



RECUPERAÇÃO DA ATIVIDADE HOSPITALAR EM 2022

Por ocasião do Dia Mundial de Saúde, que se celebra no dia 7 de abril, o INE divulga uma nova edição da publicação “Estatísticas da Saúde”, principalmente com indicadores de 2022.

Destacam-se os seguintes resultados:

- Em 2022, existiam em Portugal 60 396 médicos e 81 799 enfermeiros, respetivamente mais 2,8% de médicos e mais 1,9% de enfermeiros do que em 2021. O indicador relativo ao número de médicos por mil habitantes era mais elevado na região da Grande Lisboa (8,3 médicos por mil habitantes) e mais baixo na região Oeste e Vale do Tejo (2,5 médicos por mil habitantes), enquanto o indicador relativo ao número de enfermeiros por mil habitantes era mais elevado nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores (9,8 e 10,1 enfermeiros por mil habitantes, respetivamente) e menor na região Oeste e Vale do Tejo (4,9).
- Depois de a atividade hospitalar ter sido fortemente afetada pelo contexto pandémico, em 2022 continua a verificar-se uma recuperação nos atos assistenciais prestados em contexto hospitalar. As consultas médicas, as cirurgias em bloco operatório e os atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica aumentaram para valores superiores aos registados antes da pandemia COVID-19.
- A urgência foi a vertente da atividade hospitalar que teve um maior acréscimo em relação ao ano 2021, com mais 1,5 milhões de atendimentos (+23,9%). A recuperação observada em 2022 permite uma aproximação ao valor anterior a 2020, ano em que os atendimentos realizados na urgência hospitalar diminuíram 30,3% e atingiram o valor mais baixo desde 1999.
- Os hospitais públicos ou em parceria público-privada continuaram em 2022 a ser os principais prestadores de serviços de saúde, assegurando 86,2% dos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, 81,6% dos atendimentos em urgência, 74,6% dos internamentos e 71,5% das cirurgias em bloco operatório. Os hospitais do setor público também asseguraram a maioria das consultas médicas, mas esta é a componente de atividade em que os hospitais privados conseguiram atingir um peso mais expressivo, representando 38,0% do total.
- A proporção da população com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, que constitui uma aproximação reconhecida internacionalmente ao conceito de incapacidade, continuou a diminuir em 2023, tendo registado um valor de 33,4%, inferior em 0,6 pontos percentuais (p.p.) ao resultado de 34,0% em 2022.
- O indicador “Anos de vida saudável”, que conjuga a informação da esperança de vida da população e a incidência das limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, revela que, se em 2021 a esperança média de vida para um homem aos 65 anos era de 18,3 anos e de 22,0 anos para



uma mulher, a consideração das limitações devido a problemas de saúde resulta numa expectativa de vida saudável de apenas 8,4 anos para um homem com 65 anos e 7,4 anos para uma mulher da mesma idade, em ambos os casos valores inferiores às médias na União Europeia (UE-27) de 9,5 para os homens e 9,9 anos para as mulheres.

- Em 2023, de acordo com o modelo *Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)*, 34,3% da população com 16 ou mais anos teriam sintomas de ansiedade generalizada, incluindo 11,1% com níveis de ansiedade mais graves. Os resultados de um modelo de regressão logística que associa a probabilidade de distúrbio de ansiedade generalizada e algumas características pessoais e de contexto territorial e familiar para a população adulta, sugerem que as mulheres e os desempregados têm maior probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade generalizada, mas que a idade e a escolaridade se relacionam negativamente com aquela probabilidade. Situações de insuficiência alimentar, de doença crónica ou prolongada e a existência de limitações por motivos de saúde contribuem para o aumento da probabilidade de ocorrência de sintomas de ansiedade generalizada.
- Foi ainda desenvolvido um modelo de regressão logística para verificar se os dados estatísticos disponíveis¹ suportam empiricamente a associação de uma satisfação muito positiva com a vida em geral pela população com 18 ou mais anos com algumas características pessoais e respetivo contexto territorial e familiar, quando consideradas em simultâneo. Os resultados obtidos são particularmente robustos e significativos quanto à relação entre a satisfação com a vida em geral e a autoavaliação do estado de saúde – a probabilidade de se revelar uma satisfação com a vida em geral elevada diminui à medida que a autoavaliação do estado de saúde vai piorando; por exemplo, avaliar o próprio estado de saúde como muito mau diminui a probabilidade de avaliar a satisfação com a vida em geral como elevada em 49,4 p.p. por comparação com uma autoavaliação do estado de saúde como muito bom.

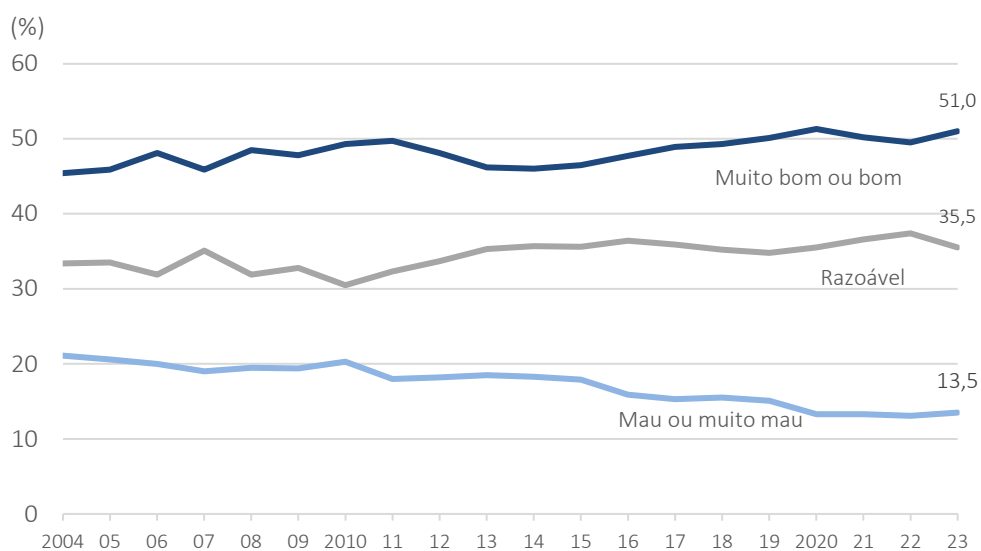
Em Portugal, a proporção de pessoas que avaliam o seu estado de saúde de forma positiva é uma das mais baixas na UE-27

Em 2023, 51,0% da população com 16 ou mais anos avaliava o seu estado de saúde como bom ou muito bom, refletindo um aumento do indicador em relação aos dois anos anteriores (49,5% em 2022 e 50,2% em 2021). A proporção de pessoas que avaliava o seu estado de saúde como razoável diminuiu 1,9 p.p. em relação a 2022 e 1,1 p.p. em relação a 2021, enquanto a proporção de pessoas que avaliava negativamente o seu estado de saúde (13,5% em 2023) registou um ligeiro acréscimo em relação aos dois anos anteriores.

¹ Inquérito à Condições de Vida e Rendimento (ICOR) 2023.



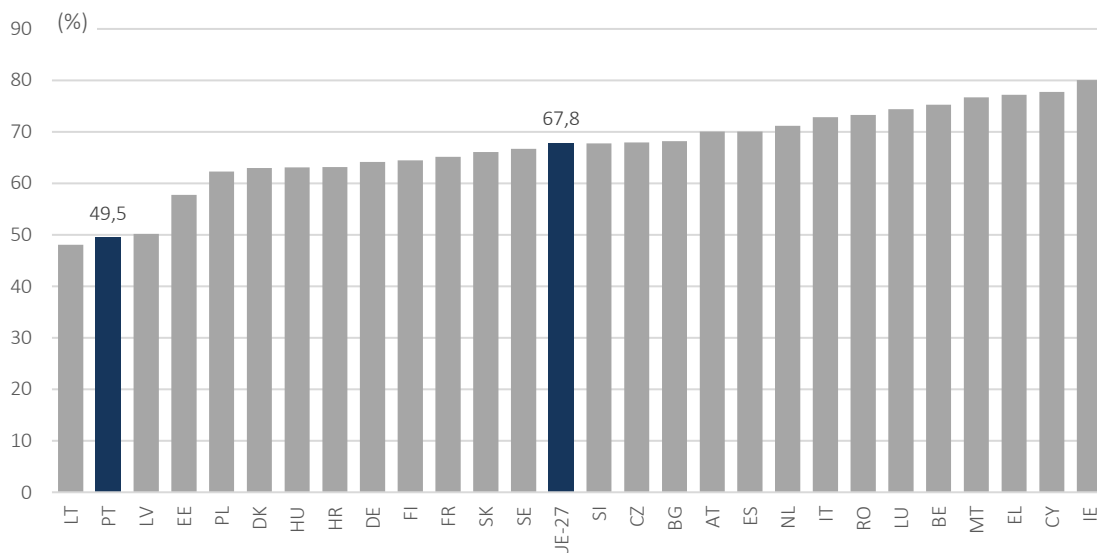
Figura 1. Proporção da população com 16 ou mais anos por autoapreciação do estado de saúde, Portugal, 2004-2023



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

À semelhança de anos anteriores, em 2022 (último ano disponível para a UE-27), Portugal era um dos países da UE-27 em que a que a perceção de um estado de saúde bom ou muito bom era mais baixa: 49,5%, menos 18,3 p.p. do que a média obtida para a UE-27 (67,8%).

Figura 2. Proporção da população com 16 ou mais anos com autoapreciação do estado de saúde "bom ou muito bom", UE-27, 2022



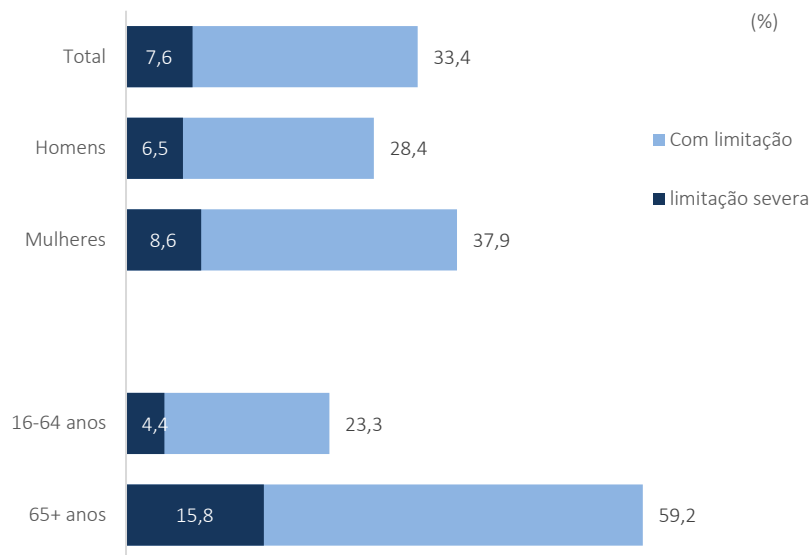
Fonte: Eurostat [hlth_silc_10].

