



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Desigualdades socioeconómicas e territoriais na oferta de cuidados de saúde: o caso português.

Vanessa Saldanha Marques

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo

Departamento de Economia, ISCTE Business School,

Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2023



**BUSINESS
SCHOOL**

Desigualdades socioeconómicas e territoriais na oferta de cuidados de saúde: o caso português.

Vanessa Saldanha Marques

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador: Professor Doutor Nuno Crespo

Departamento de Economia, ISCTE Business School,

Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2023

AGRADECIMENTOS

A realização desta tese trata-se da finalização do meu percurso académico que teve como objetivo aprofundar conhecimentos na área da saúde. Como tal, desejo agradecer a todas as pessoas que de forma direta ou indireta, contribuíram para a elaboração desta tese de Mestrado, nomeadamente:

Ao meu orientador, o professor Nuno Crespo, pela sua disponibilidade, compreensão nos mais diversos aspetos e, acima de tudo, orientação.

Ao meu pai, que já não me vai ver apresentar esta tese, mas que sempre acreditou em mim e nas minhas capacidades e sempre me apoiou de forma incondicional em todo o meu processo académico.

À minha mãe, por todo o apoio, motivação e paciência e por me ter ajudado a ultrapassar alguns desafios.

Ao Rodrigo, por sempre ter acreditado em mim, pelas suas valiosas opiniões acerca do tema e palavras sábias, nos momentos em que mais precisei e, acima de tudo, pela paciência e compreensão nos momentos de isolamento que precisei para escrever esta tese.

Aos meus amigos mais chegados, que sempre me deram motivação e vontade para concluir esta etapa do meu percurso académico.

RESUMO

Atualmente, as desigualdades em saúde são um tema sensível em Portugal e que afetam o acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos.

Embora Portugal tenha um sistema de saúde público (SNS), que foi criado com o objetivo de aumentar a proximidade dos cuidados de saúde à população e aos locais onde os cidadãos se encontram, o acesso a cuidados de saúde de qualidade não é equitativo pela população. Deste modo, a redução das desigualdades, especialmente aquelas relacionadas com o estatuto socioeconómico da população e com as diferenças territoriais, é extremamente importante, de forma a alocar corretamente a utilização dos recursos humanos pelas organizações e o financiamento dos cuidados de saúde.

Na presente dissertação realizou-se uma análise às desigualdades socioeconómicas e territoriais no acesso aos cuidados de saúde da população portuguesa, realizando-se uma revisão de literatura e uma análise de dados de indicadores que ajudam a medir estas desigualdades.

Da análise e interpretação destes indicadores, concluímos que existem grandes assimetrias regionais na distribuição e utilização dos recursos humanos e financeiros no setor da saúde, pelo que se torna evidente que a criação do Sistema Nacional de Saúde está ainda longe do seu objetivo, garantir o acesso equitativo a cuidados de saúde a toda a população portuguesa. Nas zonas do litoral existe uma elevada concentração de recursos face aos concelhos do interior, pois são regiões mais rurais e com condições menos atrativas para a captação de mão de obra, verificando-se uma menor concentração de recursos humanos e financeiros neste setor.

Palavras-Chave: Desigualdades, Acesso, Cuidados de Saúde, Necessidades, Serviço Nacional de Saúde

Classificação JEL: I10 e I15

ABSTRACT

Health inequalities are currently a sensitive issue in Portugal and affect citizens' access to healthcare.

Although Portugal has a public health system (NHS), which was created with the aim of increasing the proximity of health care to the population and the places where citizens are, access to quality health care is not equitable across the population. Therefore, reducing inequalities, especially those related to the socio-economic status of the population and territorial differences, is extremely important in order to correctly allocate the use of human resources by organizations and the financing of healthcare.

This dissertation analyzed socio-economic and territorial inequalities in access to health care for the Portuguese population, reviewing the literature and analyzing data from indicators that help measure these inequalities.

From the analysis and interpretation of these indicators, we can conclude that there are major regional asymmetries in the distribution and use of human and financial resources in the health sector, so it is clear that the creation of the National Health System is still far from its goal of guaranteeing equitable access to health care for the entire Portuguese population. There is a high concentration of resources in coastal areas compared to inland municipalities, as these are more rural regions with less attractive conditions for attracting labor, and there is a lower concentration of human and financial resources in this sector.

Keywords: Inequalities, Access, Health Care, Needs, National Health Care Service

JEL Classification: I10 and I15

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE TABELAS	x
ABREVIATURAS E SIGLAS	xii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA	5
1.1. Limitações do estudo	6
CAPÍTULO 2 – A SAÚDE EM PORTUGAL	7
2.1. Evolução do Sistema de Saúde Português:	10
2.2. Necessidade de criação do Sistema Nacional de Saúde:	11
CAPÍTULO 3 – ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	15
3.1. EQUIDADE NA SAÚDE	15
3.2. DESIGUALDADES	17
3.2.1. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS	18
3.2.2. DESIGUALDADES TERRITORIAIS	20
CAPÍTULO 4 – POPULAÇÃO	22
4.1. Caracterização da População	23
CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	28
5.1. Indicadores de Desigualdades Socioeconómicas	29
5.2. Indicadores de Desigualdades Territoriais	43
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária da população residente, por sexo e idade, em 2022	24
Figura 2 - % da população idosa na população total, em 2021	30
Figura 3 – Densidade Populacional, evolução de 1980 a 2021	32
Figura 4 – Taxa de Desemprego, 2020.....	33
Figura 5 – Índice de Sustentabilidade Potencial, 2021	35
Figura 6 – Esperança Média de Vida, 2018	37
Figura 7 – Distribuição da população sem escolaridade VS. Distribuição da população com ensino superior, em 2021	40
Figura 8 – Distribuição do Índice de Gini, por NUTS II	42
Figura 9 – Distribuição dos hospitais pertencentes ao sistema público VS. hospitais pertencentes ao sistema privado, em 2021	45
Figura 10 – Distribuição de centros de saúde sem internamento VS. centros de saúde com internamento, 2012.....	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População Residente em Portugal, de 1980 a 2021	23
Gráfico 2 – Evolução do Nível de Escolaridade em % da população, de 1981 a 2021 ..	38
Gráfico 3 – Evolução do Índice de Gini, de 1994 a 2021	41
Gráfico 4 – % de profissionais de saúde do SNS, por região, 2018.....	44
Gráfico 5 – Nº de Hospitais em Portugal, em 2021	45
Gráfico 6 – Nº de Centros de Saúde em Portugal, 2012	47
Gráfico 7 – Nº de camas nos hospitais por 1000 habitantes (Nº), em 2021	49
Gráfico 8 – TOP 10 do maior número de internamentos nos hospitais, em 2021.....	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução de Indicadores Demográficos, de 1980 a 2021	7
Tabela 2 – Evolução da População Total, Urbana e Rural, de 1980 a 2021	8
Tabela 3 - Indicadores de saúde e de mortalidade em Portugal, de 1980 a 2020.....	9
Tabela 4 – Distribuição % da população por classes etárias, entre 2001 e 2021	29

Tabela 5 – N° de colaboradores por grupo profissional no SNS, 2018.....	43
Tabela 6 – Distribuição geográfica dos profissionais de saúde do SNS, 2018	44

ABREVIATURAS E SIGLAS

AT – Assistente Técnico

AO – Assistente Operacional

CRI – Centros de Responsabilidade Integrada

CRP – Constituição da República Portuguesa

SLS – Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

UE – União Europeia

TSS – Técnico Superior de Saúde

TDT – Técnico Superior de Diagnóstico

TS – Técnico Superior

TI – Técnico Informática

INTRODUÇÃO

- **Relevância do Tema**

Segundo a OMS, a saúde é um direito humano fundamental e esta organização compromete-se a assegurar um nível elevado de saúde a toda a população, tentando ajudar no desenvolvimento dos sistemas de saúde e, posteriormente, na monitorização dos progressos realizados neste âmbito (WHO, 2023).

Apesar dos esforços realizados pelas organizações internacionais no sentido de assegurar uma cobertura universal de saúde a toda a população, vê-se por todo o mundo que há fortes disparidades no estado da saúde da população e no acesso a estes serviços e Portugal não é exceção (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Devido aos anos de profunda recessão económica e dos cortes orçamentais realizados em várias áreas, os impactos na saúde foram evidentes, devido às mudanças nas condições sociais, económicas e, conseqüentemente, de acesso aos serviços de saúde. Uma das principais conseqüências da recessão verificou-se no aumento do desemprego e conseqüente redução do rendimento disponível dos particulares. Deste modo, quando as pessoas perdem o seu trabalho, tendem a desenvolver doenças associadas ao stress (financeiro e mental), mas perdem o acesso a cuidados de saúde, uma vez que deixam de ter acesso a seguros de saúde privados e no sistema público, os tempos de espera são, ainda, muito elevados, pois há muita procura por estes serviços e dificuldades de resposta. Deste modo, torna-se evidente a existência de fragilidades do Sistema de Saúde Português, pelo que é importante que o Governo e mesmo a própria sociedade reconheçam estas fragilidades e procurem mitigá-las (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022).

Por outro lado, somos um dos países com maior percentagem de desempregados (entre os 15 e os 64 anos) e com uma das maiores dívidas no setor da saúde, o que se traduz num elevado risco de deixar portugueses sem acesso a cuidados de saúde médicos (Ordem dos Médicos, 2020).

Deste modo, são evidentes os desafios já existentes antes de 2019, mas a pandemia associada à COVID-19 ainda veio, por um lado, torná-los mais evidentes e, por outro lado, trouxe novos desafios, nomeadamente no que diz respeito ao acesso à saúde. Segundo o Relatório da Primavera, em média, os portugueses gastam cerca de 600 euros, por ano, em despesas de saúde. E ainda segundo este relatório, uma elevada percentagem dos portugueses

afirmam que não têm acesso aos cuidados de saúde devido a questões financeiras (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2022).

O principal objetivo do SNS passa, então, por primeiro assegurar o acesso a cuidados de saúde a toda a população e, posteriormente por melhorar a saúde da população portuguesa, ou seja, o sistema de saúde deve ter em conta não só a melhoria dos cuidados de saúde prestados assim como a redução das desigualdades na saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2016).

Tendo em conta que existe um Serviço Nacional de Saúde, universal e gratuito, mas que não consegue dar resposta a todos os cidadãos portugueses nem às suas necessidades, vão gerar-se desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Para combater estas desigualdades, o SNS elaborou um Plano Nacional de Saúde para 2021-2030 onde pretende corrigir os problemas de saúde e adotar uma posição mais abrangente e inclusiva, organizando os serviços prestados de acordo com as necessidades específicas da população (Plano Nacional de Saúde 2030, 2020).

O Ministério da Saúde é o departamento pertencente ao Governo que tem como missão definir e conduzir a política nacional de saúde e garantir uma aplicação e utilização sustentável dos recursos, bem como a avaliação dos seus resultados (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Deste modo, em relação ao SNS, o Ministério da Saúde, exerce funções relacionadas com a regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção. No entanto, a implementação das políticas de saúde não é realizada da mesma forma em todas as NUTS II (em cada uma das ARS) devido às diferenças existentes entre as regiões (Serviço Nacional de Saúde, 2023). Como sabemos, a região de Lisboa e Vale do Tejo é a que representa a maior densidade populacional no nosso país, seguida pela região Norte e depois pela região Centro. Por outro lado, são as regiões autónomas e o Algarve as regiões com menor densidade populacional.

Deste modo, a questão central deste estudo foca-se na existência de diferenças e desigualdades tanto socioeconómicas como territoriais no acesso aos cuidados de saúde, em Portugal.

- **Estrutura do Trabalho**

Assim, ao longo deste estudo, de forma a tentar responder ao problema inicial, no capítulo 2 vai ser realizada uma caracterização da saúde em Portugal e conseqüente necessidade de desenvolvimento do SNS. Ao longo do capítulo 3, os conceitos de Equidade na Saúde e

Desigualdades são colocados frente a frente, de forma a caracterizar o acesso aos cuidados de saúde no nosso país e, por fim, vão ser analisadas as dimensões socioeconómica e territorial das desigualdades em Portugal.

Antes de proceder à análise de dados, no capítulo 4 é feita uma breve caracterização da população portuguesa, dividida pelas regiões do nosso país. No capítulo 5 deste estudo, vão ser analisados dados, recolhidos pelas organizações INE, PORDATA e SNS, para as NUTS III ou concelhos do território português, uma vez que se trata das medidas mais desagregadas e que permitem uma melhor análise dos dados. As variáveis em análise serão divididas por variáveis associadas às desigualdades socioeconómicas e por variáveis associadas às desigualdades territoriais.

Por fim, no capítulo 6 são apresentadas as conclusões finais retiradas da análise dos indicadores socioeconómicos e territoriais apresentados.

CAPÍTULO 1 – METODOLOGIA

O principal objetivo desta tese de Mestrado é evidenciar as desigualdades socioeconómicas e territoriais no acesso a cuidados de saúde em Portugal e, portanto, é necessário perceber qual a cobertura dos serviços de saúde oferecidos tanto pelo SNS como por organizações privadas de saúde, no território português. Para a realização desta análise será necessário analisar o Estado da Saúde em Portugal e, posteriormente indicadores relevantes, que evidenciam estas mesmas desigualdades.

Tendo em conta o objetivo descrito, esta pesquisa vai focar-se na análise de indicadores socioeconómicos e indicadores territoriais, como forma de comprovar a existência de desigualdades no acesso a cuidados de saúde, principalmente entre o litoral português e o interior.

A investigação e análise bibliográfica são as principais bases que me vão dar conhecimento para analisar, compreender e estruturar o problema em questão e, portanto, são a base para a realização desta dissertação. No que diz respeito à análise de dados, o presente estudo tem por base um método de análise quantitativa.

Antes de chegar ao tema das desigualdades no acesso a cuidados de saúde foi necessário analisar primeiro os cuidados de saúde que são oferecidos à população portuguesa e proceder à caracterização da nossa população, bem como das suas necessidades de saúde. Esta informação é proveniente de estudos disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde.

Seguidamente é que foi realizada a análise aos indicadores de desigualdades tanto socioeconómicas como territoriais. Os dados relativos aos indicadores de desigualdades socioeconómicas foram recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística, disponíveis no site do Instituto. Foram também utilizados dados recolhidos pelo PORDATA, disponíveis também no seu site.

Relativamente aos indicadores de desigualdades territoriais, os dados foram recolhidos pelo SNS, Instituto Nacional de Estatística e PORDATA. Os dados encontram-se disponíveis nos sites das respetivas organizações. Os indicadores analisados têm como objetivo apresentar os dados ao longo dos últimos 40 anos, para ajudar a perceber a evolução do comportamento das variáveis relativamente ao tema da Saúde em Portugal. Os dados foram, portanto, apresentados sob a forma de gráficos e tabelas, de forma que a comparação entre os anos seja apresentada de forma clara.

1.1. Limitações do estudo

A maior limitação deste estudo está relacionada com a análise quantitativa que foi feita aos indicadores, uma vez que um padrão da sociedade nem sempre pode ser definido apenas com base nos dados fornecidos pelos indicadores que foram escolhidos para esta análise, uma vez que há outras variáveis que têm influência no comportamento da sociedade e na definição de um padrão.

Por outro lado, os indicadores utilizados podem conter informação instável e vulnerável a impactos que a sociedade de um país está sujeita.

Ao longo desta dissertação vai ser utilizada uma análise quantitativa de forma a tentar explicar algumas das causas que vão gerar desigualdades socioeconómicas e territoriais no acesso a cuidados de saúde, no entanto, o que pode acontecer é que os valores que os indicadores em causa refletem podem não explicar totalmente os fenómenos e, portanto, as estatísticas podem não nos permitir retirar as melhores e mais certas conclusões.

CAPÍTULO 2 – A SAÚDE EM PORTUGAL

Em 1947 a Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como ‘um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como a ausência de dor’. Por outro lado, a saúde é um fator com grande poder no que diz respeito à integração social e económica dos indivíduos na sociedade.

Os indicadores demográficos relativos a Portugal demonstram que o nosso país tem vindo a acompanhar a tendência dos restantes países desenvolvidos, isto é, tem vindo a verificar-se um aumento da esperança média de vida, mas com um decréscimo contínuo na taxa de natalidade e fecundidade, que se traduziu num duplo envelhecimento demográfico.

Com base na Tabela 1, a evolução da população portuguesa entre 1980 e 2021 foi marcada pela redução acentuada da taxa de natalidade, assim como do índice sintético de fecundidade. O número de nascimentos por cada 1000 habitantes tem vindo a decrescer ao longo das décadas, sendo que durante o período em análise decresceu cerca de 52%. É importante também salientar a diminuição que se registou no índice sintético de fecundidade, isto é, ao longo dos anos, o número de filhos, por mulher, tem vindo a diminuir (cerca de 40% no período em análise).

Por outro lado, a taxa de mortalidade tem-se mantido relativamente constante, no entanto, no período 2011-2021 registou um aumento superior à média, devido ao impacto da pandemia COVID-19 na mortalidade.

Tabela 1 – Evolução de Indicadores Demográficos, de 1980 a 2021

Anos	1980	1990	2000	2011	2021
Taxa Bruta de Natalidade	16,2 ‰	11,7 ‰	11,7 ‰	9,2 ‰	7,7 ‰
Taxa Bruta de Mortalidade	9,7 ‰	10,3 ‰	10,2 ‰	9,7 ‰	12 ‰
Índice Sintético de Fertilidade	2,25	1,57	1,55	1,35	1,34

(Fonte: World Bank)

Com base na Tabela 2 e no que diz respeito aos dados da população total, ao longo dos anos analisados, Portugal tem vindo a registar aumentos populacionais, com exceção do período 2011-2021, em que o volume de população diminuiu cerca de 2,2%. No entanto, desde 2000 que a população portuguesa ultrapassou a marca dos 10 milhões de habitantes.

Relativamente à população urbana, ao longo das últimas décadas tem também vindo a aumentar, bem como a percentagem sobre a população total, ou seja, a população portuguesa cada vez mais prefere instalar-se nas zonas urbanas, face às zonas rurais. Deste modo, a população que reside em zonas rurais segue uma tendência contrária e, ao longo das últimas décadas tem vindo a diminuir, situando-se em 2021 nos 33% contra os 67% da população que reside em zonas urbanas.

