

Acesso a cuidados de saúde, 2025

CÁTEDRA BPI | FUNDAÇÃO "LA CAIXA" EM ECONOMIA DA SAÚDE



Fundação "la Caixa"

NOVA NOVA SCHOOL OF
BUSINESS & ECONOMICS

SOCIAL EQUITY INITIATIVE

KNOWLEDGE-DRIVEN PROGRESS



Health Economics & Management
Knowledge Center

**Acesso
a cuidados
de saúde,
2025**

ÍNDICE

1. Introdução	6
2. A primeira decisão do doente	10
3. Necessidades não satisfeitas	28
4. Prestação de cuidados de saúde	47
5. Conclusão	75

RELATÓRIO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE, 2025

Este relatório faz parte da Cátedra em Economia da Saúde, enquadrada na Iniciativa para a Equidade Social, uma parceria entre a Fundação “la Caixa”, o BPI e a Nova SBE, que nasceu em 2019 e visa apoiar o desenvolvimento do Sector Social em Portugal com uma visão de longo prazo, através da investigação e do apoio à capacitação das organizações sociais.

A cátedra em Economia da Saúde foi atribuída ao Professor Pedro Pita Barros e tem como objetivo promover a investigação sobre o sector da saúde, bem como o conhecimento e discussão da sociedade portuguesa quanto a tendências, desafios e políticas do setor da saúde. Consulte mais informações e documentos aqui.

As opiniões por nós apresentadas representam unicamente a nossa completa e verdadeira opinião profissional sobre assuntos às quais respeitam. Mencionamos todos os pressupostos que considerámos relevantes para as opiniões que expressamos, e todas as matérias sobre as quais nos manifestamos estão dentro do nosso campo de experiência. As opiniões expressas não refletem necessariamente a visão de qualquer das entidades com que nos relacionamos.



PEDRO PITA BARROS
Professor



CAROLINA SANTOS
Investigadora



1. Introdução

A garantia de um acesso adequado da população a cuidados de saúde constitui um dos pilares estruturantes dos sistemas de saúde. Trata-se, aliás, de um direito consagrado na Constituição da República Portuguesa, que atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar a todos os cidadãos o acesso a cuidados de saúde, independentemente da sua situação económica (Artigo 64.º). De acordo com dados do Eurobarómetro de 2025, a saúde surge como a segunda principal preocupação da população residente em Portugal, sendo apenas ultrapassada por preocupações relacionadas com o aumento do custo de vida.

Estas duas preocupações não são, porém, independentes. Com efeito, apesar de o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português ser universal e tendencialmente gratuito, a capacidade efetiva de recorrer a cuidados de saúde continua a depender, em parte, da condição financeira dos indivíduos. Tal dependência pode manifestar-se não apenas através de encargos diretos – como taxas moderadoras, que têm vindo a ser progressivamente eliminadas e para as quais existem grupos isentos – mas também por via de custos indiretos, como as despesas de transporte até às unidades de saúde, ou pela impossibilidade de abdicar de rendimento associado a um dia de trabalho para aceder a cuidados.

A identificação de barreiras de acesso a cuidados de saúde exige uma análise das decisões tomadas pelos cidadãos, desde o momento em que experienciam um episódio de doença. Entende-se por episódio de doença uma situação em que um indivíduo percebe uma alteração relevante no seu estado de saúde, mas confronta-se com incerteza quanto à natureza do problema e à sua eventual resolução. Uma avaliação desta natureza só pode ser feita por via de um inquérito à população residente em Portugal, pois é necessário captar decisões que não se encontram registadas em dados administrativos.

Precisamente com o intuito de conhecer as escolhas feitas pelos cidadãos desde o momento em que sentem a possibilidade de doença, é elaborado regularmente um relatório sobre o acesso a cuidados de saúde, com base em dados recolhidos junto de uma amostra representativa da população com 15 e mais anos residente em Portugal Continental. A Figura 1 ilustra o conjunto de decisões e elementos que serão alvo de análise no presente relatório.

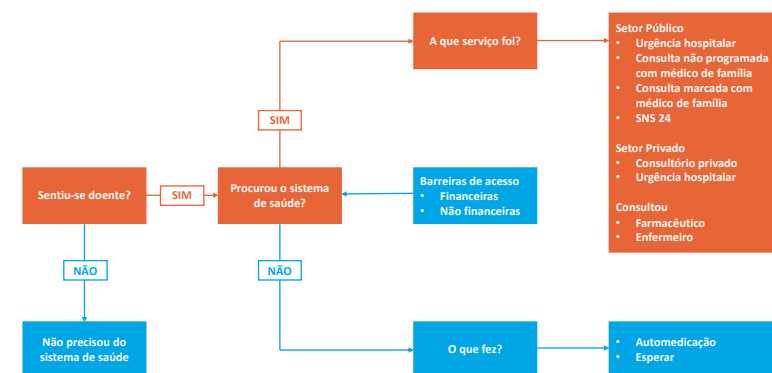


Figura 1. Decisões de acesso a cuidados de saúde

A análise dos padrões e das características individuais associadas a estas decisões permite identificar e avaliar barreiras potenciais e efetivas no acesso a cuidados de saúde. A partir dessas regularidades, torna-se possível extrair conclusões sobre a existência de desigualdades no acesso a cuidados de saúde induzidas por fatores de natureza socioeconómica, que se traduzem em diferenças não justificadas e socialmente indesejáveis no contexto da sociedade portuguesa.

O conhecimento simultâneo sobre a utilização necessária e a utilização efetiva de um sistema de saúde é fundamental para avaliar as dimensões de eficiência e equidade associadas à promoção da saúde. No domínio do acesso a cuidados de saúde, a eficiência integra dois aspetos distintos. Em primeiro lugar, a ineficiência pode resultar da inexistência de acesso quando este é clinicamente necessário, em virtude da presença de barreiras à utilização de cuidados de saúde. Essas barreiras assumem naturezas diversas, incluindo não apenas constrangimentos financeiros, mas também obstáculos de ordem geográfica, relacionados com a proximidade ou disponibilidade de prestadores de cuidados, ou de natureza cultural, entre outros. Este tipo de ineficiência manifesta-se sob a forma de necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas. A sua eliminação ou mitigação requer, por norma, intervenção pública orientada para a identificação e redução dessas barreiras.

Em segundo lugar, a ineficiência no sistema de saúde pode resultar da utilização excessiva de cuidados, isto é, de situações em que os serviços de saúde são utilizados apesar de o benefício clínico esperado para o doente ser reduzido ou inexistente. Este tipo de ineficiência tende a surgir quando o decisor – seja o próprio utente, seja o profissional de saúde – não contempla, no processo de decisão, todos os custos e benefícios associados às diferentes alternativas disponíveis.

Um exemplo paradigmático deste fenómeno é o recurso a urgências hospitalares para problemas de saúde de baixa gravidade. Perante situações de utilização desnecessária de cuidados de saúde, a resposta em termos de política pública passa pela introdução de mecanismos que desincentivem esse uso excessivo, garantindo simultaneamente que não constituem barreiras ao acesso quando os cuidados são clinicamente necessários. Uma política desta natureza que tem vindo a ser gradualmente implementada em Portugal é o programa “Ligue antes, salve vidas”, que procura promover a triagem prévia através da linha SNS 24 antes do recurso aos serviços de urgência hospitalar, orientando os utentes em situação de doença aguda para a alternativa de cuidados mais adequada (cuidado domiciliário com autocuidados, consulta nos cuidados de saúde primários ou urgência hospitalar). O Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde inclui, pela primeira vez em 2025, uma aferição detalhada da utilização da linha SNS 24, que permite compreender, entre outras dimensões, os motivos que levam a população a ligar para esta linha de apoio, quais as características socioeconómicas da população que recorre a este serviço mais frequentemente e o grau de satisfação com as orientações recebidas.

O principal desafio no desenho de políticas públicas reside no facto de a correção de cada uma destas ineficiências – inexistência de acesso quando este é clinicamente necessário e utilização excessiva de cuidados – exigir intervenções que podem, facilmente, agravar a outra dimensão de ineficiência. Assim, uma formulação adequada de políticas públicas pressupõe um conhecimento tão rigoroso quanto possível sobre a relevância efetiva de cada uma destas fontes de ineficiência no sistema de saúde. A produção desse conhecimento exige, contudo, abordagens distintas para cada uma destas dimensões.

A ineficiência associada à utilização desnecessária de cuidados de saúde pode ser analisada com base em informação relativa à utilização efetiva e observada do sistema de saúde. Sempre que ocorre consumo excessivo ou inadequado de cuidados, esse uso deixa registo em algum ponto do sistema, permitindo a sua análise através de dados administrativos ou clínicos.

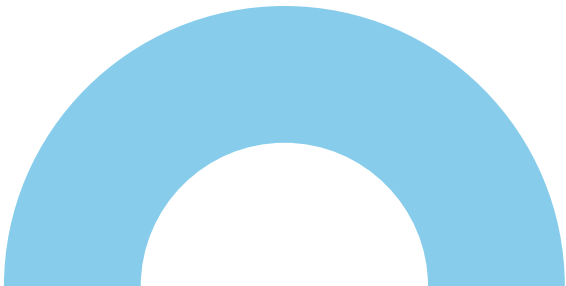
A avaliação das necessidades de cuidados de saúde não satisfeitas é, por natureza, substancialmente diferente. Neste caso, não existe registo dos cuidados que deveriam ter sido prestados, mas que não chegaram a ocorrer, sobretudo quando a decisão de recorrer, ou não, ao sistema de saúde depende do próprio cidadão. Para compreender esta dimensão de ineficiência no acesso a cuidados de saúde, torna-se necessário recorrer a inquéritos à população, de modo a identificar decisões que conduziram à ausência de contacto com o sistema de saúde em situações em que esse contacto seria esperado, tendo em conta a necessidade percebida e a informação disponível no momento da decisão. Os dados do Inquérito de Acesso realizado pela Nova School of Business and Economics permitem precisamente analisar esta dimensão de ineficiência.

Para além das preocupações associadas à maior ou menor eficiência no acesso a cuidados de saúde, existe igualmente uma preocupação central com a equidade nesse acesso, traduzida no princípio amplamente aceite de que se deve garantir acesso igual para necessidade igual de cuidados de saúde. A relevância atribuída aos princípios de equidade nos sistemas de saúde justifica a adoção de políticas públicas que os salvaguardem, mesmo que a custo de alguma ineficiência no funcionamento do sistema de saúde. Assim, a avaliação da equidade no acesso a cuidados de saúde assume-se como um elemento fundamental na análise e discussão do desempenho de um sistema de saúde.

O Inquérito de Acesso é realizado desde 2013, tendo sido inquiridos um total de 11.122 indivíduos (Tabela 1). Com base nos dados deste inquérito, o presente relatório analisa de forma sistemática o acesso da população residente em Portugal Continental a cuidados de saúde, acompanhando as decisões tomadas pelos cidadãos desde a ocorrência de um episódio de doença até à utilização, ou não utilização, dos diferentes níveis do sistema de saúde. Analisam-se padrões de utilização, barreiras financeiras e não financeiras, necessidades de cuidados não satisfeitas e desigualdades associadas a características socioeconómicas. Pretende-se, em última instância, que os resultados deste estudo contribuam para o desenho de políticas públicas orientadas para o aumento da eficiência e promoção da equidade no sistema de saúde português e, em particular, no Serviço Nacional de Saúde.

Ano	Número de Inquiridos
2013	1.254
2015	1.260
2017	1.263
2019	1.255
2020	1.271
2021	1.269
2022	1.257
2023	1.259
2025	1.034
Total	11.122

Tabela 1. População inquirida no Inquérito de Acesso realizado pela Nova School of Business and Economics



2. A primeira decisão do doente

A primeira decisão do doente

2.1 Episódios de doença

Quando uma pessoa se sente doente, a primeira decisão que toma é a de procurar, ou não, ajuda profissional no sistema de saúde. Por conseguinte, a procura por cuidados de saúde, numa dada população, depende em larga medida da ocorrência de episódios de doença, bem como da gravidade desses episódios.

Caso a ocorrência de episódios de doença seja independente das condições socioeconómicas dos indivíduos, então a percentagem de pessoas que referem ter-se sentido doentes no último ano deverá ser uniforme entre grupos populacionais (ex: grupos etários, escalões socioeconómicos, género, nível de escolaridade). Porém, o que se tende a observar é que a ocorrência de episódios de doença se encontra ligada a condições socioeconómicas.

A Figura 2 representa a percentagem de inquiridos que reportou ter-se sentido doente, em cada ano. Em 2025, 45,5% dos inquiridos indicaram ter tido pelo menos um episódio de doença, o que corresponde a um aumento de 3,2 pontos percentuais face a 2023 e aproxima-se do máximo registado em 2015 (46,3%). A proporção de indivíduos que reporta ter-se sentido doente tem vindo a aumentar desde os anos mais intensos da pandemia da COVID-19 (2020 e 2021).

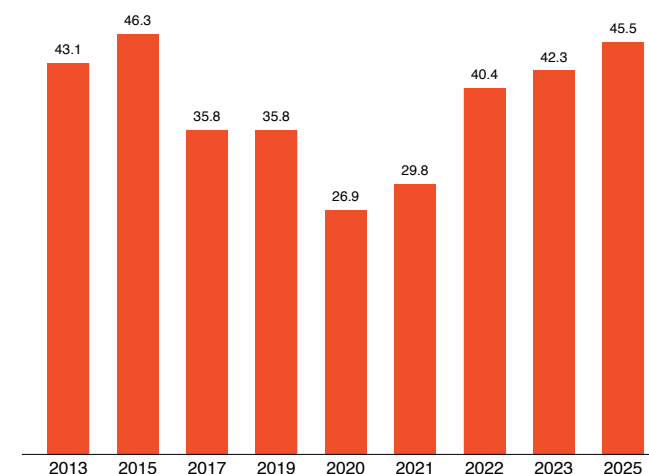


Figura 2. Indicaram ter-se sentido doentes, por ano (%)

Analisando a percentagem de inquiridos que reportou ter-se sentido doente em 2025, por diferentes grupos socioeconómicos, observa-se um gradiente socioeconómico (Figura 3), etário (Figura 4) e de escolaridade (Figura 5). De facto, existe uma relação sistemática entre grupos populacionais e incidência de episódios de doença autorreportados. As diferenças são substanciais e revelam a maior vulnerabilidade de pessoas com menores condições socioeconómicas, de idades mais avançadas e com menores níveis de escolaridade. Em termos do gradiente socioeconómico, verifica-se que entre pessoas com maiores privações económicas, 68,2% dos indivíduos reportaram ter-se sentido doentes, o que fica 30,7 pontos percentuais acima da proporção registada entre indivíduos do grupo socioeconómico mais favorecido (Figura 3).

Entre grupos etários, são sobretudo os idosos reportar ter sofrido episódios de doença, o que se pode dever quer ao agravamento de condições crónicas, quer à maior probabilidade de ocorrência de episódios de doença aguda por conta de fatores biológicos. Considerando o ponto médio do grupo etário 15-29 anos e do grupo etário 65-79 anos, torna-se possível obter uma estimativa do declive do gradiente: por cada ano adicional na idade dos indivíduos, a probabilidade de sofrer um episódio de doença aumenta 0,376 pontos percentuais (Figura 4).

Quando se considera o nível de escolaridade dos indivíduos, verifica-se que 55,5% das pessoas com apenas o primeiro ciclo de escolaridade concluído (ou sem educação formal) reportam ter sofrido um episódio de doença no ano anterior, o que é 22,7 pontos percentuais superior à proporção registada entre inquiridos com ensino superior (Figura 5).

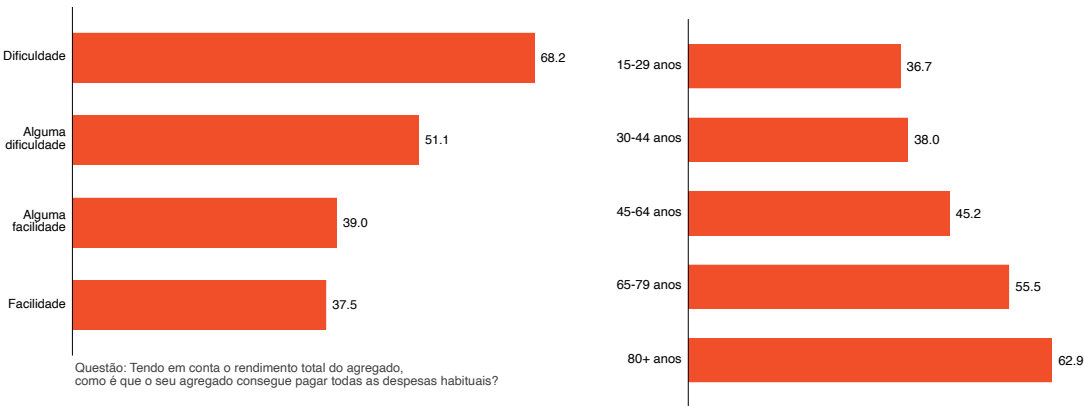


Figura 3. Episódio de doença por condição socioeconómica (%), em 2025

Figura 4. Episódio de doença por grupo etário (%) em 2025

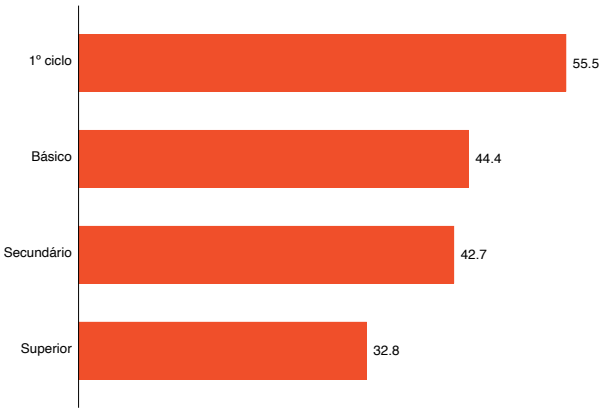


Figura 5. Episódio de doença por nível de escolaridade (%), em 2025

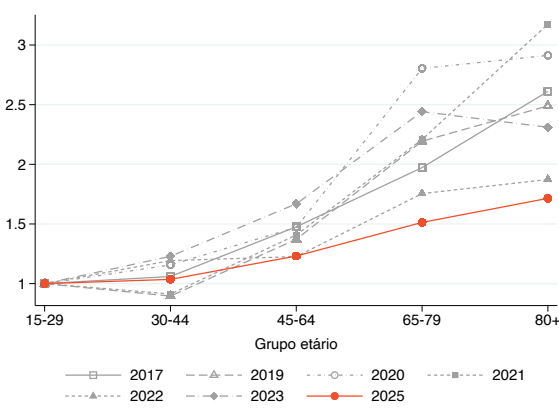


Figura 6. Gradiente de ocorrência de episódio de doença por grupo etário, anos 2017-2025

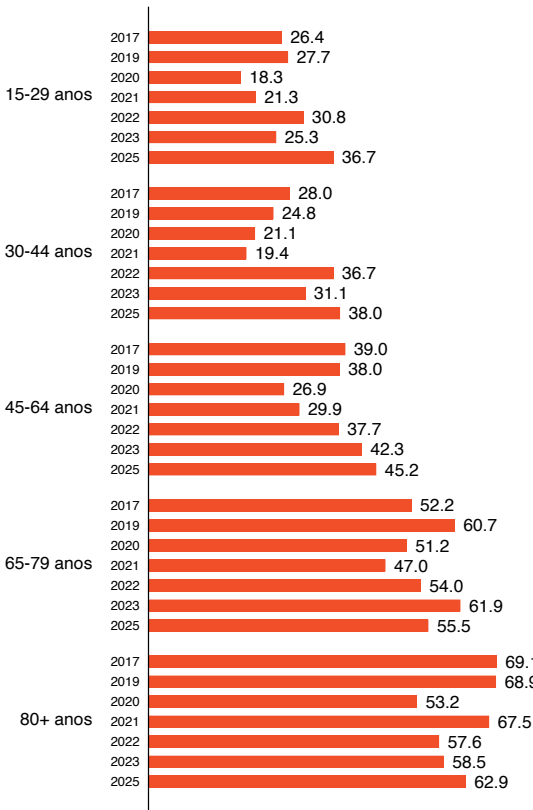


Figura 7. Episódio de doença por grupo etário (%), anos 2017-2025

Com o intuito de aferir como o gradiente da probabilidade de episódio de doença por grupo etário evoluiu ao longo do tempo, a Figura 6 normaliza, em cada ano, a probabilidade de episódio de doença de cada grupo etário pela probabilidade de doença do grupo etário 15-29 anos do respetivo ano. Quando se introduz a componente temporal na análise, é possível observar que o gradiente é bastante persistente. Porém, o gradiente registado em 2025 é o menos acentuado desde 2017, o que indica que em 2025 a probabilidade de um inquirido reportar um episódio de doença não dependeu em tão larga medida da idade do indivíduo.

Importa sublinhar, contudo, que a atenuação do gradiente de probabilidade de ocorrência de episódios de doença por grupo etário face a anos anteriores e, em particular, a 2023, não resulta de uma diminuição da probabilidade de episódio de doença no grupo etário mais avançado (80 ou mais anos), mas sim de um aumento expressivo da ocorrência de episódios de doença entre os indivíduos mais jovens (15-29 anos). Com efeito, em 2025, 36,7% dos inquiridos com idades entre os 15 e os 29 anos referiram ter-se sentido doentes, o que representa um acréscimo de 11,4 pontos percentuais relativamente a 2023 (Figura 7). A probabilidade de reportar episódios de doença também aumentou de forma bastante expressiva em indivíduos com idades entre os 30 e os 44 anos, tendo passado de 31,1% em 2023 para 38,0% em 2025. A redução do gradiente ocorre por mais episódios de doença em idades mais novas e não por menos episódios de doença em idades mais avançadas.

Uma análise semelhante permite compreender como evoluiu o gradiente de episódios de doença por nível de escolaridade. Ao longo dos anos, o grupo de pessoas com menor nível de escolaridade é sempre o que regista maior probabilidade de doença (Figura 8 e Figura 9). Se entre 2019 e 2022 o gradiente por nível de escolaridade se vinha a esbater, uma vez que a proporção de pessoas a sentir-se doentes estava a diminuir no grupo de pessoas com apenas o primeiro ciclo e a aumentar em pessoas com maiores níveis de escolaridade, em 2023 verificou-se uma inversão nesta tendência. Com efeito, em 2023, a probabilidade de uma pessoa se ter sentido doente aumentou sobretudo entre os indivíduos com o menor nível de escolaridade e diminuiu em indivíduos com o ensino secundário ou o início superior.

Em 2025, dada a redução, em 8,2 pontos percentuais, na percentagem de inquiridos com apenas o primeiro ciclo de escolaridade reportaram ter-se sentido doentes, e da redução menos acentuada de pessoas com 80 ou mais anos registarem episódios de doença (36,7% em 2023 vs. 32,8% em 2025), o gradiente de episódio de doença por nível de escolaridade voltou a agravar-se entre 2023 e 2025.

Em conjunto, estes resultados sugerem que o aumento na percentagem de indivíduos a reportar episódios de doença em 2025 é explicado sobretudo pela maior incidência de episódios de doença na população mais jovem (entre os 15 e os 44 anos) e na população com ensino básico ou ensino secundário. Importa sublinhar que estes não são efeitos totalmente independentes, dado que se trata da mesma população segmentada de diferentes formas.

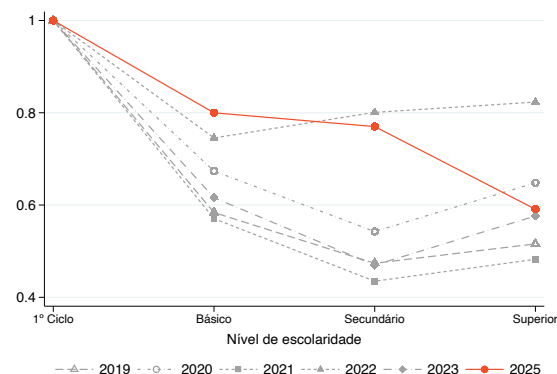


Figura 8. Gradiente de ocorrência de episódio de doença por nível de escolaridade, anos 2019-2025

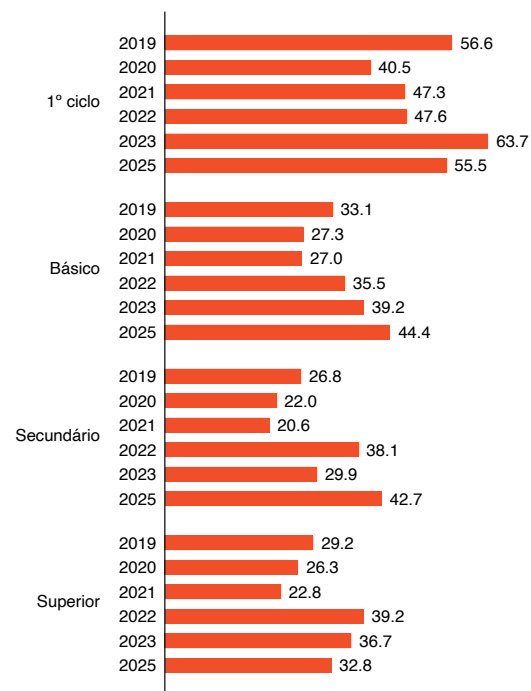


Figura 9. Episódio de doença por nível de escolaridade (%), anos 2019-2025

Embora informativas, as análises anteriores são apenas descritivas, uma vez que consideram isoladamente a influência de um determinado fator – como a idade, nível de escolaridade ou escalão socioeconómico – na probabilidade de ter sofrido um episódio de doença. Para avaliar de forma precisa o contributo individual de cada fator, torna-se necessário considerar em simultâneo as diversas características dos indivíduos. Só assim se torna possível responder a questões como: uma pessoa idosa e de baixo rendimento tem uma maior probabilidade de sofrer episódios de doença devido à idade ou devido às suas condições económicas?

