utilização menos frequente deste setor para resposta a situações agudas.

Estes resultados demonstram o papel do SNS como principal eixo de resposta a episódios urgentes e evidenciam a sua função estruturante na garantia de acesso a cuidados em situações de maior imediatismo clínico.

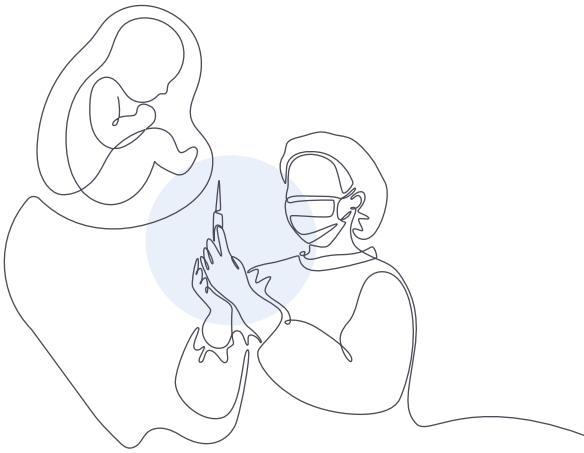


CONSULTAS MÉDICAS

Relativamente às consultas médicas, os resultados mostram um padrão de utilização diversificado, no qual o SNS assume um papel central, coexistindo com uma utilização expressiva do setor privado. Considerando de forma integrada as consultas médicas no SNS, incluindo os cuidados de saúde primários e as consultas de especialidade em hospitais públicos, verifica-se que 71% dos participantes recorreram a pelo menos uma consulta médica no SNS nos seis meses anteriores à entrevista.

De forma desagregada, 63,5% dos participantes referiram ter recorrido a consultas no centro de saúde, enquanto 33% indicaram ter tido consultas de especialidade em hospitais públicos do SNS. Em paralelo, 52,6% dos participantes reportaram ter recorrido a consultas em hospitais ou clínicas do setor privado.

Estes resultados mostram que a utilização de consultas médicas se distribui pelos setores público e privado. O SNS assume um papel central na prestação destes cuidados, mas uma parte significativa da população recorre também a consultas no setor privado, revelando a presença clara de dois circuitos de utilização que coexistem nos percursos de cuidados.



CIRURGIAS E PARTOS

A utilização de cuidados hospitalares para fins cirúrgicos revela igualmente um predomínio do SNS, embora coexistindo com a atividade privada: 11,6% dos participantes foram submetidos a pelo menos uma cirurgia no SNS, enquanto 8,7% reportaram ter feito pelo menos uma cirurgia em hospitais ou clínicas do setor privado.

No caso dos partos, 4,7% ocorreram em hospitais do SNS, face a 2,2% realizados em unidades privadas.



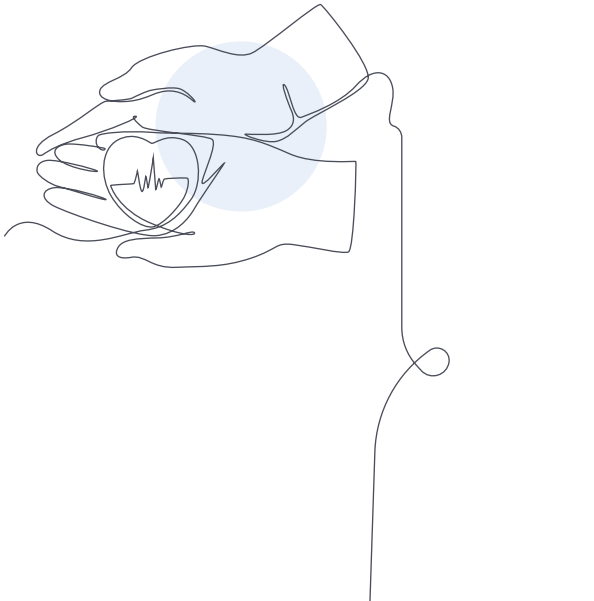
EXAMES DE DIAGNÓSTICO E OUTROS CUIDADOS

Relativamente à realização de exames de diagnóstico, observa-se um padrão de utilização relativamente equilibrado entre os dois setores. 36,7% dos participantes realizaram exames no SNS, enquanto 39,9% recorreram a hospitais ou clínicas do setor privado.

Este resultado sugere um recurso frequente ao setor privado para resposta diagnóstica, embora a articulação entre setores possa refletir mecanismos de encaminhamento e convenção que não são diretamente observáveis nos dados disponíveis.

OUTROS TIPOS DE CUIDADOS

Outros tipos de cuidados apresentam uma expressão residual na amostra. 2,2% dos participantes referiram ter recorrido a apoio domiciliário, e 0,9% a cuidados paliativos ou continuados, refletindo a natureza mais específica destes serviços e o reduzido número de situações em que se colocaram necessidades deste tipo no período considerado.



4.2.2 FACILIDADE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA SUA ÁREA DE RESIDÊNCIA

FACILIDADE DE ACESSO A SERVIÇOS NO SNS

Uma pequena proporção dos participantes considerou o acesso a serviços de saúde do SNS muito fácil (5,9%), enquanto cerca de um terço o considerou fácil (34,1%). Uma percentagem intermédia classificou o acesso como nem fácil nem difícil (18,3%). Por outro lado, 22,3% dos participantes consideraram o acesso difícil e 14,0% avaliaram-no como muito difícil.[41]

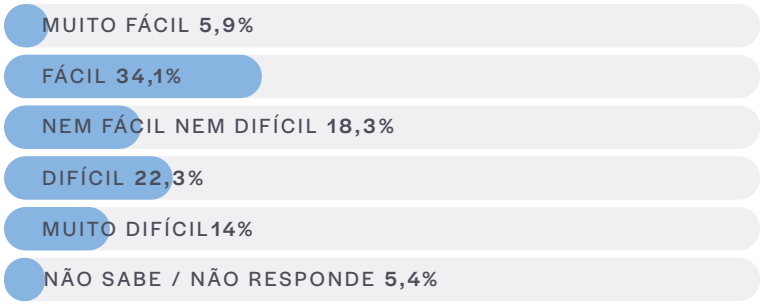


GRÁFICO 17
Facilidade de acesso a serviços de saúde do SNS.

FACILIDADE DE ACESSO A SERVIÇOS NO SETOR PRIVADO

Uma proporção considerável dos participantes considerou o acesso a serviços de saúde privados muito fácil (15,4%) ou fácil (48,1%). Uma parte menor classificou o acesso como nem fácil nem difícil (8,6%), difícil (7,7%) ou muito difícil (3,7%).[42]

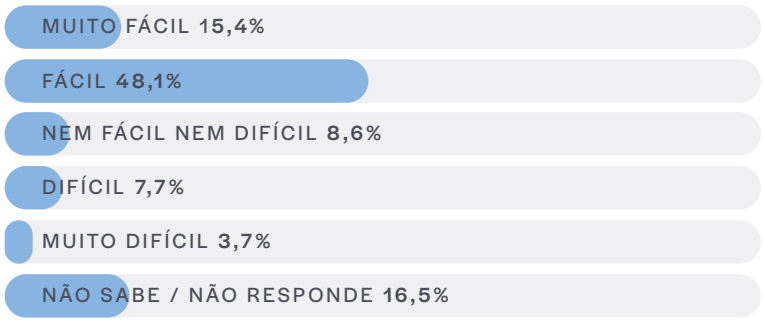


GRÁFICO 18
Facilidade de acesso a serviços de saúde do setor privado.

Em termos globais, há uma eleva perceção de facilidade no acesso a serviços de saúde do setor privado (63,5% diz ser fácil ou muito fácil) existentes na área de residência dos inquiridos. Relativamente ao acesso aos serviços do SNS, embora a perceção de facilidade de acesso seja prevalente (40% diz ser fácil ou muito fácil), verifica-se uma distribuição mais polarizada das respostas, já que uma proporção relevante dos participantes classifica o acesso ao setor público como difícil ou muito difícil (36,3%, contra 11,1% no setor privado).

[41] Uma parte dos participantes não soube responder (5,3%) ou preferiram não responder (0,1%).
[42] Uma percentagem significativa não soube responder (15,6%) ou preferiram não responder (0,9%).

4.2.3 MÉDICO/A DE FAMÍLIA

A maioria dos participantes tem atribuído um médico/a de família (81,0%). Uma proporção menor não tem médico de família (17,1%).[43] Quando questionados sobre a frequência com que consultam o seu médico de família (Gráfico 19), a maioria diz recorrer "poucas" (49,3%) ou "algumas vezes" (36,7%).

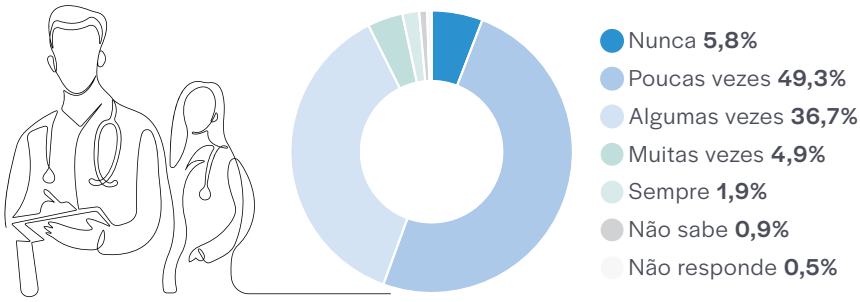


GRÁFICO 19
Frequência de recurso ao médico de família (entre quem tem médico atribuído).

Quanto à principal finalidade para procurar o médico de família (Gráfico 20) apontada pelos participantes, destaca-se a prescrição de análises, exames e/ou consultas de especialidade (45,6%), o aconselhamento geral sobre a saúde, sem sinais ou sintomas específicos (14,1%) e outro tipo de finalidade não especificada (19,4%).

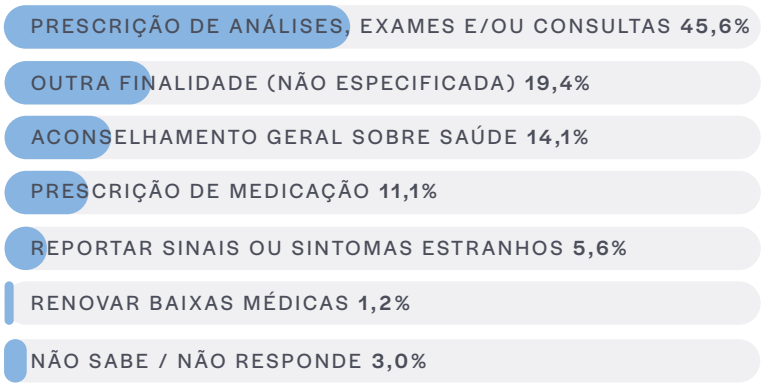


GRÁFICO 20
Principal finalidade para consultar médico de família.

Estes resultados indicam que o **recurso ao médico de família está, em grande medida, alinhado com o seu papel de porta de entrada no sistema de saúde e de coordenação dos cuidados**, uma vez que a finalidade mais frequentemente referida é a prescrição de análises, exames e/ou a referenciação para especialidade. **Embora a maioria dos participantes refira consultar o médico de família apenas "poucas" ou "algumas vezes", este padrão não traduz necessariamente uma relação episódica, podendo antes refletir um acompanhamento clínico estável**, centrado na gestão e articulação dos cuidados ao longo do tempo.

Por outro lado, cerca de 20% da população indica que a principal razão para procurar o médico de família é a necessidade de aconselhamento em saúde, seja de carácter geral ou mais específico. Este resultado, a par da proporção de participantes que refere outras finalidades não especificadas, reforça a ideia de que **a medicina geral e familiar é percecionada não apenas como uma resposta administrativa, mas como um recurso de orientação clínica, com capacidade para responder a um leque alargado de necessidades de saúde**.

[43] 1,9% não soube responder.

4.3 CUIDADOS PREVENTIVOS

Os participantes foram questionados sobre realização de um conjunto de cuidados preventivos e de rastreio, sendo possível observar um padrão consistente: as vacinas e as medições clínicas realizadas por profissionais de saúde tendem a apresentar maior adesão reportada, enquanto os exames e testes de rastreio (sobretudo os mais invasivos ou dependentes de encaminhamento) surgem com níveis de realização mais baixos (Tabela 3). Sempre que o cuidado é realizado, a motivação é predominantemente associada à recomendação de um profissional de saúde, embora exista também uma fração relevante de realização por iniciativa própria (Tabela 4).

Quando possível, os resultados de adesão foram comparados com os do INS de 2019, verificando-se uma maior adesão face aos resultados de então verificados para cuidados mais comuns e integrados no acompanhamento clínico (nomeadamente medições realizadas por profissionais de saúde), bem como para a citologia cervical e mamografia (mulheres com mais de 50 anos), e colonoscopia total (homens com mais de 50 anos), ao passo que se observa estabilidade na pesquisa de sangue oculto nas fezes.

VACINAÇÃO SAZONAL CONTRA A GRIPE

Entre os participantes que se vacinaram contra a gripe (44,9%), uma maioria (61,2%) diz tê-lo feito por recomendação de um profissional de saúde.

VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Entre os participantes que se vacinaram contra a COVID-19 (75,2%), uma maioria seguiu a recomendação de um profissional de saúde (68,1%).

VACINAÇÃO CONTRA O TÉTANO

A maioria dos participantes indica ter recebido a vacinação contra o tétano (83,6%). A maioria seguiu a recomendação de um profissional de saúde (71,8%).

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ter sido vacinada para o tétano é superior à então verificada (77,6%).

ANÁLISES PARA DETETAR SANGUE OCULTO NAS FEZES

Dos participantes, 41,0% realizou a análise para detetar sangue oculto nas fezes. Entre os que realizaram o teste, 91,6% seguiram a recomendação de um profissional de saúde.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou ter realizado análises para detetar sangue oculto nas fezes é semelhante à então verificada (41,1%).

COLONOSCOPIA TOTAL

Relativamente à realização de colonoscopia total, 36,1% dos participantes indicaram ter realizado o exame. Entre os que realizaram o exame, 90,5% seguiram a recomendação de um profissional de saúde.

Quando a análise se restringe aos homens com 50 ou mais anos, observa-se um aumento da proporção dos que realizaram este exame: 53,1% referiram ter efetuado uma colonoscopia total.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de homens com mais de 50 anos que reportou ter realizado colonoscopia total é mais elevada do que a então verificada (43,3%).

MAMOGRAFIA

No que diz respeito à realização de mamografia, 68,7% das participantes do sexo feminino diz ter realizado o exame.

Entre as mulheres que o fizeram, 85% seguiram a recomendação de um profissional de saúde.

Quando a análise se restringe às mulheres na faixa etária dos 50 aos 69 anos, observa-se um aumento substancial da realização deste exame, com 88,6% a referirem ter realizado mamografia.

Comparativamente com os resultados do INS (2019) este valor é mais elevado do que o verificado há 6 anos, em que a percentagem de mulheres com mais de 50 anos que reportaram ter realizado o exame foi de 80,2%.

CITOLOGIA CERVICAL/PAPANICOLAU

Relativamente à citologia cervical/papanicolau, 68,7% das participantes indicaram ter realizado o exame. Entre as que realizaram o exame, 85% fizeram-no por recomendação de um profissional de saúde.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de mulheres que reportou ter realizado citologia cervical é superior à então verificada (65,5%).

MEDIÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE

A medição da tensão arterial por um profissional de saúde foi realizada por 84,0% dos participantes.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou pelo menos uma medição de tensão arterial por profissional de saúde é superior à então verificada (77,6%).

MEDIÇÃO DO NÍVEL DE COLESTEROL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE

O nível de colesterol no sangue foi medido por um profissional de saúde em 81,9% dos participantes.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou pelo menos uma medição de nível de colesterol por profissional de saúde é superior à então verificada (67,5%).

MEDIÇÃO DO NÍVEL DE GLICEMIA POR PROFISSIONAL DE SAÚDE

O nível de glicemia foi avaliado por um profissional de saúde em 80,3% dos participantes.