Tabela 2 – Evolução da População Total, Urbana e Rural, de 1980 a 2021

Anos	1980	1990	2000	2011	2021
População Total	9.766.312	9.983.218	10.289.898	10.557.560	10.325.147
População Urbana	4.178.517	4.783.459	5.597.602	6.457.743	6.902.258
População Urbana (% da população total)	43%	48%	54%	61%	67%
População Rural	5.587.795	5.199.759	4.692.296	4.099.817	3.422.889
População Rural (% da população total)	57%	52%	46%	39%	33%

(Fonte: WorldBank)

Em suma, entre 1980-2021 verifica-se um contínuo duplo envelhecimento da população, devido à redução da taxa de natalidade, resultado das mudanças estruturais da população, bem como das suas prioridades em termos profissionais. A diminuição que se registou no número de nascimentos resultou, principalmente, da redução da quantidade do número de filhos por mulher, bem como do adiamento da maternidade, isto é, as mulheres, cada vez mais, são mães numa idade mais avançada, privilegiando mais a situação profissional, que, por vezes, as impede de ser mães mais cedo e mais vezes (Mendes, 2016). Atualmente, há cada vez mais jovens que além de adiarem o nascimento do primeiro filho, acabam mesmo por ter apenas um único filho, sendo esta uma tendência demográfica portuguesa contemporânea (Atalaia & Cunha, 2014).

No período 2000-2011, a queda na taxa de natalidade foi também justificada, em grande parte, pela grande crise económica e pelas políticas de austeridade que se fizeram sentir não só em Portugal, mas também no resto da Europa. Este cenário fez escalar o desemprego, principalmente nas classes etárias mais jovens e, portanto, em idade reprodutiva, o que aliado ao aumento do número de divórcios, veio intensificar drasticamente o adiamento e a diminuição do número de filhos por família, em Portugal (Atalaia & Cunha, 2014).

Por outro lado, o duplo envelhecimento da população resulta de um aumento do número de idosos, resultante do aumento da esperança média de vida, justificada pela melhoria das condições de vida da população, bem como das condições médicas e de assistência, resultantes não só da criação do SNS, mas também devido à criação de programas de vacinação e da evolução dos cuidados de saúde materno-infantil (Eurostat, 2023). Este foi um dos indicadores que registou alterações significativas, com um aumento de cerca de 14%, como é justificado na Tabela 3.

No que diz respeito à mortalidade infantil, este foi também um indicador com resultados bastante positivos, tendo reduzido drasticamente entre 1980 e 2020 (87%). Esta redução na mortalidade infantil está relacionada com o crescimento económico que se registou no nosso país, mas também com o desenvolvimento social e da medicina. As transformações económicas e sociais traduziram-se na melhoria progressiva dos regimes alimentares da população, bem como das suas condições de habitação e saneamento básico (Eurostat, 2023).

Tabela 3 - Indicadores de saúde e de mortalidade em Portugal, de 1980 a 2020

Anos	1980	1990	2000	2011	2020
Esperança Média de Vida	71 anos	74 anos	76 anos	80 anos	81 anos
Esperança Média de Vida aos 65 anos	14,7 anos	15,7 anos	17 anos	18,8 anos	19,3 anos
Taxa de Mortalidade Infantil	23 ‰	12 ‰	6 ‰	3 ‰	3 ‰

(Fonte: World Bank)

Em suma, Portugal enfrenta, atualmente, um grande desafio relacionado com a mudança da estrutura etária da nossa população, para o qual não estávamos, ainda, preparados, uma vez que estas mudanças trouxeram novas e diferentes necessidades na saúde, sendo necessário ajustar a resposta dada pelo sistema de saúde. Apesar dos progressos evidentes alcançados nas últimas décadas nos campos científico, tecnológico, social e económico que permitiram resolver alguns dos problemas que o nosso sistema de saúde enfrentava, este comportamento dos fatores demográficos traz novos desafios ao nível da medicina e da saúde, uma vez que é evidente o aumento das necessidades de acesso a cuidados de saúde (Ministério da Saúde, 2018). Somos cada vez mais confrontados com problemas e patologias mais complexas e com o aparecimento de doenças crónicas, entre outros problemas sobre os quais ainda não há muito conhecimento e experiência (Sousa, 2009).

Mais recentemente, o início da pandemia COVID-19 em 2020 representou um desafio adicional nos cuidados de saúde, em particular nos hospitais, onde se registaram graves problemas relacionados principalmente com a insuficiência de recursos, fragmentação dos serviços, modelos de decisão centralizadas e ausência de motivação das equipas e dos profissionais de saúde (Campos, Mansinho, Freitas, Ramos, & Sakellarides, 2020).

Deste modo, são evidentes as especificidades da área da saúde e, sendo que Portugal segue um sistema de saúde contemporâneo, o aumento contínuo da despesa na saúde, as pressões demográficas e os constrangimentos fiscais são problemas que se têm vindo a tentar minimizar através das mudanças nas políticas públicas adotadas na área da saúde.

As mudanças adotadas nas políticas da saúde, ao longo dos anos, têm como objetivo fundamental conter o aumento da despesa de forma que o sistema de saúde se torne um sistema sustentável, redefinindo o papel do Estado tanto no financiamento como no pagamento, na regulação e na prestação de cuidados de saúde (Silva M. V., 2012). Ao longo dos anos, os principais elementos de mudança que se registaram foram: (I) a separação entre o financiamento e prestação de cuidados, recorrendo à contratualização entre o Estado e os hospitais públicos, (II) a criação de um mercado interno regulado pelo Estado, que garante a competição entre prestadores, de cuidados de saúde, públicos e privados, (III) alterações do sistema de remunerações dos médicos e (IV) valorizar os cuidados de saúde privados como forma de responder às grandes listas de espera (Silva M. V., 2012).

As últimas décadas e a evolução das políticas públicas, determinadas pelos governantes da saúde, foram determinantes na conciliação entre as necessidades da população portuguesa com a necessidade de fomentar o crescimento económico do país.

2.1. Evolução do Sistema de Saúde Português:

Durante o século XX, Portugal passou por diversos períodos políticos, que trouxeram diversas transformações de grande importância, nomeadamente na área da Saúde. Estes principais períodos foram marcados pela introdução de um sistema democrático em 1974, a entrada na União Europeia (UE) em 1986 e a integração do nosso sistema monetário na moeda única (euro, €) em 2000 (Sousa, 2009).

Deste modo, as políticas de saúde em Portugal foram obrigadas a evoluir para acompanhar as mudanças que surgiam com os respetivos períodos políticos. E foi a partir da queda do regime ditatorial que aumentou a preocupação social para com a saúde da população

e, conseqüentemente, a necessidade de uma cobertura universal dos serviços de saúde (Lopes, 1987).

2.2. Necessidade de criação do Sistema Nacional de Saúde:

Segundo o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP), relativo à saúde em Portugal, consagra a proteção da saúde como um dever, mas também como um direito de todos os cidadãos, proporcionado através de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal e tendencialmente gratuito, que tem em conta as condições tanto económicas como sociais da nossa população (Constituição da República Portuguesa - Artigo 64º, 2005).

Deste modo, o SNS é uma estrutura através da qual o Estado Português pretende assegurar o direito à saúde de todos os cidadãos portugueses. A sua fundação ocorreu no ano de 1979, quando foram reunidas as condições tanto políticas como sociais necessárias para a sua criação, provenientes da reestruturação que ocorreu na política portuguesa durante a década de 1970 (Serviço Nacional de Saúde, 2022). A 15 de setembro de 1979, a aprovação da Lei nº56/79, criou o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, através da qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição (Lei 56/79, de 15 de setembro, 1979).

A aprovação desta Lei veio garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica ou social, bem como dos estrangeiros que se encontram em Portugal, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos (Ministério da Saúde, 2015).

No entanto, antes da criação oficial do SNS, o Estado apenas garantia o acesso a cuidados de saúde aos mais pobres. Posteriormente, a partir de 1945, reconheceu-se que Portugal estava numa situação sanitária complicada e que era necessária intervenção do Estado, que promoveu a criação de institutos dedicados a problemas de saúde que surgiram na sociedade nesta época, nomeadamente a tuberculose e outros problemas associados à saúde materna. Foi a partir daqui que surgiram as primeiras bases para a criação da rede hospitalar que hoje está em vigor (Arnaut, 2015).

Após a queda do regime ditatorial e do estabelecimento da democracia em Portugal, também o sistema de saúde voltou a registar melhorias, uma vez que o Estado passou a dispor de uma rede de equipamentos que lhe permitiu administrar a saúde num nível mais abrangente. Também após o estabelecimento da democracia, foi aprovada a nova Constituição e com ela foi decretado o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover por

parte de todos os cidadãos (Artigo 64º). O estabelecimento deste direito, efetivou-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde universal, geral e gratuito, em 1979 (Arnaut, 2015).

Tendo em conta as características do SNS, a universalidade e a generalidade, que confere a todos os cidadãos o direito de recorrerem ao SNS quando dele necessitem, não os impede do recurso aos serviços privados de saúde. Assim, o sistema português de saúde é caracterizado pela coexistência de 3 sistemas: o Sistema Nacional de Saúde (SNS), os sistemas público-privados (subsistemas de saúde) e pelo sistema privado (Novais, 2010). No entanto, quer a rede pública, quer a rede privada de prestação de cuidados de saúde, estão dependentes de políticas e estratégias definidas pelo Ministério da Saúde para este setor (Major & Magalhães, 2013). Por outro lado, além de fornecer cuidados de saúde, o estado português tem também como objetivo implementar políticas educativas aos cidadãos, para minimizar o aparecimento de doenças e problemas que delas advém, como a educação sanitária e adoção de práticas de uma vida saudável.

A partir de 1982, o SNS tornou-se administrativamente e financeiramente autónomo, uma vez que a gestão dos recursos financeiros, no que diz respeito ao setor da saúde, exigem uma coordenação e distribuição dos recursos adequada. Simultaneamente, o facto de ser necessária agilidade nos processos de atuação no sistema de saúde, como suporte de todas as atividades deste setor, exige também autonomia financeira e administrativa por parte do SNS (História do SNS, 2020).

Após a entrada na União Europeia em 1986, foram regulamentadas as condições do direito de acesso ao Serviço Nacional de Saúde. Isto é, pretendeu-se estabelecer uma correta e racional repartição dos encargos do SNS por todas as entidades, de qualquer que seja a sua natureza. Por outro lado, pretendeu-se salvaguardar que os estabelecimentos oficiais de prestação de cuidados de saúde tivessem como objetivo prestar cuidados de saúde de qualidade à população e não a obtenção de qualquer tipo de lucro e, portanto, os preços praticados fixaram-se o mais próximo do seu custo real (História do SNS, 2020).

No entanto, atualmente, a principal dificuldade identificada na gestão do SNS prende-se com o seu financiamento. O SNS é financiado através dos impostos diretos e indiretos pagos pelos cidadãos ao Estado, no entanto, este financiamento não é suficiente para cobrir todas as despesas relacionadas com a saúde, pelo que surgiram as taxas moderadoras (contraprestação financeira paga pelos utentes do SNS), cujo objetivo seria gerar receitas ao mesmo tempo que se racionalizava o acesso aos serviços de saúde. Gerou-se, então, um problema jurídico devido à incompatibilidade da gratuitidade do sistema com a exigência de comparticipações pagas pelos utentes (Novais, 2010).

Desde 2020 que as taxas moderadoras implementadas para financiar o SNS estavam a ser progressivamente eliminadas. Começou-se por eliminar estas taxas nas consultas em centros de saúde e em exames e análises prescritos no SNS (eportugal.gov.pt, 2022). A partir do dia 1 de junho de 2022, a cobrança de taxas moderadoras foi eliminada em praticamente todos os serviços do SNS, pelo que, atualmente, o SNS é um sistema geral, universal, mas *tendencialmente* gratuito (Novais, 2010).

O ano de 1999, um ano antes da entrada de Portugal na moeda única, foi também um ano extremamente importante no que diz respeito a mudanças no nosso serviço de saúde. A intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde estabeleceu-se através de uma organização dos serviços de saúde pública a 2 níveis: regional e local, que permitiu prestar uma maior atenção à população que necessita de cuidados de saúde, uma vez que a área de abrangência se tornou mais pequena (História do SNS, 2020).

Também a criação dos CRI nos hospitais do SNS vieram desconcentrar a tomada de decisão, o planeamento e o controlo dos recursos das organizações de saúde e, por outro lado, veio introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades. Assim, foi possível aumentar a eficiência, assim como melhorar a acessibilidade aos serviços, uma vez que estes se encontram agora divididos por unidades funcionais mais homogéneas.

Ainda com o objetivo de reduzir as disparidades geográficas existentes, em 1999 estabeleceram-se Sistemas Locais de Saúde, constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições que tenham intervenção no domínio da saúde, de uma determinada região. Tratam-se, portanto, de um conjunto de recursos baseados na complementaridade e organizados geograficamente e de acordo com a população de cada espaço geográfico, de forma a facilitar o acesso aos cuidados de saúde à população e, ao mesmo tempo, racionalizar a utilização dos recursos, evitando o desperdício.

No presente, o SNS tem vindo a tentar acompanhar a evolução das tecnologias da informação, implementado o que já é possível nos quadros dos serviços de saúde. Atualmente, o SNS visa também garantir a prestação de cuidados de saúde em tempo considerado clinicamente aceitável, para as condições dos utentes que chegam aos serviços de saúde

Em suma, a promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através do apoio do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas a esta atividade.

Deste modo, os cuidados de saúde são prestados por serviços do Estado e estabelecimentos que são propriedade do Estado ou, sob a fiscalização deste, por outras entidades ou públicas ou privadas, sem ou com fins lucrativos.

De forma que o direito à proteção da saúde seja efetivo, o Estado tem serviços próprios, no entanto, são insuficientes para dar resposta às necessidades de toda a população e, portanto, também celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados. A restante atividade privada no domínio da saúde é fiscalizada também pelo Estado, uma vez que se trata de uma área de ação necessária ao bem-estar da população e não devem ser praticados custos apenas para obtenção de lucros das instituições em questão (História do SNS, 2020).

CAPÍTULO 3 – ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

3.1. EQUIDADE NA SAÚDE

A carta dos direitos de acesso aos cuidados de saúde pelos utentes do SNS, instituída pela portaria nº 87/2015 de 23 de março, ‘garante a prestação de cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionais’ num intervalo de tempo aceitável, tendo em conta as condições de saúde dos utentes. Por outro lado, esta carta define ainda os tempos máximos de resposta garantidos, assim como o direito que o utente tem de receber informação acerca desses tempos (Portaria 87/2015, de 23 de março, 2015). Em 2002, como forma de melhorar o projeto do Sistema Nacional de Saúde, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde, que visa estabelecer um quadro jurídico de referência no qual se vão inserir valores e princípios que sustentam a proteção e promoção da saúde tanto das pessoas, como das suas famílias e da comunidade em que se inserem, assegurando os princípios constitucionais que defendem a dignidade humana (Soares, 2019). Em 2019 (Lei nº95/2019), o Governo aprovou a legislação complementar necessária à legislação em vigor da Lei de Bases da Saúde, com o objetivo de resolver alguns dos problemas evidentes no SNS (Lei nº 95/2019, 2019). Apesar de não ter vindo resolver todos os problemas do SNS, permitiu a Portugal melhorar as suas bases de apoio e aumentar a cobertura da população ao nível da saúde e, conseqüentemente, contribuir para o progresso português no setor da saúde ao nível internacional (Temido, 2019).

Mas, definir o conceito de equidade em saúde não é uma tarefa fácil, uma vez que depende das sociedades, das pessoas nela inseridas e do momento em questão. A equidade implica que as necessidades dos cidadãos sejam consideradas aquando da alocação de recursos, no entanto, por vezes, torna-se difícil definir estas necessidades em termos precisos e, portanto, geram-se desigualdades. Principalmente em países industrializados, é evidente a relação entre equidade socioeconómica e saúde que muitas vezes não se verifica devido às diferenças nos níveis de rendimento e, conseqüentemente, de pobreza (Braveman & Tarimo, 2002). A sociedade atual está marcada pela escassez de recursos face às necessidades dos cidadãos, pelo que é necessário definir princípios equitativos no que diz respeito à distribuição dos cuidados de saúde, em função do bem-estar social de forma a potencializar os recursos na obtenção de uma maior harmonia social (Pita-Barros, 2005).

No entanto, (Starfield B. , 2001) apresentou uma definição de equidade em saúde baseada na ‘ausência de diferenças sistemáticas em um ou mais aspetos do estado de saúde da população ou subgrupos populacionais definidos socialmente e demograficamente.’ Ou seja, a equidade na oferta de cuidados de saúde implica que não haverá diferenças nos serviços de

saúde prestados à população, onde as necessidades são iguais (Braveman & Gruskin, 2003). Não são apenas as características individuais de cada pessoa que determinam a sua saúde, uma vez que as características do ambiente em que vivem (características tanto físicas como sociais) estão também relacionadas com a saúde individual de cada pessoa (Starfield B. , 2006).

Deste modo, é importante salientar o peso da educação de cada indivíduo para a equidade tanto social como no âmbito da saúde, uma vez que se trata de um excelente indicador do potencial humano para o desenvolvimento cognitivo. A educação na saúde trata-se de um processo de aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las e os efeitos que estas podem ter na saúde do indivíduo. O aumento da educação dos indivíduos na saúde permite aumentar a sua autonomia nos cuidados tanto individuais como ao nível coletivo (Falkenberg M. , Mendes, Moraes, & Souza, 2013).

Uma educação mais ampla no âmbito da saúde abrange políticas públicas, ambientes próprios e a reorientação dos serviços de saúde, para além da atenção hospitalar e clínica. Inclui também propostas educativas e comprometidas com o crescimento comunitário que vão direcionar a população para melhorar a sua qualidade de vida e, posteriormente, promover a saúde do ser humano (Schall & Struchiner, 1999).

Por outro lado, também os profissionais de saúde apostam na educação contínua e tentam preencher as lacunas existentes ainda no seu conhecimento e no conhecimento geral acerca da saúde, através de ações direcionadas para a sua qualificação, considerando o aparecimento de novas patologias, mas também as especificidades da população em questão e tendo em conta as necessidades da mesma (Falkenberg M. B., Mendes, Moraes, & Souza, 2013).

Atualmente, devido ao fenómeno de envelhecimento da população que enfrentamos é evidente o aparecimento de novas fragilidades, que tornam a população mais vulnerável. Ou seja, este fenómeno pode trazer novas doenças na faixa etária dos idosos e, conseqüentemente, gerar limitações. É na prevenção destas limitações que o papel da educação nos idosos se torna importante, pelo que o objetivo de um envelhecimento ativo é melhorar a qualidade de vida dos idosos e aumentar as suas expectativas para ter uma vida longa e saudável, viver sem incapacidades e com autonomia para o desenvolvimento das suas atividades diárias. A educação nos idosos passa por maximizar as oportunidades no âmbito da saúde, bem como promover a intervenção em questões sociais, económicas e culturais. A participação de todos os indivíduos da sociedade, mas principalmente, dos idosos, nos problemas da mesma, promovem o aumento do controlo sobre as suas vidas, facilitando a

tomada de decisões mais corretas no que diz respeito à saúde de cada um (Mallmann, Neto, Sousa, & Vasconcelos, 2014).

