

Estudo PaRIS Portugal

Dar voz aos utentes
2026

Estudo PaRIS Portugal

Dar voz aos utentes

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Estudo PaRIS Portugal: Dar voz aos utentes
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2026.
ISBN: 978-972-675-395-7

PALAVRAS-CHAVE

Estudo PaRIS, cuidados de saúde primários, PROM, PREM, doenças crónicas, cuidados centrados na pessoa

EQUIPA DO PROJETO PaRIS (por ordem alfabética)

Ana Sottomayor, André Peralta Santos (Coordenador), Carla Pereira, Débora Miranda, João Sardo Bola, João Vitor Rocha, Joana Seringa, José Diniz, Maria Manuel Dantas, Leticia Senna, Natália Pereira, Paulo Boto, Paulo Sousa, Pedro Pinto Leite, Sofia Crisóstomo, Soraia Silva.

GRUPO CONSULTIVO (por ordem alfabética)

Associação dos Profissionais do Serviço Social, Associação Nacional das Farmácias, Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar, Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, Conselho Nacional de Saúde, Entidade Reguladora da Saúde, Grupo de apoio técnico à implementação das políticas de saúde, Instituto Nacional de Estatística, Instituto Português do Sangue e da Transplantação, Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, Liga Portuguesa Contra o Cancro, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Fisioterapeutas, Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Ordem dos Nutricionistas, Ordem dos Psicólogos Portugueses, Plataforma Saúde em Diálogo, RD-Portugal - União das Associações das Doenças Raras de Portugal.
Marisa Miraldo (Imperial College London), Pedro Magalhães (Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa).

AUTORES

André Peralta Santos
Sofia Crisóstomo
Leticia Senna
Soraia Silva

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

EDIÇÃO (por ordem alfabética)

André Peralta Santos, Rita Sá Machado

Lisboa, abril, 2026

Índice

Lista de Siglas e Abreviaturas.....	8
Mensagem da Diretora-Geral da Saúde.....	9
Mensagem do coordenador.....	10
Sumário executivo.....	11
Introdução.....	12
O estudo PaRIS.....	14
1. Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS.....	16
2. Implementação do estudo em Portugal.....	19
2.1. Coordenação e Equipa Nacional.....	19
2.2. Grupo Consultivo.....	19
2.3. Desenho amostral.....	19
2.4. Recrutamento e recolha de dados.....	20
3. Análise nacional.....	22
3.1. Questões de investigação.....	22
3.2. Caracterização da amostra.....	22
3.3. População-padrão.....	25
3.4. Análise estatística.....	25
Resultados nacionais.....	27
1. Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS.....	28
1.1. Retrato nacional: Portugal.....	28
1.2. Portugal no contexto internacional: comparação com outros países.....	30
1.3. Análise por indicador.....	32
1.3.1. PROMs.....	32
1.3.1.1. Saúde física.....	32
1.3.1.2. Saúde mental.....	33
1.3.1.3. Funcionamento social.....	34
1.3.1.4. Bem-estar.....	34
1.3.1.5. Saúde geral.....	35
1.3.2. PREMs.....	36
1.3.2.1. Confiança na gestão da própria saúde.....	36
1.3.2.2. Experiência da coordenação dos cuidados.....	36
1.3.2.3. Cuidados centrados na pessoa.....	37
1.3.2.4. Experiência da qualidade dos cuidados.....	38
1.3.2.5. Confiança no sistema de saúde.....	39

2. Viver com doença crónica.....	40
2.1. Resultados em saúde e experiências com os cuidados de saúde.....	42
2.2. Experiência da coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa.....	44
3. Desigualdades de género e sociodemográficas.....	49
3.1. Género.....	49
3.2. Idade.....	51
3.3. Nível de escolaridade.....	53
3.4. Privação económica.....	54
4. Saúde digital.....	60
4.1. Registo de saúde eletrónico.....	60
4.2. Serviços <i>online</i>	61
4.2.1. <i>Website</i>	61
4.2.2. Outros serviços <i>online</i>	64
4.3. Utilização da <i>internet</i> para fins de saúde.....	68
5. Prestadores de cuidados de saúde primários.....	69
5.1. Caracterização organizacional.....	69
5.2. Incentivos institucionais e remuneração.....	69
5.3. Serviços oferecidos.....	70
5.4. Planeamento do tempo das consultas.....	72
5.5. Organização, gestão e acesso aos registos clínicos.....	73
5.6. Informatização de atividades, relatórios e indicadores.....	73
5.7. Cuidados a utentes com doenças crónicas.....	75
5.8. Coordenação de cuidados.....	75
5.9. Plano de cuidados.....	76
5.10. Apoio à autogestão da saúde.....	78
5.11. Cartas de referenciação.....	79
Discussão.....	81
1. Principais resultados e suas implicações.....	82
2. Limitações do estudo.....	87
Conclusões e recomendações.....	88
Referências bibliográficas.....	91
Anexo 1. Grupo Consultivo.....	93
Anexo 2. Indicadores-chave do estudo PaRIS: amostra total.....	94
Anexo 3. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas sem doença crónica.....	95
Anexo 4. Estudo PaRIS: pessoas com e sem doença crónica.....	96
Anexo 5. Estudo PaRIS: dados e métodos.....	118

Índice de figuras e quadros

Figura 1. Distribuição dos utentes e unidades de CSP por região.....	23
Figura 2. Distribuição dos utentes por género.....	23
Figura 3. Distribuição dos utentes por grupo etário	24
Figura 4. Distribuição dos utentes por nível de escolaridade	24
Figura 5. Indicadores-chave do estudo PaRIS: Portugal e outros países participantes.....	30
Figura 6. Saúde física: pessoas com doença crónica.....	33
Figura 7. Saúde mental: pessoas com doença crónica.....	33
Figura 8. Funcionamento social: pessoas com doença crónica.....	34
Figura 9. Bem-estar: pessoas com doença crónica	35
Figura 10. Saúde geral: pessoas com doença crónica.....	35
Figura 11. Confiança na gestão da própria saúde: pessoas com doença crónica	36
Figura 12. Experiência da coordenação dos cuidados: pessoas com doença crónica	37
Figura 13. Cuidados centrados na pessoa: pessoas com doença crónica.....	38
Figura 14. Experiência da qualidade dos cuidados: pessoas com doença crónica.....	38
Figura 15. Confiança no sistema de saúde: pessoas com doença crónica.....	39
Figura 16. Distribuição dos utentes por número de doenças crónicas autorreportadas	40
Figura 17. Doenças crónicas autorreportadas pelos utentes.....	40
Figura 18. Distribuição das pessoas com doença crónica por número de doenças autorreportadas e região	41
Figura 19. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas com e sem doença crónica.....	43
Figura 20. Experiência da coordenação dos cuidados e decisões sobre cuidados de saúde	44
Figura 21. Experiência da coordenação dos cuidados e profissionais de saúde	45
Figura 22. Experiência da coordenação dos cuidados e dificuldades de deslocação à unidade de saúde.....	45
Figura 23. Experiência da coordenação dos cuidados e oferta de serviços online na unidade de saúde	46
Figura 24. Cuidados centrados nas pessoas e resultados em saúde.....	47
Figura 25. Cuidados centrados na pessoa e revisão de medicação	48
Figura 26. Cuidados centrados na pessoa e plano de cuidados de saúde.....	48
Figura 27. Doenças crónicas autorreportadas por homens e mulheres com doenças crónicas.....	49
Figura 28. Indicadores-chave do estudo PaRIS: homens e mulheres com doença crónica	50

Figura 29. PROMs: pessoas com doença crónica por grupo etário	51
Figura 30. PREMs: pessoas com doença crónica por grupo etário	52
Figura 31. PROMs: utentes por nível de escolaridade	53
Figura 32. PREMs: utentes por nível de escolaridade	54
Figura 33. Saúde física: pessoas com e sem privação económica.....	55
Figura 34. Saúde mental: pessoas com e sem privação económica	55
Figura 35. Funcionamento social: pessoas com e sem privação económica.....	56
Figura 36. Bem-estar: pessoas com e sem privação económica	56
Figura 37. Saúde geral: pessoas com e sem privação económica.....	57
Figura 38. Confiança na gestão da própria saúde: pessoas com e sem privação económica	57
Figura 39. Experiência da coordenação dos cuidados: pessoas com e sem privação económica	58
Figura 40. Cuidados centrados na pessoa: pessoas com e sem privação económica	58
Figura 41. Experiência da qualidade dos cuidados: pessoas com e sem privação económica.....	59
Figura 42. Confiança no sistema de saúde: pessoas com e sem privação económica.....	59
Figura 43. Ausência de necessidade de repetir informações que deveriam constar do registo de cuidados de saúde.....	60
Figura 44. Existência de website da respetiva unidade de CSP.....	61
Figura 45. Utilização do website da respetiva unidade de CSP.....	62
Figura 46. Facilidade de utilização do website da unidade de CSP.....	63
Figura 47. Marcação online de consultas	64
Figura 48. Pedido online de receitas habituais.....	65
Figura 49. Acesso online aos respetivos registos clínicos.....	66
Figura 50. Videoconsultas	67
Figura 51. Confiança na utilização de informações da internet para tomar decisões de saúde.....	68
Figura 52. Atendimento sem agendamento prévio nas unidades de CSP	71
Figura 53. Utentes beneficiários de serviços de atendimento sem agendamento prévio	71
Figura 54. Disponibilização de consultas remotas.....	72
Figura 55. Informatização de tarefas.....	73
Figura 56. Capacidades de extração informatizada de relatórios.....	74
Figura 57. Monitorização indicadores de desempenho.....	74
Figura 58. Cobertura de cuidados referida, por tipo de doença	75
Figura 59. Preparação para coordenação de cuidados referida, por tipo de utente.....	76
Figura 60. Desenvolvimento de planos de cuidados referido, por tipo de utente.....	76
Figura 61. Componentes do plano de cuidados	77
Figura 62. Partilha do plano de cuidado com diferentes intervenientes	77

Quadro 1. PROMs no estudo PaRIS.....	17
Quadro 2. PREMs no estudo PaRIS.....	18
Quadro 3. Implementação do estudo PaRIS em Portugal.....	19
Quadro 4. Distribuição das unidades de CSP convidadas a participar.....	20
Quadro 5. Amostra nacional do estudo PaRIS.....	21
Quadro 6. Distribuição das unidades de CSP e dos utentes por tipo de unidade.....	22
Quadro 7. Distribuição das unidades de CSP segundo o grau de urbanização do respetivo território.....	22
Quadro 8. Caracterização sociodemográfica dos utentes da amostra nacional por região.....	24
Quadro 9. Caracterização sociodemográfica dos utentes da amostra nacional por tipo de unidade.....	25
Quadro 10. População-padrão de Portugal e do estudo PaRIS da OCDE.....	25
Quadro 11. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas com doença crónica.....	28
Quadro 12. Indicadores-chave do estudo PaRIS: Portugal e outros países participantes.....	31
Quadro 13. Distribuição dos utentes por número de doenças crónicas autorreportadas e região.....	41
Quadro 14. Doenças crónicas reportadas pelos utentes.....	42
Quadro 15. Formato organizacional das unidades de CSP.....	69
Quadro 16. Incentivos institucionais por cumprimento de metas e características da população assistida.....	69
Quadro 17. Modalidades de remuneração dos médicos.....	70
Quadro 18. Disponibilidade de serviços fora do horário normal de trabalho.....	71
Quadro 19. Distribuição do planeamento do tempo de consulta referido, por tipo de consulta.....	72
Quadro 20. Modalidades de apoio à autogestão referidas.....	78
Quadro 21. Frequência de registo de metas de autocuidados referida.....	78
Quadro 22. Frequência de entrega de instruções escritas aos utentes referida.....	79
Quadro 23. Frequência da elaboração de cartas de referenciação referida.....	79
Quadro 24. Frequência de receção de cartas de retorno de especialistas referida.....	80

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
ARS	Administração Regional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
ENSP NOVA	Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PaRIS	<i>Patient-Reported Indicator Surveys</i> (Inquéritos sobre Indicadores Reportados pelos Doentes)
PREM	<i>Patient-Reported Experience Measure</i> (Medida de Experiência Reportada pelos Doentes)
PROM	<i>Patient-Reported Outcome Measure</i> (Medida de Resultados Reportada pelos Doentes)
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USF-A	Unidade de Saúde Familiar modelo A
USF-B	Unidade de Saúde Familiar modelo B
\bar{x}	Média

Mensagem da Diretora-Geral da Saúde

A publicação deste relatório representa um momento particularmente importante para a forma como avaliamos e orientamos o sistema de saúde em Portugal. Pela primeira vez, dispomos de informação sistemática, robusta e comparável a nível internacional sobre os resultados em saúde e a experiência dos cidadãos nos cuidados de saúde primários, permitindo-nos reforçar uma abordagem mais completa e exigente da avaliação do desempenho do sistema.

A integração da perspetiva dos utentes constitui um avanço significativo. Ao complementar os indicadores tradicionais com informação sobre a experiência e os resultados reportados pelos cidadãos, passamos a dispor de uma visão mais próxima da realidade vivida pelas pessoas e, por isso, mais informada para efeitos de decisão. Esta abordagem contribui para uma leitura mais equilibrada do sistema, articulando produção, qualidade e impacto efetivo dos cuidados na vida dos cidadãos.

Os resultados do estudo são consistentes e relevantes. Por um lado, confirmam o reconhecimento dos utentes relativamente à qualidade, proximidade e compromisso dos profissionais de saúde, evidenciando um dos principais ativos do sistema. Por outro, identificam fragilidades estruturais que persistem e que exigem uma resposta sustentada. A coordenação de cuidados, em particular na gestão da doença crónica, continua a revelar limitações; a disponibilização de serviços digitais orientados para o cidadão permanece aquém do necessário; e subsistem desigualdades nos resultados em saúde e na experiência com os cuidados, refletindo determinantes que importa continuar a abordar de forma integrada.

A disponibilização desta evidência altera o enquadramento da ação. Permite não apenas identificar prioridades, mas também acompanhar, de forma mais rigorosa, o impacto das medidas adotadas. Neste contexto, a medição regular e consistente destes indicadores assume um papel central, na medida em que possibilita monitorizar a evolução do sistema, identificar áreas de melhoria e sustentar decisões baseadas em evidência.

Importa, por isso, assegurar a continuidade deste trabalho. O desenvolvimento dos ciclos seguintes do estudo PaRIS permitirá acompanhar a evolução dos cuidados de saúde primários ao longo do tempo e avaliar o impacto das transformações em curso, designadamente no âmbito das Unidades Locais de Saúde. A consistência e comparabilidade da informação serão determinantes para reforçar a capacidade de planeamento, regulação e melhoria contínua.

Para a Direção-Geral da Saúde, este é um caminho que deve ser consolidado. A avaliação do sistema de saúde deve evoluir para um modelo cada vez mais orientado para resultados em saúde e para a experiência dos cidadãos, reforçando uma cultura de transparência, de responsabilização e de utilização eficiente dos recursos disponíveis.

O desafio que se coloca é, agora, o de transformar esta evidência em ação consistente. A melhoria dos cuidados de saúde primários dependerá da capacidade de responder de forma integrada às necessidades das pessoas, de reforçar a articulação entre níveis de cuidados e de utilizar a informação disponível para orientar decisões que produzam ganhos efetivos em saúde.

Este relatório constitui, assim, não apenas um instrumento de análise, mas uma base para ação futura. É nesse compromisso — de continuidade, de exigência e de melhoria sustentada — que assenta o contributo da Direção-Geral da Saúde para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais eficaz, mais equitativo e mais centrado nas pessoas.

Rita Sá Machado

Mensagem do coordenador

A evolução dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal foi marcada por três grandes impulsos reformistas entre o final dos anos 70 e o início do século XXI. O primeiro deu-se com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) consagrando o direito universal à saúde. Esta transformação permitiu a institucionalização dos centros de saúde em todo o país, garantindo o acesso generalizado a cuidados básicos de proximidade.

Durante a década de 1990, o segundo impulso surgiu da necessidade de modernizar a administração pública, formar profissionais médicos especializados e melhorar a eficiência dos serviços. Foram testadas novas formas de organização dos CSP e introduzidos os primeiros mecanismos de contratualização, com ênfase na avaliação do desempenho e na autonomia da gestão local. Estas experiências criaram as bases para os modelos *Alpha* e o Regime Remuneratório Especial, modelos mais flexíveis e orientados por resultados.

O terceiro grande impulso ocorreu em 2005, com a criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Esta iniciativa reformista introduziu um novo paradigma organizacional assente nas Unidades de Saúde Familiar (USF), com maior autonomia e trabalho em equipa multiprofissional. Foram também criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), reforçando a coordenação e a capacidade de planeamento local. Esta reforma consolidou uma visão mais centrada na monitorização da produção e qualidade e na responsabilização dos profissionais.

Durante as duas últimas décadas, até aos dias de hoje, assistiu-se a uma lenta consolidação da reforma dos CSP iniciada em 2005. Apesar dos avanços, persistem inúmeros desafios, entre os quais se destacam as dificuldades de acesso a médico de família, a degradação de algumas infraestruturas e os limites à capacidade resolutive dos cuidados primários em situações urgentes ou de maior complexidade.

À entrada do segundo quartel do século XXI, impõe-se uma avaliação dos CSP. Pela primeira vez, é apresentada de forma sistemática a perspetiva dos utentes e dos profissionais sobre diversos aspetos da qualidade dos cuidados prestados. Esta abordagem inovadora resulta do estudo internacional PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*), desenvolvido sob coordenação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e da Direção-Geral da Saúde (DGS) em Portugal, e com a participação de 19 países.

As mensagens transmitidas por utentes e profissionais são simples e consistentes: a coordenação dos cuidados nos doentes crónicos permanece insatisfatória, poucos utentes dispõem de um plano de cuidados abrangente e articulado entre diferentes prestadores, e os serviços digitais orientados para o utilizador continuam a ser claramente insuficientes. Estes devem ser encarados como os problemas estruturais a resolver nos próximos dez anos, se quisermos garantir cuidados de saúde primários mais eficazes, integrados e centrados no cidadão.

A avaliação das experiências e dos resultados reportados pelos utilizadores constitui um vetor transformador das políticas de saúde. Ao colocar o cidadão no centro da análise do desempenho do sistema, promove uma avaliação que, embora subjetiva, é essencial para aferir a qualidade e a responsividade dos cuidados, bem como o papel dos prestadores.

A evidência produzida pelo estudo PaRIS deverá constituir uma base sólida para uma nova geração de políticas de saúde centradas no cidadão, em que a sua "voz" é parte integrante da definição das políticas públicas e da organização dos serviços. Esta abordagem deve ser orientada pelos valores do acesso equitativo, da qualidade dos cuidados e da gratuidade tendencial no ponto de utilização.

Os CSP dos próximos 25 anos serão, inevitavelmente, diferentes. No entanto, só poderão evoluir positivamente se forem verdadeiramente desenhados para responder às necessidades dos utilizadores e se incorporarem, de forma sistemática, a sua experiência e participação ativa. Melhorar o sistema será, antes de mais, servir melhor quem dele precisa.

André Peralta Santos

Sumário executivo

O estudo internacional PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*), coordenado pela OCDE e implementado em Portugal pela Direção-Geral da Saúde, constitui a primeira iniciativa global que mede de forma sistemática e comparável os resultados e experiências reportados pelos utentes dos cuidados de saúde primários, com particular enfoque nas pessoas com doenças crónicas. Em Portugal, participaram 11 744 utentes com 45 ou mais anos e 80 unidades de cuidados de saúde primários, o que representa a maior recolha nacional de informação deste tipo. O estudo permitiu analisar dez indicadores-chave, cinco relativos a resultados em saúde (PROMs) e cinco relativos a experiência dos cuidados (PREMs).

Os resultados revelam que, apesar de a maioria dos utentes ter reportado experiências positivas, Portugal apresenta valores consistentemente inferiores à média internacional em quase todos os indicadores de resultados em saúde, com especial destaque para a perceção negativa da saúde geral, da saúde física, da saúde mental, do bem-estar e do funcionamento social. No domínio da experiência com os cuidados, os resultados aproximam-se da média da OCDE, mas persistem fragilidades significativas na coordenação, dimensão em que metade dos utentes manifesta insatisfação e metade dos profissionais reconhece não estar preparada para articular eficazmente com outros prestadores. Acresce ainda a existência de disparidades marcadas segundo género, idade, escolaridade e condição socioeconómica, penalizando sobretudo mulheres, pessoas mais idosas, indivíduos com menor nível de escolaridade e em situação de privação económica.

O estudo identifica igualmente desafios estruturais que condicionam a capacidade de coordenação dos CSP com outros níveis de cuidados. Entre os mais relevantes destacam-se a ausência de um profissional identificado para assegurar a coordenação dos cuidados ao longo do percurso assistencial, a utilização limitada de planos individuais de cuidados (PIC) e a reduzida partilha de dados entre diferentes níveis de cuidados, a insuficiente digitalização dos processos, e a utilização residual de modalidades como a videoconsulta. A articulação com os cuidados hospitalares, continuados, paliativos e de saúde mental permanece também frágil e incompleta, comprometendo a continuidade assistencial.

Face a este diagnóstico, o estudo PaRIS aponta três eixos estratégicos de transformação. O primeiro corresponde à **transformação digital**, que deve garantir a modernização dos canais de comunicação, a interoperabilidade plena dos registos clínicos e a disponibilização de serviços online que facilitem o acesso e a gestão de cuidados. O segundo é a **personalização da resposta assistencial**, com a atribuição de um gestor de cuidados a cada utente, a generalização de planos individuais de cuidados abrangentes e integrados e o reforço do apoio estruturado à autogestão. O terceiro eixo é o **reforço da confiança no sistema de saúde**, que exige a medição regular e transparente das experiências dos utentes, a sua participação ativa na organização dos serviços e um investimento consistente em prevenção, promoção da saúde e literacia em saúde.

Em conclusão, os resultados do estudo PaRIS evidenciam a necessidade urgente de uma transformação estrutural dos CSP em Portugal, orientada por princípios de digitalização, personalização e confiança. A adoção sistemática de instrumentos como os PROMs e PREMs, aliada a reformas organizacionais e tecnológicas, constitui um elemento essencial para o desenvolvimento de um sistema de saúde mais equitativo, centrado nas pessoas e alinhado com padrões internacionais de acesso, qualidade de cuidados, e inclusão da voz do utente.

Capítulo I

Introdução

O estudo PaRIS é uma iniciativa da OCDE, na qual 19 países colaboraram no desenvolvimento, padronização e implementação de uma nova geração de indicadores que medem os resultados e as experiências nos cuidados de saúde que mais importam para as pessoas.

Esta iniciativa pioneira vem preencher uma lacuna crítica na medição dos resultados em saúde e das experiências das pessoas com os cuidados de saúde. Esta é uma informação essencial: as opiniões daqueles que são diretamente afetados pelos serviços de saúde – os utentes e, em particular, as pessoas com doenças crónicas – sobre a sua experiência com o sistema de saúde e os resultados obtidos tal como reportados pelos próprios. Ao captar as perspetivas de mais de 107 000 pessoas em mais de 1 800 unidades de CSP dos 19 países participantes, o inquérito PaRIS possibilita a comparação internacional dos resultados e das experiências dos utentes de CSP com 45 ou mais anos e da forma como os sistemas de saúde prestam os cuidados de que as pessoas com doenças crónicas necessitam. Futuros ciclos do inquérito permitirão também avaliar a evolução do desempenho dos países ao longo do tempo.

Tendo em conta a transição demográfica e epidemiológica global, o número de pessoas com doenças crónicas continua a aumentar, pelo que a necessidade de os sistemas de saúde se adaptarem às suas necessidades é urgente. O estudo PaRIS desempenha um papel crucial na fundamentação desta mudança, na medida em que fornece dados que apoiam a reorganização dos cuidados de saúde em torno das experiências e dos resultados em saúde mais importantes para as pessoas. Ao contrário de avaliações de doenças específicas, o estudo PaRIS adota uma abordagem mais ampla, avaliando o impacto dos cuidados de saúde em várias dimensões da vida das pessoas. Esta perspetiva abrangente tem o potencial de revolucionar a forma como é avaliado o desempenho dos sistemas de saúde, possibilitando uma medição mais centrada nas necessidades de saúde sentidas da população.

A participação de Portugal no projeto foi coordenada pela DGS, que assegurou o desenvolvimento e a implementação nacional do inquérito PaRIS, de acordo com as orientações acordadas com a OCDE. A Equipa Nacional liderada pela DGS incluiu a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS), os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS), e a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (ENSP NOVA), e contou ainda com a coordenação regional prestada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Para apoiar a implementação do estudo em Portugal, foi constituído um Grupo Consultivo, composto por representantes de atores-chave da saúde – associações de pessoas que vivem com doença crónica, ordens e outras associações profissionais, e entidades do Ministério da Saúde–, assim como representantes de outras entidades públicas relevantes e individualidades de reconhecido mérito científico.

Neste relatório são apresentados os resultados da análise mais detalhada dos dados da amostra nacional do estudo PaRIS resultantes da aplicação dos inquéritos a utentes e a prestadores de CSP. São igualmente apresentadas as conclusões e recomendações decorrentes da análise detalhada realizada, bem como do Diálogo com Associações de Profissionais, Utentes e Peritos e de outras iniciativas desenvolvidas no âmbito do processo de audição realizado com o objetivo de envolver e recolher as perspetivas das diversas partes interessadas.

O relatório global (1) e as notas sobre os vários países participantes foram publicados pela OCDE, em 20 de fevereiro de 2025 [disponível em [Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys \(PaRIS\)](#)], aquando da apresentação de lançamento, realizada em Portugal com a colaboração da DGS.

O que é o estudo PaRIS?

- Com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde, o estudo PaRIS avalia e publica medidas (experiências e resultados) reportadas pelos utentes – em particular pelas pessoas com doenças crónicas – nos países da OCDE e seus parceiros, facilitando a comparação internacional e a aprendizagem entre países.
- Trata-se de um inquérito de dimensão sem precedentes, que analisa dados recolhidos em Portugal, durante 2023, envolvendo 11 744 utentes e as respetivas 80 unidades de CSP.
- Ao medir sistematicamente as experiências e os resultados reportados pelos utentes, o estudo PaRIS preenche lacunas na avaliação dos cuidados de saúde, com o fim de promover melhorias a nível sistémico. Desta forma, constitui-se como uma ferramenta de apoio para os países poderem adaptar melhor os sistemas de saúde às necessidades das pessoas.
- Desenvolvido em colaboração com pessoas com doenças crónicas, profissionais de saúde, decisores políticos, académicos e outras partes interessadas a nível global, o estudo garante uma recolha de dados abrangente e relevante para a formulação de políticas. Ao adotar uma perspetiva holística e centrada na pessoa, considera de forma integrada as diversas dimensões da sua saúde e bem-estar, permitindo relacionar as características dos CSP, o funcionamento do sistema de saúde e os resultados e as experiências reportados pelos utentes.
- Concebido especificamente para possibilitar comparações internacionais, o principal instrumento do estudo é um inquérito dirigido a utentes de CSP com 45 ou mais anos. Adicionalmente, inclui um inquérito às respetivas unidades de CSP para recolher informações sobre as características dos serviços prestados.
- Com base nesta abordagem pioneira, o estudo PaRIS proporciona uma compreensão aprofundada da multimorbilidade, dos cuidados centrados na pessoa, desigualdades, da confiança nos serviços de saúde e de indicadores-chave, como a saúde autorreportada, o bem-estar e a experiência da qualidade dos cuidados.

Capítulo II

O estudo PaRIS

O estudo PaRIS é uma iniciativa internacional da OCDE que procura dar voz às pessoas que vivem com doenças crónicas, colocando no centro a forma como avaliam a sua saúde e os cuidados que recebem nos cuidados de saúde primários (CSP). O PaRIS adota uma perspetiva ampla, recolhendo informação sobre múltiplas condições e integrando dados sociodemográficos, económicos e comportamentais. Esta abordagem permite compreender melhor como diferentes grupos populacionais vivenciam a sua saúde e os cuidados prestados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Para medir estas realidades, o estudo utiliza 10 indicadores-chave: cinco sobre resultados em saúde (PROMs), como saúde física, saúde mental, funcionamento social, bem-estar e saúde geral, e cinco sobre experiências de cuidados (PREMs), como confiança na gestão da própria saúde, experiência da coordenação dos cuidados, cuidados centrados na pessoa, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde. Estes indicadores foram desenvolvidos com base em instrumentos internacionais validados e em consulta com utentes, profissionais e investigadores, garantindo que refletem aspetos considerados realmente relevantes pelas pessoas.

Em Portugal, o PaRIS foi coordenado pela Direção-Geral da Saúde com uma amostra total de 11 744 utentes de 80 unidades de CSP, tornando-se o primeiro estudo nacional desta dimensão. Os questionários foram preenchidos por utentes com 45 ou mais anos utilizadores dos CSP do SNS, assim como pelas próprias unidades de CSP do SNS, permitindo cruzar perceções individuais com características organizacionais. Os resultados são representativos da população utilizadora dos CSP em Portugal Continental.