A Figura 10 apresenta o valor médio e um intervalo de variação do valor tal que com 95% de probabilidade o verdadeiro valor médio está contido neste intervalo, para cada fator de interesse. Este intervalo é representado pela barra vertical. Quando estes intervalos, denominados intervalos de confiança, estão sobrepostos entre categorias de modo que os respetivos pontos médios estejam incluídos, os efeitos serão similares entre essas categorias. Por exemplo, se o ponto médio do contributo de um grupo etário está dentro do intervalo de confiança para outro grupo etário, podemos considerar que não se rejeita a hipótese de que os contributos destes dois grupos da população são idênticos, em média.¹

Considerem-se exemplos concretos: na Figura 10, para os grupos etários mais jovens (15-29 anos e 30-44 anos), a amplitude do intervalo de confiança do grupo etário 15-29 anos contém o ponto central do intervalo de confiança estimado para o grupo de indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 44 anos. Por conseguinte, não existe diferença estatisticamente significativa na probabilidade de sofrer um episódio de doença, entre

indivíduos pertencentes a estes dois grupos etários (15-29 anos e 30-44 anos). Porém, quando se considera o grupo etário mais jovem (15-29 anos) e o mais velho (80 ou mais anos), por exemplo, uma vez que o intervalo de confiança de cada um destes grupos não contém a estimativa central do intervalo de confiança do outro grupo, conclui-se que a probabilidade de indivíduos com 80 ou mais anos sofrerem episódios de doença é superior, face à registada entre indivíduos com idades entre os 15 e os 29 anos.

As probabilidades ilustradas na Figura 10 foram estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente) e onde se consideram como variáveis explicativas – isto é, com potencial impacto na probabilidade de se sentir doente – o género, o grupo etário, o nível de escolaridade e o escalão socioeconómico. Quando se consideram em simultâneo estes elementos, conclui-se que as diferenças na probabilidade de um indivíduo ter sofrido um episódio de doença se devem maioritariamente ao escalão socioeconómico do inquirido. De facto, o gradiente por classe socioeconómica é muito acentuado: um indivíduo do escalão socioeconómico mais baixo tinha, em 2025, 67% de probabilidade de sofrer um episódio de doença (já tendo em consideração o género, o nível de escolaridade e o grupo etário), o que é 28 pontos percentuais superior à probabilidade registada entre indivíduos dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B).

¹ O cálculo destas médias pode ser facilmente feito recorrendo a um modelo de regressão linear em que a variável dependente é o elemento de interesse e as variáveis sobre as quais se calculam as médias correspondem à identificação das categorias de interesse.

A importância de recorrer a uma análise multivariada para aferir o impacto de cada fator socioeconómico na probabilidade de sofrer um episódio de doença torna-se clara quando se avaliam diferenças entre grupos populacionais com diferentes níveis de escolaridade. Com efeito, como se descreveu anteriormente, quando se considera isoladamente a distribuição de episódios de doença por nível de escolaridade (Figura 5), a percentagem de inquiridos que reporta ter sofrido um episódio de doença diminui à medida que o nível de escolaridade concluído aumenta. Porém, quando se considera em simultâneo a influência de diferentes características socioeconómicas dos indivíduos na probabilidade de sofrer episódios de doença, o gradiente por nível de escolaridade deixa de ser estatisticamente observável. Ou seja, em 2025, a probabilidade de um indivíduo ter sofrido um episódio de doença não se deveu ao seu nível de escolaridade, mas sim à sua classe económica, grupo etário e género (Figura 10).

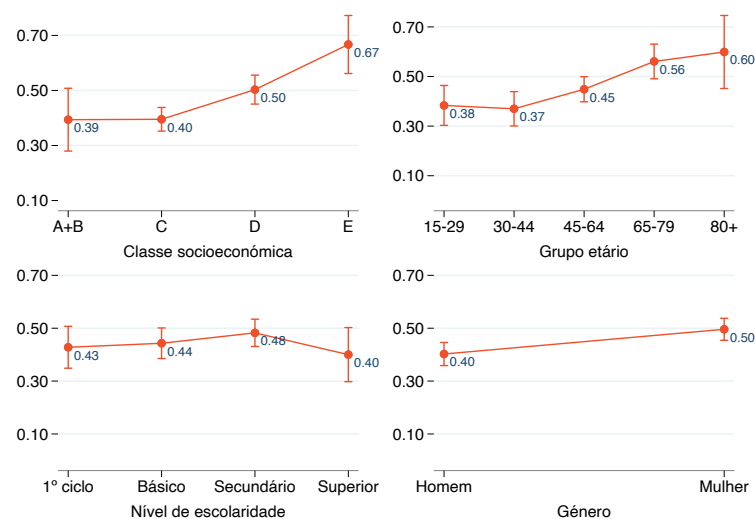


Figura 10. Probabilidade de episódio de doença, em 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade e escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

As probabilidades apresentadas na Figura 10 foram estimadas com base nos dados de 2025, não permitindo, por isso, avaliar tendências temporais. A Figura 11 ilustra a probabilidade de se ter tido um episódio de doença, comparando os valores de 2025 com os dos períodos pré-pandémico (2013-2019), pandémico (2020-2021) e pós-pandémico (2022-2023).

A Figura 11 ilustra a probabilidade de se sofrer um episódio de doença com base na classe socioeconómica, distinguindo entre homens e mulheres. A análise revela que nos períodos pré-pandémico e pandémico, num dado escalão socioeconómico, a probabilidade de as mulheres sofrerem um episódio de doença era superior à dos homens. Adicionalmente, entre 2013 e 2019, o gradiente socioeconómico observado era pouco expressivo, mesmo considerando o efeito simultâneo do grupo etário e do nível de escolaridade (Figura 11). Efetivamente, no período pré-

pandémico a probabilidade de um uma mulher do escalão socioeconómico mais desfavorecido sofrer um episódio de doença era apenas 5 pontos percentuais superior à registada por uma mulher dos escalões socioeconómicos mais altos (A e B). Um gradiente semelhante era observável para os homens: um homem no grupo com maiores privações económicas tinha 36% de probabilidade de sofrer um episódio de doença, ao passo que essa percentagem era de 31% no grupo socioeconómico mais alto, o que corresponde a uma diferença de 5 pontos percentuais.

O gradiente socioeconómico na probabilidade de sofrer um episódio de doença começou a agravar-se em 2020 e 2021, anos em que se registou o pico do período pandémico, e atingiu a sua expressão máxima entre 2022 e 2023. De facto, no período pós-pandémico (2022-2023), uma mulher da classe socioeconómica mais desfavorecida (E) tinha uma probabilidade de 72% de sofrer um episódio de doença, ao passo que uma mulher dos escalões socioeconómicos mais elevados (A e B) tinha uma probabilidade de apenas 33%. Ou seja, as mulheres em situação de carência económica enfrentavam uma probabilidade de doença aproximadamente 39 pontos percentuais superior à de mulheres das classes socioeconómicas mais favorecidas (A e B). Em 2023, num dado escalão socioeconómico, deixaram de se verificar diferenças entre género no que toca à probabilidade de sofrer um episódio de doença.

Em 2025, o gradiente socioeconómico na probabilidade de registar um episódio de doença diminuiu para as mulheres, passando a ser de 18 pontos percentuais. Esta evolução deveu-se a um agravamento da probabilidade de doença entre mulheres dos escalões económicos mais favorecidos (33% em 2022-2023 vs. 46% em 2025) e a uma redução da probabilidade de doença entre mulheres com maiores privações económicas (72% em 2022-2023 vs. 64% em 2025). No entanto, as mulheres de baixo rendimento (escalão D) surgem como o grupo que teve uma evolução mais desfavorável em termos de crescimento da probabilidade de ocorrência de episódio de doença, com esta probabilidade a passar de 48% para 57%.

De modo contrário, o gradiente acentuou-se para os homens. Efetivamente, se em 2023 um homem com maiores privações económicas registava uma probabilidade de sofrer um episódio de doença 34 pontos percentuais mais alta do que um homem dos escalões económicos mais favorecidos (A e B), em 2025 este hiato tinha aumentado para 37 pontos percentuais.

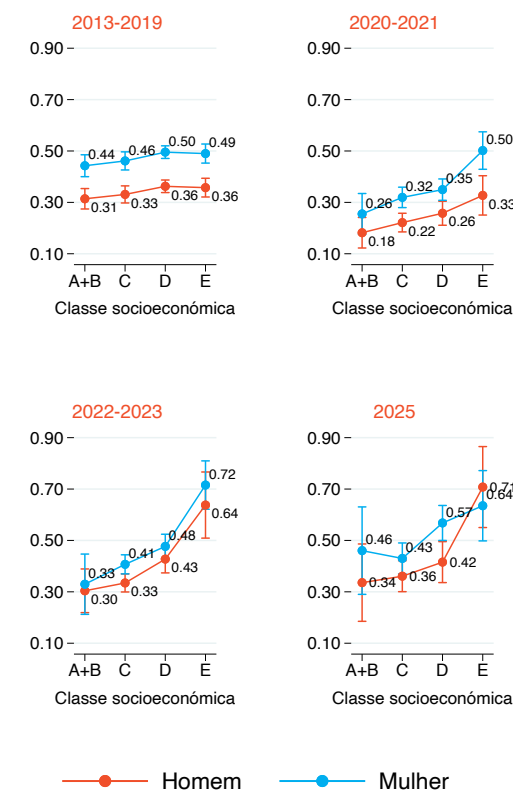


Figura 11. Probabilidade de episódio de doença por condição socioeconómica e género

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade e escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

A Figura 12 e a Figura 13 replicam a análise de tendências temporais, mas considerando o nível de escolaridade e o grupo etário dos inquiridos, respetivamente. Contrariamente ao observado na análise por classe socioeconómica, não se verificaram alterações substanciais nos padrões de probabilidade de sofrer um episódio de doença, por nível de escolaridade (Figura 12). Como esperado, verifica-se que a probabilidade de sofrer um episódio de doença tende a aumentar com a idade. O gradiente etário tornou-se particularmente severo no pico do período pandémico. Com efeito, se entre 2013 e 2019 a probabilidade de uma mulher com 80 ou mais anos reportar um episódio de doença era 31 pontos percentuais superior à de mulheres com idades entre os 15 e os 29 anos, entre 2020 e 2021 esta diferença aumentou para 38 pontos percentuais. Um padrão semelhante foi registado entre homens, tendo, para estes grupos etários, a diferença na probabilidade de sofrer um episódio de doença passado de 29 pontos percentuais para 34 pontos percentuais (Figura 13).

Após o pico da pandemia da COVID-19, o gradiente etário na probabilidade de ocorrência de episódios de doença tornou-se menos acentuado. Importa, contudo, sublinhar que este esbatimento não resulta de uma diminuição da probabilidade de doença entre os grupos etários mais avançados, mas sobretudo de um aumento expressivo da probabilidade de doença entre os grupos mais jovens. Com efeito, é nas idades mais baixas que se observa uma evolução mais desfavorável, e com maior intensidade nas mulheres. Entre o período do pico pandémico (2020–2021) e 2025, a probabilidade de uma mulher reportar um episódio de doença aumentou de 26% para 43% no grupo etário dos 15 aos 49 anos, ao passo que a variação observada entre mulheres com 80 ou mais anos, de 64% para 65%, não é estatisticamente significativa. Um padrão semelhante é observável entre os homens: no grupo etário mais jovem (15–29 anos), a probabilidade de ocorrência de episódios de doença duplicou, passando de 17% no período

pandémico para 34% em 2025. Por outro lado, o aumento registado entre homens com 80 ou mais anos, de 51% para 56%, não apresenta significância estatística.

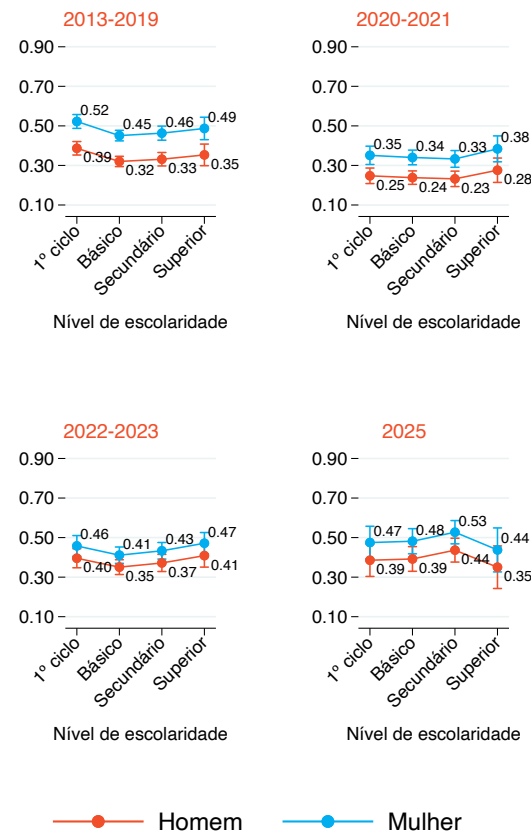


Figura 12. Probabilidade de episódio de doença por nível de escolaridade e género

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade e escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

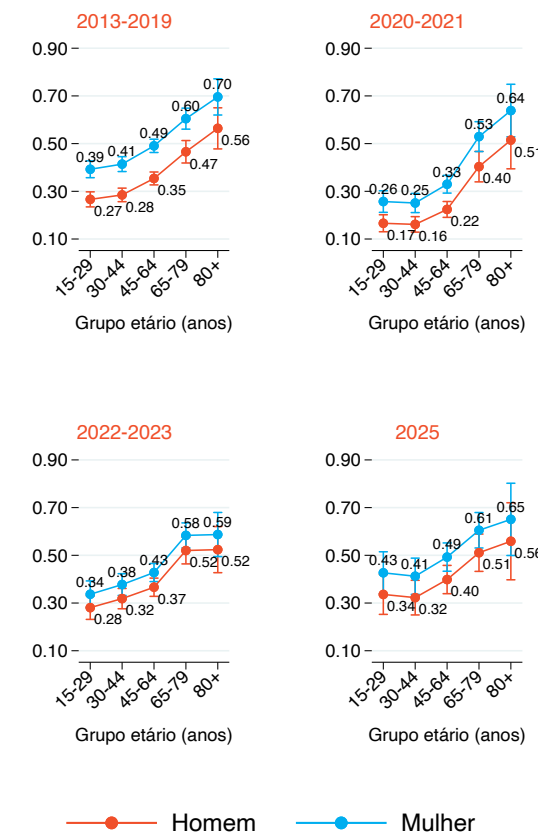


Figura 13. Probabilidade de episódio de doença por grupo etário e género

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo se sentiu doente e 0 se o indivíduo não se sentiu doente). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade e escalão socioeconómico.

Como esperado, a probabilidade de ocorrência de episódios de doença aumenta com a idade. Em 2025 atenuou-se o gradiente etário na ocorrência de episódios de doença. Tal deveu-se não a uma diminuição na probabilidade de doença nos grupos etários mais velhos, mas sim a uma maior ocorrência de episódios de doença em camadas mais jovens da população, sobretudo em mulheres de condição socioeconómica mais baixa.

Indivíduos pertencentes a classes socioeconómicas mais desfavorecidas apresentam uma probabilidade substancialmente superior de sofrer episódios de doença. Em 2025, um indivíduo do escalão económico mais desfavorecido tinha uma probabilidade de 67% de reportar um episódio de doença, comparativamente com apenas 39% entre indivíduos dos escalões mais favorecidos.

2.2 Os que não procuram o sistema de saúde

Quando um indivíduo se sente doente, a primeira decisão consiste em decidir se procura, ou não, auxílio profissional no sistema de saúde. Este é o primeiro momento em que podem surgir barreiras de acesso a cuidados de saúde.

Faça à ocorrência de um episódio de doença, diferentes motivos podem justificar a opção de não se recorrer a auxílio no sistema de saúde. Desde logo, o grau de severidade do episódio de doença influencia a decisão de procurar ajuda profissional. Com efeito, quando a situação é pouco grave e, portanto, o benefício de ir ao sistema de saúde é reduzido, é expectável que a procura por cuidados no sistema de saúde não se materialize. Ou seja, há situações, como as de reduzida gravidade, em que é adequado que os indivíduos, mesmo sentindo-se doentes, não procurem o sistema de saúde. Estas situações evitam a procura desnecessária por cuidados de saúde (a procura é desnecessária no sentido em que o benefício para o doente é menor do que o custo de prestar esse cuidado).

No lado oposto do espectro surgem as situações em que é adequado recorrer ao sistema de saúde, nomeadamente pela maior severidade do episódio de doença, mas em que tal não sucede, por exemplo devido a barreiras financeiras ou geográficas no acesso a cuidados de saúde. Estas situações despoletam necessidades de cuidados de saúde que não se encontram satisfeitas, surgindo, assim, barreiras indevidas (ou excessivas) no acesso a cuidados de saúde. Por conseguinte, nesta secção procurar-se-á estudar a decisão individual de procurar ajuda profissional no sistema de saúde, avaliando se há efeitos sistemáticos que estejam associados a essa decisão.

A Figura 14 ilustra, por ano, a percentagem de inquiridos que, tendo-se sentido doente, optou por não procurar ajuda no sistema de saúde. Após a redução registada em 2023, a proporção de indivíduos que optaram por não recorrer ao sistema de saúde voltou a aumentar em 2025, em linha com a tendência que observada entre 2019 e 2022. Com efeito, em 2025, 14,26% dos inquiridos não procuraram ajuda profissional no sistema de saúde, aquando do último episódio de doença, o que fica 3 pontos percentuais acima da proporção registada em 2023 (11,26%), aproximando-se do valor registado em 2022 (14,17%). Este aumento face a 2023 pode dever-se, por um lado, a uma menor severidade dos episódios de doença, ou a uma maior perceção de barreiras de acesso a cuidados de saúde. Importa mencionar que apesar de a percentagem de indivíduos que optaram por não procurar auxílio no sistema de saúde ter aumentado entre 2023 e 2025, a proporção registada em 2025 continuou abaixo do máximo registado em 2017 (18,81%).

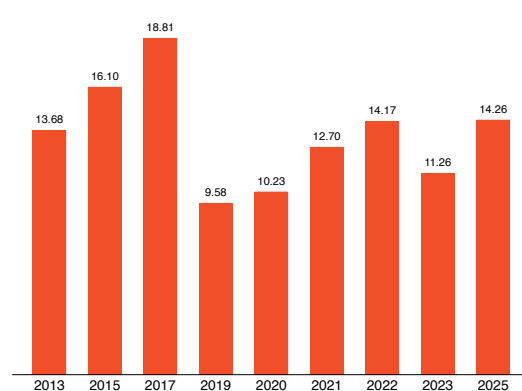


Figura 14. Não procurou auxílio no sistema de saúde, aquando do último episódio de doença (%)

Para as pessoas que optam por não recorrer ao sistema de saúde, a fase seguinte no processo de decisão consiste em definir a abordagem a adotar para solucionar o problema de saúde, dado que não se procurou ajuda profissional. As duas principais alternativas a procurar ajuda profissional consistem em esperar que o problema passe ou em recorrer a automedicação. A alternativa de esperar que o problema se solucione tenderá a ser mais comum nos casos de doença menos severos e com menor risco para a saúde. Por outro lado, o recurso a automedicação pode dever-se a experiências anteriores com problemas similares. Por exemplo, é expectável que doentes crónicos tenham um maior conhecimento de episódios de doença semelhantes, associados à sua condição crónica, pelo que tenderão a sentir-se relativamente mais confortáveis em automedicar-se do que doentes não crónicos, cujos episódios de doença correspondem, à partida, a situações agudas.

Os dados do inquérito permitem avaliar a expressão de ambas as decisões: esperar que o problema passe e recurso à automedicação. Comparativamente com o período pré-pandémico, em 2020 e 2021 registou-se um aumento da proporção de inquiridos a reportar esperar que o problema passe, o que estará relacionado com o risco de contágio

à pandemia da COVID-19 numa ida a unidades de saúde. Posteriormente, em 2022, aumentou de forma expressiva a percentagem de inquiridos que, perante um episódio de doença, não contactaram o sistema de saúde e optaram por esperar que o problema se solucionasse, passando de 35% em 2021 para 56,7% em 2022. Este aumento poderá estar relacionado com o facto de, em 2022, os episódios de doença reportados por estes indivíduos terem sido, em média, menos graves do que nos anos de 2020 e 2021, tornando a opção de esperar mais adequada do que o recurso à automedicação.

Entre 2020 e 2022, observou-se uma redução na proporção de inquiridos que, não recorrendo ao sistema de saúde, optaram pela automedicação. No entanto, esta tendência inverteu-se em 2023 e 2025. Em 2023, a percentagem de inquiridos que referiram automedicar-se foi 32,3 pontos percentuais superior à registada em 2022 e 12,4 pontos percentuais acima do valor observado no pico do período pandémico (63,2%). Em 2025 voltou a observar-se um aumento na percentagem de indivíduos que, tendo optado por não procurar auxílio no sistema de saúde, decidiram automedicar-se. Ainda assim, a proporção de indivíduos que se automedicou em 2025 (76,4%) ficou abaixo do máximo registado em 2019 (77,1%).

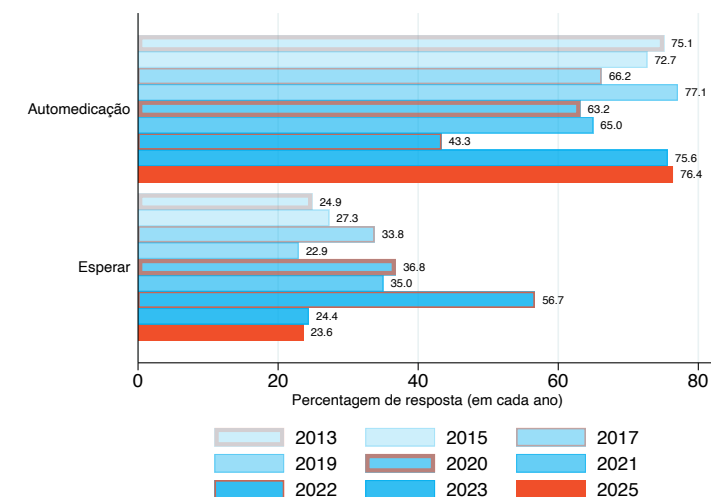


Figura 15. Opção tomada, dado que não procura o sistema de saúde

Na ausência de um diagnóstico claro e de orientações específicas, o recurso à automedicação pode ser nefasto para a saúde dos indivíduos. No entanto, a vivência de problemas de saúde semelhantes no passado ou a perceção de que a situação é pouco grave podem incentivar algumas pessoas a recorrer à automedicação. A Figura 16 apresenta, ao longo dos anos analisados, os principais motivos que despoletaram a escolha pela automedicação.

Em termos agregados, quando se consideram todos os anos analisados, o fator com maior preponderância na escolha por automedicação é a experiência com problemas similares no passado. A vivência recorrente com certos problemas de

saúde, especialmente entre indivíduos com doenças crónicas, acaba por capacitá-los a gerir melhor as suas condições de saúde. Por conseguinte, não é surpreendente que uma grande percentagem de inquiridos que opta por automedicar-se o faz por ter tido problemas semelhantes no passado. Após uma redução, em 2022 e 2023, da percentagem de indivíduos que optaram por se automedicar por terem tido um problema similar no passado, em 2025 registou-se um aumento de 9,2 pontos percentuais na proporção de inquiridos que se automedicaram por já terem tido experiência com um problema semelhante. Ainda assim, a percentagem registada em 2025 (58,8%) fica abaixo dos valores registados nos períodos pré-pandémico (2017-2019) e pandémico (2020-2021).

Após quatro vagas do inquérito (2020-2023) em que não houve inquiridos a reportar ter optado por se automedicar devido a informação obtida através da internet, rádio, televisão ou publicidade, em 2025 verificou-se que 2,6% dos inquiridos optaram por se automedicar por terem acedido a informação relevante através destes canais. Por outro lado, diminuiu a percentagem de indivíduos que se automedicou por conselho de amigos ou familiares. Ainda assim, de um modo geral, a automedicação não surge como sendo induzida por esforço comercial. De acordo com a amostra recolhida, a experiência passada – quer experiência com a doença, quer experiência com o medicamento utilizado – aparenta ser o fator determinante na decisão de recorrer à automedicação.

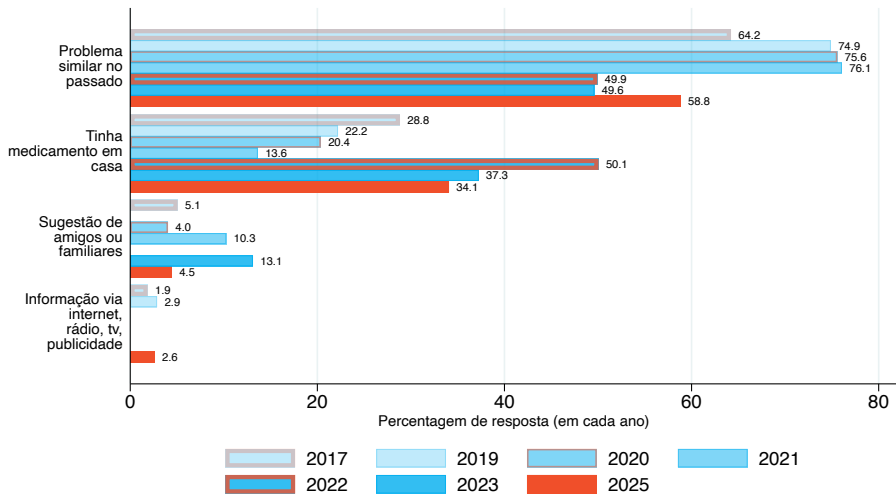


Figura 16. Motivos para escolher automedicação

Com o intuito de compreender melhor os motivos pelos quais os indivíduos optam por não recorrer ao sistema de saúde perante um episódio de doença, a Tabela 2 apresenta os principais motivos, distinguindo entre indivíduos que optaram por se automedicar e indivíduos que decidiram esperar que o problema de saúde passasse. Ao longo dos anos analisados, o principal motivo para os indivíduos não procurarem ajuda profissional no sistema de saúde foi a perceção de que a doença era de pouca gravidade.

Nos últimos anos (2023 e 2025), ganhou expressão a percentagem de indivíduos a indicar não ter recorrido ao sistema de saúde devido aos tempos de espera. Esta opção pode estar associada com experiências prévias com problemas similares, ou com a disponibilidade de medicamentos no domicílio, o que reduz o custo implícito de não procurar auxílio profissional no sistema de saúde. A perceção, por parte dos inquiridos, de elevados tempos de espera no SNS é corroborada por dados do Portal da Transparência do SNS, que permitem monitorizar como tem evoluído a percentagem de primeiras consultas externas em tempo adequado (Figura 17). Com exceção do período pandémico, a tendência revela que a percentagem de primeiras consultas em tempo adequado tem vindo a diminuir de forma acentuada desde julho de 2021. Com efeito, em julho de 2021, 84,28% das primeiras consultas foram realizadas em tempo adequado, ao passo que setembro de 2025 apenas 48,29% das primeiras consultas ocorreram dentro do tempo adequado.