Em suma, a promoção da educação na saúde trata-se de uma transformação dos modos de vida da população, de qualquer classe etária, mas principalmente nos idosos, com vista à promoção da qualidade de vida e de saúde. Deste modo, é importante combater as lacunas no que diz respeito à falta de estudos por parte da população, uma vez que em Portugal existem ainda muitos cidadãos com baixos níveis de escolaridade e que não acompanham as atividades realizadas nos serviços de saúde.

Mesmo que, ao longo dos últimos 40 anos, os níveis de escolaridade da população tenham vindo a aumentar há ainda uma percentagem significativa de analfabetos, sem qualquer nível de escolaridade (5,9% da população, equivalente a cerca de 609.183 habitantes) e de cidadãos apenas com o ensino básico completo (49,7% da população, o equivalente a cerca de 5.131.598 habitantes).

3.2. DESIGUALDADES

Um pouco por todo o mundo, há fortes disparidades no estado da saúde da população e no acesso aos serviços de saúde, devido, principalmente às diferenças nos indicadores demográficos, como é o caso da esperança média de vida, das taxas bruta de mortalidade e mortalidade infantil. Por outro lado, as diferenças nos indicadores socioeconómicos também vão ter um grande impacto no estado da saúde da população devido, por exemplo, a diferenças nos rendimentos e a diferenças na proteção social da população que, consequentemente, vão influenciar o acesso a determinados cuidados de saúde necessários (WHO, 2006).

Em Portugal, é evidente que a existência de diferenças no acesso aos recursos, capacidades financeiras e de capital humano e direitos, por parte dos diferentes cidadãos, leva ao aparecimento de desigualdades na saúde (Osterle, 2002).

O tema das desigualdades no acesso a cuidados de saúde torna-se ainda mais relevante devido ao impacto das diversas crises económicas e financeiras que Portugal tem vindo a sofrer. Tanto a crise iniciada em 2008, como a crise, primeiramente pandémica iniciada em 2020, que se tornou, posteriormente, numa crise também económica e financeira.

Os cortes nos serviços públicos foram uma das medidas implementadas com o objetivo de reduzir as despesas do Estado e tentar aumentar a competitividade do nosso país. Assim, a redução de pessoal, juntamente com as políticas de austeridade severas aplicaram-se em

diversos setores, nomeadamente no setor da saúde. Os cortes no fornecimento de medicamentos, o encerramento de diversos serviços, nomeadamente maternidades, serviços de ginecologia e obstetrícia, entre outros, foram algumas medidas utilizadas como forma de reduzir estes custos. No entanto, é evidente que estes são cortes que terão um elevado impacto na sociedade e, principalmente, nos indivíduos que estão dependentes dos serviços públicos de saúde, evidenciando cada vez mais as desigualdades entre cidadãos (Mamede, 2015).

Os portugueses enfrentam ainda graves dificuldades no acesso a cuidados de saúde. Apesar do serviço público de saúde oferecer a toda a população portuguesa o acesso aos cuidados de saúde, existe ainda uma percentagem significativa da população que opta voluntariamente por aderir a seguros privados. Somos ainda um dos países da União Europeia com maior valor de necessidades insatisfeitas no que diz respeito à área da saúde (Lourenço, 2022).

Em 1984 foram criados os cuidados de saúde primários, que vieram pôr fim aos serviços médico-sociais e expandir o SNS. O principal objetivo passa por tentar diminuir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, bem como reduzir os tempos de espera da população nas urgências dos hospitais (História do SNS, 2020).

Em 2003, criou-se a rede de cuidados de saúde primários, que para além de garantir a prestação de cuidados de saúde, assumiu-se como um parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (História do SNS, 2020).

Em 2022, os utentes que chegarem às urgências hospitalares com pulseira azul ou verde, serão encaminhados para os centros de saúde, de forma a diminuir a afluência às urgências bem como o tempo de espera dos utentes, evitando, também, situações de rutura nestes serviços (Campos A. , 2022).

3.2.1. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

No Bulletin of the World Health Organization (Boletim da ONU, publicado desde 1948), foi reconhecida a dificuldade que atualmente a maioria dos países enfrenta no que diz respeito ao alcance da equidade em saúde

Um método muito importante na avaliação dos sistemas de saúde é a mensuração das disparidades socioeconómicas que são evidentes na sociedade atual.

Em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde, foi criado com o objetivo de reduzir estas desigualdades sociais e económicas, pelo que tem como principal missão garantir o acesso de

todos os cidadãos aos cuidados de saúde, tendo em conta os recursos humanos, técnicos e financeiros que se encontram disponíveis (Serviço Nacional de Saúde, 2022).

Apesar dos esforços e das melhorias já evidentes no combate às desigualdades socioeconómicas na saúde, os indivíduos mais pobres e os menos escolarizados continuam a ser os mais afetados (Assis, Avanci, & Oliveira, 2009). As taxas de mortalidade e as piores autoavaliações no que diz respeito ao estado da saúde foram substancialmente superiores nos grupos sociodemográficos mais reduzidos.

Segundo o SNS, as doenças cardiovasculares matam cerca de 35 mil portugueses por ano, o que representa cerca de um terço das mortes no nosso país. No entanto, a relação entre os hábitos alimentares e as doenças cardiovasculares é evidente, pelo que muitas destas mortes poderiam ser evitadas com uma simples mudança nos hábitos alimentares da população (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Restringir o consumo de sal e de açúcares e de produtos de origem animal e, no sentido contrário, escolher carboidratos complexos e ricos em fibras e produtos de origem vegetal, podem evitar ou prevenir o aparecimento de doenças como hipertensão arterial e obesidade. Consequentemente, um maior nível de informação sobre estilos de vida mais saudáveis e de prevenção de doenças irá prevenir o sofrimento prolongado, provocado por este tipo de doenças (Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Também hábitos tabágicos e alcoólicos têm grande influência no aparecimento de lesões do aparelho respiratório e de lesões cerebrais, que podiam também ser evitadas se toda a população tivesse acesso a este tipo de informação, bem como aos tratamentos disponíveis (Mackenbach, Stirbu, Roskam, & Schaap, 2008).

Atualmente, a necessidade de uma opinião pública informada e uma cooperação ativa por parte da sociedade são essenciais no alcance da melhoria da saúde da população. Por outro lado, o estado tem também um papel fundamental, através do fornecimento de medidas sociais equitativas e medidas de saúde adequadas às necessidades apresentadas pelos cidadãos (Grad, 2002). A educação dos adultos é uma das principais variáveis socioeconómicas que tem efeitos positivos na redução da taxa de mortalidade infantil bem como na qualidade de vida das crianças, devido à maior consciencialização dos adultos de como cuidar tanto de si como dos filhos. Por outro lado, a educação nos idosos apresenta-se também como uma variável socioeconómica muito importante, uma vez que tem também efeitos positivos na redução da taxa de mortalidade e no aumento da esperança média de vida, devido à maior capacidade para prevenir certas doenças ou mesmo de tratar melhor deles próprios (Grundy & Slogget, 2003).

O Boletim da Organização das Nações Unidas confirma a necessidade de cooperação entre o Estado e a população, de forma a proteger e promover a saúde de todos, de igual forma (Grad, 2002). Essas desigualdades podem ser reduzidas melhorando as oportunidades educacionais, a distribuição do rendimento disponível dos particulares, o comportamento e a preocupação relacionado com saúde ou a melhoria no acesso aos cuidados de saúde de toda a população (Mackenbach, Stirbu, Roskam, & Schaap, 2008). Esta interação entre a sociedade permite que estes melhorem as suas condições de saúde, bem como o meio em que vivem e, conseqüentemente, diminui as desigualdades socioeconómicas existentes (Bambra, et al., 2010).

Concluindo, o facto de haver diferenças socioeconómicas significativas e crescentes na saúde, mostra como o estado da mesma é extremamente sensível às circunstâncias socioeconómicas que se vivem no território português.

3.2.2. DESIGUALDADES TERRITORIAIS

Analisar as desigualdades na saúde tendo em conta a dimensão territorial é também uma análise deveras importante no que diz respeito a este tema, uma vez que a geografia e a centralização de determinados serviços são fatores significativos no acesso à saúde de uma população (Louvison, 2019).

Atualmente, em Portugal, as disparidades territoriais são ainda muito notórias entre os municípios, com comunidades muito envelhecidas nas zonas do interior e que necessitam de maiores cuidados médicos e é ainda nestas zonas que a oferta é mais reduzida (Costa, Tenedório, & Santana, 2020). Há ainda alguns municípios, em que os hospitais mais próximos são de pequena dimensão e não dispõem nem de recursos humanos, nem tecnológicos suficientes para satisfazer as necessidades dos cidadãos da sua área de abrangência (Costa, Tenedório, & Santana, 2020).

A partir de 2005, os hospitais portugueses passaram a organizar-se por centros hospitalares, com o objetivo de mitigar as diferenças territoriais. Estes centros hospitalares são organizações e uniões de 2 a 4 hospitais que estão localizados em municípios próximos e conseguiram melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, principalmente nas localidades mais periféricas. O principal objetivo dos centros hospitalares passa por aproveitar os recursos tanto humanos, financeiros como tecnológicos que existem nestas organizações e evitar uma concorrência desnecessária entre hospitais próximos (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

Embora o número de pessoas que vivem em zonas urbanas esteja continuamente a aumentar em Portugal, a percentagem, de pessoas que ainda vivem em zonas rurais e em

zonas do interior do território é ainda elevada, quando comparada com outros países europeus. É possível concluir que Portugal é um país muito polarizado e afetado pelo fenómeno da litoralização, ou seja, somos um país caracterizado por elevadas acessibilidades e elevado desenvolvimento urbano nas zonas urbanas e de maior densidade populacional, que se encontram no litoral do nosso país. Contrariamente, as zonas do interior do território apresentam-se com baixa densidade populacional, afetadas pelo fenómeno do despovoamento do interior e, conseqüentemente, apresentam uma reduzida acessibilidade e desenvolvimento, o que se traduz em populações cada vez mais vulneráveis e envelhecidas (Costa, Tenedório, & Santana, 2020).

É, em parte, por esta razão que a governação em Portugal tem sido alvo de duras críticas, relativamente à sua eficácia e em relação ao processo de litoralização e regionalização. A redução do peso da despesa pública para as autarquias e zonas do interior e a forte concentração dos principais serviços públicos nas zonas do litoral e, principalmente, em Lisboa (na capital) não favorecem o fornecimento dos serviços necessários ao resto da população, deixando-os vulneráveis. A qualidade na prestação de cuidados de saúde à população devia ser garantida. No entanto, devido à complexidade destes serviços e devido à centralização da despesa, tem-se tornado cada vez mais complicada a prestação de serviços de saúde nas organizações do Setor Público, devido às limitações que se verificam nestes municípios (Alexandre, Portela, Cerejeira, & Rodrigues, 2019).

Nas zonas do interior Norte e Centro de Portugal, as populações enfrentam ainda um outro desafio relacionado com o relevo bastante acidentado, o que dificulta muito a acessibilidade e rapidez no acesso a cuidados de saúde. Por outro lado, as zonas do interior do Alentejo e do Algarve enfrentam problemas como a baixa densidade populacional e reduzida rede de transportes, que também dificulta a acessibilidade e rapidez no acesso a cuidados de saúde por parte da população (Costa, Tenedório, & Santana, 2020).

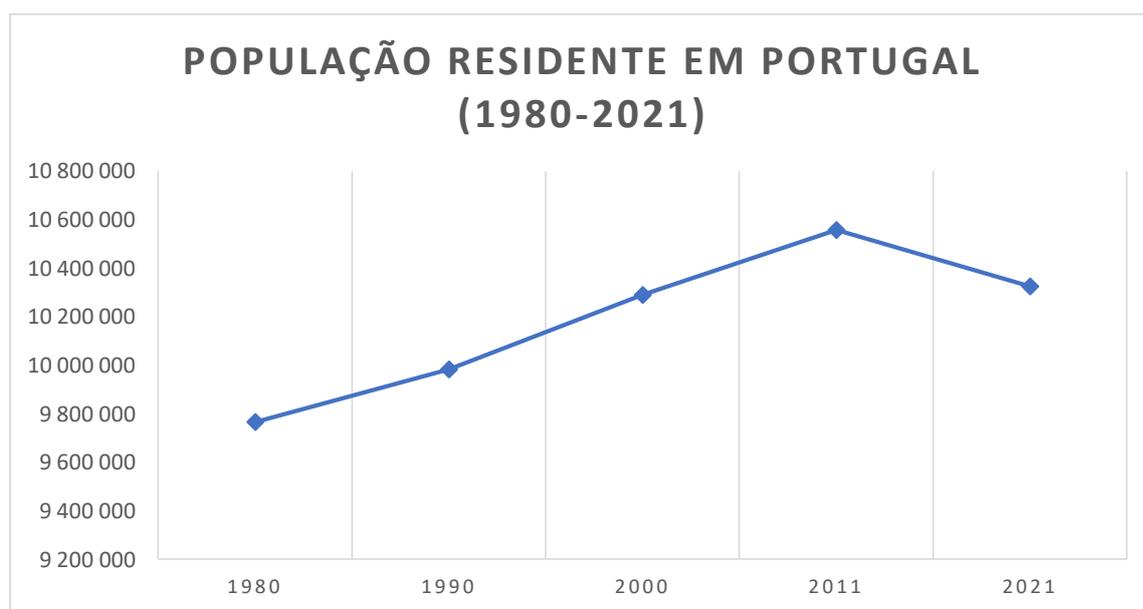
Deste modo, também ao nível das desigualdades territoriais, é importante a implementação de políticas públicas e conseqüente intervenção do Estado como forma de diminuir estas desigualdades. O objetivo principal destas políticas públicas de desenvolvimento regional está centrado no aumento da competitividade e na equidade regional. Não se trata apenas de investimento em novas infraestruturas, mas sim de investimentos em inovação e tecnologia e formação de capital humano. Por outro lado, é necessário, também, um equilíbrio na repartição dos recursos financeiros, dando maior poder orçamental e fiscal às zonas mais frágeis, de forma a promover a sua autonomia e eficiência na prestação dos serviços (Alexandre, Portela, Cerejeira, & Rodrigues, 2019).

CAPÍTULO 4 – POPULAÇÃO

4.1. Caracterização da População

Em 2021, a população residente estimada em Portugal era de 10.325.147 habitantes (Gráfico 1), sendo que 53% são do sexo feminino (5.453.881) e 47% do sexo masculino (4.871.266) (The World Bank, 2023). É importante salientar que nos grupos etários de idade superior, a percentagem de população do sexo feminino é superior, ultrapassando mesmo os 60% a partir dos 80 anos (Direção Geral de Saúde, 2019).

Gráfico 1 – População Residente em Portugal, de 1980 a 2021



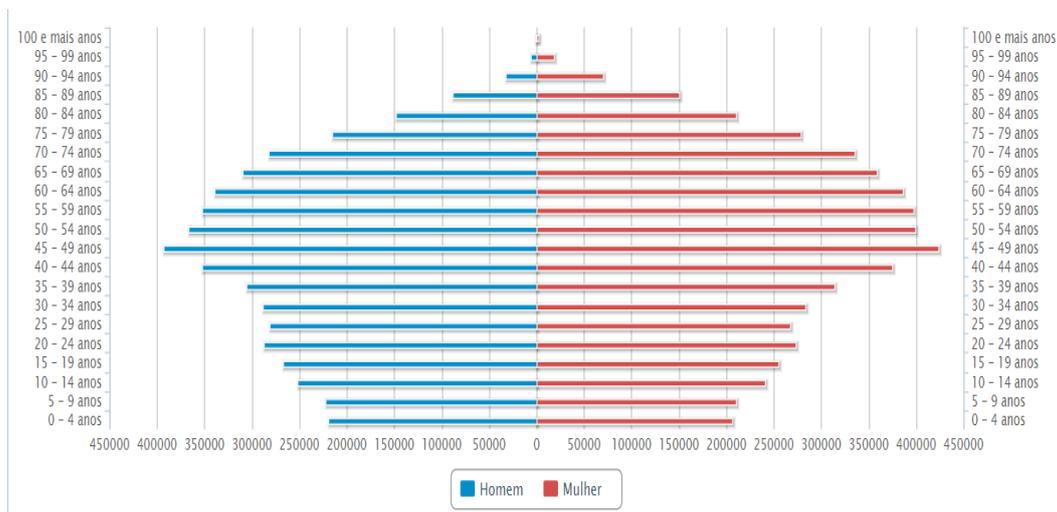
(Fonte: World Bank)

Ao longo dos últimos 40 anos, desde 1981, Portugal registou um aumento na população residente de cerca de 5%, devido essencialmente ao saldo migratório positivo e estima-se que foi no final do ano 2000 que atingimos o patamar dos 10 milhões de habitantes (INE, 2001). No entanto, face a 2011 registou-se um decréscimo de cerca de 2% da população portuguesa, devido principalmente ao saldo natural negativo que se tem vindo a registar ao longo dos últimos anos (ou seja, a mortalidade, ainda que reduzida, é superior à natalidade, que apresentou uma tendência de estabilização nos últimos 5 anos, ou seja, desde 2015). Apenas a partir de 2017, a taxa de crescimento efetivo passou a ser positiva devido ao saldo migratório também positivo (que anula o saldo natural negativo).

Segundo a Figura 1, eventos como o envelhecimento demográfico e redução da natalidade, em Portugal, tiveram como consequência um envelhecimento pela base e pelo

topo da pirâmide etária, ou seja, tem vindo a registar-se uma diminuição da percentagem de jovens e um aumento da percentagem de idosos (Nazareth, 1988).

Figura 1 - Pirâmide etária da população residente, por sexo e idade, em 2022



(Fonte: INE)

Em termos de distribuição da população, é no Norte de Portugal que se encontram mais jovens e, pelo contrário, o Sul do território é marcado por um envelhecimento da base da pirâmide etária. Por outro lado, é no interior do país que se regista um maior envelhecimento no topo da pirâmide etária, face ao litoral, que apresenta uma pirâmide mais jovem e, conseqüentemente, uma maior tendência de aglomeração nos distritos do litoral face ao interior (Nazareth, 1988). Os municípios do litoral têm, então, maior capacidade de atrair população, nomeadamente população jovem, pelo que aqui se registam elevados valores de densidade populacional. Contrariamente, nos municípios do interior verifica-se um despovoamento dos mesmos, principalmente nas áreas de montanha e nas áreas mais próximas com a fronteira espanhola. Deste modo, regista-se uma reduzida densidade populacional nestas zonas do país, o que vai agravar o desequilíbrio da distribuição da população (Matos, Natálio, & Rocha, 2012).

Ao nível das NUTS II, a região Norte é caracterizada por ter a maior percentagem de população residente (34,7%). Esta população encontra-se cada vez mais envelhecida e é a região que registou uma maior variação do índice de envelhecimento, entre 2011 e 2021 (aumento de 111,8 para 185,2, ou seja, em 2021, por cada 100 jovens, existem 185,2 idosos).