Em comparação com os resultados do INS de 2019, a percentagem de pessoas que reportou pelo menos uma medição de nível de nível de glicémia por profissional de saúde é superior à então verificada (65,8%).

OUTROS CUIDADOS PREVENTIVOS

Um total de 14,6% dos participantes indicou recorrer a outro tipo de cuidado preventivo.

CUIDADO	REALIZOU	NÃO REALIZOU	NÃO SABE	NÃO RESPONDE	TOTAL
Vacinação sazonal contra a gripe	44,9%	54,8%	0,3%	0,0%	100,0%
Vacinação contra a COVID-19	75,2%	24,7%	0,1%	0,0%	100,0%
Vacinação contra o tétano	83,6%	15,0%	1,4%	0,0%	100,0%
Análises p/ detetar sangue oculto nas fezes	41,0%	57,0%	1,9%	0,1%	100,0%
Colonoscopia total	36,1%	63,1%	0,7%	0,1%	100,0%
Mamografia (*)	68,7%	31,1%	0,0%	0,3%	100,0%
Citologia cervical / papanicolau (*)	68,7%	30,8%	0,5%	0,0%	100,0%
Medição da tensão arterial (prof. Saúde)	84,0%	15,9%	0,1%	0,0%	100,0%
Medição do colesterol (prof. Saúde)	81,9%	18,0%	0,1%	0,0%	100,0%
Medição da glicemia (prof. Saúde)	80,3%	19,4%	0,3%	0,0%	100,0%
Outro tipo de cuidados preventivos	14,6%	85,4%	0,0%	0,0%	100,0%

(*) só aplicável a respondentes do sexo feminino

TABELA 3
Cuidados preventivos alguma vez realizados.

CUIDADO	POR RECOMENDAÇÃO	POR INICIATIVA PRÓPRIA	NÃO SABE	NÃO RESPONDE	TOTAL
Vacinação sazonal contra a gripe	61,2%	37,6%	0,0%	0,3%	100,0%
Vacinação contra a COVID-19	68,1%	30,4%	0,0%	0,4%	100,0%
Vacinação contra o tétano	71,8%	27,9%	0,0%	0,0%	100,0%
Análises p/ detetar sangue oculto nas fezes	91,6%	7,0%	0,7%	0,0%	100,0%
Colonoscopia total	90,5%	9,1%	0,4%	0,0%	100,0%
Mamografia	85,0%	14,6%	0,0%	0,0%	100,0%
Citologia cervical / papanicolau	84,9%	14,7%	0,0%	0,0%	100,0%
Medição da tensão arterial (prof. Saúde)	80,8%	18,4%	0,0%	0,2%	100,0%
Medição do nível de colesterol (prof. Saúde)	81,3%	18,0%	0,0%	0,2%	100,0%
Medição do nível de glicemia (prof. Saúde)	80,8%	18,7%	0,0%	0,2%	100,0%
Outro tipo de cuidados preventivos	—	—	—	—	100,0%

TABELA 4
Motivo de realização de cuidado preventivo.

4.4 NECESSIDADES DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

4.4.1 ADEQUABILIDADE DO TEMPO DE ESPERA

Nos últimos 12 meses, 29,9% dos participantes relataram não ter recebido cuidados num tempo que consideram adequado ou razoável devido a dificuldade em marcação ou por terem ficado em lista de espera, factos que motivaram desistência ou procura por alternativa. Por outro lado, 58,5% consideraram os tempos de espera aceitáveis, enquanto 11,3% não precisaram de aguardar por qualquer serviço.[44]

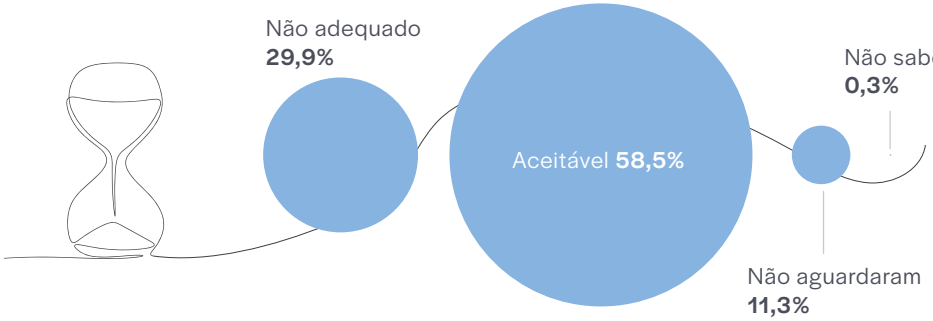


GRÁFICO 21
Adequabilidade do tempo de espera.

[44] Uma pequena percentagem não soube responder (0,3%).

4.4.2 MOTIVO DO TEMPO DE ESPERA – DISTÂNCIA OU TRANSPORTE

Nos últimos 12 meses, apenas 4,6% dos participantes relataram ter esperado por uma consulta, exame ou tratamento devido à distância a que se encontra do estabelecimento de saúde ou à inexistência de transporte. A maioria, 84,9%, não enfrentou este tipo de dificuldade, enquanto 10,1% não precisaram de recorrer a qualquer serviço.[45]

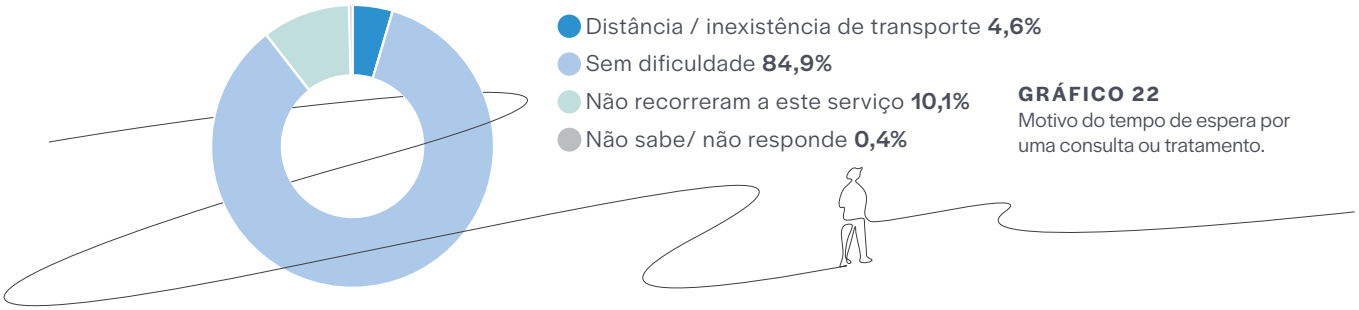


GRÁFICO 22
Motivo do tempo de espera por uma consulta ou tratamento.

4.4.3 IMPOSSIBILIDADE DE ACEDER A CONSULTA, EXAME OU TRATAMENTO POR DIFICULDADES FINANCEIRAS

Nos últimos 12 meses, 6,7% dos participantes indicaram que precisaram de uma consulta, exame ou tratamento a que não conseguiram aceder devido aos preços elevados ou por falta de cobertura por parte do sistema de saúde. Quase metade, 48,9%, não teve necessidade de recorrer a estes serviços, enquanto 44,0% conseguiu satisfazer essas necessidades.[46]

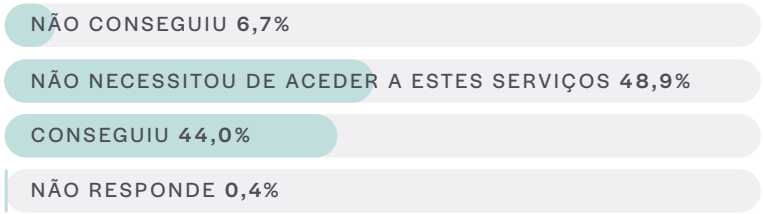


GRÁFICO 23
Impossibilidade de aceder a consulta, exame ou tratamento por dificuldades financeiras.

4.4.4 IMPOSSIBILIDADE DE COMPRAR MEDICAMENTOS POR DIFICULDADES FINANCEIRAS

Nos últimos 12 meses, 4,4% dos participantes indicaram que, por dificuldades financeiras, deixaram de comprar medicamentos que lhes tinham sido receitados. Quase metade, 48,8%, não teve necessidade de comprar medicamentos, enquanto 46,6% conseguiu adquiri-los sem limitações financeiras.[47]

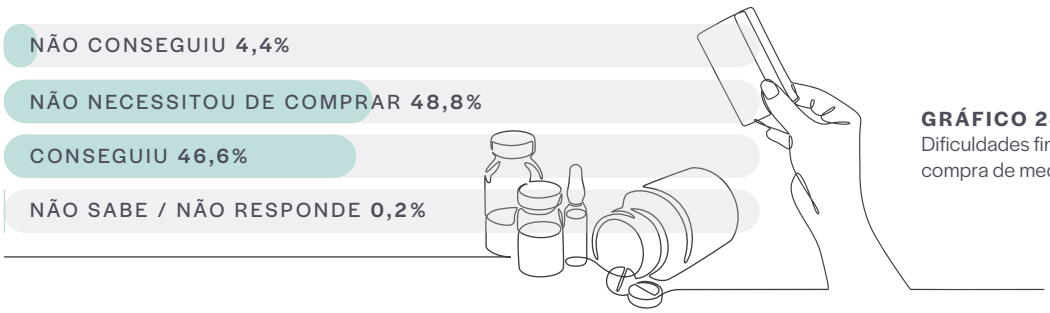


GRÁFICO 24
Dificuldades financeiras na compra de medicamentos.

[45] Uma pequena percentagem não soube responder (0,1%) ou preferiram não responder (0,3%).
[46] 0,4% não respondeu.
[47] Uma pequena percentagem não soube responder ou preferiu não responder (0,2%).

4.4.5 IMPOSSIBILIDADE DE ACEDER A CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL POR DIFICULDADES FINANCEIRAS

Nos últimos 12 meses, 3,0% dos participantes referiram ter precisado de cuidados de saúde mental (consulta de psiquiatria, psicologia ou psicoterapia) mas não conseguiram satisfazer essa necessidade devido a preços elevados ou a não cobertura por parte do sistema de saúde. Uma percentagem ligeiramente superior, 11,0%, precisou desses cuidados e conseguiu obtê-los. A maioria, 85%, não sentiu esta necessidade.[48]

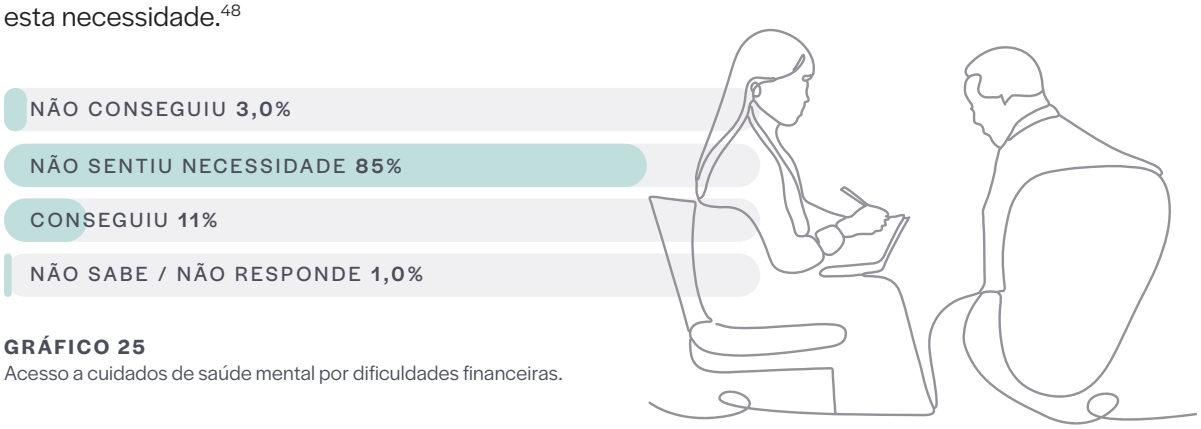


GRÁFICO 25
Acesso a cuidados de saúde mental por dificuldades financeiras.

Estes resultados apontam para um cenário em que o principal obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde não é tanto a chegada ao serviço, mas a capacidade de resposta em tempo útil. Uma proporção relevante dos participantes considera ter aguardado mais do que considera razoável por consultas, exames ou tratamentos, sugerindo limitações na resposta do sistema face às necessidades sentidas. Em contraste, fatores como distância e transporte assumem um peso comparativamente reduzido, configurando barreiras menos determinantes para a maioria da população.

As dificuldades financeiras, embora menos frequentes, apresentam impactos diretos e claros, traduzindo-se na não realização de cuidados necessários e na não aquisição de medicação prescrita, com particular expressão no domínio da saúde mental. Em conjunto, os resultados indicam que as necessidades de saúde não satisfeitas resultam da combinação de constrangimentos estruturais associados aos tempos de espera com situações mais específicas de vulnerabilidade económica, que que podem afetar a continuidade e a adequação dos cuidados.

[48] Enquanto 1,0% não soube ou preferiu não responder.

4.5 SUBSISTEMA DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA E SEGURO DE SAÚDE

Para além do SNS, 22,1% dos participantes são beneficiários de um subsistema de assistência na doença, como a ADSE ou SAMS, enquanto 77,5% não têm esse tipo de cobertura.[49]



GRÁFICO 26
Beneficiários de assistência na doença.

Entre os participantes que indicaram ter um subsistema de assistência na doença, a maioria pertence à ADSE (66,7%). Outros subsistemas referidos incluem ADM (3,2%), SAD/PSP (2,6%), SAD/GNR (4,5%) e SAMS (6,5%). Cerca de 16,5% dos participantes indicou outro tipo de subsistema.

Por fim, 43,9% dos participantes indicaram ser beneficiários de um seguro de saúde privado, enquanto 55,6% afirmaram não dispor dessa opção.[50]

No seu conjunto, estes resultados apontam para uma presença significativa de mecanismos adicionais de proteção, seja através de subsistemas de saúde – com particular destaque para a ADSE – seja, sobretudo, por via de seguros de saúde privados. Este perfil sugere uma diversificação das formas de cobertura, associada à procura de maior margem de escolha e de acesso aos cuidados, podendo refletir respostas a constrangimentos percecionados, como tempos de espera ou disponibilidade de serviços, sem que os dados permitam determinar de que modo estes mecanismos alteram o papel do SNS nos percursos de cuidados.

4.6 A QUEM RECORRER: SNS OU PRIVADO?

Foi perguntado aos participantes quais os serviços a que recorrem habitualmente (SNS ou setor privado) para obter resposta a conjunto de situação concretas, bem como os alguns dos motivos dessa escolha.

SOLICITAR MEDICAÇÃO

A maioria dos participantes (68,7%) indica recorrer ao SNS para solicitar prescrição de medicamentos. Uma percentagem menor diz recorrer a serviços privados (16,9%) ou a ambos (9,9%).[51]

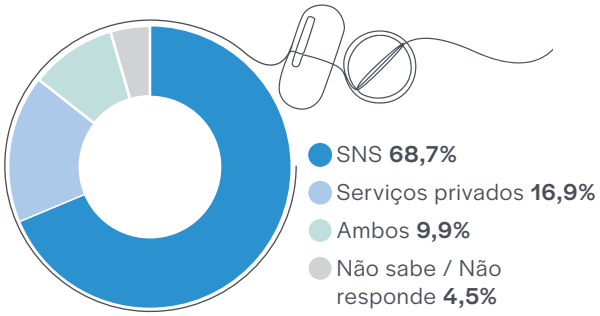


GRÁFICO 27
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para solicitar medicação.

[49] 0,4% não soube responder.
[50] Uma minoria não soube ou preferiu não responder (0,6%).
[51] 4,4% dos inquiridos não respondeu, 0,1% não soube responder.

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a confiança nas instituições e serviços (24,3%), a rapidez no atendimento (24,6%) e a proximidade geográfica (17,6%), bem como outros motivos não especificados (37,9%).