	2025		2023		2022		2020-2021		2013-2019	
	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar	Automedicação	Esperar
Não era grave	89,1	73,0	91,5	78,7	82,2	88,9	86,8	90,1	91,8	91,4
Não quis esperar para ser atendido	13,0	40,3	16,6	34,6	11,0	-	7,4	4,4	4,6	5,2
Não valia a pena pagar a taxa moderadora	-	-	-	-	-	-	1,9	-	2,7	1,7
Não tinha capacidade de pagar a taxa moderadora	-	-	-	-	-	-	1,9	-	-	3,4
Não tinha capacidade de pagar o transporte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tinha receio de apanhar a COVID-19	2,1	7,2	-	-	6,8	11,1	20,7	17,9	-	-
Outro motivo	-	-	4,3	7,0	-	-	-	-	6,1	2,3
Proporção de cada escolha	76,4	23,6	75,6	24,4	43,3	56,7	64,2	35,8	72,0	28,0

Nota: Os inquiridos podiam selecionar mais do que uma opção.

Tabela 2. Motivos para não ir ao sistema de saúde (2013-2025; %)

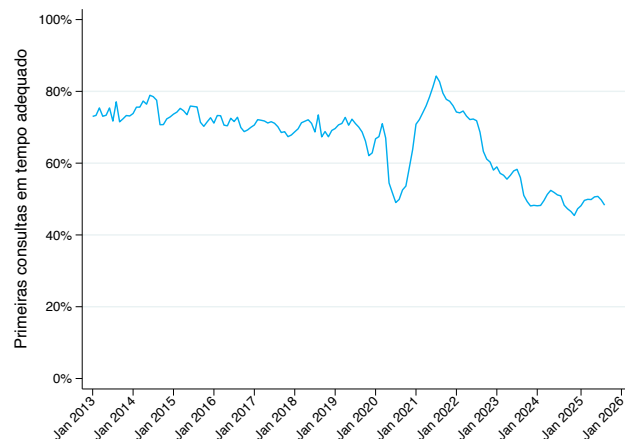


Figura 17. Primeiras consultas em tempo adequado

Fonte: Elaboração própria. Dados da série “Primeiras Consultas em Tempo Adequado” do Portal da Transparência do SNS. Este indicador apresenta a proporção de utentes referenciados (CTH/SIGA) para a primeira consulta externa (CE), que tiveram a consulta realizada dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), em relação ao total de primeiras consultas externas prestadas no período em análise. Para períodos superiores a 2022, todos os indicadores relativos a pedidos de primeiras consultas de especialidade hospitalar com origem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) referem-se a pedidos de referência inscritos no CTH e SIGA.

Em 2025, registou-se um aumento na percentagem de inquiridos que, ao sentirem-se doentes, não procuraram ajuda profissional no sistema de saúde. Entre os que não recorreram ao sistema, 76,4% optaram pela automedicação, justificando essa escolha, na maioria dos casos, com base na experiência prévia com problemas de saúde semelhantes. Os restantes 23,6% preferiram aguardar pela melhoria dos sintomas.

A maioria das pessoas que não procura assistência profissional justifica a decisão com a perceção de que a o problema de saúde é pouco grave. Em 2025, à semelhança do que já havia sido registado em 2023, o peso da percentagem de indivíduos que apontaram os tempos de espera como razão para não recorrerem ao sistema de saúde manteve-se relativamente elevado.

2.3 Os que procuram o sistema de saúde

Para os indivíduos que, perante um episódio de doença, optam por recorrer ao sistema de saúde, essa decisão tenderá a ser determinada por um alargado conjunto de fatores, fatores estes que se poderão influenciar mutuamente. Por conseguinte, procede-se à análise de regressões, que permite isolar a influência de cada um dos fatores considerados. Para além dos aspetos anteriormente contemplados, quando se avaliou a probabilidade de o inquirido sofrer um episódio de doença, como o grupo etário, o nível de escolaridade, a classe socioeconómica e o género, há fatores adicionais que importa contemplar quando se avalia a decisão de os indivíduos procurarem ajuda no sistema de saúde aquando de um episódio de doença.

Em primeiro lugar, é expectável que doentes crónicos reportem mais frequentemente situações de doença, o que poderá, por seu turno, influenciar a procura por cuidados de saúde formais. Por conseguinte, individualizaram-se estas situações através de uma variável identificadora, consoante a pessoa inquirida tenha reportado que é doente crónica, ou não.

Adicionalmente, o custo para o cidadão de aceder a cuidados de saúde também é um elemento com potencial de influenciar a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde. Em particular, a isenção de pagamento de taxa moderadora no SNS poderá ser um fator determinante na decisão, pelo que também se inclui na análise uma variável identificadora desta situação. Para os indivíduos que não têm isenção de taxa moderadora, o custo expectável do contacto com o sistema de saúde tenderá a pesar na decisão, de modo que se incluiu na análise de regressões uma variável com o custo esperado.

Também o tempo de espera e o tempo de deslocação para a unidade de saúde afetam a decisão de procurar ajuda no sistema de saúde. Assim, incluiu-se nas regressões uma estimativa destes tempos, conforme reportado

pelos inquiridos. Finalmente, indivíduos com médico de família podem ter maior facilidade no acesso a cuidados de saúde, pelo que também se isolaram estes indivíduos mediante uma variável identificadora de ser seguido regularmente por um médico de família.

Quando se têm em consideração os vários fatores em simultâneo, verifica-se que, em 2025, a decisão de procurar auxílio no sistema de saúde dependia sobretudo do grupo etário e do género (Figura 18). Com efeito, para indivíduos com 80 ou mais anos, a probabilidade de recorreram a auxílio profissional no sistema de saúde, aquando de um episódio de doença, é de 96%. Esta probabilidade é estatisticamente superior à registada em grupos etários mais jovens (15-29 anos: 84%, 30-44 anos: 68%; 45-64 anos: 87%), mas não difere da registada por pessoas com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos. Adicionalmente, face a um episódio de doença, as mulheres têm uma probabilidade de 89% de procurar ajuda profissional, sendo que nos homens esta probabilidade é de 81%.

Contrariamente ao que se registava em 2023 (Figura 19), em 2025 a probabilidade de um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido recorrer ao sistema de saúde, aquando de um episódio de doença, não difere da registada nos restantes escalões económicos (Figura 18), quando se controla simultaneamente por outras características socioeconómicas, como o grupo etário, o nível de escolaridade, o género e a condição de doente crónico. Tal poder-se-á dever ao facto de em 2025 a severidade dos episódios de doença no grupo socioeconómico com maiores privações económicas ser mais semelhante à dos restantes escalões económicos. Por outro lado, esta convergência pode refletir um agravamento na perceção de barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, para indivíduos mais desfavorecidos, uma vez que a probabilidade de estes recorrerem a ajuda profissional no sistema de saúde é substancialmente inferior em 2025 (85%) quando comparada com a registada em 2023 (99%).

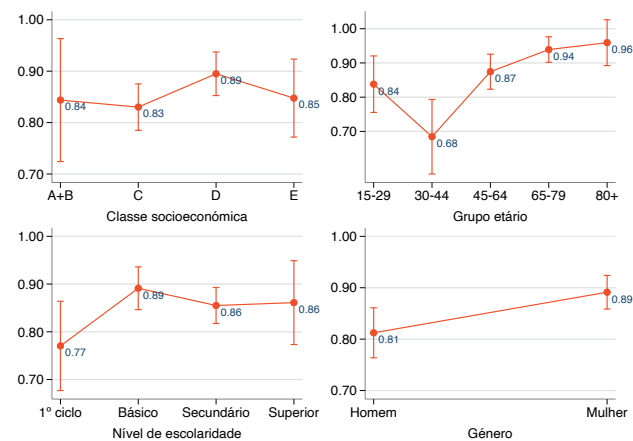


Figura 18. Probabilidade de ir ao sistema de saúde, em 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo procurou ajuda no sistema de saúde e 0 se não procurou ajuda). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, isenção de taxa moderadora, tempo de espera, tempo até à unidade de saúde e despesa. Intervalos de confiança 95%.

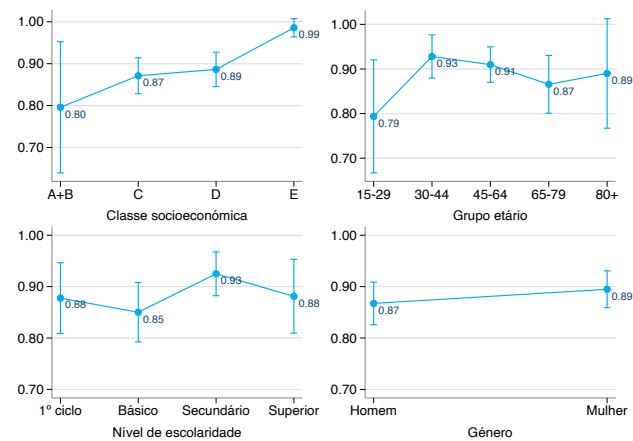


Figura 19. Probabilidade de ir ao sistema de saúde, em 2023

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo procurou ajuda no sistema de saúde e 0 se não procurou ajuda). Variáveis explicativas: género, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, isenção de taxa moderadora, tempo de espera, tempo até à unidade de saúde e despesa. Intervalos de confiança 95%.

A Figura 20 ilustra os principais motivos para procurar auxílio no sistema de saúde mencionados em 2025 e a sua comparação com anos anteriores. Verifica-se uma grande homogeneidade ao longo dos anos, com o surgimento de um problema inesperado a ser o principal motivo para os cidadãos procurarem cuidados de saúde. Em 2025, este motivo explica cerca de 56,6% das decisões de recorrer ao sistema de saúde, abaixo do valor médio verificado em 2022 e em 2023 (61,9%), mas em linha com o valor reportado durante o período pandémico (2020-2021: 54,9%) e pré-pandémico (2013-2019: 58,2%).

O segundo motivo apresentado está relacionado com doenças crónicas. Em 2025, 34% dos inquiridos que optaram por recorrer ao sistema de saúde fizeram-no na sequência de um agravamento ou descompensação da sua doença crónica, ligeiramente acima da percentagem registada nos anos 2022 e 2023 (31,1%).

Em terceiro e quarto lugar, mas com um peso muito residual na amostra, surgem dois motivos adicionais: o agravamento de um problema anterior em que não se procurou ajuda e tratamento incompleto de um problema anterior. Em 2025, estes dois motivos tinham sido apontados por apenas 9,3% das pessoas que, tendo-se sentido doentes, optaram por recorrer ao sistema de saúde.

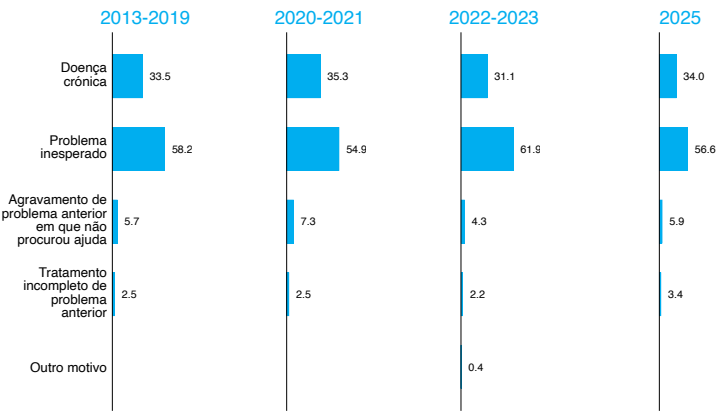


Figura 20. Motivo para procurar auxílio no sistema de saúde (%)

Os indivíduos com 65 ou mais anos apresentam uma maior probabilidade de recorrer ao sistema de saúde perante um episódio de doença, o que poderá estar associado a um maior risco de problema sério autopercionado. No que respeita aos motivos que levam à procura por cuidados de saúde, em 2025 destaca-se, à semelhança do observado em anos anteriores, a ocorrência de problemas inesperados, que se mantém como o principal fator determinante do recurso ao sistema de saúde.

3. Necessidades não satisfeitas

Necessidades não satisfeitas

A avaliação de barreiras de acesso a cuidados de saúde é frequentemente tomada como correspondendo a necessidades não satisfeitas. Como discutido anteriormente, barreiras de acesso que resultem em privar os cidadãos de contactos com o sistema de saúde que são necessários constituem um custo de saúde para a população e um diferimento de custo (despesa) para o sistema de saúde. Poderá mesmo suceder que esse custo diferido acabe por ser superior ao custo associado com um contacto mais precoce com o sistema de saúde, se o agravamento do estado de saúde por adiamento de tratamento resultar num problema mais sério e mais oneroso para o sistema de saúde.

Uma das principais dificuldades em avaliar o acesso a cuidados de saúde, ou a sua falta, prende-se com a definição do que constitui uma necessidade de acesso ao sistema de saúde. Uma visão muito lata é considerar que existe uma necessidade de acesso a cuidados de saúde quando existe capacidade para beneficiar dos cuidados de saúde disponíveis, o que implica que a pessoa tenha uma condição que prejudique a sua saúde e que possa ser melhorada por algum tipo de tratamento.

Numa perspetiva de adequada utilização dos serviços de saúde, deve-se ainda considerar que não basta o benefício existir, deverá ser suficientemente relevante. O uso de recursos de saúde para atender a situações de muito baixo benefício, e eventualmente suscetíveis de serem resolvidos de outro modo, tem um custo de oportunidade para o sistema de saúde e para a sociedade. Contudo, definir a linha de fronteira de uma forma universal é impossível, numa perspetiva prática.

Situações de aparente necessidade de cuidados de saúde podem não o ser, por um lado, e situações de necessidade podem não ser identificadas pela pessoa. Assim, num sistema de saúde tanto podem existir situações de uso desapropriado (em que o benefício resultante não justifica os recursos usados) como podem existir situações de necessidades

não satisfeitas. O conhecimento quantitativo destas situações tem de ser obtido a partir de inquéritos à população, uma vez que a utilização registada de cuidados de saúde no SNS nada informa sobre necessidades não satisfeitas ou necessidades satisfeitas fora do SNS.

Os dados recolhidos no Inquérito de Acesso permitem avaliar as necessidades não satisfeitas despoletadas por barreiras financeiras e não financeiras, mediante perguntas que inquiram sobre situações em que os indivíduos sentiram necessidade de recorrer a cuidados de saúde ou adquirir produtos de saúde e não o fizeram.

3.1 Barreiras Financeiras

Em todos os países, independentemente do modelo de sistema de saúde adotado (ex: sistema de saúde universal, sistema de saúde de seguro obrigatório, sistema de saúde de seguro voluntário), subsiste uma parcela da despesa em saúde que é suportada diretamente pelos cidadãos, ou seja, que não é coberta pelo Estado nem por seguros voluntários ou obrigatórios. Em Portugal, apesar da existência do Serviço Nacional de Saúde – que é universal, tendencialmente gratuito e financiado maioritariamente por via de impostos – cerca de 29% das despesas em saúde são asseguradas diretamente pelos cidadãos, uma percentagem substancialmente acima da média da OCDE (19%) (OCDE, 2025). Dada a elevada desproteção financeira dos residentes em Portugal para despesas em saúde, importa aferir em que medida as barreiras financeiras afetam o acesso da população a cuidados de saúde.

Diferentes indicadores podem ser utilizados para aferir a existência e impacto de barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde. A Figura 21 ilustra como evoluiu, entre 2023 e 2025, a probabilidade de um indivíduo não adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença, por grupo etário e por classe socioeconómica,

tendo em conta características adicionais dos indivíduos, como por exemplo o nível de escolaridade. Os dados evidenciam que não há diferenças substanciais entre grupos etários no que toca à probabilidade de não adquirir todos os medicamentos necessários. Porém, observa-se um gradiente socioeconómico muito severo na probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, sendo que este gradiente se acentuou em 2025. Com efeito, em 2023, um indivíduo do escalão económico mais desfavorecido (E), tinha uma probabilidade de 41% de não adquirir toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, 40 pontos percentuais superior à registada nos escalões económicos mais altos (A e B). No entanto, em 2025, a probabilidade de indivíduos com maiores privações económicas reportarem esta barreira financeira era de 52%, situando-se 51 pontos percentuais acima da probabilidade observada nos grupos com menores dificuldades económicas (escalões A e B).

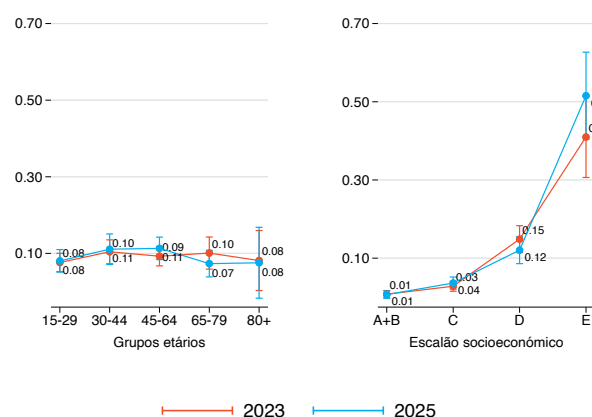


Figura 21. Probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia (2023 e 2025)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo não adquiriu toda a medicação necessária e 0 se adquiriu toda a medicação necessária). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

Para além de avaliar a evolução entre 2023 e 2025, importa aferir as tendências mais longas de evolução de dificuldades de acesso à medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença. A Figura 22 ilustra estas tendências. A análise por grupos etários mostra que face ao período crítico da pandemia da COVID-19 (2020-2021), no período pós-pandémico (2022-2023) e em 2025 registou-se um agravamento na probabilidade de os indivíduos não adquirirem todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença, aproximando-se essas probabilidades das registadas no período antecedente à pandemia (2013-2019). O gradiente socioeconómico na probabilidade de não aquisição de toda a medicação necessária, que se tinha atenuado durante o período pandémico, voltou a intensificar-se de forma marcada no pós-pandemia, tendo atingido em 2025 o seu expoente máximo. Com efeito, em 2020 e 2021, a probabilidade de um indivíduo pertencente ao escalão socioeconómico mais desfavorecido não adquirir toda a medicação necessária era cerca de 8,5 vezes superior à observada entre indivíduos dos escalões económicos mais favorecidos (19,64% vs. 2,34%). Em 2025, esta desigualdade agravou-se substancialmente, tendo a probabilidade de não aquisição total da medicação necessária entre indivíduos com maiores dificuldades financeiras passado a ser 36 vezes superior à registada entre os indivíduos economicamente mais favorecidos (51,81% vs. 1,43%).

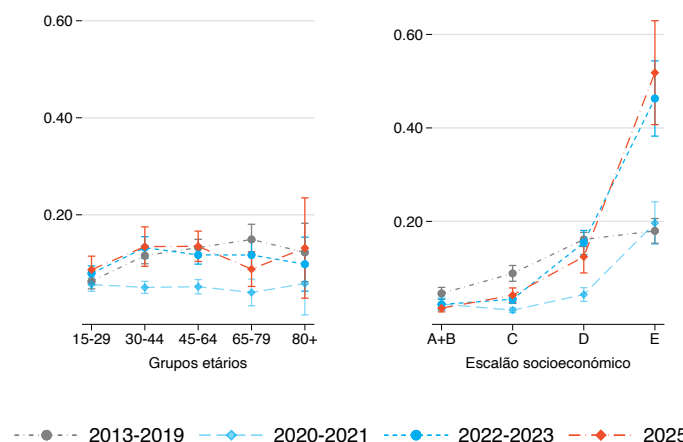


Figura 22. Probabilidade de não adquirir todos os medicamentos que devia, por período

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo não adquiriu toda a medicação necessária e 0 se adquiriu toda a medicação necessária). Variáveis explicativas: indicador de grupo de anos (2013-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2025), grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

A dificuldade em adquirir todos os medicamentos necessários ao tratamento de um episódio de doença pode ser vista como um indicador de barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde. Ainda na área do medicamento, a substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico pode ser vista como um indicador adicional que permite aferir a existência de barreiras financeiras. Com efeito, a substituição de medicamentos de marca por genéricos pode traduzir-se num menor pagamento por parte do cidadão, sem comprometer os resultados em saúde.

Entre grupos etários, não se verifica uma diferença substancial na probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico (Figura 23 e Figura 24). Porém, tanto em 2023 como em 2025, inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos reportaram uma menor probabilidade de solicitar substituição de medicamento de marca por um medicamento genérico, do que indivíduos com idades superiores. Para cada grupo etário analisado, não houve alterações estatisticamente significativas na probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico, entre 2023 e 2025.

No que toca à classe socioeconómica, regista-se um acentuado gradiente socioeconómico na probabilidade de pedir substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico, com os indivíduos de escalões socioeconómicos mais baixos a reportarem probabilidades superiores (Figura 23). Em 2025, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico mais baixo (E) solicitar substituição foi de 60%, o que é cerca de 2,5 vezes superior à probabilidade registada por indivíduos dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B). Apenas para os escalões socioeconómicos mais abastados se verificam diferenças estatisticamente significativas na probabilidade de pedir substituição de medicamentos de marca por medicamentos genéricos, entre 2023 e 2025: em 2023 esta probabilidade era de 11%, ao passo que em 2025 era de 24%. Esta evolução, conjugada com o facto de a proporção de indivíduos nos escalões económicos mais altos que reporta não adquirir toda a medicação necessária se ter mantido inalterada entre 2022 e 2025 e num valor muito baixo (1%) (Figura 21), sugere que a população está a tomar maior consciência sobre as vantagens económicas de adquirir medicamentos genéricos.

Numa ótica de análise temporal mais lata, observa-se que no período pós-pandémico a probabilidade de optar por medicamentos genéricos em detrimento de medicamentos de marca é maior para a generalidade dos grupos etários e classes socioeconómicas (Figura 24).

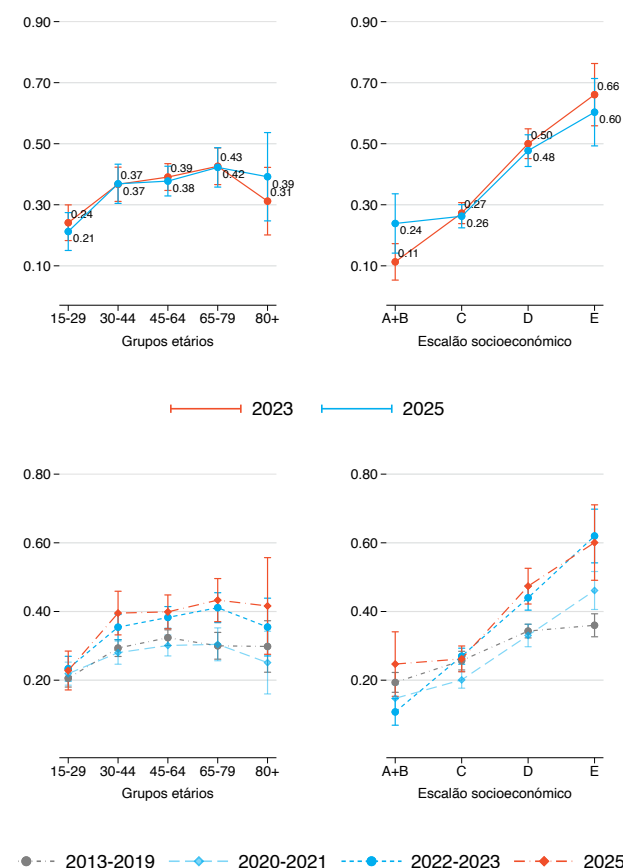


Figura 23. Probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico (2023 e 2025)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico e 0 se não pediu substituição). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

Figura 24. Probabilidade de pedir substituição de medicamento de marca por medicamento genérico, por período

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o pediu substituição de medicamento de marca por medicamento genérico e 0 se não pediu substituição). Variáveis explicativas: indicador de grupo de anos (2013-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2025), grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

As dificuldades financeiras afetam não apenas o acesso a medicamentos, mas também o acesso a consultas ou urgências. Quando se avalia a probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro, por grupo etário e já tendo em consideração características adicionais dos indivíduos (nível de escolaridade e escalão socioeconómico), verifica-se que a probabilidade é bastante reduzida para todos os grupos etários, situando-se abaixo dos 10% (Figura 25). Porém, uma análise por escalão socioeconómico revela um gradiente socioeconómico muito marcado, com indivíduos de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos a terem uma probabilidade muito superior de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro. Ainda assim, o gradiente socioeconómico tornou-se menos acentuado em 2025, face ao observado em 2023. Em 2025, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico mais desfavorecido (E) não ir a uma consulta ou urgência por restrições financeiras era 12%, ou seja, 11 pontos percentuais superior à registada nos escalões socioeconómicos mais favorecidos. Em 2023, esta diferença era muito superior, de 21 pontos percentuais.

A redução do gradiente socioeconómico resulta, sobretudo, da diminuição da probabilidade de indivíduos pertencentes ao escalão socioeconómico mais desfavorecido não recorrerem a consultas ou ao serviço de urgência por falta de recursos financeiros, que passou de 21% em 2023 para 12% em 2025. De modo contrário, entre os indivíduos do escalão económico C, a probabilidade de abdicar de uma consulta ou ida à urgência por motivos financeiros aumentou em 3 pontos percentuais entre 2023 e 2025. Nos restantes escalões económicos (A e B; D), não se observam variações estatisticamente significativas nesta barreira financeira no mesmo período.

Em linha com o observado nos outros indicadores de barreiras financeiras de acesso a cuidados de saúde, a probabilidade de os indivíduos não irem a uma consulta ou urgência por restrições financeiras agravou-se no período pós-pandémico, comparativamente com o período pandémico, para indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 79 anos (Figura 26). De igual modo, o gradiente socioeconómico, apesar de ter diminuído face a 2023, continua acima do registado durante o pico pandémico (2020-2021) (Figura 26).