O estudo PaRIS adota uma **abordagem centrada na pessoa**. Enquanto grande parte do trabalho existente sobre medidas reportadas pelas pessoas com doenças crónicas se concentra em condições ou procedimentos específicos, o estudo PaRIS destaca-se por adotar uma perspetiva mais ampla, abrangendo múltiplas doenças crónicas e analisando as experiências das pessoas com estas doenças. Para além disso, **o estudo PaRIS inclui variáveis demográficas e socioeconómicas**, como nacionalidade e país de nascimento, situação financeira, educação, composição do agregado familiar, comportamentos relacionados com a saúde, entre outros. Este vasto conjunto de dados permite explorar mais profundamente como os resultados e as experiências de saúde variam entre diferentes grupos. Os 10 indicadores-chave utilizados para avaliar os resultados em saúde e as experiências com os cuidados de saúde por parte dos utentes são detalhados na secção [1. Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS](#).

No entanto, ao contrário dos inquéritos de saúde de base populacional que visam recolher dados representativos da população geral, **o estudo PaRIS incide sobre um grupo específico de utentes dos CSP do SNS com 45 ou mais anos**, recrutados nas unidades participantes e com necessidades de acompanhamento regular ou doenças crónicas. Esta escolha metodológica foi determinada pela assunção de que estes grupos etários abrangeriam mais utentes com doenças crónicas. Desta forma, oferece uma compreensão mais detalhada das experiências e dos resultados reportados pelas pessoas que têm contacto direto com os serviços de CSP do SNS e com maior necessidade de coordenação de cuidados de saúde, uma área que tem sido menos estudada internacionalmente, por comparação com a prestação de cuidados de saúde a nível hospitalar.

Adicionalmente, o estudo PaRIS **relaciona as características dos serviços de CSP do SNS com os resultados em saúde e as experiências reportados pelos utentes com os cuidados de saúde**. Os questionários foram preenchidos tanto pelos utentes como pelas suas unidades de CSP, o que permite a análise e a interpretação mais aprofundada dos resultados à luz das características dos CSP, de modo a informar futuras reformas políticas na área dos CSP.

Em Portugal, o estudo PaRIS inclui dados de **11 744 utentes de 80 unidades de CSP do SNS em Portugal Continental**, sendo o primeiro estudo realizado a nível nacional com esta dimensão. A seleção dos participantes teve por base uma estratégia de amostragem probabilística em camadas (*nested sampling*), tendo o recrutamento e a recolha de dados decorrido entre agosto e setembro de 2023 (informação mais detalhada sobre a implementação do estudo está disponível na secção [2. Implementação do estudo em Portugal](#)).

São também descritas as questões de investigação, a caracterização da amostra e os métodos utilizados na análise de dados para estimar os indicadores reportados na secção [3. Análise nacional](#).

1. Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS

Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS, incluem cinco Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (*Patient-Reported Outcome Measures*; PROMs) e cinco Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (*Patient-Reported Experience Measures*; PREMs).

Os cinco indicadores PROMs centram-se em medidas fundamentais do estado de saúde. Os três primeiros cobrem os domínios físico, mental e social da saúde; os dois seguintes são medidas transversais do bem-estar e da saúde em geral:

- Saúde física – capacidade de realizar atividades físicas do quotidiano, grau de dor e fadiga.
- Saúde mental – perceção da qualidade de vida, humor e capacidade de raciocínio, satisfação com atividades sociais e relacionamentos, e sofrimento emocional.
- Funcionamento social – grau em que uma pessoa consegue realizar as suas atividades e papéis sociais habituais.
- Bem-estar – grau em que a pessoa se sente positiva em relação ao seu humor, vitalidade e realização pessoal.
- Saúde geral – medida global do estado geral de saúde.

Os cinco indicadores PREMs captam aspetos centrais das interações dos utentes com os serviços de saúde. Os três primeiros abordam diferentes dimensões da centralidade da pessoa nos cuidados de saúde; os dois últimos referem-se a perceções mais amplas sobre a qualidade dos cuidados médicos e o grau de confiança no sistema de saúde:

- Confiança na gestão da própria saúde – grau de confiança da pessoa na sua capacidade para gerir a própria saúde e bem-estar.
- Experiência da coordenação dos cuidados – grau em que a pessoa vivencia um percurso articulado e contínuo entre diferentes profissionais e contextos de cuidados de saúde.
- Cuidados centrados na pessoa – grau em que as necessidades de saúde da pessoa são geridas de forma holística, assegurando que as suas preferências e necessidades estão no centro dos cuidados recebidos.
- Experiência da qualidade dos cuidados – medida global da forma como a pessoa avalia os cuidados médicos que recebeu na sua unidade de CSP nos últimos 12 meses.
- Confiança no sistema de saúde – grau em que a pessoa confia no sistema de saúde no seu todo.

A seleção destes indicadores envolveu uma estreita consulta com representantes das pessoas que vivem com doença crónica, dos profissionais de CSP e da academia.

Todos os indicadores baseiam-se em instrumentos validados e testados, ou diretrizes reconhecidas internacionalmente: o PROMIS – *Patient-Reported Outcomes Measurement Information System* (2), o Índice de Bem-Estar OMS (cinco) (3), o Inquérito Internacional sobre Políticas de Saúde do *Commonwealth Fund* (4), as diretrizes da OCDE para medir a confiança (5) e o P3CEQ – Questionário sobre a experiência de cuidados coordenados centrados na pessoa (6). Todos os indicadores foram concebidos para serem aplicáveis tanto à população em geral como a pessoas com condições de saúde específicas.

O Quadro 1 e o Quadro 2 descrevem os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS – cinco PROMs e cinco PREMs – incluindo a interpretação dos valores e a forma como são utilizados no estudo PaRIS. Mais informação sobre os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS, incluindo os resultados da análise de confiabilidade, está disponível no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1).

Quadro 1. PROMs no estudo PaRIS

Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (<i>Patient-Reported Outcome Measures, PROMs</i>)	
Saúde física	<p>Resposta a quatro perguntas que avaliam a saúde física em geral, a função física, a dor e a fadiga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “De modo geral, como classificaria a sua saúde física?”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5); • “Até que ponto consegue realizar atividades físicas diárias como andar, subir escadas, carregar compras de supermercado ou mover uma cadeira?”, com opções de resposta entre “de maneira nenhuma” (1) e “completamente” (5); • “Nos últimos 7 dias, em média, como classificaria as suas dores?”, com opções de resposta entre “a pior dor que se pode imaginar” (1) e “sem dor” (5); • “Nos últimos 7 dias, em média, como classificaria o seu cansaço?”, com opções de resposta entre “muito intenso” (1) e “nenhum” (5). <p>Pontuação média dos respondentes. Pontuação bruta de 4-20 convertida para a métrica T-score, em que 50 é a média e 10 o desvio-padrão da população de referência da escala PROMIS. Intervalo T-score de 16,2-67,7.</p> <p>Porcentagem de pessoas que referem resultados positivos (T-score \geq 42, equivalente a ter uma saúde física “boa” ou melhor, em comparação com uma saúde física “razoável” ou “insatisfatória”, com base na população de referência da escala PROMIS).</p> <p>Instrumento de dados: escala de saúde PROMIS® v1.2 – componente <i>Global Health</i> para a saúde física.</p>
Saúde mental	<p>Resposta a quatro perguntas sobre a saúde mental em geral, a qualidade de vida, o sofrimento emocional e a saúde social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “De modo geral, como classificaria a sua saúde mental, incluindo o seu humor e a sua capacidade de raciocínio?”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5); • “De modo geral, diria que a sua qualidade de vida é...”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5); • “De modo geral, como classificaria a sua satisfação com atividades sociais (atividades em que se convive com outras pessoas) e com relacionamentos?”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5); • “Nos últimos 7 dias, com que frequência se sentiu incomodado/a por problemas emocionais como por exemplo, sentir-se ansioso/a, deprimido/a ou irritado/a?”, com opções de resposta entre “sempre” (1) e “nunca” (5). <p>Pontuação média dos respondentes. Pontuação bruta de 4-20 convertida para a métrica T-score, em que 50 é a média e 10 o desvio-padrão da população de referência da escala PROMIS. Intervalo T-score de 21,2-67,6.</p> <p>Porcentagem de pessoas que referem resultados positivos (T-score \geq 40, equivalente a ter uma saúde mental “boa” ou melhor, em comparação com um estado de saúde “razoável” ou “insatisfatória”, com base na população de referência da escala PROMIS).</p> <p>Instrumento de dados: escala de saúde PROMIS® v1.2 – componente <i>Global Health</i> para a saúde mental.</p>
Funcionamento social	<p>Resposta à pergunta “De modo geral, classifique a forma como consegue desempenhar as suas atividades e funções sociais habituais (incluindo atividades em casa, no trabalho e na comunidade, e responsabilidades como pai/mãe, filho/a, esposo/a, empregado/a, amigo/a, etc.)”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5).</p> <p>Porcentagem de pessoas que responderam “boa”, “muito boa” ou “excelente” (em comparação com “razoável” ou “insatisfatória”).</p> <p>Instrumento de dados: escala de saúde PROMIS® v1.2 – item <i>Global Health</i> sobre funcionamento social.</p>
Bem-estar	<p>Resposta a cinco perguntas que avaliam o bem-estar, nas duas últimas semanas (“Tenho-me sentido alegre e de bom humor”, “Tenho-me sentido calmo/a e relaxado/a”, “Tenho-me sentido ativo/a e com energia”, “O meu dia a dia tem sido repleto de coisas que me interessam” e “Acordei fresco/a e repousado/a”), com opções de resposta entre “nunca” (0) e sempre (5):</p> <p>Pontuação média dos respondentes. Pontuação bruta de 0-25 convertida para uma pontuação de 0-100.</p> <p>Porcentagem de pessoas que referem resultados positivos (pontuação \geq 50, indicando que não estão em risco de depressão clínica).</p> <p>Instrumento de dados: índice de bem-estar OMS (cinco) (WHO-5).</p>
Saúde geral	<p>Resposta à pergunta “De modo geral, diria que a sua saúde é..”, com opções de resposta entre “insatisfatória” (1) e “excelente” (5).</p> <p>Porcentagem de pessoas que responderam “boa”, “muito boa” ou “excelente” (em comparação com “razoável” ou “insatisfatória”).</p> <p>Instrumento de dados: escala de saúde PROMIS® v1.2 – item <i>Global Health</i> sobre saúde geral.</p>

Quadro 2. PREMs no estudo PaRIS

Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (<i>Patient-Reported Experience Measures, PREMs</i>)	
Confiança na gestão da própria saúde	Resposta à pergunta "Em que medida se sente confiante de que é capaz de gerir a sua própria saúde e bem-estar?", com opções de resposta entre "nada confiante" (0) e "muito confiante" (3). Percentagem de pessoas que responderam estar "confiante" ou "muito confiante" (em comparação com "um pouco confiante" ou "nada confiante"). Instrumento de dados: item do questionário P3CEQ.
Experiência da coordenação dos cuidados	Resposta a cinco perguntas que avaliam a coordenação dos cuidados (cuidados integrados, um único contacto indicado, plano global de cuidados, apoio na gestão da própria saúde, informação sobre a gestão da própria saúde). Escala de opções de resposta de 0-3. Pontuação média dos respondentes (numa escala de 0-15). Percentagem de pessoas que declaram uma experiência positiva (pontuação igual ou superior a 50% em 5 perguntas, ou seja, pontuação na escala ≥ 7.5). Instrumento de dados: componente de coordenação de cuidados do questionário P3CEQ. Dados disponíveis apenas para pessoas com doença(s) crónica(s).
Cuidados centrados na pessoa	Resposta a oito perguntas que avaliam se os cuidados são centrados na pessoa (conversas sobre o que é importante, envolvimento nas decisões, consideração da "pessoa no seu todo", sem necessidade de repetir informações, cuidados integrados, apoio na gestão da própria saúde, informação sobre a gestão da própria saúde, confiança na gestão da própria saúde). Escala de opções de resposta de 0-3. Pontuação média dos respondentes (numa escala de 0-24). Percentagem de pessoas que declaram uma experiência positiva (pontuação igual ou superior a 50% em 8 perguntas, ou seja, pontuação na escala ≥ 12). Instrumento de dados: componente de centralidade na pessoa do questionário P3CEQ. Dados disponíveis apenas para pessoas com doença(s) crónica(s).
Experiência da qualidade dos cuidados	Resposta à pergunta: "De um modo geral, como avalia os cuidados médicos que recebeu na sua unidade de CSP nos últimos 12 meses?", com opções de resposta entre "fracos" (1) e "excelentes" (5). Percentagem de pessoas que responderam "bons", "muito bons" ou "excelentes" (em comparação com "razoáveis" ou "fracos" e "não tenho a certeza"). Instrumento de dados: adaptado do Inquérito Internacional sobre Políticas de Saúde do <i>Commonwealth Fund</i> (<i>Commonwealth Fund International Health Policy Survey</i>).
Confiança no sistema de saúde	Resposta à pergunta "Em que medida concorda ou discorda que o sistema de saúde é de confiança?", com opções de resposta entre "discordo totalmente" (1) e "concordo totalmente" (5). Percentagem de pessoas que responderam "concordo" ou "concordo totalmente" (em comparação com "não concordo nem discordo", "discordo" ou "discordo totalmente"). Instrumento de dados: baseado nas Orientações da OCDE sobre a medição da confiança (<i>OECD Guidelines on Measuring Trust</i>) e semelhante às perguntas de inquéritos nacionais selecionados.

2. Implementação do estudo em Portugal

2.1. Coordenação e Equipa Nacional

A participação de Portugal no projeto foi coordenada pela DGS, que assegurou o desenvolvimento e a implementação nacional do inquérito PaRIS, de acordo com as orientações acordadas com a OCDE. A Equipa Nacional do projeto PaRIS liderada pela DGS incluiu colaboradores de várias unidades orgânicas, assim como elementos da ACSS, da SPMS e da ENSP NOVA. A equipa desempenhou um papel central no desenvolvimento e na implementação do estudo PaRIS em Portugal, apoiando a tradução e a testagem dos instrumentos de inquérito, a articulação com as várias partes interessadas, o recrutamento e a amostragem das unidades de CSP e dos utentes, a recolha de dados e a divulgação dos resultados. A coordenação regional da implementação do estudo no terreno foi assegurada por representantes das cinco ARS.

2.2. Grupo Consultivo

Para apoiar a implementação do estudo PaRIS em Portugal, foi estabelecido um Grupo Consultivo composto por representantes de atores-chave da saúde – associações de pessoas que vivem com doença crónica, ordens e outras associações profissionais, entidades do Ministério da Saúde–, assim como representantes de outras entidades públicas relevantes e individualidades de reconhecido mérito científico. A constituição deste órgão é elencada no [Anexo 1. Grupo Consultivo](#).

2.3. Desenho amostral

Para a seleção dos participantes em Portugal, foi adotada uma estratégia de amostragem em camadas (*nested sampling*). Numa primeira fase, realizou-se uma amostragem aleatória estratificada das unidades de CSP do SNS – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidades de Saúde Familiar (USF) modelos A e B. A estratificação baseou-se na combinação entre região e tipo de unidade de CSP, sendo selecionado um número proporcional de unidades de cada estrato. O quadro de amostragem correspondeu ao registo nacional de unidades de CSP.

Numa segunda fase, foi selecionada aleatoriamente, a partir das unidades de CSP incluídas, uma amostra representativa de utentes com 45 ou mais anos, estratificada por grupo etário e género. O quadro de amostragem utilizado foi o registo de utentes das respetivas unidades. Para garantir a representatividade, recorreu-se a uma amostragem probabilística, assegurando que cada unidade da população-alvo tivesse uma probabilidade igual e diferente de zero de ser selecionada.

Ambas as amostras foram estratificadas pelas cinco regiões de saúde de Portugal continental. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira não foram incluídas, por disporem de um Serviço Regional de Saúde próprio, distinto do SNS.

A estratégia de amostragem adotada no estudo PaRIS em Portugal está resumida no Quadro 3.

Quadro 3. Implementação do estudo PaRIS em Portugal

Participantes	Método de recolha de dados	Língua	Quadro de amostragem	Método de amostragem
Unidades de CSP	Online	Português, inglês	Registo nacional de unidades de CSP (ACSS)	Amostragem probabilística
Utentes	Online, papel	Português, inglês	Registo de utentes das unidades participantes	Amostragem probabilística

Portugal tinha menos de 1 000 unidades de CSP elegíveis no total, pelo que o objetivo de amostragem foi fixado em 75 unidades, conforme orientações da OCDE. Relativamente aos utentes, tendo em consideração o número-alvo de 75 utentes por unidade de CSP, o objetivo a incluir na amostra foi fixado em 5 625 utentes.

A dimensão das amostras teve por base uma taxa de resposta estimada de 50% para as unidades de CSP e 6% para os utentes (taxa de resposta do Estudo Piloto implementado em 2022/2023 – ver Anexo 5. Estudo PaRIS: dados e métodos). Foram assim selecionadas 150 unidades de CSP e 187 500 utentes (1 250 utentes por unidade de CSP) para participação no estudo.

2.4. Recrutamento e recolha de dados

Após a aprovação do protocolo de estudo pelas comissões de ética de cada uma das ARS, foi realizado o recrutamento dos participantes e a recolha de dados, que decorreram entre agosto e novembro de 2023, para as unidades de CSP, e entre setembro e novembro de 2023, no caso dos utentes.

As 150 unidades de CSP selecionadas para participação no estudo PaRIS (Quadro 4) foram inicialmente contactadas pela DGS através de um email de convite personalizado, que incluía um link individual para o preenchimento do questionário. A DGS desempenhou um papel central em todo o processo, contactando ativamente as unidades para promover a sua participação e identificando os prestadores com necessidade de acompanhamento adicional, nomeadamente em situações de alteração na coordenação ou por outros motivos. A equipa da DGS responsável pelo estudo enviou três emails de lembrete e reenviou os convites sempre que necessário.

Quadro 4. Distribuição das unidades de CSP convidadas a participar

Tipo de unidade	N	%
UCSP	51	34,0
USF-A	46	30,7
USF-B	53	35,3
Total	150	100,0

Para facilitar a comunicação entre a equipa nacional do estudo PaRIS e os prestadores a nível local, foi designado um ponto focal administrativo em cada ARS. A equipa do estudo manteve uma articulação regular com os pontos focais regionais, com o objetivo de promover o estudo e incentivar o contacto direto destes com as unidades de CSP selecionadas. A estratégia de envolvimento dos pontos focais regionais revelou-se fundamental, contribuindo de forma importante para a realização do inquérito e para a proporção de respostas obtida.

Adicionalmente, o Grupo Consultivo do estudo PaRIS reforçou, junto dos profissionais das unidades de CSP, a importância da iniciativa, incentivando-os a completar o inquérito.

No caso dos 187 466 utentes convidados a participar, o convite inicial foi feito por mensagem de texto por telemóvel (SMS) e por carta, contendo igualmente um *link* personalizado para o preenchimento do inquérito.

Entre as estratégias de contacto adotadas, o envio de mensagem SMS revelou-se o método mais efetivo, sendo esta comunicação coordenada pela DGS e enviada pela SPMS. Para utentes com menor literacia digital ou sem acesso a telemóvel, foi enviada uma carta física com o mesmo objetivo. Estes métodos foram utilizados tanto nos convites iniciais (dois por SMS e um por carta) como nos lembretes subsequentes (três por SMS e um por carta).

CAPÍTULO 2 – O ESTUDO PaRIS

Foi também disponibilizada uma versão em papel do questionário, mediante solicitação, tendo esta opção sido utilizada por dois utentes. Adicionalmente, foi permitida a assistência de um representante (por exemplo, familiar ou amigo) no preenchimento do inquérito, nos casos em que o utente tivesse dificuldade no preenchimento do mesmo. Ambas as alternativas foram claramente comunicadas nas mensagens SMS e cartas de convite, bem como na página eletrónica do estudo PaRIS.

Para reforçar a sensibilização sobre a importância do estudo PaRIS, foram implementadas diversas estratégias complementares de comunicação, dirigidas tanto a utentes como a prestadores, incluindo publicações nas redes sociais, afixação de cartazes físicos nas unidades de CSP e divulgação na comunicação social e nas páginas eletrónicas da DGS, ACSS e outras entidades.

Não foram oferecidos incentivos financeiros nem de outro tipo para a participação dos utentes, nem para os prestadores dos CSP.

O número de respondentes ao inquérito e o cumprimento dos objetivos de amostragem, assim como a taxa de resposta do recrutamento, são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5. Amostra nacional do estudo PaRIS

	Respondentes utilizados na análise	Objetivo	Cumprimento do objetivo	Respondentes adicionais	Proporção de resposta
Unidades de CSP	80	75	107%	11*	61%
Utentes	11 744	5 625	209%	595 **	11%

* Unidades de CSP que não foi possível associar a qualquer utente participante no estudo PaRIS. ** Utentes que não foi possível associar a uma unidade de CSP.

Fonte: *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) (1)*

3. Análise nacional

3.1. Questões de investigação

A análise de dados centra-se nas seguintes questões de investigação, no contexto do SNS em Portugal:

- Quais são os resultados em saúde reportados pelos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica, no que respeita à saúde física, à saúde mental, ao funcionamento social, ao bem-estar e à saúde geral? E como comparam estes resultados com os dos utentes sem doença crónica do mesmo grupo etário?
- Quais são as experiências com os cuidados de saúde dos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica, nas seguintes áreas: confiança na gestão da própria saúde, experiência da coordenação dos cuidados, cuidados centrados na pessoa, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde? E como comparam estas experiências com as dos utentes sem doença crónica do mesmo grupo etário (com exceção da experiência da coordenação dos cuidados e dos cuidados centrados na pessoa, que não se aplicam a pessoas sem doença crónica)?
- De que forma variam os resultados em saúde e as experiências com os cuidados de saúde reportados pelos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica, em função de características pessoais como grupo etário, género, nível de escolaridade e rendimento?
- Qual é o grau de literacia digital dos utentes e o nível de desenvolvimento da saúde digital nos CSP?
- Como se caracterizam as unidades de CSP ao nível da organização dos cuidados, dos serviços prestados e das práticas de gestão clínica e administrativa?

3.2. Caracterização da amostra

Um total de 12 339 pessoas com 45 ou mais anos, utentes de unidades de CSP em Portugal, participou no primeiro estudo PaRIS. Desses utentes, 11 744 (95,2%) puderam ser associados à respetiva unidade de CSP e, consequentemente, foram incluídos na análise. Estes distribuem-se por 80 unidades de CSP, sendo 77% utentes de USF modelo A ou B e os demais de UCSP (Quadro 6).

Quadro 6. Distribuição das unidades de CSP e dos utentes por tipo de unidade

Participantes	UCSP	USF-A	USF-B	Total
Unidades de CSP	21 (26,3%)	24 (30,0%)	35 (43,8%)	80 (100%)
Utentes	2744 (23,4%)	3719 (31,7%)	5281 (45,0%)	11744 (100%)

A distribuição geográfica das unidades de CSP reflete a diversidade de contextos em que as unidades operam, sendo quase metade localizada em cidades (Quadro 7).

Quadro 7. Distribuição das unidades de CSP segundo o grau de urbanização do respetivo território

Participantes	Cidade	Área suburbana	Área rural (aldeia, pequena vila)	Sem resposta
Unidades de CSP	38 (47,5%)	22 (23,5%)	19 (23,8%)	1 (1,2%)

A distribuição dos utentes e das unidades de CSP participantes por região é apresentada na Figura 1.

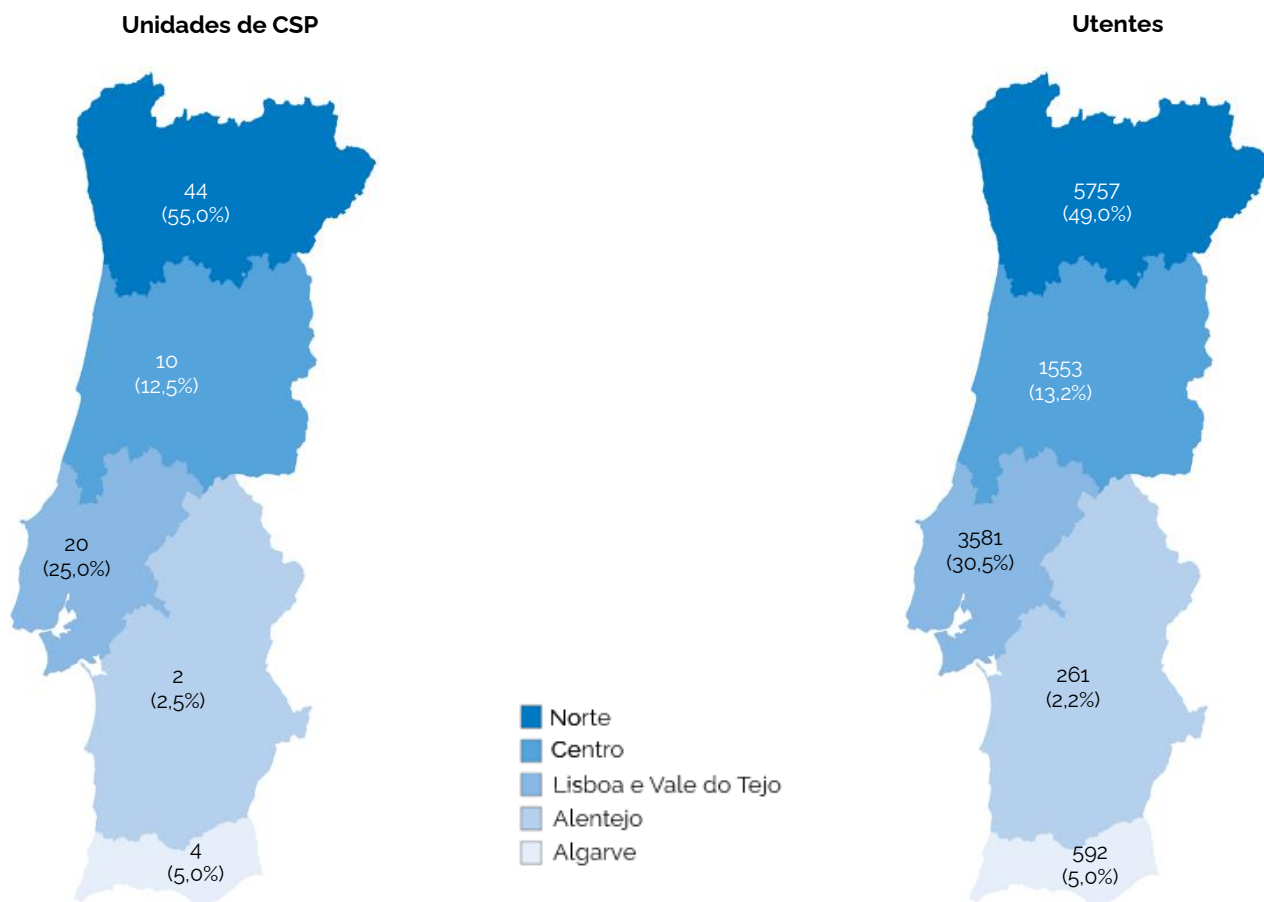


Figura 1. Distribuição dos utentes e unidades de CSP por região

Dos utentes que reportaram dados sociodemográficos, 53,5% são do género feminino e 45,5% do género masculino (Figura 2) e cerca de 76% têm entre 45 e 64 anos (Figura 3).

No que respeita à escolaridade (Figura 4), observa-se uma distribuição relativamente uniforme entre os vários níveis de ensino considerados – escolaridade baixa (ensino básico – até ao 9.º ano inclusive), média (ensino secundário e pós-secundário não superior) e elevada (ensino superior).