A proporção de pessoas que referem limitação na realização de atividades habituais é uma das mais elevadas na UE-27

Em 2023, mais de um terço da população com 16 ou mais anos (33,4%) indicava limitações na realização de atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas devido a problemas de saúde – em particular, 25,8% referiam sentir limitações, mas não severas, enquanto 7,6% referiam limitação severa.

Apesar do ligeiro decréscimo do indicador em relação ao ano anterior, mantém-se o padrão observado nos últimos anos em Portugal, com as mulheres e a população idosa a referirem mais frequentemente alguma limitação na realização de atividades (no primeiro caso, 37,9% em relação a 28,4% dos homens, e, no segundo caso, 59,2% em relação a 23,3% para a população com menos de 65 anos), sendo a diferença etária mais evidente nas pessoas com limitações severas: 15,8% nas pessoas com 65 ou mais anos e 4,4% nas pessoas com menos de 65 anos.

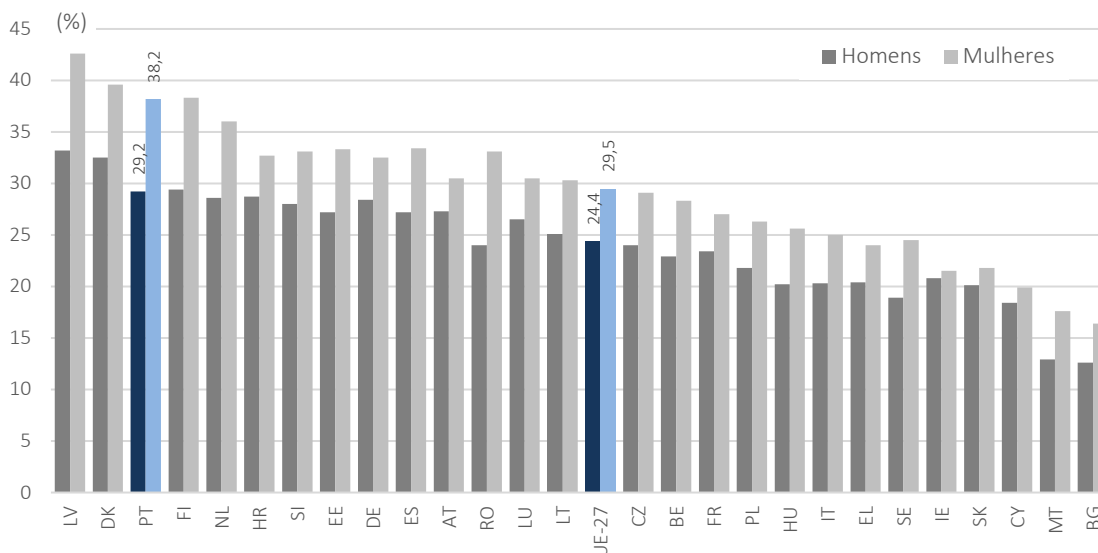
Figura 3. Proporção da população com 16 ou mais anos com limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde, Portugal, 2023



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

Comparando com os dados mais recentes para a União Europeia, relativos a 2022, Portugal continua a ser um dos países em que a proporção de pessoas com limitação na realização de atividades habituais devido a um problema de saúde é mais elevada (3º país com o valor mais elevado), sendo o posicionamento bastante pior no caso das mulheres (38,2%, mais 8,7 p.p. do que a média de 29,5% para a UE-27) do que no dos homens (29,2%, mais 4,8 p.p. do que a média de 24,4% para a UE-27).

Figura 4. Proporção da população com 16 ou mais anos com limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde, por sexo, UE-27, 2022



Fonte: Eurostat [hlth_silc_12].

Nota: Os valores estão ordenados pelo total de ambos os sexos.

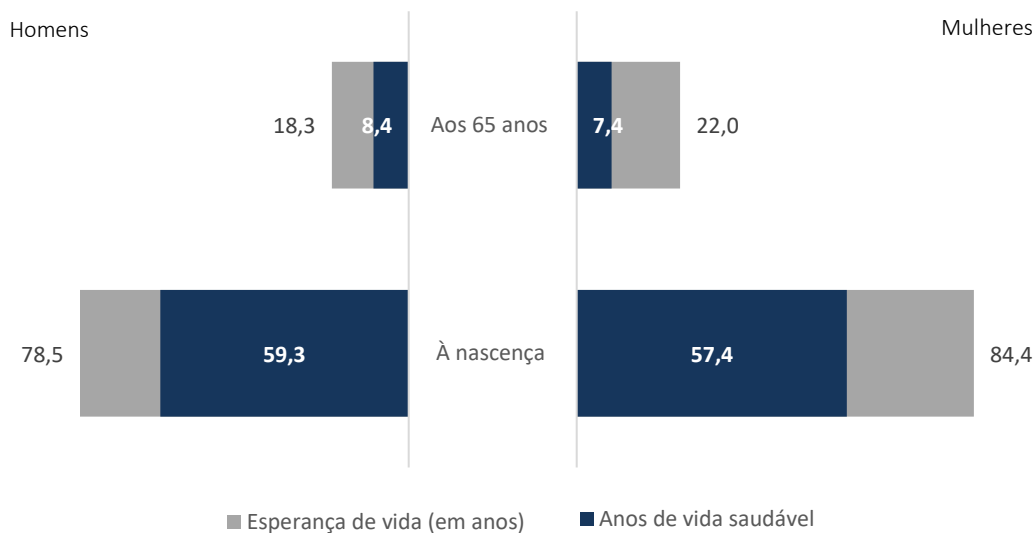
A esperança de vida com saúde é menor para as mulheres

Os resultados do indicador relativo à existência de limitação na realização das atividades habituais são normalmente considerados como uma estimativa da proporção de pessoas com incapacidade e, nessa medida, integrados no cálculo do indicador “Anos de vida saudável”, que permite avaliar se o aumento da esperança de vida é acompanhado ou não de um aumento de tempo vivido em boa saúde. O indicador “Anos de vida saudável” conjuga a morbilidade com a mortalidade, utilizando informação da esperança de vida da população (mortalidade) e as taxas de existência das limitações devido a problemas de saúde (morbilidade).

A esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 81,5 anos para o total da população em 2021, mais elevada para as mulheres (84,4 anos) do que para os homens (78,5 anos). Considerando a informação relativa à existência de limitações devido a problemas de saúde, a estimativa de anos de vida saudável à nascença era de 57,4 anos para as mulheres, menos 1,9 anos do que para os homens (59,3 anos).

No mesmo período, a esperança média de vida para uma pessoa com 65 anos era de 18,3 anos para os homens e de 22,0 anos para as mulheres. O ajustamento relativo às limitações devido a problemas de saúde faz diminuir em quase 10 anos a expectativa de uma vida saudável nos homens aos 65 anos (com 8,4 anos de vida saudável) e é ainda mais penalizadora para as mulheres da mesma idade, diminuindo em 14,6 anos para 7,4 anos de vida saudável.

Figura 5. Esperança de vida e Anos de vida saudável à nascença e aos 65 anos, por sexo, Portugal, 2021

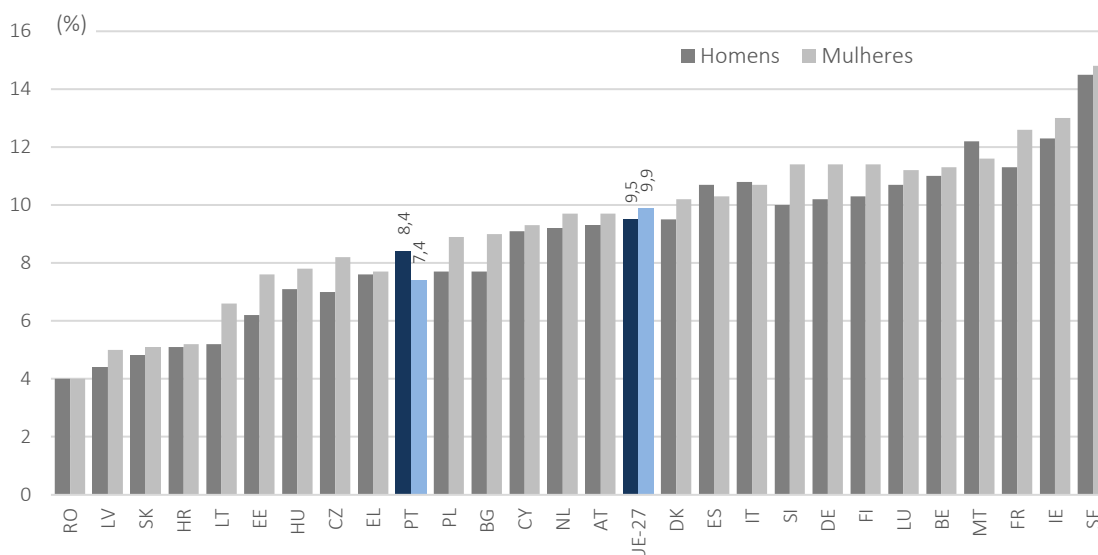


Fonte: Eurostat [hlth_hlye].

Em 2021, e em comparação com os restantes países da UE-27 por referência aos anos de vida saudável aos 65 anos, Portugal posicionava-se em 10º lugar, com 8,4 anos para os homens e 7,4 anos para as mulheres, correspondendo a menos 1,1 e 2,5 anos, respetivamente, em relação à média europeia, que era de 9,5 para os homens e 9,9 anos para as mulheres.

Portugal era em 2021 um dos países da União Europeia com maior diferença entre a esperança de vida em saúde aos 65 anos para homens e para mulheres (mais um ano a favor dos primeiros). Malta, Espanha e Itália registavam igualmente anos de vida saudável mais elevados para os homens, embora com diferenças menores. Para a média dos países da UE-27, as mulheres podiam esperar viver com saúde mais 0,4 anos do que os homens.

Figura 6. Anos de vida saudável aos 65 anos, por sexo, UE-27, 2021



Fonte: Eurostat [hlth_hlye].

Nota: Os valores estão ordenados pelo total de ambos os sexos.

4 em 10 mulheres com sintomas de ansiedade generalizada

Ainda de acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) de 2023, 34,3% da população com 16 ou mais anos teriam sintomas de ansiedade generalizada, correspondente a um score de 3 ou mais pontos, de acordo com o modelo *Generalized Anxiety Disorder 2-item* (GAD-2)². Destes, 11,1% revelavam níveis de ansiedade mais graves, ou seja, correspondentes a um score de 6 pontos (score máximo para o modelo adotado).