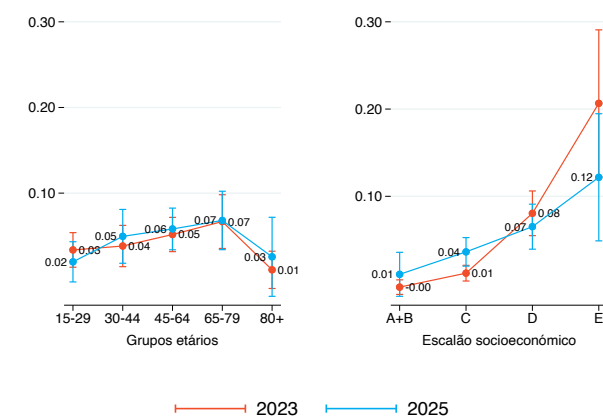


Figura 25. Probabilidade de não ir a uma consulta ou à urgência por falta de dinheiro (2023 e 2025)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se não foi a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro e 0 se não enfrentou esta barreira financeira). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

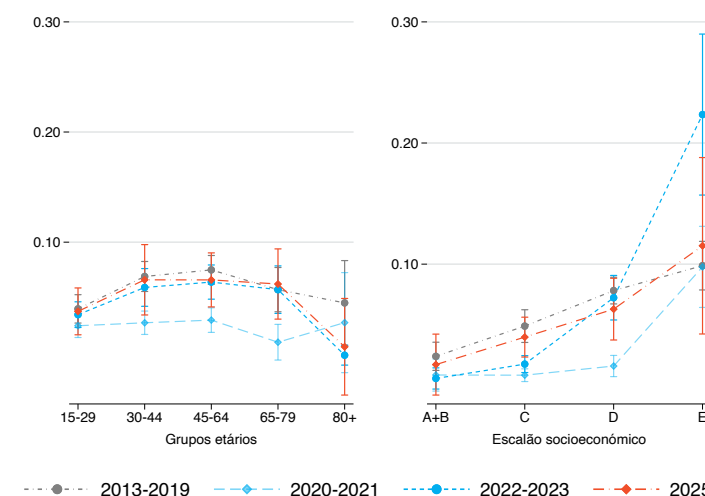


Figura 26. Probabilidade de não ir a uma consulta ou à urgência por falta de dinheiro, por período

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo de regressão linear em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se não foi a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro e 0 se não enfrentou esta barreira financeira). Variáveis explicativas: indicador de grupo de anos (2013-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2025), grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

A existência de barreiras financeiras, quando avaliada através de indicadores como a probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária ou a probabilidade de não ir a uma consulta ou serviço de urgência por falta de dinheiro, torna evidente que existem indivíduos que se veem privados de cuidados de saúde devido à sua condição económica. Porém, mesmo para indivíduos que conseguem, efetivamente, aceder a cuidados de saúde, importa aferir como têm evoluído as despesas incorridas, uma vez que tal permite, em parte, monitorizar o esforço financeiro incorrido pela população no acesso a cuidados de saúde.

Note-se que o esforço financeiro necessário para aceder a cuidados de saúde pode resultar não apenas de eventuais pagamentos diretos cobrados no SNS – como taxas moderadoras nos serviços de urgência, para utentes que não tenham sido referenciados – mas também de componentes de despesa que extravasam o setor da saúde. Indivíduos que vivam em locais mais isolados e sem uma rede adequada de transportes públicos, por exemplo, poderão ter de incorrer em despesas de transporte consideráveis para se deslocarem até ao serviço de saúde.

Nos últimos anos, têm sido implementadas diversas medidas com o intuito de, por um lado, reduzir os encargos diretos do cidadão no acesso a cuidados de saúde primários e de serviços de urgência no SNS, e, por outro, orientar o fluxo de doentes no SNS para os serviços adequados. Em 2020, deixaram de ser cobradas taxas nas consultas nos cuidados de saúde primários (Lei n.º 2/2020, de 31 de março). A partir de setembro de 2020, foram também eliminadas as taxas nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs) realizados em instituições e serviços públicos de saúde, quando prescritos nos cuidados de saúde primários do SNS (Lei n.º 2/2020, de 31 de março). Posteriormente, em janeiro de 2021, a isenção foi alargada a todos os exames complementares prescritos nos cuidados de saúde primários do SNS,

independentemente de serem realizados no SNS ou em entidades convencionadas (Decreto-Lei n.º 96/2020, de 4 de novembro).

Adicionalmente, nos serviços de urgência, os cidadãos não pagam taxas moderadoras se tiverem sido referenciados pelo SNS ou se a urgência resultar em admissão a internamento (Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio). Pretende-se, assim, incentivar indivíduos com problemas de saúde de menor gravidade a procurar auxílio profissional nos cuidados de saúde primários, em vez de recorrerem aos serviços de urgência, que devem ser reservados para episódios graves.

A Figura 27 apresenta a evolução do valor médio reportado nas diferentes categorias de despesa associadas a uma deslocação aos cuidados de saúde primários do SNS, entre 2015 e 2025, distinguindo entre valores nominais (a preços correntes) e valores reais, obtidos através da eliminação do efeito da inflação, com base em preços constantes de 2015.

No que respeita às taxas moderadoras, observa-se um aumento do valor médio nominal reportado, de 0,7€ em 2023 para 1,3€ em 2025. Este acréscimo não resulta de qualquer alteração ao regime de cobrança de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários, uma vez que, desde 2020, não são cobradas taxas nas consultas neste nível de cuidados e, desde 2021, também não são cobradas taxas nos meios complementares de diagnóstico e terapêutica prescritos nos cuidados de saúde primários, independentemente de serem realizados no SNS ou em entidades convencionadas. Assim, o aumento dos encargos médios reportados nesta rubrica resulta, muito provavelmente, de erros de classificação por parte dos inquiridos, associados a uma perceção imprecisa das isenções de taxas moderadoras atualmente em vigor nos cuidados de saúde primários do SNS.

Em 2025, o custo nominal associado aos transportes numa deslocação aos cuidados de saúde primários do SNS atingiu o valor máximo da série (2,9€). Este aumento pode refletir, por um lado, uma atualização dos preços dos transportes utilizados – assumindo que o padrão de mobilidade dos cidadãos se manteve semelhante ao observado em 2023 – e, por outro, eventuais alterações nos meios de transporte a que os cidadãos recorrem para aceder a este nível de cuidados.

Os encargos com medicamentos mantêm-se como a principal componente da despesa associada às deslocações aos cuidados de saúde primários. Em média, os cidadãos reportam uma despesa de cerca de 25€ em medicamentos prescritos no âmbito de uma consulta nos cuidados de saúde primários do SNS, correspondendo, em termos nominais, ao valor mais elevado desde 2015. Este resultado surge apesar da implementação, nos últimos anos, de medidas destinadas a reduzir os encargos diretos dos cidadãos com medicamentos. A título ilustrativo, desde 2024, os medicamentos sujeitos a receita médica prescritos a beneficiários do Complemento Solidário para Idosos passaram a ser integralmente comparticipados pelo Estado, não implicando qualquer pagamento por parte destes utentes (Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio). Contudo, quando se consideram as despesas em termos reais, verifica-se que o valor médio incorrido com medicamentos em 2025 se situa em 20,1€, ligeiramente abaixo do máximo observado em 2021 (23,3€), sugerindo que o aumento nominal recente reflete, em parte, o efeito da inflação e não um agravamento estrutural da despesa real.

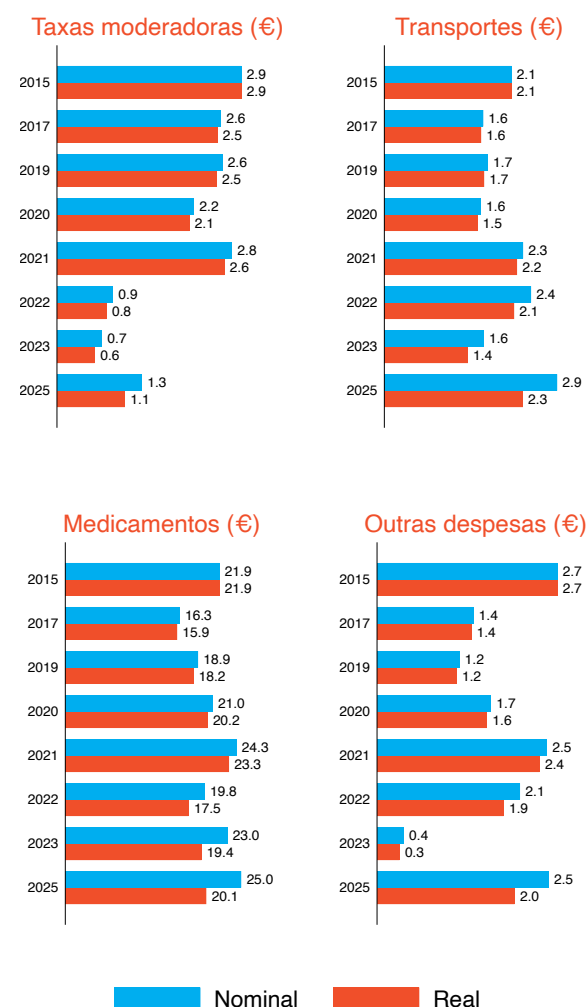


Figura 27. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por ano

Nota: As despesas nominais foram deflacionadas utilizando o Índice Harmonizado de Preços no Consumidor (IHPC), de forma a obter valores reais expressos a preços constantes de 2015 (Eurostat, 2025). Para deflacionar as despesas de 2025 considerou-se como IHPC a média dos IHPC mensais de janeiro de 2025 a outubro de 2025 (Banco de Portugal, n.d.).

A Figura 28 e a Figura 29 apresentam, para 2025, a decomposição da despesa associada a uma visita aos cuidados de saúde primários do SNS, pelas quatro categorias consideradas. A Figura 28 apresenta esta decomposição por grupo etário, ao passo que a Figura 29 ilustra a mesma decomposição por escalão socioeconómico.

Em 2025, e à semelhança do registado em 2023, verifica-se que os utentes com 65 ou mais anos tendem a reportar encargos com taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários do SNS substancialmente inferiores aos reportados pela população mais jovem (Figura 28). Tal sugere que a população idosa tem uma perceção mais correta dos reais custos incorridos com taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários do SNS, provavelmente devido à utilização mais frequente destes serviços. Verifica-se, sem surpresa, que a despesa com medicamentos associada a idas aos cuidados de saúde primários aumenta substancialmente com a idade, à semelhança dos restantes anos.

Em termos de categorias de despesa por classe socioeconómica, são os indivíduos dos escalões socioeconómicos mais favorecidos que reportam despesas mais elevadas com taxas moderadoras em idas a cuidados de saúde primários do SNS (1,6€). Este resultado sinaliza que pessoas desses escalões económicos têm menor perceção das isenções de taxas moderadoras atualmente em vigor nos cuidados de saúde primários. Como esperado, a classe financeiramente mais desfavorecida (E), é a que beneficia mais da isenção das taxas moderadoras. Porém, este efeito é mais do que compensado pelos custos de transporte que suportam (ou outros grupos provavelmente recorrem a transporte próprio, sem custo imediato e associado com o episódio de doença).

As despesas com medicamentos adquiridos na sequência de uma ida aos cuidados de saúde primários são substancialmente superiores em indivíduos do escalão socioeconómico mais desfavorecido (31,4€). Não só a despesa média com medicamentos é maior em termos absolutos, como será ainda mais expressiva se se tiver em consideração o rendimento disponível das pessoas de cada classe socioeconómica. Neste sentido, importa estudar a viabilidade de se alargarem os regimes especiais de comparticipação a pessoas em situação de vulnerabilidade económica, que não sendo idosas, não são elegíveis para a comparticipação a 100% de medicamentos sujeitos a receita médica prescritos a beneficiários do Complemento Solidário para Idosos.

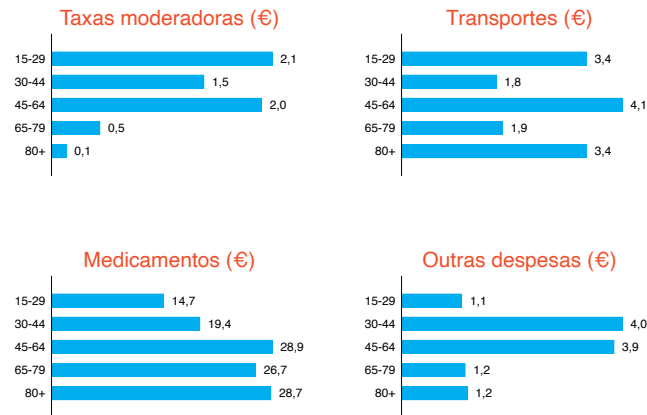


Figura 28. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por grupo etário em 2025 (despesas medidas a preços correntes)

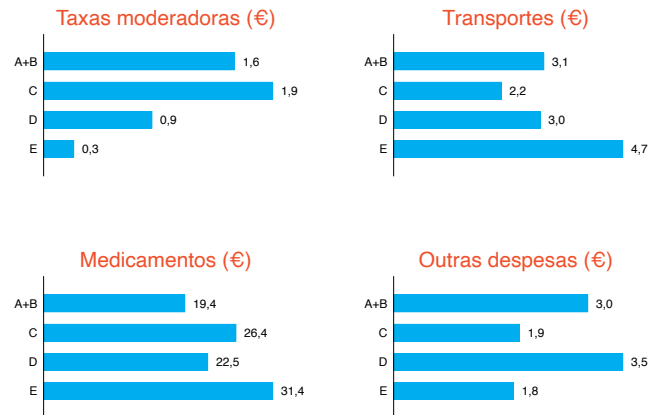


Figura 29. Despesas em ida aos cuidados de saúde primários no SNS, por escalão socioeconómico em 2025 (despesas medidas a preços correntes de 2025)

Os gráficos anteriores, embora informativos, são apenas descritivos e não permitem isolar o efeito dos diferentes determinantes da despesa incorrida numa ida aos cuidados de saúde primários do SNS. Por conseguinte, estimaram-se modelos para aferir o contributo de cada atributo na despesa total, na despesa com taxas moderadoras e na despesa com medicamentos adquiridos no seguimento de uma consulta nos cuidados de saúde primários (Tabela 3). Os resultados revelam que as despesas totais incorridas aumentam com a idade e que tal se deve a maiores despesas com medicamentos. Com efeito, em média, a despesa incorrida com medicamentos, por indivíduos com idades entre os 65 e os 79 anos é 9,42€ superior à registada entre pessoas com idades entre os 15 e os 29 anos. Comparativamente com o grupo mais jovem, idosos com 80 ou mais anos têm, em média, uma despesa adicional com medicamentos na ordem dos 11,29€.

Adicionalmente, a despesa incorrida com medicamentos por episódio de doença, para utentes com privações económicas (escalão E) é, em média, superior em 4,47€, comparativamente com as despesas incorridas pelos escalões mais favorecidos. Este resultado tenderá a dever-se à maior severidade dos episódios de doença. Este maior valor absoluto de despesas suportado por pessoas de menores rendimentos evidencia o esforço relativo superior em que esta população incorre para adquirir a medicação necessária. Doentes crónicos têm, em média, uma despesa com medicamentos 8€ superior à registada por indivíduos sem doenças crónicas.

Com o objetivo de avaliar o impacto da comparticipação integral de medicamentos sujeitos a receita médica prescritos a beneficiários do Complemento Solidário para Idosos (Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio), foram estimados modelos análogos aos apresentados na Tabela 3, incorporando uma variável de interação adicional que identifica despesas incorridas em 2025 por idosos pertencentes ao escalão económico mais desfavorecido (escalão E). No entanto, esta variável não apresentou significância estatística, mantendo-se os resultados globalmente inalterados. Finalmente, no que respeita a despesas com taxas moderadoras, como esperado, doentes isentos de taxas registam despesas inferiores com esta rubrica da despesa. A significância estatística desse efeito tenderá a dever-se ao facto de nalguns anos analisados a isenção de taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários ainda não ter sido alargada a toda a população.

	Total		Taxas moderadoras		Medicamentos	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Grupo etário						
30-44	4,65**	2,01	0,06	0,17	3,40**	1,34
45-64	6,01***	1,99	0,15	0,17	6,53***	1,32
65-79	9,39***	2,31	0,16	0,23	9,42***	1,56
80+	9,77***	3,01	0,19	0,38	11,29***	2,15
Mulher	0,88	1,09	-0,03	0,11	1,31*	0,75
Escalão						
C	0,14	2,03	0,18	0,18	0,52	1,39
D	1,09	2,09	0,18	0,18	1,00	1,43
E	4,98*	2,59	0,37	0,23	4,47**	1,75
Escolaridade						
Básico	-0,52	1,47	0,32**	0,15	-0,69	1,01
Secundário	1,51	1,81	0,21	0,18	-0,17	1,24
Superior	4,23*	2,46	0,57**	0,26	0,22	1,67
Doente crónico	7,97***	1,19	-0,16	0,12	8,15***	0,82
Isento taxas	-4,09***	1,24	-3,93***	0,16		
Ano						
2019	0,60	2,11	0,022	0,20	1,65	1,34
2020	3,35	2,35	-0,16	0,21	2,83*	1,51
2021	6,58***	2,42	0,93***	0,25	6,88***	1,50
2022	1,65	2,00	-1,21***	0,20	1,55	1,35
2023	-0,21	2,06	-1,23***	0,20	2,09	1,37
2025	4,65**	2,20	-0,33	0,24	2,97**	1,47
Observações	2.209		3.972		3.237	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

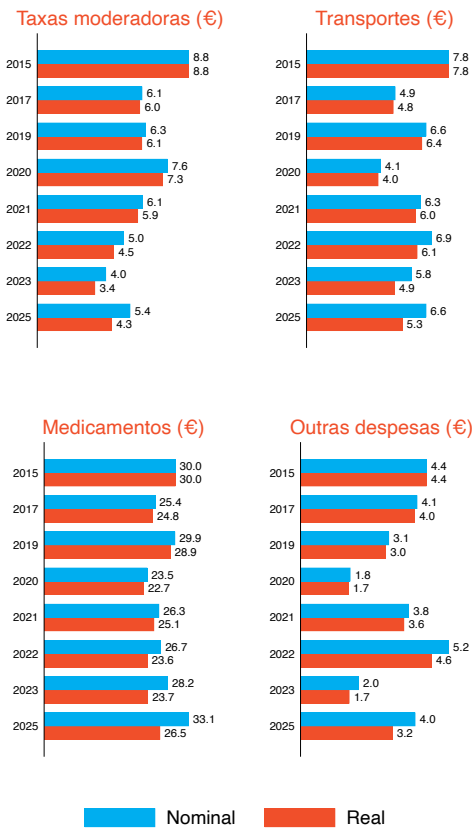
Tabela 3. Efeitos marginais médios nas despesas incorridas numa ida aos cuidados de saúde primários do SNS (consideraram-se despesas reais, euros 2015)

Nota: Estimativas obtidas através de um modelo em duas partes. A primeira parte estima a probabilidade de incorrer em despesa, recorrendo a um modelo de regressão probit; a segunda parte estima o nível da despesa, condicional à existência de despesa positiva, através de um modelo de regressão linear.

Categorias de referência: grupo etário 15-29 anos; 1º ciclo do ensino básico ou sem qualquer nível de escolaridade concluído; homem; Escalões A e B; indivíduo sem doenças crónicas; indivíduo não isento de taxas moderadoras (apenas para as regressões da despesa total e da despesa com taxas moderadoras); ano 2017. Para efeitos de estimação apenas se consideraram despesas a partir de 2017, uma vez que no inquérito de 2015 ainda não se identificava se o indivíduo era ou não doente crónico. Consideraram-se despesas reais (euros 2015).

A Figura 30 ilustra a evolução, nominal e real, do valor médio reportado para uma ida aos serviços de urgência do SNS, pelas quatro categorias consideradas (taxas moderadoras, transportes, medicamentos e outras despesas). Uma primeira observação que merece destaque é que as despesas médias reportadas numa ida às urgências hospitalares são superiores às reportadas numa ida aos cuidados de saúde primários, em todas as categorias e anos avaliados.

A tendência global de redução do valor médio reportado em taxas moderadoras associadas a uma ida aos serviços de urgência do SNS reflete, em grande medida, as políticas de alargamento das isenções e de redução dos valores cobrados neste nível de cuidados.² Contudo, em 2025 observa-se um aumento de 1,4€ nas despesas nominais médias reportadas com taxas moderadoras, face a 2023. Este acréscimo pode indicar um maior recurso aos serviços de urgência sem referência prévia pela linha SNS 24 ou por outros serviços do SNS, situação em que a cobrança de taxa moderadora, por norma, se mantém. Em alternativa, este aumento pode também refletir erros de reporte por parte dos inquiridos, associados a uma perceção imprecisa dos valores efetivamente cobrados ou das isenções em vigor, levando-os a sobredeclarar as despesas incorridas.



À semelhança do que se observa nos cuidados de saúde primários, os medicamentos constituem a principal componente das despesas diretas associadas a idas aos serviços de urgência do SNS. Em 2025, a despesa com medicamentos representava 67,4% do total das despesas médias incorridas numa ida aos serviços de urgência, registando-se uma ligeira diminuição face a 2023, ano em que esta rubrica correspondia a 70,5% do total.

As despesas médias com medicamentos reportadas no contexto das urgências são superiores às registadas nas deslocações aos cuidados de saúde primários, o que provavelmente reflete a maior gravidade clínica, em média, das situações que motivam o recurso a este nível de cuidados. Estas situações tendem a implicar a prescrição de um maior número de medicamentos, de terapêuticas mais complexas e dispendiosas, ou a combinação de ambos os fatores.

Figura 30. Despesas numa ida às urgências no SNS, por ano

Nota: As despesas nominais foram deflacionadas utilizando o Índice Harmonizado de Preços no Consumidor (IHPC), de forma a obter valores reais expressos a preços constantes de 2015 (Eurostat, 2025). Para deflacionar as despesas de 2025 considerou-se como IHPC a média dos IHPC mensais de janeiro de 2025 a outubro de 2025 (Banco de Portugal, n.d.).

² Para uma visão mais detalhada sobre políticas introduzidas com o intuito de reduzir as taxas moderadoras e outros pagamentos diretos em saúde da população, recomenda-se a consulta de Santos (2025).

A Figura 31 e a Figura 32 ilustram, para 2025, a decomposição das despesas associadas a uma ida às urgências no SNS, decompondo as despesas por grupo etário e escalão socioeconómico, respetivamente. As despesas reportadas com taxas moderadoras são, em média, superiores para a população com menos de 65 anos de idade e de escalões económicos mais favorecidos. Tal poder-se-á dever não só a uma perceção errada dos atuais mecanismos de isenção de taxas moderadoras nas urgências do SNS, como a uma maior utilização das urgências sem referência prévia do SNS, por parte dos grupos etários mais jovens e de pessoas com maior capacidade financeira.

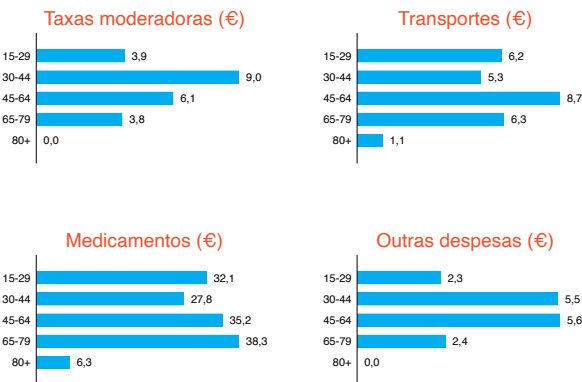


Figura 31. Despesas numa ida às urgências no SNS, por grupo etário em 2025 (despesas medidas a preços correntes de 2025)

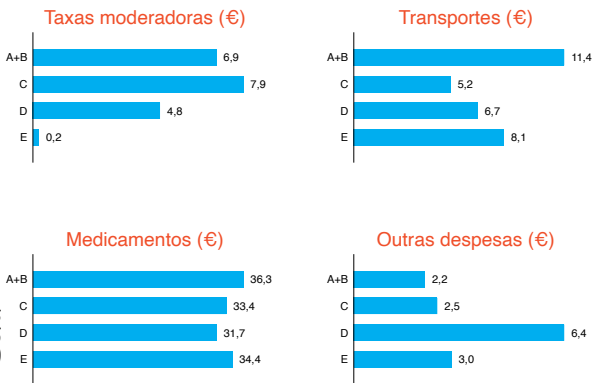


Figura 32. Despesas numa ida às urgências no SNS, por escalão socioeconómico em 2025 (despesas medidas a preços correntes de 2025)

À semelhança da análise realizada para as despesas incorridas numa deslocação aos cuidados de saúde primários, a Tabela 4 reporta os efeitos marginais médios de diferentes fatores nas despesas incorridas numa ida aos serviços de urgência de um hospital do SNS. Contrariamente ao registado para despesas associadas a uma ida aos cuidados de saúde primários, não existe um gradiente etário nas despesas incorridas numa ida às urgências do SNS. No acesso às urgências, o impacto de pertencer a um grupo isento de taxas moderadoras (de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro) é substancial. Em média, um indivíduo com isenção de taxas moderadoras tem uma despesa inferior em 12,30€. De salientar, que estes grupos estão isentos de taxa moderadora, mesmo que recorram às urgências sem terem sido referenciados por outra unidade de saúde.



	Total		Taxas moderadoras		Medicamentos	
	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão	Efeito marginal médio	Erro padrão
Grupo etário						
30-44	1,86	4,37	0,46	0,57	2,20	2,35
45-64	0,16	4,35	0,28	0,57	3,29	2,35
65-79	0,86	5,34	1,37*	0,82	6,081**	2,91
80+	-5,04	6,97	-1,531	1,21	2,08	4,15
Mulher	-0,11	2,66	0,48	0,38	0,76	1,45
Escalão						
C	3,97	4,82	0,12	0,69	3,22	2,70
D	5,36	5,01	0,32	0,70	3,63	2,77
E	9,08	5,87	0,32	0,87	5,51*	3,23
Escolaridade						
Básico	-1,99	3,68	0,55	0,58	-1,35	2,07
Secundário	-2,16	4,50	0,94	0,68	-1,43	2,45
Superior	10,02*	6,09	2,196**	0,92	1,73	3,19
Doente crónico	1,71	2,85	-0,54	0,42	2,43	1,57
Isento taxas	-11,56***	2,90	-12,295***	0,57		
Ano						
2019	2,71	5,12	-0,05	0,70	2,69	2,62
2020	-2,97	5,79	0,91	0,82	-2,69	3,04
2021	6,09	5,83	0,40	0,81	1,25	2,88
2022	2,67	4,87	-1,11	0,70	-0,94	2,64
2023	-3,56	4,97	-1,21*	0,72	-1,72	2,63
2025	4,75	5,41	0,11	0,85	1,79	3,03
Observações	810		1.589		1.366	

*, **, *** indicam significância aos níveis de 10%, 5% e 1%, respetivamente.

Tabela 4. Efeitos marginais médios nas despesas incorridas numa ida às urgências de um hospital do SNS (consideraram-se despesas reais, euros 2015)

Nota: Estimativas obtidas através de um modelo em duas partes. A primeira parte estima a probabilidade de incorrer em despesa, recorrendo a um modelo de regressão probit; a segunda parte estima o nível da despesa, condicional à existência de despesa positiva, através de um modelo de regressão linear.

