

6 de abril de 2026  
DIA MUNDIAL DA SAÚDE – 7 DE ABRIL  
1999-2025

## MANTÉM-SE A RECUPERAÇÃO PÓS-PANDÉMICA DA ATIVIDADE HOSPITALAR

Por ocasião do Dia Mundial de Saúde, que se celebra no dia 7 de abril, o INE divulga uma nova edição da publicação “Estatísticas da Saúde”, principalmente com indicadores de 2024.

Destacam-se os seguintes resultados:

- Depois de a atividade hospitalar ter sido fortemente afetada pelo período pandémico, em 2024 continuava a verificar-se uma recuperação nos atos assistenciais prestados em contexto hospitalar. As consultas médicas, as cirurgias em bloco operatório e os atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica registaram, em 2024, os valores máximos da série iniciada em 1999.
- Em 2024, o número de internamentos ultrapassou, pela primeira vez, o valor observado em 2019, enquanto o número de atendimentos em serviço de urgência permaneceu ligeiramente abaixo da atividade registada em 2019, não obstante a recuperação verificada desde 2021.
- Os hospitais públicos ou em parceria público-privada continuaram, em 2024, a ser os principais prestadores de serviços de saúde, assegurando 85,1% dos atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica, 79,9% dos atendimentos em urgência, 73,5% das cirurgias em bloco operatório e 73,0% dos internamentos. Os hospitais do setor público asseguraram mais de 60% das consultas médicas, mas esta é a componente de atividade em que os hospitais privados conseguiram atingir o peso mais expressivo, representando 37,6% do total.
- A proporção da população com 16 ou mais anos com limitações na realização de atividades habituais devido a problemas de saúde, que constitui uma aproximação reconhecida internacionalmente ao conceito de incapacidade, atingiu 23,8% em 2025.
- Em 2023, a esperança de vida aos 65 anos era de 22,7 anos para as mulheres e 19,2 anos para os homens. O ajustamento relativo às limitações devido a problemas de saúde faz diminuir em quase 13 anos a expectativa de uma vida saudável para a população em geral, sendo esta expectativa mais penalizadora para as mulheres (7,8 anos) do que para os homens (9,1 anos).
- Em 2025, o modelo *Generalized Anxiety Disorder 2-item* (GAD-2) indica o aumento da população com 16 ou mais anos com sintomas de ansiedade generalizada (39,4% face a 32,0% no ano anterior).

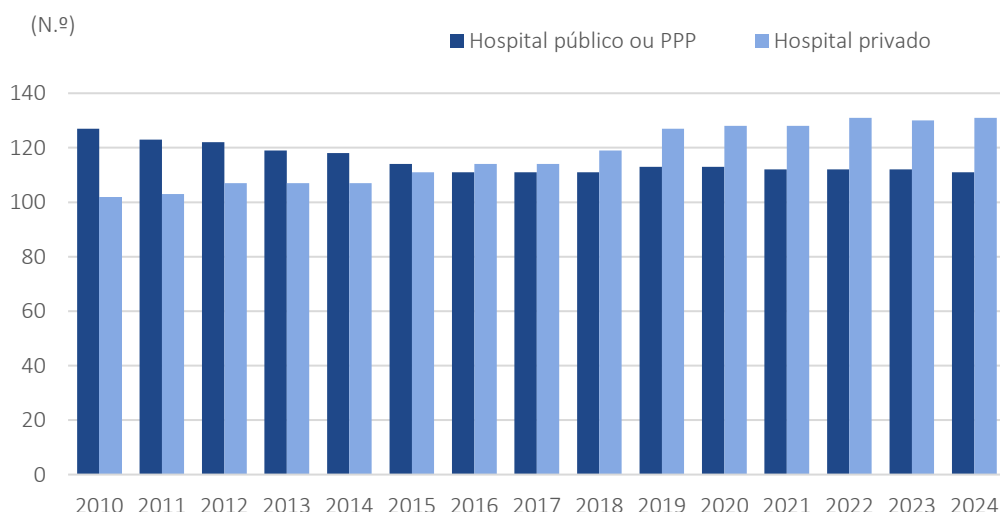
## 1. 35,4 MIL CAMAS DE INTERNAMENTO EM 2024

Em 2024, existiam 242 hospitais em Portugal, 111 dos quais pertencentes aos serviços públicos de saúde. O número de hospitais do setor público em funcionamento tem permanecido relativamente estável desde 2016. O rácio dos hospitais de acesso universal por 100 mil habitantes era de 1,0 em 2024, tal como no ano anterior.

Em 2024, estavam em funcionamento 131 hospitais privados, mais 29 do que em 2010. A predominância numérica dos hospitais privados iniciou-se em 2016 e abrange o Continente e as Regiões Autónomas.

Figura 1

HOSPITAIS SEGUNDO A NATUREZA INSTITUCIONAL, PORTUGAL, 2010-2024



Cerca de 75% dos hospitais existentes em 2024 eram hospitais gerais, ou seja, integravam mais do que uma valência. Entre os 61 hospitais especializados, mantinha-se a predominância da Psiquiatria (23 hospitais).

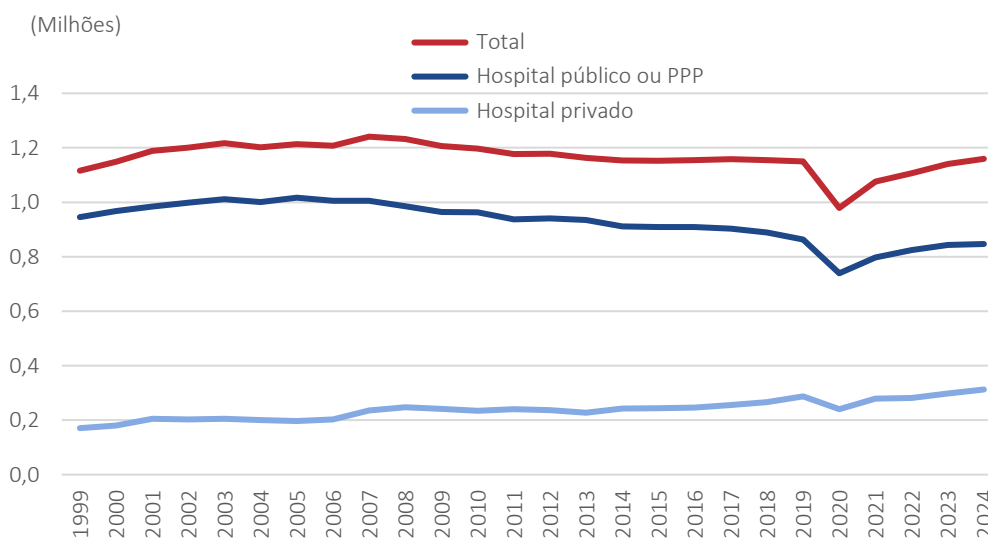
Em 2024, existiam nos hospitais 35,4 mil camas disponíveis e apetrechadas para internamento imediato, mais 91 camas do que em 2023 e o correspondente a 3,3 camas de internamento por 1 000 habitantes. Do total de camas, 68,6% estavam em hospitais públicos ou em parceria público-privada (PPP).