CONSULTAS (EXCETO ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA)

A maioria dos participantes (45,8%) indica recorrer ao SNS para realização de consultas (exceto estomatologia e medicina dentária). Uma percentagem menor diz recorrer a serviços privados (33,7%) ou a ambos (16,0%).[52]

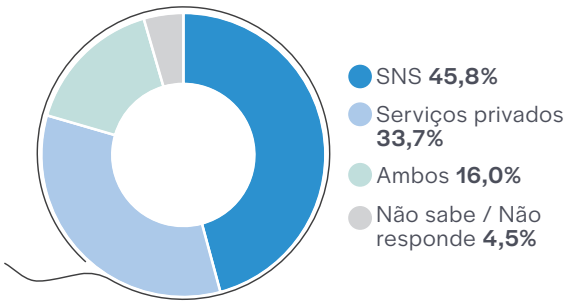


GRÁFICO 28
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para realizar consultas (excepto estomatologia e medicina dentária).

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a rapidez no atendimento (28%), a confiança nas instituições e nos serviços (23,9%) e a proximidade geográfica (13,1%), bem como outros motivos não especificados (41,3%).

[52] 4,3% dos inquiridos não respondeu, 0,2% não soube responder.
[53] 12,6% diz que não precisou destes cuidados e 0,7% não respondeu.
[54] 46,2% diz que não precisou destes cuidados e 0,7% não respondeu.

EXAMES E TRATAMENTOS EM AMBULATÓRIO

A maioria dos participantes (48,7%) indica recorrer ao SNS para a realização de exames e tratamentos em ambulatório. Uma percentagem menor diz recorrer a serviços privados (25,3%) ou a ambos (12,7%).[53]

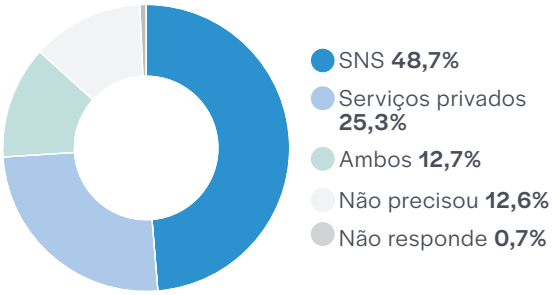


GRÁFICO 29
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para realizar exames e tratamentos em ambulatório.

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a rapidez no atendimento (25,3%), a confiança nas instituições e nos serviços (22,9%) e a proximidade geográfica (12,3%), bem como outros motivos não especificados (33,6%).

INTERNAMENTO HOSPITALAR

A maioria dos participantes que responderam a esta questão diz que, em caso de necessidade de internamento hospitalar, recorre habitualmente ao SNS (37,6%), enquanto uma percentagem menor diz recorrer a serviços privados (11,9%) ou a ambos (3,6%).[54]

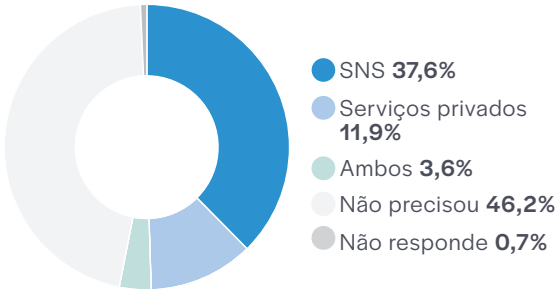


GRÁFICO 30
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de necessidade de internamento hospitalar.

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a confiança nas instituições e nos serviços (17,4%), a rapidez no atendimento (13%) e a proximidade geográfica (10,1%), bem como outros motivos não especificados (20,1%).

CIRURGIAS

A maioria dos participantes que responderam a esta questão diz que, em caso de necessidade de cirurgia, recorre habitualmente ao SNS (37,9%), enquanto uma percentagem menor diz recorrer a serviços privados (14,6%) ou a ambos (3,9%).[55]

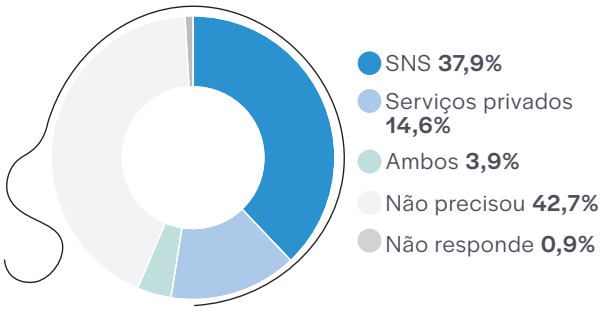


GRÁFICO 31
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de necessidade de cirurgia.

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a confiança nas instituições e nos serviços (17,7%), a rapidez no atendimento (15,4%) e a proximidade geográfica (8,9%), bem como outros motivos não especificados (21,6%).

CUIDADOS DE ESTOMATOLOGIA E MEDICINA DENTÁRIA

A grande maioria dos participantes diz que recorre habitualmente a serviços do setor privado (79,2%) para obter cuidados de Estomatologia e Medicina Dentária, sendo residual a percentagem dos que dizem recorrer ao SNS (5,4%) ou a ambos (0,9%).[56]

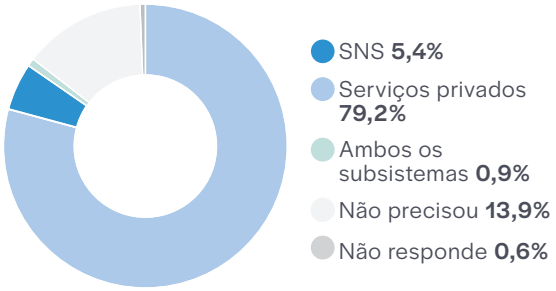


GRÁFICO 32
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente para obter cuidados de Estomatologia e Medicina Dentária.

Quando lhes é pedido que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, os participantes referem a rapidez no atendimento (31,4%), a confiança nas instituições e serviços (19,1%) e a proximidade geográfica (8,7%), bem como outros motivos não especificados (37%).

OUTROS CUIDADOS (INCLUI PRÓTESES E ORTÓTESES; PARTO, CESARIANA E IVG)

O número de participantes que responderam a esta questão que diz que, em caso de necessidade de outros cuidados (próteses e ortóteses; parto, cesariana e IVG), recorre habitualmente a serviços do setor privado (21,3%) é ligeiramente superior ao daqueles que afirma recorrer preferencialmente ao SNS (20,4%), sendo residual a fração dos que dizem recorrer a ambos os subsistemas (2,1%).[57]

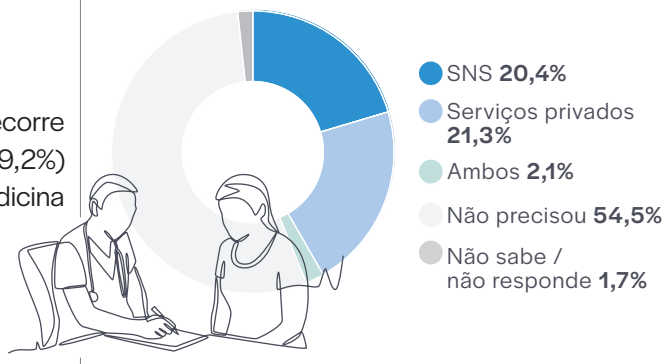


GRÁFICO 33
Serviços (SNS ou setor privado) a que recorrem habitualmente em caso de outros cuidados (próteses e ortóteses; parto, cesariana e IVG)

[55] 42,7% diz não precisar destes cuidados e 0,9% não quis responder.
[56] 13,9% diz não precisar destes cuidados e 0,6% não respondeu.
[57] 54,5% diz não precisar destes cuidados, 1,6% não soube responder e 0,1% não respondeu.

Quando é pedido aos participantes que indiquem um ou mais motivos para esta escolha, são referidos aspetos relacionados com a confiança nas instituições e serviços (11,1%), a rapidez no atendimento (10,9%) e a proximidade geográfica (5,1%), bem como outros motivos não especificados (19,4%).

Em síntese, os resultados apontam para um padrão de utilização mista dos serviços de saúde, no qual o SNS assume um papel predominante em várias dimensões do recurso aos cuidados. O setor público surge como o principal prestador habitual no acesso a medicação, bem como, de forma geral, em consultas médicas (com exceção da saúde oral), exames e tratamentos em ambulatório, internamento e cirurgias. Este padrão evidencia um maior recurso ao SNS nos cuidados associados a maior complexidade e intensidade assistencial, bem como em situações potencialmente mais dispendiosas.

Ainda assim, **em várias destas situações, observa-se a existência de proporções relevantes de participantes que recorrem ao setor privado ou a ambos os setores, refletindo percursos de utilização que combinam diferentes prestadores**. Esta coexistência de recursos públicos e privados traduz a diversidade de opções mobilizadas pelos participantes, sem que os dados disponíveis permitam determinar a natureza da relação entre estes setores, nomeadamente se assume uma lógica de substituição, complementaridade ou alternância consoante as circunstâncias.

Em alguns domínios, o padrão observado aproxima-se do equilíbrio ou inverte-se. A estomatologia e medicina dentária destacam-se como áreas em que o setor privado predomina claramente como prestador habitual, evidenciando uma menor expressão do SNS neste tipo de cuidados. Nos outros cuidados, como próteses e ortóteses, parto, cesariana e interrupção voluntária da gravidez, observa-se, entre os participantes que efetivamente necessitaram destes cuidados, uma distribuição relativamente equilibrada entre SNS e setor privado, sugerindo que a escolha do prestador pode variar consoante o contexto e a disponibilidade dos serviços.

De forma transversal, os motivos indicados para a escolha de um determ**inado prestador apresentam padrões consistentes ao longo dos diferentes tipos de cuidados, com destaque para a rapidez no atendimento, a confiança nas instituições e serviços e a proximidade geográfica**. O peso elevado da categoria "outros motivos" em praticamente todas as situações indica que as decisões de recurso aos cuidados de saúde são frequentemente multifatoriais, podendo envolver, entre outros aspetos, custos diretos e indiretos, tempos de espera, existência de convenções ou seguros, recomendação de terceiros, continuidade com um profissional específico, horários de funcionamento ou experiências anteriores.

4.7 SUPORTE SOCIAL

A grande maioria dos participantes (91,9%), indica ter alguém a quem recorrer de forma imediata em caso de um problema pessoal grave. Apenas 7,7% não tem essa rede de apoio, enquanto uma minoria muito pequena não soube (0,3%) ou preferiu não responder (0,1%).

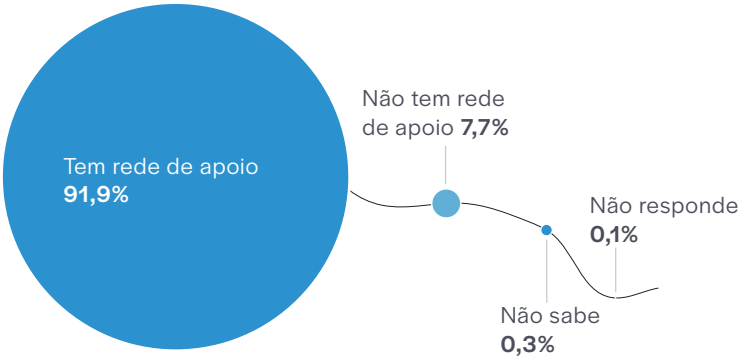


GRÁFICO 34
Rede de apoio em caso de problema pessoal grave.

Quando questionados sobre a quem se dirigem de forma imediata em caso de problema pessoal grave, os participantes que indicam ter uma rede de suporte referem a família (92,8%), amigos (3,1%) ou vizinhos (1,4%), enquanto uma pequena minoria diz recorrer a outras fontes de apoio (2,5%) ou não soube responder (0,2%).

4.8 CUIDADOS E ASSISTÊNCIA INFORMAL

Cerca de 14,7% dos inquiridos afirma prestar cuidados ou assistência a alguém com problemas de saúde prolongados pelo menos uma vez por semana, enquanto a maioria, 85,2%, diz não prestar esse tipo de apoio.[58]

Entre os participantes que prestam cuidados ou assistência, 44,6% referem dedicar menos de 10 horas por semana a essa atividade, 16,5% indicam de 10 até 20 horas e 34% apontam para 20 ou mais horas semanais.[59] 46,7% consideram que esta prestação não tem impacto na sua própria saúde, 26,2% sentem que esta prática tem alguma interferência no seu bem-estar, 14,6% percebem uma interferência moderada, 8,7% consideram que interfere bastante, e 1,9% reportam um impacto extremo.[60]

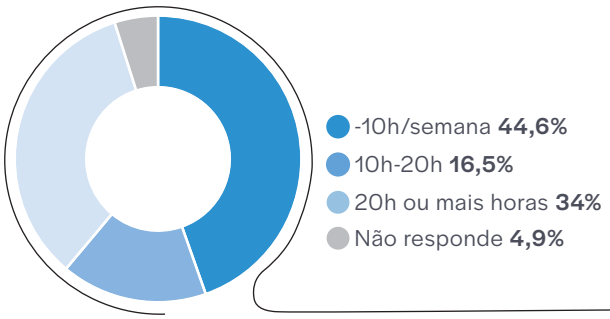


GRÁFICO 35
Dedicação de horas para prestar cuidados ou assistência.

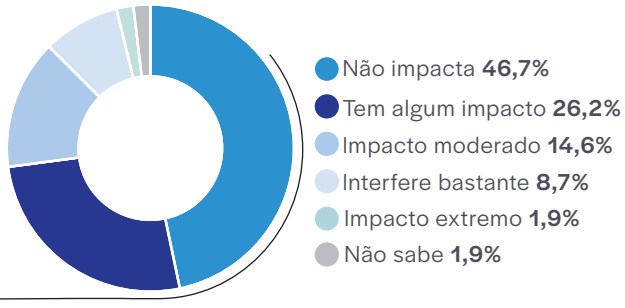


GRÁFICO 36
Impacto na saúde por se prestar cuidados ou assistência.

[58] Um participante (0,1%) preferiu não responder.
[59] Cinco participantes (4,9%) preferiram não responder.
[60] Dois participantes (1,9%) não souberam responder.

Relativamente à perceção da eficácia dos apoios ao cuidado informal, 7,3% consideram-nos nada eficazes, 13,7% pouco eficazes, 14,7% moderadamente eficazes, 5,1% muito eficazes e 1,3% totalmente eficazes. Para 13,6% a questão não se aplica, 42,4% não souberam responder e 1,9% preferiram não responder.

Relativamente à **perceção de quem afirma prestar cuidados ou assistência sobre a eficácia dos apoios ao cuidado informal previstos na Lei n.º 100/2019, 14,6% consideram-nos nada eficazes, 23,3% pouco eficazes, 14,6% moderadamente eficazes, 5,8% muito eficazes e 1,0% totalmente eficazes**.[61]

No que diz respeito ao **impacto da implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal na saúde** dos participantes, 5,7% consideram que não teve qualquer efeito, 0,9% indicam que melhorou um pouco, 0,7% afirmam ter melhorado de forma moderada e 0,6% consideram que melhorou bastante. Para 89,1% a questão não se aplica, 2,4% não souberam responder e 0,6% preferiram não responder.

Relativamente à perceção de quem afirma prestar cuidados ou assistência sobre o impacto da implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal na saúde dos participantes, 38,8% consideram que não teve qualquer efeito, 5,8% indicam que melhorou um pouco, 4,9% afirmam ter melhorado de forma moderada e 3,9% consideram que melhorou bastante.[62]

No que respeita ao impacto da **implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal na saúde mental**, 6,3% dos participantes consideram que não teve efeito, 0,7% afirmam que melhorou um pouco, 0,6% indicam uma melhoria de forma moderada e 0,1% referem uma melhoria bastante significativa. Para 89,7% a questão não se aplica, 2,3% não souberam responder e 0,3% preferiram não responder.

Relativamente à perceção de quem afirma prestar cuidados ou assistência sobre o impacto da implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal na saúde mental, 42,7% dos participantes consideram que não teve efeito, 4,9% afirmam que melhorou um pouco, 3,9% indicam uma melhoria de forma moderada e 1% referem uma melhoria bastante significativa.[63]

Relativamente ao **efeito da implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal sobre o rendimento dos participantes**, 6,1% consideram que não teve qualquer impacto, 1,3% indicam que melhorou um pouco e 0,4% referem uma melhoria de forma moderada. Para 89,8% a questão não se aplica, 2,0% não souberam responder e 0,4% preferiram não responder.