Categorias de referência: grupo etário 15-29 anos; 1º ciclo do ensino básico ou sem qualquer nível de escolaridade concluído; homem; Escalões A e B; indivíduo sem doenças crónicas; indivíduo não isento de taxas moderadoras (apenas para as regressões da despesa total e da despesa com taxas moderadoras); ano 2017. Para efeitos de estimação apenas se consideraram despesas a partir de 2017, uma vez que no inquérito de 2015 ainda não se identificava se o indivíduo era ou não doente crónico. Consideraram-se despesas reais (euros 2015).

Entre 2015 e 2025, a despesa média total associada a uma ida aos cuidados de saúde primários aumentou em termos nominais, passando de 27,1€ para 31,4€ (Tabela 5). No entanto, quando se controla pelo efeito da inflação, observa-se uma redução de 7% na despesa média real, que passou de 27,1€ em 2015 para 25,2€ em 2025. Um padrão semelhante é observado no recurso ao serviço de urgência do SNS: apesar do aumento nominal da despesa média total, em termos reais verifica-se uma diminuição expressiva de 23,7%, com a despesa média real a passar de 48,6€ em 2015 para 39,3€ em 2025.

	Ida aos cuidados de saúde primários do SNS		Ida às urgências do SNS	
	Despesas nominais	Despesas reais (euros 2015)	Despesas nominais	Despesas reais (euros 2015)
2015	27,1	27,1	48,6	48,6
2017	20,9	20,5	35,5	34,8
2019	22,0	21,2	42,6	41,1
2020	26,0	25,1	36,2	35,0
2021	27,9	26,7	42,2	40,3
2022	25,1	22,2	42,9	38,0
2023	24,7	20,7	37,9	31,9
2025	31,4	25,2	49,1	39,3

Tabela 5. Despesas médias totais incorridas numa ida aos cuidados de saúde primários e às urgências do SNS

Nota: As despesas nominais foram deflacionadas utilizando o Índice Harmonizado de Preços no Consumidor (IHPC), de forma a obter valores reais expressos a preços constantes de 2015 (Eurostat, 2025). Para deflacionar as despesas de 2025 considerou-se como IHPC a média dos IHPC mensais de janeiro de 2025 a outubro de 2025 (Banco de Portugal, n.d.).

Existe um gradiente socioeconómico muito acentuado na probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária ao tratamento de um episódio de doença, com indivíduos com maiores privações económicas a terem uma maior probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária. Este gradiente agravou-se nos últimos anos: em 2023, um indivíduo do escalão económico mais desfavorecido tinha uma probabilidade de não adquirir toda a medicação necessária 40 pontos percentuais superior à registada nos escalões mais favorecidos; em 2025 esta diferença aumentou para 51 pontos percentuais.

Indivíduos de escalões socioeconómicos mais baixos também têm maior probabilidade de não ir a uma consulta ou urgência por falta de dinheiro. No entanto, as dificuldades financeiras reportadas no acesso a consultas e urgências extravasam as taxas moderadoras, que têm vindo a ser progressivamente eliminadas. O gradiente socioeconómico no acesso a consultas e urgências diminuiu entre 2023 e 2025: em 2023, a probabilidade de uma pessoa do escalão socioeconómico mais desfavorecido não ir a uma consulta ou urgência por restrições financeiras 21 pontos percentuais superior à registada nos escalões socioeconómicos mais favorecidos; em 2025, esta diferença tinha diminuído para 11 pontos percentuais.

A maior rubrica de despesa em idas aos cuidados de saúde primários ou urgências do SNS é a associada aos medicamentos prescritos, à semelhança dos anos anteriores.

3.2 Barreiras não financeiras

As necessidades de saúde não satisfeitas estão, em geral, associadas à existência de barreiras financeiras ao acesso a cuidados de saúde. No entanto, outros fatores não financeiros podem igualmente condicionar o acesso, entre os quais se destaca o cancelamento de consultas ou exames por iniciativa do prestador. Este tipo de barreira tornou-se particularmente evidente durante a pandemia da COVID-19, período em que, devido às medidas de contenção da propagação do vírus, um número significativo de consultas e exames foi cancelado ou adiado.

A Figura 33 apresenta a evolução da probabilidade de um indivíduo ter tido uma consulta ou exame cancelado, por classe socioeconómica, nos últimos anos. Em 2025, observa-se um claro gradiente socioeconómico, com a probabilidade de cancelamento a aumentar à medida que se agravam as dificuldades financeiras. Enquanto entre os indivíduos pertencentes aos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B) a probabilidade de cancelamento se situava nos 2,65%, este valor ascendia a 19,76% entre os indivíduos do escalão mais desfavorecido (E). Esta maior incidência de cancelamentos entre a população financeiramente mais vulnerável não deverá, contudo, ser interpretada como resultado de uma discriminação ativa por parte do SNS. Uma explicação plausível prende-se com a existência de desigualdades territoriais na disponibilidade de recursos humanos em saúde. Em particular, é possível que as áreas onde reside uma maior proporção de população vulnerável enfrentem maiores dificuldades na atração e retenção de profissionais de saúde, o que poderá traduzir-se numa maior frequência de cancelamentos de consultas e exames.

Entre 2020 – ano em que se registaram os primeiros casos de infeção pela COVID-19 em Portugal – e 2023 registou-se uma redução de cancelamentos de consultas e exames em todos os escalões socioeconómicos (Figura 33, Figura 34). Porém, entre 2023 e 2025, a probabilidade de ter tido uma consulta ou exame cancelado aumentou em todos os escalões, com exceção dos grupos mais favorecidos (A e B). Consequentemente, em 2025, não só a população com maiores privações económicas teve episódios de doença com mais frequência, como também enfrentou comparativamente maiores barreiras financeiras e não financeiras no acesso a cuidados de saúde. Este padrão aponta para desafios persistentes na capacidade do SNS em reduzir desigualdades em saúde através de um acesso equitativo a cuidado de saúde, apesar do seu carácter universal e tendencialmente gratuito.

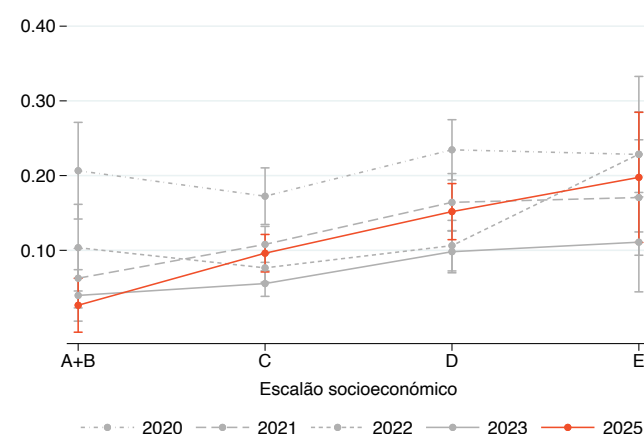


Figura 33. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por escalão socioeconómico e ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo teve uma consulta ou exame cancelado e 0 se não teve consultas ou exames cancelados). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

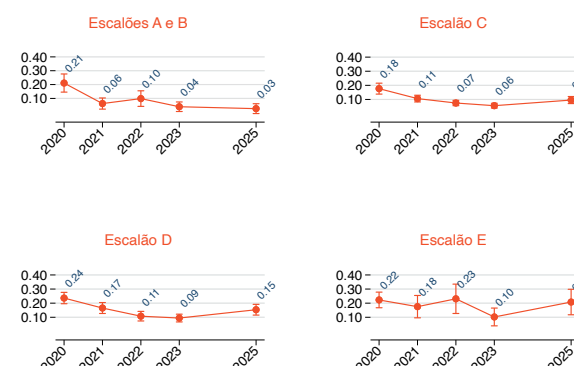


Figura 34. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por escalão socioeconómico e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo teve uma consulta ou exame cancelado e 0 se não teve consultas ou exames cancelados). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

Quando se analisa a probabilidade de cancelamento de consultas e exames por grupo etário, em 2025, observa-se que os inquiridos com idades compreendidas entre os 15 e os 29 anos apresentaram uma menor probabilidade de ter tido uma consulta ou exame cancelado (Figura 35). Entre os restantes grupos etários, não se identificam, em 2025, diferenças estatisticamente significativas na exposição a esta barreira não financeira. A ausência de um gradiente etário claro na probabilidade de cancelamento é consistente com o padrão observado nos últimos anos, que contrasta com o período de pico pandémico (2020), em que se registou um gradiente etário acentuado na probabilidade de ter tido uma consulta ou exame cancelado.

Em 2025, a população não idosa enfrentou situações de cancelamento de consultas ou exames mais frequentemente do que em 2023. A deterioração no acesso foi mais pronunciada para pessoas com idades entre os 30 e os 44 anos, que viram a probabilidade de cancelamento de consultas ou exames aumentar de 4% em 2023 para 13% em 2025 (Figura 36).

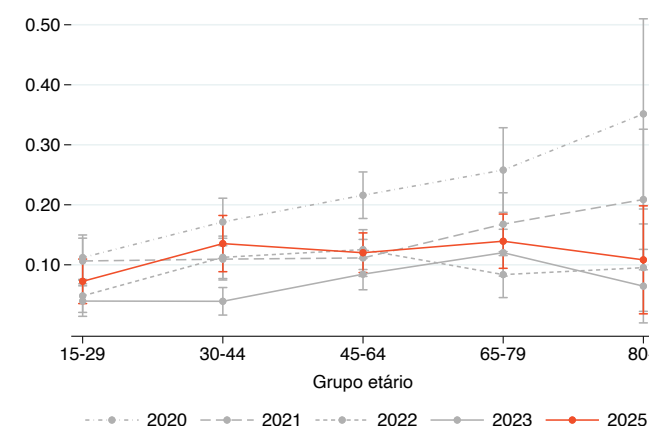


Figura 35. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por grupo etário e ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo teve uma consulta ou exame cancelado e 0 se não teve consultas ou exames cancelados). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

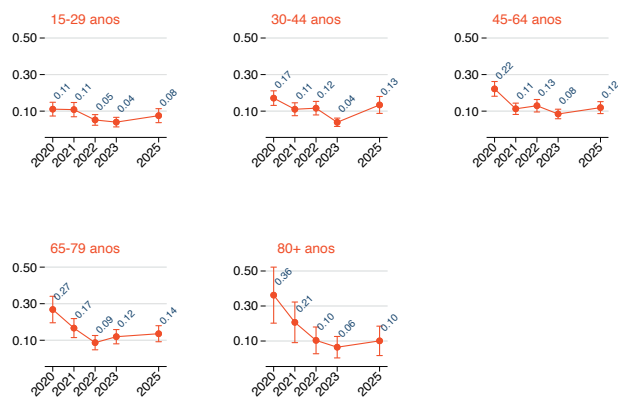


Figura 36. Probabilidade de ter tido consulta ou exame cancelado, por grupo etário e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo teve uma consulta ou exame cancelado e 0 se não teve consultas ou exames cancelados). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

A Tabela 6 sintetiza a proporção de indivíduos que reporta alguma das barreiras de acesso a cuidados de saúde referidas neste relatório, quer barreiras de índole financeira, quer barreiras de outra natureza. Entre 2023 e 2025 registou-se um aumento tanto nas barreiras financeiras, como no cancelamento de consultas e exames.

	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	2025
Não adquiriu todos os medicamentos por falta de dinheiro	15,1	19,6	10,7	8,1	5,4	3,7	9,2	9,1	9,8
Não foi a uma urgência ou consulta por falta de dinheiro	8,7	8,9	4,9	4,6	3,0	1,5	4,5	4,5	5,1
Pediu para trocar medicamento de marca por genérico	31,0	38,4	25,3	27,8	24,6	29,0	29,4	36,0	35,9
Deixou de ir à urgência/consulta pelo preço do transporte	5,1	6,4	2,6	3,1	1,8	1,7	2,5	1,9	5,2
Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário	6,0	6,8	6,1	5,6	3,7	2,4	4,5	4,7	7,3
Cancelamento de consulta/exame	-	-	-	-	20,8	12,0	9,4	7,4	12,0

Tabela 6. Barreiras financeiras e não financeiras (2013-2025; %)

Entre 2023 e 2025, registou-se um aumento significativo na probabilidade de os inquiridos terem tido uma consulta ou exame cancelado por iniciativa do prestador.

Em 2025, observa-se um marcado gradiente socioeconómico na probabilidade de cancelamento de consultas e exames, que aumenta de 2,65% nos escalões mais favorecidos para 19,76% no escalão mais desfavorecido. Este padrão não deverá, contudo, ser interpretado como discriminação ativa do SNS, uma vez que poderá resultar, por exemplo, de desigualdades territoriais na disponibilidade de recursos humanos em saúde.

4. Prestação de cuidados de saúde



As secções anteriores debruçaram-se sobre o impacto que as barreiras financeiras e não financeiras têm no acesso da população a cuidados de saúde. Como foi possível observar, uma porção substancial da população, sobretudo de estratos socioeconómicos mais desfavorecidos, reporta não conseguir adquirir toda a medicação necessária, nem ir a consultas ou urgências, devido a restrições financeiras.

Para os indivíduos que optam por (e conseguem) recorrer ao sistema de saúde perante um episódio de doença, importa analisar o tipo de auxílio profissional procurado. Com efeito, perante uma situação de doença as pessoas podem procurar aconselhamento profissional mediante diferentes canais. Por um lado, o SNS disponibiliza cuidados de saúde primários, que podem ser prestados através de uma consulta planeada com o médico de família, ou por via de uma consulta sem marcação, no caso de situações agudas. Adicionalmente, existem urgências hospitalares, que são o ponto de contacto adequado em situações de risco de vida ou de emergência. O SNS dispõe ainda de uma linha telefónica disponível 24 horas por dia (SNS 24), que disponibiliza diferentes tipos de serviços. Através desta linha é possível, por exemplo, aceder a serviços de triagem e encaminhamento dentro do SNS, bem como obter informações clínicas e aconselhamento psicológico.

No setor privado é possível aceder a cuidados de saúde não só através de consultas, mas também em urgências de hospitais privados. Algum tipo de aconselhamento pode ainda ser obtido junto de farmacêuticos ou enfermeiros.

4.1 Setor público e setor privado

A Figura 37 representa, para os indivíduos que recorrem ao sistema de saúde perante um episódio de doença, a probabilidade de terem procurado cuidados de saúde profissionais apenas no setor público (SNS), apenas no setor

privado, ou em ambos. Estas probabilidades são estimadas com base em modelos de regressão multinomial que já controlam por características dos indivíduos, nomeadamente pelo género, a idade, escalão socioeconómico, se o doente tem ou não médico de família e se está isento de taxas moderadoras.

Em 2013, a probabilidade de os cidadãos recorrerem a cuidados de saúde apenas no setor privado era residual (3%). Entre 2013 e 2019, a probabilidade de um cidadão consultar apenas o setor privado aquando da ocorrência de um episódio de doença aumentou de forma expressiva, passando de 3% em 2013 para 16% em 2019. Importa frisar que em 2019 a pandemia da COVID-19 ainda não tinha atingido Portugal e, por conseguinte, este aumento de recurso apenas ao setor privado não terá sido motivado por um receio de contágio à COVID-19 maior no setor público.

Em 2020, ano em que se registaram os primeiros casos da COVID-19 em Portugal, a percentagem da população a recorrer apenas a serviços de saúde no setor público atingiu um mínimo (81%). Entre 2021 e 2022 registou-se uma recuperação parcial na percentagem da população a recorrer unicamente a cuidados de saúde no setor público, embora não se tenha atingido o nível pré-pandémico. Entre 2022 e 2025, a probabilidade de um indivíduo recorrer a cuidados de saúde apenas no setor público diminuiu 8 pontos percentuais, passando de 90% para 82%. Esta redução no recurso exclusivo ao setor público pode representar, por um lado, o retomar de “velhos hábitos” de procura por serviços de saúde e, por outro, refletir o aumento de barreiras não financeiras no acesso a cuidados de saúde no SNS. Com efeito, como apresentado anteriormente na Figura 17, desde julho de 2021 que se observa uma tendência de decréscimo na percentagem de primeiras consultas realizadas em tempo adequado e a probabilidade de um indivíduo ter médico de família atribuído passou de 90% em 2021 para 79% em 2025 (Figura 54).

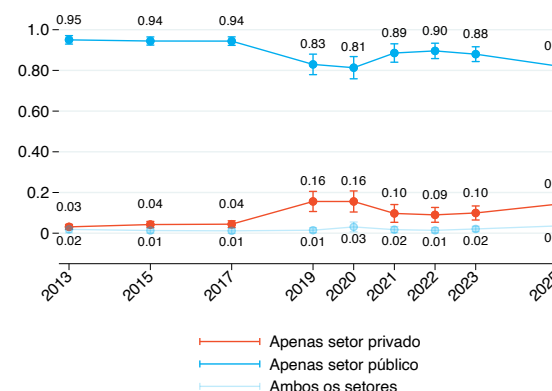


Figura 37. Probabilidade de utilização de cuidados de saúde nos setores público e privado, ao longo do tempo

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo multinomial em que a variável dependente é uma variável categórica com três categorias: recorreu apenas ao setor privado, recorreu apenas ao setor público, recorreu a ambos os setores. Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, idade, escalão socioeconómico, indicador de cobertura por médico de família no SNS, indicador de isenção de taxas moderadoras no SNS. Intervalos de confiança 95%.

Como seria de esperar, regista-se um marcado gradiente socioeconómico no padrão de utilização de cuidados de saúde nos setores público e privado (Figura 38). Enquanto um indivíduo das classes socioeconómicas mais favorecidas tem 63% de probabilidade de recorrer a cuidados de saúde apenas no setor público, esta probabilidade aumenta para 97% na classe socioeconómica mais desfavorecida. É interessante notar que, comparativamente com 2023, a probabilidade estimada de um indivíduo dos escalões económicos mais favorecidos (A e B) recorrer apenas ao setor privado diminuiu de 30% para 19%, embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas. Em contrapartida, verificou-se um aumento na probabilidade de indivíduos dos escalões económicos mais favorecidos recorrerem a ambos os setores, tendo passado de 3% em 2023 para 18% em 2025.

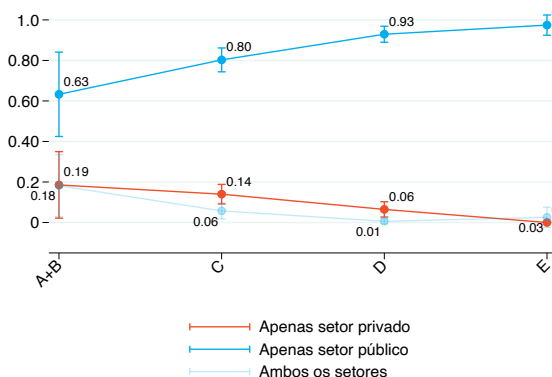


Figura 38. Probabilidade de utilização de cuidados de saúde nos setores público e privado, por escalão socioeconómico em 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo multinomial em que a variável dependente é uma variável categórica com três categorias: recorreu apenas ao setor privado, recorreu apenas ao setor público, recorreu a ambos os setores. Variáveis explicativas: género, idade, escalão socioeconómico, indicador de cobertura por médico de família no SNS, indicador de isenção de taxas moderadoras no SNS. Intervalos de confiança 95%.

Tanto no SNS como no setor privado, os indivíduos podem procurar diferentes tipos de auxílio e cuidados. A Tabela 7 ilustra os pontos de contacto no sistema de saúde selecionados pelos inquiridos, aquando do seu último episódio de doença. Note-se que um indivíduo pode recorrer a mais do que uma entidade prestadora de cuidados, pelo que o somatório das percentagens excede os 100%. Tal como demonstrado pelas figuras anteriores, verifica-se que o recurso ao setor público é substancialmente superior à utilização de serviços de saúde no privado. Porém, se em 2023 o recurso ao setor público era cerca de 9 vezes superior ao recurso ao setor privado, em 2025 o número de contactos no público era apenas 7 vezes superior ao registado no privado.

No setor público, os serviços mais frequentemente procurados são os cuidados de saúde primários: em 2025, 70,14% dos inquiridos reportaram ter recorrido aos cuidados de saúde primários no SNS, aquando do seu último episódio de doença, o que se aproxima do valor registado em 2023 (68,97%). Dos indivíduos que têm consulta nos cuidados de saúde primários, mais de metade teve consulta sem marcação.

Um ponto que merece destaque, é a redução na procura por urgências de hospitais públicos, que parece refletir a introdução do programa “Ligue antes, salve vidas” – uma iniciativa que procura promover a triagem prévia através da linha SNS 24 antes do recurso aos serviços de urgência hospitalar (uma análise detalhada desta iniciativa está disponível na secção 4.2). Entre 2023 e 2025, o recurso à linha SNS 24 aumentou de forma expressiva, passando de 4,84% para 15,56%, o que terá contribuído para um melhor encaminhamento dos doentes no sistema de saúde. Com efeito, a percentagem de inquiridos que, tendo-se sentido doente e procurado auxílio profissional, recorreu a uma urgência de um hospital público, passou de 37,28% em 2023 para 26,42%, uma redução de quase 11 pontos percentuais. Importa destacar que a redução da utilização de urgências do SNS não se repercutiu numa maior procura por serviços de urgência no privado, já que a percentagem de inquiridos que recorreu a urgências no setor privado se manteve praticamente inalterada neste horizonte temporal (5,86% em 2023; 5,28% em 2025). O que os dados sugerem é que a utilização de urgências no SNS foi substituída por utilização dos cuidados de saúde primários no SNS e por consultas no setor privado.

	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	2025
Ida aos Cuidados de Saúde Primários	61,63	67,75	66,05	58,29	68,44	59,21	51,86	68,97	70,14
Consulta marcada com médico de família	15,48	29,24	32,90	32,12	33,85	31,39	28,35	31,76	32,93
Consulta sem marcação	46,15	38,51	33,15	26,17	34,59	27,82	23,51	37,21	37,21
Urgência de hospital público	40,29	36,79	35,85	41,07	32,47	33,61	35,46	37,28	26,42
Telefonou para o SNS 24	0,17	0,18	0,85	2,82	5,29	17,28	27,55	4,84	15,56
Setor Público	102,09	104,72	102,75	102,18	106,2	110,1	114,87	111,09	112,12
Foi a um consultório privado	5,52	3,76	5,65	6,99	8,37	6,32	5,25	6,33	10,06
Foi à urgência de um hospital privado	2,09	5,02	4,50	6,67	6,48	3,63	5,07	5,86	5,28
Setor Privado	7,61	8,78	10,15	13,66	14,85	9,95	10,32	12,19	15,34
Consultou um farmacêutico	0,39	4,89	1,27	3,92	3,80	3,42	2,87	2,30	2,49
Consultou um enfermeiro	-	-	-	0,41	0,79	0,0	0,0	0,44	0,26
Outro	0,61	0,70	0,23	1,07	1,29	3,07	0,23	1,24	0,73

Tabela 7. Pontos de contato no sistema de saúde (2013-2025; %)

Nota: Os inquiridos podiam mencionar mais do que um ponto de contacto no sistema de saúde.

Quando se procura ajuda profissional no sistema de saúde, diferentes fatores podem influenciar não só a decisão de recorrer ao sistema de saúde, como também o tipo de auxílio procurado (por exemplo, ir a uma consulta marcada nos cuidados de saúde primários, ir às urgências, ou ligar para a linha SNS 24). A Figura 39 ilustra a importância de oito fatores. Os inquiridos avaliaram, numa escala de 1 a 10 (em que 1 representa “Pouco importante” e 10 “Muito importante”), a importância de cada um dos critérios na escolha dos serviços de saúde a que recorre. As barras horizontais variam entre pouco importante (à esquerda, a vermelho) e muito importante (à direita, a azul). O comprimento de cada segmento de cor representa a proporção de inquiridos que selecionou cada nível de importância.

Os fatores que mais pesam na procura por auxílio no sistema de saúde são a confiança na qualidade do serviço clínico prestado, o tempo de espera para ser atendido e a existência de meios de diagnóstico (por exemplo, raio-X e análises clínicas), tendo 71,68%, 67,91% e 67,60% dos inquiridos identificado estes fatores como sendo “muito importantes”, respetivamente. No lado oposto do espectro surgem o tempo e a distância até à unidade de saúde, com apenas 58,04% e 54,14% dos inquiridos, respetivamente, a considerar estes fatores como sendo “muito importantes”.

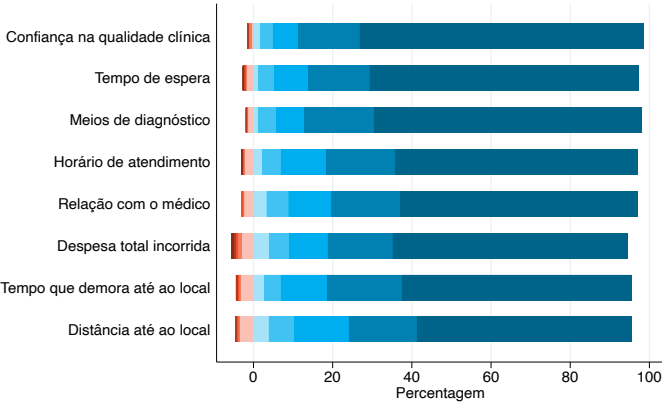


Figura 39. Importância de diferentes fatores aquando da procura por auxílio no sistema de saúde

Nota: Os inquiridos avaliaram, numa escala de 1 a 10 (1 = “Pouco importante”; 10 = “Muito importante”), a importância de cada um dos seguintes critérios na escolha dos serviços de saúde a que recorre: “Tempo de espera para ser atendido”, “Distância até ao local”, “Tempo que demora até ao local”, “Horário de atendimento”, “Existência de meios de diagnóstico (raio-X, análises, etc.)”, “Confiança na qualidade do serviço clínico prestado”, “Relação com o médico”, “Despesa que vai ter para ser atendido (transportes, taxas moderadoras, análises, etc.)”. As barras horizontais variam entre pouco importante (à esquerda, a vermelho) e muito importante (à direita, a azul). O comprimento de cada segmento de cor representa a proporção de inquiridos que selecionou cada nível de importância.

A Tabela 8 sumariza as decisões de contacto, em 2025, de forma a ilustrar as combinações de escolhas realizadas. Desde logo, verifica-se que 67,90% dos inquiridos contactaram uma única entidade do SNS, enquanto 9,40% se dirigiram unicamente a um prestador do setor privado. Um total de 83,52% das pessoas procuram apenas o setor público. A procura de uma solução para o problema de saúde em ambos os setores é feita por 5,88% dos inquiridos que procuram o sistema de saúde. Os 0,97% que não vão nem ao setor público nem ao setor privado correspondem a outras situações, como a procura de aconselhamento junto de um enfermeiro ou de um farmacêutico.