Em relação ao início da série, em 1999, assistiu-se a uma redução no número total de camas de internamento nos hospitais portugueses (menos 2,9 mil camas, o equivalente a menos 7,5%) causada principalmente pela evolução nos hospitais públicos ou em parceria público-privada (menos 5,5 mil camas, o equivalente a menos 18,4%). Em contrapartida, entre 1999 e 2024 registou-se um acréscimo de 2,6 mil camas de internamento nos hospitais privados (mais 30,4%).



Figura 3

## INTERNAMENTOS SEGUNDO A NATUREZA INSTITUCIONAL, PORTUGAL, 1999-2024



No ano de 2024, os doentes permaneceram internados nos hospitais portugueses, em média, 9,1 dias, menos 0,1 dias do que em 2023. Nos hospitais públicos e em parceria público-privada, a estada média situou-se em 9,0 dias (tal como em 2023), enquanto nos hospitais privados o tempo médio de internamento foi de 9,3 dias (9,5 dias em 2023).

### 3. MAIS DE 8 MILHÕES DE ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA DOS HOSPITAIS

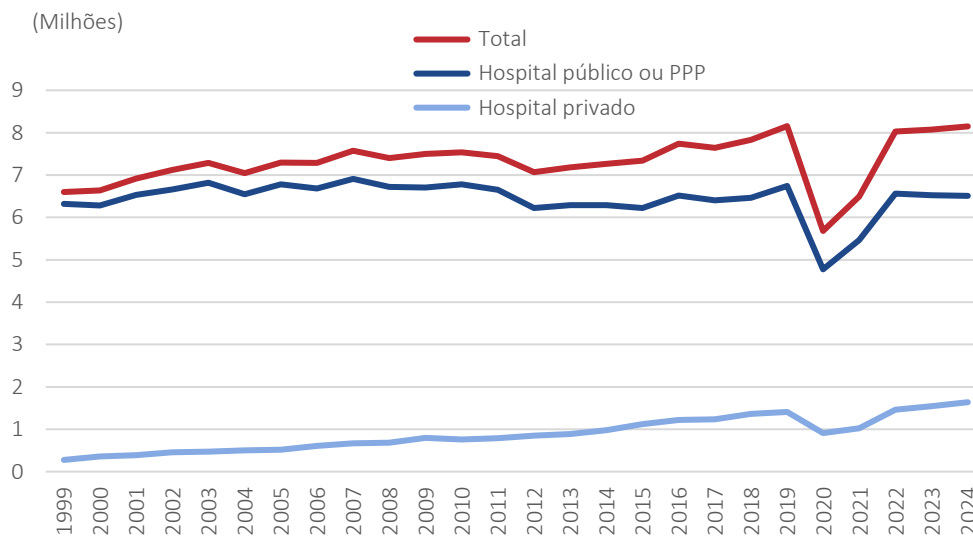
Em 2024, realizaram-se cerca de 8,2 milhões de atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais portugueses, mais 77,5 mil atendimentos do que em 2023 (mais 1,0%). A recuperação observada a partir de 2022 permitiu uma aproximação ao nível anterior a 2020, ano em que os atendimentos realizados na urgência hospitalar diminuíram 30,3% e atingiram o valor mais baixo da série iniciada em 1999.

Nos hospitais do setor público, realizaram-se 6,5 milhões de atendimentos em 2024, o que representa menos 15,0 mil atendimentos comparativamente a 2023 (menos 0,2%). Nos hospitais privados, foram feitos 1,6 milhões de atendimentos em 2024, mais 92,5 mil do que no ano precedente (mais 6,0%) e o número mais elevado desde 1999.

Os hospitais públicos ou em parceria público-privada realizaram 79,9% do total dos atendimentos em serviços de urgência (80,8% em 2023 e 95,8% em 1999) e os hospitais privados 20,1% (19,2% em 2023 e 4,2% em 1999).

Figura 4

## ATENDIMENTOS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA SEGUNDO A NATUREZA INSTITUCIONAL, PORTUGAL, 1999-2024

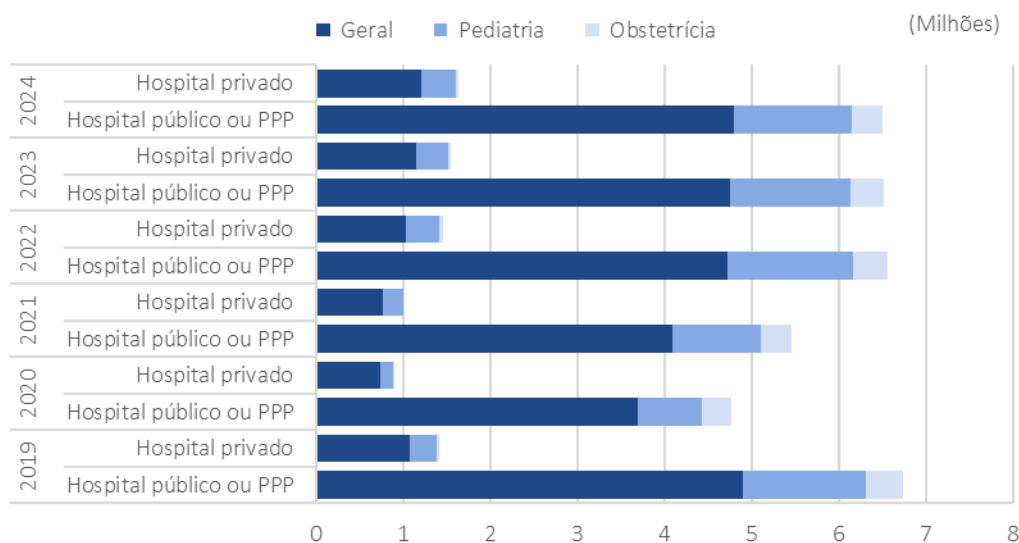


A grande maioria dos atendimentos nos serviços de urgência dos hospitais em 2024 foi assegurada pela urgência geral (73,6%), enquanto a Pediatria e a Obstetrícia asseguraram, respetivamente, 21,5% e 4,8% dos atendimentos.