No entanto, apesar do envelhecimento demográfico, esta é a região que apresentou uma maior esperança média de vida, em 2020, de 81,1 anos. Relativamente à esperança média de

vida aos 65 anos, apresentou um valor de 19,5 anos. A taxa de mortalidade nesta região, assim como a mortalidade infantil apresentam valores inferiores à média nacional.

No que diz respeito a cuidados de saúde, a região Norte destaca-se das restantes, uma vez que é a NUT II que apresenta maior percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído em 2020, com 96,8% da população nestas condições (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Relativamente à região Centro, é a terceira maior percentagem de população residente no território português, com 21,6%. Nesta NUT II, a população encontra-se muito envelhecida, sendo que apresenta o maior índice de envelhecimento em Portugal e registou um aumento de 158,2 para 228,9, desde 2011 para 2021. Deste facto resulta também um elevado valor de esperança média de vida à nascença, pelo que o Centro apresenta o 2º maior valor, de 81 anos. Relativamente à esperança média de vida aos 65 anos, apresenta um valor igual ao nacional, de 19,4 anos (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

No Centro, a taxa de mortalidade apresenta valores superiores à média nacional e a taxa de mortalidade infantil apresenta valores muito semelhantes ao da média nacional (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Assim, no que diz respeito aos cuidados de saúde, a região Centro é a NUT II com a 2ª maior percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído em 2020, com 95,2% da população nestas condições. Apenas a região Norte apresenta um valor superior.

No que diz respeito à região de Lisboa, é a região que apresenta a segunda maior percentagem de população residente em Portugal (27,7%), sendo que apenas a região Norte apresenta um valor superior (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Contrariamente às outras duas regiões já apresentadas, Lisboa apresenta o menor índice de envelhecimento do continente em 2021 e, apesar do seu crescimento, desde 2011 até 2021, este foi o menor crescimento registado, face às outras regiões do país, aumentando de 118,6 para 151,4, ou seja, em 2021, para cada 100 jovens, havia 151,4 idosos (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

No que diz respeito à esperança média de vida à nascença (80,8 anos) em Lisboa esta é praticamente igual ao valor nacional (80,7 anos), no entanto, a esperança média de vida aos 65 anos é a mais elevada, apresentando um valor de 19,6 anos, em 2020 (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

No entanto, é nos valores das taxas de mortalidade que Lisboa apresenta os piores resultados, uma vez que, apesar da taxa de mortalidade ser pouco inferior à média nacional, a

taxa de mortalidade infantil apresenta valores superiores aos valores nacionais (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Assim, em termos de cuidados de saúde, a região de Lisboa destaca-se das restantes regiões pela negativa, uma vez que apresenta a menor percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído, 85,2% em 2020 (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

A região do Alentejo apresenta uma população residente de 6,8%, apenas acima das NUTS II do Algarve e das Regiões Autónomas. Esta é a região mais envelhecida do nosso país, registando um índice de envelhecimento de 219, em 2021 (grande aumento registado desde 2011, em que o valor era de 174,1 idosos por cada 100 jovens). A esperança média de vida à nascença é de 79,8 anos, estando acima dos valores registados para as Regiões Autónomas. Por outro lado, relativamente à esperança média de vida aos 65 anos, em 2021, é na região do Alentejo que se verifica o valor mais reduzido do continente, com 18,9 anos (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

No que diz respeito à mortalidade, a taxa de mortalidade apresenta valores muito superiores à média nacional. Deste modo, este indicador necessita de alguma atenção.

Em termos de cuidados de saúde, a percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído, em 2020, foi de 93% (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

O Algarve é a região do território português que apresenta a menor percentagem de população residente do continente, 4,6%. No entanto, esta população é das menos envelhecidas do continente, pelo que o índice de envelhecimento foi inferior à média de Portugal, registando valores de 176,9, em 2021 (apesar do aumento face a 2011, em que apresentou valores de 123,2 idosos por cada 100 jovens) (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Os valores da esperança média de vida acompanham o desenvolvimento do índice de envelhecimento, pelo que a Região do Algarve foi a que apresentou a menor esperança média de vida à nascença em 2021, com 79,8 anos. No que diz respeito à esperança média de vida aos 65 anos, apresenta também um valor inferior à média nacional, de 19,2 anos.

Relativamente à mortalidade, a taxa de mortalidade apresenta valores superiores à média nacional, pelo que se trata também de um indicador que exige alguma preocupação. No entanto, no que diz respeito à taxa de mortalidade infantil, é no Algarve que se registam os valores mais reduzidos de todas as NUT II de Portugal (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Em termos de cuidados de saúde, a região do Algarve regista a 2^a menor percentagem de utentes inscritos com médico de família atribuído em 2020, 86,7% da população. Ou seja, apenas a região de Lisboa apresenta um valor inferior ao apresentado pela região do Algarve (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Analisando agora as Regiões Autónomas, a Região Autónoma da Madeira apresenta um peso de 2,4% da população residente em Portugal.

Em termos de envelhecimento, apresenta o menor valor a nível nacional, assim com uma das menores variações entre 2011 e 2021 (aumento de 84,9 para 157,6). Uma vez que a esperança média de vida acompanha o índice de envelhecimento, a Madeira apresenta a 2ª menor esperança média de vida e também a 2ª menor esperança média de vida à nascença com 78,6 e 17,8 anos, respetivamente, ficando apenas atrás dos Açores (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

No que diz respeito à mortalidade, apesar da taxa de mortalidade apresentar valores estatisticamente inferiores à média nacional, a taxa de mortalidade infantil apresenta valores superiores à média nacional e os mais altos comparativamente com todas as NUTS II, pelo que se trata de um indicador que carece de alguma atenção (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Por outro lado, a região dos Açores é a que apresenta uma menor percentagem de população residente em todo o território português, com cerca de 2,3% da população.

O índice de envelhecimento em 2021 foi o menor de Portugal, apesar de ter sido uma das NUTS II que registou uma maior variação deste índice entre 2011 e 2021 (aumento de 71,6 para 114 idosos por cada 100 jovens). O valor da esperança média de vida acompanha o índice de envelhecimento, pelo que, os Açores foram a região que apresentou a menor esperança média de vida à nascença e também a menor esperança média de vida aos 65 anos, com 78,2 e 17,6 anos, respetivamente (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

Relativamente à mortalidade, este indicador necessita de alguma preocupação na região dos Açores, uma vez que apesar de apresentar uma taxa de mortalidade inferior à média nacional, apresenta uma taxa de mortalidade infantil igual à média nacional, é a 3ª mais elevada de todas as regiões NUTS II do território português, ficando apenas atrás da Região Autónoma da Madeira e de Lisboa (Serviço Nacional de Saúde, 2021).

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

5.1. Indicadores de Desigualdades Socioeconómicas

5.1.1. Distribuição da população, em % da população total, por classes etárias

A distribuição da população portuguesa por classes etárias varia ao longo do tempo, devido a fatores demográficos, sociais ou económicos. A principal preocupação dos dias de hoje está relacionada com o peso da população idosa na população total, uma vez que esta parcela é cada vez mais significativa e vai trazer novos desafios para o sistema de saúde principalmente, mas também para outros serviços que estejam voltados para a população idosa (Rebelo & Penalva, Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade, 2004).

Tabela 4 – Distribuição % da população por classes etárias, entre 2001 e 2021

Anos/NUTS II	0-14			15-64			+65		
	2001	2011	2021	2001	2011	2021	2001	2011	2021
Norte	17,7	15,1	12,3	68,3	68,1	65,1	14	16,8	22,7
Centro	15,2	13,8	11,8	65,2	64,4	61,1	19,6	21,8	27,1
Área Metropolitana de Lisboa	15,2	15,8	14,3	69,3	65,5	63,9	15,5	18,7	21,7
Alentejo	13,9	13,6	12,3	63,6	62,7	60,9	22,5	23,7	27
Algarve	14,8	15,6	13,5	66,4	65,1	62,7	18,7	19,3	23,8
Região Autónoma dos Açores	21,6	18	14,6	65,5	69	68,8	13	12,9	16,6
Região Autónoma da Madeira	19,3	16,8	12,7	66,9	69	67,3	13,8	14,2	20

(Fonte: Pordata)

Ao longo dos últimos 20 anos (entre 2001 e 2021), Portugal, e grande parte dos países europeus, entraram num processo de envelhecimento, devido, principalmente, à diminuição do número de nascimentos e ao aumento da esperança média de vida. Consequentemente, o peso dos idosos (+65 anos) e o peso dos mais idosos (+80 anos) tem vindo a aumentar

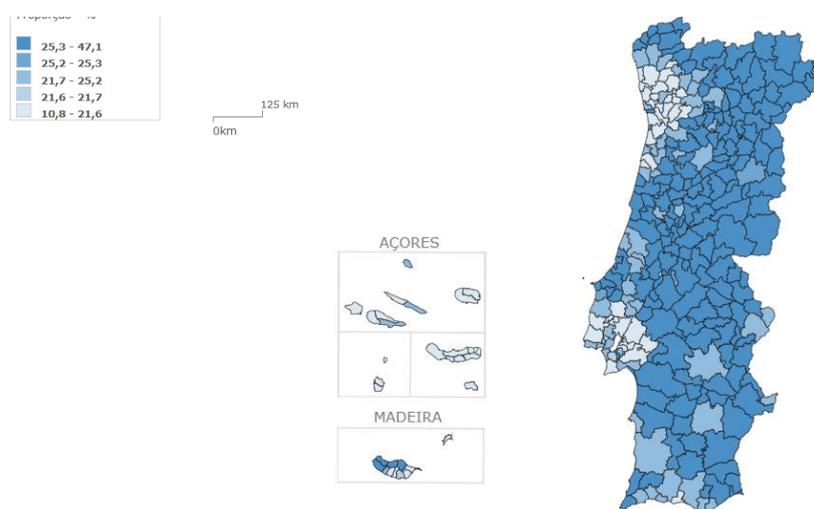
significativamente em todos os municípios do território português, tendo já um peso de mais de 20% na população total (Rebello & Penalva, 2004).

Em relação aos jovens também, na maioria dos municípios portugueses, têm vindo a diminuir significativamente, devido à diminuição da taxa de natalidade e do índice de fecundidade.

A redefinição da estrutura etária portuguesa apresenta várias consequências, principalmente ao nível da saúde, uma vez que com o aumento da esperança média de vida vêm também os riscos de saúde associados à velhice e a maior necessidade de cuidados de saúde. O isolamento social e a solidão contribuem para o desenvolvimento de novas doenças físicas e novas doenças mentais que devem ser combatidas através de atividades de integração da comunidade idosa. Por outro lado, a verdade é que os idosos atuais beneficiam de baixos níveis de pensões, que estão associados ao nível de escolaridade, que é também reduzido. Estes fatores contribuem para uma gestão desadequada do envelhecimento com escolhas de modos e estilos de vida também desadequados, que implicam a maior necessidade de cuidados de saúde, mas pouca disponibilidade financeira para tratamentos necessários (Fernandes A. A., 2005).

Esta situação agrava-se no interior do país e Alentejo que apresentam um índice de envelhecimento mais elevado. No entanto, é também no interior do país que a oferta de cuidados de saúde é menor, uma vez que o número de hospitais e centros de saúde é mais reduzido, bem como as especialidades médicas disponíveis nestas organizações de saúde. No caso do Alentejo, muitas aldeias e vilas, o hospital mais perto dista cerca de 60 Km de carro, ou seja, cerca de 1 hora de viagem (Nunes, 2017).

Figura 2 - % da população idosa na população total, em 2021



(Fonte: Pordata)

5.1.2. Densidade Populacional

A densidade populacional é medida pela relação entre o número de habitantes que vivem numa determinada área territorial e a superfície desse território. A taxa de densidade populacional, geralmente é expressa por número de pessoas por Km^2 (INE, 2003).

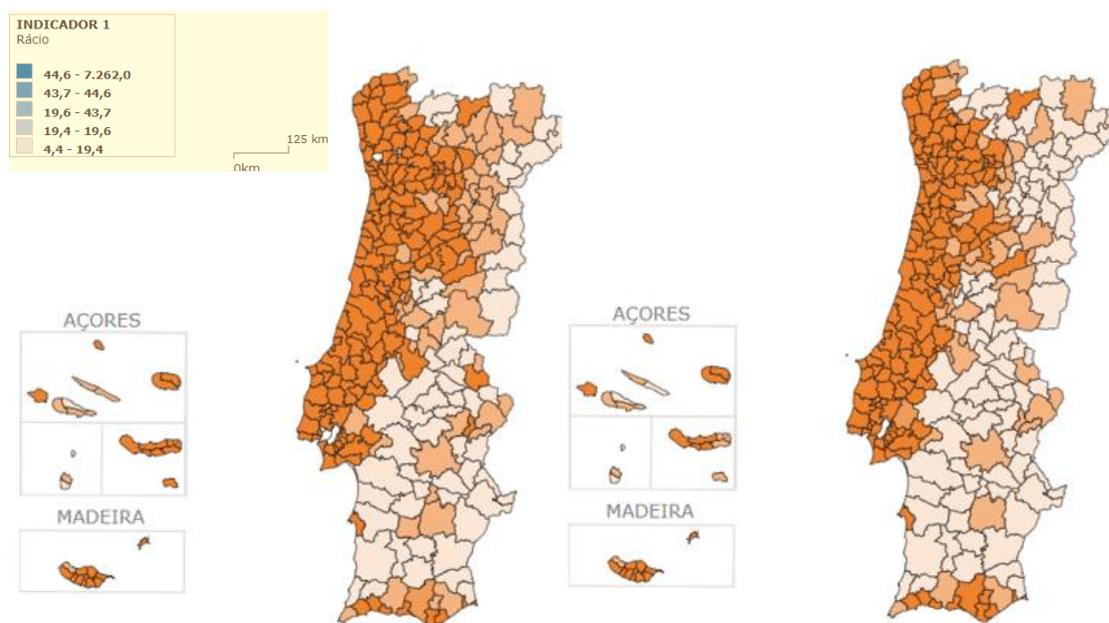
A ocupação do território nacional nunca foi regular, ou seja, existem diferenças na distribuição da população. Os fenómenos mais visíveis na figura 3 mostram, tanto em 1980 como em 2021, uma tendência para a litoralização (concentração da população e, conseqüentemente, das atividades económicas, no litoral) e mostram também uma tendência para a bipolarização (áreas metropolitanas de Lisboa e Porto que atraem um maior número de pessoas para a região, bem como, atividades económicas) (INE, 2021).

Em 2021, a média da densidade populacional no território português era de 112,2 hab/ Km^2 . Ao longo dos últimos 40 anos (1981-2021) a distribuição da densidade populacional do nosso país manteve o padrão, ou seja, o número de pessoas por Km^2 manteve-se mais acentuado nas zonas do litoral, entre Viana do Castelo e Setúbal, mas principalmente nas zonas urbanas de Lisboa e Porto. Nestas zonas, a densidade populacional apresenta valores superiores a 1000 hab/ Km^2 . Por outro lado, as regiões do Norte e Centro do país, bem como no Alentejo, a maior parte dos concelhos não chegam a ultrapassar os 50 hab/ Km^2 . Deste modo, estas áreas tornam-se pouco atrativas para a população residente e geram desigualdades socioeconómicas à população, uma vez que as atividades económicas e os serviços não se instalam nestas regiões (INE, 2021).

No que diz respeito aos serviços de saúde, a oferta é superior nas regiões em que a densidade populacional é também superior e onde existe uma maior concentração de hospitais, clínicas e profissionais de saúde, o que facilita o acesso aos cuidados de saúde e, conseqüentemente, ajuda a população a manter melhores níveis de saúde.

É importante ter em conta que nas zonas de maior densidade populacional, podem surgir mais problemas de saúde associados, por exemplo, à qualidade ambiental, stress e saúde mental (devido ao estilo de vida mais acelerado), qualidade da alimentação, entre outros. No entanto, a elevada densidade populacional não é necessariamente prejudicial à saúde. Desde que sejam zonas com uma rede de cuidados de saúde adequados às necessidades da população e com capacidade de resposta, acabam por ser zonas mais favoráveis face às zonas com fraca densidade populacional (Palma, Costa, & Costa, 2017).

Figura 3 – Densidade Populacional, evolução de 1980 a 2021



(Fonte: Pordata)

5.1.3. Taxa de desemprego

Estão desempregadas todas as pessoas acima de uma determinada idade que, durante o período de referência, estão sem trabalho (num emprego remunerado ou num emprego por conta própria) ou disponíveis para trabalhar (num emprego remunerado ou por conta própria) ou à procura de trabalho (tendo feito diligências específicas num período recente especificado no sentido de procurarem emprego remunerado ou por conta própria) (INE, 2019).

A taxa de desemprego permite definir o peso da população desempregada à procura de emprego há, pelo menos, 1 ano, sobre a população ativa (INE, 2016).

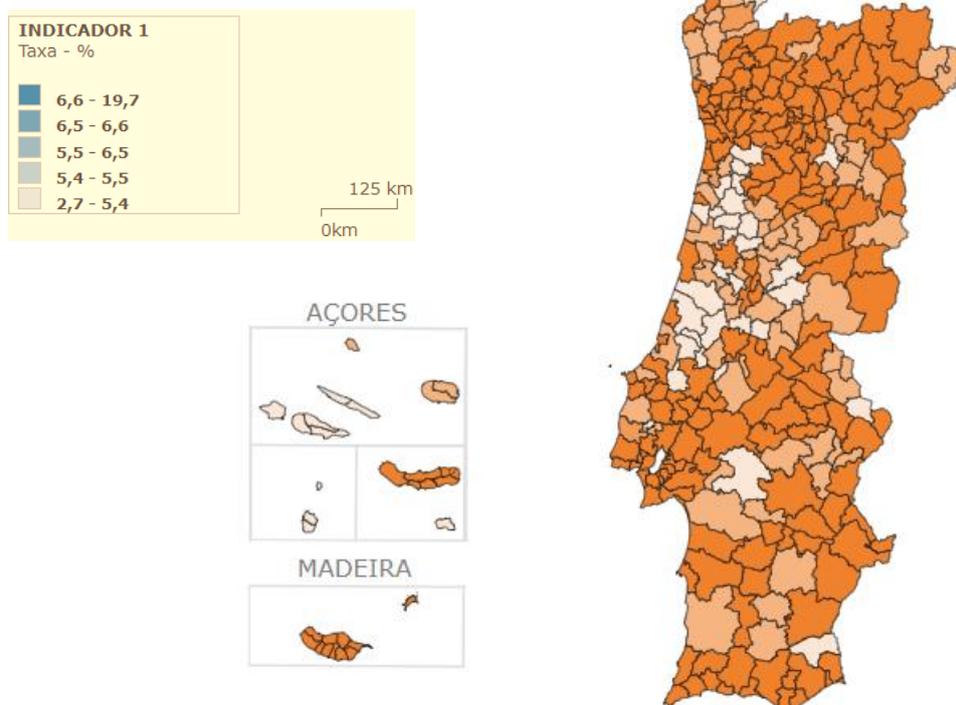
Em 2021, em Portugal, a taxa de desemprego situou-se nos 6,6% (PORDATA, 2021), o que vem reforçar a importância da concretização de medidas de apoio ao emprego, como forma de diminuir a taxa de desemprego (portugal.gov.pt, 2023).