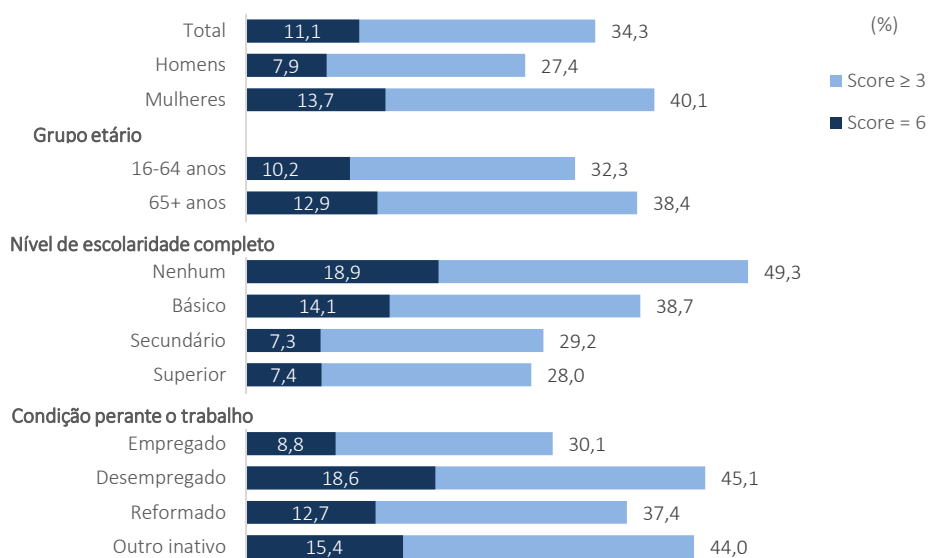
Esta condição afetava mais as mulheres do que os homens (40,1% de mulheres, que compara com 27,4% de homens, considerando o indicador com o score de 3 ou mais pontos, e 13,7% de mulheres, que compara com 7,9% de homens, para o indicador relativo a níveis de ansiedade mais graves (score de 6 pontos). Por grupo etário, o indicador indicava proporções mais elevadas na população idosa (65 ou mais anos) comparativamente à população com menos de 65 anos: mais 6,1 p.p., considerando o indicador global de transtorno de ansiedade generalizada; e mais 2,7 p.p. considerando o critério de maior severidade.

A mesma condição (distúrbio de ansiedade generalizada) era menos referida pelas pessoas com ensino superior (28,0%) ou com ensino secundário (29,2%), por comparação com as que não tinham qualquer nível de escolaridade (49,3%) ou que tinham apenas o ensino básico (38,7%). No mesmo sentido, a análise por condição perante o trabalho indica que 30,1% da população empregada registava em 2023 algum transtorno de ansiedade

² Trata-se de uma versão simplificada do modelo GAD-7 apresentado em <https://www.phqscreeners.com>, ver Nota metodológica.

generalizada, o que compara com níveis de ansiedade mais elevados na população desempregada (45,1%), e na economicamente inativa (entre 37,4% nos reformados e 44,0% nos outros inativos).

Figura 7. Proporção da população com 16 ou mais anos com sintomas de ansiedade generalizada (GAD-2), por categorias sociodemográficas, Portugal, 2023



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

A prevalência da insegurança alimentar aumentou para 4,8% em 2023

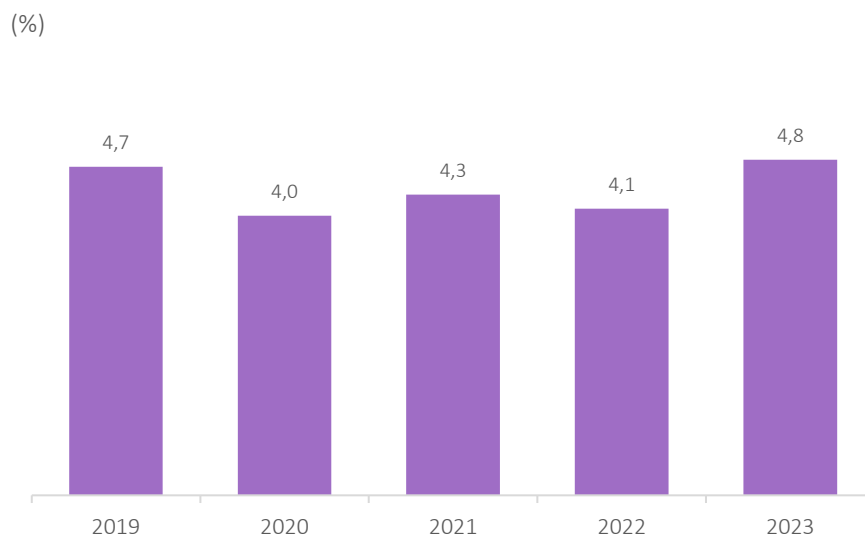
O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento permite ainda aferir a prevalência da insegurança alimentar na população, recorrendo a um indicador baseado na escala da insegurança alimentar (FIES)³ que contribui para a monitorização do progresso no acesso a alimentos suficientes, seguros e nutritivos pela população.

Em 2023, 4,8% da população residente em Portugal encontrava-se em situação de insegurança alimentar moderada ou grave, ou seja, com uma dieta alimentar de baixa qualidade ou com redução da quantidade de alimentos algumas vezes durante o ano. Este valor é 0,7 p.p. superior ao obtido no ano anterior e o mais elevado desde 2019.

A insuficiência alimentar grave, ou seja, a situação em que as pessoas passam vários dias sem se alimentarem devido à falta de recursos, financeiros ou outros, para obter alimentos afetava menos de 1% da população no período em análise.

³ Food Insecurity Experience Scale (ver Nota Metodológica).

Figura 8. Taxa de prevalência da insegurança alimentar moderada ou severa da população residente, Portugal, 2019-2023



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

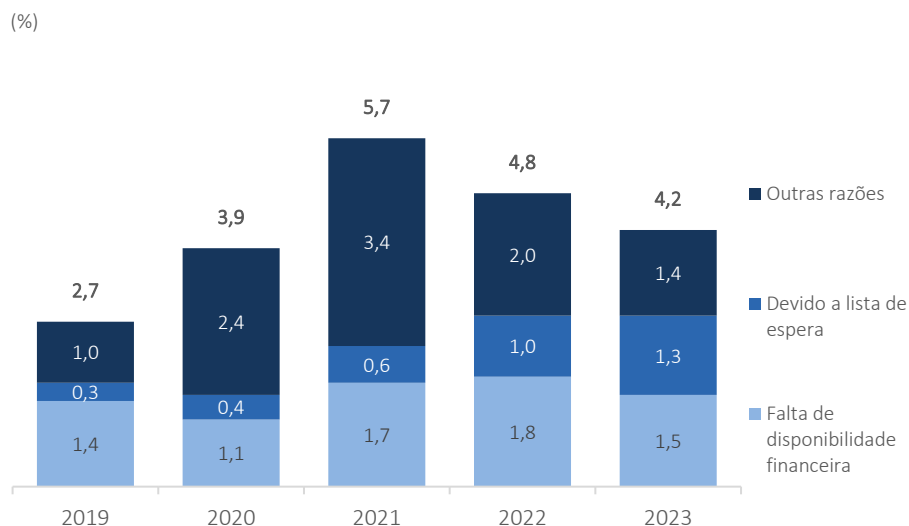
A necessidade não satisfeita de consultas médicas diminui, mas a de cuidados dentários aumenta

Em 2023, 4,2% de pessoas com 16 ou mais anos não conseguiram consulta médica nos 12 meses anteriores à entrevista sempre que necessitaram. O indicador diminuiu pelo segundo ano consecutivo (menos 1,5 p.p. do que em 2021).

Em 2023, 35,7% das pessoas que referiram esta situação indicaram a falta de disponibilidade financeira como principal motivo, 31,0% referiram que foi principalmente devido aos tempos de espera e 33,3% alegaram outros motivos⁴.

⁴ Em outras razões consideram-se a falta de tempo (devido a atividades profissionais, domésticas ou outras), a distância (demasiado longe ou por falta de transporte), o receio de médicos, hospitais, tratamentos, etc., a decisão de aguardar para ver se o problema melhora, ou não conhecer um bom médico/dentista, entre outras; em 2021, foi também incluído o motivo relacionado com a pandemia COVID-19.

Figura 9. Proporção da população com 16 ou mais anos com necessidade não satisfeita de consulta médica nos 12 meses anteriores por motivo, Portugal, 2019-2023

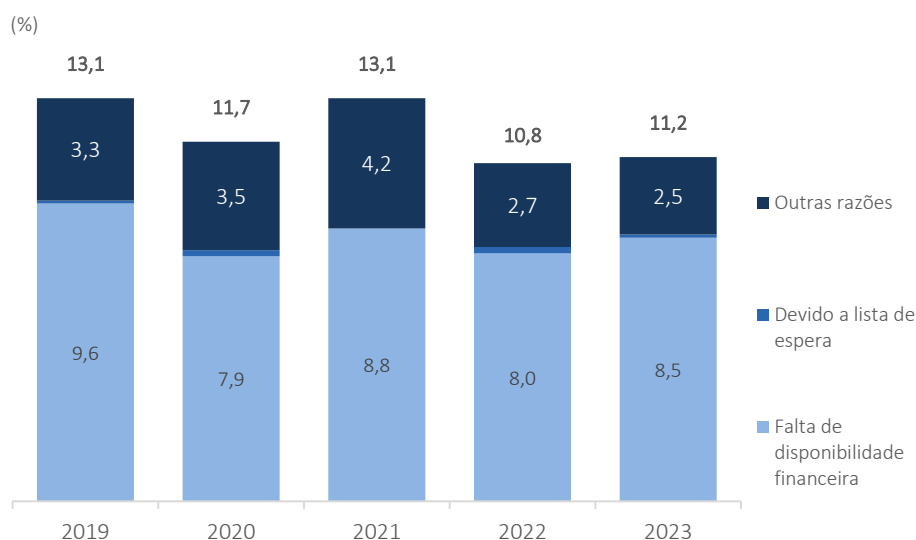


Fonte: INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento.

A proporção de pessoas que necessitaram cuidados dentários nos 12 meses anteriores à entrevista e não puderam satisfazer essa necessidade foi 11,2% em 2023, uma proporção ligeiramente superior à do ano anterior (mais 0,4 p.p.), mas menor do que em 2021 (13,1% da população).

A falta de disponibilidade financeira foi o principal motivo apontado pela população em todo o período em análise. Em 2023, este motivo representou mais de $\frac{3}{4}$ dos indivíduos com necessidades não satisfeitas de cuidados dentários.

Figura 10. Proporção da população com 16 ou mais anos com necessidade não satisfeita de cuidados dentários nos 12 meses anteriores por motivo, Portugal, 2019-2023



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

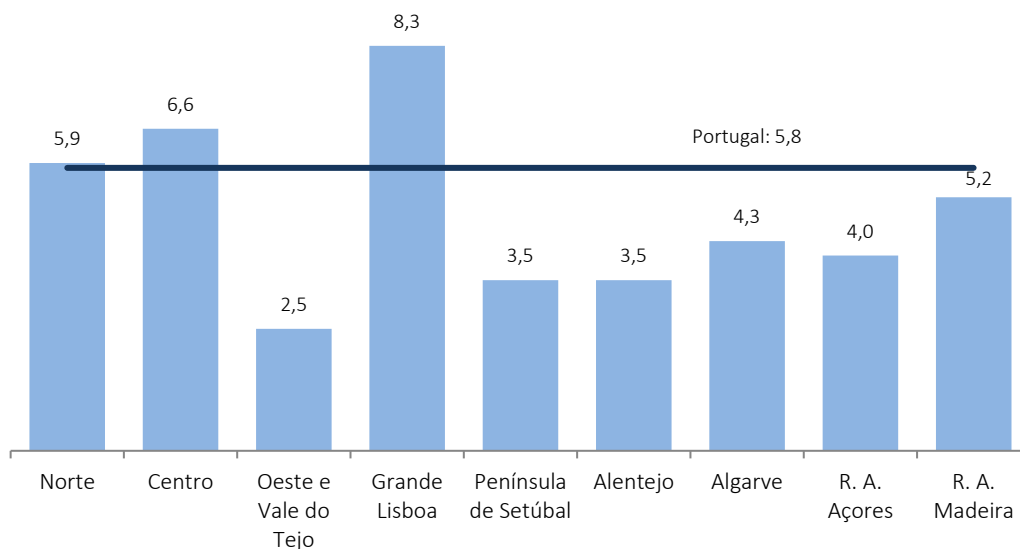
O número de médicos aumentou para 5,8 por mil habitantes em 2022

Em 2022, estavam inscritos na Ordem dos Médicos 60 396 profissionais, dos quais 58 120 no Continente, 958 na Região Autónoma dos Açores e 1 318 na Região Autónoma da Madeira. Naquele ano, existiam 5,8 médicos inscritos por 1 000 habitantes, mais 0,1 médicos por 1 000 habitantes do que em 2021.