Em 2024 foram efetuados 6,0 milhões de atendimentos na urgência geral dos hospitais portugueses, o que representa um acréscimo de 1,7% em relação ao ano anterior: mais 98,4 mil atendimentos, dos quais 63,4 mil foram efetuados em hospitais privados e 35,0 mil em hospitais do setor público.

Figura 5

ATENDIMENTOS EM SERVIÇO DE URGÊNCIA SEGUNDO O TIPO DE URGÊNCIA, PORTUGAL, 2019 A 2024

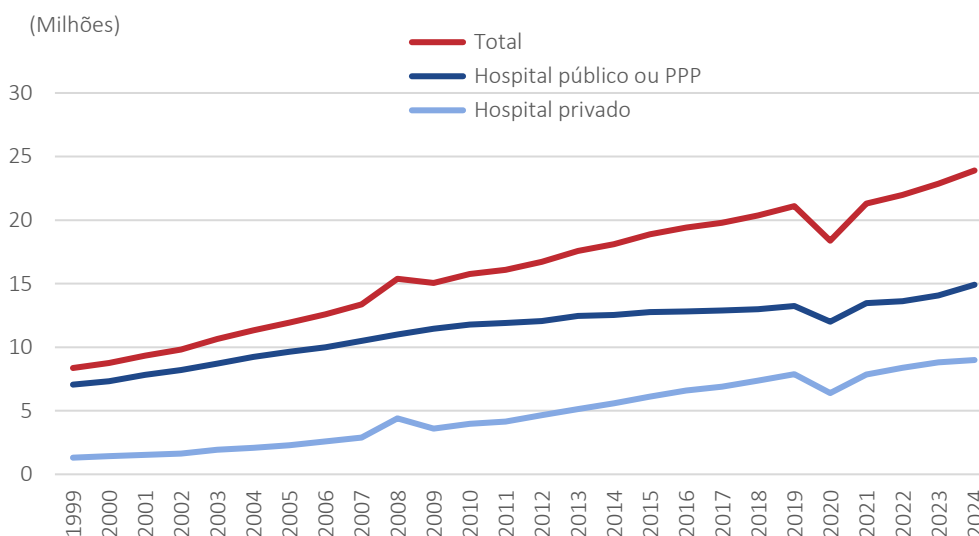


#### 4. O NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS EM MEIO HOSPITALAR ATINGIU NOVO MÁXIMO

Em 2024, foram efetuadas 23,9 milhões de consultas médicas nas unidades de consulta externa dos hospitais portugueses, mais 1,0 milhões de consultas (mais 4,5%) do que no ano anterior. Este reforço nas consultas médicas realizadas em contexto hospitalar permitiu alcançar um novo máximo na série iniciada em 1999.

Em comparação com o ano 2023, os hospitais públicos ou em parceria público-privada realizaram mais 835,6 mil consultas médicas (mais 5,9%), tendo assegurado 62,4% do total de consultas efetuadas nas unidades de consulta externa dos hospitais portugueses (84,4% em 1999). Os hospitais do setor privado efetuaram mais 193,6 mil consultas médicas (mais 2,2%), concentrando 37,6% das consultas médicas realizadas nos hospitais portugueses (15,6% em 1999). Esta é a vertente assistencial em que os hospitais privados possuem a percentagem mais elevada do total.

Figura 6

**CONSULTAS MÉDICAS NA UNIDADE DE CONSULTA EXTERNA DOS HOSPITAIS SEGUNDO A NATUREZA INSTITUCIONAL, PORTUGAL, 1999-2024**


As especialidades com maior número de consultas médicas nas unidades de consulta externa dos hospitais públicos ou em parceria público-privada foram, em 2024, por ordem decrescente, a Oftalmologia, a Ortopedia, a Ginecologia-Obstetrícia, a Cirurgia Geral e a Oncologia Médica. No caso dos hospitais privados, foram as especialidades de Ortopedia, de Oftalmologia, de Ginecologia-Obstetrícia, de Otorrinolaringologia e de Pediatria.

Em relação a 2023, destacam-se os aumentos no número de consultas de Oftalmologia (mais 143,7 mil), de Ginecologia-Obstetrícia (mais 79,4 mil), de Ortopedia (mais 75,6 mil) e de Otorrinolaringologia (mais 65,0 mil). Os hospitais do setor público foram os que mais contribuíram para o aumento verificado nas consultas das especialidades de Oftalmologia e de Ginecologia-Obstetrícia, enquanto os hospitais privados foram os que mais contribuíram para o aumento de atividade nas especialidades de Ortopedia e de Otorrinolaringologia.

Em 2024, foram realizadas 321,9 mil teleconsultas nos hospitais portugueses, mais 67,1 mil do que o ano anterior (mais 26,4%). Este aumento no número global de teleconsultas decorre da realização de mais 60,2 mil teleconsultas por parte dos hospitais do setor público (mais 31,5%) e de mais 6,9 mil teleconsultas por parte dos hospitais privados (mais 10,9%).

## 5. O NOVO MÁXIMO DE CIRURGIAS EM BLOCO OPERATÓRIO, COM 1,3 MILHÕES EM 2024

Nos hospitais portugueses, em 2024, foram realizadas 1,3 milhões de cirurgias em sala operatória, mais 96,7 mil cirurgias do que no ano precedente e o número mais elevado da série iniciada em 1999.

Nos hospitais do setor público foram efetuadas 923,8 mil cirurgias em sala operatória, o que representa um acréscimo de 10,2% em relação ao ano anterior. Nos hospitais privados foram realizadas 332,9 mil cirurgias desta natureza, o que representa um acréscimo de 3,6%.

As especialidades de Oftalmologia, de Cirurgia Geral e de Ortopedia foram as que registaram os maiores aumentos no número de cirurgias realizadas em bloco operatório, tendo conjuntamente assegurado mais 59,8 mil cirurgias (61,8% do aumento verificado entre 2023 e 2024 no total de cirurgias). Os hospitais do setor público foram os que mais contribuíram para o reforço de atividade nessas três especialidades.

Do total de cirurgias em bloco operatório realizadas em 2024, 73,5% tiveram lugar em hospitais públicos ou em parceria público-privada, das quais 88,2% foram programadas, ou seja, resultaram de admissões com marcação prévia. No caso dos hospitais privados, as cirurgias programadas tiveram um peso maior, representando 95,7% do total.