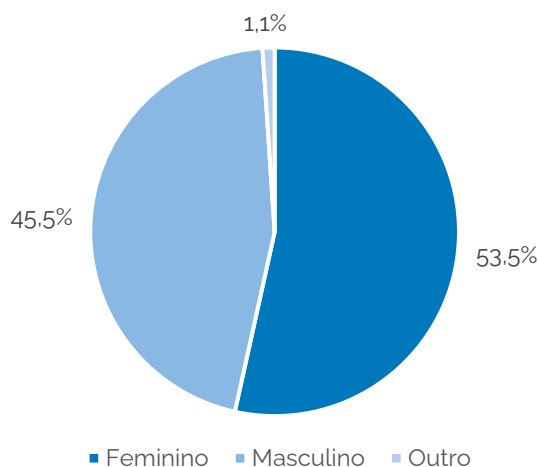


Figura 2. Distribuição dos utentes por género

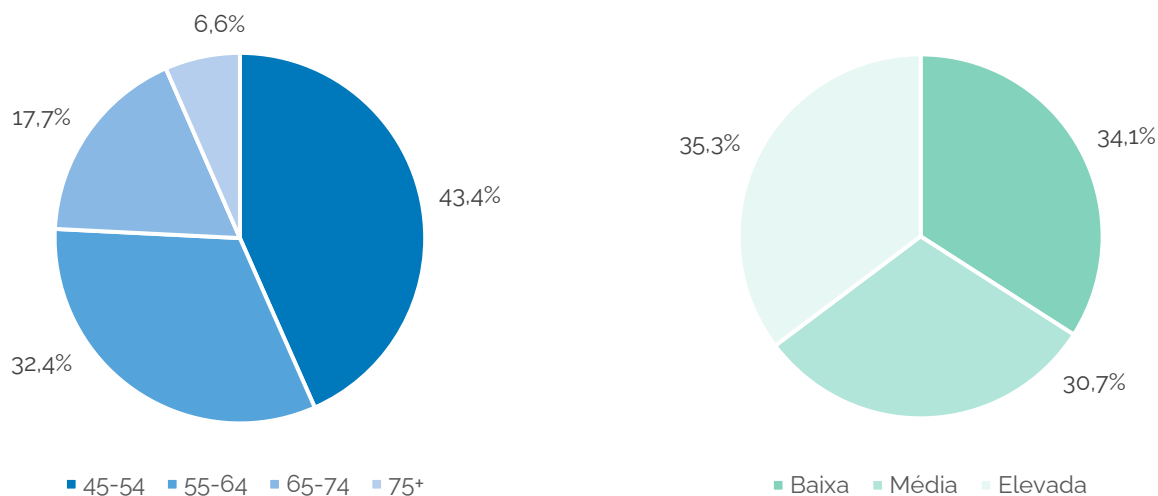


Figura 4. Distribuição dos utentes por grupo etário Figura 3. Distribuição dos utentes por nível de escolaridade

A caracterização sociodemográfica dos utentes incluídos na amostra nacional do estudo PaRIS, por região de saúde e por tipo de unidade de CSP é detalhada, respetivamente no Quadro 8 e no Quadro 9.

A proporção de respondentes entre os 45 e os 54 anos, bem como a de pessoas com baixa escolaridade, é mais elevada na região Norte e mais baixa nas regiões Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, enquanto a proporção de respondentes com 75 ou mais anos é superior na região Centro (8%) e inferior no Alentejo (4%). No Algarve, regista-se a proporção mais baixa de mulheres entre os utentes que responderam ao inquérito.

Quadro 8. Caracterização sociodemográfica dos utentes da amostra nacional por região

Amostra nacional	Idade				Género (feminino)	Escolaridade		
	45-54	55-64	65-74	75+		Baixa ¹	Média ²	Elevada ³
Portugal	5083 (43,4%)	3799 (32,4%)	2069 (17,7%)	768 (6,6%)	4995 (53,5%)	3183 (34,1%)	2863 (30,7%)	3293 (35,5%)
Norte	2678 (46,6%)	1854 (32,3%)	891 (15,5%)	319 (5,6%)	2428 (53,8%)	1761 (39,0%)	1326 (29,4%)	1428 (31,6%)
Centro	615 (39,7%)	515 (33,2%)	291 (18,8%)	129 (8,3%)	691 (53,8%)	390 (30,4%)	350 (27,3%)	542 (42,3%)
Lisboa e Vale do Tejo	1419 (39,7%)	1175 (32,9%)	710 (19,9%)	271 (5,6%)	1523 (53,1%)	803 (28,0%)	958 (33,4%)	1105 (38,6%)
Alentejo	114 (43,8%)	89 (34,2%)	47 (18,1%)	10 (3,8%)	108 (53,5%)	67 (33,2%)	61 (30,2%)	74 (36,6%)
Algarve	257 (43,4%)	166 (28,0%)	130 (22,0%)	39 (6,6%)	245 (51,7%)	162 (34,2%)	168 (35,4%)	144 (30,4%)

Nota: Frequências absolutas (n) e relativas (%) não padronizadas para Portugal continental e por região de saúde, da amostra nacional.

¹ Ensino básico – até ao 9.º ano inclusive. ² Ensino secundário e pós-secundário não superior (cursos de especialização tecnológica). ³ Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento).

Relativamente à distribuição dos utentes da amostra nacional por tipo de unidade de CSP, observa-se uma maior proporção de pessoas entre os 45 e os 54 anos nas UCSP, e uma menor proporção nos restantes grupos etários, em comparação com as USF modelo A e B. As UCSP registam igualmente as maiores proporções de pessoas com baixa escolaridade e de mulheres.

Quadro 9. Caracterização sociodemográfica dos utentes da amostra nacional por tipo de unidade

Amostra nacional	Idade				Género (feminino)	Escolaridade		
	45-54	55-64	65-74	75+		Baixa ¹	Média ²	Elevada ³
UCSP	1290 (47,1%)	845 (30,9%)	448 (16,4%)	156 (5,7%)	1189 (55,1%)	826 (38,3%)	669 (31,0%)	661 (30,7%)
USF-A	1545 (41,7%)	1216 (32,8%)	694 (18,7%)	254 (6,8%)	1568 (52,8%)	941 (31,7%)	943 (31,8%)	1084 (36,5%)
USF-B	2248 (42,6%)	1738 (33,0%)	927 (17,6%)	358 (6,8%)	2238 (53,1%)	1416 (33,6%)	1251 (29,7%)	1548 (36,7%)

Nota: Frequências absolutas (n) e relativas (%) não padronizadas para Portugal continental e por tipo de unidade de CSP, da amostra nacional. ¹ Ensino básico – até ao 9.º ano inclusive. ² Ensino secundário e pós-secundário não superior (cursos de especialização tecnológica). ³ Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento).

No que respeita aos profissionais responsáveis por responder ao inquérito das unidades de CSP, 75 profissionais (93,8%) são médicos de Medicina Geral e Familiar, 1 profissional (1,2 %) é médico de outra especialidade e 4 profissionais (5,0 %) não responderam a esta questão.

3.3. População-padrão

No presente relatório, os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS (cinco PROMS e cinco PREMs) estimados para Portugal, através das análises multinível, são padronizados por idade e sexo da população de utentes elegíveis em Portugal continental (utentes inscritos no RNU) (Quadro 10), exceto quando são apresentados resultados comparativos entre Portugal e os outros países participantes no estudo PaRIS. Neste caso, para permitir a comparação entre países, são apresentados os resultados normalizados para a população-padrão do estudo PaRIS, conforme calculados pela OCDE tendo por base a distribuição média por idade e sexo das populações elegíveis nos vários países membros participantes (população-padrão específica de cada país) (1).

Os demais resultados, nomeadamente os relativos às perguntas individuais que integram cada indicador-chave, são apresentados em formato não padronizado, sendo as respostas analisadas tal como foram reportadas pelos participantes, sem qualquer ajuste estatístico. Esta opção favorece a transparência dos dados, facilita a interpretação descritiva e oferece uma perspetiva mais imediata sobre a perceção dos respondentes em relação a cada dimensão avaliada. Por outro lado, complementando os resultados padronizados dos indicadores compostos, permite uma análise mais detalhada e contextualizada.

Quadro 10. População-padrão de Portugal e do estudo PaRIS da OCDE

	Idade				Género	
	45-54	55-64	65-74	75+	Feminino	Masculino
Portugal	28%	27%	23%	22%	55%	45%
OCDE – estudo PaRIS	25%	28%	27%	20%	55%	45%

Fonte: *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)* (1)

3.4. Análise estatística

A análise dos dados nacionais, recolhidos por inquérito, foi realizada com recurso ao programa R, versão 4.4.3.

A análise estatística descritiva incidu nas respostas às questões dos inquéritos aplicados aos utentes e às unidades de CSP, e incluiu frequências absolutas e relativas, médias (\bar{x}) e intervalos de confiança a 95% (IC 95%), quando aplicável.

Conforme referido anteriormente, os dados não foram ponderados (exceto os indicadores-chave), tendo a análise incidido apenas nas respostas válidas. Por esse motivo, existem variações nos totais de resposta a cada pergunta. As proporções apresentadas são sempre relativas ao total de respostas válidas de cada pergunta.

Os indicadores-chave do estudo PaRIS foram analisados utilizando três modelos de regressão multinível, para considerar a estrutura hierárquica dos dados (utentes aninhados nas respetivas unidades de CSP). Estes modelos diferenciam-se pelas variáveis independentes incluídas:

- Modelo 1 – Inclui idade e sexo, ambos padronizados em relação à população-padrão de Portugal;
- Modelo 2 - Adiciona o nível de escolaridade (três categorias: baixa, média, elevada) ao Modelo 1;
- Modelo 3 - Adiciona a presença de doença crónica ao Modelo 1 (duas categorias: não reportou nenhuma doença crónica; reportou pelo menos uma).

No caso dos indicadores de experiência de coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa, a análise foi restrita à subamostra de pessoas com doença crónica, pelo que apenas foram utilizados os Modelos 1 e 2, uma vez que não foram recolhidos dados das pessoas sem doença crónica para estas dimensões.

Todos os testes estatísticos foram realizados com um nível de significância de 5%. A análise multinível foi conduzida com recurso ao pacote lm4 do R.

Capítulo III

Resultados nacionais

Os resultados do estudo PaRIS em Portugal, baseados em 11 744 utentes de cuidados de saúde primários com 45 ou mais anos, mostram que a maioria das pessoas que vivem com doença crónica avalia de forma positiva a sua saúde física, mental e bem-estar, mas em níveis inferiores à média da OCDE. Menos de metade considera ter uma boa saúde geral e quase quatro em cada dez estão em risco de depressão clínica. Portugal apresenta, assim, alguns dos resultados mais baixos entre os países participantes no que respeita às medidas de resultados reportados pelos próprios doentes (PROMs), em particular na saúde geral e na saúde mental.

Quanto às experiências com os cuidados de saúde (PREMs), os resultados são mistos. Mais de 60% dos utentes dizem sentir-se confiantes para gerir a própria saúde e quase 70% avaliam a qualidade dos cuidados recebidos como boa ou melhor. Além disso, 77% reportam experiências positivas de cuidados centrados na pessoa. No entanto, apenas metade considera que a coordenação dos cuidados é satisfatória, e pouco mais de metade confia no sistema de saúde no seu todo – valores significativamente abaixo da média internacional.

O estudo revela ainda desigualdades importantes: mulheres, pessoas mais velhas, com menor escolaridade ou em situação de privação económica tendem a reportar piores resultados em saúde e menor confiança no sistema. A multimorbilidade é comum, afetando mais de metade das pessoas com doença crónica. Estes resultados evidenciam os desafios que o SNS enfrenta para melhorar a experiência e os resultados em saúde, reforçando a importância de políticas que promovam cuidados mais coordenados, equitativos e centrados nas necessidades reais das pessoas.

Neste capítulo apresentam-se os **principais resultados do estudo PaRIS** relativos à população inquirida em **Portugal**, com base nas respostas de **11 744 utentes de cuidados de saúde primários (CSP)** com **45 ou mais anos**, bem como nas respostas das respetivas **80 unidades de CSP**.

A análise centrou-se nos **dez indicadores-chave do estudo**¹ reportados pelos utentes – cinco de **resultados (PROMs)** e cinco de **experiência com os cuidados de saúde (PREMs)** – estimados através de **modelos de regressão multinível**. Os resultados destes indicadores são apresentados com **padronização por idade e sexo** da população elegível em Portugal continental, exceto quando se procede à **comparação com outros países**, caso em que se recorre à **população-padrão definida pela OCDE** para o estudo PaRIS.

Estes indicadores traduzem as **experiências e os resultados em saúde autorreportados pelos próprios utentes**, com especial enfoque nas **pessoas que vivem com doença crónica**, avaliando a perceção das pessoas relativamente à sua **saúde física e mental**, ao seu **funcionamento social e bem-estar** e à sua **saúde geral**, bem como à **confiança na gestão da própria saúde**, à **qualidade e coordenação dos cuidados recebidos**, à **centralidade da pessoa na prestação de cuidados** e à **confiança no sistema de saúde**.

Adicionalmente, são analisadas as **variações nos resultados** em função de fatores como o **género**, a **idade**, o **nível de escolaridade** e a **situação de privação económica**.

Em complemento, apresentam-se também **resultados desagregados, não padronizados**, das **respostas individuais** aos inquéritos.

Os resultados apresentados abrangem ainda aspetos específicos relacionados com a **saúde digital** – incluindo o **uso da internet para fins de saúde**, o **acesso ao registo de saúde eletrónico** e a **utilização de serviços online**.

Por fim, são descritos os **principais resultados do inquérito PaRIS junto das unidades de CSP em Portugal**, com o objetivo de traçar um **retrato detalhado da sua organização, dos serviços prestados e das práticas de gestão clínica e administrativa**.

1. Os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS

1.1. Retrato nacional: Portugal

Os resultados dos 10 indicadores-chave do estudo PaRIS, relativos aos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas em Portugal, são apresentados no Quadro 11.

Quadro 11. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas com doença crónica

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental e do estudo PaRIS, respetivamente)

¹ A informação sobre a construção dos 10 indicadores-chave do estudo PaRIS, incluindo a interpretação dos valores e a forma como são utilizados é disponibilizada no Quadro 1 e no Quadro 2 do Capítulo 2.

Indicadores-chave do estudo PaRIS	Resultados positivos	Pontuação média ou %	
		Portugal (IC 95%)	OCDE PaRIS
Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (PROMs)			
Saúde física	≥ 42 (boa, muito boa, excelente)	42,5 (41,6-43,4)	45
Saúde mental	≥ 40 (boa, muito boa, excelente)	42,6 (41,6-43,7)	47
Funcionamento social	Bom, muito bom, excelente	73,2% (68,5-77,4)	83%
Bem-estar	≥ 50 (sem risco de depressão clínica)	55,3 (53,6-57,0)	60
Saúde geral	Boa, muito boa, excelente	42,1% (34,4-50,3)	66%
Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (PREMs)			
Confiança na gestão da própria saúde	Confiante, muito confiante	61,3% (52,7-69,3)	59%
Experiência da coordenação dos cuidados	≥ 7,5 (experiência positiva)	7,3 (6,6-8,0)	8,2
Cuidados centrados na pessoa	≥ 12,0 (experiência positiva)	14,9 (14,1-15,7)	16,3
Experiência da qualidade dos cuidados	Boa, muito boa, excelente	69,0% (60,3-76,6)	87%
Confiança no sistema de saúde	Concordo, concordo totalmente	53,3% (47,0-59,6)	62%

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 1 (no caso dos indicadores de experiência da coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa) e no Modelo 3 (restantes indicadores). Para os indicadores de saúde física, saúde mental, bem-estar, experiência de coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social, saúde geral, confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2, Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. IC95% - Intervalo de confiança a 95%.

Em Portugal, em média, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica avaliam como boa a sua saúde física e a sua saúde mental** e também **percecionam positivamente o seu bem-estar**. Quase três quartos **classificam o seu funcionamento social como bom** ou melhor, mas **menos de metade dizem que a sua saúde geral é boa** ou melhor.

Mais de 60% sentem-se confiantes ou muito confiantes na sua capacidade **para gerir a própria saúde**, mas **menos de metade avaliam positivamente a coordenação dos cuidados**. **Quase 80% experienciam cuidados centrados na pessoa** e **quase 70% avaliam a qualidade dos cuidados como boa** ou melhor, mas **pouco mais de metade referem confiar no sistema de saúde**.

No [Anexo 2. Indicadores-chave do estudo PaRIS: amostra total](#) são apresentados os resultados para o total de utentes que participaram no estudo PaRIS, incluindo as pessoas sem doença crónica.

1.2. Portugal no contexto internacional: comparação com outros países

Na Figura 5 é apresentada a comparação entre os resultados de Portugal para cada um dos 10 indicadores-chave do estudo PaRIS e os valores máximo e mínimo registados nos países participantes, para as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas. Os resultados de cada país para cada um destes indicadores são detalhados no Quadro 12.²



Figura 5. Indicadores-chave do estudo PaRIS: Portugal e outros países participantes

Percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão do estudo PaRIS)

Fonte: *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Portugal (7)*

² Em Itália, os critérios de elegibilidade para a participação dos utentes diferiram das orientações definidas, e a amostra incluiu apenas três regiões. Além disso, nos Estados Unidos, os critérios de elegibilidade implementados (utentes com 65 ou mais anos) diferiram significativamente das orientações. Devido a estas divergências nos critérios de elegibilidade, os resultados para estes países não são considerados na Figura 5 e são apresentados separadamente no Quadro 12.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS NACIONAIS

Quadro 12. Indicadores-chave do estudo PaRIS: Portugal e outros países participantes

Pontuação média e percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão do estudo PaRIS)

Resultados positivos	Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (PROMs)					Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (PREMs)				
	Saúde física	Saúde mental	Funcionamento social	Bem-estar	Saúde geral	Confiança na gestão da própria saúde	Experiência da coordenação dos cuidados	Cuidados centrados na pessoa	Experiência da qualidade dos cuidados	Confiança no sistema de saúde
	≥ 42	≥ 40	Bom, muito bom, excelente	≥ 50	Boa, muito boa, excelente	Confiante, muito confiante	≥ 7,5	≥ 12,0	Boa, muito boa, excelente	Concordo, concordo totalmente
OCDE PaRIS	45 (70%)	47 (83%)	83%	60 (71%)	66%	59%	8,2 (59%)	16,3 (85%)	87%	62%
Arábia Saudita	46 (68%)	52 (93%)	93%	59 (65%)	93%	73%	6,5 (37%)	15,9 (87%)	89%	74%
Austrália	47 (74%)	48 (81%)	80%	59 (70%)	74%	61%	9,6 (74%)	18,1 (94%)	94%	64%
Bélgica	45 (68%)	46 (83%)	85%	60 (71%)	72%	63%	8,8 (67%)	17,9 (93%)	95%	70%
Canadá	47 (77%)	49 (87%)	87%	62 (74%)	83%	59%	9,3 (71%)	12,1 (63%)	94%	61%
Eslovénia	46 (74%)	47 (85%)	88%	61 (72%)	62%	61%	8,2 (57%)	16,4 (85%)	89%	63%
Espanha	43 (60%)	46 (81%)	79%	60 (69%)	55%	67%	8,5 (65%)	16,4 (85%)	85%	89%
França	45 (68%)	46 (87%)	91%	58 (67%)	76%	92%	8,4 (61%)	17,1 (92%)	91%	61%
Grécia	45 (69%)	45 (78%)	87%	58 (66%)	69%	37%	7,1 (47%)	14,6 (79%)	74%	36%
Islândia	44 (65%)	47 (82%)	78%	63 (74%)	62%	35%	6,2 (34%)	14,9 (77%)	74%	54%
Luxemburgo	45 (72%)	47 (86%)	86%	60 (71%)	71%	56%	8,5 (63%)	17,0 (91%)	93%	66%
Noruega	47 (75%)	47 (83%)	80%	63 (76%)	63%	47%	7,6 (51%)	16,3 (87%)	92%	73%
Pais de Gales	44 (60%)	46 (75%)	73%	53 (59%)	62%	51%	5,0 (22%)	13,7 (66%)	72%	46%
Paises Baixos	47 (74%)	47 (85%)	82%	65 (79%)	64%	78%	7,3 (49%)	16,8 (90%)	92%	71%
Portugal	43 (57%)	43 (67%)	73%	56 (61%)	42%	61%	7,3 (49%)	14,9 (77%)	69%	54%
República Checa	46 (72%)	48 (87%)	88%	60 (72%)	63%	68%	9,2 (70%)	17,1 (90%)	96%	54%
Roménia	41 (52%)	44 (75%)	75%	59 (65%)	43%	42%	10,3 (78%)	17,4 (93%)	80%	52%
Suíça	47 (82%)	49 (91%)	90%	65 (80%)	79%	67%	10,3 (81%)	19,1 (97%)	97%	71%
Itália*	44 (66%)	45 (76%)	78%	56 (62%)	39%	24%	9,5 (72%)	16,3 (88%)	78%	62%
Estado Unidos**	48 (75%)	51 (89%)	90%	64 (76%)	81%	74%	9,3 (72%)	18,4 (95%)	94%	65%

- Melhor que a média da OCDE no estudo PaRIS (estatisticamente superior, acima de um intervalo comparativo > 1)
- Próximo da média da OCDE no estudo PaRIS (não estatisticamente diferente, dentro de um intervalo comparativo)
- Pior que a média da OCDE no estudo PaRIS (estatisticamente inferior, abaixo de um intervalo comparativo > 1)

Nota: Para todos os indicadores, é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). Para cinco indicadores, é também apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. No Capítulo 2, Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. As células estão codificadas por cores para indicar se os valores são estatisticamente diferentes da média da OCDE no estudo PaRIS. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. Em Espanha, a medida de confiança foi colocada especificamente em relação aos profissionais de CSP da unidade de CSP das pessoas. Esta variação pode influenciar os níveis de confiança em Espanha e limitar a comparabilidade com outros países que referem a confiança no sistema de saúde de forma mais abrangente. * Os dados para Itália referem-se a pessoas com doenças crónicas seguidas em ambulatório para consultas de especialidade em regiões selecionadas. ** A amostra dos Estados Unidos inclui apenas pessoas com 65 ou mais anos.

Fonte: *Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) (1)*

No que se refere às medidas de resultados (PROMs) reportados pelos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica, **Portugal apresenta um desempenho bastante inferior à média da OCDE no estudo PaRIS, nos vários domínios avaliados: saúde física, saúde mental, funcionamento social, bem-estar e saúde geral. Em todos estes indicadores, os resultados nacionais são os mais baixos, ou próximos dos mais baixos, entre os países participantes.** Apenas Itália apresenta, tal como Portugal, um desempenho inferior à média em todas as PROMs. Em contraste, a Suíça destaca-se com resultados acima da média nos cinco indicadores, enquanto a maioria dos países participantes tem pontuações próximas ou acima da média.

Relativamente às medidas de experiência (PREMs), **Portugal apresenta resultados comparáveis à média da OCDE no estudo PaRIS, sem diferenças estatisticamente significativas, em dois domínios: confiança na gestão da própria saúde e experiência da coordenação dos cuidados. Contudo, nas restantes PREMs – cuidados centrados na pessoa, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde – os resultados nacionais são estatisticamente inferiores à média da OCDE.** A Suíça destaca-se com pontuações acima da média em todas as medidas de experiência, exceto na confiança na gestão da própria saúde. Por sua vez, a Austrália regista desempenhos superiores à média na coordenação dos cuidados, nos cuidados centrados na pessoa e na qualidade dos cuidados. Em contraste, a Grécia apresenta resultados estatisticamente inferiores à média da OCDE em todas as PREMs avaliadas.

1.3. Análise por indicador

Nesta secção são descritos mais detalhadamente os resultados dos 10 indicadores-chave do estudo PaRIS (cinco PROMs e cinco PREMs), padronizados para a população de utentes elegíveis de Portugal continental, bem como as diferenças em relação à média dos países participantes e ao país com melhor desempenho. Para os indicadores construídos com base em mais do que uma pergunta, são ainda apresentados os resultados positivos e negativos relativos a cada uma das componentes que os integram.

1.3.1. PROMs

1.3.1.1. Saúde física

O indicador mede a saúde física com base nas respostas dos utentes a quatro perguntas relacionadas com o estado geral de saúde física, função física (atividades físicas diárias), dor e fadiga. Uma pontuação maior ou igual a 42 indica que a pessoa tem uma saúde física boa ou melhor, em comparação com uma saúde física razoável ou insatisfatória.

Em Portugal, em média, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica percecionam a sua saúde física como boa** ($\bar{x} = 43$), mas abaixo de “muito boa” (pontuação < 50). Apesar de **mais de metade (57%) ter uma saúde física boa ou melhor**, este valor é inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (70%) e 25 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (82%).

Apesar de 80% ou mais das pessoas reportarem resultados positivos relativamente à função física – atividades como andar, subir escadas, carregar compras ou mover uma cadeira – bem como em relação à dor e à fadiga (avaliadas com base nos 7 dias anteriores), **mais de 60% classifica a sua saúde física, em geral, como apenas razoável ou insatisfatória**, quando questionada diretamente sobre a mesma (Figura 6).

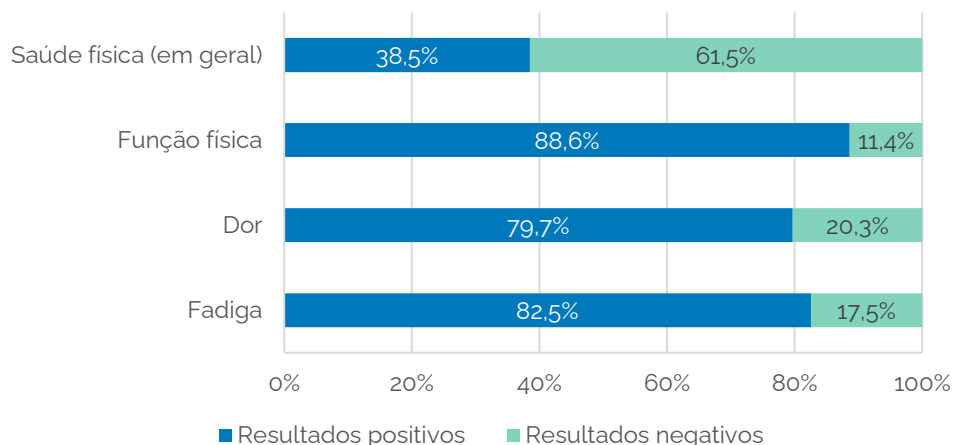


Figura 6. Saúde física: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.1.2. Saúde mental

O indicador mede a saúde mental com base nas respostas da pessoa a quatro perguntas sobre saúde mental em geral, qualidade de vida, sofrimento emocional e saúde social. Uma pontuação ≥ 40 indica que a pessoa tem uma saúde mental boa ou melhor, enquanto um valor inferior indica uma saúde mental razoável ou insatisfatória.

Em Portugal, em média, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica percecionam a sua saúde mental como boa** ($\bar{x} = 43$), mas abaixo de “muito boa” (pontuação < 48), sendo que **dois terços (67%) revelam uma saúde mental boa ou melhor**. No entanto, esta é a percentagem mais baixa entre os países participantes no inquérito PaRIS, sendo significativamente inferior à média (83%) e 26 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (93%).

Mais de 70% das pessoas reportam resultados positivos tanto no que respeita ao sofrimento emocional (ansioso/a, deprimido/a ou irritado/a, nos 7 dias anteriores), como à saúde social (satisfação com atividades sociais e relacionamentos) (Figura 7). Além disso, quase dois terços também classificam positivamente a sua saúde mental, em geral, quando questionadas diretamente sobre a mesma. No entanto, quase metade das pessoas reportam uma qualidade de vida razoável ou insatisfatória.

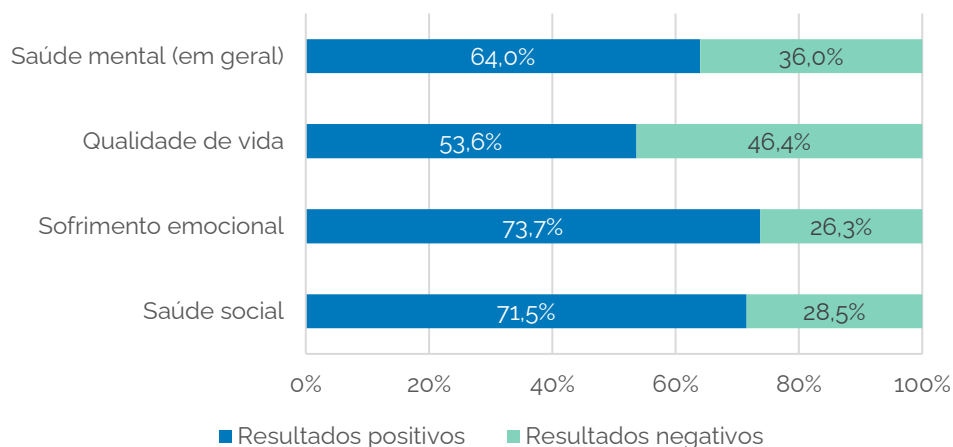


Figura 7. Saúde mental: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.1.3. Funcionamento social

O indicador mede o funcionamento social com base numa única pergunta sobre a capacidade das pessoas para realizarem as suas atividades e papéis sociais habituais.

Em Portugal, cerca de **três em cada quatro pessoas (73%) com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica reportam resultados positivos relativamente ao seu funcionamento social**, isto é, classificam como boa, muito boa ou excelente a forma como conseguem desempenhar as suas atividades e funções sociais habituais. Estas incluem atividades em casa, no trabalho e na comunidade, e responsabilidades como pai/mãe, filho/a, esposo/a, empregado/a, amigo/a, etc. Ainda assim, este valor é significativamente inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (83%) e 20 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (93%).

As demais pessoas (27%) classificam como razoável ou insatisfatório o seu funcionamento social.

Os resultados não padronizados da pergunta única que compõe o indicador são semelhantes (Figura 8).