Setor Público	Setor Privado			
	0 contatos	1 contato	2 contatos	Total
	0,97	9,40	0,23	10,60
	67,90	3,86	0,00	71,76
	8,38	1,79	0,00	10,17
	6,74	0,23	0,00	6,97
	0,50	0,00	0,00	0,50
	84,49	15,28	0,23	100,00

Tabela 8. Pontos de contato quando se procura o sistema de saúde (2025; %)

Nota: Os 0,97% que não vão nem ao setor público nem ao setor privado correspondem a outras situações, como a procura de aconselhamento junto de um enfermeiro ou de um farmacêutico.

A Figura 40 e a Figura 41 ilustram a percentagem de inquiridos por número de contactos no setor público e privado, em 2025 e em 2023, respetivamente. O padrão é muito semelhante em ambos os anos, com a maioria das pessoas a não ter qualquer contacto com o setor privado. Porém, importa notar que a percentagem de indivíduos que, procurando auxílio profissional, contacta o setor privado passou de 11,8% em 2023 para 15,5% em 2025. Assim, conclui-se que o SNS continua a ser o principal ponto de contacto da população com o sistema de saúde, perante um episódio de doença.

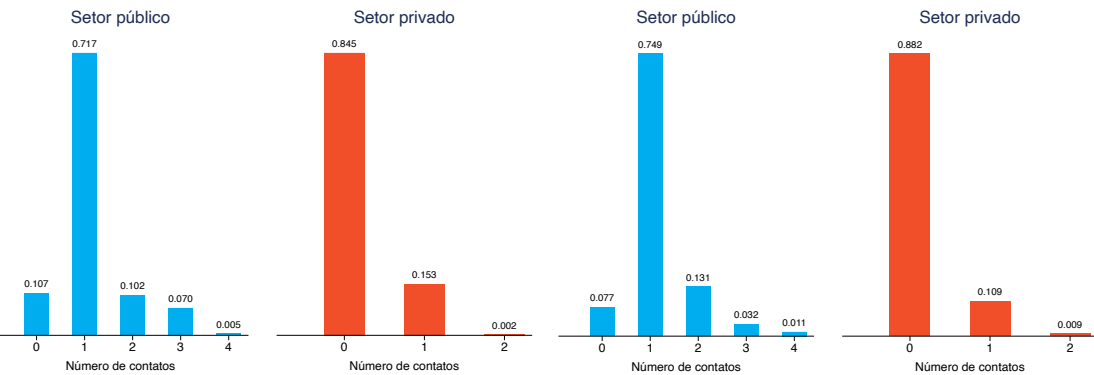


Figura 40. Contatos no setor público e no setor privado em 2025 (considerando indivíduos que procuraram auxílio profissional da última vez que se sentiram doentes)

Figura 41. Contatos no setor público e privado em 2023 (considerando indivíduos que procuraram auxílio profissional da última vez que se sentiram doentes)

Entre 2022 e 2025, a probabilidade de um indivíduo recorrer a cuidados de saúde apenas no setor público passou de 90% para 82%. No entanto, a larga maioria (83,52%) da população continua a recorrer unicamente ao SNS, aquando da procura por cuidados de saúde. No SNS, os serviços mais frequentemente procurados são os cuidados de saúde primários.

Um ponto que merece destaque, é o aumento expressivo na utilização da linha SNS 24, em virtude da expansão do programa “Ligue antes, salve vidas”, que contribuiu para a redução da procura por serviços de urgência no SNS.

A redução em idas às urgências no SNS não se repercutiu numa maior procura por serviços de urgência no privado, mas sim num maior recurso a cuidados de saúde primários do SNS e a consultas no setor privado.

4.2 Linha SNS 24 e Programa “Ligue antes, salve vidas”

A linha SNS 24 e o programa “Ligue antes, salve vidas” são as expressões mais recentes de uma longa experiência do SNS na promoção de canais acessíveis de acompanhamento da saúde da população e de triagem dos seus problemas de saúde. Com efeito, já na década de 1990 foi criada uma linha telefónica pediátrica, denominada “Dói Dói Trim Trim”, que permitia aos pais e cuidadores esclarecer dúvidas sobre a condição de saúde de crianças e posteriormente surgiu uma linha que visava informar e esclarecer a população sobre questões de saúde pública (SPMS, 2022). Estes serviços foram os precursores do Centro de Atendimento do SNS, também designado por Linha Saúde 24, criado em 2006 como um instrumento de política de saúde destinado a melhorar o acesso a cuidados de saúde, orientar os utentes na utilização adequada dos serviços e promover uma utilização mais eficiente dos recursos do SNS, através do encaminhamento clínico adequado ou da recomendação de autocuidados (Decreto-Lei n.º 69/2017).

Em 2017, no contexto da transformação digital e organização dos serviços de contacto do SNS,

foi inaugurado o Centro de Contacto SNS24, que integra não só a linha telefónica (808 24 24 24), mas também um portal online, uma aplicação móvel e balcões presenciais, tendo-se ampliado o leque de serviços prestados, que passou a incluir marcação de consultas, teleconsultas e navegação digital no SNS (Decreto-Lei n.º 69/2017). Durante a pandemia da COVID-19, a linha SNS 24 afirmou-se como principal ponto de contacto do SNS, para triagem e orientação de utentes, o que reforçou o seu papel enquanto porta de entrada no sistema de saúde.

Com base na experiência adquirida, e dado o frequente recurso da população a serviços de urgência para situações não urgentes/emergentes, em maio de 2023 foi iniciado o projeto piloto “Ligue antes, salve vidas”, coordenado pela Direção Executiva do SNS, nas áreas de Póvoa de Varzim e Vila do Conde, com o objetivo de orientar os utentes em situação de doença aguda para a alternativa de cuidados mais adequada – cuidado domiciliário com autocuidados, consulta nos cuidados de saúde primários ou urgência hospitalar. Em última instância, pretendia-se reduzir as deslocações desnecessárias às urgências hospitalares, promovendo assim uma maior eficiência na utilização dos serviços do SNS. Com a implementação deste projeto piloto, o acesso ao serviço de urgência hospitalar passou a exigir uma referenciação prévia, através da linha SNS 24 ou de outros serviços. Dado o sucesso do projeto piloto, o programa “Ligue antes, salve vidas” tem sido progressivamente alargado a outras Unidades Locais de Saúde. À data de dezembro de 2025, esta iniciativa estava em vigor em 27 Unidades Locais de Saúde.

Perante a expansão do programa “Ligue Antes, Salve Vidas” e o reforço do papel da linha SNS 24 como ponto de entrada no sistema de saúde para episódios de doença aguda, o Inquérito de Acesso de 2025 passou a incluir um conjunto detalhado de questões destinadas a recolher informação individual sobre a utilização da linha SNS 24 e sobre o grau de satisfação da população com as orientações prestadas por este serviço.

Conforme apresentado anteriormente na Tabela 7, entre 2023 e 2025 observou-se um aumento expressivo na percentagem de indivíduos que, perante um episódio de doença, contactaram a linha SNS 24. Em 2025, entre os inquiridos que recorreram à linha SNS 24 aquando do último episódio de doença, mais de metade (53,1%) indicaram que esse contacto foi motivado pelo programa “Ligue Antes, Salve Vidas” (Figura 42). Apenas 20,6% referiram não conhecer o programa.

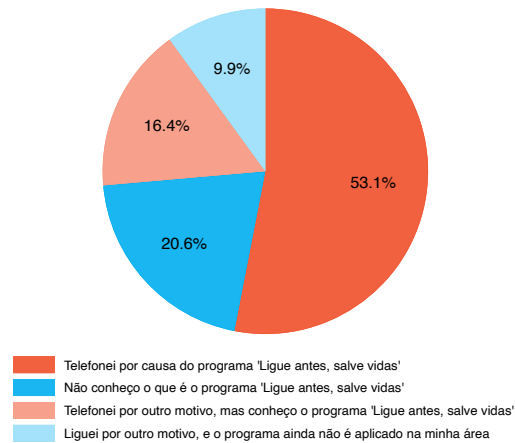


Figura 42. Probabilidade de terem ligado para a linha SNS 24 por causa do programa “Ligue antes, salve vidas” (para inquiridos em 2025 que ligaram para a linha SNS 24 da última vez que se sentiram doentes)

Aferir o conhecimento da população sobre a existência da linha SNS 24 unicamente com base na utilização deste serviço confere, porém, apenas uma visão parcial da efetiva disseminação desta linha de suporte entre a população. Com efeito, se se avaliar a relevância da linha SNS 24 com base na percentagem de inquiridos que, em 2025, reportou um episódio de doença e que procurou auxílio profissional através desta linha, concluir-se-ia que esta é utilizada por uma percentagem reduzida da população (13,34% dos indivíduos que se sentiram doentes em 2025) (Figura 43). Porém, considerando toda a experiência passada de contactos dos indivíduos com o sistema de saúde, e não apenas o último episódio de doença, verifica-se que 34,40% dos inquiridos já contactaram a linha SNS 24 em algum momento, para obter aconselhamento ou orientação sobre a sua saúde (Figura 44).



Figura 43. Percurso dos inquiridos em 2025 perante um episódio de doença: ocorrência, procura de auxílio profissional e utilização da linha SNS 24 (%)

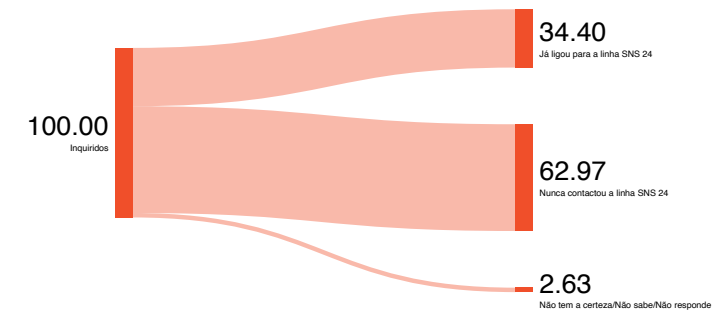


Figura 44. Distribuição dos inquiridos em 2025 segundo a experiência passada com a linha SNS 24 (%)

Com o objetivo de analisar se a experiência prévia com a linha SNS 24 varia em função das características socioeconómicas dos indivíduos, a Figura 45 apresenta a probabilidade de os inquiridos já terem recorrido a este serviço, avaliando eventuais heterogeneidades por escalão económico, grupo etário, nível de escolaridade e género. Adicionalmente, a análise distingue entre indivíduos com médico de família atribuído e indivíduos sem médico de família atribuído, reconhecendo que o acesso efetivo a cuidados de saúde primários pode influenciar o recurso à linha SNS 24. Com efeito, é plausível que indivíduos sem médico de família atribuído apresentem uma maior propensão para contactar a linha SNS 24 perante um episódio de doença, enquanto aqueles com médico de família atribuído poderão optar por aguardar por uma consulta previamente agendada nos cuidados de saúde primários.

Não se observam diferenças estatisticamente significativas na probabilidade de já ter recorrido à linha SNS 24 entre os diferentes escalões económicos. Adicionalmente, dentro de cada escalão económico, a utilização da linha SNS 24 não varia em função da cobertura por médico de família. A experiência prévia com a linha SNS 24 também não apresenta variações significativas por grupo etário, quando se tem em consideração outras características individuais, nomeadamente o escalão económico, o nível de escolaridade e o género.

Por outro lado, para a população com médico de família atribuído, verifica-se que indivíduos com menores níveis de escolaridade têm menor experiência com a linha SNS 24 do que indivíduos com níveis mais elevados de instrução formal: um indivíduo com o primeiro ciclo regista uma probabilidade de 22,06% de já ter recorrido à linha SNS 24, ao passo que para um indivíduo com o ensino secundário essa probabilidade é de 38,24% e para um indivíduo com o ensino superior é de 34,98%. Adicionalmente, as mulheres registam uma probabilidade superior de já ter utilizado a linha SNS 24.

Em termos globais, é possível concluir que o uso da linha SNS 24 é transversal em termos de classe, escolaridade e género. Por conseguinte, a linha SNS 24 e as novas funcionalidades do Centro de Contacto SNS24 refletem a evolução consolidada do SNS.

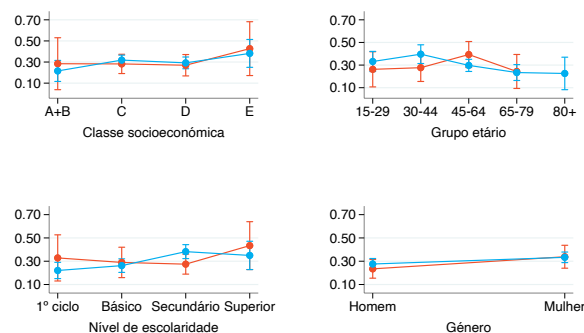


Figura 45. Probabilidade de já ter ligado para a linha SNS 24 para obter aconselhamento ou orientação sobre a sua saúde (inquiridos em 2025)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo já ligou para a linha SNS 24 e 0 se não ligou/não tem a certeza). Variáveis explicativas: grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, isenção de taxa moderadora, tempo de espera, tempo até à unidade de saúde e despesa. Intervalos de confiança 95%.

De acordo com informação reportada pelos inquiridos, apenas a 47,87% dos indivíduos que ligaram para a linha SNS 24 foram recomendados a dirigir-se a um serviço de urgência hospitalar. Porém, observam-se diferenças entre grupos etários. O grupo de indivíduos com 80 ou mais anos é aquele em que uma menor percentagem é recomendada a recorrer a um serviço de urgência (21,91%). Este resultado, aparentemente contraintuitivo, pode dever-se a um problema de seleção. Efetivamente, inquiridos que responderam ao inquérito e que têm 80 ou mais anos são indivíduos que ainda vivem numa habitação, ou sozinhos ou num agregado familiar. Por conseguinte, tenderão a ser indivíduos que, apesar da idade avançada, têm uma condição de saúde relativamente estável. Por outro lado, o facto de uma menor percentagem de indivíduos com 80 ou mais anos ser aconselhada a dirigir-se ao serviço de urgência sugere que a população mais velha poderá apresentar uma maior tendência para telefonar para a linha SNS 24 “por precaução” (isto é, por receio de ser uma situação grave), acabando por ser triada como menos grave, em média.

É no grupo de pessoas com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos que se verifica um maior encaminhamento para as urgências (55,16%), seguido do grupo de pessoas com idades entre os 30 e os 44 anos (50,56%) e o grupo de pessoas com idades entre os 65 e os 79 anos (47,73%). Considerando conjuntamente os encaminhamentos para os cuidados de saúde primários (23,36%) e as indicações para permanecer em casa com monitorização dos sintomas (23,34%) como situações de recurso às urgências potencialmente evitadas, evidencia-se o papel da linha SNS 24 e do programa “Ligue antes, salve vidas” na redução da afluência não necessária aos serviços de urgência. Entre os indivíduos que foram encaminhados para as urgências hospitalares, 96,9% acabaram por efetivamente recorrer a este serviço. Por sua vez, entre os inquiridos encaminhados para unidades de cuidados de saúde primários, 83,58% deslocaram-se à unidade indicada.

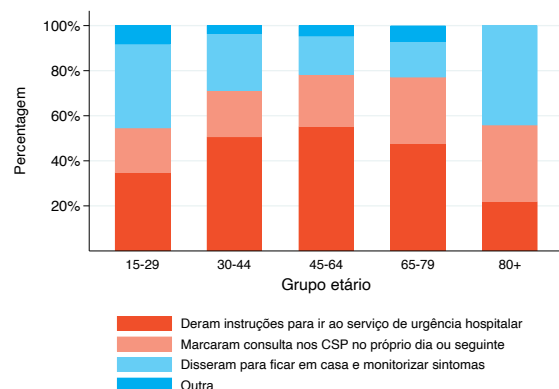


Figura 46. Instrução dada pela linha SNS 24, por grupo etário, da última vez que contactou a linha SNS 24 (inquiridos 2025)

Em termos globais, 13,25% dos inquiridos que já contactaram a linha SNS 24 ficaram muito satisfeitos com a orientação fornecida e 48,65% ficaram satisfeitos. É interessante notar que é entre as pessoas que foram encaminhadas para os cuidados de saúde primários que uma maior percentagem se encontra muito satisfeita ou satisfeita (72,44%). Em seguida, surgem os indivíduos direcionados para as urgências (62,84%) e do grupo de pessoas recomendadas a ficar em casa e a monitorizar os sintomas (59,11%). Entre as pessoas que receberam outro tipo de recomendação, 48,22% encontram-se muito insatisfeitos e 12,15% insatisfeitos com o apoio prestado. Contudo, importa frisar que apenas uma reduzida porção (5,44%) dos inquiridos reportou ter recebido outro tipo de recomendação.

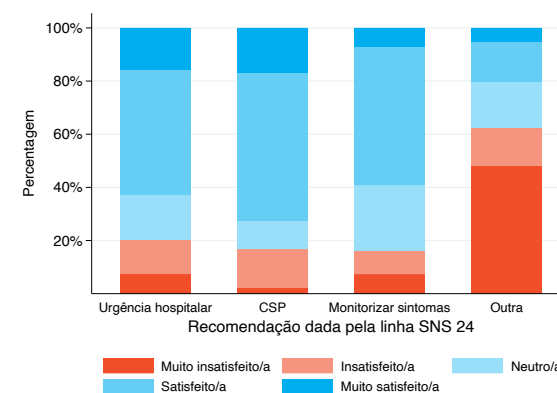


Figura 47. Grau de satisfação com a orientação fornecida pela linha SNS 24, por recomendação dada

Do total de inquiridos em 2025, 42,50% referem estar familiarizados com o programa “Ligue Antes, Salve Vidas”, enquanto 48,20% indicam não conhecer o programa e 9,30% não sabem ou não responderam. Considerando o conjunto dos inquiridos, independentemente de terem ou não recorrido previamente à linha SNS 24, quando questionados sobre a probabilidade de, no futuro, contactarem a linha SNS 24 antes de se dirigirem a um serviço de urgência, caso sintam necessidade de recorrer a estes serviços,

4,45% afirmaram que tal seria nada provável, 12,01% pouco provável, 14,71% adotaram uma posição neutra, 44,54% consideraram provável e 24,29% muito provável.

Importa, contudo, salientar a existência de um gradiente claro na probabilidade de contacto futuro com a linha SNS 24 em função do grau de satisfação com a orientação recebida no último contacto, com exceção do grupo de indivíduos que se declarou muito insatisfeito (Figura 48). Com efeito, a proporção de inquiridos que considera ser provável ou muito provável recorrer à linha SNS 24 numa situação futura em que necessite de se dirigir a um serviço de urgência do SNS é de 40,60% entre os indivíduos insatisfeitos, aumentando para 59,83% entre os neutros, 84,89% entre os satisfeitos e atingindo 96,16% entre os muito satisfeitos com o serviço prestado no último contacto.

Os inquiridos que consideraram ser “muito provável” contactar a linha SNS 24 antes de recorrer a um serviço de urgência, numa situação futura, são sobretudo indivíduos de classes económicas mais favorecidas, com nível de escolaridade elevado e mulheres (Figura 49).

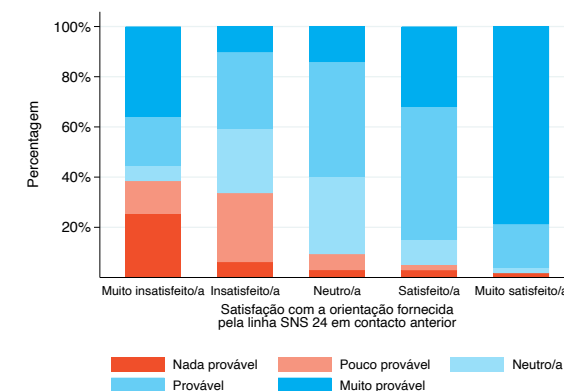


Figura 48. Probabilidade de contactar a linha SNS 24 antes de ir às urgências, se no futuro sentir necessidade de recorrer ao serviço de urgências (para indivíduos que já contactaram a linha SNS 24 no passado)

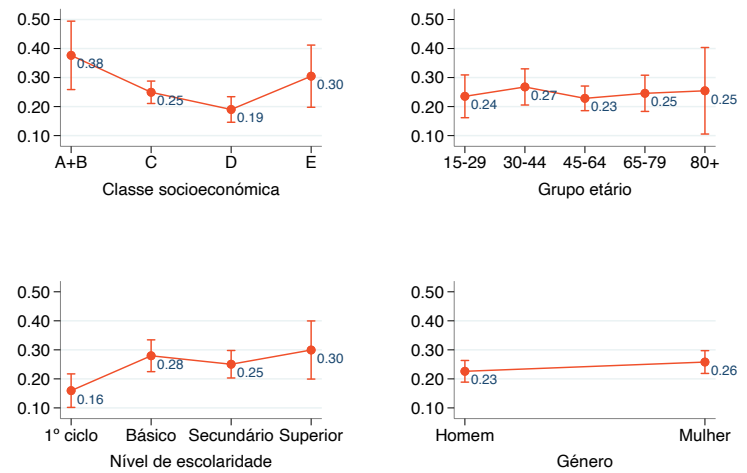


Figura 49. Probabilidade de os inquiridos considerarem “muito provável” contactar a linha SNS 24 antes de recorrer a um serviço de urgência, numa situação futura

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ser muito provável ligar para a linha SNS 24 no futuro; 0 se não indicou ser muito provável). Variáveis explicativas: grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, isenção de taxa moderadora. Intervalos de confiança 95%.

Quando questionados sobre a perceção da capacidade do programa “Ligue antes, salve vidas” para reduzir as idas desnecessárias ao serviço de urgência, 16,78% dos inquiridos afirmaram não ter dúvidas quanto a esse efeito, enquanto 37,61% avaliaram como provável esse efeito.

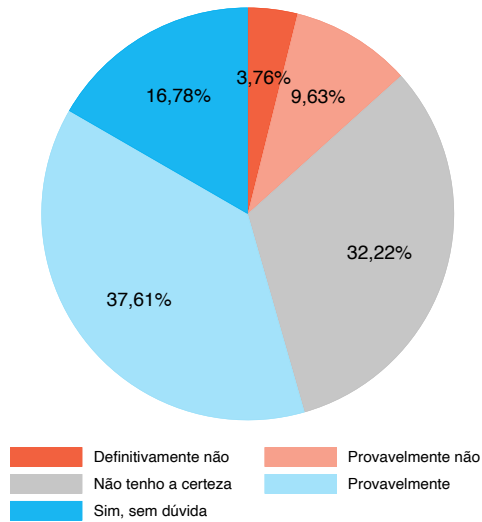


Figura 50. Percepção dos inquiridos quanto à capacidade do programa “Ligue antes, salve vidas” em reduzir as idas desnecessárias ao serviço de urgência

Os dados do Inquérito de Acesso evidenciam, pois, uma crescente utilização da linha SNS 24, que se traduz em quase metade dos casos em orientações para o indivíduo se dirigir aos cuidados de saúde primários ou permanecer em casa e monitorizar os sintomas. Estes resultados sugerem que a linha SNS 24 tem potencial para funcionar como um mecanismo de triagem eficaz, ao orientar indivíduos com episódios de doença aguda para respostas mais adequadas do que o recurso direto aos serviços de urgência.

Partindo desta evidência ao nível das decisões individuais, torna-se relevante avaliar se a disseminação do programa “Ligue antes, salve vidas” se traduziu, em termos agregados, numa redução efetiva das deslocações desnecessárias aos serviços de urgência no SNS. Para esse efeito, recorreu-se a dados administrativos do Portal da Transparência do SNS, que permitem analisar a evolução mensal da proporção de urgências evitáveis nas diferentes Unidades Locais de Saúde. Consideraram-se dados de janeiro de 2024 a setembro de 2025.

Para avaliar o impacto do programa, analisou-se como evoluiu a proporção de urgências evitáveis ao longo do tempo, nas diferentes Unidades Locais de Saúde. A proporção de urgências evitáveis foi calculada através do número de urgências evitáveis (pulseiras verde, azul e branca) face ao número total de episódios de urgência (pulseiras vermelha, laranja, amarela, verde, azul, branca e episódios de urgência que surgem no Portal da Transparência da SNS como “sem triagem”). Esta evolução foi comparada entre unidades que já tinham implementado o programa e unidades que, no mesmo mês, ainda não o tinham adotado. Uma vez que a adoção do programa “Ligue antes, salve vidas” ocorreu de forma faseada, com Unidades Locais de Saúde a aderirem em diferentes momentos, esta comparação permite aferir se as alterações observadas se devem à implementação do programa ou se refletem tendências gerais do SNS.

Em Portugal, o acesso aos serviços de urgência hospitalar é organizado através do Sistema de Triagem de Manchester, que classifica os episódios segundo o seu grau de prioridade clínica, utilizando um código de cores: vermelho (emergente), laranja (muito urgente), amarelo (urgente), verde (pouco urgente), azul (não urgente) e, em alguns serviços, branco (situações administrativas sem avaliação clínica) (Despacho n.º 4835-A/2016, de 8 de abril). Para efeitos da presente análise, consideraram-se como urgências evitáveis os episódios classificados com pulseira verde, azul ou branca, uma vez que correspondem, em geral, a situações de menor gravidade clínica, que não requerem cuidados hospitalares imediatos e que poderiam, em muitos casos, ser adequadamente resolvidas noutros níveis de cuidados ou através de autocuidados.

Os resultados, apresentados na Tabela 9, indicam que, em média, nos meses após a implementação do programa, a proporção de urgências evitáveis foi cerca de 5,5 pontos percentuais mais baixa nas Unidades Locais de Saúde aderentes do que teria sido na ausência do programa “Ligue antes, salve vidas”.

Para além deste efeito médio agregado, os resultados evidenciam heterogeneidade relevante consoante o momento de adesão das Unidades Locais de Saúde ao programa. Em particular, as unidades que implementaram o programa em fases iniciais e intermédias de 2024 apresentam reduções mais consistentes e estatisticamente significativas na proporção de urgências evitáveis, ao passo que para algumas adesões mais tardias os efeitos estimados são mais moderados ou estatisticamente não significativos. Importa sublinhar que estes resultados refletem efeitos médios no período posterior à implementação, específicos de cada grupo de adesão, e não variações mensais nem efeitos acumulados ao longo do tempo.