Em 2024, foram efetuadas 188,7 mil pequenas cirurgias nos hospitais portugueses, 117,4 mil das quais (62,2%) realizadas em hospitais do setor público. O número total de pequenas cirurgias realizadas em 2024 aumentou em relação ao ano anterior (mais 6,7 mil pequenas cirurgias, o correspondente a mais 3,7%).

## 6. MAIS DE 230 MILHÕES DE ATOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E/OU TERAPÊUTICA REALIZADOS PELOS HOSPITAIS

Em 2024, realizaram-se 230,2 milhões de atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica nos hospitais portugueses, isto é, exames necessários para um diagnóstico (análises laboratoriais, exames imagiológicos, endoscopias, biópsias e outros) ou atos destinados à prestação de cuidados curativos após o diagnóstico e a prescrição terapêutica (fisioterapia, radioterapia, litotricia, imunohemoterapia e outros).

Aquele número reflete um aumento de 19,9 milhões de atos complementares (mais 9,5%) em relação a 2023 e constitui o máximo observado no período de 1999 a 2024.

Os três principais atos complementares realizados nos hospitais registaram aumentos em 2024. No total, foram efetuadas 152,9 milhões de análises clínicas, 19,0 milhões de atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e 15,1 milhões de exames de Radiologia. Estes valores significam mais 15,1 milhões de análises clínicas, mais 888,6 mil atos complementares de Medicina Física e Reabilitação e mais 1,1 milhões de exames de Radiologia em relação a 2023.

85,1% destes exames ou cuidados curativos foram realizados em hospitais públicos ou em parceria público-privada (94,5% em 1999), enquanto os hospitais privados foram responsáveis pelos restantes 14,9% atos complementares de diagnóstico e/ou terapêutica realizados no país (5,5% em 1999).

## 7. O NÚMERO DE MEDICAMENTOS (MARCAS) EXISTENTES NO MERCADO FARMACÊUTICO AUMENTOU EM 2024

Em 2024, estavam em atividade em Portugal 2 921 farmácias e 202 postos farmacêuticos móveis, mais uma farmácia do que no ano anterior e mais quatro postos farmacêuticos móveis. O número médio de estabelecimentos farmacêuticos era 29 por 100 mil habitantes.

Ainda em 2024, existiam no mercado farmacêutico 9 063 medicamentos (marcas), a que correspondiam 49 555 apresentações farmacêuticas. Entre 2023 e 2024, o número de medicamentos (marcas) aumentou de 9 023 para 9 063 e o número de apresentações aumentou de 49 044 para 49 555.

Em 2024, 40% dos medicamentos (marcas) e 17,9% das apresentações existentes foram comparticipados. Em termos de grupos farmacoterapêuticos, quase 60% das apresentações comparticipadas em 2024 respeitavam ao sistema nervoso central (31,6%) e ao aparelho cardiovascular (28,0%).

## 8. MAIS DE METADE DA DESPESA CORRENTE EM SAÚDE FOI FINANCIADA PELO SNS E PELOS SRS

Entre 2022 e 2024, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e os Serviços Regionais de Saúde das Regiões Autónomas (SRS), em conjunto, foram os principais agentes financiadores da despesa corrente em saúde, suportando, em média, 54,9% do total. Nesses anos, em média, 28,9% da despesa corrente foi suportada diretamente pelas famílias.

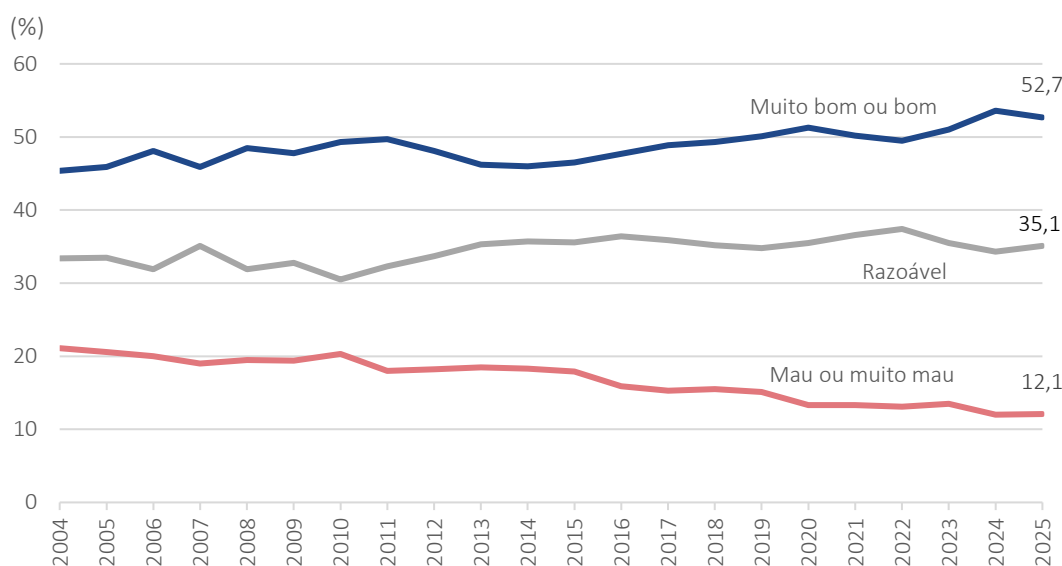
Em termos estruturais, entre 2022 e 2024 destaca-se a diminuição do peso relativo da despesa das famílias (28,2% da despesa corrente em 2024, menos 0,9 p.p. do que em 2022) e o aumento de 1,0 p.p. do peso relativo da despesa das sociedades de seguros.

## 9. A MAIORIA AVALIA O ESTADO DE SAÚDE COMO MUITO BOM OU BOM

Em 2025, e de acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), 52,7% da população com 16 ou mais anos avaliava o seu estado de saúde como muito bom ou bom, um valor mais baixo do que no ano anterior (53,6% em 2024), mas ainda assim superior ao verificado nos três primeiros anos desta década (entre os 49,5% e os 51,0%). Por outro lado, a proporção de pessoas que avaliava negativamente o seu estado de saúde (12,1%) em 2025 registou um valor próximo ao registado no ano anterior (12,0% em 2024), inferior ao registado de 2021 a 2023 (entre os 13,1% e os 13,5%) e, sobretudo, bastante mais baixo do que os resultados obtidos entre 2004 e 2015.