Mais de metade dos médicos em 2022 (57,3%) eram mulheres, e 48,5% tinham idades dos 31 aos 60 anos. O número de médicos com idades até aos 30 anos (10 323, menos 0,2% do que no ano anterior) era superior ao daqueles com 61 a 65 anos (5 231, menos 9,0% do que em 2021). Retrocedendo até 2017, regista-se uma quebra 5,5 p.p. na proporção de médicos com idades dos 61 aos 65 anos (de 14,2% em 2017 para 8,7% em 2022), acompanhada pelo aumento da proporção daqueles com mais de 65 anos (de 17,5% em 2017 para 25,3% em 2022). No mesmo período, diminuíram as proporções de médicos com idade até 30 anos, de 18,9% para 17,1%, e de médicos dos 31 aos 60 anos, de 49,3% para 48,9%.

De acordo com a repartição por local de residência, 35,3% encontravam-se na região Norte e 28,4% na região da Grande Lisboa. O indicador relativo ao número de médicos por mil habitantes era mais elevado na região da Grande Lisboa (8,3 médicos por mil habitantes) e mais baixo na região Oeste e Vale do Tejo (2,5 médicos por mil habitantes).

Figura 11. Número de médicos inscritos na Ordem dos Médicos por 1 000 habitantes, NUTS II-2024, 2022



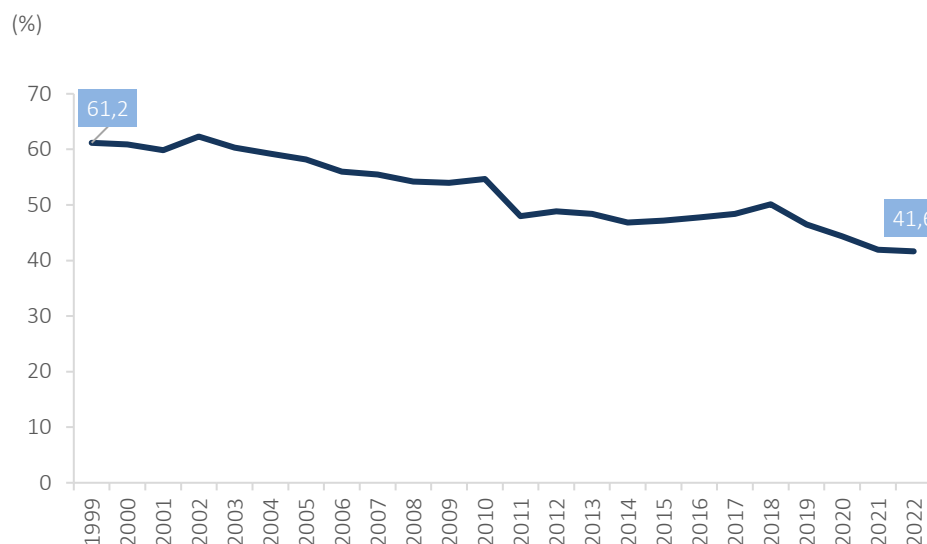
Fonte: INE, Pessoal de Saúde.

Do total de 60 396 médicos inscritos na Ordem dos Médicos em 2022, mais de 60% eram especialistas (37 341), ou seja, estavam habilitados a exercer pelo menos uma especialidade em Medicina. Em 2022, a Medicina Geral e Familiar, a Pediatria, a Medicina Interna e a Anestesiologia continuavam a ser as especialidades detidas por um maior número de médicos especialistas.

Nesse ano, existiam 0,9 especialistas em Medicina Geral e Familiar por 1 000 habitantes com 15 ou mais anos e 1,7 especialistas em Pediatria por 1 000 habitantes com menos de 15 anos. Entre 2000 e 2022, o número de especialistas em Pediatria aumentou 78,0% e o número de especialistas em Medicina Geral e Familiar aumentou 88,0% (em média, 2,9% ao ano), o que representa mais 0,9 médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar por 1 000 habitantes com 15 ou mais anos.

Em 2022, 41,6% (25 153) do total de médicos inscritos na Ordem dos Médicos trabalhavam num hospital, menos 0,3 p.p. do que em 2021. A proporção de médicos a trabalhar nos hospitais tem vindo a diminuir nos últimos 23 anos: em 1999 registava um valor de 61,2%.

Figura 12. Proporção de médicos a trabalhar em hospitais portugueses, Portugal, 1999-2022



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

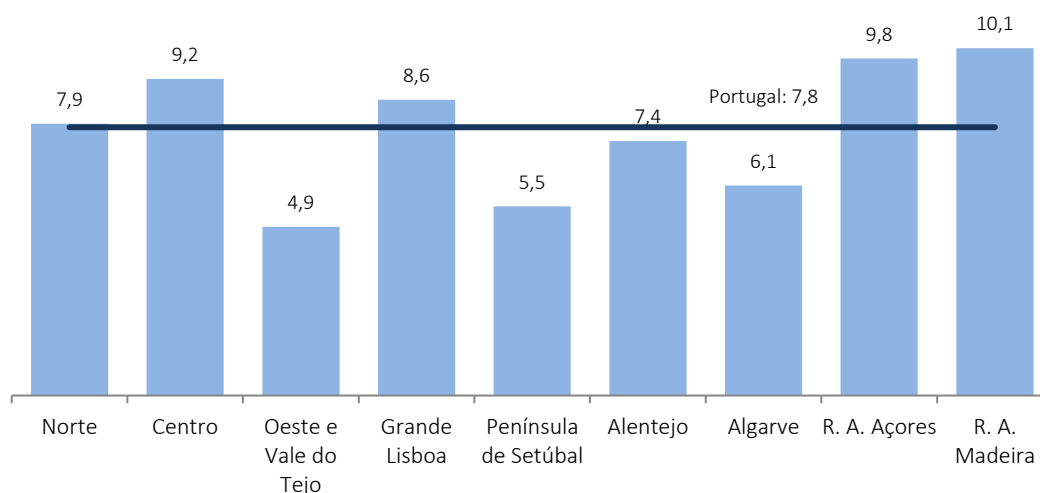
O número de enfermeiros manteve a tendência de crescimento anual de 1,9%

Em 2022, estavam inscritos na Ordem dos Enfermeiros 81 799 profissionais, o que corresponde a 7,8 enfermeiros por 1 000 habitantes, valor idêntico ao de 2021.

O aumento do número de enfermeiros entre 2021 e 2022 foi de 1,9%, não seguindo a tendência de aumento anual, de 2,9%, em média, que se tinha verificado desde 2017.

De acordo com a repartição por local de atividade, 35,2% dos enfermeiros encontravam-se na região Norte, 21,9% na Grande Lisboa e 18,7% na região Centro. O indicador relativo ao número de enfermeiros por mil habitantes era mais elevado nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores (9,8 e 10,1 enfermeiros por mil habitantes, respetivamente) e menor para os residentes na região Oeste e Vale do Tejo (4,9).

Figura 13. Número de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros por 1 000 habitantes, NUTS II-2024, 2022

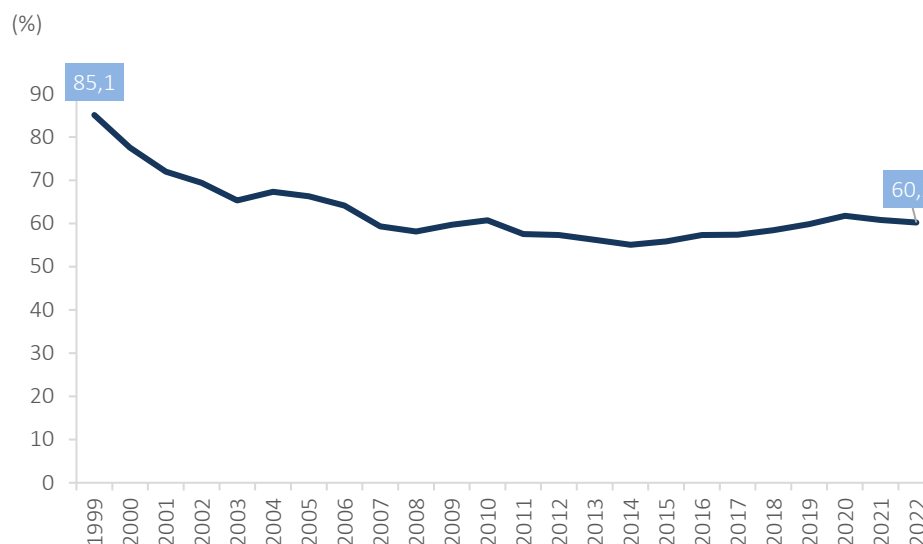


Fonte: INE, Pessoal de Saúde.

Do total de enfermeiros em atividade em 2022, 58 183 eram generalistas (71,1%) e 23 616 eram especialistas (28,9%), com predominância de especialistas em enfermagem de reabilitação (21,7%) e enfermagem médico-cirúrgica (20,6%).

Mais de metade dos enfermeiros trabalhavam num hospital em Portugal em 2022: 49 254, o que equivale a 60,2% do total de enfermeiros inscritos em 2022, menos 0,6 p.p. do que em 2021 e mais 5,1 p.p. do que em 2014. A proporção de enfermeiros a trabalhar nos hospitais diminuiu de forma generalizada até 2014 (de 85,1% em 1999 para 55,1% em 2014), seguindo-se um período de crescimentos anuais entre 2015 e 2020 e uma diminuição daí em diante, de 61,8% em 2020 para 60,2% em 2022.

Figura 14. Proporção de enfermeiros a trabalhar em hospitais portugueses, Portugal, 1999-2022



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

Apesar do aumento do número de enfermeiros ao serviço ter sido superior nos hospitais privados, foram os hospitais públicos ou em parceria público-privada que mais contribuíram para o crescimento do emprego dos enfermeiros entre 2015 e 2022 (80,0% do aumento global).