Relativamente à perceção de quem afirma prestar cuidados ou assistência sobre o impacto da implementação da lei que aprova o Estatuto do Cuidador Informal no rendimento dos participantes, 41,7% consideram que não teve qualquer impacto, 8,7% indicam que melhorou um pouco e 2,9% referem uma melhoria de forma moderada.[64]

[61] Para 3,9% a questão não se aplica e 2,9% preferiram não responder.
[62] 26,1% afirmaram esta questão não se aplicar à sua situação, 16,5% não souberam responder e 3,9% preferiram não responder.
[63] 30,1% afirmaram esta questão não se aplicar à sua situação 15,5 não souberam responder e 1,9% preferiram não responder.
[64] 30,1% afirmaram esta questão não se aplicar à sua situação 13,6 não souberam responder e 2,9% preferiram não responder.

No seu conjunto, os dados mostram que uma proporção relevante da população adulta assume responsabilidades de prestação de cuidados informais, evidenciando que esta atividade pode representar uma carga significativa. Cerca de um terço dos cuidadores reporta dedicar 20 ou mais horas semanais a estas funções e uma fração igualmente relevante reconhece impactos negativos no seu bem-estar e na sua saúde.

Em paralelo, a avaliação dos apoios previstos para os cuidadores informais ao abrigo da Lei n.º 100/2019 é marcada por uma baixa perceção de eficácia e por níveis elevados de desconhecimento ou incerteza, tanto no conjunto da população como entre os próprios cuidadores. Entre os potenciais beneficiários do Estatuto, o impacto das medidas na saúde, saúde mental e rendimento é maioritariamente percecionado como nulo ou pouco evidente, sendo as melhorias reportadas apenas por uma minoria. Este padrão aponta para limitações na efetiva implementação e alcance dos apoios previstos, independentemente da sua existência formal.

4.9 PERCEÇÕES DE "UMA SÓ SAÚDE"

4.9.1 SAÚDE HUMANA

Esta secção explora a perspetiva dos participantes relativamente a dimensões centrais da perspetiva "Uma Só Saúde" aplicadas à saúde humana, articulando comportamentos individuais, saúde animal, literacia em saúde e perceções de risco ambiental e planetário.

CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Relativamente ao consumo de antibióticos sem prescrição médica, 12,0% dos participantes indicaram que já o fizeram, 87,3% afirmaram que nunca recorreram a antibióticos sem prescrição, e 0,7% não souberam responder.

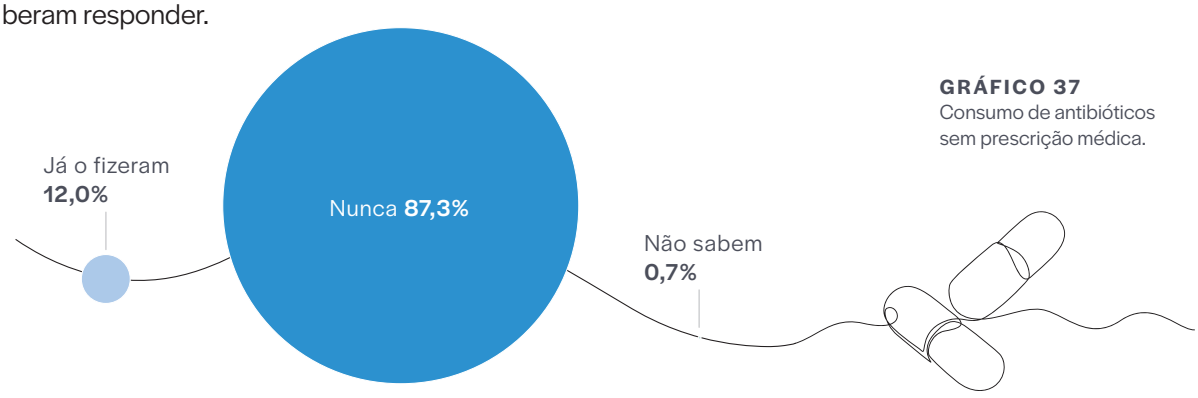


GRÁFICO 37
Consumo de antibióticos sem prescrição médica.

A maioria dos participantes considera estar informada sobre o uso de antibióticos em comparação com outros medicamentos, como no caso de uso exagerado, com 87,8% a afirmar que sim. Apenas 9,4% indicaram não estar informados, 2,7% não souberam responder, e 0,1% preferiu não responder.

PREOCUPAÇÃO COM O IMPACTO DA QUALIDADE DA ÁGUA, AR E SOLOS NO ESTADO DE SAÚDE

Cerca de metade dos participantes refere preocupação com o impacto que a qualidade da água, ar e solos pode ter na sua saúde: 37,6% afirmam-se algo preocupados e 13,7% muito preocupados. Em sentido contrário, 10,7% dizem-se muito despreocupados e 17,3% algo despreocupados. O tema ainda é visto com indiferença por 17,9% dos respondentes, tendo havido uma pequena proporção não soube (2,1%) ou preferiu não responder (0,7%) à questão.

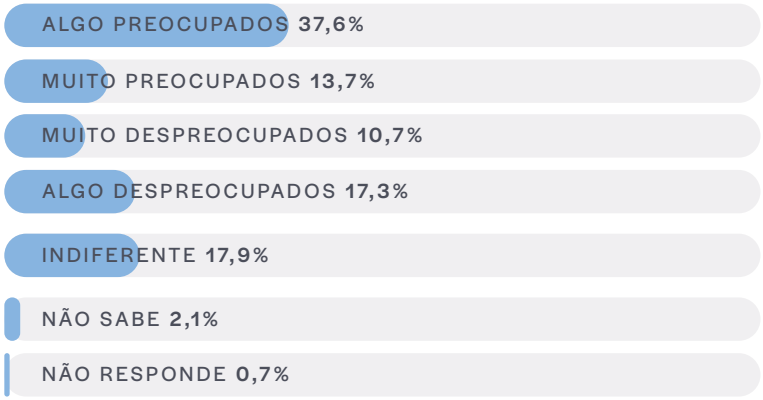


GRÁFICO 38
Preocupação com o impacto da qualidade da água, ar e solos no estado de saúde.

Quando lhes é pedido para apontar alguns dos motivos que justificam o seu nível de preocupação/despreocupação com o tema, os participantes indicam o conhecimento obtido através da comunicação social (27,6%), de fontes de autoridades ou entidades responsáveis (18,1%), através do que viram ou ouviram em redes sociais e em espaços que frequentam (cafés, locais de trabalho), através de pessoas conhecida (10,6%) ou de fontes científicas (fontes especializadas, universitárias) (6,4%). Cerca de 23,5% não sabe especificar os motivos. Por fim, uma parte da população afirma não estar informada ou ter ouvido algo em concreto sobre o assunto (15,7%).[65]

MUDANÇAS CLIMÁTICAS, POLUENTES AMBIENTAIS, DESFLORESTAÇÃO E TRANSMISSÃO DE DOENÇAS E SEUS RISCOS PARA A SAÚDE

Foi solicitado aos participantes que expressassem o seu grau de concordância com a frase, "As mudanças climáticas põem em risco a saúde humana à escala planetária.". A grande maioria afirmou concordar (52,3%) ou concordar totalmente (31,4%) com a afirmação. Uma pequena proporção mostrou-se neutra (7,6%), e uma pequena margem diz discordar (2,7%) ou discordar totalmente (0,9%) da afirmação.[66]

"AS MUDANÇAS CLIMÁTICAS PÕEM EM RISCO A SAÚDE HUMANA À ESCALA PLANETÁRIA."

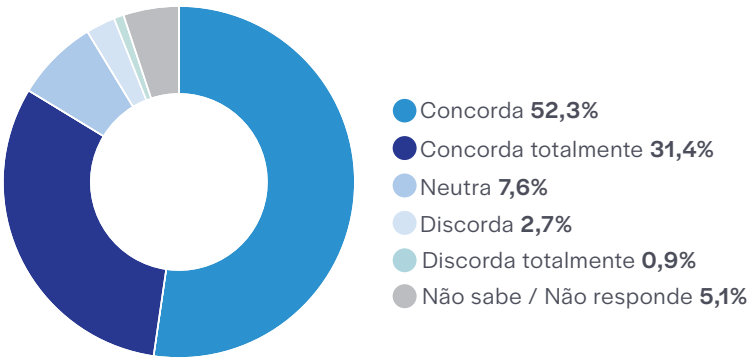


GRÁFICO 39
Grau de concordância com a frase "As mudanças climáticas põem em risco a saúde humana à escala planetária."

[65] Uma proporção residual não respondeu.
[66] 4,4% não sabe, 0,7% não responde.

No que se refere à perceção do risco associado à exposição a poluentes ambientais, a larga maioria dos participantes concorda (50,8%) ou concorda totalmente (38,6%) que a exposição a poluentes ambientais, como água contaminada e ar poluído, representa um risco para a saúde humana à escala planetária. Uma pequena parcela manteve uma posição neutra (4,1%) sobre o tema, enquanto 1,4% discordam e 0,7% discordam totalmente.[67]

Relativamente à perceção sobre os efeitos da desflorestação e da perda de habitats naturais na saúde humana, a maioria dos participantes reconhece este risco: 53,4% concordam e 33,6% concordam totalmente que tais alterações ambientais constituem um risco de saúde à escala planetária. Uma pequena parcela manteve uma posição neutra (5,0%), enquanto 1,0% discordam e 0,4% discordam totalmente.[68]

Por fim, no que diz respeito à perceção sobre o risco para a saúde animal resultante da transmissão de doenças entre humanos, 37,0% dos participantes concordam e 8,1% concordam totalmente com a existência de tal risco. Uma parcela manteve-se neutra (15,4%), enquanto 14,9% discordam e 1,7% discordam totalmente.[69]

4.9.2 SAÚDE ANIMAL

Seguidamente é apresentada uma abordagem da dimensão Saúde Animal no quadro de "Uma Só Saúde", identificando o contacto que os participantes mantêm com animais, práticas com relevância sanitária e barreiras de acesso a serviços veterinários, bem como a perceção do risco de transmissão de doenças dos animais para humanos e do impacto ambiental na saúde dos animais e desta no meio ambiente.

CONSUMO DE CARNES OU DERIVADOS

Relativamente ao consumo de carne ou derivados (enchidos), um terço dos participantes (33,3%) referem consumir provenientes de animais criados pelos próprios, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos, enquanto 65,8% afirmaram que não.[70]

Entre quem refere consumir carne ou derivados (enchidos) provenientes de animais criados pelo próprio, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos: 79,5% diz conhecer as condições de higiene e acompanhamento veterinário durante a criação dos animais, 20,5% refere não conhecer. 79,9% diz conhecer as condições em que o abate e processamento dos produtos derivados ocorre, 20,1% refere não conhecer. 81,3% diz conhecer as condições de armazenamento dos alimentos desde o abate ou processamento até ao momento em que os recebe, 18,7% refere não conhecer. 87,4% diz conhecer as condições de confeção destes alimentos, 12,6% refere não conhecer.

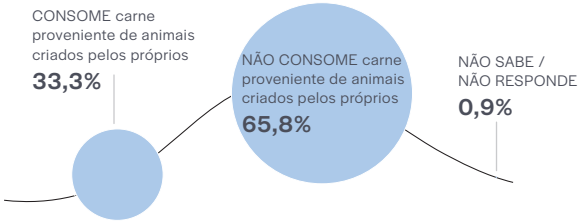


GRÁFICO 40
Consumo de carne ou derivados (enchidos) provenientes de animais criados pelo próprio, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos.

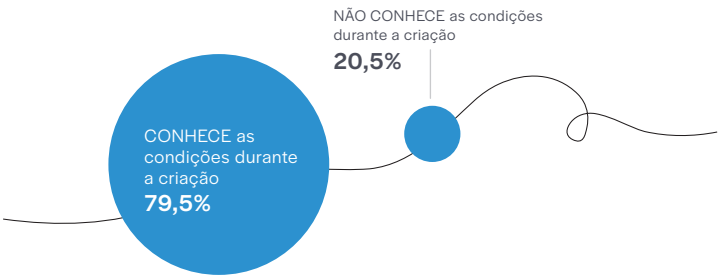


GRÁFICO 41
Conhecimento das condições de higiene e aompanhamento veterinário durante a criação dos animais.

[67] 3,3% não sabe, 1,1% não responde.
[68] 5,7% não sabe, 0,9% não responde.
[69] 21,6% não sabe, 1,3% não responde.
[70] 0,6% não sabe, 0,3% não responde.

CONTACTO COM ANIMAIS

Relativamente ao contacto com animais, 70,7% dos participantes referem ter contacto com pelo menos um tipo de animais. Relativamente ao tipo de animais com que os participantes mais contactam no seu quotidiano, os mais referidos são os animais domésticos, isto é, animais com quem convivem na sua habitação (incluindo cães, gatos, coelhos e outros; 65,3%) seguindo-se os animais de lavoura (vacas, porcos, ovelhas, aves de capoeira, cavalos, burros; 18,6%) e os animais selvagens (lebres, iguanas, aranhas, javalis; 0,7%). A proporção de pessoas que não convivem com nenhum tipo de animal é ainda superior a estes últimos (28,1%). Existe uma proporção residual que mencionou preferir não responder ou não saber responder quando questionados sobre o seu contacto com animais.

Quando surge alguma dúvida sobre a saúde dos animais com que mais contactam, 89,1% dos participantes refere saber onde procurar informação, 9,1% não sabem e 1,8% não souberam responder.

Relativamente à perceção do risco de transmissão de doenças para o ser humano a partir dos animais com que lidam habitualmente, 32,3% consideram-no muito baixo, 38,6% baixo, 16,9% moderado, 4,4% alto e 1,8% muito alto. Para 4,8% não sabem e 1,2% preferiram não responder.

RESPONSABILIDADE COM ANIMAIS

Relativamente à responsabilidade sobre animais, 59,3% afirmam ter animais sob sua responsabilidade, 40,3% indicam que não têm, e 0,4% não sabem.

Quando questionados sobre se existem barreiras no acesso a serviços veterinários, uma proporção considerável de participantes refere que esta questão não se aplica à sua situação (42,4%) ou que não existem barreiras (40,7%).



GRÁFICO 42
Responsabilidade sobre animais.

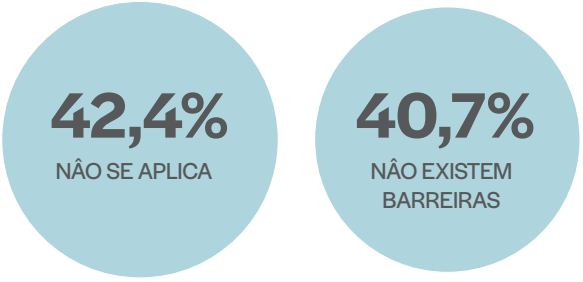




GRÁFICO 43
Barreiras no acesso a serviços veterinários.

Para quem refere existirem barreiras no acesso a serviços veterinários, os constrangimentos mais considerados são os custos elevados (14,6%), seguindo-se a escassez de médicos veterinários e/ou técnicos habilitados (1,4%), a escassez de serviços veterinários em geral, como clínicas ou locais de tratamento e manutenção da saúde animal (1,3%), as dificuldades em realizar exames de diagnóstico (0,9%) e, por fim, outros não especificados. Uma proporção residual de participantes prefere não responder ou não sabe responder a esta questão.

Relativamente à atualização do boletim de vacinas dos animais sob responsabilidade dos participantes, 92,8% indicam que está atualizado, 5,9% afirmam que não e 1,3% não sabem.

Relativamente à frequência de lavagem/higienização dos animais sob responsabilidade dos participantes, 89,9% indicam que seguem a recomendação de autoridades e/ou profissionais de veterinária, 7,5% afirmam que não, 2,3% não sabem e 0,3% prefere não responder.

Relativamente à desparasitação dos animais sob responsabilidade dos participantes, 95,6% afirmam que esta é realizada com a frequência recomendada por autoridades e/ou profissionais de veterinária, 3,3% indicam que não, 0,8% não sabem e 0,3% prefere não responder.