Figura 7

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM 16 OU MAIS ANOS POR AUTOAPRECIÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE, PORTUGAL, 2004-2025



## 10. MULHERES E IDOSOS COM MAIOR PREVALÊNCIA DE DOENÇA CRÓNICA E DE LIMITAÇÕES NA REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DEVIDO A PROBLEMAS DE SAÚDE

Os resultados para 2025 confirmam uma avaliação positiva do estado de saúde mais frequente nos homens (56,5%) do que nas mulheres (49,3%) e substancialmente mais elevada na população dos 16 aos 64 anos (66,0%) comparativamente à população com 65 ou mais anos (19,1%).

Também o auto reporte de doença crónica ou problema de saúde prolongado registava uma proporção mais elevada nas mulheres (47,6%) do que nos homens (40,2%) e afetava muito mais a população idosa: 69,7% da população com 65 ou mais anos por comparação com 33,9% da população com menos de 65 anos.

No mesmo período, 23,8% da população com 16 ou mais anos indicava sentir-se limitada na realização de atividades consideradas habituais para a generalidade das pessoas devido a problemas de saúde: 19,0% referiam sentir-se limitados, mas não severamente, enquanto 4,8% referiam limitação severa. À semelhança dos dois indicadores anteriores, as mulheres e a população idosa referiram com maior frequência alguma limitação na realização de atividades (no primeiro caso, 27,2% em relação a 19,9% dos homens, e, no segundo caso, 47,5%, em relação a 14,4% para a população não idosa), sendo a diferença etária mais evidente quando existem limitações severas: 11,4% nas pessoas com 65 ou mais anos e 2,1% nas pessoas com menos de 65 anos.

Figura 8

INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE SEGUNDO A AVALIAÇÃO DO PRÓPRIO, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2025

unidade: %

	Autoapreciação do estado de saúde		Morbilidade crónica	Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde		
	Bom ou muito bom	Mau ou muito mau	Com doença ou problema de saúde	Sem limitação	Com limitação não severa	Com limitação severa
<b>Total</b>	52,7	12,1	44,1	76,2	19,0	4,8
16-64 anos	66,0	5,8	33,9	85,6	12,2	2,1
65 ou mais anos	19,1	28,1	69,7	52,5	36,2	11,4
<b>Homens</b>	56,5	10,2	40,2	80,1	15,7	4,2
16-64 anos	68,8	5,2	30,9	87,6	10,2	2,1
65 ou mais anos	21,6	24,6	66,6	58,5	31,5	10,1
<b>Mulheres</b>	49,3	13,9	47,6	72,8	22,0	5,3
16-64 anos	63,4	6,5	36,8	83,7	14,2	2,1
65 ou mais anos	17,2	30,7	72,1	47,9	39,7	12,3

Em 2025, a proporção de pessoas com uma perceção boa ou muito boa do seu estado de saúde (60,8%) era mais elevada na região da Grande Lisboa e a mais baixa na região Centro (44,8%), que, a par da região Oeste e Vale do Tejo, registavam as proporções mais elevadas de avaliações negativas do estado de saúde (15,5% e 15,6%, respetivamente).

Figura 9

INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE SEGUNDO A AVALIAÇÃO DO PRÓPRIO, NUTS II, 2025

unidade: %

	Autoapreciação do estado de saúde		Morbilidade crónica	Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde		
	Bom ou muito bom	Mau ou muito mau	Com doença ou problema de saúde	Sem limitação	Com limitação não severa	Com limitação severa
<b>Portugal</b>	52,7	12,1	44,1	76,2	19,0	4,8
Norte	51,9	12,3	45,2	76,1	19,4	4,5
Centro	44,8	15,5	46,8	73,1	20,9	6,0
Oeste e Vale do Tejo	47,9	15,6	46,7	71,6	22,2	6,3
Grande Lisboa	60,8	8,8	42,1	80,6	15,6	3,8
Península de Setúbal	55,4	10,9	40,3	77,6	18,2	4,2
Alentejo	53,2	12,5	41,0	75,2	20,3	4,5
Algarve	56,3	10,7	38,5	77,9	17,4	4,7
R. A. Açores	56,4	10,1	43,2	75,8	19,6	4,5
R. A. Madeira	48,1	11,8	47,5	73,3	21,5	5,2

As maiores proporções de residentes com alguma limitação na realização de atividades devido a um problema de saúde (28,5%) e com limitação severa (6,3%) foram registadas na região Oeste e Vale do Tejo, e as mais baixas na região da Grande Lisboa (19,4% com alguma limitação e 3,8% com limitação severa).

A proporção de residentes que referiram a existência de doença crónica ou problema de saúde prolongado foi mais elevada na Região Autónoma da Madeira (47,5%) e nas regiões Centro (46,8%), Oeste e Vale do Tejo (46,7%) e Norte (45,2%). As restantes regiões registavam valores abaixo da média nacional (44,1%), das quais se destaca a região do Algarve com o valor mais baixo (38,5%) e o único inferior a 40%.

## 11. ESPERANÇA DE VIDA COM SAÚDE É MENOR PARA AS MULHERES

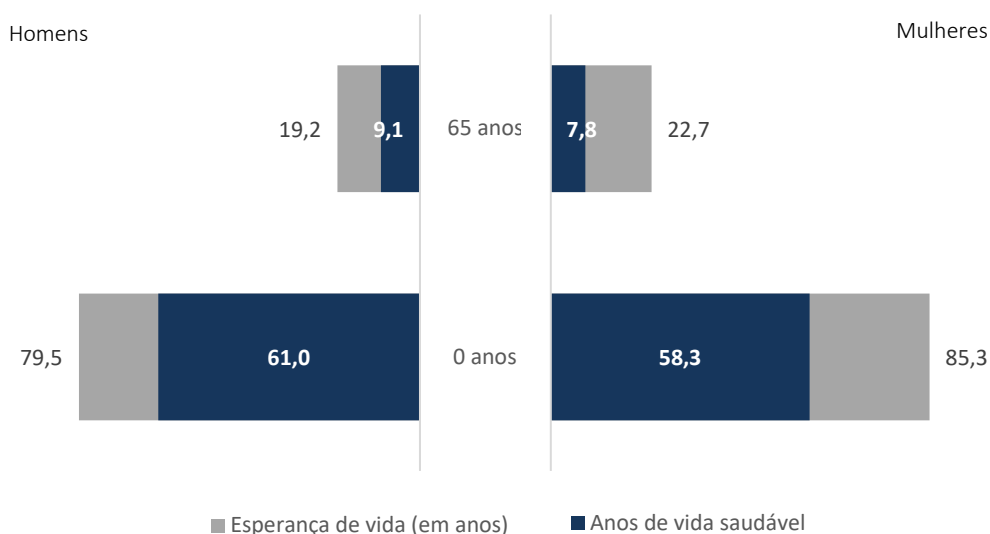
Os resultados do indicador relativo à existência de limitação na realização das atividades habituais são normalmente considerados como uma estimativa da proporção de pessoas com incapacidade e, nessa medida, integrados no cálculo do indicador “Anos de vida saudável”, que permite avaliar se o aumento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

Em 2023, a esperança média de vida à nascença em Portugal foi estimada em 85,3 anos para as mulheres e 79,5 anos para os homens. A estimativa de anos de vida saudável à nascença era mais baixa para as mulheres (58,3 anos) do que para os homens (61,0 anos).