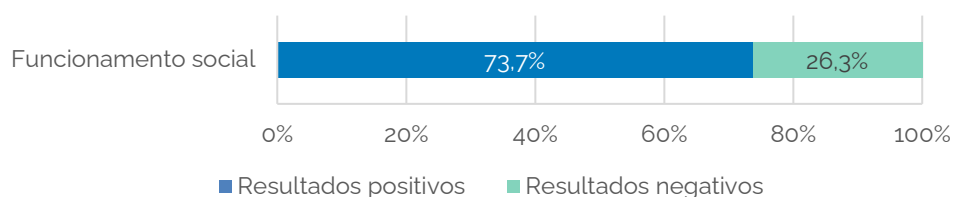


Figura 8. Funcionamento social: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.1.4. Bem-estar

O indicador de bem-estar mede o grau em que uma pessoa se sente positiva em relação ao seu humor, vitalidade e realização pessoal, com base nas respostas a cinco perguntas. Uma pontuação ≥ 50 indica que a pessoa não está em risco de depressão clínica.

Em Portugal, em média, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica percecionam positivamente o seu bem-estar** ($\bar{x} = 56$), **embora apenas em menos de metade do tempo** (pontuação < 60), tendo como referência as duas semanas anteriores.

Ainda com base nesse período, **61% reportam um bem-estar positivo**, valor significativamente inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (71%) e 19 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (80%). No entanto, cerca de **quatro em cada dez pessoas (39%) estão em risco de depressão clínica** (pontuação < 50).

Nas duas semanas anteriores, **65% das pessoas “sentiram-se alegres e de bom humor”, mas apenas metade “acordaram frescas e repousadas”** (Figura 9).

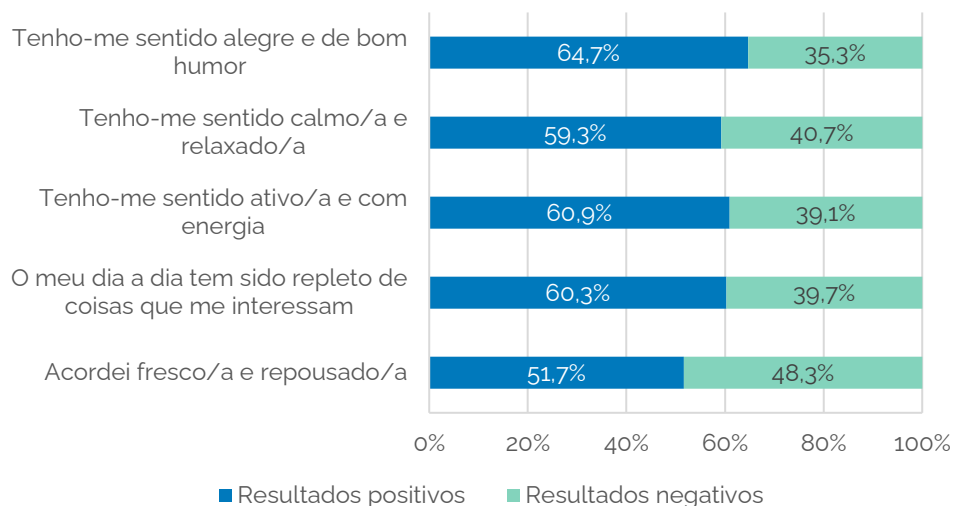


Figura 9. Bem-estar: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.1.5. Saúde geral

Este indicador mede a saúde geral com base numa única pergunta que fornece uma medida global do estado de saúde da pessoa.

Em Portugal, cerca **de seis em cada dez pessoas (58%) com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica reportam que a sua saúde geral é razoável ou insatisfatória**. Apenas **quatro em cada dez pessoas (42%) avaliam positivamente o seu estado geral de saúde**, isto é, referem que **a sua saúde é boa, muito boa ou excelente**. Este valor é significativamente inferior à média da OCDE no PaRIS (66%) e 51 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (93%).

Os resultados não padronizados da pergunta única que compõe o indicador são semelhantes (Figura 10).

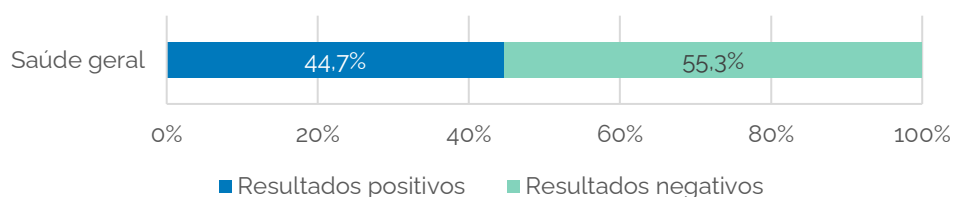


Figura 10. Saúde geral: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.2. PREMs

1.3.2.1. Confiança na gestão da própria saúde

O indicador mede a confiança na gestão da própria saúde com base numa única pergunta que avalia o grau de confiança da pessoa na sua capacidade para gerir a própria saúde e bem-estar.

Em Portugal, **seis em cada dez pessoas (61%) com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica sentem-se “confiantes” ou “muito confiantes” na sua capacidade para gerir a própria saúde e bem-estar**. Este valor é ligeiramente superior à média da OCDE no estudo PaRIS (59%), mas 31 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (92%).

Por outro lado, **quatro em cada dez pessoas (39%) sentem-se “um pouco confiantes” ou “nada confiantes” para gerir a sua própria saúde e bem-estar**.

Os resultados não padronizados da pergunta única que compõe o indicador são semelhantes (Figura 11).

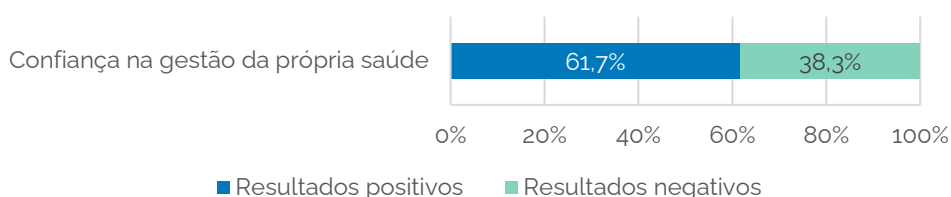


Figura 11. Confiança na gestão da própria saúde: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.2.2. Experiência da coordenação dos cuidados

O indicador mede a experiência da coordenação dos cuidados com base nas respostas a cinco perguntas que avaliam até que ponto a pessoa experiencia um percurso contínuo e articulado através dos diferentes serviços e contextos de cuidados de saúde: i) cuidados integrados, ii) um único ponto de contacto, iii) plano global de cuidados, iv) apoio na gestão da própria saúde, v) informação sobre a gestão da própria saúde). Uma pontuação maior ou igual a 7,5 (numa escala de 0 a 15) equivale a uma pontuação média igual ou superior a 50 % nas cinco perguntas.

Em Portugal, em média, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica avaliam negativamente a experiência da coordenação dos cuidados ($\bar{x} = 7,3$). Pouco menos de metade (49%) avaliam positivamente a coordenação dos cuidados**, um valor que é inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (59%) e 32 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (81%).

Quase **73% das pessoas percebem os cuidados de saúde como estando organizados de uma forma que lhes é conveniente**, mas apenas **pouco mais de metade refere ter um/a único/a profissional de saúde responsável por coordenar os cuidados de saúde que lhe são prestados** (Figura 12).

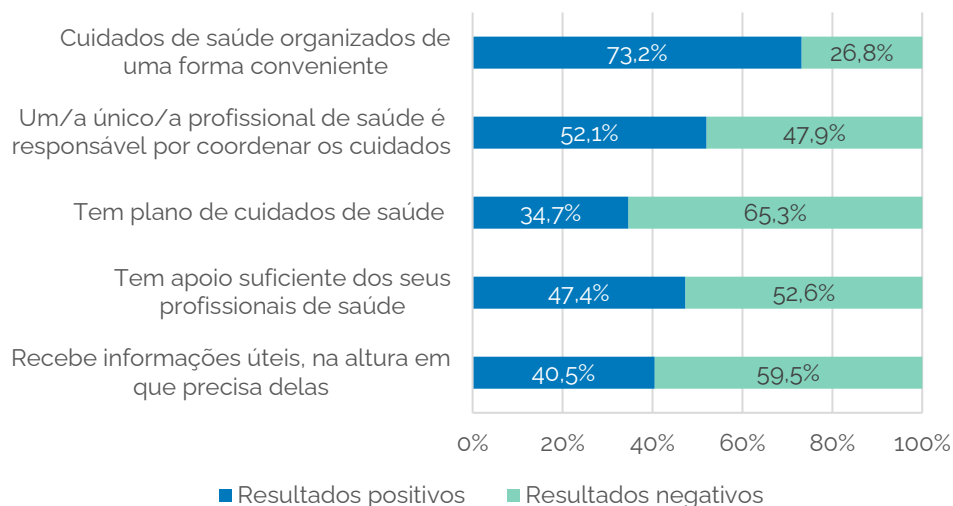


Figura 12. Experiência da coordenação dos cuidados: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

Apenas **35% dos utentes inquiridos reportaram ter um plano de cuidados** que contempla as suas necessidades de saúde e bem-estar. **Destes, a larga maioria refere que o plano está disponível para si (91%), considera-o útil** para gerir a sua saúde e bem-estar, na maioria das vezes ou sempre (73%), **e percebe que todos os profissionais envolvidos nos seus cuidados de saúde seguem o mesmo (70%)**.

Também **menos de metade reporta ter apoio suficiente dos seus profissionais de saúde (48%) ou receber informações úteis, na altura em que precisa (41%)**, para gerir a sua própria saúde e bem-estar.

1.3.2.3. Cuidados centrados na pessoa

O indicador de cuidados centrados na pessoa inclui oito perguntas que avaliam em que medida as necessidades de saúde da pessoa são geridas de forma holística, assegurando que as suas preferências e necessidades estão no centro dos cuidados prestados: i) conversas sobre o que é importante; ii) envolvimento nas decisões; iii) consideração da "pessoa no seu todo"; iv) sem necessidade de repetir informações; v) cuidados integrados; vi) apoio na gestão da própria saúde; vii) informação sobre a gestão da própria saúde; viii) confiança na gestão da própria saúde. Uma pontuação ≥ 12 (numa escala de 0 a 24) equivale a uma pontuação média $\geq 50\%$ nas oito perguntas.

Em Portugal, à semelhança dos demais países participantes no estudo PaRIS, **as pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica reportam**, em média, **uma experiência de cuidados centrados na pessoa** ($\bar{x} = 14,9$). **Oito em cada dez pessoas (77%) referem receber cuidados centrados na pessoa**, um valor que, apesar de bastante positivo, é significativamente inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (85%) e 20 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (97%).

Mais de 80% das pessoas referem que conversam com os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados de saúde **sobre o que é mais importante para si** na gestão da sua saúde e do seu bem-estar, **são envolvidas**, tanto quanto gostariam, nas decisões sobre os seus cuidados de saúde **e percebem que são consideradas "no seu todo"** e não apenas como uma doença ou um problema (Figura 13). No entanto, **cerca de metade indica que houve ocasiões em que teve de repetir informações que deveriam constar do seu registo de cuidados de saúde**. Adicionalmente, entre as várias componentes do indicador de cuidados centrados na pessoa, **o apoio dos profissionais de saúde e a obtenção de informações úteis no momento em que a pessoa precisa**, para gerir a própria saúde e bem-estar, são as dimensões que **registam a menor proporção de respostas positivas**.

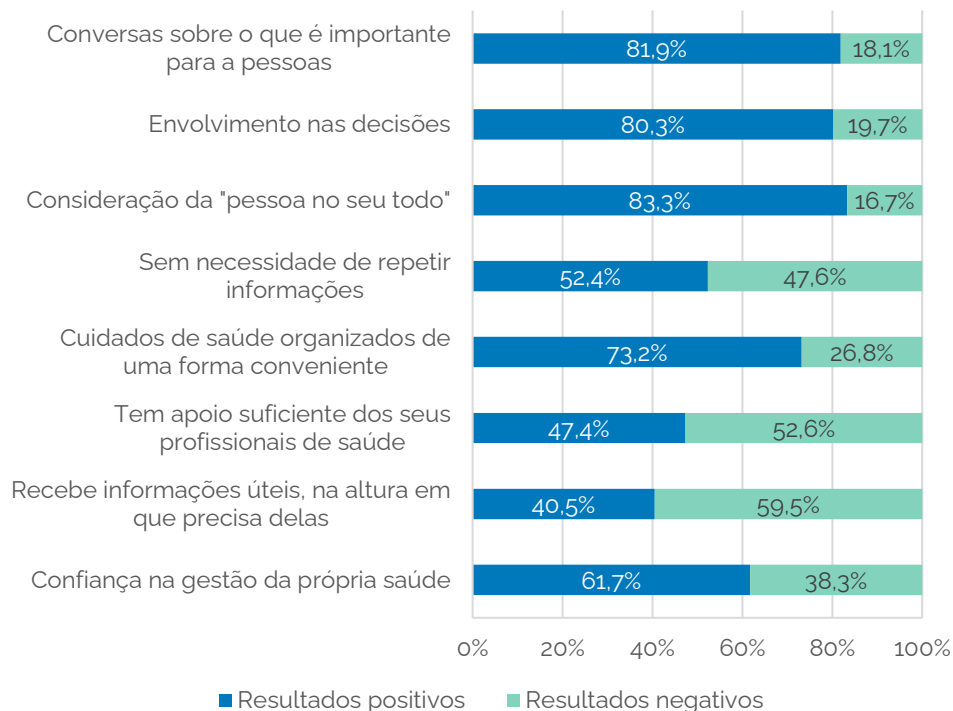


Figura 13. Cuidados centrados na pessoa: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.2.4. Experiência da qualidade dos cuidados

O indicador mede a experiência da qualidade dos cuidados com base numa única pergunta que fornece uma medida global da forma como a pessoa avalia os cuidados recebidos nos últimos 12 meses,

Em Portugal, cerca de **sete em cada dez pessoas (69%) com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica avaliam positivamente os cuidados de saúde que receberam** na sua unidade de CSP nos últimos 12 meses – considerando-os de boa, muito boa ou excelente qualidade. Ainda assim, este valor é significativamente inferior à média da OCDE no estudo PaRIS (87%) e 28 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (97%).

Em contrapartida, **três em cada dez pessoas (31%) avaliam a qualidade dos cuidados recebidos como apenas de razoável ou fraca qualidade.**

Os resultados não padronizados da pergunta única que compõe o indicador são semelhantes (Figura 14).

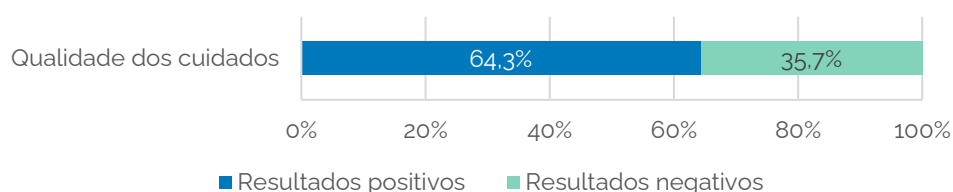


Figura 14. Experiência da qualidade dos cuidados: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

1.3.2.5. Confiança no sistema de saúde

O indicador mede a confiança no sistema de saúde com base numa única pergunta que avalia em que medida a pessoa confia, de forma geral, no seu sistema de saúde.

Em Portugal, cerca de **cinco em cada dez pessoas (53%)³ com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica referem confiar no sistema de saúde**, isto é, “concordam” ou “concordam totalmente” que o sistema de saúde é de confiança. Este valor é significativamente inferior à média da OCDE no PaRIS (62%) e 35 pontos percentuais abaixo do país com melhor desempenho (89%).

As restantes pessoas inquiridas afirmam que “não concordam nem discordam”, “discordam” ou “discordam totalmente” que o sistema de saúde seja de confiança.

Os resultados não padronizados da pergunta única que compõe o indicador são semelhantes (Figura 15).

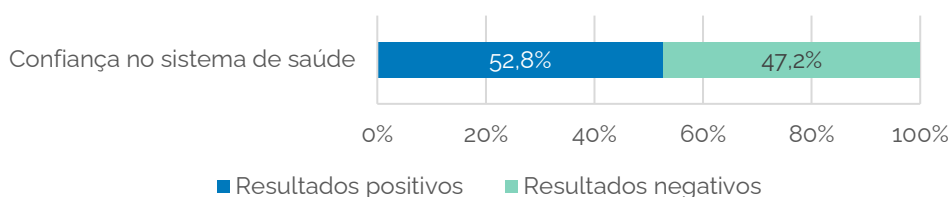


Figura 15. Confiança no sistema de saúde: pessoas com doença crónica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos e negativos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas (resultados não padronizados)

³ 54% no caso dos resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão do estudo PaRIS.

2. Viver com doença crónica

Viver com doença crónica, especialmente em situação de multimorbilidade (duas ou mais doenças crónicas), constitui um desafio importante tanto para as pessoas como para o sistema de saúde, em particular para o SNS. Esta realidade exige uma resposta abrangente, coordenada e contínua, tendo como pilar fundamental os CSP, pela sua integração na comunidade e abordagem generalista, de forma a responder de forma integrada aos impactos físicos, mentais e sociais da doença.

Os resultados do estudo PaRIS mostram que, em Portugal, **82% dos utentes de CSP com 45 ou mais anos referem viver com, pelo menos, uma doença crónica, e 51% referem apresentar multimorbilidade** (Figura 16). **Entre as pessoas que vivem com doença crónica, 62% reportaram ter duas ou mais doenças crónicas e 31% reportaram ter três ou mais doenças crónicas.**

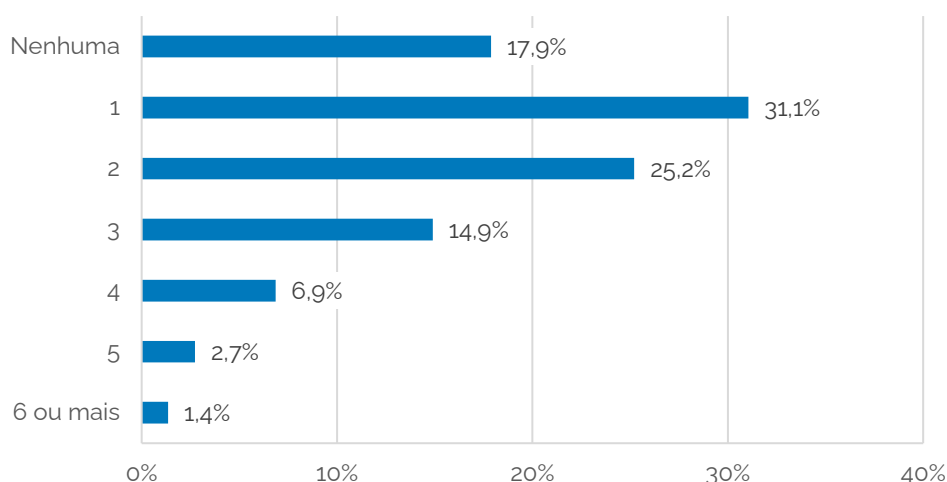


Figura 16. Distribuição dos utentes por número de doenças crónicas autorreportadas
 Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

As **doenças crónicas mais reportadas** pelos utentes que participaram no estudo **são hipertensão arterial (42%)**, seguida **de artrose ou dores persistentes nas costas ou articulações (32%)** (Figura 17). Os **problemas de saúde mental**, como depressão, ansiedade ou outros **constituem a terceira situação crónica mais reportada (22%)**. Mais de 10% dos utentes também reportam diabetes (tipo 1 ou 2), problemas cardiovasculares ou cardíacos e problemas respiratórios, como asma ou doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

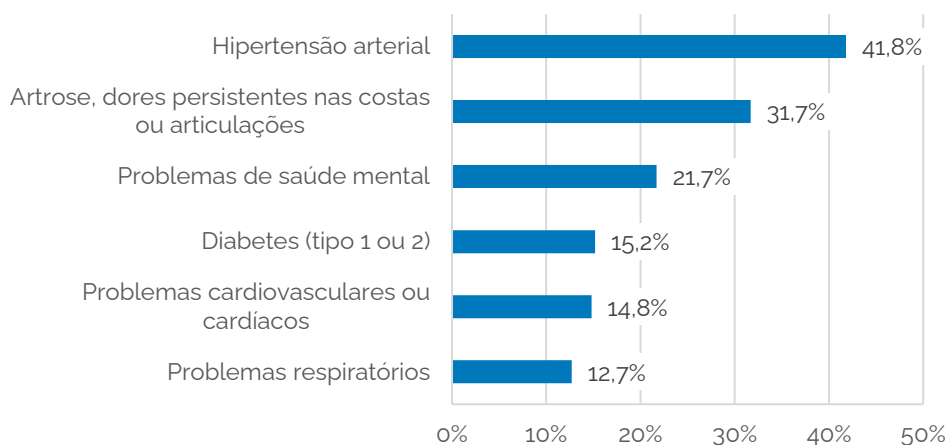


Figura 17. Doenças crónicas autorreportadas pelos utentes

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Apenas são apresentadas as doenças crónicas autorreportadas com frequência superior a 10%.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS NACIONAIS

O Quadro 13 apresenta a distribuição do número de doenças crónicas autorreportadas pelos utentes, a nível nacional e por região de saúde. Verifica-se que, na amostra nacional do estudo PaRIS, **a proporção de pessoas que referem ter uma ou mais doenças crónicas é mais baixa na região Norte (80%), em comparação com as restantes regiões (83% ou mais).**

Quadro 13. Distribuição dos utentes por número de doenças crónicas autorreportadas e região

Número e percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Amostra nacional	Nenhuma	1	2	3	4	5	6 ou mais
Portugal	1847 (17,9%)	3208 (31,1%)	2604 (25,2%)	1539 (14,9%)	708 (6,9%)	282 (2,7%)	140 (1,4%)
Norte	976 (19,5%)	1566 (31,4%)	1250 (25,0%)	685 (13,7%)	315 (6,3%)	146 (2,9%)	57 (1,1%)
Centro	227 (16,4%)	436 (31,5%)	325 (23,5%)	231 (16,7%)	103 (7,4%)	42 (3,0%)	21 (1,5%)
Lisboa e Vale do Tejo	519 (16,3%)	963 (30,2%)	827 (25,9%)	503 (15,8%)	247 (7,7%)	81 (2,5%)	51 (1,6%)
Alentejo	39 (16,8%)	81 (34,9%)	63 (27,2%)	31 (13,4%)	10 (4,3%)	4 (1,7%)	4 (1,7%)
Algarve	86 (16,4%)	162 (30,9%)	139 (26,5%)	89 (17,0%)	33 (6,3%)	9 (1,7%)	7 (1,3%)

Todavia, **entre as pessoas com doença crónica a proporção de pessoas com multimorbilidade é mais elevada em Lisboa e Vale do Tejo (64%) e mais baixa no Alentejo (58%)** (Figura 18).

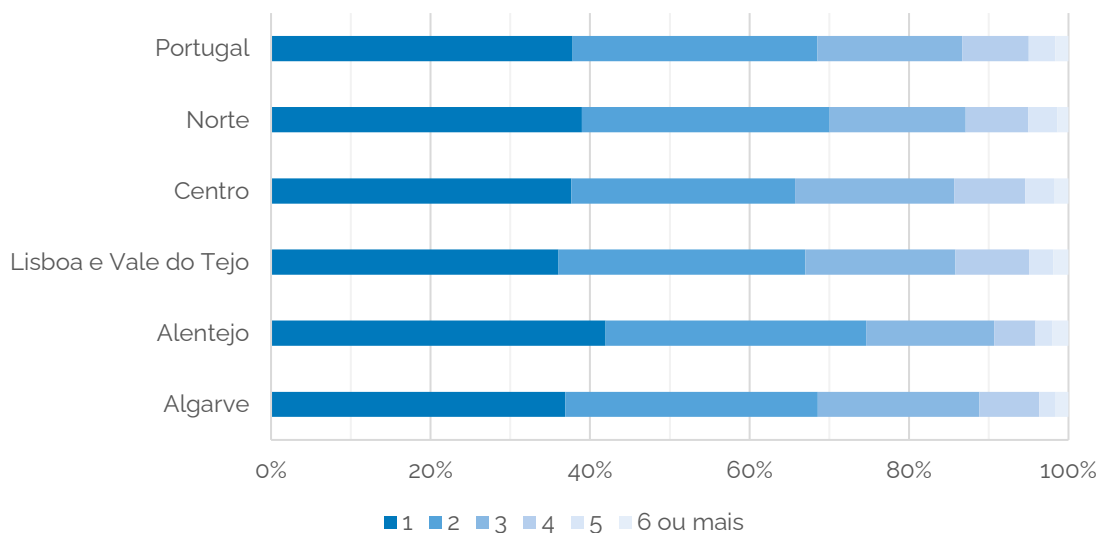


Figura 18. Distribuição das pessoas com doença crónica por número de doenças autorreportadas e região
Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica (resultados não padronizados)

As doenças crónicas mais referidas pelos utentes, em cada região, são detalhadas no Quadro 14. Tal como a nível nacional, **a hipertensão arterial é a doença crónica mais frequente em todas as regiões de saúde, seguida da artrose ou dores nas costas ou articulações e dos problemas de saúde mental** (depressão, ansiedade ou outro). **Os problemas cardiovasculares ou cardíacos são mais frequentemente reportados do que a diabetes (tipo 1 ou 2) em três das cinco regiões – Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo.**

Quadro 14. Doenças crónicas reportadas pelos utentes

Número e percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Amostra nacional	Hipertensão arterial	Artrose, dores persistentes nas costas ou articulações	Problemas de saúde mental	Diabetes (tipo 1 ou 2)	Problemas cardiovasculares ou cardíacos	Problemas respiratórios
Portugal	4322 (41,8%)	3271 (31,7%)	2241 (21,7%)	1572 (15,2%)	1533 (14,8%)	1308 (12,7%)
Norte	2013 (40,3%)	1549 (31,0%)	1100 (22,0%)	699 (14,0%)	710 (14,2%)	609 (12,2%)
Centro	564 (40,7%)	463 (33,4%)	710 (22,3%)	217 (15,7%)	232 (16,8%)	194 (14,0%)
Lisboa e Vale do Tejo	1422 (44,6%)	998 (31,3%)	1100 (22,0%)	539 (16,6%)	478 (15,0%)	432 (13,5%)
Alentejo	101 (43,5%)	80 (34,5%)	44 (19,0%)	35 (15,1%)	39 (16,8%)	19 (8,2%)
Algarve	222 (42,3%)	181 (34,5%)	100 (19,0%)	91 (17,3%)	74 (14,1%)	54 (10,3%)

Nota: Apenas são apresentadas as doenças crónica autorreportadas com frequência superior a 10%.

Por tipo de unidade de CSP, a proporção de pessoas que referem ter uma ou mais doenças crónicas é de 83% nas UCSP, 83% nas USF modelo A e 81% nas USF modelo B.

2.1. Resultados em saúde e experiências com os cuidados de saúde

Os resultados do estudo PaRIS evidenciam o impacto de viver com doença crónica. **As pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica tendem, de forma geral, a reportar resultados e experiências mais desfavoráveis do que as pessoas sem doença crónica** (Figura 19).

No entanto, **apenas se observam diferenças estatisticamente significativas nas cinco PROMs** analisadas no estudo PaRIS – **saúde física, saúde mental, funcionamento social, bem-estar e saúde geral.**

Nas três PREMs que avaliam a experiência com os CSP e para as quais existem também resultados disponíveis para pessoas sem doença crónica – confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde –, observa-se que, **embora as pessoas com doença crónica reportem menos experiências positivas, as diferenças em relação às pessoas sem doença crónica não são estatisticamente significativas.**

Os resultados detalhados dos indicadores PROMs e PREMs para as pessoas com e sem doença crónica são apresentados, respetivamente, no Quadro 11 e no [Anexo 3. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas sem doença crónica.](#)

Dado que a amostra não foi dimensionada para detetar diferenças entre regiões ou tipos de unidades, os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS não foram estimados para estas variáveis.

Os dados nacionais não padronizados correspondentes às respostas do total de utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com e sem doença, inquiridos no estudo PaRIS, são disponibilizados no Anexo 4. Estudo PaRIS: pessoas com e sem doença crónica.