Relativamente ao grau de preocupação dos participantes com o impacto da qualidade do ambiente (água, ar, solos) da região onde vivem na saúde dos animais, 31,7% indicam estar algo preocupados, 6,6% muito preocupados, 18,9% indiferentes, 19,5% algo despreocupados, 16,9% muito despreocupados, 4,6% não sabem e 1,8% prefere não responder.

Quem menciona motivos para sustentar a posição à pergunta anterior refere ter visto através da comunicação social informação (18,3%), ter-se informado através de fontes de informação de autoridades/entidades responsáveis (saúde, ambientais e veterinária; 16%), não se terem informado nem ouvido nada em concreto sobre o assunto (12%), ter visto em redes sociais e/ou ouvir dizer em espaços que frequenta (cafés, locais de trabalho) ou através de pessoas conhecidas (8,1% e, por fim, terem se informado em fontes científicas (fontes especializadas universitárias; 4,4%). Os restantes participantes optaram por não responder ou não saber responder.

Relativamente ao grau de concordância com a afirmação "A transmissão de doenças entre animais representa um risco à saúde humana", 49,6% concordam, 16,6% concordam totalmente, 12,6% nem concordam nem discordam, 10,7% discordam, 1,6% discordam totalmente, 8,0% não sabem e 0,9% prefere não responder.

"A TRANSMISSÃO DE DOENÇAS ENTRE ANIMAIS REPRESENTA UM RISCO À SAÚDE HUMANA."

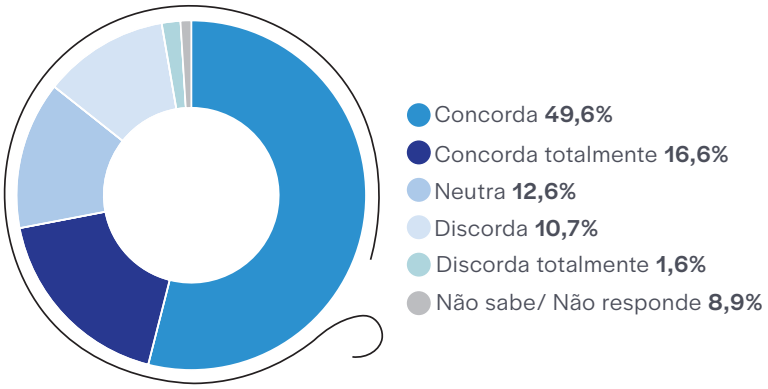


GRÁFICO 44
Grau de concordância com a frase "A transmissão de doenças entre animais representa um risco à saúde humana".

Relativamente ao grau de concordância com a afirmação "A exposição dos animais a poluentes ambientais (água contaminada, ar poluído) representa um risco à saúde humana", 60,5% concordam, 16,6% concordam totalmente, 7,7% nem concordam nem discordam, 5,7% discordam, 0,9% discordam totalmente, 8,0% não sabem e 0,6% prefere não responder.

Quando questionados sobre o grau de concordância com a afirmação "A exposição dos animais à desflorestação ou perda de habitats naturais representa um risco à saúde humana", 55,8% concordam, 15,4% concordam totalmente, 9,1% nem concordam nem discordam, 7,7% discordam, 1,1% discordam totalmente, 10,3% não sabem e 0,6% prefere não responder.

Por fim, relativamente ao grau de concordância com a afirmação "O uso de antibióticos em animais pode representar um risco à saúde humana", 34,9% concordam, 11,3% concordam totalmente, 10,6% nem concordam nem discordam, 20,0% discordam, 3,3% discordam totalmente, 19,0% não sabem e 0,9% prefere não responder.

4.9.3 SAÚDE AMBIENTAL

Quando questionados sobre se têm por hábito consumir hortícolas, frutos ou produtos vegetais derivados (como compotas ou sumos) plantados por si, por familiares ou por pessoas conhecidas/vizinhos, 57,7% dos participantes afirmaram que sim, enquanto 41,4% indicaram não ter esse hábito. Uma pequena fração de 0,9% respondeu não saber. Estes resultados evidenciam que mais de metade dos inquiridos consome produtos de origem local ou cultivados em pequena escala, o que pode sugerir uma valorização de práticas alimentares mais sustentáveis e de proximidade e/ou a necessidade em recorrer a esta atividade como forma de complemento da economia familiar e até mesmo de lazer.



GRÁFICO 45
Hábito de consumo de hortículas, frutos ou produtos vegetais derivados (como compotas ou sumos) plantados por si, por familiares ou por pessoas conhecidas/ vizinhos.

Quando questionados sobre se têm em conta as condições da plantação, nomeadamente a qualidade dos solos e o uso de pesticidas, 85,8% dos participantes afirmaram que sim, enquanto 14,2% indicaram que não. **Estes resultados sugerem que, entre os que consomem produtos de origem local ou cultivada, cerca de metade demonstra preocupação com fatores ambientais e de segurança alimentar associados ao cultivo**.

Quando questionados sobre se têm em conta as condições de armazenamento e processamento dos produtos vegetais derivados (como compotas ou sumos), 87,9% dos participantes afirmaram que sim, enquanto 12,1% responderam que não. Os resultados indicam que, **entre os consumidores de produtos de origem local, metade demonstra preocupação com as condições de conservação e transformação alimentar, refletindo uma atenção significativa à segurança e qualidade dos produtos consumidos**.

Quando questionados sobre se têm em conta as condições de confeção dos produtos vegetais para consumo humano, 91,5% dos participantes afirmaram que sim, enquanto 8,5% indicaram que não. **Estes resultados mostram que, entre os que consomem produtos de origem local ou caseira, mais de metade demonstra preocupação com as condições de confeção e segurança alimentar, revelando uma atenção relevante à qualidade do produto final destinado ao consumo humano**.

Relativamente ao conhecimento sobre onde procurar informação acerca da qualidade dos solos, da água e do uso de pesticidas nos alimentos vegetais plantados ou consumidos a partir de plantações de familiares ou conhecidos, 61,8% dos inquiridos afirmaram saber onde obter essa informação. Por outro lado, 29,8% indicaram que não sabem onde procurar. Um grupo mais reduzido, correspondente a 8,4%, declarou não saber. **Estes resultados sugerem que, embora quase metade dos participantes tenha algum grau de literacia ambiental e alimentar, ainda existe uma proporção considerável da população que revela desconhecimento ou afastamento em relação a estas fontes de informação**.

Quanto à realização de testes regulares à qualidade dos solos para o cultivo de hortícolas, frutos ou outros produtos vegetais destinados ao consumo humano, apenas 19,9% dos inquiridos referiram fazê-lo. Em contraste, 72% afirmaram não realizar esses testes. Uma pequena proporção declarou não saber (7,5%) ou preferiu não responder (0,6%). **Estes resultados apontam para uma prática ainda pouco comum de monitorização da qualidade dos solos, mesmo entre aqueles que se envolvem na produção de alimentos vegetais para consumo próprio**.

Quanto à realização de testes à qualidade da água de rega para o cultivo de hortícolas, frutos ou outros produtos vegetais destinados ao consumo humano, 29% dos participantes afirmaram fazê-lo regularmente. Por outro lado, 63,4% indicaram que não realizam estes testes. Uma pequena proporção declarou não saber (7%) ou preferiu não responder (0,6%). **Estes dados revelam que a monitorização da qualidade da água de rega é pouco frequente entre os inquiridos, mesmo entre aqueles que cultivam alimentos vegetais para consumo próprio**.

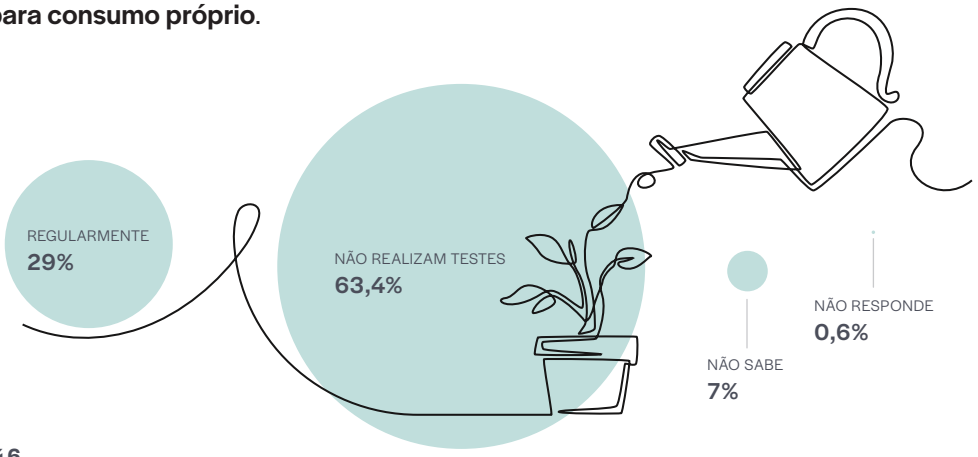


GRÁFICO 46
Realização de testes à qualidade da água de rega para cultivo de hortícolas, frutos ou outros produtos vegetais destinados ao consumo humano.

Relativamente ao uso habitual de pesticidas ou outros químicos no cultivo de hortícolas, frutos ou produtos vegetais para consumo humano, 18,2% dos participantes afirmaram utilizá-los regularmente, enquanto 74,4% indicaram que não recorrem a estes produtos. Uma pequena proporção declarou não saber (6,8%) ou preferiu não responder (0,6%). **Estes resultados evidenciam que a utilização de pesticidas/químicos entre os inquiridos é relativamente reduzida**.

Relativamente à experiência no uso de pesticidas ou produtos químicos, a maioria dos participantes (60,3%) refere aplicar sempre os produtos exatamente da forma como aprendeu em contexto de formação. Em contraste, 22,4% afirmam aplicar pesticidas ou produtos químicos sem nunca terem recebido qualquer tipo de formação. Entre os inquiridos que referem adaptar a aplicação apesar da formação adquirida, 6,9% fazem-no por vezes, 5,2% quase sempre e 1,7% sempre. Adicionalmente, 1,7% indicaram não saber e outros 1,7% optaram por não responder. No seu conjunto, estes resultados sugerem que a experiência prática no uso de pesticidas entre os inquiridos é limitada, sendo a aplicação maioritariamente guiada pela formação formal, quando esta existe.

4.9.4 PERSPETIVA INTEGRADA DE "UMA SÓ SAÚDE"

Quando questionados sobre a medida em que acreditam que a saúde humana está ligada à saúde do ambiente e dos animais, 34,1% dos participantes afirmaram acreditar totalmente nesta relação e 32,9% consideraram que a ligação é forte. Além disso, 17,0% avaliaram a relação como moderada, 5,6% como pouca e 3,0% indicaram não acreditar que exista ligação. Uma minoria de 6,3% afirmou não saber e 1,1% preferiu não responder. De forma geral, **observa-se uma tendência clara de reconhecimento da interdependência entre a saúde humana, ambiental e animal, com mais de dois terços dos inquiridos a atribuírem um grau elevado de ligação entre estas dimensões**.

Quando questionados sobre o nível de concordância com a afirmação "A cooperação entre médicos, veterinários, especialistas ambientais e atores políticos é essencial para prevenir surtos de doenças", 44,9% dos participantes afirmaram concordar e 39,0% concordaram totalmente com a afirmação. Em contrapartida, 5,9% indicaram uma posição neutra, 2,3% discordaram e apenas 0,9% discordaram totalmente. Além disso, 6,3% afirmaram não saber e 0,7% preferiram não responder. **De forma geral, observa-se uma forte concordância entre os inquiridos quanto à importância da cooperação interdisciplinar para a prevenção de surtos de doenças**.

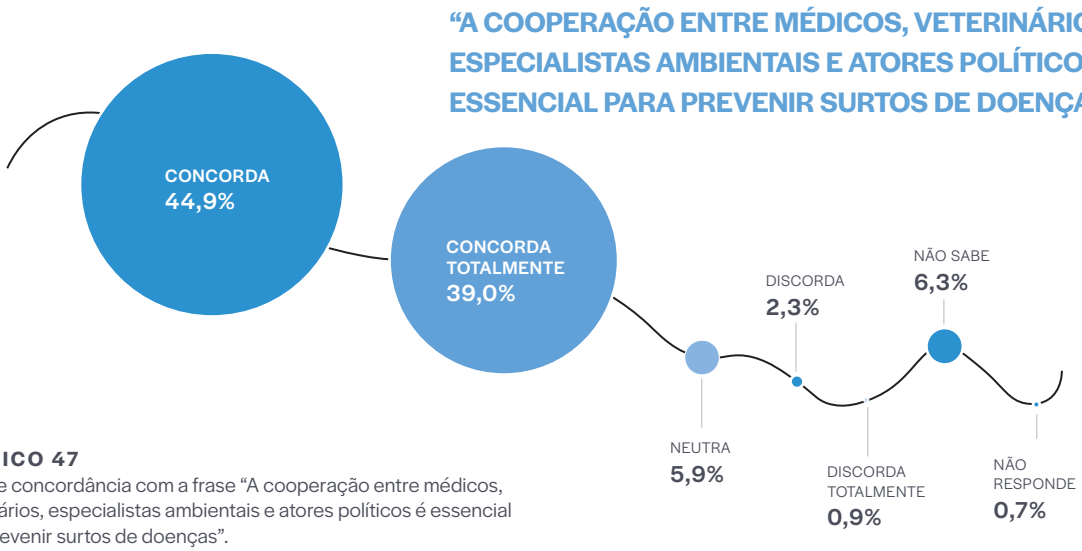


GRÁFICO 47
Grau de concordância com a frase "A cooperação entre médicos, veterinários, especialistas ambientais e atores políticos é essencial para prevenir surtos de doenças".

Quando questionados sobre a medida em que consideram que a educação sobre o conceito de "uma só saúde" – que integra as dimensões humana, animal e ambiental – deveria ser prioritária nas escolas, 40,0% dos participantes afirmaram que esta deveria ser totalmente prioritária e 32,3% consideraram-na muito importante. Além disso, 16,6% atribuíram-lhe uma importância moderada, enquanto apenas 1,7% e 1,6% consideraram-na pouco ou nada prioritária, respetivamente. Uma pequena percentagem de 7,1% indicou não saber e 0,7%preferiu não responder. **De modo geral, os resultados revelam uma forte valorização da integração do conceito de "uma só saúde" no contexto educativo, com mais de sete em cada dez inquiridos a considerarem-na uma prioridade elevada**.

5 PERFIS DE SAÚDE, UTILIZAÇÃO E ACESSO A SERVIÇOS

O SNS constitui o principal prestador de cuidados de saúde em Portugal, sendo utilizado por grande parte da população ao longo do ano, embora com padrões de utilização diferenciados. Enquanto uma parte da população recorre aos cuidados de saúde de forma regular, sobretudo devido à presença de doenças crónicas, outra parte contacta o sistema apenas em situações pontuais ou em episódios agudos. Há quem beneficie de um acompanhamento contínuo e preventivo por parte do médico de família e quem, pelo contrário, não tenha esse seguimento. Persistem ainda desigualdades no acesso, incluindo dificuldades económicas na aquisição de medicamentos, que afetam de forma diferenciada os utilizadores. Partindo deste reconhecimento, a partir da modelação estatística dos dados anteriormente apresentados, este capítulo procura identificar e caracterizar os principais perfis de utilização do SNS, evidenciando quem são estes grupos e em que medida se distinguem nas suas necessidades e padrões de recurso aos cuidados de saúde.

Esta componente do estudo tem como objetivo identificar perfis de saúde e de utilização do SNS, procurando compreender como as pessoas avaliam o seu estado de saúde, de que forma recorrem aos serviços e que dificuldades enfrentam no acesso e na utilização dos cuidados. Paralelamente, analisaram-se diferenças estruturais entre os grupos populacionais e a forma como estes perfis se distribuem no território nacional. Para isso, analisámos:

- Estado de saúde percebido
- Doenças crónicas e limitações
- Acesso e utilização dos serviços de saúde (tem médico de família, frequência de utilização, barreiras e dificuldades económicas na compra de medicamentos ou realização de exames, esperas por consultas).
- Cuidados preventivos (vacinas, rastreios, exames)
- Barreiras económicas e logísticas
- Dados sociodemográficos (e região)
- Algumas variáveis relacionadas com o conceito ‘Uma Só Saúde’ (relações entre saúde humana, ambiente e animais).