O sexo feminino é, ainda, o mais atingido pelo desemprego em Portugal. Mesmo apesar da evolução positiva ao longo dos últimos 40 anos e da aproximação dos valores, a verdade é que quando comparado com o sexo masculino, a taxa de desemprego no sexo feminino fica atrás do sexo masculino (Universia PT, 2020). Em 2021, taxa de desemprego no sexo feminino era de 6,9%, enquanto a taxa de desemprego no sexo masculino era de 6,3% (PORDATA, 2021).

No que diz respeito a grupos etários, são os jovens, com menos de 25 anos, o grupo mais afetado pelo desemprego em Portugal. É entre os 25 e os 54 anos que se regista a menor taxa de desemprego por grupo etário (Universia PT, 2020).

No que diz respeito à distribuição geográfica da taxa de desemprego, existem também algumas diferenças, ainda que pequenas. É na região dos Açores e na região do Centro Litoral que se registam os valores mais reduzidos, sendo mesmo inferiores à média nacional. Por outro lado, no que diz respeito a este indicador, uma vez que também são as zonas com maior população residente, é na região de Lisboa e na região Norte que se registam maiores taxas de desemprego, superiores à média nacional. Também a região da Madeira apresenta valores de desemprego elevados (Universia PT, 2020).

Figura 4 – Taxa de Desemprego, 2020



(Fonte: Pordata)

Relacionando a taxa de desemprego com o acesso a cuidados de saúde, é importante referir que a taxa de desemprego constitui um fator de risco para adoecer. Nas regiões do Norte e Lisboa, como as taxas de desemprego apresentam valores mais elevados, isto tem impacto na saúde dos cidadãos, principalmente ao nível da saúde mental e stress, na medida em que há evidência que quando as pessoas se encontram numa situação de desemprego tendem a desenvolver doenças como depressão e ansiedade (Antunes, 2015) e também se verifica um maior número de suicídios nestas regiões (INE, 2021). Posteriormente, a população acaba por desenvolver outro tipo de doenças devido às preocupações ao nível laboral que enfrentam e acabam por se desleixar nos seus modos de vida, o que, consequentemente, vai influenciar a maior necessidade de cuidados de saúde (Antunes, 2015).

Deste modo, devido à existência deste tipo de situações clínicas nestas regiões, a oferta de cuidados de saúde, é superior nestas regiões de forma garantir assistência à população.

No que diz respeito aos hospitais públicos psiquiátricos, existem, em Portugal, 3 hospitais psiquiátricos, 2 localizados na zona de Lisboa (Hospital Júlio de Matos e Hospital Miguel Bombarda) e 1 localizado na zona do Porto (Hospital Conde de Ferreira).

Mais uma vez, são evidenciadas desigualdades ao nível da oferta de cuidados de saúde, uma vez que temas como a saúde mental têm vindo a ganhar cada vez mais importância e os serviços de saúde neste âmbito estão ainda muito centrados nas grandes cidades (Antunes, 2015).

5.1.4. Idade Média da População

Em 2022, a idade média da população portuguesa foi de 46,8 anos, ou seja, uma das mais elevadas dentro dos 27 Estados-Membros da UE e a que mais aumentou nos últimos 10 anos, tendo aumentado quase 5 anos (LUSA, 2023).

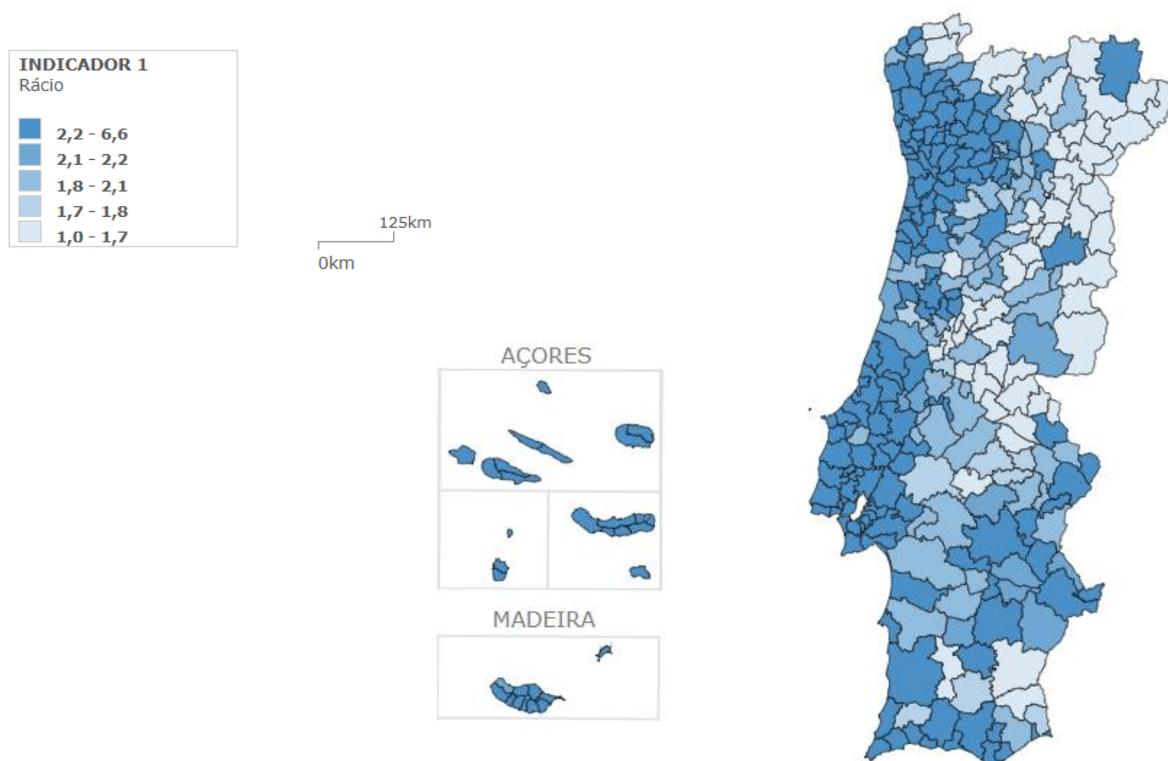
Esta tendência vem justificar, mais uma vez, o fenómeno de envelhecimento demográfico da população, principalmente em Portugal, que irá ser ainda mais significativo nas próximas décadas.

Juntando o envelhecimento da população com o aumento da esperança média de vida e com a diminuição da taxa de natalidade, a pirâmide etária portuguesa tem vindo a sofrer alterações e encontra-se já reduzida na base (Eurostat, 2021).

Consequentemente, a proporção de pessoas em idade ativa vai ser mais reduzida uma vez que o número de reformados está a aumentar e vai continuar a aumentar. Este fenómeno irá então contribuir para um aumento do índice de dependência dos idosos (relação entre a população idosa e a população em idade ativa (INE, 2021) e, por sua vez, este facto fará os adultos que se encontram ainda em idade ativa a suportar mais despesas sociais e, por outro lado, uma série de serviços vão sentir mais pressão, nomeadamente o setor da saúde, uma vez que uma população mais envelhecida necessita de mais cuidados de saúde (INE, 2018)).

Apesar de todas as regiões do território português apresentarem uma idade média da população elevada, é nas zonas do interior e na zona do Alentejo que o nº de indivíduos em idade ativa por idoso é inferior e consequentemente têm um menor índice de sustentabilidade potencial, conforme apresentado na figura 5, face às regiões do litoral português. Deste modo, devido ao envelhecimento da população, é nestas regiões que a população vai recorrer mais aos serviços de saúde e é onde a oferta é mais escassa, verificando-se, novamente, as desigualdades socioeconómicas no acesso aos cuidados de saúde evidentes no nosso país.

Figura 5 – Índice de Sustentabilidade Potencial, 2021



(Fonte: Pordata)

5.1.5. Esperança Média de Vida

A esperança média de vida à nascença indica o número médio de anos que uma pessoa, à nascença, pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas nesse momento (INE, 2023).

A esperança média de vida está relacionada com aspetos coletivos da sociedade, nomeadamente o rendimento, segurança social, educação, entre outros, que são aspetos que determinam a capacidade da sociedade de ter qualidade de vida e, conseqüentemente, têm influência no aumento dos anos de vida (Cunha, Santana, Lourenço, Santos, & Nossa, Geografia, Turismo e Território, 2021).

Nos últimos 40 anos, a esperança média de vida à nascença passou de 71 para 81 anos no território português. Um aumento de cerca de 10 anos, justificado pela melhoria das condições de vida da população bem como do seu conhecimento no geral (aumento também registado nos níveis de escolaridade e conhecimentos de saúde), bem como pela evolução da medicina e dos cuidados de saúde, que permitem à população prevenir o aparecimento de doenças, ou, caso estas surjam, atualmente existem mais tratamentos e formas de combater

certas doenças. Esta evolução da medicina, permitiu à população ganhar anos de vida bem como qualidade de vida nestes anos (Cunha, Santana, Lourenço, Santos, & Nossa, Geografia, Turismo e Território, 2021).

No entanto, devido ao aparecimento da pandemia COVID-19, fez-se sentir um encurtamento da esperança média de vida em Portugal (ainda que com um impacto pouco significativo), em resultado do aumento de óbitos no contexto pandémico (Faria, 2023).

Ao nível do género, são as mulheres que vivem mais anos, apesar de existir uma tendência para a aproximação dos valores entre os dois géneros. A maior longevidade nas mulheres é justificada pelas circunstâncias sociais e económicas, bem como pela adoção de comportamentos relacionados com a saúde mais adequados, assim como o estilo de vida.

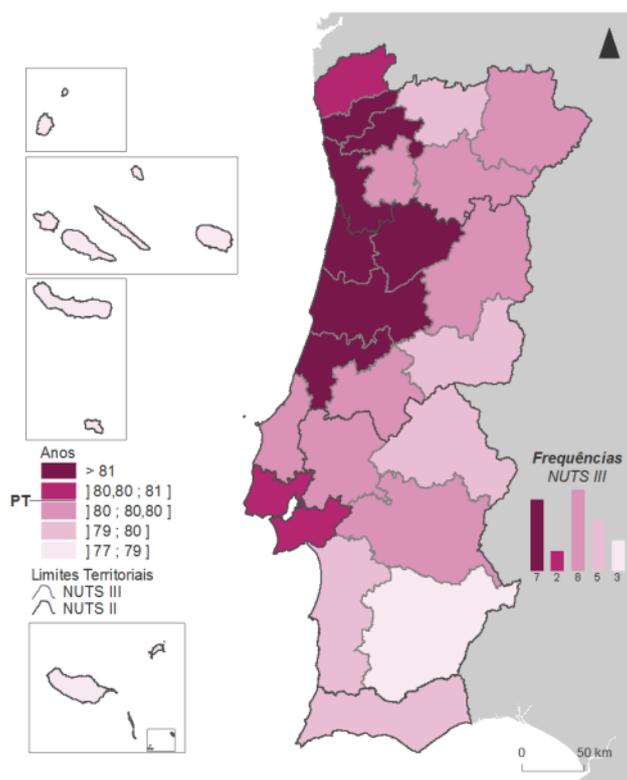
No caso das mulheres o aumento na esperança média de vida resultou da redução da taxa de mortalidade verificada acima dos 60 anos. (Kolip & Lange, 2018).

No caso dos homens, este aumento é justificado pela redução da mortalidade em idade inferior aos 60 anos, principalmente pela alteração do tipo de trabalhos que estes desempenham atualmente. Anteriormente, os homens desempenhavam trabalhos muito desgastantes e com menores níveis de segurança no meio laboral, que prejudicavam imenso a sua saúde e potenciavam o aparecimento de doenças em idade muito precoce, mas também devido à adoção de comportamentos relacionados com a saúde mais adequados, uma vez que os homens sempre tiveram mais hábitos tanto tabágicos como com álcool (Cunha, Santana, Lourenço, Santos, & Nossa, Geografia, Turismo e Território, 2021).

Ao nível geográfico, é nas zonas Norte e Centro e nas zonas mais do interior, que a esperança média de vida é mais elevada. Ao nível das NUTS III, a zona do Cávado apresentou os valores mais elevados (81,81 anos), seguido da Região de Leiria (81,50 anos) e da Região de Coimbra (81,47 anos) (INE, 2019).

Estes valores são justificados pelas classes etárias da população predominantes nestas zonas, isto é, são zonas em que os habitantes pertencem a classes mais envelhecidas (fenómeno de envelhecimento da população) e, conseqüentemente, irão viver até mais tarde devido ao comportamento evolutivo da esperança média de vida e das condições de vida da população em geral.

Figura 6 – Esperança Média de Vida, 2018



(Fonte: INE)

Relativamente à esperança média de vida aos 65 anos é o número médio de anos que uma pessoa que atinja a idade de 65 anos pode ainda esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidades por idades observadas nesse momento (INE, 2022).

Desde 1980, a esperança média de vida aos 65 anos acompanhou a evolução da esperança média de vida à nascença, registando um aumento de cerca de 5 anos.

Em suma, a esperança média de vida, em Portugal, tem influência direta na capacidade do nosso país de ultrapassar problemas estruturais que surgem na nossa sociedade, como por exemplo, problemas de pobreza e rendimento ou escolaridade, bem como problemas conjunturais, como é o caso do desemprego e de problemas pandémicos, como foi o caso da pandemia COVID-19 (Gomes, et al., 2020).

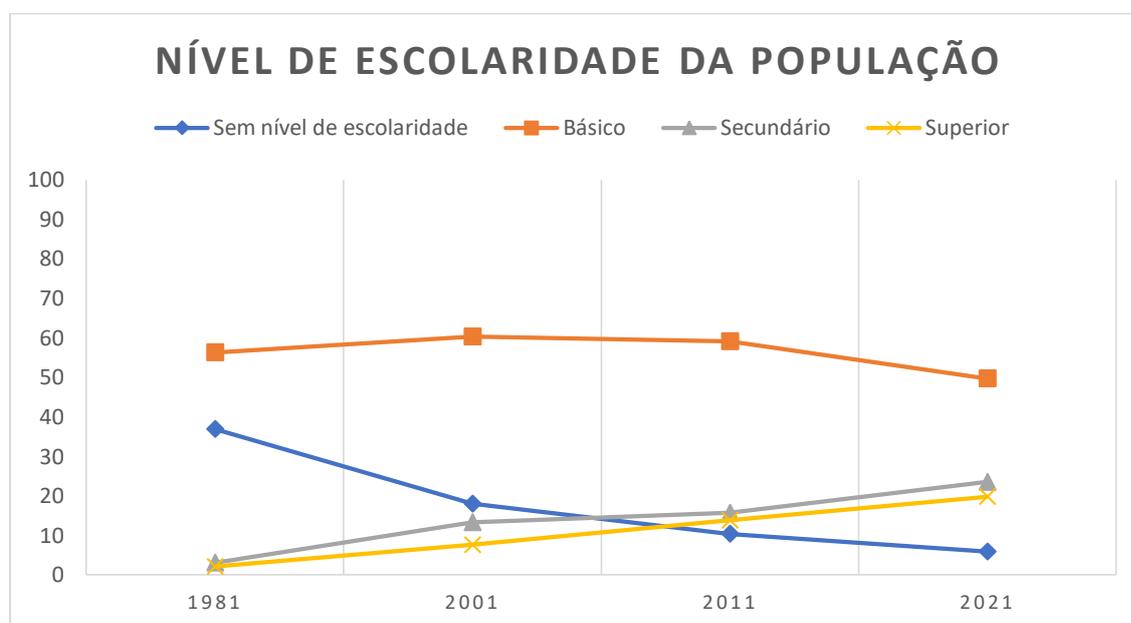
As desigualdades ao nível da oferta de cuidados de saúde são evidentes também neste indicador, uma vez que se o acesso à saúde fosse igualitário para todas as regiões do território português, a esperança média de vida seria mais longa em todas as regiões. Neste caso, a Figura 6 demonstra que nas zonas do litoral Norte e Centro e na zona de Lisboa a esperança média de vida é superior, uma vez que também são as regiões com maior oferta de cuidados de saúde, nomeadamente, hospitais e clínicas.

5.1.6. Escolaridade

Em Portugal, a escolaridade é obrigatória para todas as crianças que completam 6 anos (1º ano) e só termina quando estas fazem 18 anos (e terminam o 12º ano), pelo que o ensino obrigatório se divide em 3 grandes grupos de ensino, o ensino primário, do 1º ao 4º ano de escolaridade, o ensino básico, do 5º ao 9º ano e, por fim, o ensino secundário, do 10º ao 12º ano de escolaridade. Posteriormente, os jovens podem ingressar no ensino superior, que compreende o ensino universitário (universidades) e o ensino politécnico (institutos politécnicos). O maior grau académico que é possível alcançar é o doutoramento ou pós-doutoramento (que se trata de uma continuação do trabalho de pesquisa efetuado no doutoramento).

Segundo o Gráfico 2, nos últimos 40 anos, a evolução ao nível da escolaridade é também positiva, uma vez que o número de pessoas sem escolaridade, ou mesmo com o ensino básico tem vindo a reduzir, apesar de a maioria da população portuguesa ter ainda apenas o ensino básico (verificado ainda em todas as zonas de Portugal). Por outro lado, o número de pessoas com o ensino secundário e mesmo com o ensino superior tem vindo a aumentar significativamente. No entanto, existe ainda um problema grave por resolver na escolaridade em Portugal, relacionada com a taxa elevada de retenção e de desistência, no 9º ano e no ensino secundário, que apresenta ainda valores muito elevados, apesar da implementação de políticas de intervenção na educação a este nível (Comissão Europeia, 2022).

Gráfico 2 – Evolução do Nível de Escolaridade em % da população, de 1981 a 2021



(Fonte: Pordata)

Deste modo, a educação é um indicador significativo de desenvolvimento socioeconómico de uma sociedade, afetando a vida quotidiana de uma população, nomeadamente ao nível da saúde. É evidente que existe uma relação direta entre o número de anos de escolaridade e as melhorias na saúde e na qualidade de vida. As pessoas com um maior nível de educação têm acesso a mais informação e têm mais cuidados ao nível da sua saúde pessoal, uma vez que conhecem melhor as doenças, bem como o modo de as evitar ou tratar. Por vezes, o simples facto de ter acesso a informação sobre determinados vícios fatais é suficiente para proceder a mudanças no estilo de vida, passando a praticar mais desporto e ter uma vida mais ativa, ou passando a ter uma alimentação mais saudável, mudanças que podem fazer toda a diferença no que diz respeito à saúde (Cabieses, Zitko, Pinedo, Espinoza, & Albor, 2011).