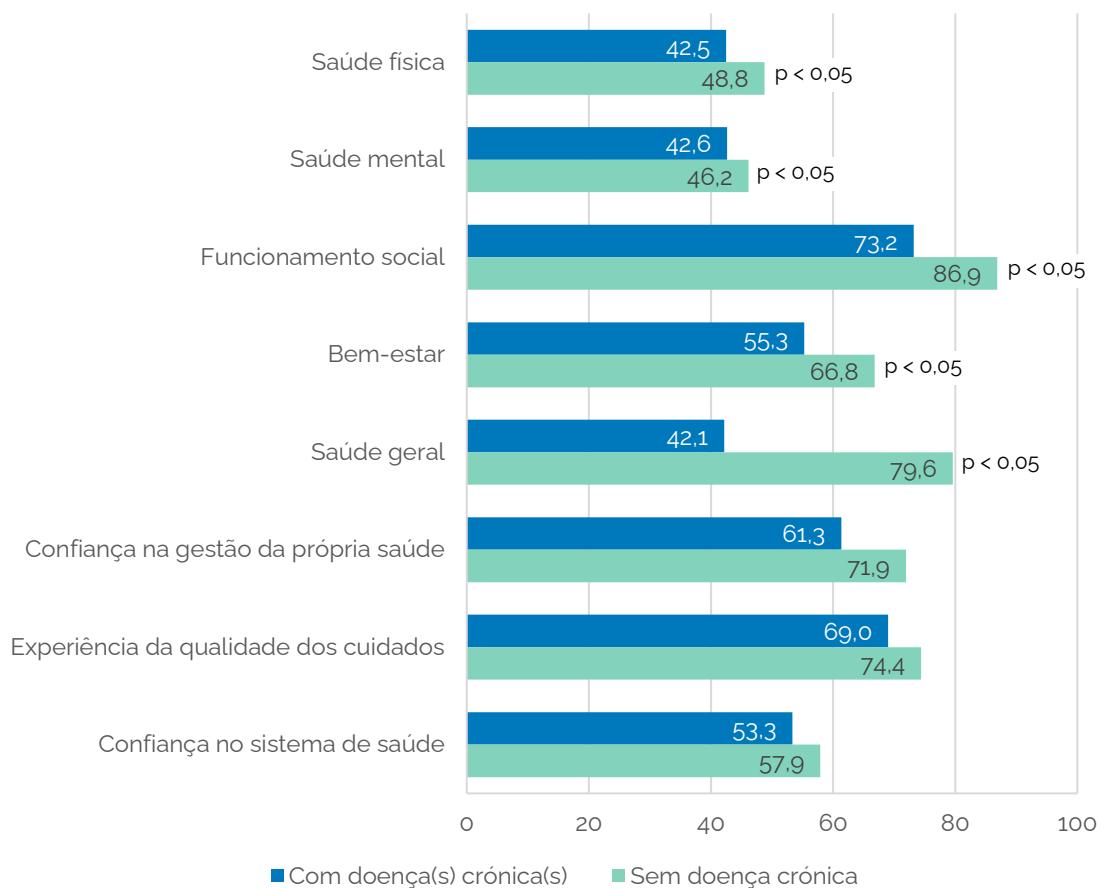


Figura 19. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas com e sem doença crónica

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com e sem doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 3. Para os indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social, saúde geral, confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e cuidados centrados na pessoa não são reportados, porque não existem dados disponíveis para pessoas sem doença crónica. No Capítulo 2, Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. p < 0,05 – Diferença estatisticamente significativa com um nível de confiança de 95%.

2.2. Experiência da coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa

Uma abordagem de cuidados centrados na pessoa incentiva à participação ativa do próprio utente na gestão dos seus cuidados de saúde, e promove uma melhor coordenação de cuidados entre os diversos serviços e prestadores de saúde

Esta estratégia é particularmente benéfica para os utentes com multimorbilidade, pelas suas necessidades específicas de acompanhamento por diversas valências médicas. Uma boa articulação e coordenação dos cuidados é assim fundamental para melhorar os seus resultados em saúde.

Nesta perspetiva, dois dos PREMs analisados no estudo PaRIS – ‘Experiência da coordenação dos cuidados’ e ‘Cuidados centrados na pessoa’ - foram aplicados exclusivamente aos utentes com doenças crónicas de forma propositada.

Foi possível identificar alguns resultados relevantes, no seu cruzamento com o desempenho de cada um dos indicadores mencionados acima.

Verificou-se que **os utentes que vivem com doença crónica que reportaram melhores experiências da coordenação dos cuidados também se sentiram mais envolvidos nas decisões sobre os seus próprios cuidados de saúde** (Figura 20). Destaca-se particularmente o valor baixo do indicador (3,6, numa escala de 0 a 15) para os utentes que não se consideram suficientemente envolvidos nas decisões sobre os seus cuidados.

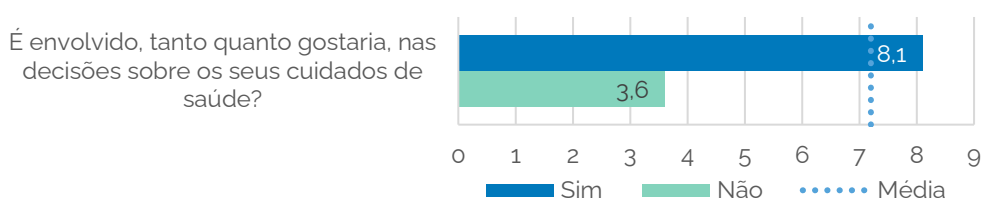


Figura 20. Experiência da coordenação dos cuidados e decisões sobre cuidados de saúde

Score do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (escala de 0 a 15) consoante a resposta à seguinte questão: É envolvido, tanto quanto gostaria, nas decisões sobre os seus cuidados de saúde? (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (8082 respostas). A média (7,2) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

Outra questão relevante prende-se com a existência de um profissional de saúde único ao qual o utente possa recorrer para gerir a sua saúde. **Os utentes que vivem com doença crónica que responderam não ter um profissional de saúde único a quem recorrer reportaram valores muito baixos de experiência da coordenação dos cuidados (3,7, numa escala de 0 a 15)**. Destaca-se também a diferença de valores entre identificar um profissional médico e outro profissional, sendo que apenas no primeiro caso o indicador teve um valor absoluto positivo, acima dos 7,5 (Figura 21). Este resultado poderá evidenciar a necessidade de reforçar junto dos utentes o papel das equipas multidisciplinares nos CSP.

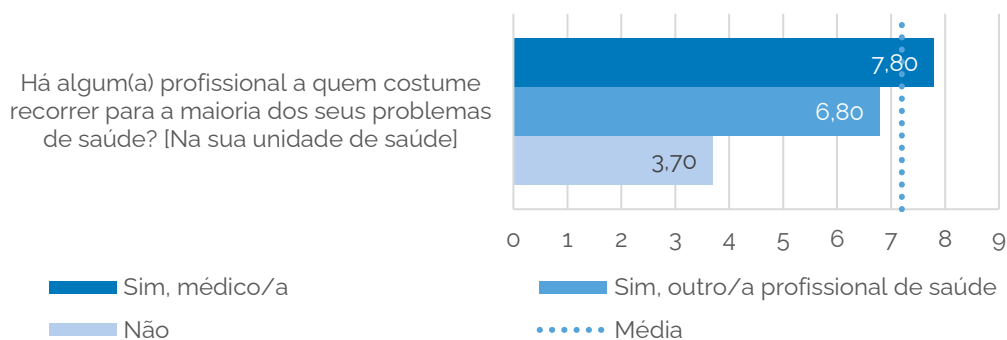


Figura 21. Experiência da coordenação dos cuidados e profissionais de saúde

Score do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (escala de 0 a 15) consoante a resposta à seguinte questão: Há algum(a) profissional a quem costume recorrer para a maioria dos seus problemas de saúde? (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (8082 respostas). A média (7,2) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

A análise da confiança e envolvimento do utente na coordenação dos seus próprios cuidados de saúde também deve ter em conta questões de acessibilidade física e tecnológica, de literacia em saúde e literacia digital, que poderão apresentar-se como constrangimentos relevantes sobretudo para as populações mais envelhecidas e com níveis mais baixos de escolaridade.

Os utentes que vivem com doença crónica que deixaram de procurar cuidados de saúde por existência de dificuldades na sua deslocação física à unidade de CSP apresentaram valores médios negativos de experiência de coordenação de cuidados (Figura 22). Estes utentes corresponderam a cerca de 28% do total de respondentes, o que parece indiciar a importância dos serviços digitais na prestação de cuidados de saúde.

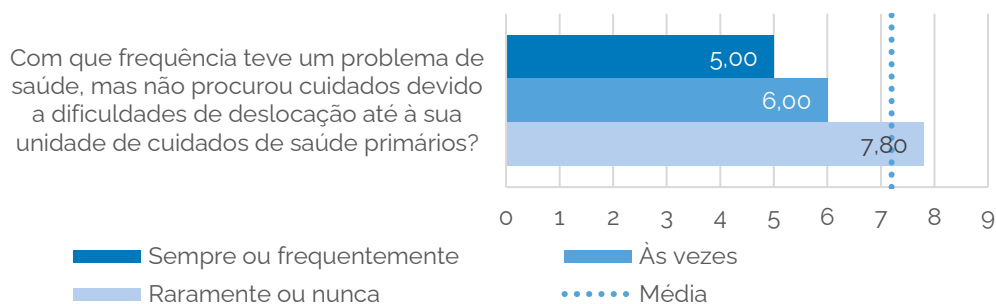


Figura 22. Experiência da coordenação dos cuidados e dificuldades de deslocação à unidade de saúde

Score do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (escala de 0 a 15) consoante a resposta à seguinte questão: Com que frequência teve um problema de saúde, mas não procurou cuidados devido a dificuldades de deslocação até à sua unidade de cuidados de saúde primários? (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (8082 respostas). A média (7,2) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

Nesse sentido, torna-se igualmente interessante verificar que **os utentes que vivem com doença crónica que tinham conhecimento da existência de serviços online na sua unidade de CSP reportaram valores positivos do indicador de experiência de coordenação de cuidados**, contrastando com os valores negativos e abaixo da média dos utentes que reportaram a inexistência de serviços online nos CSP (Figura 23). O valor foi mais

elevado nos utentes que não só identificaram a existência de videoconsultas, como efetivamente reportaram já ter usufruído desse mesmo serviço.

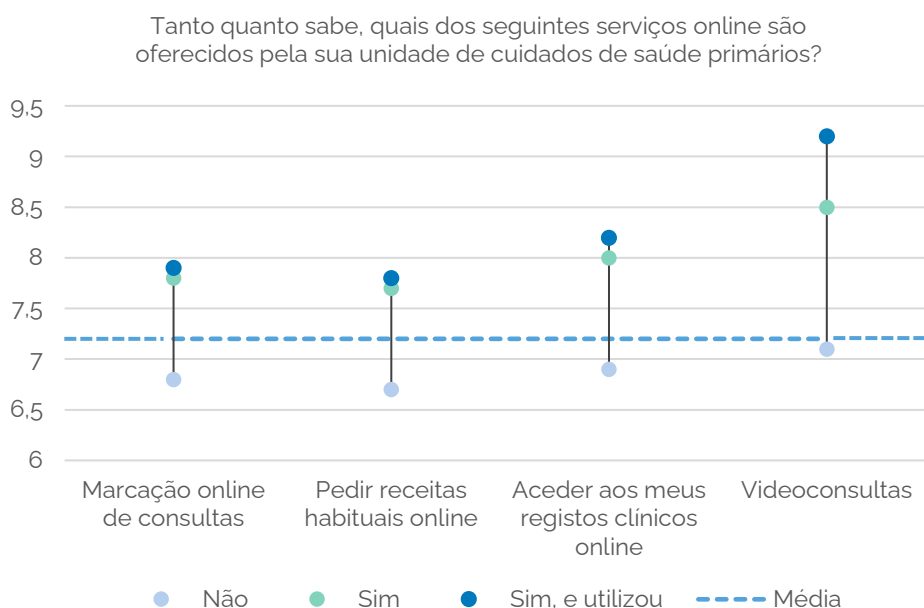


Figura 23. Experiência da coordenação dos cuidados e oferta de serviços online na unidade de saúde

Score do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (escala de 0 a 15) consoante a resposta às seguintes questões com múltiplas entradas: Tanto quanto sabe, quais dos seguintes serviços online são oferecidos pela sua unidade de cuidados de saúde primários? Seleccione todas as opções que se aplicam. [Respostas Sim - item selecionado e Não - item não selecionado]. | Quais dos seguintes serviços online, disponibilizados pela sua unidade de cuidados de saúde primários, já utilizou? Seleccione todas as opções que se aplicam. [Respostas Sim, e utilizou - item selecionado]. (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Experiência da coordenação dos cuidados (8082 respostas). A média (7,2) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

Analisando o segundo indicador, verificou-se que, tendencialmente, **os utentes que vivem com doença crónica com níveis mais elevados de cuidados centrados na pessoa (score do indicador igual ou superior a 20, numa escala de 0 a 24) apresentaram melhores resultados na resposta a questões globais sobre o seu estado de saúde** (Figura 24), com amplitudes entre cerca de 20 a 25 pontos percentuais na maioria das questões analisadas, face aos utentes com nível baixo-médio de cuidados centrados na pessoa (valores inferiores a 13, na mesma escala). Isto sugere que pode existir uma relação positiva entre os cuidados centrados na pessoa e os resultados em saúde dos utentes que vivem com doenças crónicas.

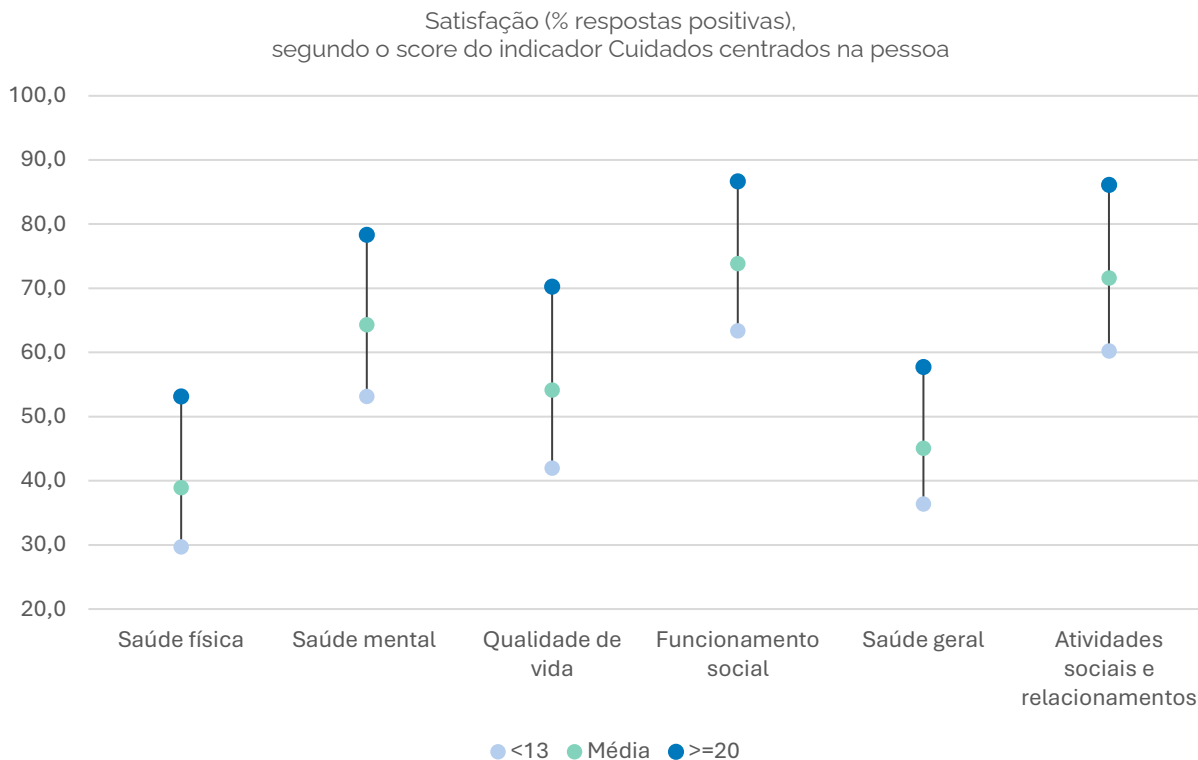


Figura 24. Cuidados centrados nas pessoas e resultados em saúde

Proporção de respostas positivas a questões globais sobre resultados em saúde, segundo o score do indicador Cuidados centrados na pessoa (resultados não padronizados).

Nota 1: Foram consideradas as respostas positivas (Excelente, Muito Boa, Boa) às seguintes questões: Saúde física | De modo geral, como classificaria a sua saúde física? ; Saúde mental | De modo geral, como classificaria a sua saúde mental, incluindo o seu humor e a sua capacidade de raciocínio? ; Qualidade de vida | De modo geral, diria que a sua qualidade de vida é: ; Funcionamento social | De modo geral, classifique a forma como consegue desempenhar as suas atividades e funções sociais habituais (incluindo atividades em casa, no trabalho e na comunidade, e responsabilidades como pai/mãe, filho/a, esposo/a, empregado/a, amigo/a, etc.) ; Saúde geral | De modo geral, diria que a sua saúde é: ; Atividades sociais e relacionamentos | De modo geral, como classificaria a sua satisfação com atividades sociais (atividades em que se convive com outras pessoas) e com relacionamentos? .

Nota 2: A figura compara os valores apurados para pessoas com um nível de cuidado centrado na pessoa baixo-médio (score abaixo de 13, numa escala de 0 a 24) e o grupo de pessoas com um nível de cuidado centrado na pessoa elevado (score igual ou acima a 20, na mesma escala). A média (14,4) corresponde ao desempenho global do indicador.

Nota 3: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Cuidados centrados na pessoa (7968 respostas).

Verificou-se adicionalmente que **os utentes que tiveram a sua medicação revista nos últimos 12 meses, ou os utentes que reportaram ter um plano de cuidados de saúde, apresentaram valores positivos acima da média no indicador de cuidados centrados na pessoa**. Em contraste, os utentes que responderam negativamente a qualquer uma das questões mencionadas apresentaram valores abaixo da média (inclusivamente negativos, no caso da medicação), relativamente a este indicador (Figura 25 e Figura 26). Estes resultados dão indícios da importância da existência de instrumentos e mecanismos específicos de acompanhamento dos utentes que vivem com doenças crónicas para que estes se sintam apoiados e capacitados na gestão da sua saúde.

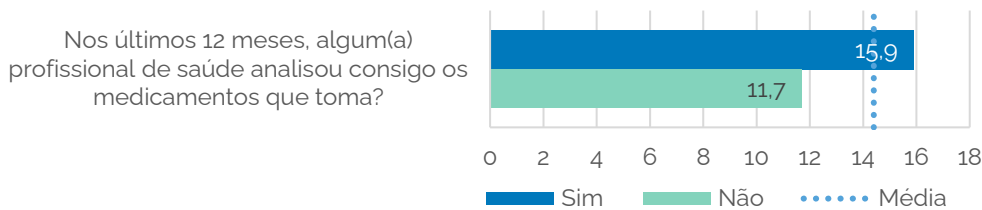


Figura 25. Cuidados centrados na pessoa e revisão de medicação

Score do indicador Cuidados centrados na pessoa (escala de 0 a 24) consoante a resposta à seguinte questão: Nos últimos 12 meses, algum(a) profissional de saúde analisou consigo os medicamentos que toma? (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Cuidados centrados na pessoa (7968 respostas). A média (14,4) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

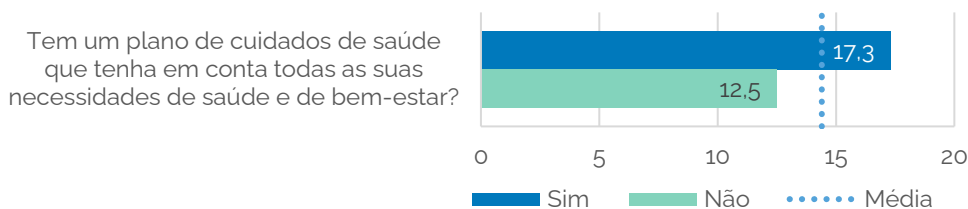


Figura 26. Cuidados centrados na pessoa e plano de cuidados de saúde

Score do indicador Cuidados centrados na pessoa (escala de 0 a 24) consoante a resposta à seguinte questão: Tem um plano de cuidados de saúde que tenha em conta todas as suas necessidades de saúde e de bem-estar? (resultados não padronizados)

Nota: foram apenas considerados os resultados dos utentes que responderam a todas as questões do indicador Cuidados centrados na pessoa (7968 respostas). A média (14,4) corresponde ao valor do desempenho global do indicador, não padronizado.

3. Desigualdades de género e sociodemográficas

As desigualdades, estimadas com base em indicadores como a esperança de vida, a mortalidade e a morbilidade, estão amplamente documentadas na literatura. No entanto, sabe-se menos sobre as disparidades nos resultados e nas experiências reportadas pelas próprias pessoas.

3.1. Género

Em 2022, a esperança de vida à nascença em Portugal foi estimada em 84,5 anos para as mulheres e 78,9 anos para os homens – uma diferença entre géneros de 5,6 anos (9). Em contraste, para o mesmo ano, a estimativa de anos de vida saudável à nascença foi mais baixa para as mulheres (58,0 anos) do que para os homens (60,2 anos) (9). – um fenómeno conhecido como paradoxo de género na saúde (8) e que é também confirmado no estudo PaRIS.

Embora a proporção de mulheres e homens com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica seja semelhante, respetivamente, 81% e 83%, registam-se diferenças entre géneros para diversas condições (Figura 27). Os homens apresentaram maior prevalência autorreportada de hipertensão arterial, diabetes (tipo 1 ou 2), problemas cardiovasculares ou cardíacos e doença renal crónica. Por seu lado, as mulheres reportaram com mais frequência artrose ou dores persistentes nas costas ou articulações, depressão, ansiedade ou outros problemas de saúde mental e problemas neurológicos, como epilepsia ou enxaqueca.

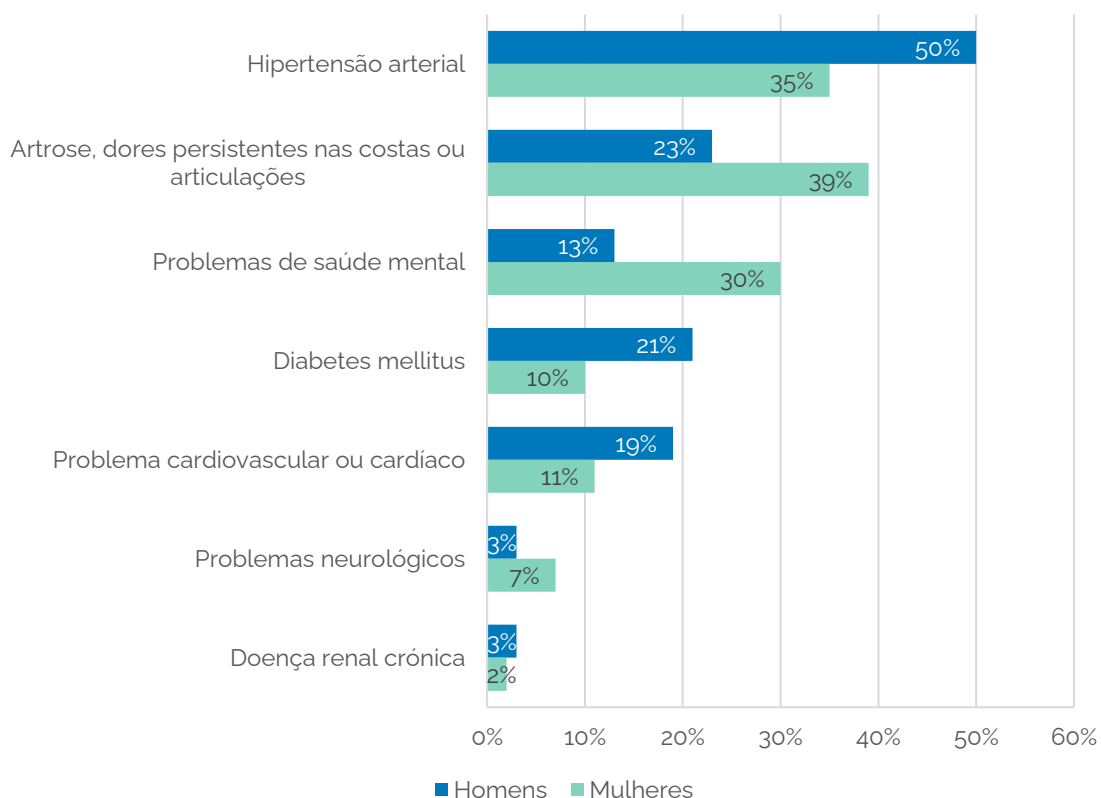


Figura 27. Doenças crónicas autorreportadas por homens e mulheres com doenças crónicas
 Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica (resultados não padronizados)

As mulheres com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica apresentam resultados e experiências menos favoráveis nos 10 indicadores-chave analisados – cinco PROMS e cinco PREMs (Figura 28). No entanto, **as diferenças encontradas apenas são estatisticamente significativas para a saúde física, a saúde mental, o funcionamento social e o bem-estar.**

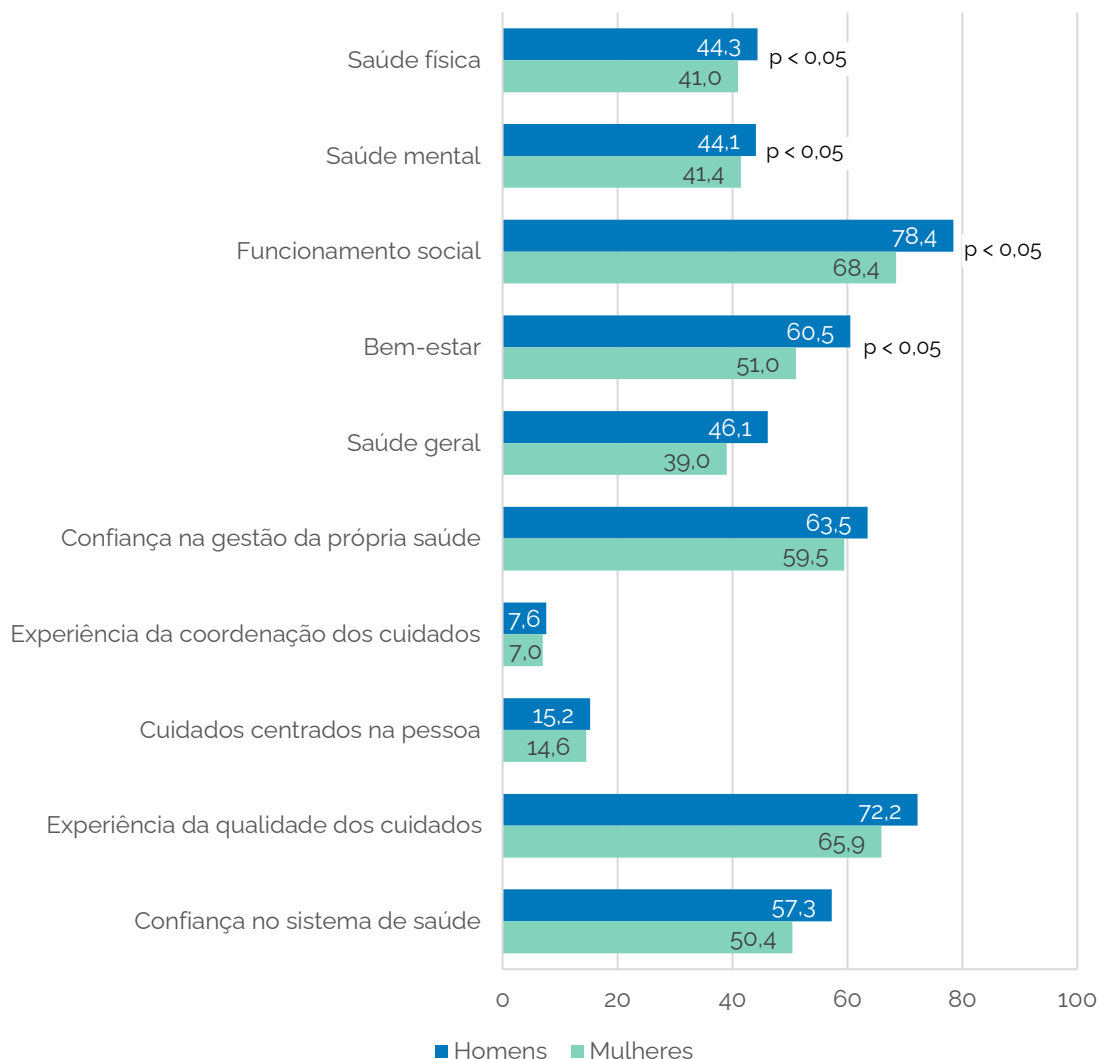


Figura 28. Indicadores-chave do estudo PaRIS: homens e mulheres com doença crónica

Pontuação média ou percentagem de homens e mulheres que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica (resultados padronizados por idade para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 1 para os indicadores relativos à experiência de coordenação dos cuidados e aos cuidados centrados na pessoa, e no Modelo 3 para os restantes indicadores. Para os indicadores de saúde física, saúde mental, bem-estar, experiência de coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social, saúde geral, confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2. Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. p < 0,05 – Diferença estatisticamente significativa com um nível de confiança de 95%.

A proporção de respondentes que se identificaram como sendo de outro género (nem feminino, nem masculino) ou declaram preferir não dizer o género foi de 1,1% da amostra nacional. O número reduzido de respondentes impediu a estimativa dos 10 indicadores-chave do estudo PaRIS, através do modelo de análise multinível, para este grupo.

3.2. Idade

A proporção de pessoas que reporta viver com doença crónica aumenta com a idade, atingindo mais de 90% nos grupos etários dos 65-74 anos (91%) e 75 ou mais anos (92%), em comparação com 74% entre os 45 e os 54 anos e 86% entre os 55 e os 64 anos.