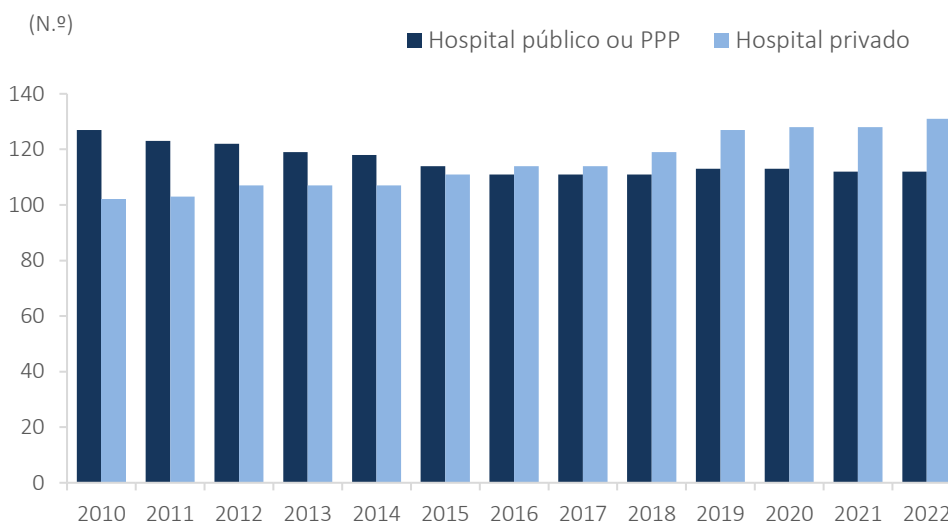
32,6 mil camas de internamento em 2022

Em 2022, existiam 243 hospitais em Portugal, 112 dos quais pertencentes aos serviços públicos de saúde. O número de hospitais do setor público em funcionamento tem permanecido relativamente estável desde 2016, mas houve uma diminuição de 14 hospitais em relação a 2010. O rácio dos hospitais de acesso universal por 100 mil habitantes era de 1,1 em 2022, tal como no ano anterior.

Em 2022, estavam em funcionamento 131 hospitais privados, mais 29 do que em 2010. A predominância numérica dos hospitais privados iniciou-se no ano 2016 e abrange o Continente e as Regiões Autónomas.



Figura 15. Hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2010-2022



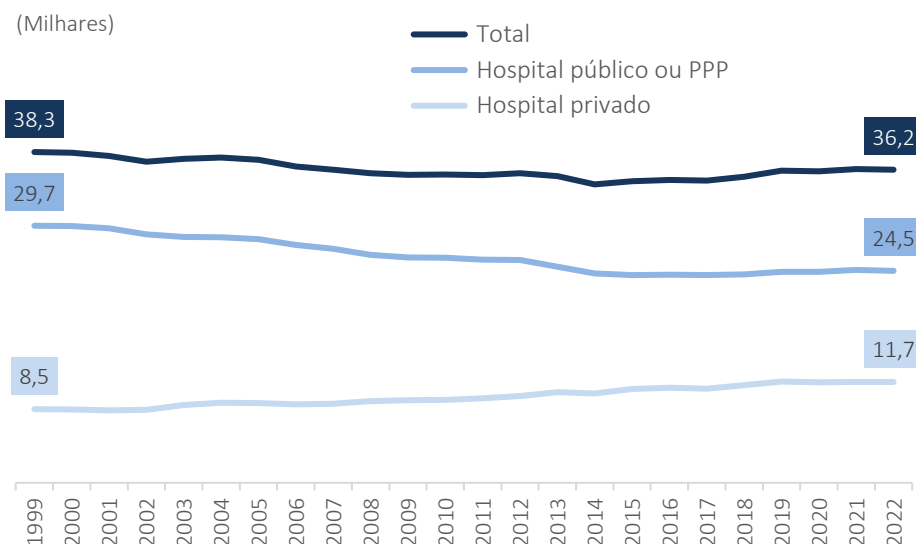
Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

Cerca de 75% dos hospitais existentes em 2022 eram hospitais gerais, ou seja, integravam mais do que uma valência. Entre os 60 hospitais especializados, mantinha-se a predominância da Psiquiatria (23 hospitais).

Em 2022, existiam nos hospitais 36,2 mil camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato, menos 87 camas do que no ano 2021 e o correspondente a 3,5 camas de internamento por 1 000 habitantes. Do total de camas, 67,7% estavam em hospitais públicos ou em parceria público-privada (PPP).

Em relação ao início da série, em 1999, assistiu-se a uma redução no número total de camas de internamento nos hospitais portugueses (menos 2,1 mil camas, o equivalente a menos 5,4%) causada principalmente pela evolução nos hospitais públicos ou em parceria público-privada (menos 5,2 mil camas, o equivalente a menos 17,5%). Em contrapartida, entre 1999 e 2022 registou-se um acréscimo de 3,2 mil camas de internamento nos hospitais privados (mais 37,0%).

Figura 16. Camas de internamento dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2022



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

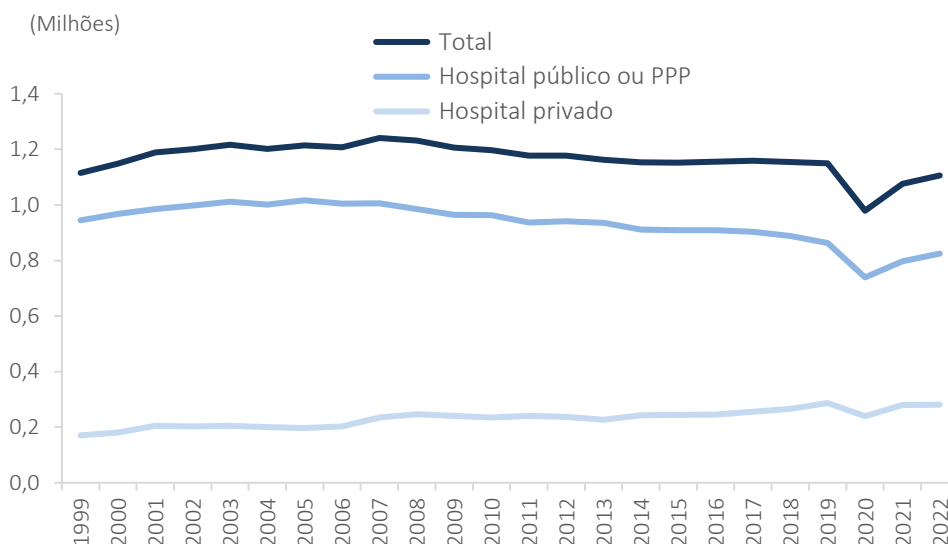
1,1 milhões de internamentos e 10,2 milhões de dias de internamento

Em 2022, registaram-se cerca de 1,1 milhões de internamentos nos hospitais portugueses e 10,2 milhões de dias de internamento. Depois de em 2020 terem sido registados os valores mais baixos da série iniciada em 1999, o número de internamentos em 2022 voltou a ultrapassar 1 milhão e o número de dias de internamento ultrapassou os 10 milhões, em resultado de terem ocorrido mais 29,4 mil internamentos e mais 351,8 mil dias de internamento do que no ano 2021 (+2,7% e +3,6%, respetivamente).

Em 2022, os hospitais públicos ou em parceria público-privada asseguraram cerca de 825 mil internamentos (74,6% do total) e 7,4 milhões de dias de internamento (72,6% do total). Estes valores significam um reforço de aproximadamente 28 mil internamentos e 317 mil dias de internamento, o equivalente a mais 3,5% e mais 4,5% em comparação com a atividade registada em 2021. Nos hospitais privados foram efetuados cerca de 281 mil internamentos que originaram 2,8 milhões de dias de permanência, ou seja, cerca de mais 1 500 internamentos (+0,5%) e mais 35 mil dias de internamento (+1,3%).

Do total de internamentos ocorridos em 2022, 76,4% ocuparam camas de enfermaria, com especial relevo nas especialidades de Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ginecologia-Obstetrícia, respetivamente com 24,9%, 14,4% e 11,9% do total de internamentos em enfermarias. No caso dos hospitais públicos e em parceria público-privada, estas foram as três especialidades com percentagens mais expressivas, mas no caso dos hospitais privados destaca-se o internamento em camas de enfermaria das especialidades de Ortopedia (19,6%) e de Psiquiatria (12,9%).

Figura 17. Internamentos segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2022



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

No ano de 2022, os doentes permaneceram internados nos hospitais portugueses, em média, 9,2 dias, mais 0,1 dias do que em 2021. Nos hospitais públicos e em parceria público-privada a estada situou-se em 8,9 dias (8,9 em 2021), enquanto nos hospitais privados o tempo médio de internamento foi de 9,9 dias (9,8 dias em 2021).

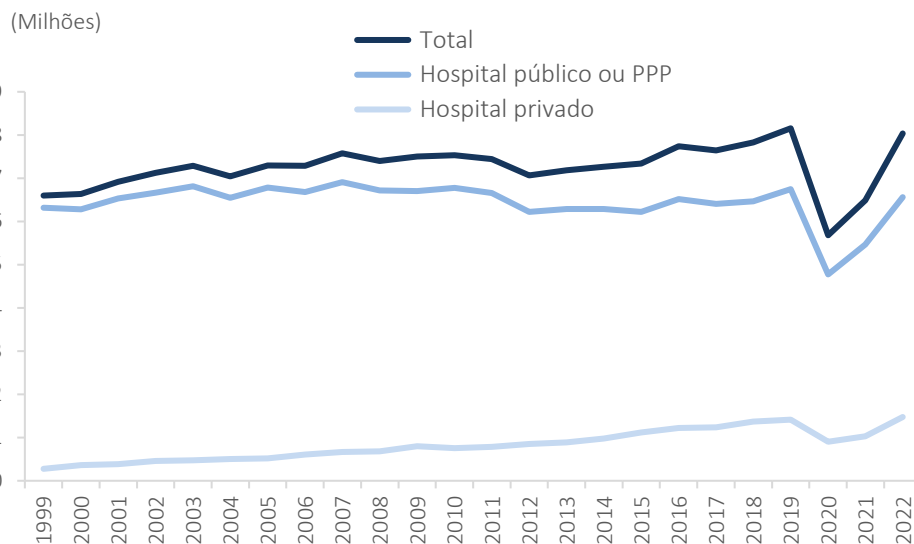
Cerca de 8 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais

No decurso do ano 2022, realizaram-se cerca de 8,0 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses, mais 1,5 milhões de atendimentos do que em 2021 (+23,9%). A recuperação observada em 2022 permite uma aproximação ao valor anterior a 2020, ano em que os atendimentos realizados na urgência hospitalar diminuíram 30,3% e atingiram o valor mais baixo da série temporal iniciada em 1999.

Nos hospitais do setor público, realizaram-se 6,6 milhões de atendimentos em 2022, o que representa mais 1,1 milhões de atendimentos comparativamente ao ano de 2021 (+20,1%). Nos hospitais privados, foram feitos 1,5 milhões de atendimentos no ano 2022, mais 448,9 mil do que no ano precedente (+43,7%) e o número mais elevado desde 1999.

Os hospitais públicos ou em parceria público-privada realizaram 81,6% do total dos atendimentos em serviços de urgência (84,2% em 2021 e 95,8% em 1999) e os hospitais privados 18,4% (15,8% em 2020 e 4,2% em 1999).