		Efeito médio de tratamento nas ULS que aderiram ao programa	Erros padrão
Momento de adesão ao programa	Janeiro 2024 – Setembro 2025	-0,0550***	0,0124
	Fevereiro 2024 (2 ULS)	-0,1036***	0,0234
	Setembro 2024 (2 ULS)	-0,0817***	0,0100
	Outubro 2024 (3 ULS)	-0,0532***	0,0116
	Novembro 2024 (1 ULS)	-0,0075	0,0051
	Dezembro 2024 (16 ULS)	-0,0434***	0,0164
	Fevereiro 2025 (1 ULS)	-0,0318*	0,0179
	Março 2025 (1 ULS)	-0,0328***	0,0025

Tabela 9. Impacto do programa “Ligue antes, salve vidas” nas urgências evitáveis

Nota: **, *** indicam significância aos níveis de 5% e 1%, respetivamente. Estimativas baseadas no estimador de diferenças-em-diferenças de Callaway e Sant’Anna (2021) para adoção faseada do tratamento. Não se incluiu na análise a ULS Póvoa de Varzim / Vila do Conde, por já ter o programa implementado desde maio de 2023. No período em análise, houve diferentes momentos de adesão: fevereiro 2024 (ULS Gaia/Espinho, ULS Entre Douro e Vouga), setembro 2024 (ULS Barcelos/Esposende, ULS Almada-Seixal), outubro 2024 (ULS Lezíria, ULS Tâmega e Sousa, ULS Viseu Dão-Lafões), novembro 2024 (ULS Loures-Odivelas), dezembro 2024 (ULS Alto Alentejo, ULS Alto Ave, ULS Alto Minho, ULS Braga, ULS Coimbra, ULS Lisboa Ocidental, ULS Litoral Alentejano, ULS Matosinhos, ULS Médio Ave, ULS Nordeste, ULS Oeste, ULS Região de Aveiro, ULS Região de Leiria, ULS Santa Maria, ULS São João, ULS São José), fevereiro 2025 (ULS Amadora/Sintra) e março 2025 (ULS Estuário do Tejo).

A Figura 51 apresenta a dinâmica temporal do impacto do programa, medida em meses relativos ao momento de adesão. Observa-se que, no período pré-implementação, os efeitos estimados são próximos de zero, o que revela que antes da implementação do programa “Ligue antes, salve vidas” nas ULS, a tendência de evolução de urgências evitáveis não diferia entre as ULS. Após a implementação do programa, verifica-se uma redução estatisticamente significativa na proporção de urgências evitáveis nas ULS que aderem à iniciativa, comparativamente com ULS não aderentes, que se mantém e se intensifica nos meses subsequentes. Importa salientar que cada ponto representa um efeito médio num determinado mês após a adesão, e não um efeito acumulado ao longo do tempo. Por conseguinte, não só existe evidência de que os indivíduos estão a recorrer mais frequentemente à linha SNS 24, aquando de um episódio de doença, como esta maior utilização se tem traduzido numa diminuição significativa na percentagem de idas às urgências evitáveis, o que contribuiu para uma utilização mais eficiente dos recursos do SNS.

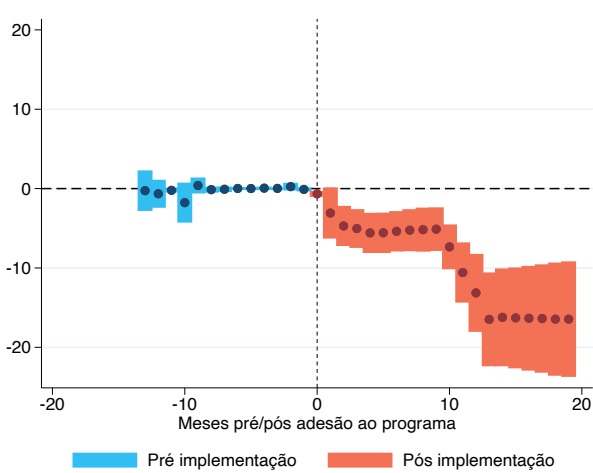


Figura 51. Efeito médio de tratamento agregado nas ULS que aderiram ao programa “Ligue antes, salve vidas” entre janeiro de 2024 e setembro de 2025, em termos de redução de urgências evitáveis

Nota: Estimativas baseadas no estimador de diferenças-em-diferenças de Callaway e Sant’Anna (2021) para adoção faseada do tratamento. Intervalos de confiança a 95%. Cada ponto do gráfico representa o efeito médio do programa num determinado mês relativo à adesão, estimado como a diferença na proporção de urgências evitáveis entre as ULS já aderentes e as ULS ainda não aderentes nesse mesmo mês, não correspondendo a efeitos acumulados ao longo do tempo.

Entre os inquiridos em 2025, 34,40% já contactaram a linha SNS 24 em algum momento, para obter aconselhamento ou orientação sobre a sua saúde.

Apenas 47,87% dos indivíduos que ligaram para a linha SNS 24 foram recomendados a dirigir-se a um serviço de urgência hospitalar do SNS. Adicionalmente, 23,36% dos indivíduos foram encaminhados para os cuidados de saúde primários do SNS e 23,34% receberam indicação para ficar em casa e monitorizar os sintomas.

Entre os indivíduos que foram encaminhados para as urgências hospitalares, 96,9% acabaram por efetivamente recorrer a este serviço. Por sua vez, entre os inquiridos encaminhados para unidades de cuidados de saúde primários, 83,58% deslocaram-se à unidade indicada.

Em termos de satisfação com a linha SNS 24, 13,25% dos inquiridos que já contactaram a linha SNS 24 ficaram muito satisfeitos com a orientação fornecida e 48,65% ficaram satisfeitos.

Os inquiridos que consideraram ser “muito provável” contactar a linha SNS 24 antes de recorrer a um serviço de urgência, numa situação futura, são sobretudo indivíduos de classes económicas mais favorecidas, com nível de escolaridade elevado e mulheres.

4.3 Autodeclaração de doença

A par do programa “Ligue antes, salve vidas”, a otimização da utilização de recursos no SNS tem sido igualmente promovida através do reforço da autonomia dos cidadãos na gestão da sua saúde, designadamente por via da autodeclaração de doença. Ao eliminar a obrigatoriedade de certificação médica para efeitos de justificação de ausência laboral, este mecanismo – dirigido a episódios de doença de baixa gravidade e curta duração, em que a necessidade de avaliação clínica formal é limitada – permite evitar contactos administrativos com os cuidados de saúde primários (ou outros níveis de cuidados) que não acrescentariam valor clínico. Deste modo, contribui para a libertação de recursos assistenciais, que podem ser reorientados para situações de maior complexidade clínica. A autodeclaração de doença pode ser emitida até duas vezes por ano, sob compromisso de honra, em casos de doença que não excedam três dias consecutivos (Decreto-Lei n.º 53/2023, de 5 de julho; Decreto-Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro).

De acordo com os dados do Inquérito de Acesso, em 2025, 35,39% dos inquiridos empregados que reportaram ter-se sentido doentes indicaram ter necessitado de faltar ao trabalho por motivo de doença. Na maioria dos casos (50,9%), a ausência foi justificada através de uma baixa médica obtida nos cuidados de saúde primários (Figura 52). A autodeclaração de doença surge já como a segunda forma mais frequente de justificação de ausências laborais por motivo de doença, sendo utilizada por 20,9% dos inquiridos. Este resultado evidencia o potencial da autogestão da saúde (e da doença) da população para o aumento da eficiência do SNS, ao permitir a libertação de recursos humanos que podem, assim, ser alocados a situações mais severas e clinicamente exigentes, que requerem acompanhamento profissional.

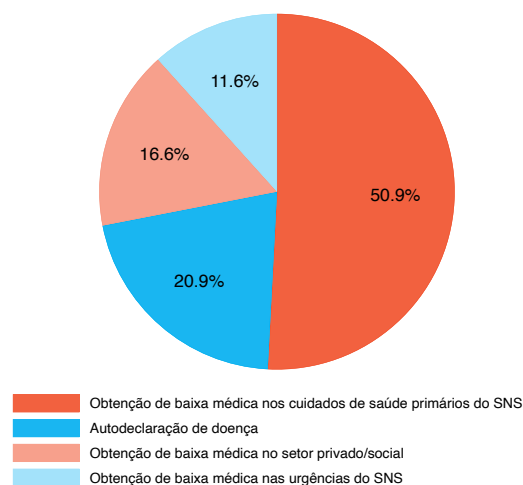


Figura 52. Forma de justificação de ausência ao trabalho por motivo de doença (para inquiridos que necessitaram de justificar ausência)

Entre os indivíduos que tiveram de faltar ao trabalho por motivo de doença e que tiveram de justificar a sua ausência, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, nem entre escalões socioeconómicos na probabilidade de ter emitido autodeclaração de doença. Adicionalmente, ser doente crónico e ter médico de família atribuído no SNS também não influenciam a probabilidade de justificar a ausência ao trabalho através de uma autodeclaração de doença. As diferenças observadas concentram-se exclusivamente nos grupos etários (Figura 53).

Com efeito, indivíduos com menos de 30 anos apresentam uma probabilidade de 47% de emitir autodeclaração de doença, enquanto na população com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos essa probabilidade diminui para 21%. Importa sublinhar que esta divergência não deverá ser interpretada apenas à luz de potenciais diferenças de literacia digital entre grupos etários. Considerando que a autodeclaração de doença é válida apenas para episódios que não excedam três dias consecutivos, a diferença observada poderá refletir, em parte, o carácter mais pontual e de curta duração dos episódios de doença na população mais jovem.

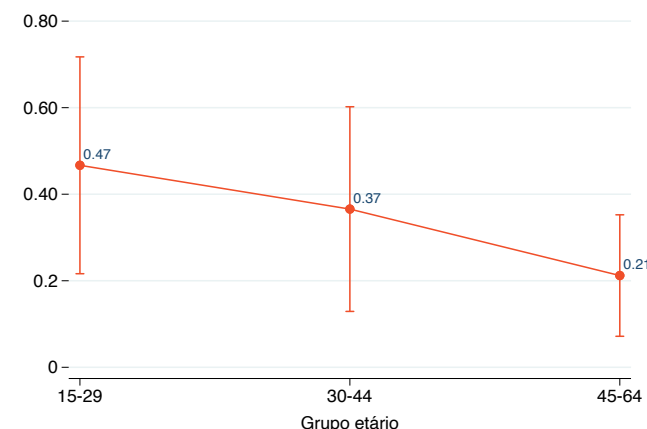


Figura 53. Probabilidade de ter emitido autodeclaração de doença em 2025 (para indivíduos que faltaram ao trabalho por motivo de doença e que tiveram de apresentar justificação de ausência)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo emitiu autodeclaração de doença; 0 se obteve baixa médica). Variáveis explicativas: grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS. Intervalos de confiança 95%.

Ainda no âmbito da certificação da incapacidade temporária para o trabalho, uma medida adicional que terá contribuído para uma menor sobrecarga dos médicos de família no SNS foi o alargamento do tipo de serviços com capacidade de emitir certificados de incapacidade temporária para o trabalho (Decreto-Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro). Efetivamente, até 2024, apenas um conjunto restrito de serviços (centros de saúde, serviços de prevenção e tratamento da toxicodependência e hospitais, com excepção dos serviços de urgência) estava habilitado a emitir estes certificados. A partir de 2024, serviços de saúde privados, do setor social e serviços de urgência do SNS passaram a poder emitir certificados de incapacidade temporária para o trabalho. Esta simplificação evita a utilização redundante de recursos e contribui não apenas para o aumento da eficiência do SNS e do sistema de saúde, como também reduz os encargos para os cidadãos, uma vez que deixam de ter de se dirigir a uma unidade de cuidados de saúde primários do SNS, caso tenham sido previamente observados noutro serviço de saúde.

4.4 Acesso a médico de família no SNS e no setor privado

Como exposto anteriormente, o SNS é o principal prestador de cuidados de saúde à população residente em Portugal. Adicionalmente, dentro do SNS, o tipo de serviços mais procurado são consultas nos cuidados de saúde primários. Neste sentido, o agravamento da escassez de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar no SNS nos últimos anos suscita preocupações legítimas na população, já que o acesso adequado e efetivo a cuidados de saúde fica comprometido quando uma percentagem significativa da população não tem médico de família atribuído. No SNS, têm prioridade na atribuição de médico de família as famílias em que existam utentes grávidas, ou utentes com multimorbilidade, com doença crónica, ou com crianças até aos dois anos (Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro).

A Figura 54 ilustra a probabilidade de um cidadão residente em Portugal ter médico de família atribuído no SNS, ao longo dos anos, já tendo em consideração características adicionais dos indivíduos, como a idade, a escolaridade, o escalão socioeconómico e a sua condição de doente crónico. Entre 2019 e 2025, houve um decréscimo muito pronunciado na população com médico de família atribuído. Se, em 2019, um indivíduo tinha 91% de probabilidade de ter um médico de família no SNS, em 2025 essa percentagem era de apenas 79%.

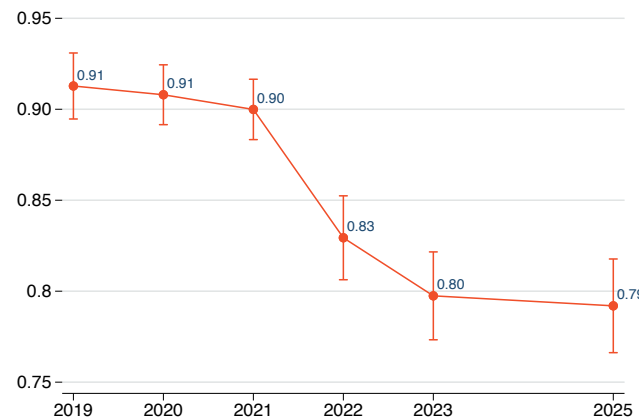


Figura 54. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico. Intervalos de confiança 95%.

Contudo, a carência de médicos de família não afeta todos os grupos socioeconómicos de igual modo. Como é possível observar na Figura 55 são sobretudo indivíduos de classes socioeconómicas mais desfavorecidas que têm menor probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS. À semelhança do que se mencionou aquando da discussão do cancelamento de consultas e exames, que apresentava um gradiente socioeconómico, este fenómeno não será resultado de discriminação ativa, e sim da menor atratividade das unidades de cuidados de saúde primários em zonas onde reside a população de baixos rendimentos. A sobrecarga de trabalho será provavelmente maior, devido à maior carga de doença usualmente associada a grupos da

população com menores rendimentos. De facto, quando se considera a influência do concelho de residência, na probabilidade de se ter médico de família atribuído, as diferenças entre grupos socioeconómicos esbatem-se e, nalguns casos, deixam de ser estatisticamente significativas (Figura 55). Este resultado deve-se ao facto de as zonas geográficas com maior escassez de médicos de família estarem associadas com locais de residência de pessoas com menores rendimentos.

Em 2025, enquanto uma pessoa dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B) tinha um médico de família com 86% de probabilidade, um indivíduo do escalão socioeconómico mais desfavorecido (E) tinha apenas 71% de probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS. Este gradiente é semelhante ou que já se observava em 2023. Recorde-se que a população financeiramente mais vulnerável é a que regista maior probabilidade de sofrer um episódio de doença (Figura 3 e Figura 10). Ou seja, a maior necessidade de cuidados de saúde por parte da população mais desfavorecida não é colmatada por um maior acesso a médicos de família, apesar dos critérios de prioridade existentes para atribuição de médico de família preverem um acesso mais célere a médicos de família para utentes com multimorbilidade ou com doenças crónicas. Importa sublinhar que este gradiente é recente, dado que em 2019 era a população com maiores capacidades económicas que tinha um acesso mais dificultado a médicos de família no SNS. Por conseguinte, é possível concluir que, em 2025, a escassez de médicos de família no SNS afetava desproporcionalmente a população com maiores carências económicas.

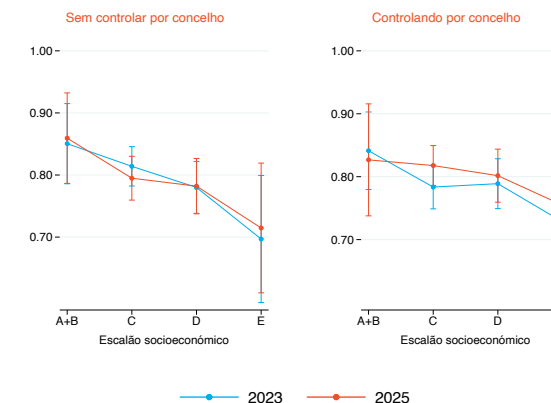


Figura 55. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por escalão socioeconómico em 2023 e 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico. Para além das variáveis explicativas mencionadas, o gráfico da direita também inclui como variável explicativa o concelho de residência. Intervalos de confiança 95%.

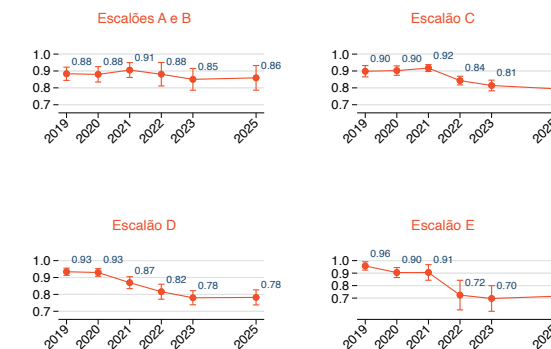


Figura 56. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por escalão socioeconómico e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico. Intervalos de confiança 95%.

Em 2025, não se observam diferenças

estatisticamente significativas na cobertura por médico de família, entre grupos etários, em linha com o registado em 2023 (Figura 57). Porém, quando se compara a probabilidade de acesso a médico de família, por grupo etário, entre 2019 e 2025, observa-se que a escassez de especialistas em Medicina Geral e Familiar tem vindo a acentuar as dificuldades de acesso sobretudo nos grupos etários mais jovens (15-29 anos e 30-44 anos).

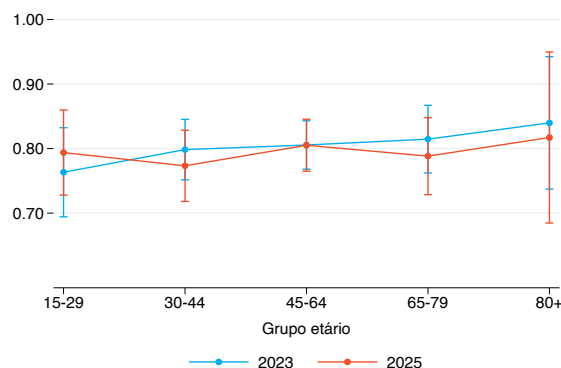


Figura 57. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por grupo etário em 2023 e 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico. Intervalos de confiança 95%.

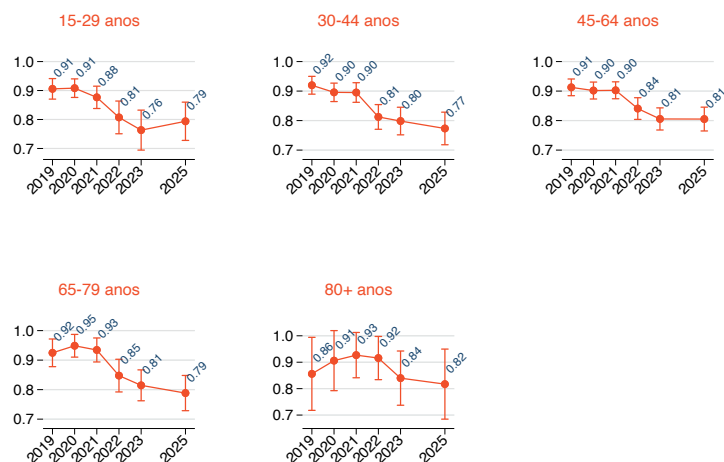


Figura 58. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por grupo etário e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico. Intervalos de confiança 95%.

A falta de médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, que se agravou nos últimos, teve um impacto heterogêneo entre áreas geográficas (Figura 59). Comparativamente com o que se registava em 2019, foi no Centro Litoral que se observou um maior agravamento na escassez de médicos de família: em 2019, a probabilidade de um indivíduo residente no Centro Litoral ter médico de família atribuído era de 95%, ao passo que em 2025 era de apenas 60%. No entanto, avaliando a situação de 2025 à luz do que se registava em 2023, conclui-se que foi no Alentejo que diminuiu de forma mais severa a probabilidade de um indivíduo ter médico de família atribuído (96% em 2023 vs. 85% em 2025). Importa frisar que, de acordo com a série "Utentes Inscritos em Cuidados de Saúde Primários" do Portal da Transparência, a percentagem de utentes com médico de família atribuído no Alentejo em outubro de 2025 era de 83,5%, o que se aproxima do valor registado na amostra de indivíduos consultados no Inquérito de Acesso (85%). No entanto, os dados do Portal da Transparência revelam que já em janeiro de 2023 a percentagem utentes com médico de família atribuído no Alentejo se aproximava desse valor.

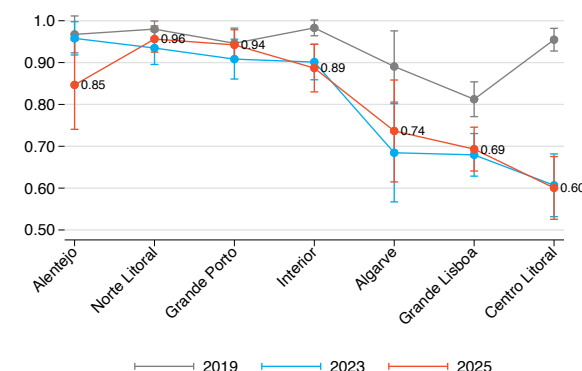


Figura 59. Probabilidade de ter médico de família atribuído no SNS, por área geográfica (2019, 2023 e 2025)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família atribuído no SNS e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

Face à escassez de médicos de família no SNS, no setor privado têm surgido iniciativas inovadoras, como as Unidades de Família, que visam facilitar o acesso da população a cuidados de saúde primários e, em particular, a médicos de família no setor privado. Tendo em consideração as características socioeconómicas dos inquiridos, bem como a sua condição de doente crónico e cobertura por médico de família no SNS, a probabilidade de um indivíduo ter médico de família no setor privado era de 13,32% em 2023 e de 14,79% em 2025, embora esta diferença não apresente significância estatística. Quando se avalia a probabilidade de a população ter médico de família no setor privado, em função de um conjunto alargado de características socioeconómicas, observam-se algumas heterogeneidades (Figura 60, a Figura 61 e Figura 62).

Como seria expectável, a atribuição de médico de família no SNS surge como um determinante relevante do recurso ao setor privado: em 2025, a probabilidade de ter médico de família no privado ascendia a 20% entre os indivíduos sem médico de família no SNS, comparativamente com 13% entre aqueles que dispunham de médico de família no SNS. Adicionalmente, enquanto em 2023 não se observavam diferenças estatisticamente significativas por género, em 2025 as mulheres passaram a apresentar uma probabilidade superior à dos homens de ter médico de família no setor privado (16% entre as mulheres, face a 13% entre os homens).

Como esperado, são sobretudo indivíduos de escalões socioeconómicos mais favorecidos e de maior nível de escolaridade que têm maior probabilidade de ter médico de família no setor privado, pela maior capacidade financeira de suportar este tipo de cuidados de saúde. Esta tendência

registar-se apesar de as classes socioeconómicas mais favorecidas estarem a ser as menos afetadas pela escassez de médicos de família no SNS em 2025 (Figura 55). Regista-se ainda um gradiente positivo por grupo etário, com pessoas com idades compreendidas entre os 45 e os 79 anos a registarem uma maior probabilidade de ter médico de família no privado, comparativamente com indivíduos com idades entre os 15 e os 44 anos.

A utilização de médicos de família no setor privado apresenta ainda alguma heterogeneidade geográfica, embora tenha havido alterações relevantes entre 2023 e 2025. Em 2023, o Algarve era a área geográfica onde as pessoas tinham maior probabilidade de recorrer a médicos de família no privado (24%). Porém, esta probabilidade diminuiu para 12% em 2025. No último ano do inquérito, era na Grande Lisboa e no Interior que a população mais recorria a médicos de família no privado: 19% e 17%, respetivamente. Importa notar que embora na amostra analisada a escassez de médicos de família se tenha agudizado mais severamente no Alentejo (Figura 59), não se observou um aumento significativo, entre 2023 e 2025, na probabilidade de a população residente no Alentejo ter médico de família no privado.

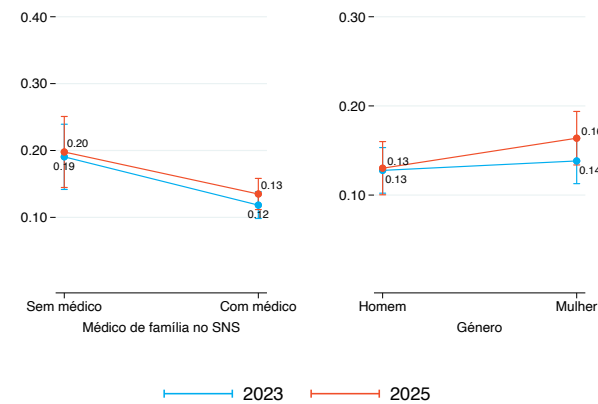


Figura 60. Probabilidade de ter médico de família no setor privado, por condição de acesso a médico de família no SNS e por género

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família no setor privado e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

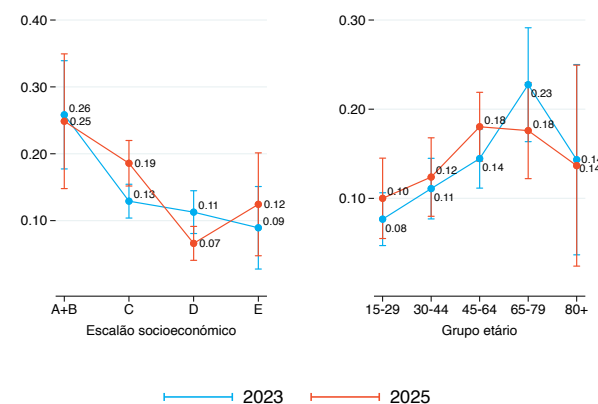


Figura 61. Probabilidade de ter médico de família no setor privado, por escalão socioeconómico e por grupo etário

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família no setor privado e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

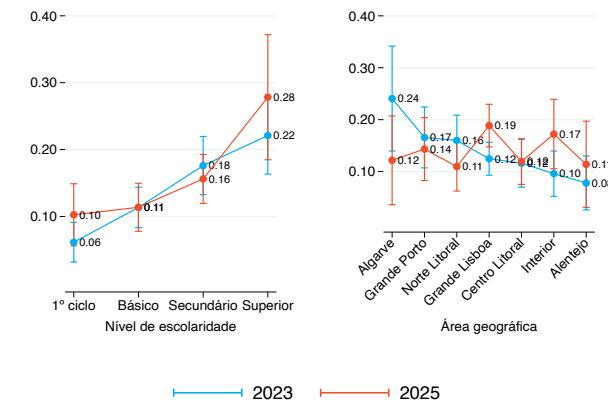


Figura 62. Probabilidade de ter médico de família no setor privado, por nível de escolaridade e por área geográfica

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo tem médico de família no setor privado e 0 se não tem). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

A cobertura por médico de família no setor privado influencia de forma significativa o tipo de serviço a que os indivíduos recorrem quando se sentem doentes (Figura 63, Figura 64). Em 2023, a probabilidade de ter recorrido a uma consulta no setor privado no último episódio de doença era de 5% entre os indivíduos sem médico de família no privado, aumentando para 17% entre aqueles que dispunham desse acompanhamento, uma diferença de 12 pontos percentuais. Em 2025, este diferencial acentuou-se, atingindo 16 pontos percentuais.