Adicionalmente, as pessoas com 75 ou mais anos que vivem com doença crónica têm menor probabilidade de reportar resultados positivos em termos de saúde física e funcionamento social em comparação com as pessoas entre os 45 e os 54 anos, na mesma condição (Figura 29). Já a saúde geral é o indicador com maior variação entre os diferentes grupos etários. A proporção de pessoas que referem ter uma saúde geral boa ou melhor diminui significativamente com a idade: menos 13 pontos percentuais entre os 65 e os 74 anos e menos 21 pontos percentuais a partir dos 75 anos, face ao grupo etário dos 45-54 anos. Em contrapartida, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos etários no que diz respeito à saúde mental. Por outro lado, em média, as pessoas entre os 45 e os 54 anos com doença crónica apresentam um nível de bem-estar inferior aos dos restantes grupos etários.

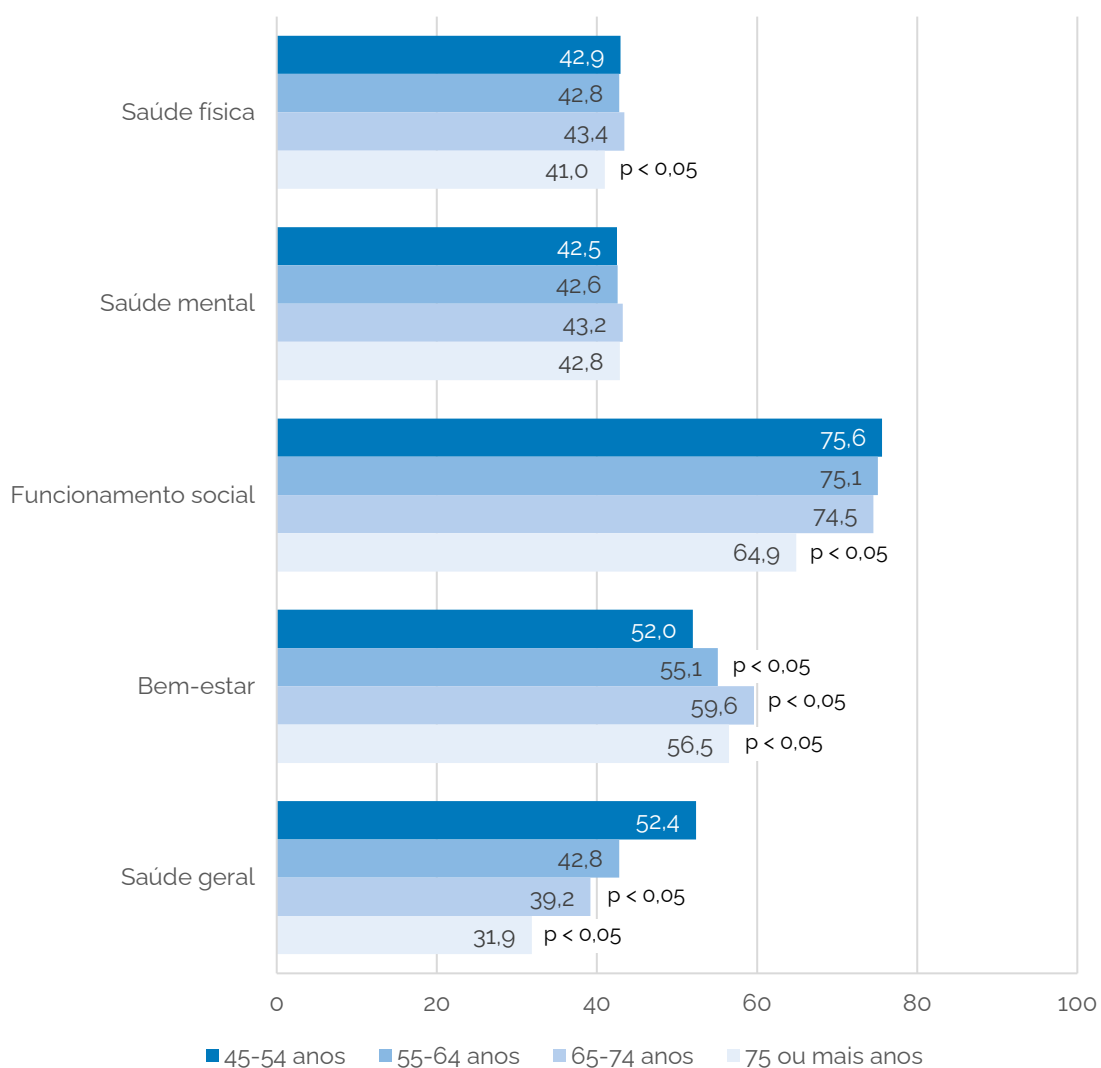


Figura 29. PROMs: pessoas com doença crónica por grupo etário

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 3. Para os indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar, é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social e saúde geral é apresentada a percentagem de pessoas que

reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2, Quadro 1, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. $p < 0,05$ – Diferença estatisticamente significativa com um nível de confiança de 95%, em comparação com o grupo etário dos 45-54 anos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível das experiências com os cuidados de saúde, com base nas cinco PREMs analisadas – confiança na gestão da própria saúde, experiência da coordenação dos cuidados, cuidados centrados nas pessoas, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde (Figura 30).

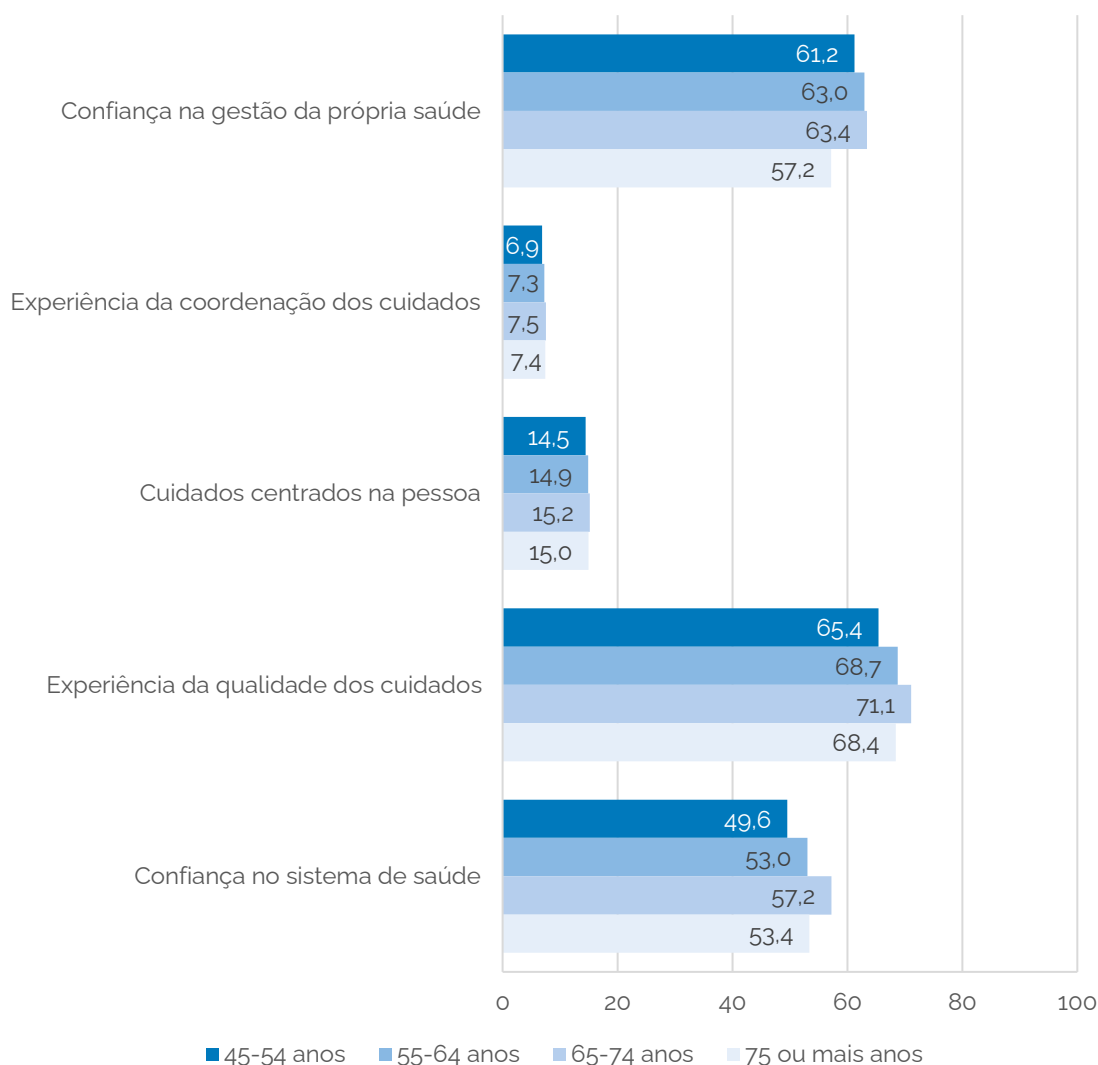


Figura 30. PREMs: pessoas com doença crónica por grupo etário

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Para os indicadores de experiência de coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que avaliam a qualidade dos cuidados como boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2, Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. Diferenças não estatisticamente significativas com um nível de confiança de 95%, em comparação com o grupo etário dos 45-54 anos ($p \geq 0,05$).

3.3. Nível de escolaridade

A proporção de pessoas que reportam viver com doença crónica diminui à medida que a escolaridade aumenta. **Entre as pessoas com 45 ou mais anos com escolaridade mais baixa (até ao 9.º ano inclusive), 88% referem viver com doença crónica.** Essa proporção é de 81% entre as pessoas com um nível médio de escolaridade (ensino secundário e pós-secundário não superior) e de **menos 11 pontos percentuais (77%) entre as pessoas com mais escolaridade (ensino superior).**

No que respeita ao efeito do nível de escolaridade nos resultados em saúde e experiências com os cuidados de saúde, apenas estão disponíveis dados para a amostra total. Observa-se que **os utentes de CSP com 45 ou mais anos com escolaridade mais baixa reportam resultados menos favoráveis em todas as PROMs,** comparativamente com as pessoas com um nível de escolaridade mais elevada (Figura 31). O mesmo se verifica comparativamente com as pessoas com um nível médio de escolaridade, exceto para a saúde mental, em que a diferença não é estatisticamente significativa.

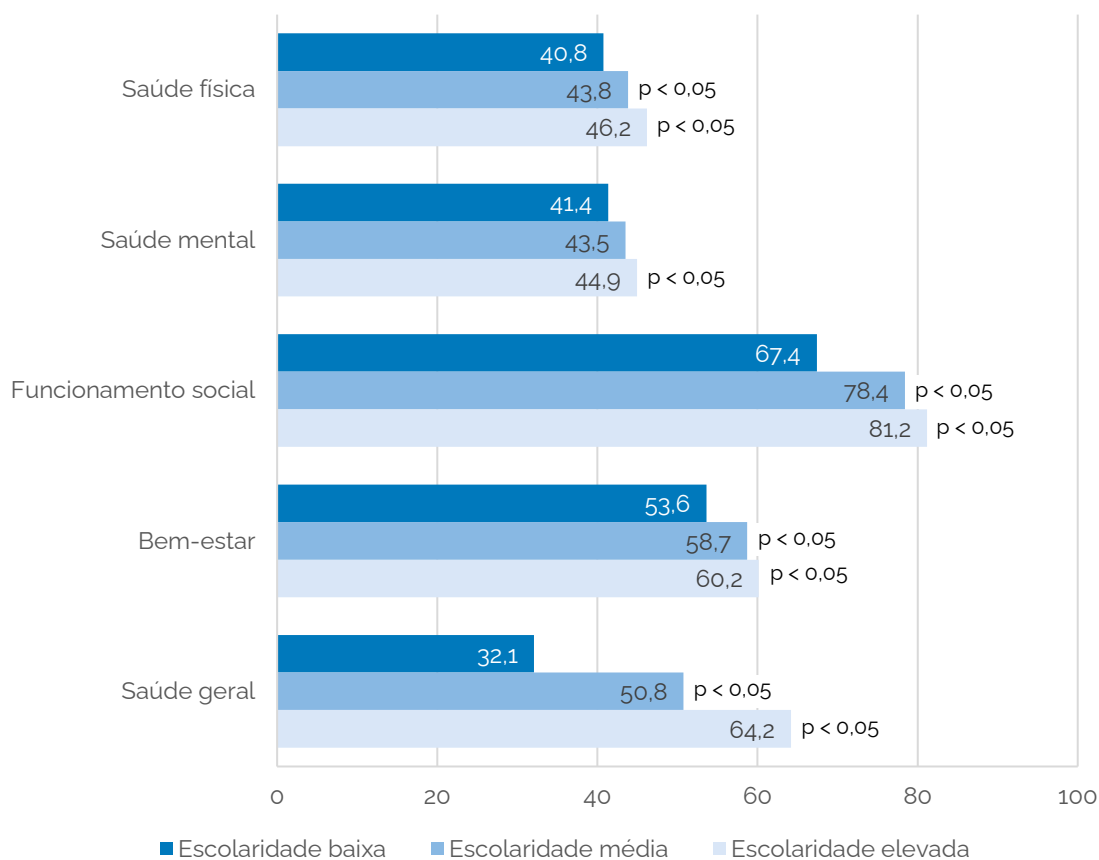


Figura 31. PROMs: utentes por nível de escolaridade

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos, com e sem doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 2. Valores referentes à amostra total, incluindo pessoas sem doença crónica. Para os indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar, é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social e saúde geral é apresenta a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2, Quadro 1, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. Escolaridade baixa – ensino básico. Escolaridade média – ensino secundário e pós-secundário não superior. Escolaridade elevada – ensino superior. $p < 0,05$ – Diferença estatisticamente significativa com um nível de confiança de 95%, em comparação com o grupo de escolaridade mais baixa.

Quanto às experiências reportadas pelos utentes de CSP com 45 ou mais anos, o efeito do nível de escolaridade é significativo apenas no que diz respeito à confiança no sistema de saúde. **As pessoas com menor escolaridade reportam níveis mais baixos de confiança no sistema de saúde, tanto em comparação com as pessoas com escolaridade média como com aquelas com escolaridade elevada** (Figura 32).

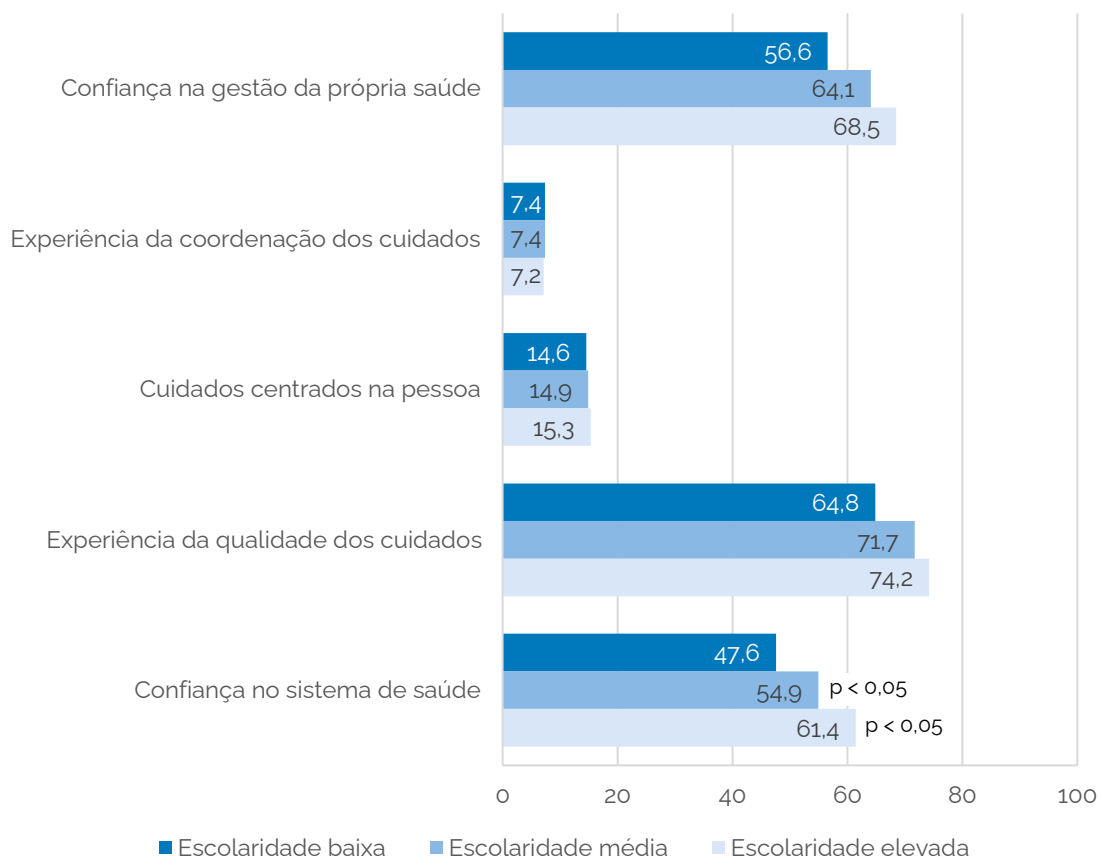


Figura 32. PREMs: utentes por nível de escolaridade

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos, com e sem doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 2. Valores referentes à amostra total, incluindo pessoas sem doença crónica. Para os indicadores de experiência de coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que avaliam a qualidade dos cuidados como boa, muito boa ou excelente). No Capítulo 2, Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. Escolaridade baixa – ensino básico. Escolaridade média – ensino secundário e pós-secundário não superior. Escolaridade elevada – ensino superior. $p < 0,05$ – Diferença estatisticamente significativa com um nível de confiança de 95%, em comparação com o grupo de escolaridade mais baixa.

3.4. Privação económica

O efeito do rendimento foi analisado com base na presença ou ausência de privação económica. Consideram-se em situação de privação económica as pessoas que referiram ser “difícil” ou “muito difícil” viver com o rendimento atual (32% dos respondentes; 34% das mulheres e 30% dos homens). Por sua vez, a ausência de privação económica corresponde às respostas “permite viver confortavelmente” ou “dá para viver”.

A proporção de pessoas com 45 ou mais anos que vivem com doença crónica é mais elevada entre aquelas que referem estar em situação de privação económica (85%) do que entre as que não se encontram nessa condição (80%).

Uma vez que não foi possível estimar o efeito da privação económica nos indicadores-chave do estudo PaRIS, optou-se por analisar a proporção (não padronizada) de pessoas com 45 ou mais anos com, e sem doença crónica (total da amostra), que reportam resultados positivos nas várias questões que compõem os 10 indicadores-chave, segundo a presença ou ausência de privação económica (Figura 33 a Figura 42).

Em todas as dimensões consideradas, as pessoas em situação de privação económica apresentam resultados mais desfavoráveis do que aquelas que não se encontram nessa condição. A maior disparidade observa-se na qualidade de vida autorreportada – componente do indicador de saúde mental (Figura 34) –, com uma diferença de 35 pontos percentuais. Seguem-se a saúde física em geral, com uma diferença de 22 pontos percentuais (Figura 33), e as variáveis associadas ao indicador de bem-estar – intimamente relacionado com o indicador de saúde mental –, cujas diferenças variam entre 21 e 22 pontos percentuais (Figura 36). A menor diferença, de apenas um ponto percentual, diz respeito à existência de um/a único/a profissional de saúde responsável por coordenar todos os cuidados prestados nos diferentes serviços utilizados (Figura 39).

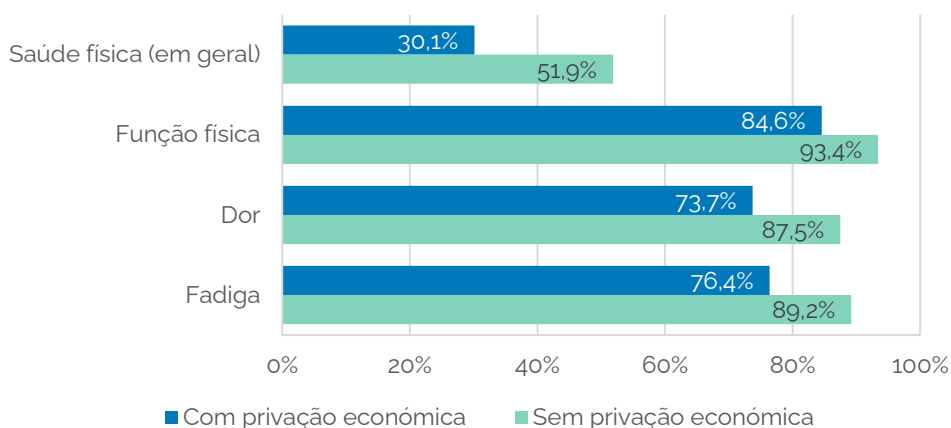


Figura 33. Saúde física: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão “Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?”. Com privação económica – respostas “difícil” ou “muito difícil” (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas “permite viver confortavelmente” ou “dá para viver” (com o rendimento atual).

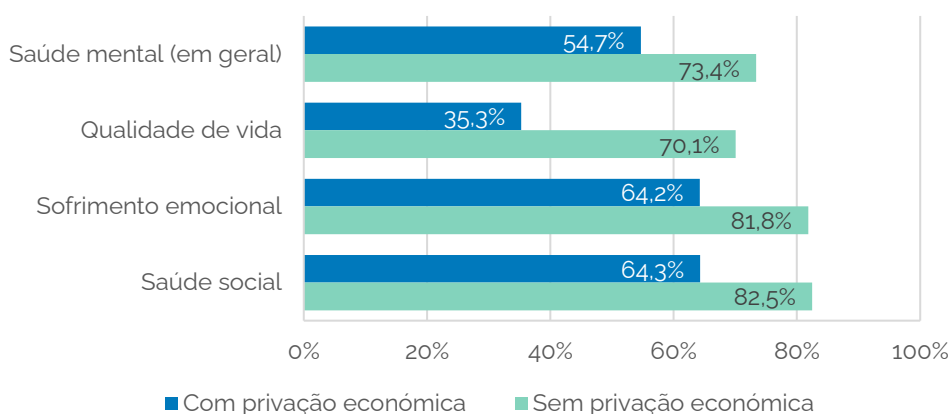


Figura 34. Saúde mental: pessoas com e sem privação económica

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS NACIONAIS

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

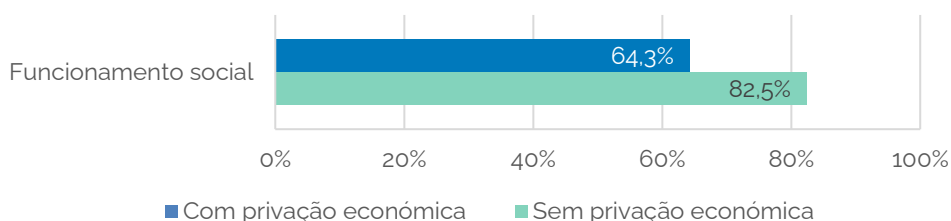


Figura 35. Funcionamento social: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

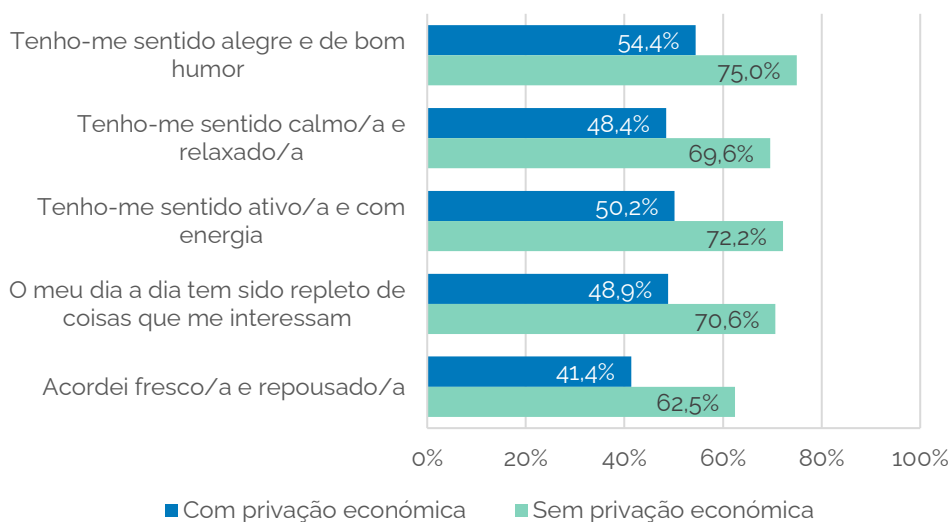


Figura 36. Bem-estar: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

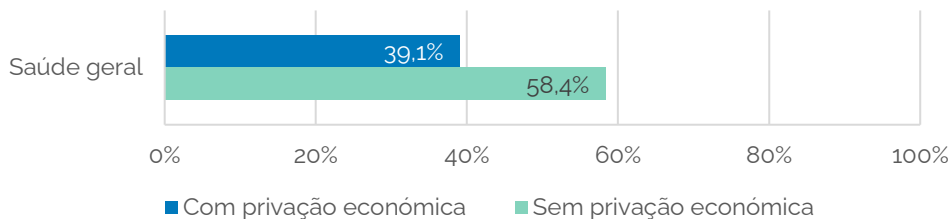


Figura 37. Saúde geral: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica - respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

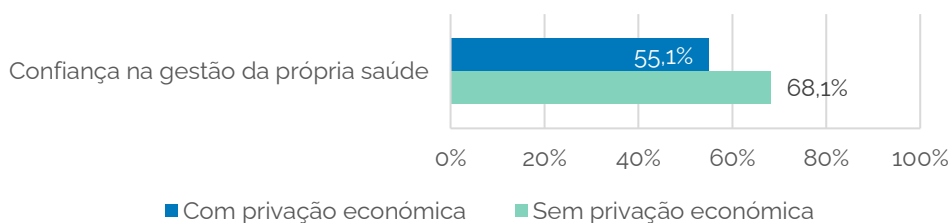


Figura 38. Confiança na gestão da própria saúde: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica - respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

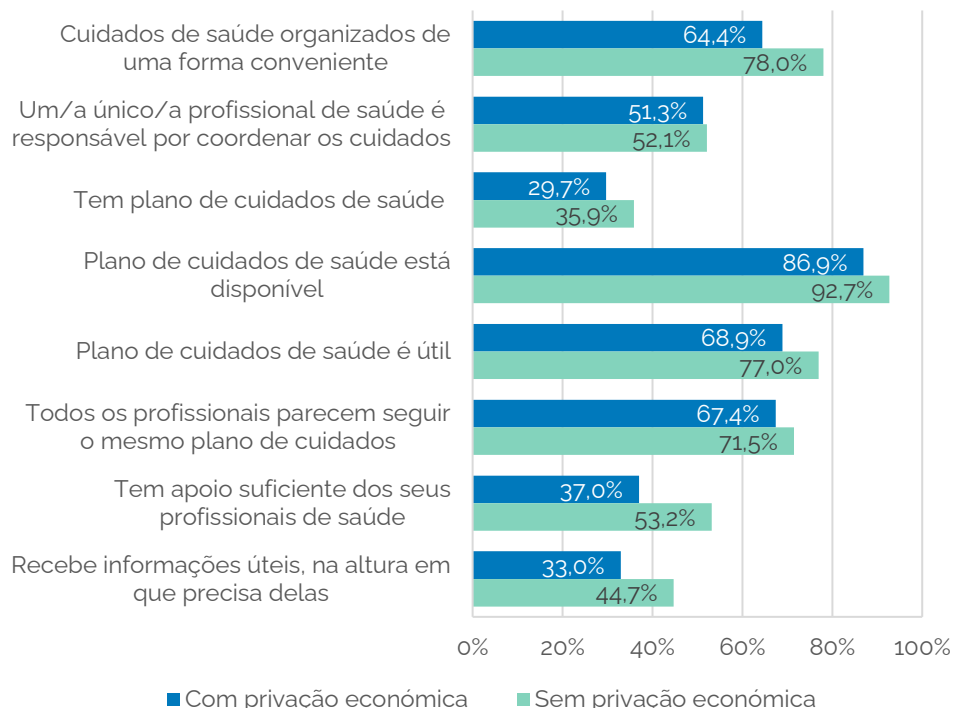


Figura 39. Experiência da coordenação dos cuidados: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica - respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

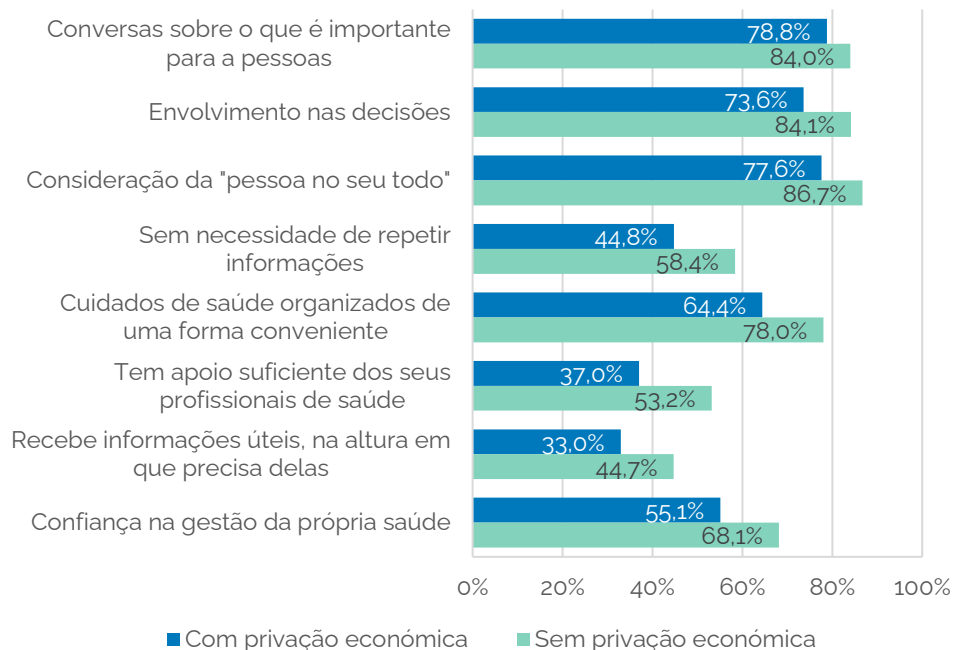


Figura 40. Cuidados centrados na pessoa: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS NACIONAIS

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica – respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).