No mesmo ano, a esperança de vida aos 65 anos era de 22,7 anos para as mulheres e 19,2 anos para os homens. O ajustamento relativo às limitações devido a problemas de saúde faz diminuir em quase 13 anos a expectativa de uma vida saudável para a população em geral, sendo esta expectativa mais penalizadora para as mulheres (7,8 anos) do que para os homens (9,1 anos).

Figura 10

ESPERANÇA DE VIDA E ANOS DE VIDA SAUDÁVEL À NASCENÇA E AOS 65 ANOS, POR SEXO, PORTUGAL, 2023



## 12. EM PORTUGAL, AS MULHERES VIVEM MENOS 5 ANOS SEM LIMITAÇÕES DO QUE A MÉDIA EUROPEIA

Em 2023, a esperança de vida com saúde à nascença em Portugal era de 61,0 anos para os homens, menos 1,8 anos do que a média europeia (62,8 anos). No caso das mulheres, a diferença era mais penalizadora: menos 5,0 anos do que a média europeia (58,3 em Portugal e 63,3 anos na UE-27).

Portugal era também em 2023 um dos dez Estados-membros em que a diferença de anos de vida sem limitações à nascença entre um bebé do sexo masculino era superior à de um bebé do sexo feminino, tendo registado a segunda maior diferença (2,7 anos), apenas ultrapassada pelos 3,1 anos registados nos Países Baixos.

No mesmo ano, e considerando a esperança de anos de vida saudável aos 65 anos, Portugal posicionava-se próximo da média europeia no que se refere à população masculina (9,1 anos em Portugal e 9,2 anos na UE-27), mas mais afastado no que se refere às mulheres, com uma diferença de menos 1,8 anos (7,8 anos em Portugal e 9,6 na UE-27).

Portugal era o 7.º país da União Europeia com a esperança de vida com saúde aos 65 anos mais baixa para as mulheres e aquele que registava a maior diferença entre ambos os sexos (1,3 anos em favor dos homens), que compara com mais 0,4 anos para as mulheres em relação aos homens na média dos países da UE-27.

Figura 11

## ANOS DE VIDA SAUDÁVEL À NASCENÇA E AOS 65 ANOS, POR SEXO, UE-27, 2023

à nascença				aos 65 anos			
	Homens	Mulheres	Diferença (M-H)		Homens	Mulheres	Diferença (M-H)
Bulgária	66,3	71,0	4,7	Eslovénia	10,6	12,4	1,8
Eslovénia	64,6	68,8	4,2	Bulgária	10,4	12,0	1,6
Lituânia	58,9	62,9	4,0	França	10,5	12,0	1,5
Estónia	56,5	59,6	3,1	Estónia	6,9	8,1	1,2
Letónia	51,2	54,3	3,1	Polónia	8,2	9,1	0,9
Polónia	61,7	64,4	2,7	Dinamarca	9,5	10,3	0,8
Hungria	62,5	64,6	2,1	Suécia	13,5	14,3	0,8
Croácia	60,4	62,4	2,0	Hungria	7,1	7,8	0,7
Eslováquia	56,8	58,2	1,4	Eslováquia	4,6	5,2	0,6
Chipre	64,4	65,7	1,3	Alemanha	8,4	9,0	0,6
Grécia	66,0	67,3	1,3	Lituânia	7,0	7,6	0,6
Chéquia	61,5	62,6	1,1	Finlândia	9,2	9,7	0,5
Itália	68,5	69,6	1,1	Letónia	4,5	5,0	0,5
Alemanha	62,1	63,0	0,9	<b>UE-27</b>	<b>9,2</b>	<b>9,6</b>	<b>0,4</b>
França	63,5	64,1	0,6	Chéquia	7,4	7,8	0,4
<b>UE-27</b>	<b>62,8</b>	<b>63,3</b>	<b>0,5</b>	Bélgica	11,3	11,7	0,4
Áustria	60,3	60,5	0,2	Chipre	8,5	8,8	0,3
Irlanda	66,0	66,2	0,2	Irlanda	11,6	11,9	0,3
Roménia	59,4	58,9	-0,5	Grécia	8,1	8,3	0,2
Espanha	62,4	61,8	-0,6	Luxemburgo(*)	9,7	9,8	0,1
Malta	71,7	71,1	-0,6	Áustria	9,3	9,4	0,1
Bélgica	64,4	63,5	-0,9	Espanha	10,3	10,2	-0,1
Luxemburgo(*)	60,7	59,4	-1,3	Croácia	6,1	5,9	-0,2
Dinamarca	57,0	55,4	-1,6	Países Baixos	9,2	9,0	-0,2
Finlândia	58,1	55,9	-2,2	Itália	11,0	10,7	-0,3
Suécia	67,2	65,0	-2,2	Roménia	4,3	3,8	-0,5
<b>Portugal</b>	<b>61,0</b>	<b>58,3</b>	<b>-2,7</b>	Malta	13,1	12,0	-1,1
Países Baixos	60,6	57,5	-3,1	<b>Portugal</b>	<b>9,1</b>	<b>7,8</b>	<b>-1,3</b>

Nota: (\*) Dados de 2022

## 13. AUMENTO SIGNIFICATIVO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM SINTOMAS DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Em 2025, 39,4% da população com 16 ou mais anos teria sintomas de ansiedade generalizada, o que corresponde a um score de 3 ou mais pontos, de acordo com o modelo *Generalized Anxiety Disorder 2-item (GAD-2)*<sup>1</sup>, e 11,3% revelava níveis de ansiedade mais graves, correspondentes a um score de 6 pontos (score máximo para o modelo

<sup>1</sup> Versão simplificada do modelo GAD-7 (ver Nota técnica).

adotado). Estes resultados refletem um aumento significativo da proporção da população afetada por sintomas de ansiedade generalizada (mais 7,4 p.p. em relação aos 32,0% registados no ano anterior).

Esta condição afetava mais as mulheres do que os homens: 46,2% das mulheres e 31,2% dos homens, considerando o indicador com o score de 3 ou mais pontos, disparidade que se acentuava no caso dos níveis de ansiedade mais graves, que atingiam 14,6% de mulheres e 7,2% de homens.