Importa notar que, embora em 2023 a probabilidade de recorrer a serviços do SNS perante um episódio de doença não diferisse de forma estatisticamente significativa entre indivíduos com e sem médico de família no privado, em 2025 os indivíduos com médico de família no setor privado passaram a recorrer ao SNS com uma probabilidade de apenas 72%, significativamente inferior à observada entre aqueles que não dispõem desse tipo de acompanhamento (94%) (Figura 64).

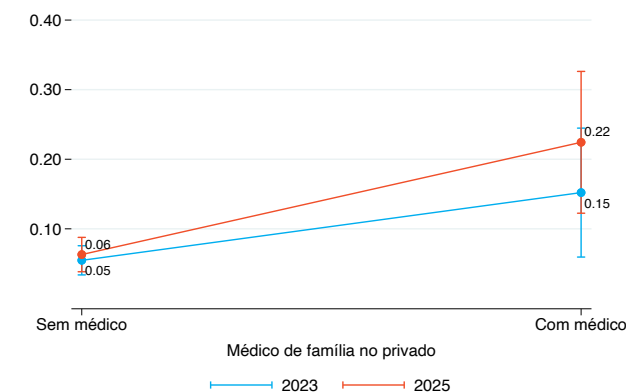


Figura 63. Probabilidade de recurso a consulta no setor privado no último episódio de doença, por situação de médico de família no privado (para indivíduos que procuraram auxílio profissional)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo foi a uma consulta no setor privado da última vez que se sentiu doente e 0 se não recorrer a esse serviço, embora tenha procurado ajuda profissional). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

4.5 Cuidados de saúde centrados na pessoa

Nos últimos anos, a humanização dos cuidados de saúde tem vindo a afirmar-se como um eixo estruturante da organização e prestação de cuidados no SNS, entendida não apenas como um conjunto de boas práticas, mas como uma atitude transversal que valoriza a dignidade intrínseca da pessoa, a empatia, a compaixão e o respeito pela sua autonomia. Este entendimento foi formalmente consolidado com a criação da Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS e com a implementação do respetivo Plano de Ação, que sublinha que a centralidade da pessoa deve permear todos os momentos do percurso de cuidados e envolver, de forma indissociável, utentes, famílias e profissionais de saúde (Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, 2024).

Em 2025, esta orientação ganhou expressão adicional através da divulgação de princípios e exemplos de boas práticas de humanização no SNS (Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS, 2025). Esta partilha reforça a ideia de que tratar e cuidar não se esgotam na resposta clínica à doença, mas implicam reconhecer a singularidade de cada pessoa, a sua experiência subjetiva e o contexto em que vive. Um sistema de saúde humanizado e centrado na pessoa deve, pois, assegurar que a pessoa é tratada com dignidade, compaixão e respeito (The Health Foundation, 2016). É neste enquadramento que a análise aqui apresentada visa aferir como tem evoluído a perceção de cuidados prestados com dignidade, compaixão e respeito, por quem procurou ajuda profissional no sistema de saúde.

Quando questionadas sobre se se sentiram tratadas com dignidade, compaixão e respeito no seu último contacto com o sistema de saúde, em 2025, as respostas revelam valores relativamente elevados, independentemente do grupo socioeconómico do indivíduo (Figura 65). O sentimento de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito reportado por pessoas com mais privações económicas não difere estatisticamente daquele reportado por pessoas dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (A e B).

Porém, quando se considera um horizonte temporal mais vasto, verifica-se que, entre 2017 e 2025, a probabilidade de as pessoas considerarem ter sido tratadas com dignidade, compaixão e respeito diminuiu sobretudo em pessoas dos escalões socioeconómicos mais favorecidos (Figura 66). Em 2017, esta probabilidade era de 78% para pessoas dos escalões socioeconómicos A e B, ao passo que em 2025 era de apenas 65%.

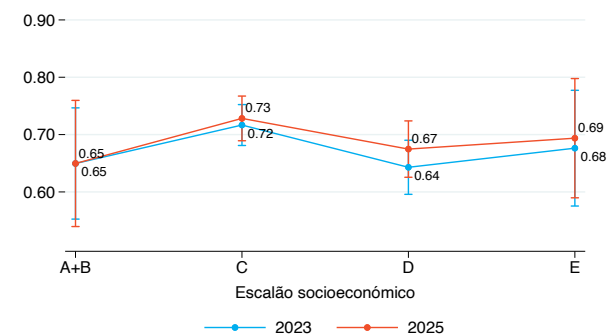


Figura 65. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, por escalão socioeconómico em 2023 e 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito e 0 se reportou não ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

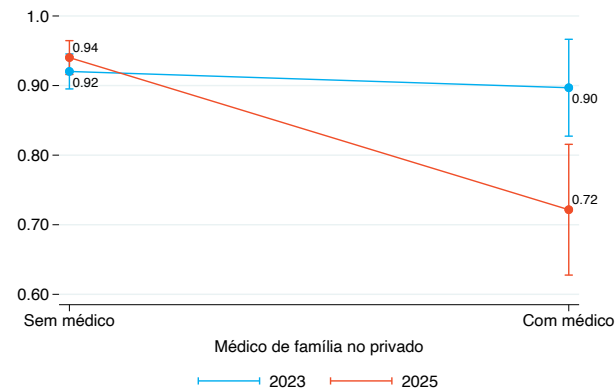


Figura 64. Probabilidade de recurso a um serviço do SNS no último episódio de doença, por situação de médico de família no privado (para indivíduos que procuraram auxílio profissional)

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo recorreu ao SNS da última vez que se sentiu doente e 0 se recorreu apenas ao setor privado). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, género, nível de escolaridade, escalão socioeconómico, condição de doente crónico, cobertura por médico de família no SNS, área geográfica. Intervalos de confiança 95%.

Na amostra analisada, a probabilidade de um indivíduo ter médico de família atribuído diminuiu de forma substancial, passando de 91% em 2019 para 79% em 2025. A escassez de médicos de família no SNS afeta sobretudo pessoas de escalões socioeconómicos mais desfavorecidos, bem como cidadãos residentes no Algarve, na Grande Lisboa e no Centro Litoral.

Em 2025, a probabilidade de um indivíduo ter médico de família no privado era de 14,79%, já tendo em consideração características socioeconómicas da população e a sua cobertura por médico de família no SNS. Perante um episódio de doença, indivíduos com médico de família no privado registam maior probabilidade de procurar cuidados de saúde profissionais unicamente no setor privado.

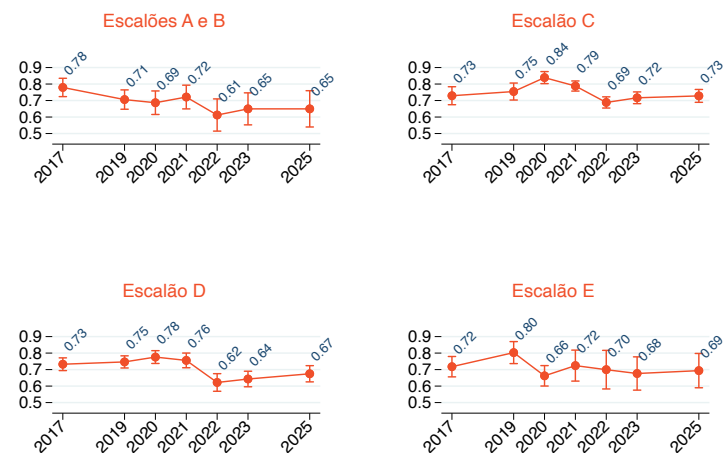


Figura 66. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, por escalão socioeconómico e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito e 0 se reportou não ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

Uma análise semelhante, mas por grupo etário, revela que em 2025 as pessoas com 80 ou mais anos são as que apresentam uma maior probabilidade (85%) de terem sido tratadas com dignidade, compaixão e respeito (Figura 67). Este foi o único grupo etário em que se registou uma melhoria em termos de humanização de cuidados, face a 2023. Com exceção deste grupo, não existem diferenças estatisticamente significativas entre grupos etários na probabilidade de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito. A perceção de tratamento com dignidade, compaixão e respeito foi mais elevada nos anos de maior contágio à COVID-19, tendo-se registado uma quebra muito acentuada em 2022, tendo-se mantido estável desde então, na maioria dos grupos etários analisados. Esta evolução aparentemente contraintuitiva, poderá dever-se, por exemplo, a um ajustamento das expectativas da população durante a pandemia que, considerando a pressão a que os profissionais de saúde estiveram sujeitos, evitou que o indicador se deteriorasse. Por outro lado, é plausível que durante a pandemia os profissionais de saúde tenham reforçado os níveis de dignidade, compaixão e respeito para com os doentes, dadas as circunstâncias extraordinárias enfrentadas.

Finalmente, em 2025 dissiparam-se as diferenças de género na perceção de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito (Figura 69). A inexistência de diferenças de género está alinhada com o que vinha sendo observado entre 2017 e 2022. Por conseguinte, a diferença detetada em 2023, terá resultado de uma situação conjuntural ou de especificidades da amostra, e não do início de uma tendência de cuidados de saúde penalizadores da dignidade das mulheres.

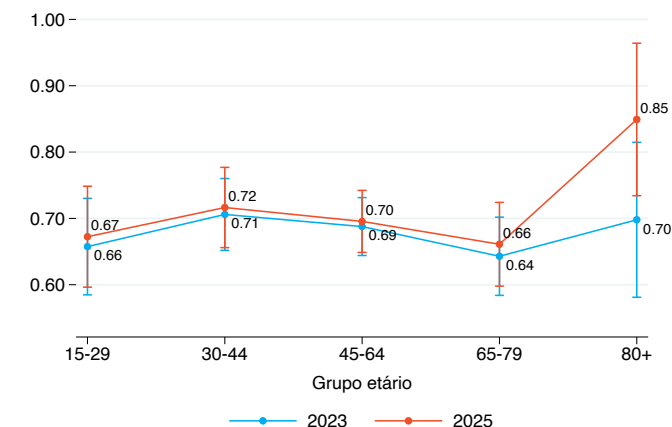


Figura 67. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, por grupo etário em 2023 e 2025

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito e 0 se reportou não ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

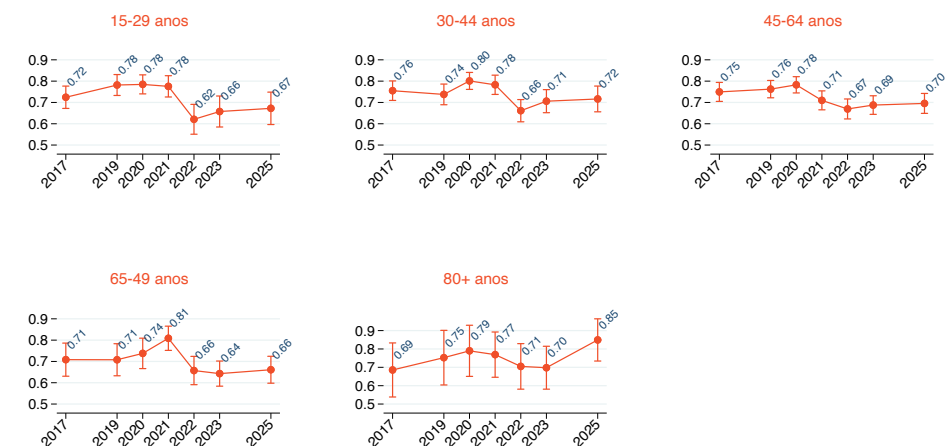


Figura 68. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito, por grupo etário e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito e 0 se reportou não ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito). Variáveis explicativas: ano civil, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

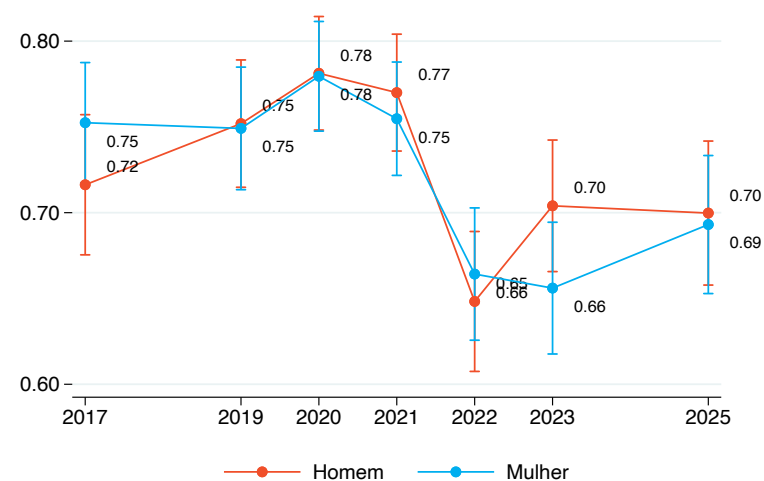


Figura 69. Probabilidade de ter sido tratado com dignidade, por género e por ano

Nota: Probabilidades estimadas com base num modelo probit em que a variável dependente é uma variável binária (igual a 1 se o indivíduo reportou ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito e 0 se reportou não ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito). Variáveis explicativas: ano civil, género, grupo etário, nível de escolaridade, escalão socioeconómico. Intervalos de confiança 95%.

Em 2025, a probabilidade de indivíduos com 80 ou mais anos reportarem uma experiência positiva foi de 85%, o que corresponde a um acréscimo de 15 pontos percentuais face a 2023. Apesar da melhoria registada neste grupo etário, a perceção global destes atributos nos cuidados de saúde permanece inferior à registada nos períodos pré-pandémico e pandémico.

Conclusão

As barreiras no acesso a cuidados de saúde constituem um elemento central para o funcionamento dos sistemas de saúde, sendo a sua identificação e mitigação essenciais para promover ganhos sustentados em saúde da população. A análise desenvolvida neste relatório baseia-se em informação recolhida diretamente junto de uma amostra representativa da população residente em Portugal Continental. Estes dados complementam os dados administrativos e estatísticos habitualmente disponíveis sobre a utilização de serviços de saúde. Os dados do Inquérito de Acesso, realizado pela Nova School of Business and Economics desde 2013, permitem uma análise aprofundada das decisões individuais de recorrer, ou não, ao sistema de saúde e da importância relativa que diferentes tipos de barreiras assumem nessas decisões.

À luz do disposto na Constituição da República Portuguesa, que atribui ao Estado a responsabilidade de assegurar o acesso universal a cuidados de saúde, independentemente da condição financeira dos cidadãos (Artigo 64.º), as análises realizadas incidiram sobre a identificação de desigualdades associadas à idade, classe socioeconómica, género e nível de escolaridade.

As desigualdades socioeconómicas em saúde e no acesso a cuidados de saúde manifestam-se, desde logo, na ocorrência de episódios de doença. Embora os episódios de doença não sejam, em geral, previsíveis, o contexto social dos indivíduos influencia a sua incidência. Como esperado, a probabilidade de ocorrência de episódios de doença aumenta com a idade. Em 2025 atenuou-se o gradiente etário na ocorrência de episódios de doença. Porém, a suavização deste gradiente etário, comparativamente com o registado em 2023, não se deveu a uma diminuição na probabilidade de doença nos grupos etários mais velhos, mas sim a uma maior ocorrência de episódios de doença em camadas mais jovens da população.

Para além do fator etário, a condição socioeconómica também está fortemente associada à probabilidade de ocorrência de doença. Indivíduos pertencentes a classes

socioeconómicas mais desfavorecidas apresentam uma probabilidade substancialmente superior de sofrer episódios de doença. Em 2025, um indivíduo do escalão económico mais desfavorecido tinha uma probabilidade de 67% de reportar um episódio de doença, comparativamente com apenas 39% entre indivíduos dos escalões mais favorecidos (A e B). Em 2025, o gradiente socioeconómico na probabilidade de registar um episódio de doença diminuiu para as mulheres, mas devido a um aumento na ocorrência de episódios de doença entre a população com menores privações financeiras. De modo contrário, o gradiente socioeconómico na ocorrência de episódios de doença acentuou-se para os homens, face a 2023. Este aumento face a 2023 pode dever-se, por um lado, a uma menor severidade dos episódios de doença, ou a uma maior perceção de barreiras de acesso a cuidados de saúde.

A maioria das pessoas que não procura assistência profissional justifica a decisão com a perceção de que a o problema de saúde é pouco grave. Em 2025, à semelhança do que já havia sido registado em 2023, o peso da percentagem de indivíduos que apontaram os tempos de espera como razão para não recorrerem ao sistema de saúde manteve-se relativamente elevado.

Numa perspetiva mais abrangente, que ultrapassa o último episódio de doença, a avaliação de barreiras financeiras e não financeiras ao acesso a cuidados de saúde revela que, em 2025, estas permanecem elevadas, situando-se acima dos níveis observados no período pré-pandémico (2013–2019) e durante a fase mais intensa da pandemia (2020–2021). Em 2025, as barreiras financeiras evidenciam um marcado gradiente socioeconómico, com indivíduos em situação de maior vulnerabilidade económica a apresentarem probabilidades significativamente superiores de não adquirir toda a medicação necessária: a probabilidade de indivíduos com maiores privações económicas reportarem esta barreira financeira era de 52%, ao passo que para indivíduos de escalões socioeconómicos mais favorecidos era de 1%. Indivíduos com maiores privações económicas também registam maior probabilidade de não

ir a uma consulta ou urgência por questões financeiras. Os resultados mostram que, tanto nas deslocações aos cuidados de saúde primários como às urgências do SNS, a principal componente da despesa suportada pelos cidadãos é a relacionada com medicamentos.

A relação entre o setor público (SNS) e o setor privado (com e sem fins lucrativos) constitui igualmente uma dimensão central na análise do acesso a cuidados de saúde em Portugal. Entre 2022 e 2025, a probabilidade de um indivíduo recorrer a cuidados de saúde apenas no setor público diminuiu 8 pontos percentuais, passando de 90% para 82%. No entanto, a larga maioria (83,52%) da população continua a recorrer unicamente ao SNS, aquando da procura por cuidados de saúde. No SNS, os serviços mais frequentemente procurados são os cuidados de saúde primários.

Um ponto que merece destaque é o aumento expressivo na utilização da linha SNS 24, em virtude da expansão do programa “Ligue antes, salve vidas”, que contribuiu para a redução da procura por serviços de urgência no SNS. Entre os indivíduos que procuraram ajuda profissional no sistema de saúde, 37,28% tinham recorrido a urgências do SNS em 2023, tendo esta procura diminuído para 26,42% em 2025. Entre os indivíduos que contactaram a linha SNS 24 aquando do último episódio de doença, 47,87% foram recomendados a dirigir-se a um serviço de urgência do SNS, 23,36% foram encaminhados para cuidados de saúde primários do SNS e 23,34% receberam indicação para ficar em casa e monitorizar os sintomas. A redução em idas às urgências no SNS não se repercutiu numa maior procura por serviços de urgência no privado, mas sim num maior recurso a cuidados de saúde primários do SNS e a consultas no setor privado.

Uma outra medida que tem contribuído para uma utilização mais eficiente dos recursos do SNS é a possibilidade de os indivíduos emitirem uma autodeclaração de doença, em casos de doença que não excedam três dias consecutivos. Ao eliminar a obrigatoriedade de certificação médica para efeitos de justificação de ausência laboral, este mecanismo liberta recursos para situações de maior complexidade. Na amostra

analisada, entre os indivíduos que tiveram de faltar ao trabalho por motivo de doença e que tiveram de apresentar justificação, 20,9% emitiram uma autodeclaração.

A cobertura por médico de família no SNS permanece baixa: de acordo com a amostra analisada, a probabilidade de um indivíduo ter médico de família atribuído passou de 91% em 2019 para apenas 79% em 2025. Verifica-se, ainda, um gradiente socioeconómico na atribuição de médico de família, com indivíduos de classes mais desfavorecidas a apresentarem menor probabilidade de ter médico de família. Por conseguinte, as barreiras financeiras no acesso a cuidados de saúde, para a população mais desfavorecida, são exponenciadas por barreiras não financeiras.

Face a estas limitações, têm emergido no setor privado iniciativas destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde primários. Em 2025, a probabilidade de um indivíduo ter médico de família no privado era de 14,79%, já tendo em consideração características socioeconómicas da população e a sua cobertura por médico de família no SNS. Perante um episódio de doença, indivíduos com médico de família no privado registam maior probabilidade de procurar cuidados de saúde profissionais unicamente no setor privado.

Por último, uma vez que tratar e cuidar não se esgotam na resposta clínica à doença, mas implicam reconhecer a singularidade de cada pessoa, a sua experiência subjetiva e o contexto em que vive, avaliou-se a perceção de cuidados prestados com dignidade, compaixão e respeito, por quem procurou ajuda profissional no sistema de saúde. Entre 2023 e 2025, a perceção de se ter sido tratado com dignidade, compaixão e respeito aumentou de forma expressiva para a população com 80 ou mais anos, passando uma experiência positiva a ser reportada por 85% dos indivíduos, 15 pontos percentuais acima do valor registado em 2023 (70%). Ainda assim, em termos globais, os níveis de satisfação com a humanização dos cuidados permanecem abaixo dos registados nos períodos pandémico e pré-pandémico.

Assembleia da República. (2020). “Lei n.º 2/2020, de 31 de março”. *Diário da República* 1.ª Série, 64 (março): 2-336. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2-2020-130893436>

Banco de Portugal. (n.d.). Índice harmonizado de preços no consumidor – Mensal. <https://bpstat.bportugal.pt/conteudos/quadros/550>

Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. (2024). Plano de Ação. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Plano-de-Acao-Humanizacao-dos-Cuidados-de-Saude_27mar24.pdf

Comissão Nacional para a Humanização dos Cuidados de Saúde no SNS. (2025). Humanização em Saúde – um Valor Integral. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/10/Livro-Humanizacao-em-Saude-um-Valor-Integral-DE-SNS-CNHCS-SNS-julho-2025.pdf?utm_source=chatgpt.com

Callaway, B., & Sant’Anna, P. H. (2021). Difference-in-differences with multiple time periods. *Journal of Econometrics*, 225(2), 200-230.

European Commission. (2025). Standard Eurobarometer 103: Public opinion in the European Union (March–April 2025).

Eurostat. (2025). HICP - annual data (average index and rate of change). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/prc_hicp_auid/default/table?lang=en&category=prc.prc_hicp

Ministério da Saúde. (2011). “Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro”. *Diário da República* 1ª Série, 229 (novembro): 5108-10. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/113-2011-146061>

Ministério da Saúde. (2017) “Decreto-Lei n.º 69/2017, de 16 de junho”. *Diário da República* 1ª Série, 115 (junho): 3036-3037. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/69-2017-107522251>

Ministério da Saúde. (2016). “Despacho n.º 4835-A/2016, de 8 de abril”. *Diário da República* 2.ª Série, 69 (abril): 11816-(2) a 11816-(2). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/4835-a-2016-74076053>

Ministério da Saúde. (2017). “Despacho n.º 1774-A/2017, de 24 de fevereiro”. *Diário da República* 2.ª Série, 40 (fevereiro): 3514-(2) a 3514-(5). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1774-a-2017-106531278>

OECD (2025), *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

Presidência do Conselho de Ministros. (2020). “Decreto-Lei n.º 96/2020, de 4 de novembro”. *Diário da República* 1ª Série, 215 (novembro): 11-12. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/96-2020-147533138>

Presidência do Conselho de Ministros. (2022). “Decreto-Lei n.º 37/2022, de 27 de maio”. *Diário da República* 1ª Série, 37 (maio): 3-4. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2022-184054398>

Presidência do Conselho de Ministros. (2023). “Decreto-Lei n.º 53/2023, de 5 de julho”. *Diário da República* 1ª Série, 129 (julho): 6-29. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/53-2023-12912911>

Presidência do Conselho de Ministros. (2024a). “Decreto-Lei n.º 2/2024, de 5 de janeiro”. *Diário da República* 1ª Série, 4 (janeiro): 41-42. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/2-2024-836117864>

Presidência do Conselho de Ministros. (2024b). “Decreto-Lei n.º 37/2024, de 28 de maio”. *Diário da República* 1ª Série, 37 (maio). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/37-2024-867193656>

Santos, C. (2025). *Evolução das Despesas Diretas em Saúde em Portugal*. Nova School of Business and Economics. <https://doi.org/10.34619/tm9x-s4ao>

SPMS. (2022). SNS 24 celebra 5 anos e atendeu já este ano mais de 8 milhões de chamadas. <https://www.spms.min-saude.pt/2022/07/sns-24-celebra-5-anos-e-atendeu-ja-este-ano-mais-de-8-milhoes-de-chamadas/>

The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*.

CRÉDITOS DE IMAGENS

As fotografias utilizadas foram extraídas do banco de imagens Freepik: www.freepik.com/free-photo

Relatório
Acesso a cuidados de saúde, 2025

Autores:
Pedro Pita Barros
Carolina Santos

Enquadramento institucional:
Cátedra BPI | Fundação “la Caixa” em Economia da Saúde

Coordenação científica:
Pedro Pita Barros

Design gráfico e paginação:
Joana Correia

Data de publicação:
Dezembro de 2025

 BPI |  Fundação "la Caixa" |  **NOVA** NOVA SCHOOL OF
BUSINESS & ECONOMICS

SOCIAL EQUITY INITIATIVE

KNOWLEDGE-DRIVEN PROGRESS

 **NOVA** Health Economics & Management
Knowledge Center
NOVA SCHOOL OF
BUSINESS & ECONOMICS