Para identificar padrões nos dados, foi criado um modelo de análise baseado em duas técnicas estatísticas complementares:

- A *Análise de Correspondências Múltiplas* (ACM), para identificar as principais dimensões que estruturam as diferenças entre as pessoas em termos de estado de saúde e utilização dos serviços, permitindo sinalizar perfis potenciais.
- A *Análise de Clusters* (K-means), para consolidar esses perfis, agrupando indivíduos com características semelhantes.

A aplicação deste modelo permitiu identificar duas grandes dimensões que estruturam os padrões de comportamento dos utilizadores do SNS:

1 Utilização, Acesso e Morbilidade: capta o grau de recurso aos serviços de saúde, a presença de doenças crónicas e a existência de barreiras económicas ou operacionais no acesso aos cuidados. Esta dimensão distingue pessoas com melhor estado de saúde, menor utilização do SNS e menos constrangimentos de acesso, de pessoas com pior saúde, maior carga de morbilidade, maior procura dos serviços por necessidade e maiores dificuldades económicas e logísticas no acesso.

2 Continuidade e integração dos cuidados: reflete o nível de acompanhamento regular no SNS. Distingue, em particular, pessoas com médico de família, consultas regulares e práticas preventivas consistentes, de pessoas com fraca continuidade de cuidados, recurso mais reativo aos serviços e ausência de acompanhamento médico estruturado.

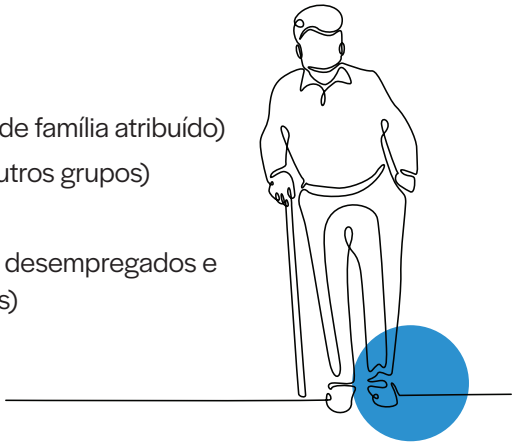
Com base nestas dimensões, foram identificados três perfis de saúde e de utilização do SNS em Portugal, correspondentes a grupos com características e necessidades distintas. Importa, contudo, sublinhar que estes perfis não constituem categorias rígidas nem grupos perfeitamente homogéneos. O modelo estatístico apurado tem uma capacidade de discriminação moderada, refletindo tendências e não delimitações absolutas entre indivíduos.

Assim, embora os perfis sejam estatisticamente distintos, devem ser interpretados com prudência. O seu principal contributo reside na capacidade de organizar e tornar inteligíveis padrões de utilização e de necessidades em saúde, constituindo um instrumento analítico passível de confirmação, ajustamento ou revisão em estudos futuros, à medida que a realidade social e os padrões de utilização do SNS evoluem.

Perfil 1 | VULNERÁVEIS

Representa **48% da população estudada**. São pessoas que utilizam o SNS com frequência, muitas vezes por necessidade, mas sem acompanhamento médico regular. As suas principais características incluem:

- Pior estado de saúde e presença de várias doenças crónicas
- Necessidade elevada de cuidados
- Consultas motivadas por episódios agudos
- Pouca continuidade nos cuidados (nem sempre têm médico de família atribuído)
- Dificuldades económicas e logísticas mais frequentes (que outros grupos)
- Adesão fraca a rastreios e exames preventivos
- Maior idade média; pessoas em idade ativa e também alguns desempregados e os reformados (que não estão tão presentes nos outros grupos)



Como se relacionam com o SNS? Usam muito, porque precisam. Mas o **uso** é **reativo**, não planeado: vão ao médico ou procuram cuidados quando surge um problema. Este padrão cria risco de trajetórias fragmentadas, atrasos no diagnóstico e tratamento, bem como ineficácia no controlo da doença crónica.

Perfil 2 | INTEGRADOS

Representa **18% da população estudada**. São pessoas com boa organização de cuidados, que fazem prevenção e têm acompanhamento regular no SNS. As suas principais características são:

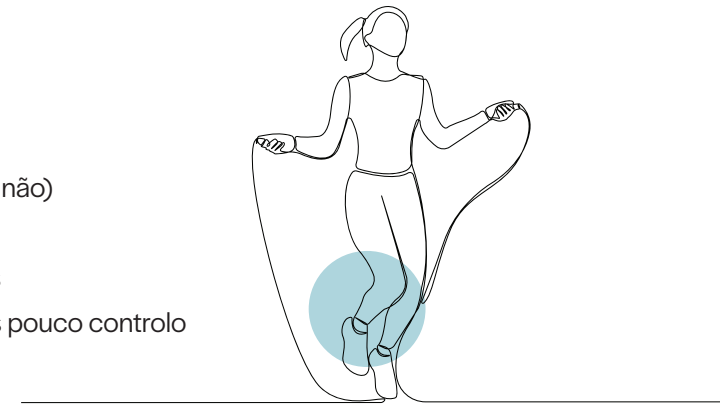


- Relação estável com o médico de família e com os Cuidados Primários
- Consultas frequentes e com finalidade preventiva
- Elevada adesão a rastreios, exames e vacinação
- Boa perceção de saúde
- Condição clínica geralmente favorável
- Maior escolaridade e estabilidade laboral
- Forte capacidade de navegar o sistema (menos barreiras no acesso e práticas)

Relacionam-se com o SNS de forma **planeada** e **contínua**. Este é o grupo mais alinhado com os objetivos do SNS: prevenção, literacia em saúde[71] e acompanhamento regular.

Perfil 3 | EPISÓDICOS

Este grupo representa **34% da população estudada**. São pessoas que usam pouco o SNS, geralmente porque têm melhor saúde e idade mais jovem, também por isso, com utilizações irregulares de cuidados preventivos. As suas principais características são:



- Melhor saúde percebida
- Menor presença de doenças crónicas
- Uso esporádico do SNS
- Prevenção inconsistente (fazem alguns exames, outros não)
- Menor integração nos cuidados primários
- Percentagem mais elevada de homens e jovens adultos
- Destaques: colonoscopias relativamente elevadas, mas pouco controlo de colesterol/glicemia, por exemplo.

Na **relação com o SNS**, contactam quando precisam, mas **poucas vezes**.

Este grupo não é negligente em termos de comportamento de saúde, mas também não participa ativamente na prevenção ou na continuidade dos cuidados.

[71] A literacia funcional em saúde manifesta-se nesta análise sobretudo na capacidade de se mover no SNS de forma eficaz. O que inclui conseguir marcar uma consulta quando precisa, lidando com tempos de espera, sistemas de agendamento e disponibilidade dos serviços. Envolve também saber a quem recorrer em diferentes situações, distinguindo entre cuidados de rotina, urgências, médico de família ou outros serviços disponíveis. Esta literacia traduz-se ainda na capacidade de aceder aos cuidados de forma atempada, isto é, conseguir que a resposta chegue no momento adequado às necessidades. Por fim, integra a perceção de facilidade ou dificuldade na utilização dos serviços, que reflete a familiaridade com o funcionamento do SNS, a confiança no processo e a capacidade de ultrapassar obstáculos administrativos ou logísticos. Juntas, estas competências descrevem o quão preparado cada indivíduo está para se orientar no sistema de saúde e obter os cuidados de que necessita.

5.1 COMPARAÇÕES-CHAVE ENTRE OS PERFIS

5.1.1 INDICADORES DE SAÚDE

Nesta secção observam-se as diferenças essenciais entre os três perfis em termos dos indicadores de saúde que os distinguem, aprofundando de forma temática, e descrevendo mais detalhadamente como os indicadores de saúde se manifestam em cada grupo e como contribuem para trajetórias distintas de saúde e utilização do SNS em Portugal. A Tabela 5 resume os três perfis de acordo com os três principais temas estudados.

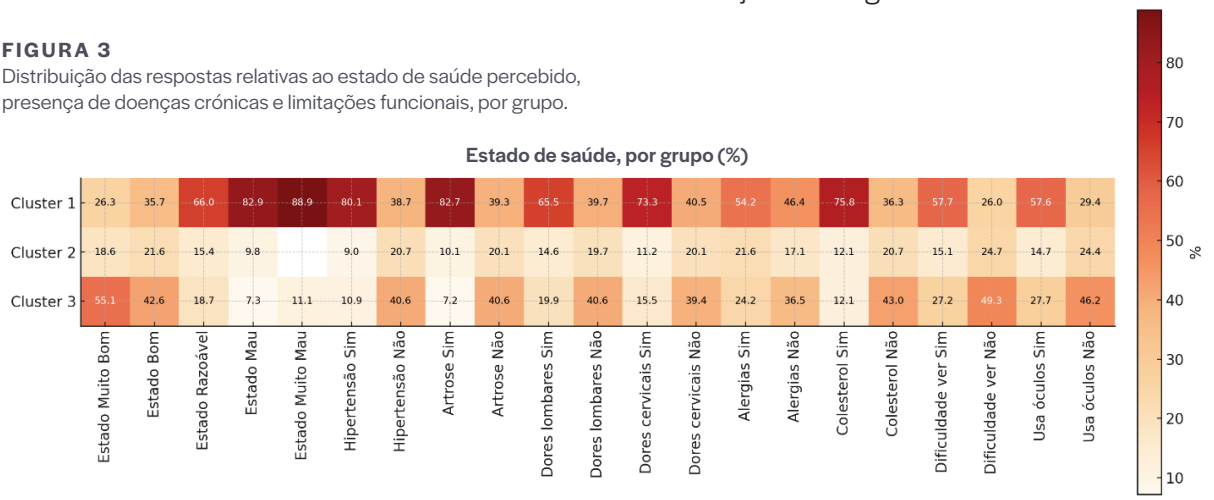
TEMA	VULNERÁVEIS	INTEGRADOS	EPISÓDICOS
Saúde percebida	Pior saúde percebida e maior carga de doença	Saúde percebida de nível intermédio	Melhor saúde percebida
Acesso e utilização do SNS	Mais dificuldades e maior uso por necessidade	Melhor acesso e uso regular	Uso mais baixo por menor perceção de necessidade
Continuidade e prevenção	Baixa continuidade, apesar da elevada necessidade	Continuidade forte e melhor prevenção	Continuidade fraca e prevenção irregular

TABELA 5
Perfis Populacionais: saúde, acesso e continuidade.

ESTADO DE SAÚDE (OU SAÚDE PERCEBIDA)

O estado de saúde descrito neste estudo combina tanto a forma como as pessoas percecionam o seu bem-estar como a presença de condições crónicas ou limitações no dia a dia (por exemplo: ver bem ou não; e, usar óculos ou não). Inclui indicadores como a saúde percebida e a existência de doenças prolongadas, o impacto na realização de atividades quotidianas e a necessidade de cuidados adicionais. Este conjunto de elementos permite distinguir níveis muito diferentes de vulnerabilidade: algumas pessoas vivem com múltiplas condições que afetam o seu quotidiano, enquanto outras mantêm uma saúde globalmente robusta e sem limitações relevantes. Assim, o estado de saúde funciona como uma medida integrada que ajuda a compreender por que razão certos grupos recorrem mais frequentemente ao SNS, enfrentam maior necessidade clínica ou se encontram em situações de fragilidade acrescida.

FIGURA 3
Distribuição das respostas relativas ao estado de saúde percebido, presença de doenças crónicas e limitações funcionais, por grupo.



Nota: Tonalidades mais intensas correspondem a percentagens mais elevadas dentro de cada cluster, facilitando a comparação rápida entre grupos. Todas as variáveis apresentam diferenças estatisticamente significativas entre clusters (*** $p < 0.001$). O gráfico torna visíveis os perfis de melhor saúde, condições intermédias e maior vulnerabilidade clínica.

Neste aspeto, os três perfis revelam condições de saúde distintas. O grupo da população **Vulnerável** apresenta pior saúde percebida, mais doenças crónicas e maior limitação no dia a dia constituindo o grupo com maior necessidade clínica. O grupo da população **Integrada** situa-se num ponto intermédio: referem saúde razoável e menor carga de doença, mas mantêm acompanhamento regular no SNS. Já o grupo dos **Episódicos** percecionam-se como saudáveis e têm, de facto, menor morbilidade reportada. Em síntese observamos pior saúde nos Vulneráveis, melhor nos Episódicos, com os Integrados numa posição intermédia.

ACESSO (A SERVIÇOS E CUIDADOS DE SAÚDE) E UTILIZAÇÃO DO SNS

O acesso ao SNS não se limita à possibilidade formal de utilização dos serviços, mas traduz-se, sobretudo, na capacidade efetiva de obter cuidados quando são necessários. Este domínio abrange fatores como a marcação de consultas, os tempos de espera, os custos associados (incluindo medicamentos e deslocações) e a disponibilidade de serviços adequados às necessidades das pessoas. O acesso é condicionado por fatores socioeconómicos, territoriais e pela organização do próprio sistema de saúde, originando experiências muito diferenciadas entre grupos populacionais. A sua análise permite identificar quem enfrenta maiores barreiras, sejam elas económicas, logísticas ou administrativas, e compreender de que forma estas condicionam a utilização do SNS e a qualidade dos cuidados prestados.

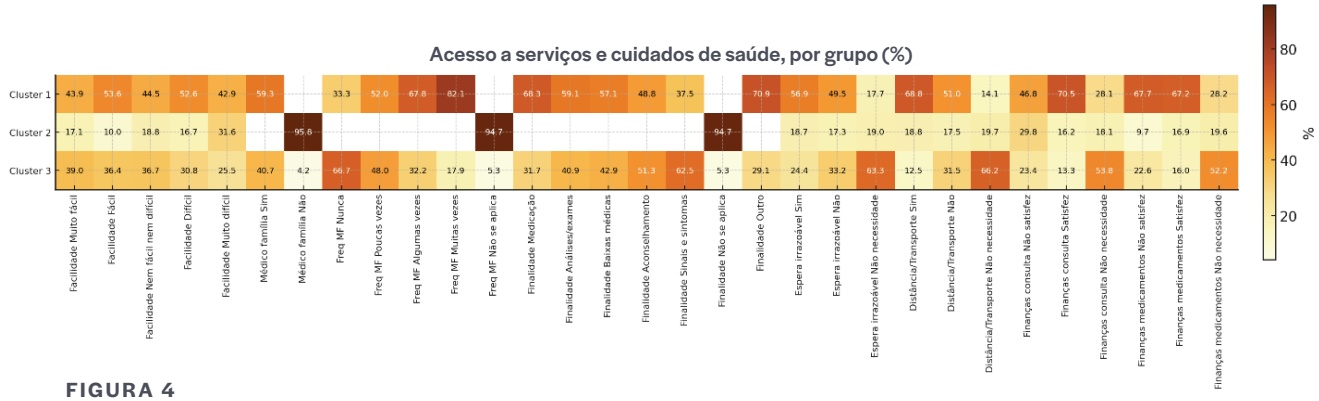


FIGURA 4
Distribuição do acesso aos serviços de saúde, por grupo.

Nota: Frequência de consultas e motivos de utilização ou não utilização. A intensidade cromática reflete a magnitude das percentagens observadas nos clusters. Todas as variáveis apresentam diferenças estatisticamente significativas entre clusters (*** p < 0.001).
Este gráfico evidencia diferentes formas de relação com o sistema de saúde, distinguindo entre maior integração, baixa utilização e dificuldades (ou não) de acesso.

Neste sentido, observa-se que os **Vulneráveis** enfrentam mais barreiras no acesso, como dificuldade em marcar consultas, atrasos, custos com medicamentos e deslocações e, ao mesmo tempo, recorrem mais ao SNS devido à pior saúde. Os **Integrados** reportam condições mais favoráveis, isto é, referem facilidade de acesso, utilizam o SNS de forma regular e articulada e conseguem obter cuidados quando precisam. Os **Episódicos** usam pouco o SNS, não tanto por dificuldades, mas porque percecionam menor necessidade de cuidados e tendem a recorrer apenas em situações pontuais. Em síntese, observaram-se maiores dificuldades nos Vulneráveis, melhor acesso nos Integrados e utilização reduzida nos Episódicos.