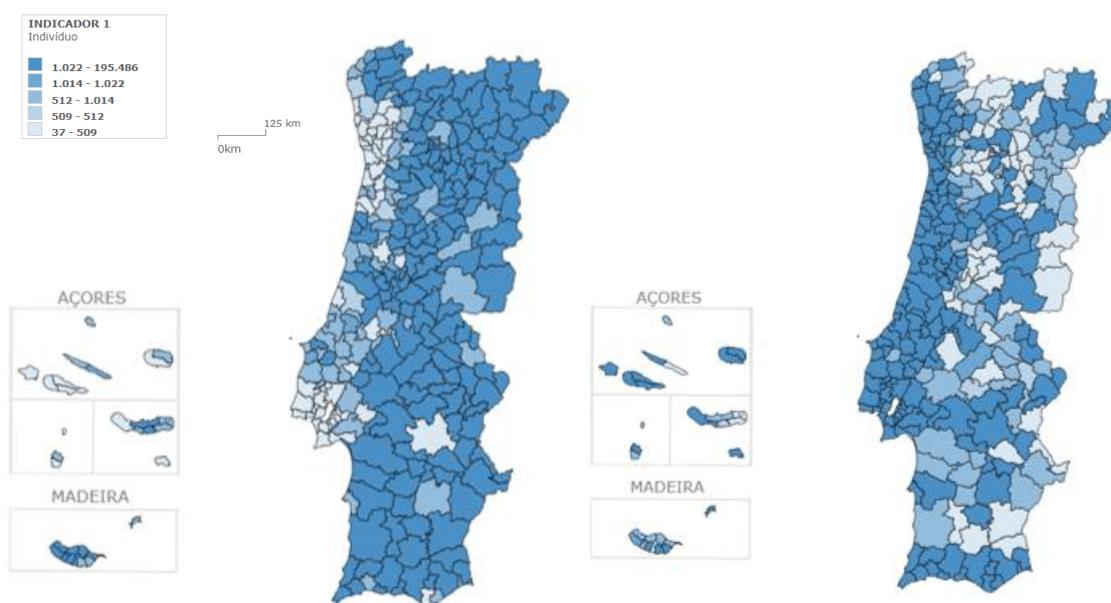
Ao nível geográfico, é na zona da área metropolitana de Lisboa que existe uma maior percentagem de população com o ensino superior, devido à maior oferta de instituições de ensino superior bem como pela existência de atividades económicas predominantemente do setor terciário (serviços de educação, banca, transportes, turismo e saúde, por exemplo (European Parliament, 2017) e que se traduzem num maior número de empresas que cada vez mais têm vindo a exigir níveis de educação mais elevados. Por outro lado, Lisboa regista a menor percentagem de população sem qualquer escolaridade. Contrariamente, nas zonas do Alentejo e Açores é onde se regista a menor percentagem de população com o ensino superior, pela menor oferta de instituições de ensino superior e pelas atividades económicas que mais são praticadas nestas zonas, em que não se exigem níveis de escolaridade tão elevados. Essencialmente na zona do Alentejo, as atividades do setor primário são predominantes, como a agricultura, pecuária, silvicultura, pesca e extração mineira, pelo que grande parte da população acaba por fazer apenas a escolaridade obrigatória e depois contribuir para este setor de atividade (European Parliament, 2017). Assim, é também no Alentejo que se regista a maior percentagem de população sem qualquer escolaridade. Também na região dos Açores os setores da agricultura (com forte incidência na produção de gado e na produção de leite e derivados) e da pesca têm grande importância na economia da região. O turismo tem vindo a ganhar peso na economia ao longo dos últimos anos, no entanto, ainda não desempenha um papel tão importante na economia como a agricultura e a pesca (European Parliament, 2017).

Relativamente às diferenças ao nível do género, é no género feminino que se verifica um maior nível de escolaridade, face ao género masculino e atualmente, a participação feminina

em cursos que tradicionalmente são associados a homens, situa já a população feminina portuguesa acima da média europeia (Costa & Faria, 2018).

Este facto é justificado pelas diferenças evidentes entre géneros, no mercado de trabalho, pelo que as mulheres se viram obrigadas a ter níveis de escolaridade superiores para atingir cargos superiores e melhores condições de trabalho face aos homens. Ao longo dos últimos anos as disparidades existentes no mercado de trabalho têm vindo a ser reduzidas, no entanto, não são justificadas pela existência de mais oportunidades de trabalho para as mulheres, mas sim porque se registou uma perda de emprego acentuada nos homens (Costa & Faria, 2018).

Figura 7 – Distribuição da população sem escolaridade VS. Distribuição da população com ensino superior, em 2021



(Fonte: Pordata)

5.1.7. Rendimento Disponível Bruto dos Particulares

O Rendimento Disponível Bruto dos Particulares corresponde ao total das receitas recebidas por um indivíduo, ou pela família, durante um dado período de tempo (geralmente, um ano) (INE, 2019).

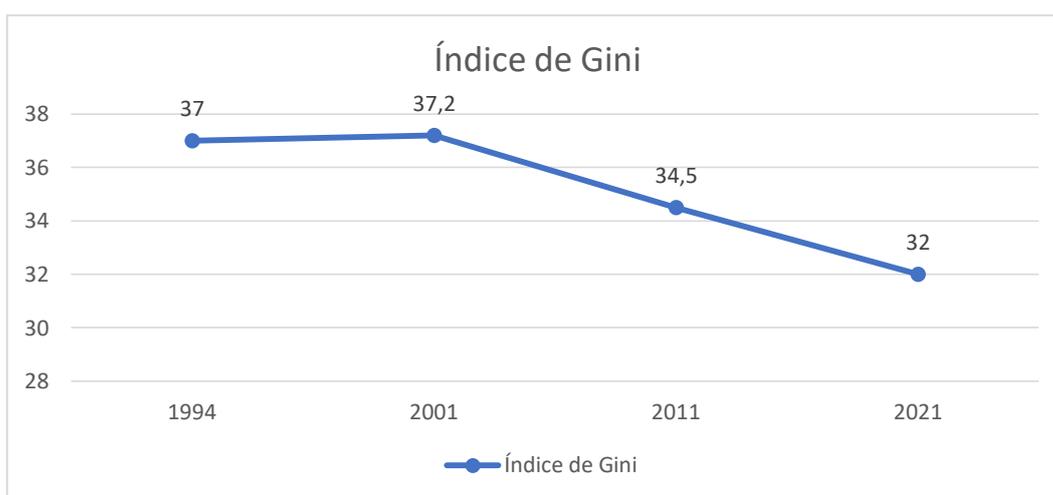
É expectável que este indicador apresente diferenças entre as diferentes classes etárias, diferentes níveis de escolaridade e entre as diferentes localizações do país, evidenciando novamente os processos de litoralização e de bipolarização. Este indicador é afetado por alterações demográficas, como o nascimento de um filho ou um divórcio, por alterações no que diz respeito ao emprego dos cidadãos, devido por exemplo a uma promoção, mudança de emprego ou de cargo ou se caiu no desemprego/inatividade. Por último, este indicador

também pode ser influenciado por alterações nas políticas públicas, isto é, devido à atualização dos impostos e das transferências para as famílias (Alves & Martins, 2012).

No entanto, apesar de ainda se apresentarem algumas diferenças no que diz respeito ao rendimento disponível da população, a tendência é para um aumento generalizado dos salários e, no sentido inverso, uma redução das disparidades salariais (Silva M. , 1985).

O Índice de Gini é uma métrica utilizada para medir as desigualdades na distribuição do rendimento de uma população e que tem como principal objetivo sintetizar num único valor as desigualdades da distribuição do rendimento. Este índice varia entre 0 e 100: apresenta o valor 0 quando todos os indivíduos apresentam o mesmo rendimento e apresenta o valor 100 quando todo o rendimento está concentrado num único indivíduo (INE, 2003).

Gráfico 3 – Evolução do Índice de Gini, de 1994 a 2021



(Fonte: INE)

Em 2021, Portugal apresentava um Índice de Gini de 32%. Desde 1994 concluímos que este indicador reflete um desagravamento das desigualdades salariais, apesar do acréscimo sofrido em 2020, devido ao impacto da crise pandémica na economia mundial que obrigou os Governos a criar e adaptar medidas de apoio às famílias. A região dos Açores é a região que apresenta uma maior assimetria na distribuição dos rendimentos, estando mesmo acima da média nacional (que era de 32% em 2021). A região do Algarve, nos últimos anos foi a que registou um maior aumento das desigualdades, principalmente devido aos efeitos mais prolongados e acentuados que a pandemia teve nesta região. No sentido contrário, a região do Alentejo apresenta os valores de Índice de Gini mais reduzidos.

Figura 8 – Distribuição do Índice de Gini, por NUTS II



(Fonte: INE)

É importante destacar que em Portugal a heterogeneidade da distribuição do rendimento entre setor público e privado é a grande responsável pelas diferenças evidenciadas pelo índice de Gini. A função pública é um setor mais homogêneo no que diz respeito aos rendimentos, pela natureza das funções desempenhadas e pelo facto do Estado ser o único patrão. Por outro lado, no setor privado, face às funções desempenhadas e uma vez que o patrão não é o Estado, o aparecimento de desigualdades salariais e de rendimento são mais evidentes (Silva M. , 1985).

No que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde a distribuição do rendimento tem um papel muito relevante, isto é, os tipos de serviços prestados numa determinada região, tal como a natureza dos mesmos, de natureza pública ou privada, são muito influenciados pela capacidade financeira da população em questão. Neste sentido, uma vez que a população das regiões do Norte e Lisboa têm melhores níveis de escolaridade e pertencem a classes etárias mais jovens, têm maior poder de compra e possibilidade de assegurar determinados hábitos de vida mais saudáveis e realizar certas escolhas no que diz respeito aos modos de vida, que pessoas com menores níveis de rendimento acabam por não escolher (Costa, et al., 2013).

5.2. Indicadores de Desigualdades Territoriais

5.2.1. Trabalhadores por grupo profissional:

Devido às diferentes tarefas e funções desempenhadas pelos profissionais de saúde, estes são divididos por 9 categorias (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Em 2018, havia cerca de 135.400 trabalhadores ao serviço do SNS, distribuídos da seguinte maneira:

Tabela 5 – Nº de colaboradores por grupo profissional no SNS, 2018

<i>Grupo Profissional</i>	<i>Nº de</i>	<i>%</i>
	<i>Colaboradores</i>	
<i>Médicos</i>	29.291	21,60%
<i>Enfermeiros</i>	44.932	33,20%
<i>Técnicos Superiores de Saúde + Farmacêuticos</i>	1.777	1,30%
<i>Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica</i>	8.568	6,30%
<i>Assistentes Técnicos</i>	16.580	12,20%
<i>Assistentes Operacionais</i>	26.740	19,70%
<i>Técnicos Superiores</i>	4.386	3,20%
<i>Informáticos</i>	620	0,50%
<i>Outros</i>	2.507	1,90%
<i>TOTAL</i>	135.401	100%

(Fonte: SNS)

***NOTA:** Na categoria ‘Outros’ estão incluídos o pessoal dirigente, administradores hospitalares, inspetores e técnicos de emergência hospitalar.

É notório que os grupos com maior peso nos profissionais de saúde são os enfermeiros (33,20%), os médicos (21,60%) e os assistentes operacionais (19,70%), que totalizam 73,8% dos profissionais de saúde.

No que diz respeito à distribuição geográfica dos profissionais de saúde, esta segue o padrão de distribuição dos hospitais e centros de saúde, uma vez que, nos locais com mais organizações de saúde são também necessários mais profissionais de saúde, de forma a garantir a satisfação das necessidades da população em causa (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Tabela 6 – Distribuição geográfica dos profissionais de saúde do SNS, 2018

Região	Médicos	Enfermeiros	TSS	TDT	AT	AO	TS	TI	Outros
<i>Norte</i>	10303	14762	552	2311	5201	8231	1146	192	294
<i>Centro</i>	5376	8837	340	1546	3049	5093	630	111	191
<i>A.M. Lisboa</i>	9917	14576	535	3135	5334	8999	1203	175	403
<i>Alentejo</i>	1010	2252	61	469	973	1389	210	46	100
<i>Algarve</i>	1075	2024	53	429	801	1195	235	31	48
<i>Serv. Centrais</i>	60	258	128	231	532	218	796	59	1320

(Fonte: SNS)

Gráfico 4 – % de profissionais de saúde do SNS, por região, 2018



(Fonte: SNS)

Uma vez que é nas regiões Norte e Lisboa que se encontra a maior concentração de pessoas, é também nestas regiões onde o peso dos trabalhadores é mais elevado no total dos trabalhadores, sendo que Lisboa totaliza 34% dos profissionais de saúde, seguida da região Norte, com 33% (as duas regiões totalizam 67% dos profissionais de saúde), evidenciando, novamente, as desigualdades territoriais, agora ao nível da distribuição dos profissionais de saúde no território português.

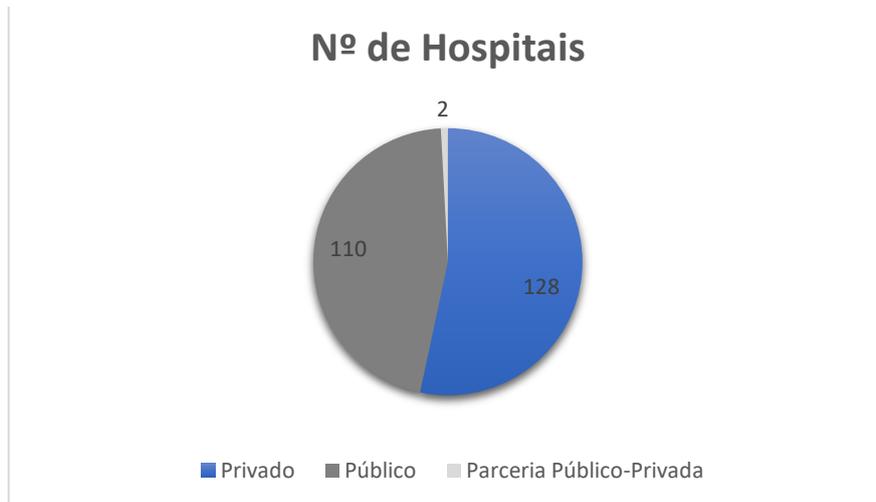
5.2.2. Hospitais:

Em 2021, em Portugal havia 240 hospitais, um aumento de 23 hospitais face a 2001 (aumento de 11%). Os 240 hospitais dividem-se em hospitais privados (128), hospitais públicos (110) e hospitais em parcerias público-privadas (2). Dentro dos hospitais públicos, estes subdividem-

se em hospitais de acesso universal (105) e hospitais de acesso restrito, como são os hospitais militares ou prisionais (5).

Em 2021, os hospitais privados representavam cerca de 53% do total de hospitais existentes em Portugal, enquanto os hospitais públicos representavam cerca de 46%. A proporção de hospitais em parcerias público-privadas é muito reduzida, não chegando a 1% (0,8%).

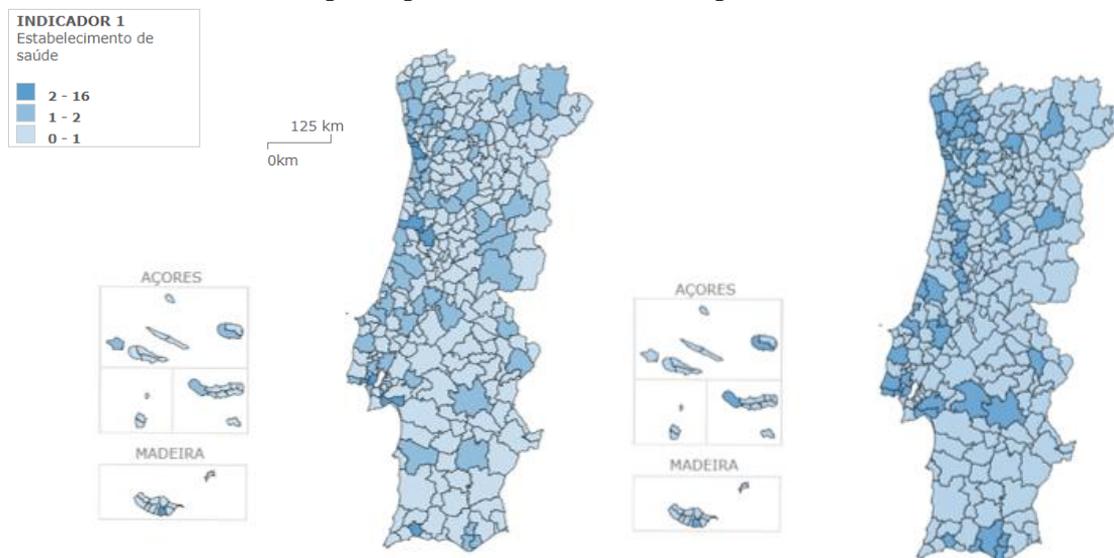
Gráfico 5 – N° de Hospitais em Portugal, em 2021



(Fonte: INE)

Atualmente, são os hospitais privados que predominam na prestação de cuidados de saúde em todo o território português, com 115 hospitais privados no continente, 6 na Região Autónoma dos Açores e 7 na Região Autónoma da Madeira.

Figura 9 – Distribuição dos hospitais pertencentes ao sistema público VS. hospitais pertencentes ao sistema privado, em 2021



(Fonte: Pordata)

Ao longo dos últimos anos, o setor privado da saúde tem vindo a desenvolver-se progressivamente, como forma de complementar os serviços fornecidos pelo SNS (Fernandes & Nunes, 2016). Os grupos de hospitais privados com maior peso na saúde em Portugal são: (Infarmed, 2019)

1. Hospital da Luz, com instalações em Guimarães, Lisboa, Oeiras, Coimbra, Póvoa de Varzim e Évora.
2. CUF, com instalações em Lisboa, Cascais, Porto, Viseu e Santarém.
3. Lusíadas, com instalações em Lisboa, Porto e Algarve (Faro e Albufeira).

No que diz respeito ao grupo Hospital da Luz e CUF já começam a expandir os seus serviços também para outras zonas além das duas grandes áreas metropolitanas, apesar de continuarem a ser predominantes nas zonas de Lisboa e Porto, o que mostra, mais uma vez, as disparidades ao nível da oferta de hospitais e clínicas privadas nas regiões do interior do país (Infarmed, 2019).

A prestação de cuidados de saúde privados tem vindo a ganhar importância em certas áreas específicas, como é o caso da nefrologia, ginecologia, saúde oral, ortopedia e pediatria, mas também ao nível dos meios complementares de diagnóstico, isto é, na imagiologia, fisioterapia e patologia clínica (Fernandes & Nunes, 2016).

Estas áreas têm vindo a crescer e a desenvolver-se cada vez mais ao longo dos últimos anos devido aos avanços tecnológicos, mas também devido à utilização massiva do regime ambulatório.