O indicador global de transtorno de ansiedade generalizada era também mais elevado no caso da população idosa (mais 3,0 p.p., considerando o indicador global de transtorno de ansiedade generalizada, e mais 3,5 p.p. considerando o critério de maior severidade).

Figura 12

PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO COM 16 OU MAIS ANOS COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA (GAD-2), POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL, 2025

unidade: %

	Transtorno de ansiedade generalizada (GAD-2)		
	Sem sintoma (score <3)	Com sintoma	
		Score ≥ 3	dos quais, score = 6
<b>Total</b>	60,6	39,4	11,3
16-64 anos	61,6	38,4	10,1
65 ou mais anos	58,6	41,4	13,6
<b>Homens</b>	68,8	31,2	7,2
16-64 anos	69,7	30,3	6,8
65 ou mais anos	67,0	33,0	8,3
<b>Mulheres</b>	53,8	46,2	14,6
16-64 anos	54,6	45,4	13,1
65 ou mais anos	52,2	47,8	17,6

#### 14. A PREVALÊNCIA DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM PORTUGAL DIMINUIU EM 2025

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento permite ainda aferir a prevalência da insegurança alimentar na população, recorrendo a um indicador baseado na escala da insegurança alimentar (FIES)<sup>2</sup> que contribui para a monitorização do progresso no acesso a alimentos suficientes, seguros e nutritivos pela população.

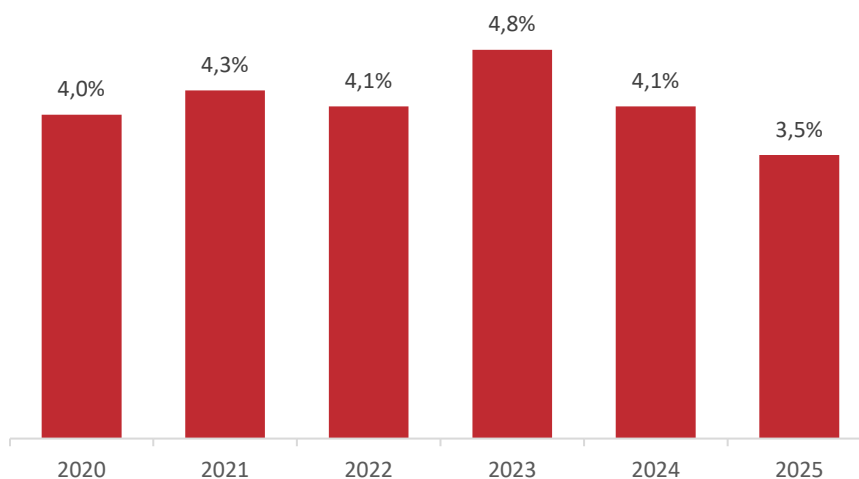
Em 2025, a proporção da população residente em Portugal que se encontrava em situação de insegurança alimentar moderada ou grave, ou seja, com uma dieta alimentar de baixa qualidade ou com redução da quantidade de alimentos algumas vezes durante o ano era de 3,5%, registando-se o valor mais baixo desde 2020.

<sup>2</sup> Food Insecurity Experience Scale (ver Nota técnica).

A insuficiência alimentar grave, ou seja, a situação em que as pessoas passam vários dias sem se alimentarem devido à falta de recursos, financeiros ou outros, para obter alimentos afetava cerca de 0,4% da população em 2025.

Figura 13

TAXA DE PREVALÊNCIA DA INSEGURANÇA ALIMENTAR MODERADA OU GRAVE DA POPULAÇÃO RESIDENTE, PORTUGAL, 2020-2025



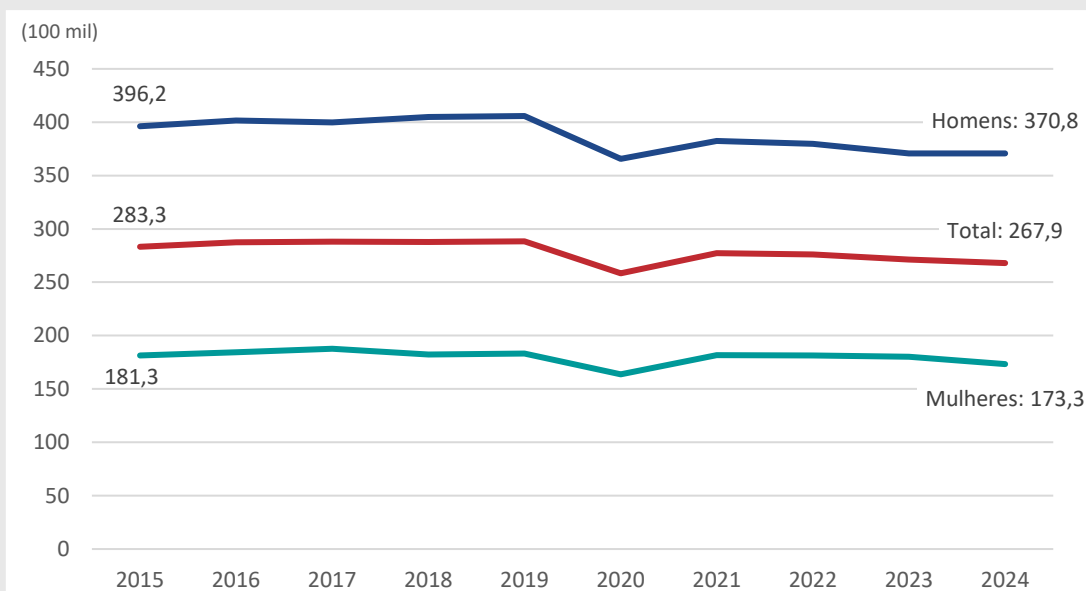
## Caixa | As mortes por acidentes rodoviários afetam relativamente mais os jovens e os idosos

O número de mortes de residentes em Portugal devido a **acidentes rodoviários** em 2024 foi de 6,0 por 100 mil habitantes (6,7 no ano anterior), mais elevado para os homens do que para as mulheres (9,9 e 2,3, respetivamente). As taxas de mortalidade aumentam significativamente a partir do grupo etário dos 15 aos 24 anos, com uma taxa de 8,3 óbitos por 100 mil pessoas em 2024, destacando-se ainda as registadas para os grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 75 ou mais anos: 7,7 em ambos os casos. Em 2024, a taxa de mortalidade por acidentes rodoviários mais elevada foi registada na região do Alentejo (11,8).