Figura 41. Experiência da qualidade dos cuidados: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica – respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

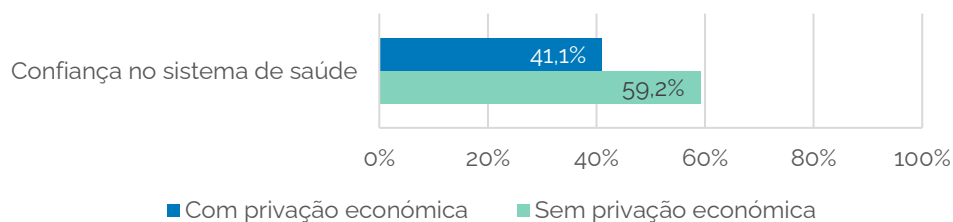


Figura 42. Confiança no sistema de saúde: pessoas com e sem privação económica

Percentagem de pessoas que reportam resultados positivos, para utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica – respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

4. Saúde digital

4.1. Registo de saúde eletrónico

Relativamente ao **registo de cuidados de saúde**, cerca de **metade dos utentes** de CSP com 45 ou mais anos reporta ter havido ocasiões em que **teve necessidade de repetir informações que deveriam constar do mesmo** (Figura 43).

As maiores disparidades observam-se entre os utentes das UCSP e das USF modelo A, face aos utentes das USF modelo B, bem como entre pessoas com e sem doença crónica e entre aquelas em situação de privação económica, comparativamente com as que não se encontram nessa condição.

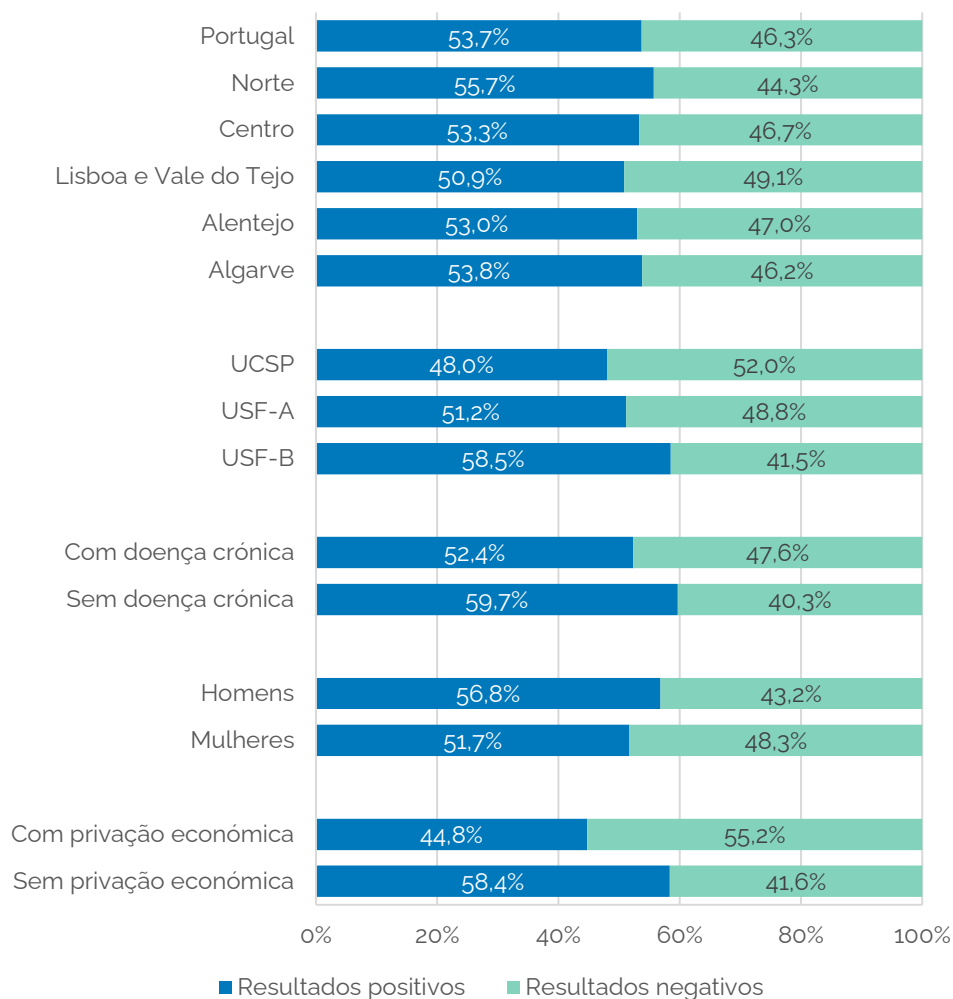


Figura 43. Ausência de necessidade de repetir informações que deveriam constar do registo de cuidados de saúde

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos que reportam resultados positivos e negativos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica – respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

4.2. Serviços online

4.2.1. Website

Cerca de 90% das pessoas com 45 ou mais anos que responderam ao inquérito referiram **ser utentes de unidades de CSP que têm website**, verificando-se a proporção mais baixa entre os utentes de UCSP (Figura 44).

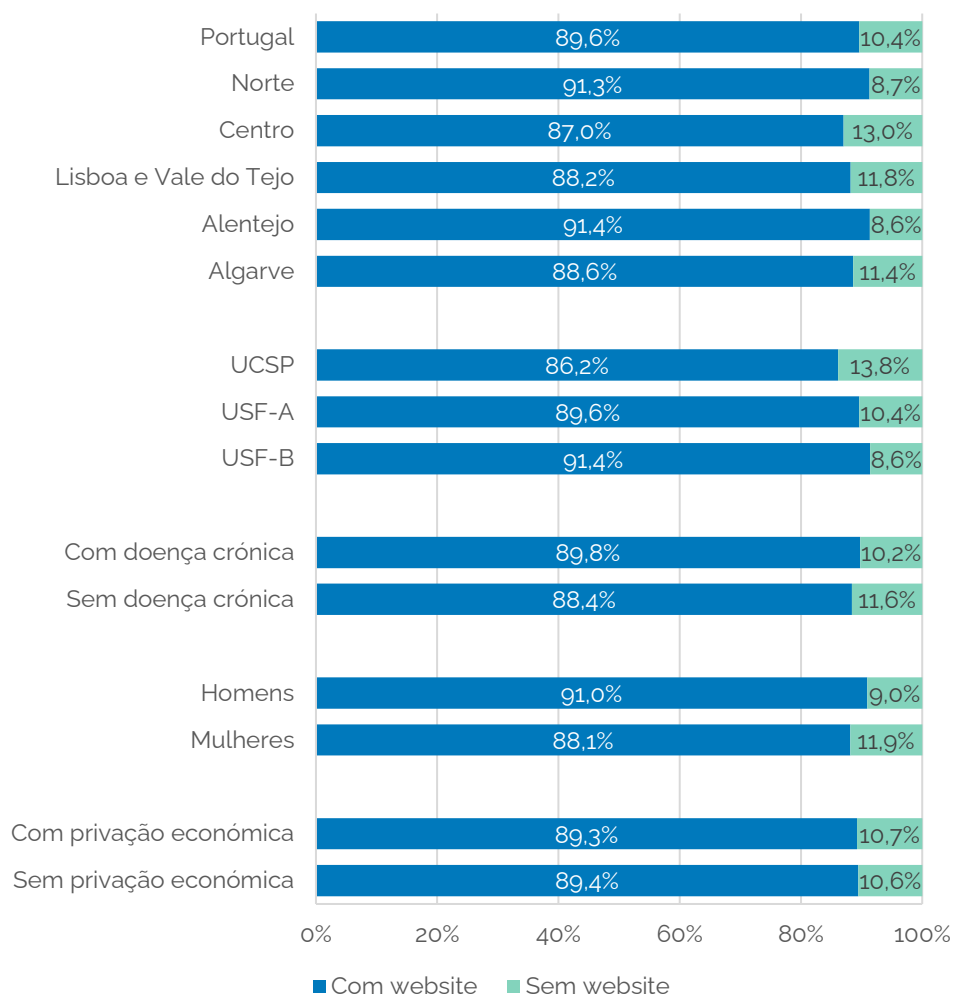


Figura 44. Existência de website da respetiva unidade de CSP

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

Entre os utentes de unidades de CSP com *website*, a maioria reporta ter utilizado o mesmo para **procurar informações ou aceder a serviços** (Figura 45). As maiores diferenças registam-se entre regiões, sendo a proporção de utentes que já utilizou o *website* da respetiva unidade inferior no Alentejo (63%) e no Algarve (64%) e mais elevada na região de Lisboa e Vale do Tejo (74%).

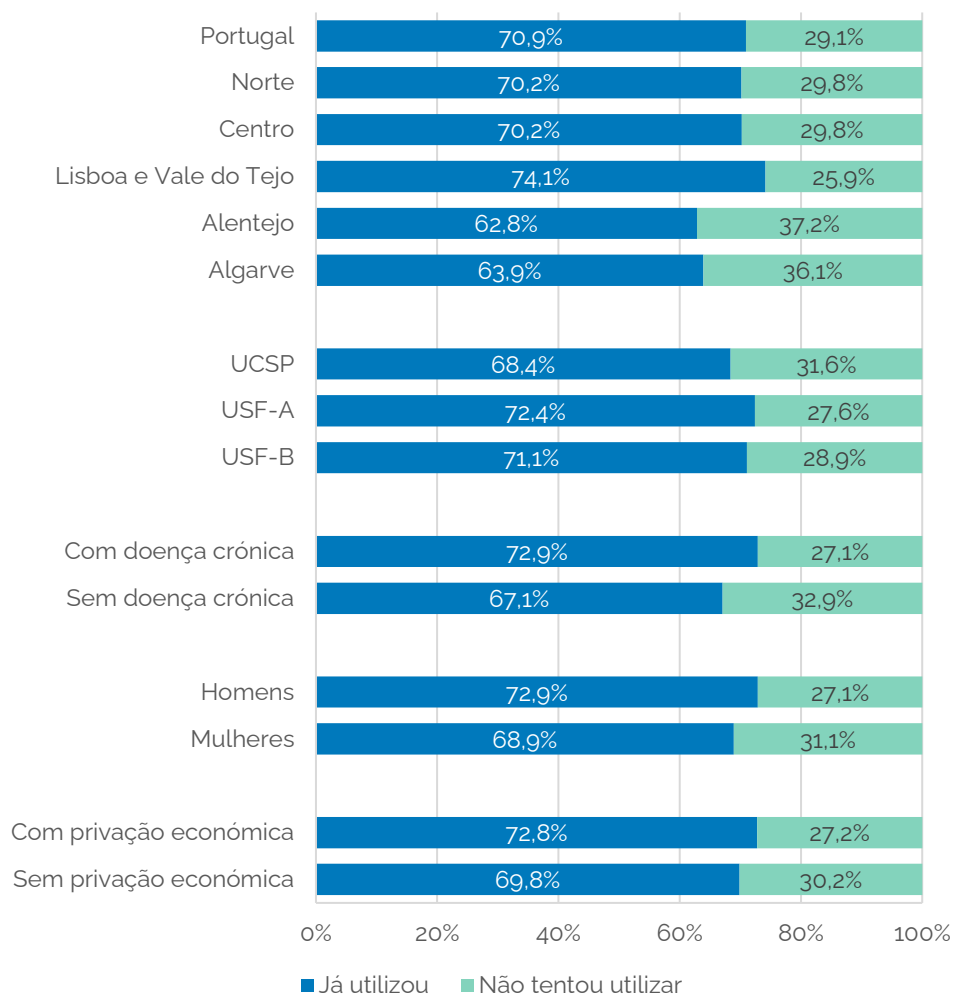


Figura 45. Utilização do website da respetiva unidade de CSP

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

A maioria dos utentes das unidades com *website* considera ainda que a utilização do mesmo é **“muito fácil”** ou **“razoavelmente fácil”** (Figura 46). Neste caso, a maior disparidade verifica-se entre as pessoas em situação de privação económica (50%) e aquelas que não se encontram nessa condição (65%).

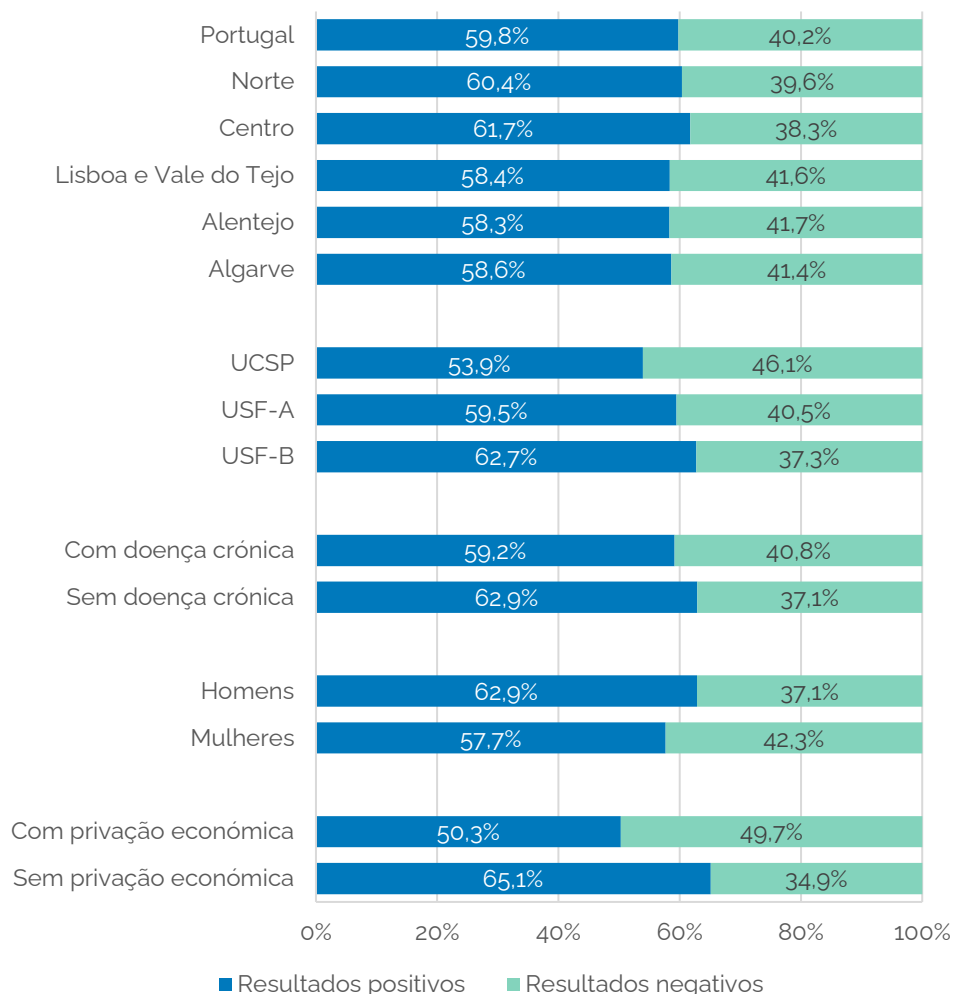


Figura 46. Facilidade de utilização do website da unidade de CSP

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos que reportam resultados positivos e negativos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão “Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?”. Com privação económica – respostas “difícil” ou “muito difícil” (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas “permite viver confortavelmente” ou “dá para viver” (com o rendimento atual).

4.2.2. Outros serviços *online*

Menos de metade dos utentes de CSP com 45 ou mais anos, inquiridos no estudo PaRIS, referem saber que a sua unidade de CSP oferece a possibilidade de realizar *online* a **marcação de consultas** (Figura 47) ou o **pedido de receitas habituais** (Figura 48). Adicionalmente, **menos de um quarto** referem saber que podem **aceder *online* aos seus registos clínicos** (Figura 49) e **menos de 10%** reportam que a sua unidade disponibiliza **videoconsultas** (Figura 50).

Entre os utentes que conhecem a existência destes serviços *online*, o **mais utilizado – e também o mais conhecido – é o pedido de receitas habituais** (Figura 48), seguido da **marcação de consultas** (Figura 47) e do **acesso aos respetivos registos clínicos** (Figura 49). **Mais de metade** das pessoas que conhecem a oferta destes serviços *online* **refere já os ter utilizado**. Em contraste, apenas **cerca de um quarto** das pessoas que sabem que a sua unidade de CSP disponibiliza **videoconsultas** já recorreu a este serviço (Figura 50). Além disso, **apenas 0,1%** das pessoas inquiridas referiu ter realizado uma **videoconsulta na última vez que teve uma consulta** na sua unidade de CSP.

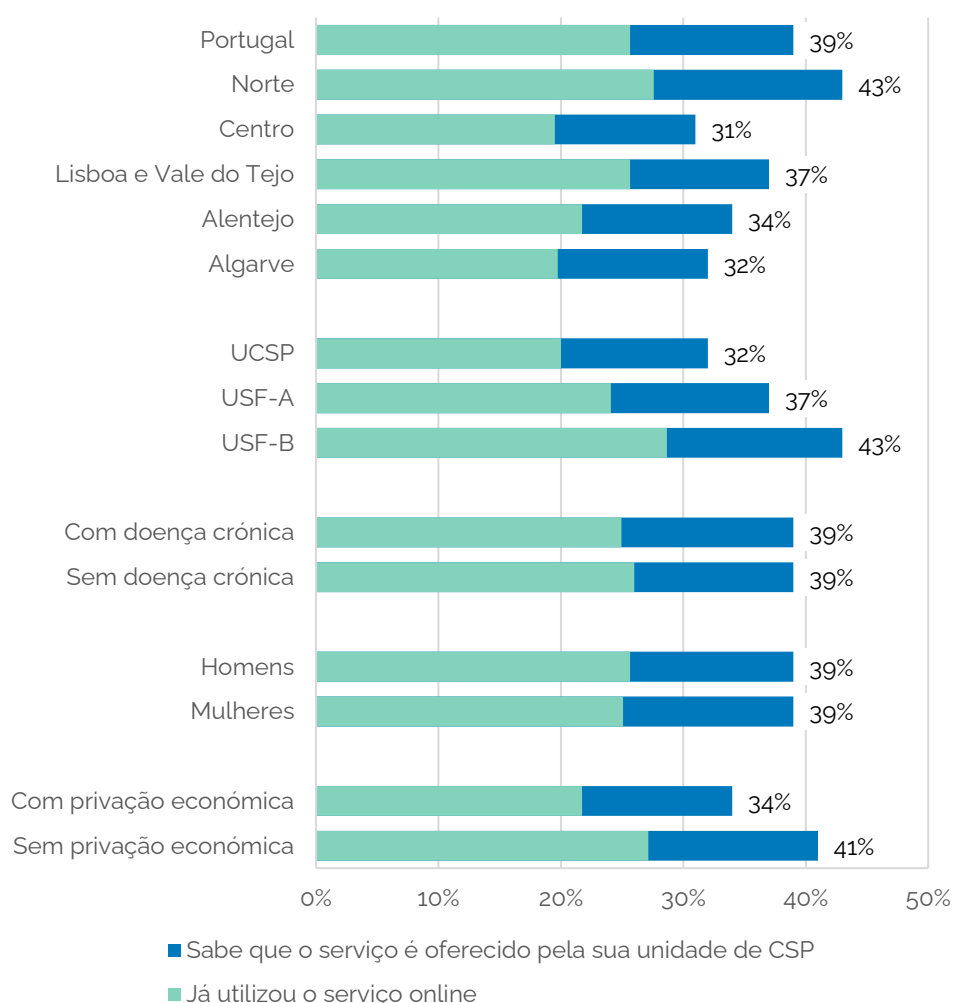


Figura 47. Marcação online de consultas

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

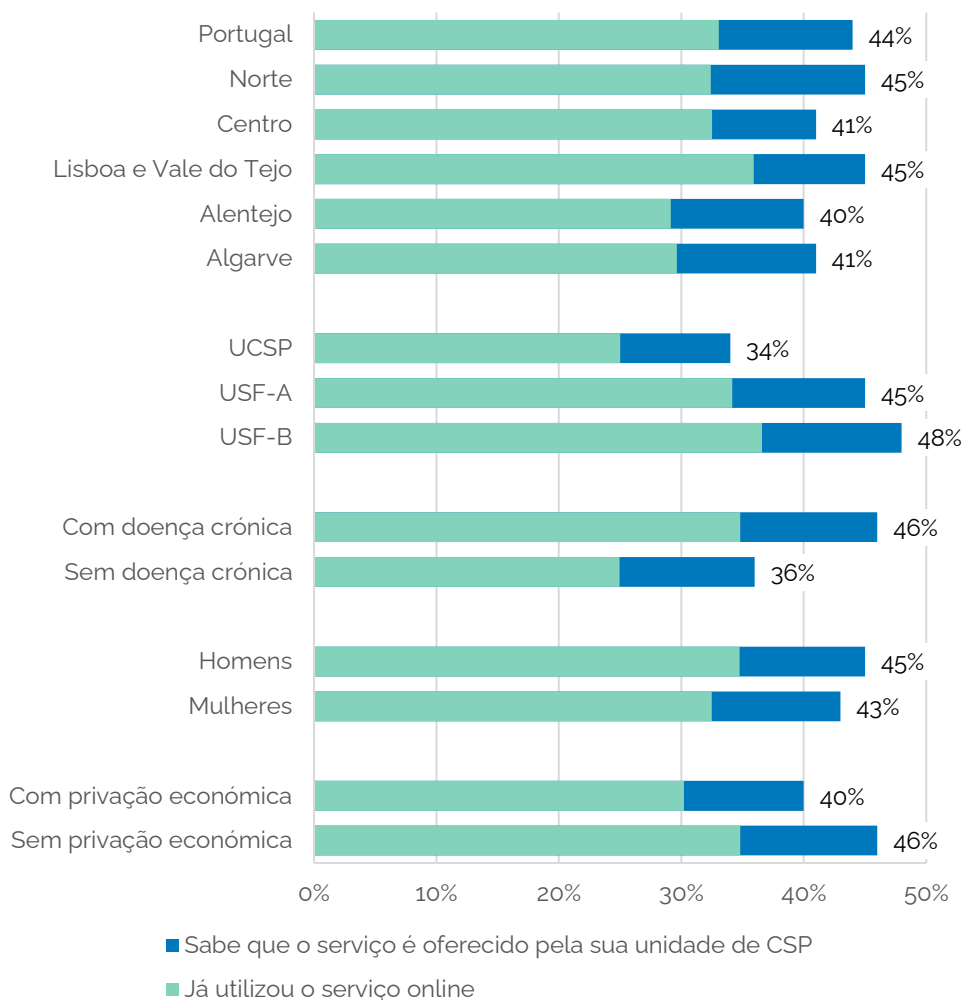


Figura 48. Pedido online de receitas habituais

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica - respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

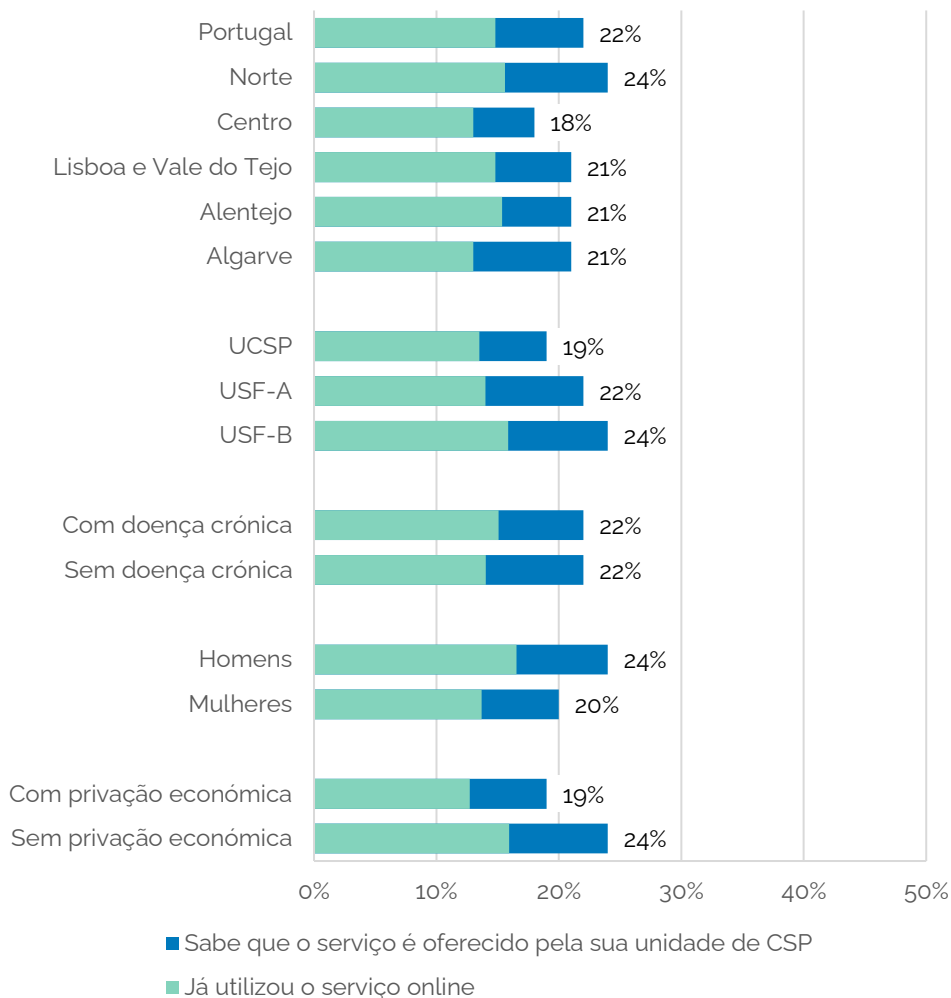


Figura 49. Acesso online aos respetivos registos clínicos

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

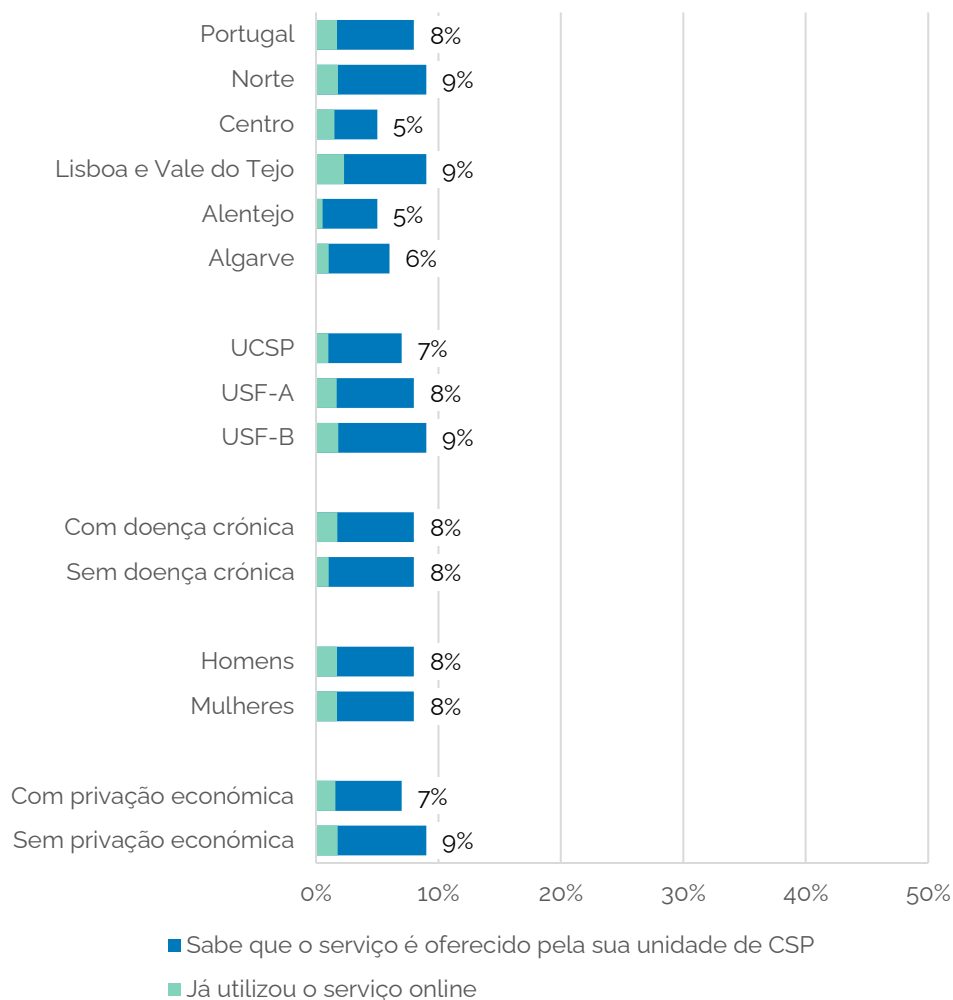


Figura 50. Videoconsultas

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão "Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?". Com privação económica – respostas "difícil" ou "muito difícil" (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas "permite viver confortavelmente" ou "dá para viver" (com o rendimento atual).