PREVENÇÃO E CONTINUIDADE DE CUIDADOS

A prevenção em saúde é aqui analisada a partir de três componentes fundamentais. A primeira refere-se à realização de rastreios recomendados, enquanto exames periódicos que permitem detetar precocemente problemas de saúde, muitas vezes antes do aparecimento de sintomas. A segunda diz respeito à adesão à vacinação, um dos instrumentos preventivos mais eficazes para reduzir o risco de doenças transmissíveis e proteger a saúde individual e coletiva. A terceira componente corresponde à realização de consultas regulares de rotina, que asseguram acompanhamento clínico, monitorização do estado de saúde e aconselhamento contínuo. Em conjunto, estes comportamentos traduzem o nível de investimento preventivo mantido ao longo do tempo e refletem, de forma indireta, a capacidade das pessoas para antecipar riscos, planear cuidados e integrar a prevenção no seu percurso de saúde.

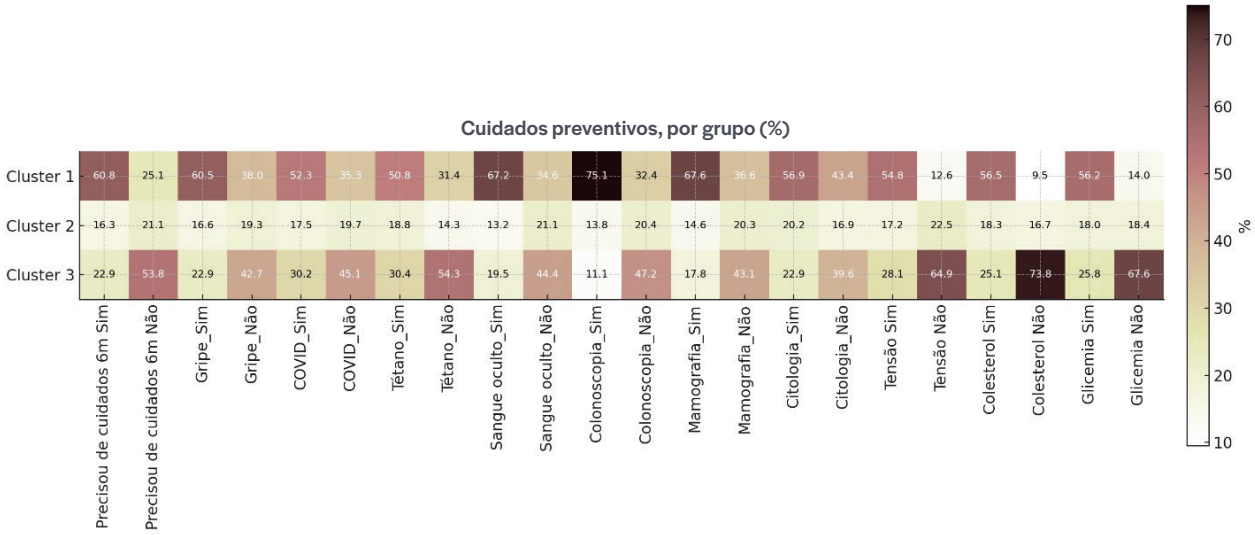


FIGURA 5
Percentagens de realização de diferentes cuidados preventivos, por grupo.

Nota: Inclui rastreios, monitorizações clínicas e exames regulares de saúde (aqueles que foi possível incluir na ACM de acordo com os critérios descritos no capítulo 1). As cores mais escuras indicam maior prevalência da prática correspondente. Todas as variáveis apresentam diferenças estatisticamente significativas entre clusters (*** $p < 0.001$). Este gráfico permite identificar padrões distintos de envolvimento preventivo e rastreios nos diferentes perfis.

Assim, observa-se que a continuidade de cuidados é mais forte entre os **Integrados**, que mantêm uma relação estável com o médico de família, realizam consultas de rotina e têm níveis elevados de comportamentos preventivos (rastreios, vacinas, check-ups). Os **Vulneráveis**, apesar de apresentarem maior necessidade, apresentam trajetórias mais fragmentados e menos consistentes ou descontinuadas, o que limita a prevenção e dificulta a gestão das condições de saúde (um padrão típico de populações com maior carga de doença e menos recursos). Os **Episódicos** apresentam práticas preventivas irregulares e menos rastreios. A menor realização de exames e cuidados preventivos neste grupo deve ser interpretada à luz da sua menor idade média e melhor estado de saúde percebido. Em muitos casos, estes cuidados não são clinicamente recomendados com a mesma regularidade em populações mais jovens e sem historial de doença, pelo que este padrão pode refletir adequação às recomendações clínicas, e não necessariamente desinvestimento preventivo.

Em resumo, temos continuidade e prevenção elevadas nos Integrados, baixas nos Vulneráveis e muito reduzidas nos Episódicos.

5.1.2 INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS

As variáveis sociodemográficas não foram utilizadas para definir os perfis, mas desempenham um papel central na sua interpretação. A sua análise permite compreender de que forma características como idade, género, nível de escolaridade, rendimento, situação familiar ou local de residência se associam às experiências de saúde e aos padrões de utilização do SNS.

Em saúde pública, estas variáveis são fundamentais para identificar desigualdades, situações de vulnerabilidade e fatores que facilitam ou dificultam o acesso aos cuidados. Embora não determinem diretamente os perfis identificados, fornecem o enquadramento estrutural necessário para compreender quem utiliza mais ou menos o sistema, quem enfrenta maiores ou menores barreiras e quem revela maior ou menor investimento preventivo.

Deste modo, a leitura sociodemográfica complementa a análise estatística dos indicadores de saúde, permitindo situar os perfis no contexto social e territorial do país e aprofundar a compreensão das diferenças observadas nos comportamentos e necessidades em saúde da população. As principais características sociodemográficas dos grupos identificados são as seguintes:

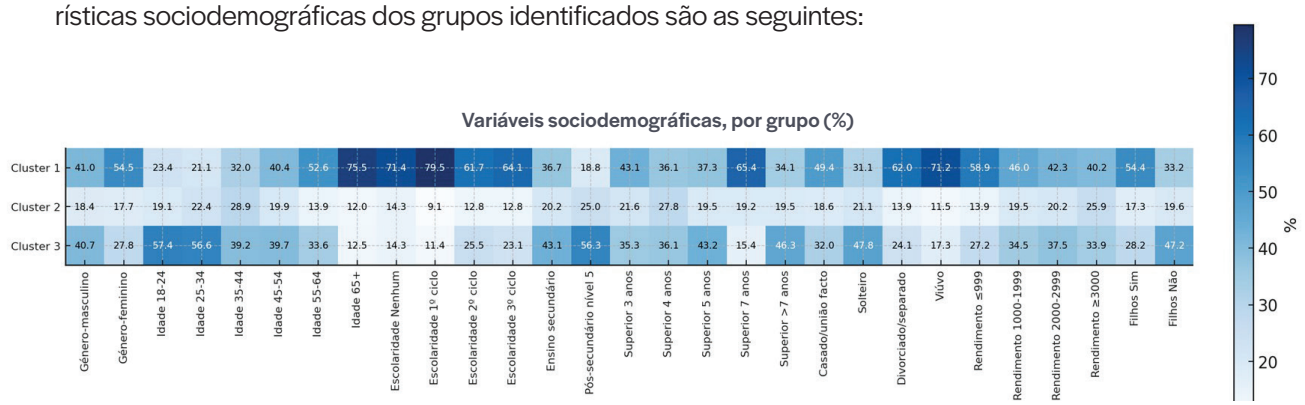


FIGURA 6
Percentagens das variáveis sociodemográficas, por grupo.

Nota: Abrange as dimensões de género, idade, escolaridade, situação conjugal, situação laboral, rendimento e região. As tonalidades mais escuras correspondem a percentagens mais elevadas de representação de cada categoria em cada cluster, facilitando a identificação de padrões diferenciais entre os grupos. Todas as variáveis apresentadas registam diferenças estatisticamente significativas entre clusters (*** $p < 0.001$). Este gráfico complementa a caracterização dos perfis, evidenciando as distinções sociodemográficas associadas a cada cluster.

IDADE

A amostra incluiu participantes de uma ampla variedade de idades, refletindo a diversidade etária da população adulta (dos jovens adultos aos mais velhos [18-93]). Apesar desta amplitude, os perfis revelam padrões consistentes. Os indivíduos mais velhos [+65] tendem a concentrar-se sobretudo no perfil **Vulnerável**, o que é coerente com a maior prevalência de doenças crónicas, limitações funcionais e necessidade acrescida de cuidados de saúde nesta fase da vida. Esta combinação entre idade avançada e maior carga de doença ajuda a explicar tanto o uso mais frequente do SNS como as dificuldades acrescidas no acesso e na organização dos cuidados.

Os adultos em idade ativa surgem com maior expressão no perfil **Integrado**, embora também estejam presentes nos outros dois grupos. Esta faixa etária caracteriza-se por maior estabilidade laboral e rotinas mais estruturadas, fatores que facilitam a realização de consultas de rotina, rastreios e acompanhamento regular, contribuindo para trajetórias de cuidados mais contínuas.

Por fim, os jovens adultos estão mais representados no perfil **Episódico**, refletindo padrões de utilização mais esporádica do SNS. Em geral, apresentam melhor saúde percebida, recorrem menos aos serviços e procuram cuidados sobretudo em situações pontuais, como episódios agudos ou necessidades imediatas. Esta combinação de juventude, maior autonomia e perceção de baixo risco ajuda a explicar a prevenção irregular e o contacto limitado com o sistema de saúde.

ESCOLARIDADE E RENDIMENTO

As diferenças entre os perfis também se refletem nos níveis de escolaridade, estabilidade económica e situação laboral. O perfil **Integrado** apresenta, em média, níveis ligeiramente mais elevados de escolaridade e maior estabilidade no emprego, com maior presença de pessoas ativas e com vínculos laborais estáveis. Estas condições contribuem para uma relação mais estruturada com o SNS e para maior capacidade de organização dos cuidados.

O perfil **Vulnerável**, por sua vez, concentra uma proporção maior de pessoas com **baixo rendimento**, em situação de **desemprego** ou **reformadas**, bem como indivíduos com níveis de instrução mais baixos relativamente aos outros grupos. Estas condições socioeconómicas mais frágeis ajudam a explicar tanto a pior saúde percebida como as maiores barreiras no acesso e a dificuldade em manter continuidade de cuidados.

O perfil **Episódico** apresenta maior diversidade interna, combinando pessoas com diferentes níveis de escolaridade, incluindo jovens em início de vida ativa ou académica. Embora exista heterogeneidade económica e educativa, este grupo destaca-se pela **melhor saúde percebida**, o que reduz a frequência de utilização do SNS e explica os padrões preventivos irregulares.

GÉNERO E SITUAÇÃO FAMILIAR

Os perfis não são profundamente diferenciados por género, mas surgem tendências ténues, por exemplo, o perfil **Episódico** é composto maioritariamente por homens e jovens, com predominância de solteiros e menor proporção de pessoas com filhos. Esta estrutura familiar menos consolidada, aliada à melhor saúde percebida, traduz-se em padrões de utilização mais esporádicos e menor ligação regular aos serviços de saúde, o que está em linha com a literatura sobre o tema. O perfil dos **Vulneráveis**, reúne mais mulheres que homens, pessoas mais velhas, com forte presença de casados, mas também de divorciados e viúvos, e é o grupo com maior proporção de indivíduos com filhos. Esta composição familiar mais tradicional e envelhecida acompanha as maiores necessidades clínicas observadas neste cluster. O perfil **Integrado** apresenta uma composição equilibrada: homens e mulheres estão representados em proporções semelhantes; a situação conjugal distribui-se de forma homogénea entre solteiros e casados/união de facto; e a parentalidade segue o mesmo padrão, com presença semelhante de pessoas com e sem filhos. Trata-se, assim, de um grupo socialmente estável e heterogéneo, marcado sobretudo pela condição de adultos em idade ativa com rotinas regulares e maior capacidade de organização dos cuidados preventivos.

5.1.3 DISTRIBUIÇÃO REGIONAL DOS PERFIS

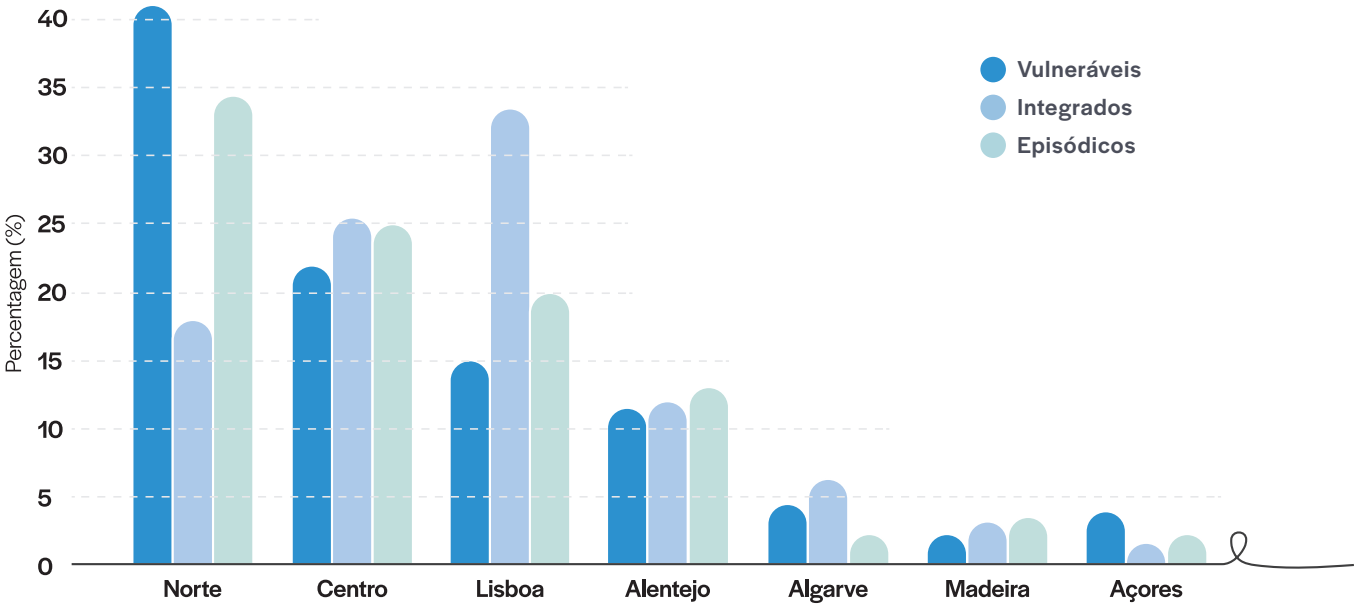


GRÁFICO 48
Distribuição dos grupos por região.

Nota: Proporção de cada cluster populacional distribuída pelas diferentes regiões do país. Cada barra representa a percentagem de indivíduos do respetivo cluster presentes em cada região. Observa-se que os Clusters 1 e 3 exibem padrões regionais muito semelhantes e amplamente distribuídos, enquanto o Cluster 2 apresenta maior concentração relativa nas regiões de Lisboa e Centro, destacando-se das restantes. Nas restantes regiões, as percentagens são baixas e de magnitude semelhante em todos os clusters.

Na análise por regiões observaram-se algumas tendências pouco expressivas com o **cluster 1 (Vulneráveis)** com maior representação no **Norte**. O **Cluster 2 (Integrados)**, **Centro** e **Lisboa**. E o **cluster 3 (Episódicos)** igualmente com mais indivíduos da região **Norte**. Não há diferenças estatisticamente significativas entre cluster 1 e 3 em termos regionais. Em termos relativos, apena o Cluster 2 se destaca dos outros por ter maior peso em **Lisboa (33.3%)** e **Centro (25.4%)**.