Em 2024, a taxa de mortalidade por **doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crónicas respiratórias** entre os 30 e os 70 anos foi de 267,9 pessoas por 100 mil habitantes, inferior ao registado no ano anterior (271,3 no ano anterior) e em 2015 (283,3). A taxa de mortalidade dos homens atribuída ao conjunto das quatro doenças em análise tem sido, nas últimas duas décadas, cerca de 2 vezes a das mulheres: em 2024, foi de 370,8 para os homens e de 173,3 para as mulheres.

Figura 14

TAXA DE MORTALIDADE (30 A 70 ANOS) ATRIBUÍDA A DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, TUMORES MALIGNOS, DIABETES MELLITUS E DOENÇAS CRÓNICAS RESPIRATÓRIAS POR 100 000 HABITANTES, POR SEXO, PORTUGAL, 2015-2025



A **taxa de mortalidade por suicídio** foi, em 2024, de 9,0 por 100 mil habitantes, registando uma redução em relação ao ano anterior (9,8). Nos últimos 20 anos, a taxa de mortalidade por suicídio tem sido persistentemente superior nos homens: entre 3 a 4 vezes a das mulheres (em 2024, 14,2 em relação a 4,3 no sexo feminino). Desde 2015, as taxas mais elevadas têm sido registadas no Alentejo, no Algarve e na Região Autónoma dos Açores. Em



DIIISTAQU

INFORMAÇÃO À  
COMUNICAÇÃO SOCIAL

2024, a taxa de mortalidade por suicídio mais elevada foi registada no Alentejo (17,3), seguindo-se o Algarve (12,9) e a Região Autónoma dos Açores (12,0).

**A taxa de mortalidade devido a fontes de água insalubre ou a condições de saneamento e higiene deficientes ou inexistentes foi de 4,0 por 100 mil habitantes em 2024, o que traduz uma diminuição em relação a 2023 (4,9).**

## NOTA TÉCNICA

### Inquérito aos Hospitais

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

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

### Farmácias e medicamentos

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

### Conta Satélite da Saúde

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

### Inquérito às Condições de Vida e Rendimento

O Inquérito às Condições de Vida e Rendimento é uma operação estatística realizada anualmente junto de uma amostra representativa das famílias residentes em Portugal, cujo âmbito abrange a valorização das várias fontes de rendimento dos agregados familiares, a sua caracterização socioeconómica e ainda um conjunto extenso de variáveis relativas às condições de vida, de que se destacam neste caso as relativas à saúde. A sua realização permite a divulgação anual dos indicadores estatísticos sobre taxa de risco de pobreza e desigualdade na

distribuição dos rendimentos e sobre privação material e habitacional, sendo também a fonte de dados para a atualização anual dos indicadores de base populacional sobre o estado de saúde e para o cálculo dos indicadores relativos à esperança de vida com saúde (anos de vida saudável). Neste âmbito, o inquérito integra o programa harmonizado de estatísticas europeias sobre o rendimento e condições de vida dos agregados domésticos privados, EU-SILC.

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

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

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

## ALGUNS CONCEITOS

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

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

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

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

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

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

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

**Cirurgia programada:** Cirurgia decorrente de admissão programada.

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

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

**Consulta médica:** Consulta realizada por um médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Hospital geral:** Hospital que integra diversas valências.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## INDICADORES

Com a divulgação destes resultados, o INE atualiza em [www.ine.pt](http://www.ine.pt) o seguinte conjunto de indicadores:

### Hospitais

[Hospitais \(N.º\) por Localização geográfica \(NUTS - 2024\) e Natureza institucional; Anual](#)

[Hospitais \(N.º\) por Localização geográfica \(NUTS - 2024\) e Modalidade; Anual](#)

[Camas \(N.º\) dos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\) e Modalidade; Anual](#)

[Internamentos \(N.º\) nos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\); Anual](#)

[Período de internamento \(Dia\) nos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\); Anual](#)

[Atendimentos em serviço de urgência \(N.º\) nos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\); Anual](#)

[Consultas médicas na unidade de consulta externa \(N.º\) dos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\) e Especialidade da consulta; Anual](#)

[Cirurgias \(exceto pequenas cirurgias\) por dia \(N.º\) nos hospitais por Localização geográfica \(NUTS - 2024\); Anual](#)

### Farmácias

[Farmácias e postos farmacêuticos móveis \(N.º\) por Localização geográfica \(NUTS - 2024\) e Tipo de unidade local de farmácia; Anual](#)

[Farmácias e postos farmacêuticos móveis por 1000 habitantes \(N.º\) por Localização geográfica \(NUTS - 2024\); Anual](#)

### Estado de saúde

[Distribuição da população residente com 16 e mais anos de idade \(%\) por Sexo, Grupo etário e Autoapreciação do estado de saúde; Anual](#)

[Distribuição da população residente com 16 e mais anos de idade \(%\) por Local de residência \(NUTS - 2024\) e Autoapreciação do estado de saúde; Anual](#)

[Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado \(%\) por Sexo e Grupo etário; Anual](#)

[Proporção da população residente com 16 e mais anos de idade que referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado \(%\) por Local de residência \(NUTS - 2024\); Anual](#)

[Distribuição da população residente com 16 e mais anos de idade \(%\) por Sexo, Grupo etário e Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde; Anual](#)



DIIISTAQU

INFORMAÇÃO À  
COMUNICAÇÃO SOCIAL

[Distribuição da população residente com 16 e mais anos de idade \(%\) por Local de residência \(NUTS - 2024\) e Limitação na realização de atividades devido a problema de saúde; Anual](#)

[Anos de vida saudável à nascença \(Ano\) por Sexo; Anual](#)

[Anos de vida saudável aos 65 anos \(Ano\) por Sexo; Anual](#)

[Taxa de prevalência da insegurança alimentar moderada ou severa \(%\) da população residente; Anual](#)

#### Mortalidade por causas de morte

[Taxa de mortalidade por acidentes rodoviários por 100 000 habitantes \(N.º\) por Local de residência \(NUTS - 2024\), Sexo e Grupo etário; Anual](#)

[Taxa de mortalidade \(30 a 70 anos\) atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crónicas respiratórias por 100 000 habitantes \(N.º\) por Sexo; Anual](#)

[Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente \(suicídio\) por 100 000 habitantes \(N.º\) por Local de residência \(NUTS - 2024\), Sexo e Grupo etário; Anual](#)

[Taxa de mortalidade devido a fontes de água insalubre ou a condições de saneamento e higiene deficientes ou inexistentes por 100 000 habitantes \(N.º\) por Sexo e Grupo etário; Anual](#)