Figura 18. **Atendimentos em serviço de urgência segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2022**

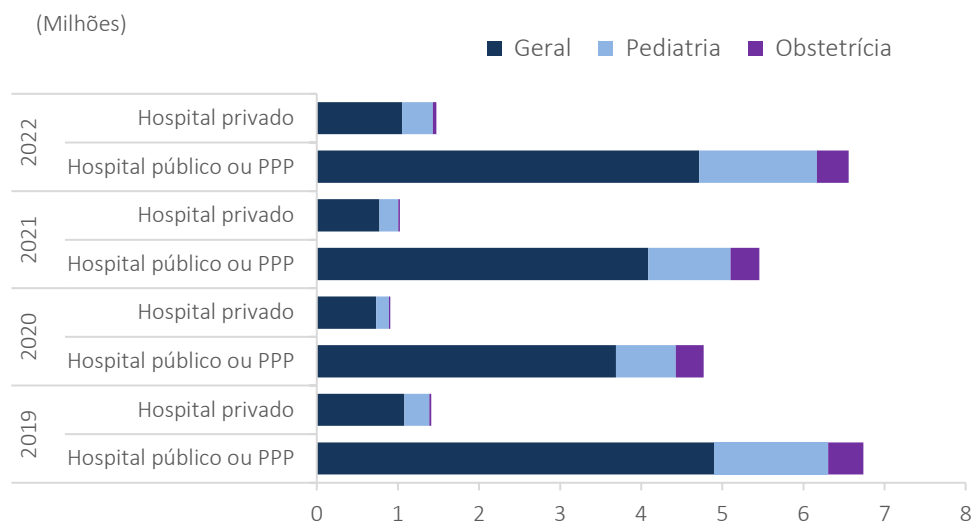


Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

A grande maioria dos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em 2022 foi assegurada pela urgência geral (71,8%), enquanto a Pediatria e a Obstetrícia asseguraram, respetivamente, 22,8% e 5,4% dos atendimentos.

A urgência pediátrica foi o tipo de urgência que registou o maior aumento percentual em 2022 (+46,5%), depois de ter sido aquele que sofreu a quebra mais acentuada em 2020 (-47,7%). No total, em 2022 foram efetuados 1,8 milhões de atendimentos na urgência de Pediatria dos hospitais portugueses, o que representa mais 580,8 mil atendimentos do que no ano anterior. Destes 580,8 mil atendimentos a mais, 435,8 mil foram efetuados no setor público e 145,0 mil em hospitais privados, o que corresponde respetivamente a aumentos de 43,0% e de 61,8% em comparação com o ano 2021.

Figura 19. **Atendimentos em serviço de urgência segundo o tipo de urgência, Portugal, 2019 a 2022**



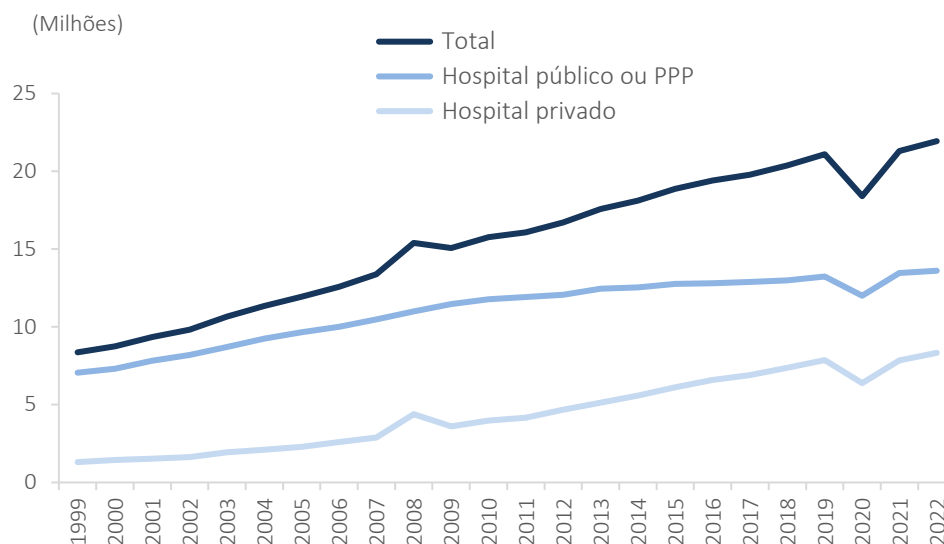
Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

O número de consultas médicas em meio hospitalar atingiu novo máximo

Em 2022, foram efetuadas cerca de 21,9 milhões de consultas médicas nas unidades de consulta externa dos hospitais portugueses, mais 637,2 mil consultas (+3,0%) do que no ano anterior. Este reforço nas consultas médicas realizadas em contexto hospitalar permitiu ultrapassar o número pré-pandemia COVID-19 e alcançar o valor mais elevado do período iniciado em 1999.

Em comparação com o ano 2021, os hospitais públicos ou em parceria público-privada realizaram mais 148,4 mil consultas médicas (+1,1%), tendo assegurado 62,0% do total de consultas efetuadas nas unidades de consulta externa dos hospitais portuguesas (84,4% em 1999). Os hospitais do setor privado efetuaram mais 488,9 mil consultas médicas (+6,2%), concentrando 38,0% do total (15,6% em 1999). Esta é a vertente assistencial em que os hospitais privados conseguiram alcançar a percentagem mais elevada do total.

Figura 20. Consultas médicas na unidade de consulta externa dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 1999-2022



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais, dados provisórios para 2022.

As especialidades com maior número de consultas médicas nas unidades de consulta externa dos hospitais públicos ou em parceria público-privada foram, em 2022, por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ortopedia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Cirurgia Geral e a Pediatria. No caso dos hospitais privados, foram as especialidades de Ortopedia, de Oftalmologia, de Ginecologia-Obstetrícia, de Medicina Física e de Reabilitação e de Otorrinolaringologia.

Quando é feita a comparação com o ano de 2021, destacam-se os aumentos no número de consultas de Ortopedia (mais 114,1 mil), de Otorrinolaringologia (mais 95,8 mil) e de Pneumologia (mais 84,7 mil). Os hospitais privados foram os que mais contribuíram para o aumento de atividade nestas especialidades, uma vez que foram responsáveis por 76,3% do acréscimo verificado nas consultas de Ortopedia, por 83,9% do aumento nas consultas de Otorrinolaringologia e por 70,7% do reforço verificado nas consultas de Pneumologia.

Em 2022, foram realizadas 282,2 mil teleconsultas nos hospitais portugueses, menos 182,2 mil do que o ano anterior (-39,2%). Esta diminuição é comum aos dois tipos de hospitais em análise, embora seja mais acentuada nos hospitais do setor público. Estes hospitais realizaram menos 164,5 mil teleconsultas (-42,7%), enquanto os hospitais privados fizeram menos 17,8 mil teleconsultas (-22,4%).

Novo máximo de cirurgias em bloco operatório, com 1,1 milhões em 2022

Nos hospitais portugueses, em 2022, foram realizadas 1,1 milhões de cirurgias em sala operatória, mais 71,1 mil cirurgias do que no ano precedente e o número mais elevado da série iniciada em 1999.



Nos hospitais do setor público foram efetuadas 780,5 mil cirurgias em sala operatória, o que representa um acréscimo de 6,8% em relação ao ano precedente. Nos hospitais privados foram realizadas 310,7 mil cirurgias desta natureza, o que representa um acréscimo de 7,5%.

As especialidades de Oftalmologia, de Cirurgia Geral e de Ortopedia foram aquelas que registaram os maiores aumentos no número de cirurgias realizadas em bloco operatório, com respetivamente mais 21,8 mil, mais 10,7 mil e mais 9,6 mil cirurgias. No caso das especialidades de Oftalmologia e de Cirurgia Geral foram os hospitais do setor público que mais contribuíram para o reforço de atividade, enquanto o acréscimo verificado nas cirurgias de Ortopedia resulta do contributo quer dos hospitais públicos, quer dos hospitais privados.

Cerca de 72% das cirurgias em bloco operatório tiveram lugar em hospitais públicos ou em parceria público-privada, das quais 86,9% foram programadas, ou seja, resultaram de admissões com marcação prévia. No caso dos hospitais privados, as cirurgias programadas tinham um peso maior, representando 96,3% do total.

Em 2022, foram efetuadas 183,8 mil pequenas cirurgias nos hospitais portugueses, 116,0 mil das quais (63,0%) foram realizadas em hospitais do setor público. O número total de pequenas cirurgias realizadas em 2022 significa um acréscimo de 11,4 mil em relação ao ano anterior (+6,6%).

Mais de 200 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica realizados pelos hospitais

Em 2022, realizaram-se 207,0 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica nos hospitais portugueses, isto é, exames necessários para um diagnóstico (análises laboratoriais, exames imagiológicos, endoscopias, biópsias e outros) ou atos destinados à prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica (fisioterapia, radioterapia, litotricia, imunohemoterapia e outros).

O valor de 2022 reflete um aumento de 14,9 milhões de atos complementares (+7,8%) em relação a 2021, e constitui o máximo observado no período de 1999 a 2022.

Os três principais atos complementares realizados nos hospitais registaram aumentos no ano 2022. No total, foram efetuadas 137,6 milhões de análises clínicas, 16,5 milhões de atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e 14,0 milhões de exames de Radiologia. Estes valores significam mais 8,3 milhões de análises clínicas, mais 1,3 milhões de atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e mais 1,1 milhões de exames de Radiologia em relação ao ano 2021.

Uma proporção de 86,2% destes exames ou cuidados curativos ocorreram em hospitais públicos ou em parceria público-privada (94,5% em 1999), enquanto os hospitais privados foram responsáveis pelos restantes 13,8% atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica realizados no país (5,5% em 1999).



O número de medicamentos (marcas) existentes no mercado farmacêutico aumentou em 2022

Em 2022, estavam em atividade em Portugal 2 921 farmácias e 197 postos farmacêuticos móveis, ou seja, o mesmo número de farmácias que no ano anterior e mais 6 postos. O número médio de estabelecimentos farmacêuticos manteve-se em 0,3 por mil habitantes.

Ainda em 2022, existiam no mercado farmacêutico 8 985 medicamentos (marcas), a que correspondiam 49 888 apresentações farmacêuticas. Entre 2021 e 2022, o número de medicamentos (marcas) aumentou (passando de 8 855 para 8 985), bem como o número de apresentações, que passou de 49 874 para 49 888.

41,4% dos medicamentos (marcas) e 19,3% das apresentações existentes foram comparticipados (41,5% e 19,4%, respetivamente, em 2021). Em termos de grupos farmacoterapêuticos, mais de metade das apresentações comparticipadas em 2022 respeitavam ao sistema nervoso central (30,4%) e ao aparelho cardiovascular (30,2%).

Mortalidade por causas de morte em 2021⁵

Em 2021, as doenças do aparelho circulatório continuaram a estar na origem do maior número de óbitos em Portugal (32 452), apesar da descida de 6,2% em relação ao ano anterior. Representaram 25,9% do total de óbitos, menos 2,0 p.p. do que no ano anterior.

Neste conjunto de doenças, continuaram a destacar-se as 9 613 mortes por doenças cerebrovasculares, os óbitos por doença isquémica do coração (6 683 óbitos) e por enfarte agudo miocárdio (3 977 óbitos), em ambos os casos menos 2,4% do que em 2020.