Em suma, os **clusters 1 e 3** têm padrões muito semelhantes, ambos fortemente representados no **Norte e Centro**, e sem concentrações extremas. Os **Açores** e **Madeira** têm valores baixos para todos os clusters, sem diferenças marcantes.

O que significa que os **Vulneráveis** surgem mais frequentemente em regiões com população mais envelhecida. Isto é, este perfil apresenta uma distribuição territorial ampla e equilibrada, estando representado em todas as regiões do país sem concentrações extremas. No entanto, observa-se ligeira *sobrerrepresentação* deste perfil nas regiões **Norte, Algarve e Açores**. Esta maior presença é coerente com a composição mais envelhecida e com padrões socioeconómicos mais frágeis associados a algumas destas regiões. O perfil territorial pode ser descrito como diversificado, refletindo a presença deste grupo em contextos urbanos e rurais, mas com maior peso relativo em zonas menos urbanas ou com populações mais envelhecidas.

O Perfil **Integrado** também surge distribuído por todo o território, mas distingue-se por uma *sobrerrepresentação* nas regiões de **Lisboa e Algarve**, assim como no Centro. Trata-se do perfil mais urbano,

associado a maior escolaridade, maior presença de trabalhadores qualificados e maior continuidade de cuidados, características mais frequentes em contextos metropolitanos e periurbanos. Assim, embora territorialmente heterogéneo, o cluster 2 tende a concentrar-se mais nas regiões com maior densidade urbana e maior oferta de serviços de saúde.

Os **Episódicos** distribuem-se de forma relativamente homogénea. Este perfil apresenta igualmente uma distribuição territorial ampla, mas com uma tendência distintiva: **menor representação no Algarve e nos Açores** comparativamente aos outros clusters. No restante território, a distribuição é relativamente equilibrada, sem grandes picos regionais. Este padrão acompanha a composição do grupo que inclui maior proporção de pessoas entre os 18 e os 44 anos relativamente aos outros grupos , com melhor saúde percebida e maior mobilidade, sugerindo um perfil mais típico de regiões urbanas e suburbanas, mas sem forte concentração territorial. É, por isso, um grupo amplamente disperso, mas **levemente sub-representado nas zonas mais periféricas ou insulares**.

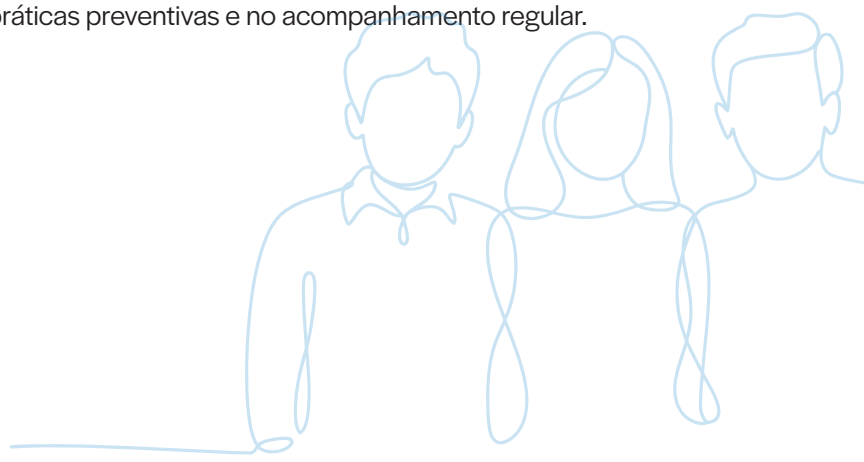
5.2 PADRÕES SOCIAIS E TRAJETÓRIAS DE CUIDADOS NA POPULAÇÃO

No seu conjunto, estes perfis evidenciam como diferentes condições sociais, níveis de literacia e contextos de vida moldam padrões distintos de utilização dos serviços de saúde. Confirmam, assim, que a saúde varia de forma sistemática em função das características sociodemográficas da população, e não apenas em função de fatores individuais ou de indicadores clínicos isolados. Os resultados mostram que, à medida que melhoram a posição socioeconómica, o nível de escolaridade e o percurso de vida, tende também a observar-se uma maior integração dos cuidados, com melhores condições de acesso, maior investimento preventivo e padrões de utilização mais estruturados.

A comparação entre os três perfis revela padrões amplamente consistentes com a literatura em saúde pública sobre os gradientes sociais e comportamentais da saúde. Em particular, o perfil dos Vulneráveis, marcado por pior saúde percebida, menor investimento preventivo, maiores dificuldades de acesso e fraca continuidade de cuidados, ilustra como a acumulação de desvantagens clínicas, sociais e económicas tende a associar-se a trajetórias de utilização mais reativas e fragmentadas.

Em contraste, o perfil dos Integrados, caracterizado por melhor acesso, maior continuidade e práticas preventivas mais consistentes, aproxima-se dos padrões descritos na literatura sobre cuidados mais organizados e integrados, frequentemente associados a maior literacia em saúde, maior estabilidade social e melhores condições de interação com o sistema de saúde.

Já o perfil dos Episódicos, apesar de apresentar boa saúde percebida e baixo recurso ao SNS, evidencia menor regularidade preventiva e fraca continuidade de cuidados, refletindo padrões frequentemente observados em populações mais jovens e saudáveis, nas quais a menor perceção de risco e a ausência de doença crónica reduzem o envolvimento em práticas preventivas e no acompanhamento regular.



Em síntese, os três perfis identificados traduzem diferentes modos de relação com a saúde e com o SNS, refletindo necessidades individuais, desigualdades estruturais e distintas fases do percurso de vida, expressas, entre outros fatores, pela idade, situação conjugal e condição profissional. Mais do que categorias rígidas ou perfeitamente delimitadas, estes perfis revelam tendências amplas que permitem compreender como fatores sociais, económicos e organizacionais moldam comportamentos, riscos e padrões de utilização dos serviços de saúde.

Assim, os perfis devem ser interpretados como expressões de condições de vida diferenciadas, mutáveis ao longo do tempo e não apenas como variações entre estados clínicos específicos. A compreensão destes padrões sociodemográficos contribui para identificar fragilidades e oportunidades de intervenção, podendo apoiar o desenho de políticas mais equitativas e de estratégias preventivas no SNS mais ajustadas à diversidade real das necessidades da população.

5.3 **“UMA SÓ SAÚDE”’, O QUE REVELAM OS PERFIS?**



FIGURA 7
Percentagens de resposta das variáveis ‘Uma Só Saúde’, por grupo.

Nota: As tonalidades mais escuras correspondem a percentagens mais elevadas, facilitando a identificação de padrões diferenciados de perceções, atitudes e níveis de literacia relacionados com as interações entre saúde humana, animal e ambiental. Apenas as variáveis “Uso de Antibióticos Animais/Risco Saúde Humana” e ‘Consumo hortícolas, frutos ou produtos vegetais...” exibem diferenças estatisticamente significativas entre clusters (respetivamente *p < 0.05 e ** p<0.01). Este gráfico evidencia, de forma clara, quais os grupos mais alinhados com a abordagem ‘Uma Só Saúde’ e quais apresentam níveis mais reduzidos de consciência, preocupação ou conhecimento sobre a temática.

O conceito Uma Só Saúde reconhece que a saúde humana está intrinsecamente ligada à saúde animal e à qualidade do ambiente, sendo hoje central para a compreensão de riscos emergentes associados, entre outros fatores, à poluição, às alterações climáticas, às práticas agrícolas, à resistência antimicrobiana e à segurança alimentar.

Neste enquadramento, o inquérito integrou um conjunto de questões relacionadas com a perceção de riscos ambientais, práticas sustentáveis, consumo local e conhecimentos sobre fatores ecológicos relevantes para a saúde pública.

Embora estas variáveis não tenham sido utilizadas na construção dos perfis (dada a sua baixa capacidade discriminativa na Análise de Correspondências Múltiplas), foram incluídas na análise com o objetivo de identificar tendências e sensibilidades ambientais complementares aos perfis de saúde.

Os cruzamentos subsequentes entre os perfis e estas variáveis revelaram que, de um conjunto alargado de indicadores analisados, apenas duas apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre grupos: *(1) a perceção de que o uso de antibióticos em animais representa risco para a saúde humana ($p < .05$), e (2) o consumo de hortícolas ou produtos vegetais cultivados por si ou pessoas próximas ($p < .01$).* Estas diferenças, embora pontuais, e que requerem leituras cuidadas devido à qualidade do modelo, são de alguma forma coerentes com os padrões sociodemográficos dos perfis e ajudam a contextualizar práticas e perceções ambientais por elas representadas. Todas as restantes variáveis "Uma só Saúde' não revelaram significância estatística, pelo que os seus padrões devem ser interpretados apenas como tendências descritivas, e não como diferenças estruturais entre grupos.

Ainda assim, estes resultados ao permitirem identificar padrões descritivos relevantes, enriquecem a leitura global dos perfis e evidenciam como os diferentes grupos da população inquirida identificados se posicionam perante riscos e comportamentos associados ao ambiente e ao consumo sustentável relativamente a estes dois fatores.

Tendo clarificado o papel destas variáveis na análise, passamos agora à descrição de como cada um dos três perfis se posiciona face aos indicadores 'Uma só Saúde'.

Os **Vulneráveis** mostram uma maior ligação a práticas rurais e tradicionais, valorizando produtos locais e modos de consumo de proximidade. Para além da dimensão cultural e territorial, estas práticas podem também assumir relevância na economia familiar, na medida em que podem contribuir para a gestão de recursos e contenção de despesas quotidianas, ainda que este aspeto não tenha sido diretamente analisado. Esta ligação ao território e ao quotidiano rural associa-se igualmente a alguma sensibilidade face a riscos ambientais imediatos, como a qualidade da água, a poluição local ou as condições de habitação. Embora nem sempre verbalizada de forma técnica, esta perceção traduz uma atenção prática ao ambiente que os rodeia.

Os **Integrados**, paradoxalmente, surgem como o grupo menos sensível aos riscos e interdependências associados ao paradigma 'Uma Só Saúde'. Apesar de terem maior literacia em saúde e maior capacidade para organizar os seus cuidados, não se destacam por preocupações ambientais ou ecológicas. Tendem a priorizar a gestão individual da saúde e o acompanhamento clínico, aparentemente deixando em segundo plano fatores ambientais ou práticas de consumo sustentável.

Os **Episódicos** ocupam uma posição intermédia face aos outros dois grupos. Apresentam níveis de literacia ambiental e ecológica variáveis, sem uma orientação clara. Alguns manifestam consciência dos temas 'Uma Só Saúde', mas de forma irregular e muitas vezes desligada das suas rotinas de saúde. Ou a maior juventude deste grupo, ou a perceção de baixo risco podem contribuir para uma menor atenção a riscos ambientais ou preventivos.

Em síntese, os **Vulneráveis** mostram maior ligação prática ao ambiente local, os **Integrados** apresentam menor sensibilidade ambiental apesar da maior organização dos seus cuidados de saúde, e os **Episódicos** revelam uma posição ambígua e pouco consistente.

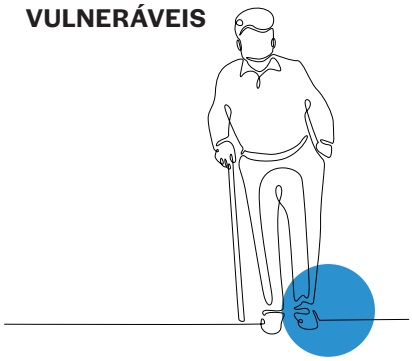
CONCLUSÃO

Os resultados desta análise mostram que a população residente em Portugal não utiliza o SNS de forma homogénea. As diferenças observadas refletem não apenas distintos estados de saúde, mas também modos variados de acesso, utilização e organização dos cuidados ao longo do tempo. A identificação de três perfis (Vulneráveis, Integrados e Episódicos) permite compreender melhor estas dinâmicas e oferece um enquadramento analítico útil para apoiar a reflexão sobre a adequação e a orientação das políticas públicas em saúde.

Em síntese, o perfil dos Vulneráveis concentra maiores necessidades clínicas e enfrenta maiores dificuldades de acesso, apresentando níveis mais baixos de continuidade de cuidados e de investimento preventivo. Os Integrados evidenciam percursos de saúde mais estáveis, com melhor acesso ao sistema, acompanhamento regular e forte adesão a práticas preventivas. Já os Episódicos, tendencialmente mais jovens e com melhor saúde percebida, recorrem menos ao SNS e revelam padrões preventivos mais irregulares.

Estes três modos de relação com o sistema permitem captar desigualdades relevantes na população estudada (no estado de saúde, no acesso e na continuidade dos cuidados, bem como na capacidade de prevenção) que refletem diferenças nas condições socioeconómicas, nos níveis de literacia e nos recursos disponíveis para cuidar da saúde ao longo do território. Ao evidenciar estas diferenças, a análise possibilita antecipar necessidades específicas que podem não emergir em abordagens mais agregadas.

As necessidades identificadas (Tabela 6) apontam, por exemplo, para a importância de reforçar o apoio no acesso e na gestão de doenças crónicas entre os Vulneráveis, de consolidar estratégias de prevenção e continuidade entre os Integrados, e de desenvolver intervenções preventivas ajustadas a jovens adultos no caso dos Episódicos.

PERFIL	NECESSIDADES ESPECÍFICAS IDENTIFICADAS
VULNERÁVEIS 	Apoio no acesso aos cuidados primários, devido a dificuldades em marcar consultas e obter resposta atempada. Intervenções de gestão de doenças crónicas, dada a maior carga de morbilidade. Programas de prevenção direcionados (rastreios, vacinação), já que a prevenção é muito baixa apesar da grande necessidade. Apoio económico ou logístico, sobretudo nos custos com medicamentos e deslocações. Reforço da continuidade dos cuidados, porque as trajetórias de cuidado são fragmentados apesar da elevada necessidade clínica.
INTEGRADOS 	Reforço de estratégias preventivas avançadas, podendo beneficiar de intervenções mais personalizadas. Acompanhamento regular e estável, valorizando continuidade e relação clínica de longo prazo. Promoção de literacia ambiental (Uma Só Saúde), dada a menor sensibilidade aos riscos ecológicos.

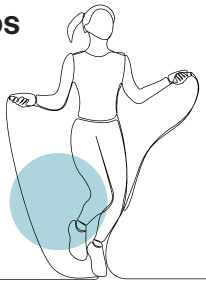
PERFIL	NECESSIDADES ESPECÍFICAS IDENTIFICADAS
EPISÓDICOS 	Intervenções de prevenção adaptadas aos mais jovens, devido à prevenção irregular e menor perceção de risco. Estratégias de comunicação específicas para jovens adultos, centradas em risco futuro e autocuidado. Promoção do uso oportuno do SNS, para evitar diagnósticos tardios. Acompanhamento leve e periódico, que mantém ligação ao SNS sem exigir grande carga de cuidados.

TABELA 6
Necessidades específicas, por perfil.

A utilidade destes perfis não se esgota na sua descrição estatística. A sua análise permite compreender diferenças relevantes nos modos de prevenção, de acompanhamento e de utilização dos cuidados de saúde, bem como identificar padrões de acesso e de continuidade que variam entre grupos da população. Estes resultados evidenciam, em particular, a importância da continuidade de cuidados e ajudam a interpretar de que forma fatores sociais e contextuais se associam a trajetórias de utilização mais ou menos estruturadas no SNS.

No seu conjunto, os perfis oferecem uma leitura mais diferenciada das necessidades da população estudada, contribuindo para uma compreensão mais informada das desigualdades observadas no acesso, na prevenção e no acompanhamento em saúde. Sem pretender esgotar a complexidade destes fenómenos, esta análise constitui um contributo analítico para apoiar a reflexão sobre respostas do SNS mais ajustadas à diversidade de experiências e condições de vida da população.



INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902

POLÍTICAS E PLANEAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
WHO Collaborating Center on Health Workforce Policy and Planning

ORDEM DOS MÉDICOS

UM RUMO PARA A SAÚDE
ORDEM DOS MÉDICOS