Por outro lado, o crescimento da oferta de cuidados de saúde privados também tem vindo a crescer devido ao aumento da procura, face à escassa oferta que se regista nos cuidados de saúde públicos. Este facto contribuiu para o aumento do investimento em novas infraestruturas com o conseqüente acréscimo na participação do setor privado ao nível da prestação de serviços de saúde (Fernandes & Nunes, 2016).

Atualmente, a cooperação entre estes dois sistemas de saúde é essencial, tendo em vista o cumprimento das obrigações de cobertura e acesso universal a cuidados de saúde a toda a população. São evidentes os problemas existentes no setor público, relacionados com o défice de cobertura, tempos de espera muito elevados para a marcação e agendamento de consultas e exames e a existência de um elevado número de pessoas sem médico de família atribuído, entre outros ((Fernandes & Nunes, 2016).

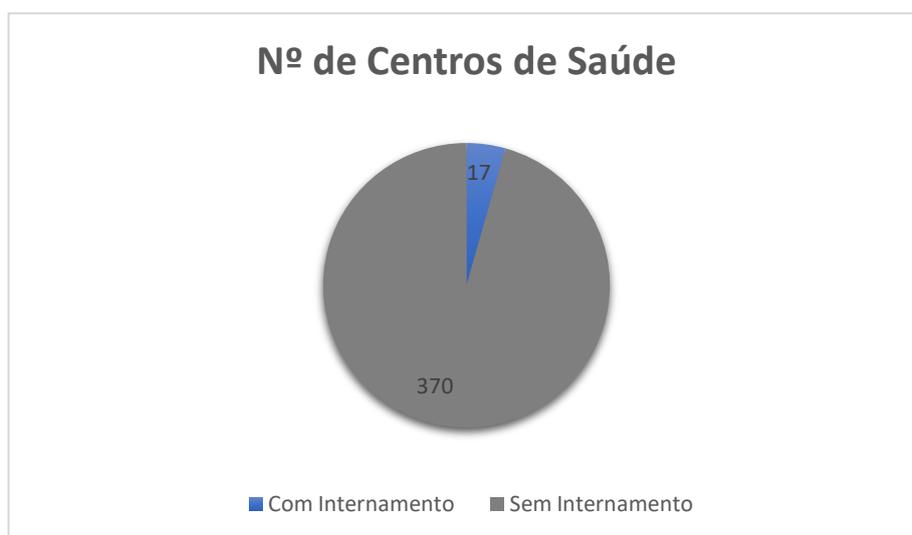
Com a implementação de programas de recuperação de filas de espera e de um sistema de incentivos fiscais com deduções em gastos de saúde, o Estado induziu alguns utentes ao sistema privado e este tem vindo a ganhar peso no setor da saúde português e, atualmente, o

número de hospitais privados é já superior ao número de hospitais públicos ((Fernandes & Nunes, 2016).

5.2.3. Centros de Saúde:

Em 2012, existiam 387 centros de saúde no território português, 17 com internamento e 370 sem internamento, ou seja, 95% dos centros de saúde em Portugal não tem internamento. Os centros de saúde são organizações que estão responsáveis por um determinado grupo de pessoas, normalmente entre 4.000 e 18.000 utentes e têm independência organizativa, funcional e técnica (Santos, et al., 2007).

Gráfico 6 – Nº de Centros de Saúde em Portugal, 2012



(Fonte:Pordata)

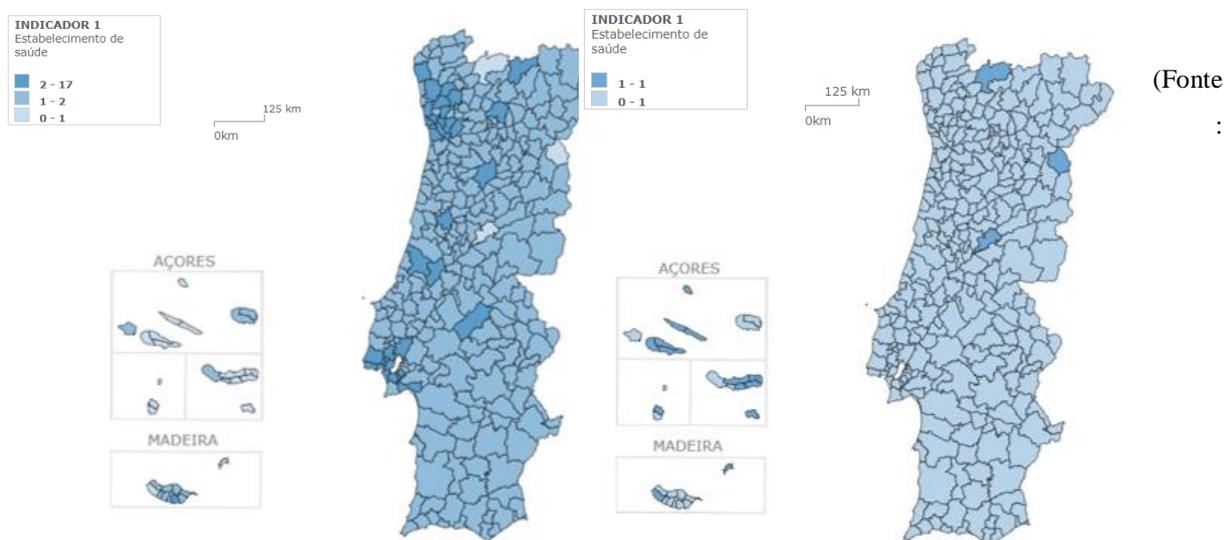
Desde 2022, 176 centros de saúde têm horário alargado/complementar, de forma a responder às necessidades da população em situações de saúde não emergente e evitar idas desnecessárias às urgências hospitalares (portugal.gov.pt, 2022). O aumento do horário de atendimento dos centros de saúde diminuiu a afluência às urgências hospitalares e, consequentemente, registaram-se melhorias nos resultados de atendimento, uma vez que os principais problemas que se registam nas urgências dos hospitais estão relacionados com os elevados tempos de espera devido aos recursos disponíveis insuficientes, nomeadamente no que diz respeito aos profissionais de saúde (auxiliares de ação médica, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e médicos) (Pereira, 2020). Deste modo, diminuindo o número exagerado de doentes que recorriam aos serviços de urgência dos hospitais, foi possível melhorar a eficiência dos mesmos.

Ao nível da distribuição geográfica praticamente todos os concelhos possuem, no mínimo um centro de saúde. A única exceção é o concelho da Laje das Flores, que não tem centro de saúde, uma vez que a ilha das Flores tem uma dimensão muito reduzida bem como o número de habitantes e face ao concelho de Santa Cruz das Flores (o mais próximo) a distância é reduzida (Correia & Veiga, 2010).

Apesar de praticamente todos os concelhos possuírem, pelo menos, um centro de saúde, é na zona do Litoral Norte e Lisboa que existe mais oferta de cuidados de saúde primários, justificado pelo maior nível populacional, seguindo o padrão de distribuição dos hospitais.

Por outro lado, é nas Regiões Autónomas que se verifica o maior número de centros de saúde com internamento, justificado pela distância a que estes se encontram dos grandes centros urbanos e pela menor oferta de hospitais (Correia & Veiga, 2010).

Figura 10 – Distribuição de centros de saúde sem internamento VS. centros de saúde com internamento, 2012



Pordata)

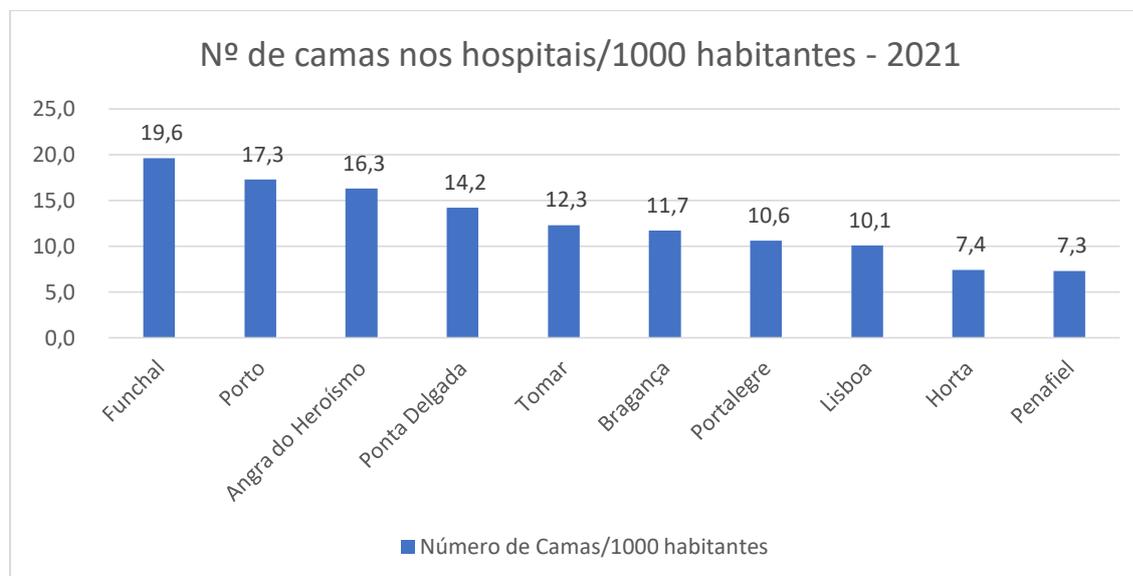
5.2.4. Número de camas nos hospitais por 1000 habitantes

No ano de 2021, a lotação de camas em Portugal rondava os 3,5 por 1000 habitantes.

Segundo uma auditoria financeira realizada pelo Tribunal de Contas ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), Portugal é o 2º país da Europa com menor capacidade em termos de camas disponíveis para os cidadãos, nos hospitais. Apenas a Suécia se encontra atrás de nós. Desde 1980 que este número se tem vindo a reduzir, principalmente devido à evolução positiva das ciências médicas e da melhoria das condições de vida da população, no entanto, o número de

camas disponíveis nos hospitais para os cidadãos portugueses é reduzido (Correio da Manhã Portugal, 2023).

Gráfico 7 – N° de camas nos hospitais por 1000 habitantes (N°), em 2021



(Fonte: INE)

Em 2021, segundo o INE, foram as regiões do Funchal, Porto, Angra do Heroísmo, Ponta Delgada, Tomar, Bragança, Portalegre, Lisboa, Horta e Penafiel que apresentaram o maior número de camas disponíveis nos hospitais por 1000 habitantes.

As regiões das ilhas destacam-se neste campo uma vez que são zonas menos populosas e zonas em que é mais difícil transportar os doentes para hospitais com melhores condições, nomeadamente no continente, pelo que se tem vindo a investir no número de camas disponíveis (Fernandes & Nunes, Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System, 2016).

Por outro lado, as regiões do interior, como é o caso de Bragança e Portalegre, estão incluídas neste TOP 10 uma vez que são regiões que se encontram longe dos grandes centros urbanos e também com menores níveis de densidade populacional, mas com uma população muito idosa, pelo que foi necessário investir no n° de camas disponíveis para a população (Fernandes & Nunes, 2016).

As regiões de Lisboa e Porto estão incluídas neste TOP 10 uma vez que se encontram nos grandes centros urbanos, com elevadas densidades populacionais e muita procura pelos serviços de saúde (Fernandes & Nunes, Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System, 2016). A maior oferta de hospitais privados nestas grandes cidades também contribui para a desigualdade na distribuição de camas hospitalares, uma vez que os

hospitais privados estão mais concentrados nas zonas urbanas e com maior densidade populacional (como é o caso de Lisboa e Porto).

Nestas zonas os hospitais privados atendem pacientes com seguros de saúde privados enquanto nas zonas do interior como é o caso de Bragança e Portalegre os hospitais públicos são mais comuns e servem a população com menores disponibilidades financeiras que não conseguem ter acesso a seguros de saúde privados (McColl-Kennedy, et al., 2017).

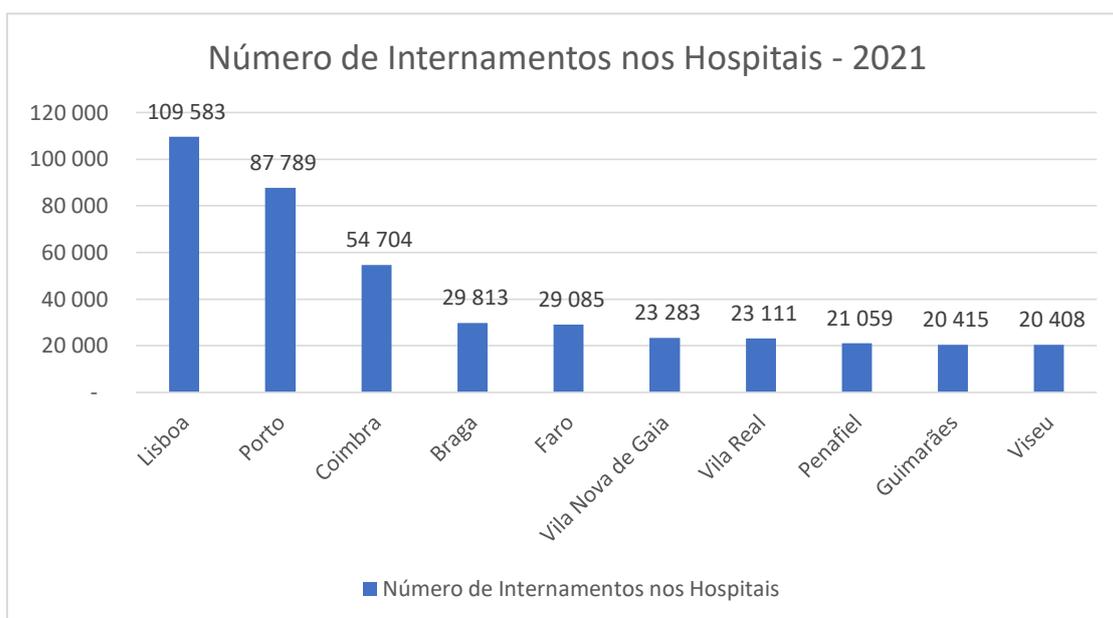
Concluindo, a distribuição de camas nos hospitais portugueses revela, novamente o problema importante ao nível territorial, no que diz respeito ao acesso igualitário aos serviços de saúde.

5.2.5. Internamentos

No ano 2021, foi nas zonas de Lisboa, Porto, Coimbra, Braga, Faro, Vila Nova de Gaia, Vila Real, Penafiel, Guimarães e Viseu que se realizaram maior número de internamentos nos hospitais.

É possível concluir que, mais uma vez, estes hospitais se localizam em zonas com maior número de habitantes e em zonas do litoral português, com exceção de Viseu.

Gráfico 8 – TOP 10 do maior número de internamentos nos hospitais, em 2021.



(Fonte: Pordata)

Em 2021, segundo o Pordata, o número total de internamentos foi de 746.218. Pelo que, tendo em conta o TOP 10 de zonas com maior número de internamentos, estas totalizam cerca de 56% dos internamentos realizados em Portugal Continental no ano de 2021.

*Sem dados para as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

A verdade é que muitos dos hospitais localizados nas zonas do interior do país, não têm capacidade de receber certos doentes, uma vez que há determinadas especialidades e cuidados para os quais muitos hospitais não oferecem serviços e, por isso, estes doentes são encaminhados para hospitais com capacidade de resposta. Deste modo, muitos doentes residentes em zonas do interior são transferidos para hospitais do litoral, contribuindo para o nº de internamentos registados pelos mesmos, pelo que se verifica, mais uma vez, as desigualdades territoriais no acesso a cuidados de saúde no nosso território (Sousa-pinto, et al., 2013).

CONCLUSÃO

O SNS foi fundado em 1979, quando foram reunidas todas as condições necessárias e de forma a assegurar cuidados de saúde a toda a população portuguesa (Serviço Nacional de Saúde, 2022). Assim, o SNS está presente na vida dos portugueses há cerca de 45 anos e com unidades operacionais por todo o país. Os serviços do SNS têm como principal objetivo definido a satisfação das necessidades da população portuguesa, de igual forma, evitando o aparecimento de desigualdades no acesso a cuidados de saúde e ajudar a combater a pobreza e a exclusão social, que são dois temas muito notórios e com grande peso na nossa sociedade (Ministério da Saúde, 2015). Estas organizações são apoiadas por cerca de 135 mil profissionais, responsáveis por garantir resposta às necessidades ao nível de cuidados de saúde da população portuguesa, que são cada vez mais exigentes, devido, principalmente, ao aumento da esperança média de vida e, conseqüentemente, do número de idosos.

Uma vez que o SNS não conseguia dar resposta às necessidades da população, os sistemas de saúde privados foram ganhando importância no setor da saúde e, atualmente, os hospitais privados representam já cerca de 53% do total de hospitais existentes em Portugal e têm maior influência em determinadas áreas, como a nefrologia, ginecologia, saúde oral, ortopedia, pediatria, imagiologia, fisioterapia e patologia clínica (Fernandes & Nunes, *Hospitals and the public-private combination in the portuguese health system*, 2016). Neste contexto, o acesso a cuidados de saúde não é igualitário entre a população, verificando-se diferenças, principalmente, entre classes etárias e entre estratos sociais, pelo que as desigualdades socioeconómicas e territoriais no acesso a cuidados de saúde, no território português foram consideradas um problema notório e, portanto, o tema central desta dissertação para a qual se realizou uma investigação baseada numa revisão de literatura relativa ao tema em questão e posterior análises de indicadores quantitativos, como forma de evidenciar a existência destas desigualdades.

No futuro, os ‘novos’ idosos, vão ser mais dotados escolarmente e vão usufruir de pensões mais elevadas e dispor de mais recursos, pelo que terão melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, menor probabilidade de contrair determinadas doenças e problemas de saúde. No entanto, o número de idosos será cada vez maior e o número de jovens será cada vez menor, pelo que evolução do índice de sustentabilidade em Portugal apresentará cada vez mais uma evolução negativa (os idosos vão ter cada vez mais peso sobre a percentagem de jovens). Este facto representa um desafio para os serviços de saúde e para os profissionais de

saúde, uma vez que com menos recursos humanos irão ter de dar resposta a cada vez mais necessidades de cuidados de saúde.

De forma a terminar a investigação em causa, constatou-se que existem vários fatores tanto locais como regionais, que condicionam a prestação de cuidados de saúde, independentemente da escala utilizada na análise. No entanto, a disponibilidade financeira é ainda um fator crítico que tem maior importância nesta análise, uma vez que coloca as unidades de análise em condições bastante diferentes no que diz respeito à prestação de serviços (Brezzi & Veneri, 2015). Em Portugal, as principais desigualdades sociais e territoriais nos serviços de saúde verificam-se nos concelhos do interior (principalmente nos distritos de Bragança, Guarda e Castelo Branco) e Alentejo, devido à falta de recursos humanos a trabalhar nestas organizações de saúde e também pela menor cobertura de serviços de saúde, face à procura, que é superior nestas zonas devido às características da população (população mais envelhecida, com menores níveis de escolaridade e, conseqüentemente, com menores rendimentos) (European Parliament, 2017). No que diz respeito às Regiões Autónomas apresentam ainda valores de educação reduzidos, devido às atividades económicas predominantes nestas regiões (que exigem um menor nível de qualificação) e, conseqüentemente, apresentam também valores mais reduzidos em termos de esperança média de vida e, ao nível económico, de rendimento. Ao nível da saúde, estes indicadores têm impacto, por exemplo, na taxa de mortalidade e taxa de mortalidade infantil que são ainda indicadores que causam alguma preocupação e que carecem de alguma atenção.