A doença COVID-19 foi uma das principais causas de morte no ano, com 12 986 óbitos, representando 10,4% do total de óbitos ocorridos no país. O número de óbitos por COVID-19 refere-se à causa básica de morte, ou seja, foi esta a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram à morte.

As doenças do aparelho respiratório, que, em conformidade com o definido pela Organização Mundial da Saúde para a classificação CID-10, não incluem a doença COVID-19, causaram 10 273 óbitos e representaram 8,2% da mortalidade total ocorrida no país. Neste grupo, destacaram-se as mortes provocadas por pneumonia, com 3 765 óbitos e que representaram 3,0% da mortalidade ocorrida em 2021.

Os tumores malignos causaram 27 644 óbitos em 2021, menos 2,6% do que no ano anterior representando 22,1% da mortalidade total ocorrida no país em 2021.

No conjunto dos tumores malignos, destacaram-se 4 675 mortes provocadas por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão, que representaram 3,7% do total de mortes no país e aumentaram 1,2% em relação ao ano anterior.

Os óbitos por tumores malignos do cólon, reto e ânus diminuíram em 2021 (de 3 810 óbitos em 2020 para 3 609 óbitos em 2021), representando 2,9% da mortalidade ocorrida em 2021.

⁵ A disponibilização dos resultados relativos a 2022 encontra-se planeada para 16 de maio de 2024.



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

Entre 2020 e 2022, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS), em conjunto, foram os principais agentes financiadores da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 55,8% do total. Nesses anos, em média, 28,5% da despesa corrente foi suportada diretamente pelas famílias.

Em termos estruturais, entre 2020 e 2022 destaca-se a diminuição do peso relativo da despesa do SNS e dos SRS (56,0% da despesa corrente em 2022, menos 0,2 p.p. do que em 2020) e o aumento de 0,6 p.p. do peso relativo da despesa das famílias.



Caixa 1. A IMPORTÂNCIA DA AUTOAPRECIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE PARA A SATISFAÇÃO COM A VIDA EM GERAL

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) contempla uma questão que capta o grau de satisfação com a vida em geral, medida numa escala que varia de 0 (nada satisfeito) a 10 (completamente satisfeito). A abordagem aqui desenvolvida visa aprofundar a associação entre o bem-estar subjetivo, resultante de uma autoavaliação muito positiva da satisfação com a vida em geral (traduzida por um score de resposta igual ou superior a 8⁶), e os fatores individuais e contextuais relevantes em termos do contributo para essa autoavaliação. Pretende-se, em particular, verificar se a associação entre a autoapreciação do estado de saúde e a satisfação com a vida em geral encontram suporte empírico nos resultados do ICOR 2023, tendo como população de referência os indivíduos com 18 ou mais anos⁷.

Os resultados aqui apresentados assentam em relações entre as características do indivíduo e respetivo contexto territorial e familiar e a **probabilidade de avaliar de forma muito positiva a satisfação com a vida em geral**, estimadas com base num modelo capaz de capturar estas relações quando se consideram todas as características em simultâneo. Trata-se de uma tentativa de identificar quais os fatores individuais ou contextuais que são mais relevantes para a satisfação geral da pessoa. Está em causa avaliar, por exemplo, a relação entre a autoapreciação da pessoa quanto ao seu estado de saúde e a avaliação que faz da vida em geral, quando se controla simultaneamente (i.e., com tudo o resto constante) para a condição de pobreza do indivíduo.

Os resultados sugerem que há fatores sem impacto significativo na satisfação com a vida como a localização (urbana/rural) do alojamento no território nacional e o sexo do indivíduo (Figura 21). Há, porém, fatores que parecem potenciar uma autoapreciação mais positiva da satisfação geral. Com efeito, a probabilidade de se revelar uma satisfação elevada com a vida é maior entre as pessoas com mais idade e com mais escolaridade – a probabilidade aumenta de forma monótona com a idade, embora a ritmos ligeiramente decrescentes, e ter concluído um grau do ensino superior aumenta aquela probabilidade em 6,1 pontos percentuais (p.p.) face a um indivíduo que tenha concluído, no máximo, o ensino básico.

Por outro lado, não viver em conjugalidade ou estar nas condições de pobreza ou de desemprego diminui a probabilidade de maior satisfação com a vida – aquela probabilidade diminui em 6,6 p.p. para uma pessoa que não viva em conjugalidade, em 8,7 p.p. para uma pessoa em risco de pobreza⁸ e em 12,9 p.p. para uma pessoa desempregada por comparação com alguém empregado. Os resultados também apontam para a importância da insegurança alimentar na satisfação geral do indivíduo – a indicação de que alguém no agregado familiar do indivíduo consumiu apenas alguns tipos de comida/alimentos por falta de dinheiro ou outros meios nas últimas duas semanas está associada a uma menor probabilidade de satisfação com a vida em geral (menos 19,4 p.p.).

⁶ Esta opção encontra suporte no estudo ‘Analysis of determinants of life satisfaction’ desenvolvido pelo ISTAT e publicado no ‘BES 2019: Equitable and sustainable well-being in Italy’, disponível em <https://www.istat.it/it/files//2019/12/BES-2019-en.pdf>.

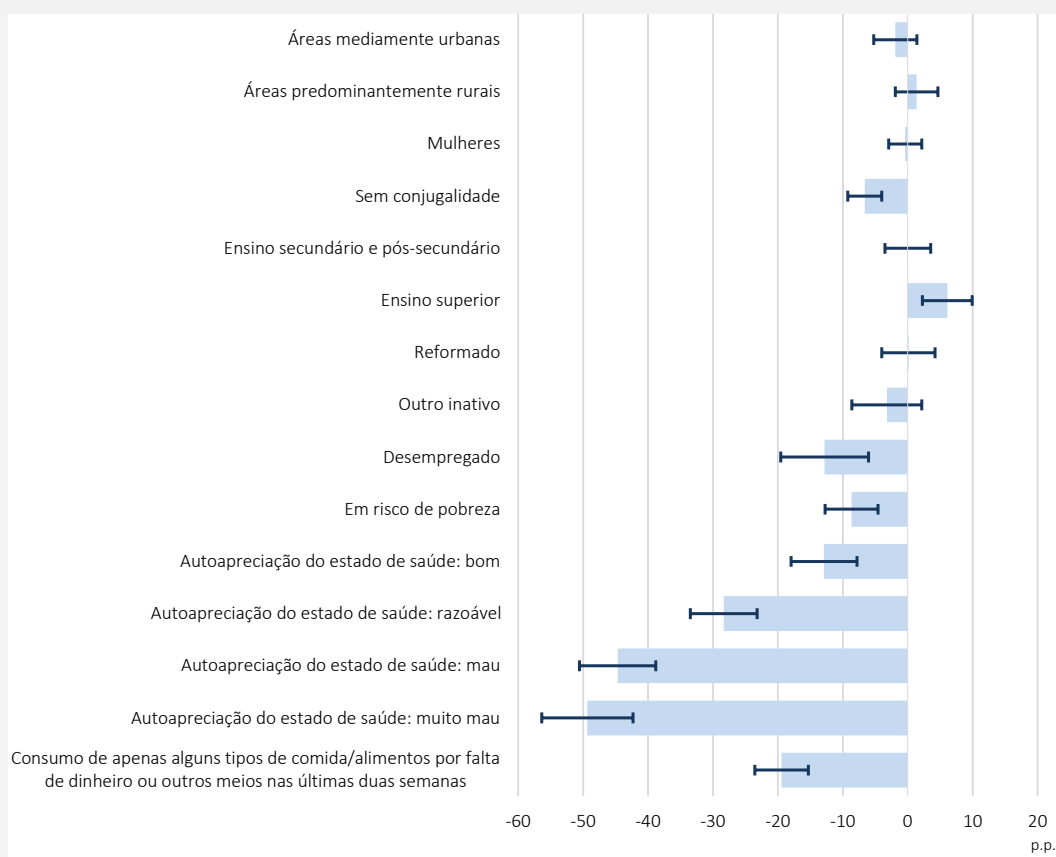
⁷ Veja-se a nota no fim deste destaque para detalhes sobre as especificações técnicas do modelo.

⁸ O sentido do resultado permanece o mesmo quando se considera o nível de rendimento em vez do risco de pobreza na especificação do modelo.



Os resultados são particularmente robustos e significativos quanto à relação entre a satisfação com a vida em geral e a autoapreciação do estado de saúde – a probabilidade de se revelar uma satisfação com a vida em geral elevada diminui à medida que a autoapreciação do estado de saúde vai piorando; por exemplo, avaliar o próprio estado de saúde como muito mau diminui a probabilidade de avaliar a satisfação com a vida em geral como elevada em 49,4 p.p. por comparação com uma autoapreciação do estado de saúde como muito bom.

Figura 21. **Varição da probabilidade de satisfação com a vida em geral elevada (efeitos marginais médios em p.p.), 2023**



Em suma, os resultados apontam para um impacto positivo da escolaridade na probabilidade de satisfação elevada com a vida. A vivência numa situação de não conjugalidade e de insuficiência alimentar ou as condições de pobreza e de desemprego estão associadas a uma probabilidade menor de avaliar de forma muito positiva a satisfação com a vida em geral. Como esperado, a autoapreciação do estado de saúde tem um impacto significativo e positivo na qualificação da satisfação com a vida em geral.



Caixa 2. A EXPLICAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE DISTÚRBO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) permite obter informação sobre a revelação de sintomas de ansiedade generalizada em resultado de um *score* de resposta igual ou superior a 3, de acordo com o modelo *Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)*⁹. A abordagem desenvolvida visa aprofundar a associação entre a ocorrência de distúrbio de ansiedade generalizada e os fatores individuais e contextuais que contribuem para essa ocorrência, tendo como população de referência os indivíduos com 18 ou mais anos. Assim, os resultados apresentados assentam em relações entre as características do indivíduo e respetivo contexto territorial e familiar e a **probabilidade de distúrbio de ansiedade generalizada**¹⁰.

Os resultados indicam que a localização (urbana/rural) do alojamento onde o indivíduo reside não tem um impacto significativo na revelação de sintomas de ansiedade generalizada, o mesmo acontecendo com a condição de risco de pobreza. Note-se que estes resultados são condicionais a todas as restantes características apresentadas na Figura 22 consideradas em conjunto para estimar a probabilidade de distúrbio.

As mulheres e as pessoas desempregadas têm maior probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade generalizada – aumenta nas mulheres em 9,5 pontos percentuais (p.p.) relativamente aos homens e em 6,6 p.p. nos desempregados por comparação com os empregados. Em sentido contrário, a idade e a escolaridade tendem a contribuir para a redução da probabilidade de ocorrência de distúrbio de ansiedade generalizada – a probabilidade diminui de forma monótona com a idade, embora a ritmos moderadamente crescentes, e ter concluído um grau do ensino superior diminui aquela probabilidade em 5,7 p.p. face a alguém que tenha concluído, no máximo, o ensino básico.

A insuficiência alimentar está associada à maior probabilidade de o indivíduo apresentar um distúrbio de ansiedade generalizada – quando alguém no agregado familiar consumiu apenas alguns tipos de comida/alimentos por falta de dinheiro ou outros meios nas últimas duas semanas, aquela probabilidade aumenta em 13,6 p.p. Pelo contrário, a probabilidade diminui em 7,8 p.p. caso o indivíduo não apresente doença crónica ou problema de saúde prolongado. Também a inexistência de limitação na realização de atividades devido a problemas de saúde diminui a probabilidade de distúrbio de ansiedade generalizada em 21,1 p.p. e, no caso de limitação não severa, a probabilidade reduz-se em 8,0 p.p., em comparação com uma situação de limitação severa.

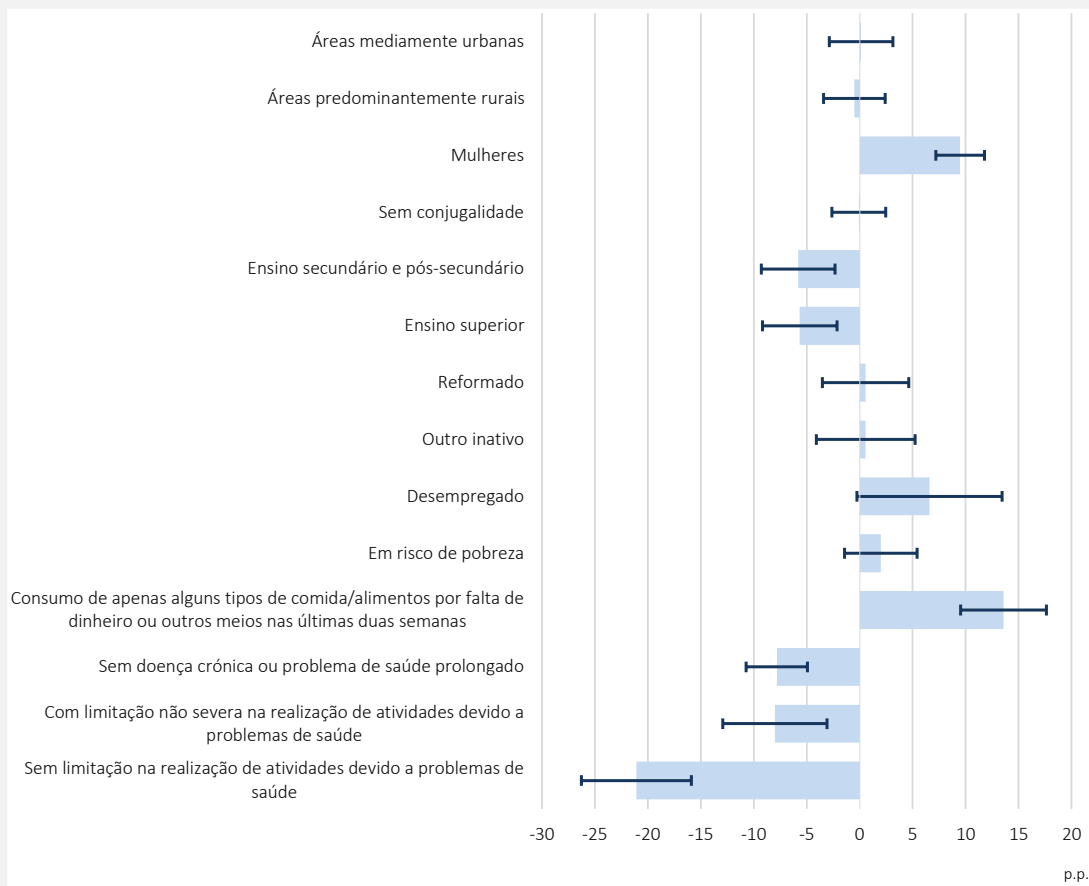
Em resumo, os resultados sugerem que as mulheres e os desempregados têm maior probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade generalizada, mas que a idade e a escolaridade se relacionam negativamente com aquela probabilidade. Situações de insuficiência alimentar, de doença crónica ou prolongada e a existência de limitações por motivos de saúde contribuem para o aumento da probabilidade de ocorrência de sintomas de ansiedade generalizada.

⁹ Trata-se de uma versão simplificada do modelo GAD-7 apresentado em <https://www.phqscreeners.com/>.

¹⁰ Veja-se a nota no fim deste destaque para detalhes sobre as especificações técnicas do modelo.



Figura 22. **Varição da probabilidade de distúrbio de ansiedade generalizada (efeitos marginais médios em p.p.), 2023**





NOTA METODOLÓGICA

Inquérito às Condições de Vida e Rendimento

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

Recolhe ainda um conjunto de informação que apenas pode ser fornecida pelo próprio respondente, nomeadamente a opinião sobre o grau de satisfação com a vida em geral; um instrumento de rastreio simplificado para a perturbação de ansiedade generalizada (*Generalized Anxiety Disorder* 2-item, ou GAD-2), composto por duas perguntas que avaliam a probabilidade de perturbação de ansiedade generalizada e outras perturbações de ansiedade nas últimas duas semanas; e uma escala (*Food Insecurity Experience Scale*, ou FIES) de oito perguntas que permitem calcular dois indicadores: um indicador que considera os segmentos da população em insegurança alimentar moderada ou grave.

No modelo GAD-2 (*Generalized Anxiety Disorder* 2-item) a pontuação (score) resulta da soma de ambas. Uma pontuação de 3 pontos é o ponto de corte sugerido para identificar possíveis casos com avaliação diagnóstica adicional para a perturbação de ansiedade generalizada que, no entanto, só por si não é suficiente para diagnosticar, monitorizar o tratamento ou classificar a gravidade.

Os itens que compõem a escala da insegurança alimentar (FIES) foram desenhados para cobrir a gravidade da insegurança alimentar e devem ser analisados em conjunto. Os dados da escala são analisados através da aplicação do modelo *Rasch*, amplamente utilizado em estudos de saúde, e possibilita a base estatística para a medição da segurança alimentar baseada na experiência, e permite produzir dados sobre insegurança alimentar comparáveis entre países. A escala permite calcular dois indicadores: um indicador que considera os segmentos da população em insegurança alimentar moderada ou grave, ou seja, as pessoas com uma dieta alimentar de baixa qualidade ou com redução da quantidade de alimentos algumas vezes durante o ano; e um segundo indicador que permite estimar a proporção da população que sofre de insegurança alimentar grave, ou seja, as pessoas que passam vários dias sem se alimentarem devido à falta de recursos, financeiros ou outros, para obter alimentos.

Pessoal de saúde inscrito

Os dados de pessoal de saúde inscrito resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos fornecidos pelas respetivas ordens profissionais. A informação referente a médicos registados na Ordem dos Médicos (ativos ou não) e



a médicos dentistas registados na Ordem dos Médicos Dentistas (ativos ou não) é disponibilizada geograficamente segundo a residência declarada pelos profissionais de saúde, enquanto a relativa a enfermeiros registados na Ordem dos Enfermeiros (ativos) e a farmacêuticos registados na Ordem dos Farmacêuticos (ativos) é obtida de acordo com o local de atividade dos profissionais de saúde.

Inquérito aos Hospitais

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

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

Farmácias e medicamentos

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

Estatísticas dos óbitos por causas de morte

Os dados de óbitos por causas de morte resultam do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos, de informação sujeita ao registo civil e recolhida junto das conservatórias do registo civil através do Sistema Integrado do Registo e Identificação Civil (SIRIC) e do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO). A Direção-Geral da Saúde colabora com o INE procedendo à codificação das causas de morte segundo a classificação internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Conta Satélite da Saúde

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



MODELOS LOGIT – ESPECIFICAÇÕES TÉCNICAS

Os resultados apresentados em caixas, resultantes da estimação de modelos Logit, procuram complementar a explicação para (1) a satisfação com a vida em geral, com especial foco no estado de saúde do indivíduo, e para (2) a ocorrência de distúrbio de ansiedade generalizada. Com este propósito e tendo por base os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) de 2023 para os indivíduos com 18 ou mais anos residentes em Portugal, recorreu-se à estimação de dois modelos Logit binomiais cuja variável dependente se define: no primeiro modelo, por 0 – se o indivíduo não avalia de forma muito positiva a satisfação com a vida em geral, 1 – se o indivíduo avalia de forma muito positiva a satisfação com a vida em geral; e, no segundo modelo, por 0 – se o indivíduo não apresenta distúrbio de ansiedade generalizada, 1 – se o indivíduo apresenta distúrbio de ansiedade generalizada.

Os efeitos marginais apresentados podem ser interpretados como variações nas probabilidades de ocorrência do evento associadas a cada uma das variáveis explicativas (em relação à classe de referência), mantendo as restantes variáveis inalteradas. Os resultados completos relativos aos efeitos marginais médios e à significância estatística das estimativas podem ser consultados no ficheiro de dados anexo a esta publicação, que inclui também os restantes quadros de resultados.

CONCEITOS

Anos de vida saudável: Número médio de anos que se espera que um indivíduo de determinada idade venha a viver sem limitações de longa duração para realizar atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas, no pressuposto que se mantém inalterado o padrão de mortalidade observado no período de referência.

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

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

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

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

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

Causa básica de morte: Doença ou lesão que inicia a cadeia de acontecimentos patológicos que conduzem à morte, ou circunstâncias do acidente ou ato de violência que produzem a lesão fatal. Nota: a causa de morte é classificada de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) em vigor.

Cirurgia programada: Cirurgia decorrente de admissão programada.

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

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



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

Consulta médica: Consulta realizada por um médico.

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

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

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

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

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

Esperança de vida à nascença (e0): Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

Esperança de vida numa determinada idade (ex): Número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade exata x pode esperar ainda viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento.

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

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

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

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

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

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

Hospital geral: Hospital que integra diversas valências.

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



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

Incapacidade: Interação da condição de saúde de um indivíduo com os seus fatores contextuais, ambientais e pessoais que revela limitação de atividade e/ou restrição na participação.

Insegurança alimentar: Privação de acesso garantido a quantidade suficiente de alimentos adequados ao normal crescimento e desenvolvimento para uma vida ativa e saudável. Nota: a insegurança alimentar pode ocorrer pela indisponibilidade de alimentos, a incapacidade de aquisição, a distribuição inapropriada ou utilização desadequada dos alimentos ao nível do agregado familiar. A insegurança alimentar pode ser crónica, sazonal ou transitória.

Insegurança alimentar grave: Insegurança alimentar que decorre da ausência de comida total ou por um dia ou dois, da fome extrema.

Insegurança alimentar moderada: Insegurança alimentar que decorre da incerteza em obter alimentos, do risco de faltar às refeições ou os alimentos se esgotarem, de ser forçado a comprometer-se com a qualidade nutricional e/ou a quantidade de alimentos consumidos.

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

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

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

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

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

Óbito: Cessação irreversível das funções do tronco cerebral.

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

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

Problema de saúde: Problema relacionado com a saúde que suscita a necessidade de prestação de cuidados de saúde.

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

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



Saúde mental: Estado de saúde relacionado com a capacidade do indivíduo realizar o seu próprio potencial, ser capaz de lidar com o stress diário, trabalhar produtivamente e contribuir para a comunidade em que está inserido.

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

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

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

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

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