Por outro lado, as zonas do litoral e, principalmente, na Área Metropolitana de Lisboa e do Porto, a organização dos sistemas urbanos permite um melhor acesso aos cuidados de saúde e uma maior cobertura dos mesmos, mesmo apesar da maior densidade populacional. A verdade é que os maiores níveis de qualificação e o modo de vida, em que o principal setor de atividade é o terciário, são benéficos, uma vez que a população apresenta maiores níveis de literacia em saúde e maiores níveis de rendimento, que facilita o acesso aos cuidados de saúde, principalmente no setor privado.

Concluindo, Portugal, e todos os países no geral, são capazes de fazer mais de forma a melhorar os acessos à saúde, bem como a qualidade dos serviços prestados. Estas melhorias surgem através, por exemplo, do aumento da cobertura dos serviços de saúde, melhorando as políticas dos recursos humanos e através da reorganização dos serviços. Surgem também pela luta contra a taxa de pobreza e do empobrecimento da população associado ao pagamento de serviços relacionados com a saúde (WHO, 2023).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, F., Portela, M., Cerejeira, J., & Rodrigues, M. (2019). *Assimetrias e Convergência Regional: Implicações para a descentralização e regionalização em Portugal*. Porto.
- Alexandre, F., Portela, M., Cerejeira, J., & Rodrigues, M. V. (2019). *Assimetrias e convergência regional: Implicações para a descentralização e regionalização em Portugal*. Porto.
- Alves, N., & Martins, C. (julho de 2012). Mobilidade e desigualdade do rendimento na União Europeia e em Portugal.
- Antunes, J. A. (2015). Psicologia, Saúde e Doenças. *Crise Económica, Saúde e Doença*, 16(2), pp. 274-284.
- Arnaut, A. (fevereiro de 2015). O Serviço Nacional de Saúde: Sonho e Realidade. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 4-7.
- Assis, S., Avanci, J., & Oliveira, R. C. (2009). Socioeconomic inequalities and child mental health. *Revista Saúde Pública*, 43, 92-100.
- Atalaia, S., & Cunha, V. (2014). *O Impacto da crise nos nascimentos em Portugal: uma perspetiva territorial*.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, U., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (abril de 2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal Epidemiology Community Health*, 64(4), 284-291. doi:10.1136/jech.2008.082743
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. doi:http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.4.254
- Braveman, P., & Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*. doi:https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00331-8
- Brezzi, M., & Veneri, P. (2015). Assessing Polycentric Urban Systems in the OECD: Country, Regional and Metropolitan Perspectives. *European Planning Studies*, 23(6), 1128-1145. doi:10.1787/5jz5mpdkmvr-en

- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M., & Albor, C. (2011). ¿Cómo se ha medido la position social en investigación en salud? (P. S. Publica, Ed.) 29(6), pp. 457-468.
- Campos, A. (3 de agosto de 2022). Urgências vão encaminhar para centros de saúde só os doentes que aceitarem ir. *Público*.
- Campos, L., Mansinho, K., Freitas, P. T., Ramos, V., & Sakellarides, C. (novembro de 2020). COVID-19 and Seasonal fluu during the autumn-winter of 2020/2021 and the chaççenges lying ahead for hospitals. *Acta Médica Portuguesa*, 33(11), 716-719.
- Closing the gap: Increasing acess and equity. (abril de 2011). *Ordem dos Enfermeiros*, pp. 19-20. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8907/kit_die_2011_net.pdf
- Comissão Europeia. (11 de maio de 2022). Enquadramento e tendências políticas, sociais e económicas. *Desenvolvimento hsitórico*.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (12 de maio de 2011). Combater a desigualdade: melhorar o acesso e a equidade.
- Constituição da República Portuguesa - Artigo 64º*. (12 de agosto de 2005). Obtido de Diário da República nº86/1976, Série I de 1976-04-10: file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/10349-Article%20Text-30731-1-10-20161202.pdf
- Correia, I., & Veiga, P. (2010). Geographic distribution of physicians in Portugal. *The European Journal of Health Economics*, 11, 383-393. doi:10.1007/s10198-009-0208-8
- Correio da Manhã Portugal. (02 de maio de 2023). Quatro Camas par Mil Habitantes em Portugal. *Correio da Manhã*.
- Costa, C., Tenedório, J., & Santana, P. (29 de setembro de 2020). Disparities in Geographical Acess to Hospitals in Portugal. *International Journal of Geo-Information*, 9(10). doi:10.3390/ijgi9100567
- Costa, E., Palma, P., Rauhut, D., Humer, A., Constantin, D., & Velasco Echeverría, X. (maio de 2013). Indicators and perspectives for services of general interest in territorial cohesion and development.
- Costa, R., & Faria, N. (28 de maio de 2018). Da educação ao trabalho, a desigualdade de género atravessa gerações. *Público*. Obtido em maio de 2023, de

<https://www.publico.pt/2018/05/28/sociedade/noticia/da-educacao-ao-trabalho-a-desigualdade-de-genero-atravesa-geracoes-1831967>

Cunha, L., Santana, P., Lourenço, L., Santos, N., & Nossa, P. (2021). *Geografia, Turismo e Território*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi:10.14195/978-989-26-2058-9

Cunha, L., Santana, P., Lourenço, L., Santos, N., & Nossa, P. (2021). *Geografia, Turismo e Território*. Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Direção Geral de Saúde. (2019). Saúde em Portugal. *Saúde Comparada*. Obtido em abril de 2023, de <https://pns.dgs.pt/saude-em-portugal/saude-comparada/>

Entidade Reguladora da Saúde. (2012). *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*. Porto. Obtido em abril de 2023

eportugal.gov.pt. (2022). *Fim das taxas moderadoras em quase todos os serviços do SNS*.

European Parliament. (2017). *A situação económica, social e territorial dos Açores (Portugal)*. Departamento de Políticas Estruturais e de Coesão, Estrasburgo.

Eurostat. (novembro de 2021). Estrutura populacional e envelhecimento. *Aumento da percentagem da população com 65 anos ou mais entre 2009 e 2019*.

Eurostat. (julho de 2023). Population and population change statistics.

Falkenberg, M. B., Mendes, T. d., Moraes, E. P., & Souza, E. (março de 2013). Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. pp. 848-852. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013

Falkenberg, M., Mendes, T., Moraes, E., & Souza, E. (2013). *Health education and education in the health system: concepts and implications for public health*. Brasil. doi:10.1590/1413-81232014193.01572013

Faria, N. (31 de maio de 2023). Numa década, portugueses ganharam 14,2 meses na esperança média de vida. *Público*. Obtido em junho de 2023, de <https://www.publico.pt/2023/05/31/sociedade/noticia/decada-portugueses-ganharam-142-meses-esperanca-media-vida-2051669>

Fernandes, A. A. (dezembro de 2005). Envelhecimento e Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(2), 45-48.

- Fernandes, A., & Nunes, A. (29 de março de 2016). Hospitals and the public-private combination in the portuguese health system. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*(3), 219-223. doi:10.20344/amp.6712
- Fernandes, A., & Nunes, A. (março de 2016). Hospitals and the Public-Private Combination in the Portuguese Health System. *Acta Médica Portuguesa*, 217-223. doi:10.20344/amp.6712
- Gomes, L., Costa, A. P., Ferreira, W. L., Costa, A., Rodrigues, G., Pedra, E., . . . Moraes, C. (2020). Qualidade de vida de idosos antes e durante a pandemia da COVID-19 e expectativa no pós-pandemia. *23*(28). doi:10.23925/2176-901X.2020v23i0p09-28
- Grad, F. P. (2002). The preamble of the constitution of the world health organization. *Bulletin of the World Health Organization*, *80*(12).
- Grundy, E., & Slogget, A. (março de 2003). Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. *56*(5), pp. 935-947. doi:10.1016/s0277-9536(02)00093
- História do SNS*. (2020). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- INE. (22 de fevereiro de 2001). Actualidades do INE. *No final de 2000, estima-se que a população portuguesa ultrapassou os 10 milhões de indivíduos*. Obtido em abril de 2023, de https://alea.ine.pt/images/factos_e_numeros/atualidades/pdf/actualidade_23.pdf
- INE. (2003). Coeficiente de Gini do rendimento.
- INE. (11 de abril de 2003). Densidade Populacional. Obtido em maio de 2023, de <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/5008#Gloss%C3%A1rio>
- INE. (11 de março de 2016). Taxa de desemprego de longa duração. Obtido em junho de 2023, de [https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=5082&lang=PT\)#Rela%C3%A7%C3%B5es](https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=5082&lang=PT)#Rela%C3%A7%C3%B5es)
- INE. (15 de junho de 2018). Estimativas de População Residente em Portugal. Obtido em junho de 2023, de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/15EstPopRes2017.pdf
- INE. (2019). Desemprego.

- INE. (2019). Rendimento Nacional Disponível.
- INE. (31 de maio de 2019). Tábuas de Mortalidade para Portugal. Obtido em junho de 2023, de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/31TabuasMortalidade2016_2018.pdf
- INE. (2021). Densidade populacional (N.º km²). Obtido em maio de 2023, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contacto=pi&indOcorrCod=0008337&selTab=tab0
- INE. (2021). Índice de dependência de idosos. *Índice de dependência de idosos (Nº) por local de residência à data dos Censos (2021)*. Obtido em junho de 2023, de https://www.ine.pt/bddXplorer/htdocs/minfo.jsp?var_cd=0011611
- INE. (2021). Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100.000 habitantes e por local de residência.
- INE. (29 de novembro de 2022). ESTIMATIVA PROVISÓRIA DA ESPERANÇA DE VIDA AOS 65 ANOS PARA 2020-2022. Obtido em junho de 2023, de file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/29Esperan%C3%A7a%20de%20Vida%2065_2020-2022.pdf
- INE. (2023). Obtido de Esperança de Vida: <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/872>
- Infarmed. (2019). Lista de estabelecimentos hospitalares públicos e privados. Obtido em julho de 2023, de <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1559752/Lista+de+Estabelecimentos+Hospitalares+P%C3%ABAblicos+e+Privados+%C2%BF+Dispositivos+Seguran%C3%A7a/770362e7-1f2d-43f0-a381-02ecdf04b507>
- Kolip, P., & Lange, C. (14 de maio de 2018). Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *European Journal of Public Health*, 28(5), 869-872. doi:10.1093/eurpub/cky076
- Lei 56/79, de 15 de setembro*. (15 de setembro de 1979). Obtido de Diário da República, nº214/1979, série I: <https://dre.tretas.org/dre/57856/lei-56-79-de-15-de-setembro>
- Lei nº 95/2019*. (4 de setembro de 2019). Obtido de Diário da República, 1ª série, nº169: <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

- Lopes, O. G. (setembro de 1987). Planeamento em saúde para a história da evolução das estruturas de saúde em Portugal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*(23).
- Lourenço, A. (fevereiro de 2022). Health at a Glance 2021. *A portrait of the state of healthcare in Portugal*, 35(2). doi:10.20344/amp.17875
- Louvison, M. C. (2019). Regionalization of health systems as a response to territorial inequalities: a necessary debate. *Reports in Public Health*. doi:10.1590/0102-311X00116019
- LUSA. (22 de fevereiro de 2023). Idade média: 46,8 anos. População portuguesa é a que mais está a envelhecer na UE. *TSF*. Obtido em junho de 2023, de <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/idade-media-468-anos-populacao-portuguesa-e-a-que-mais-esta-a-envelhecer-na-ue-15882746.html>
- Mackenbach, J., Stirbu, I., Roskam, A.-J., & Schaap, M. (5 de junho de 2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries. *The New England Journal of Medicine*, 2468-2481. doi:10.1056/NEJMsa0707519
- Major, M., & Magalhães, A. (14 de junho de 2013). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. pp. 476-490. doi:10.5700/rausp1162
- Mallmann, D., Neto, N. G., Sousa, J., & Vasconcelos, E. R. (05 de julho de 2014). Health education as the main alternative to promote the health of the elderly. doi: 10.1590/1413-81232015206.02382014
- Mamede, R. P. (2015). *O que fazer com este país?* Lisboa: Marcador.
- Matos, F. L., Natálio, A., & Rocha, B. (2012). As alterações demográficas em Portugal - Análise dos resultados provisórios dos censos de 2011. Porto.
- McColl-Kennedy, J., Snyder, H., Witell, L., Elg, M., Helkkula, A., Hogan, S., & Anderson, L. (20 de março de 2017). A mudança do papel do cliente de cuidados de saúde: revisão, síntese e agenda de investigação. *18*(1).
- Mendes, M. F. (2016). *A Natalidade e a Fecundidade em Portugal*. Imprensa de Ciências Sociais.
- Ministério da Saúde. (2015). História do Serviço Nacional de Saúde.

- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde*. Lisboa.
- Nazareth, J. M. (1988). *O envelhecimento demográfico* (Vol. 6). doi:10.17575/rpsicol.v6i2.794
- Novais, J. R. (2010). Constituição e Serviço Nacional de Saúde. Em *Doutrina Estrangeira*. Lisboa.
- Nunes, A. M. (2017). Demography, aging and health: an analysis of the interior of Portugal. *Revista Kairós Gerontologia*, 133-154.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *Relatório da Primavera*. Portugal. Obtido em junho de 2023, de <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Ordem dos Médicos. (2020). Desigualdades no acesso a cuidados de saúde continuam a ser um problema.
- Osterle, A. (janeiro de 2002). Evaluating Equity in Social Policy. *A framework for comparative analysis*, 8(1). doi:10.1177/1358902002008001516
- Palma, P., Costa, E., & Costa, N. (2017). Disparidades regionais no acesso aos serviços de saúde em territórios de baixa densidade: os casos do Alentejo (Portugal) e Navarra (Espanha). pp. 453-487.
- Pereira, J. C. (30 de abril de 2020). Serviço de Urgência Hospitalar: lições da pandemia covid-19. *Público*. Obtido em junho de 2023, de <https://www.publico.pt/2020/04/30/opiniaio/noticia/servico-urgencia-hospitalar-licoes-pandemia-covid19-1914446>
- Pita-Barros, P. (2005). *Economia da Saúde, Conceitos e Comportamentos*. Lisboa: Almedina.
- Plano Nacional de Saúde 2030. (dezembro de 2020). Problemas de Saúde. *PNS em Ação*.
- PORDATA. (2021). Taxa de desemprego por grupo etário (%).
- PORDATA. (2021). Taxa de desemprego por sexo (%).
- Portaria 87/2015, de 23 de março*. (2015). Obtido de Diário da República nº57/2015, Série I de 23-03-2015: https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/87-2015-66807918?_ts=1656633600034

portugal.gov.pt. (29 de novembro de 2022). Horário alargado em 176 centros de saúde em todo o país. Obtido em junho de 2023, de <https://eportugal.gov.pt/noticias/horario-alargado-em-176-centros-de-saude-em-todo-o-pais#:~:text=H%C3%A1%20176%20centros%20de%20sa%C3%BAde%2C%20de%20norte%20a,dos%20servi%C3%A7os%20de%20urg%C3%A2ncia%20em%20situa%C3%A7%C3%B5es%20n%C3%A3o%20emergentes>.

portugal.gov.pt. (08 de fevereiro de 2023). Desemprego diminui para 6% e população empregada atinge máximo histórico em 2022. Obtido em junho de 2023, de <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=desemprego-diminui-para-6-e-populacao-empregada-atinge-maximo-historico-em-2022#:~:text=A%20taxa%20de%20desemprego%20registada%20em%202022%20foi%20,hom%C3%B3logo%2C%20com%20mais%2041%20mil%20jovens%20>

Rebelo, J., & Penalva, H. (setembro de 2004). Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade.

Rebelo, J., & Penalva, H. (setembro de 2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e o seu impacto na sociedade*. Lisboa.

Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R., & Charondière, P. (novembro de 2007). Os centros de saúde em Portugal. (O. Santos, & A. Biscaia, Edits.) *A satisfação dos utentes e dos profissionais*.

Schall, V., & Struchiner, M. (1999). *Health Education: New perspectives*.

Serviço Nacional de Saúde. (11 de novembro de 2016). Coordenação nacional para a reforma dos cuidados de saúde hospitalares. *Missão, Visão, Objetivos, Estratégia*.

Serviço Nacional de Saúde. (04 de outubro de 2017). Doenças Cardiovasculares. Obtido em maio de 2023, de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/10/04/doencas-cardiovasculares/>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde.

Serviço Nacional de Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2030. *Saúde em Portugal*.

Serviço Nacional de Saúde. (2022). Obtido de História do SNS: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>

- Serviço Nacional de Saúde. (02 de janeiro de 2023). Lei Orgânica.
- Silva, M. (1985). A repartição do rendimento em Portugal no pós abril 74. *Revista Crítica de Ciências Sociais*(15/16/17).
- Silva, M. V. (1 de maio de 2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 121-128.
- Soares, J. (8 de abril de 2019). Lei de Bases da Saúde: Princípios e Fundamentos, um contributo do CNECV.
- Sousa, P. A. (2009). *O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*. Portugal.
- Sousa-pinto, B., Gomes, A., Oliveira, A., Ivo, C., Costa, G., Ramos, J., . . . Freitas, A. (2013). Hospital Readmissions in Portugal over the Last Decade. *Acta Médica Portuguesa*, 711-720.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International journal of Health Services*, 31(3). doi:10.2190/DGJ8-4MQW-UP9J-LQC1
- Starfield, B. (2006). State of the Art in Research on Equity in Health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11-32.
- Temido, M. (16 de agosto de 2019). Lei de Bases da Saúde Promulgada. (F. Lusa, Entrevistador) Obtido de Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/08/16/lei-de-bases-da-saude-promulgada/>
- Tenny, S., Brannan, J., & Brannan, G. (18 de setembro de 2022). Qualitative Study. *StatPearls Publishing*.
- The World Bank. (2023). Total Population - Portugal. Obtido em abril de 2023, de <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=PT>
- Universia PT. (30 de novembro de 2020). Evolução da taxa de desemprego em Portugal nos últimos 10 anos. *Universia PT*.
- WHO. (2006). 'Why the workforce is importante?'. Em *Working together for health* (pp. 6-20). Suíça.
- WHO. (29 de junho de 2023). *Cobertura universal de saúde*. Obtido em julho de 2023, de [https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-(uhc))