4.3. Utilização da *internet* para fins de saúde

Menos de **20%** dos utentes de CSP com 45 ou mais anos referem sentir-se **confiantes ou muito confiantes a utilizar informações da *internet* para tomar decisões de saúde** (Figura 51).

A proporção de pessoas confiantes é mais baixa entre as mulheres e as pessoas com doença crónica ou em situação de privação económica, assim como na região do Alentejo.

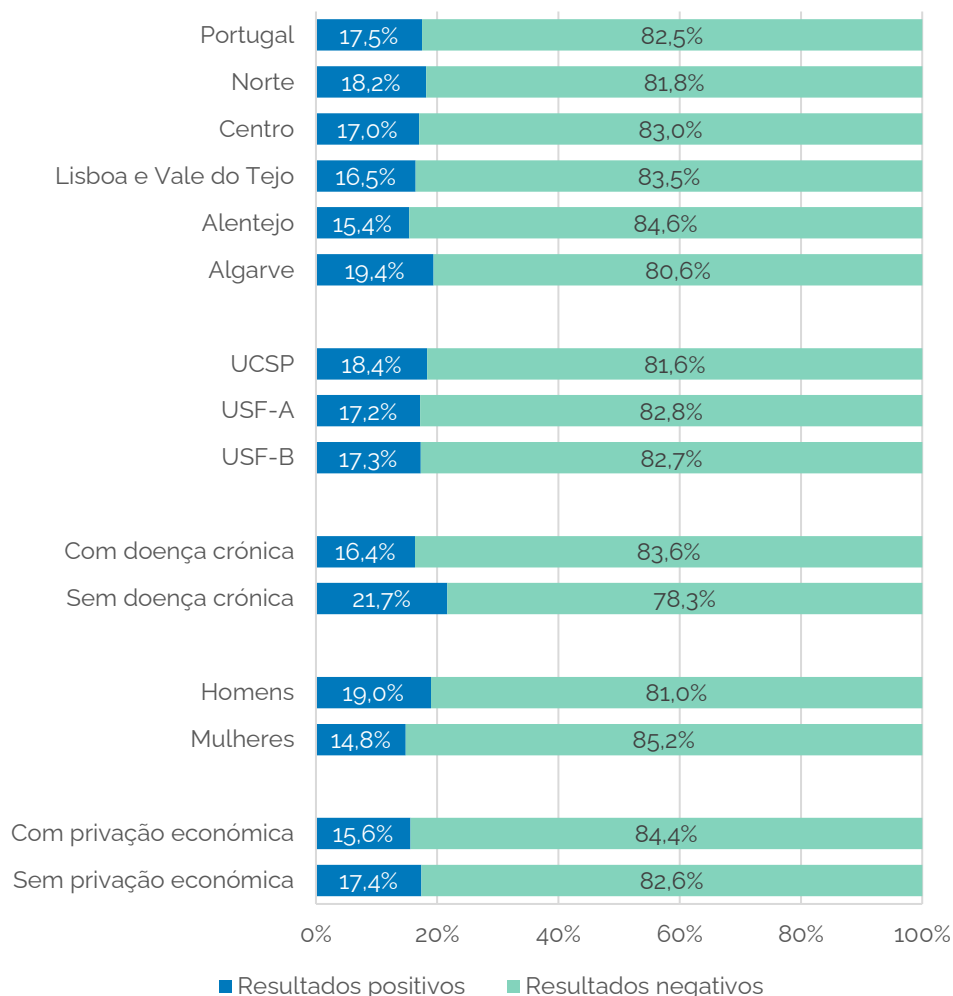


Figura 51. Confiança na utilização de informações da internet para tomar decisões de saúde

Percentagem de utentes de CSP com 45 ou mais anos que reportam resultados positivos e negativos (resultados não padronizados)

Nota: Categorização da privação económica com base nas respostas à seguinte questão “Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?”. Com privação económica – respostas “difícil” ou “muito difícil” (viver com o rendimento atual); Sem privação económica - respostas “permite viver confortavelmente” ou “dá para viver” (com o rendimento atual).

5. Prestadores de cuidados de saúde primários

5.1. Caracterização organizacional

Das 80 unidades de CSP participantes no estudo, **75% correspondem a unidades de saúde em que os profissionais referiram que dois ou mais médicos partilham as instalações, mas têm utentes próprios – listas de utentes individuais** – e 16% a unidades de saúde partilhadas com utentes comuns (Quadro 15).

Quadro 15. Formato organizacional das unidades de CSP

	Unidade de saúde partilhada com utentes próprios	Unidade de saúde partilhada com utentes comuns	Outro	Não tenho a certeza
Unidades de CSP	60 (75,0%)	13 (16,2%)	5 (6,2%)	2 (2,5%)

5.2. Incentivos institucionais e remuneração

O Quadro 16 resume os incentivos institucionais referidos pelos profissionais que as unidades de saúde recebem em função de metas de saúde ou características da população assistida.

Quadro 16. Incentivos institucionais por cumprimento de metas e características da população assistida

Incentivos institucionais por	UCSP	USF-A	USF-B
Cumprimento de indicadores clínicos, de processo ou de resultados	1 (5,0%)	1 (4,2%)	27 (79,4%)
Cumprimento de metas de rastreio ou prevenção	1 (5,0%)	0 (0,0%)	15 (44,1%)
Cumprimento de metas de referenciação de utentes	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (5,9%)
Ter utentes desfavorecidos (por exemplo, pessoas sem proteção social e/ou economicamente vulneráveis) na sua unidade de saúde	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)
Trabalhar em uma área específica (rural ou desfavorecida)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Cumprimento de outras metas relacionadas com a contenção de custos	1 (5,0%)	0 (0,0%)	10 (29,4%)
Gestão de utentes com doenças crónicas específicas (por exemplo, diabetes, DPOC) através de pagamento por pacote de cuidados	0 (0,0%)	0 (0,0%)	10 (29,4%)
Gestão de utentes com doenças crónicas específicas (por exemplo, diabetes e DPOC), sem pagamento por pacote de cuidados.	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (20,6%)
Outro	0 (0,0%)	1 (4,2%)	1 (2,9%)
Nenhuma destas	19 (95,0%)	22 (91,7%)	3 (8,8%)
Não tenho a certeza	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)

Nota: N = 78. Os resultados refletem a perceção do inquirido, não necessariamente a modalidade em vigor nos termos da lei.

Conforme esperado, são as **USF modelo B** que mais reportam diferentes tipos de incentivos. Os mais frequentes referem-se ao **cumprimento de indicadores clínicos, de processo ou de resultados**, bem como ao **cumprimento de metas de rastreio ou prevenção**. Seguem-se os incentivos associados a outras metas relacionadas com a contenção de custos e à gestão de utentes com doenças crónicas específicas (por exemplo, diabetes, DPOC) através de pagamento por pacote de cuidados.

Uma UCSP também recebe incentivos por cumprimento de indicadores clínicos, de processo ou de resultados, e por cumprimentos de metas de rastreio ou prevenção. No caso das USF modelo A, uma unidade refere igualmente incentivos por cumprimento de indicadores clínicos, de processo ou de resultados, enquanto outra menciona a existência de outro tipo de pagamentos.

O Quadro 17 detalha os modelos de remuneração referidos pelos profissionais, adotados para os médicos. Para além da componente salarial fixa, comum a todas as unidades independentemente da sua tipologia, são reportados pagamentos por desempenho em todas as USF modelo B, assim como numa UCSP e numa USF modelo A. A remuneração *per capita* e outra modalidade de remuneração são igualmente referidas, cada uma, por uma USF modelo B.

Quadro 17. Modalidades de remuneração dos médicos

Modalidade	UCSP	USF-A	USF-B
Salário Fixo	20 (100,0%)	24 (100,0%)	20 (58,8%)
Pagamento pelo desempenho	1 (5,0%)	1 (4,2%)	34 (100,0%)
Remuneração per capita	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)
Outro	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)
Remuneração por ato médico	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Remuneração por sessão	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Nota: N = 78. Os resultados refletem a perceção do inquirido, não necessariamente a modalidade em vigor nos termos da lei.

5.3. Serviços oferecidos

Quase todas as unidades de CSP inquiridas referem oferecer **atendimento sem agendamento prévio a utentes com problemas de saúde urgentes que estejam inscritos na unidade** (Figura 52 e Figura 53). Em situações não urgentes, apenas cerca de um terço das unidades refere atender os seus utentes sem necessidade de agendamento prévio. No caso de utentes não inscritos na unidade, a maioria das unidades também oferece atendimento sem agendamento prévio em situações urgentes, mas menos de um quinto o faz em situações não urgentes.

Relativamente aos serviços disponibilizados fora do horário normal de trabalho (Quadro 18), a maioria das **USF modelo B** refere oferecer aos seus utentes a possibilidade de **contactar diretamente um/a médico/a ou enfermeiro/a** – recorrendo a opções remotas (telefone, mensagens e conversas *online*) – ou **deixar uma mensagem** num atendedor automático, escrever um *e-mail* ou preencher um formulário online e receber um telefonema de um/a médico/a ou enfermeiro/a em seguida. Embora em menor proporção, estas opções também estão disponíveis em algumas UCSP e USF modelo A. Em menos de metade das unidades também é referido pelos profissionais que os utentes podem aceder a cuidados antes ou depois do horário, pelo menos uma vez por semana, e apenas uma minoria refere prestar cuidados durante o fim de semana. Mais de um

quarto das UCSP e mais de um terço das USF modelo A refere que não disponibiliza qualquer dos serviços referidos ou outros.

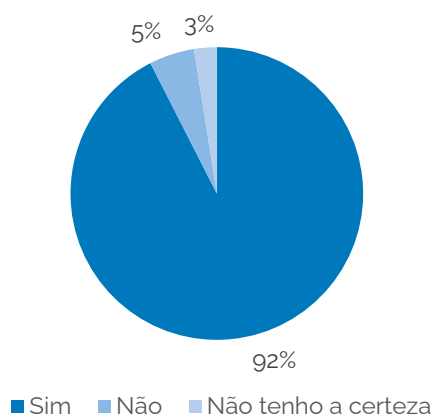


Figura 52. Atendimento sem agendamento prévio nas unidades de CSP

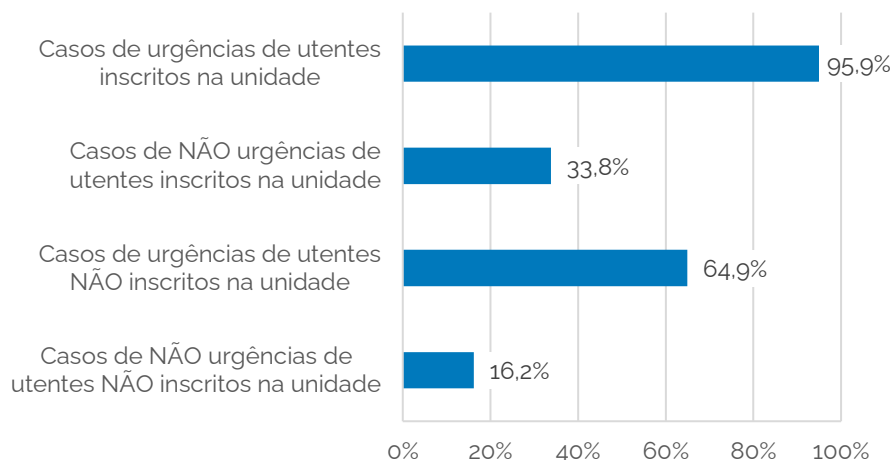


Figura 53. Utentes beneficiários de serviços de atendimento sem agendamento prévio

Quadro 18. Disponibilidade de serviços fora do horário normal de trabalho

Serviços em períodos extra-horário	UCSP	USF-A	USF-B
Aceder à unidade antes/depois do horário (≥1x/semana)	7 (33,3%)	10 (41,7%)	16 (47,1%)
Aceder à unidade durante o fim de semana	3 (14,3%)	2 (8,3%)	3 (8,1%)
Contactar médico/enfermeiro por telefone, mensagem ou chat <i>online</i>	9 (42,9%)	6 (25,0%)	20 (58,8%)
Deixar recado (atendedor, e-mail, formulário) e receber telefonema em seguida	9 (42,9%)	9 (37,5%)	22 (64,7%)
Outro	1 (4,8%)	0 (0,0%)	5 (14,7%)
Nenhum dos anteriores	6 (28,6%)	9 (37,5%)	4 (11,8%)
Não tenho a certeza	1 (4,8%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)

Nota: N = 79.

Quanto às visitas domiciliárias, das 79 unidades de CSP que responderam a esta questão, a totalidade reportou que pelo menos **um médico ou outro profissional da unidade de saúde realiza visitas ao domicílio dos utentes**.

Além disso, das 79 unidades que também responderam às questões sobre as funções da equipa na gestão de doentes crónicos (além dos médicos), 77 (97,5%) indicaram que os **profissionais não médicos** realizam atividades de **ensino e aconselhamento ao utente**, (por exemplo, sobre o consumo de tabaco, regime alimentar e atividade física), assim como **gestão de doenças crónicas** (como controlo da diabetes, tratamento de feridas e medição/avaliação da tensão arterial).

Relativamente às modalidades remotas de consulta disponíveis, das 80 unidades de CSP inquiridas, a quase totalidade referiu oferecer **consultas por telefone** (Figura 54). Cerca de metade refere disponibilizar também consultas através de outras opções remotas, como email, mensagens de texto ou mensagens por meio de plataformas *online* a que os utentes podem aceder. A modalidade de videoconsulta é disponibilizada por apenas cerca de 15% das unidades.

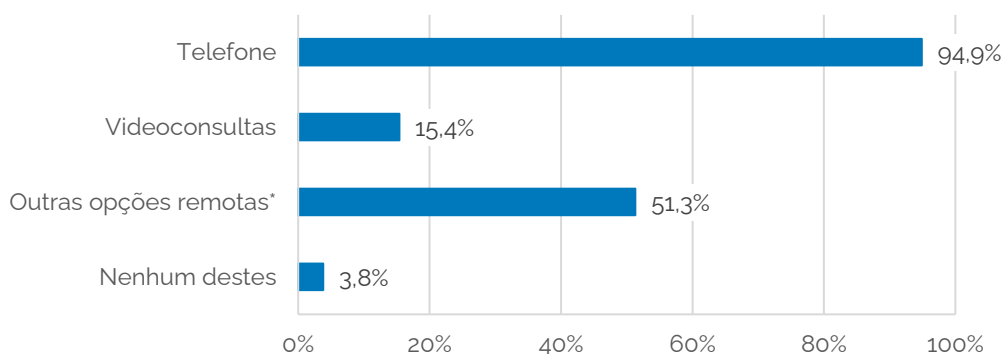


Figura 54. Disponibilização de consultas remotas

Nota: * Outras opções remotas incluem, por exemplo: e-mail, mensagem de texto, mensagens por meio de plataformas de utentes.

5.4. Planeamento do tempo das consultas

A distribuição dos tempos programados para consultas referida pelos profissionais é apresentada no Quadro 19. A duração média das consultas nas unidades de CSP varia consoante o tipo de atendimento. O tempo previsto para as consultas com **novos utentes** e as **consultas de seguimento** é, maioritariamente, de 16 a 20 minutos, respetivamente em 60% e 70% das unidades. Uma proporção menor realiza estas consultas em 21 a 30 minutos ou em 11 a 15 minutos. O tempo previsto para atendimento a **doentes urgentes** é de 11 a 15 minutos, em 85% das unidades. As **consultas domiciliárias** tendem a ter uma duração mais prolongada – superior a 30 minutos ou entre 21 e 30 minutos. No tempo programado para **consultas por telefone**, observa-se maior variabilidade, com a maioria das unidades a prever para estas entre 11 e 15 minutos ou entre 6 e 10 minutos, enquanto as **videoconsultas** variam entre 11-15 minutos e 21-30 minutos. Nas **outras modalidades de consulta** (por exemplo, por *e-mail* ou mensagem), predominam os tempos mais curtos: inferior a 5 minutos ou entre 6 e 10 minutos.

Quadro 19. Distribuição do planeamento do tempo de consulta referido, por tipo de consulta

Tempo médio de consulta	Novo utente	Consulta de seguimento	Doentes urgentes	Visitas ao domicílio	Consultas por telefone	Videoconsultas	Outras opções**
< 5 minutos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	14 (18,9%)	0 (0,0%)	9 (22,5%)
6-10 minutos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (11,2%)	0 (0,0%)	20 (27,0%)	0 (0,0%)	13 (32,5%)
11-15 minutos	8 (10,0%)	8 (10,0%)	68 (85,0%)	0 (0,0%)	23 (31,1%)	3 (25,0%)	5 (12,5%)
16-20 minutos	48 (60,0%)	56 (70,0%)	0 (0,0%)	8 (10,0%)	7 (9,5%)	3 (25,0%)	2 (5,0%)
21-30 minutos	17 (21,2%)	14 (17,5%)	1 (1,2%)	29 (36,2%)	1 (1,4%)	3 (25,0%)	1 (2,5%)
> 30 minutos	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	39 (48,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)

Nota: * Tempo médio de consulta domiciliária, excluindo tempo para deslocação.** Outras opções remotas, como p. ex.: e-mail, mensagem de texto, mensagens por meio de plataformas de utentes.

5.5. Organização, gestão e acesso aos registos clínicos

Das 78 unidades de CSP que responderam às questões sobre a organização, a gestão e o acesso aos **registos clínicos dos utentes**, a totalidade referiu que estes são mantidos em **suporte eletrónico**. Apenas 11 unidades (14,1%) mantêm, também, cópias em papel. A ampla maioria das unidades (n = 70; 89,7%) declara ainda manter registos para a totalidade dos utentes, sem distinção de frequência ou vínculo.

A totalidade das unidades também refere que o conteúdo dos registos clínicos contempla os motivos da consulta, o hábito de fumar, o peso e a altura e parâmetros clínicos (como a tensão arterial). Mais de 97% refere ainda a inclusão de outras informações, como a história clínica familiar, resultados de exames, diagnósticos, medicação prescrita e consumo de substâncias. A situação profissional e a situação de residência (sozinho/a, com companheiro/a ou família) são referidos por mais de 80% das unidades.

A grande maioria (78,8%) declarou ainda que os registos clínicos estão sempre **acessíveis no momento da consulta**, enquanto 18,8% assinalou que essa disponibilidade ocorre apenas por vezes.

No caso de novos utentes, 55 unidades (70,5%) referiram que **é possível aceder eletronicamente ao respetivo histórico clínico**, sem necessidade de solicitação à unidade de origem. Outras formas de acesso mencionadas incluem a solicitação do mesmo à unidade anterior (n = 28; 35,9%) ou quando o utente traz os seus registos clínicos (n = 16; 20,5%).

5.6. Informatização de atividades, relatórios e indicadores

Na Figura 55, apresentam-se as principais tarefas que já são executadas, regularmente, através de processos informatizados. A quase totalidade das unidades CSP refere utilizar o sistema de informação clínica para o **agendamento de consultas**. Cerca de metade também refere recorrer a este sistema para emitir **notificações relacionadas com intervenções baseadas em orientações clínicas** ou **testes de rastreio**. No entanto, tarefas como o envio de lembretes para cuidados preventivos ou de seguimento, a monitorização de exames laboratoriais ou a geração de alertas para os profissionais enviarem os resultados de exames aos utentes, quando disponíveis, estão menos informatizadas.

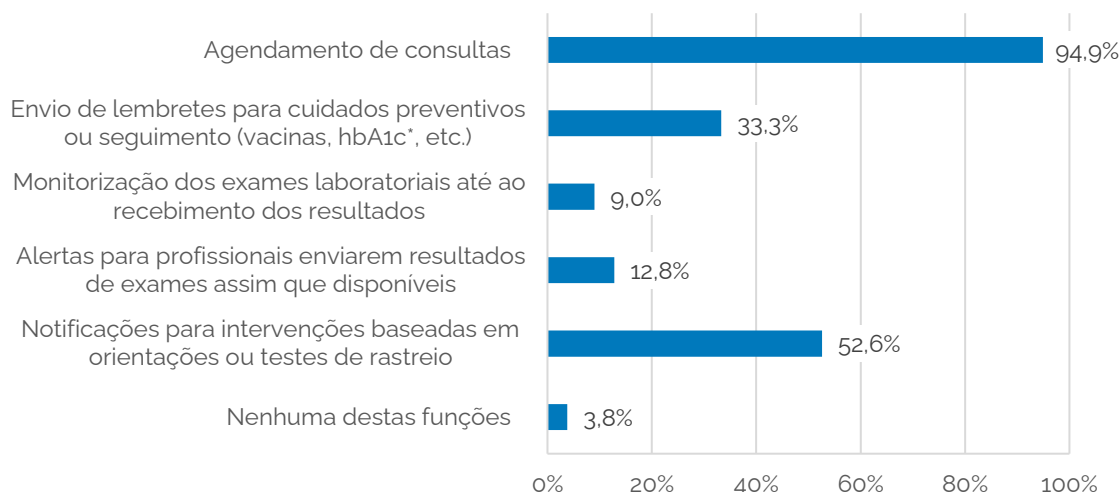


Figura 55. Informatização de tarefas

Nota: N = 78. *HbA1c = hemoglobina glicada

A **capacidade de extrair automaticamente indicadores também ainda não está uniformemente implementada** (Figura 56). A proporção de prestadores de CSP que referem conseguir gerar automaticamente relatórios sobre os seus utentes varia consideravelmente – é superior a 90% no caso das listas de utentes por diagnóstico, mas não atinge 20% no caso das listas de utentes que tomam medicação prescrita fora das unidades ou das listas de exames laboratoriais solicitados por outras unidades de saúde.

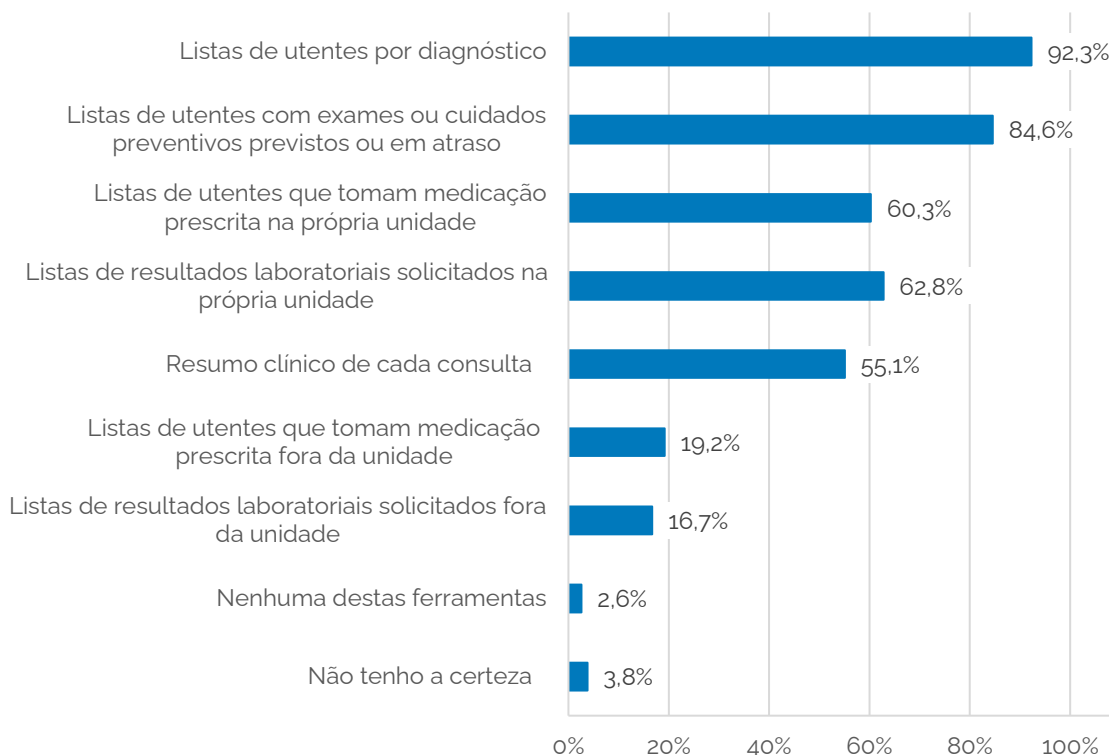


Figura 56. Capacidades de extração informatizada de relatórios
 Nota: N = 78.

Por outro lado, enquanto **a quase totalidade das unidades analisa** indicadores, relativos aos seus/suas utentes, no que respeita a **resultados clínicos, cobertura de cuidados preventivos e satisfação**, pouco mais de metade monitoriza as admissões hospitalares ou o recurso a serviços de urgência e menos de metade a adesão aos medicamentos prescritos (Figura 57).

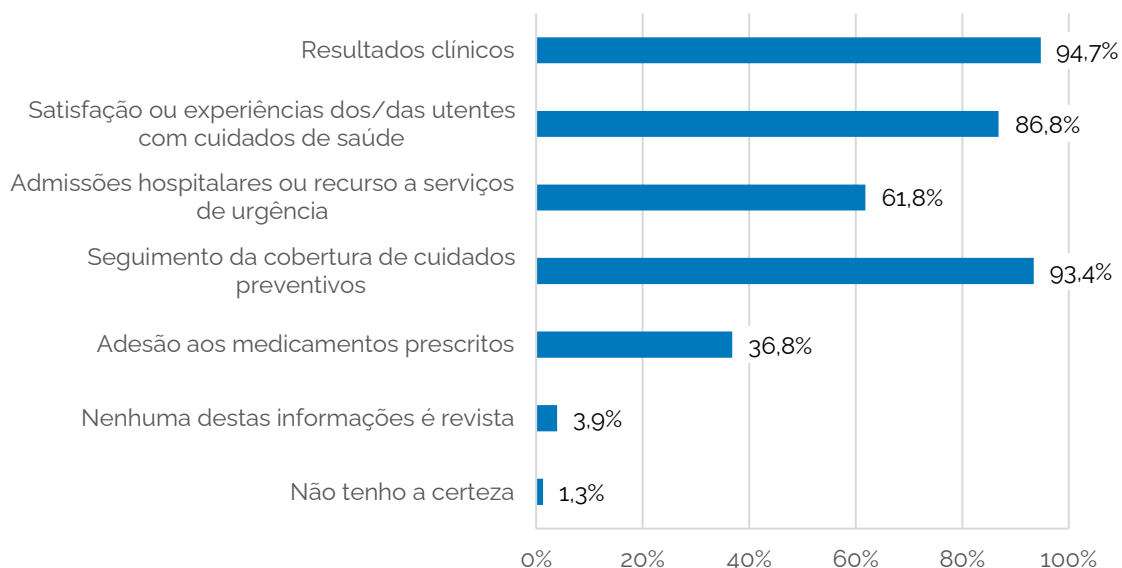


Figura 57. Monitorização de indicadores de desempenho
 Nota: N = 78.

Em relação à capacidade de trocar informações clínicas com outros prestadores de cuidados de saúde, **pouco mais de metade das unidades dispõe de canais eletrónicos para partilhar resumos clínicos** (n = 44; 56,4%), resultados laboratoriais (n = 40; 51,3%) ou o registo clínico completo (n = 47; 60,3%) a profissionais externos. Adicionalmente, 16 unidades (20,5%) reportaram não ser possível realizar qualquer tipo de partilha e 8 referiram não ter a certeza sobre essa capacidade.

5.7. Cuidados a utentes com doenças crónicas

Para avaliar a cobertura dos CSP relativamente ao acompanhamento dos utentes com diferentes doenças, as unidades de CSP foram questionadas sobre a disponibilidade de consultas regulares, exames e avaliações por patologia (Figura 58).

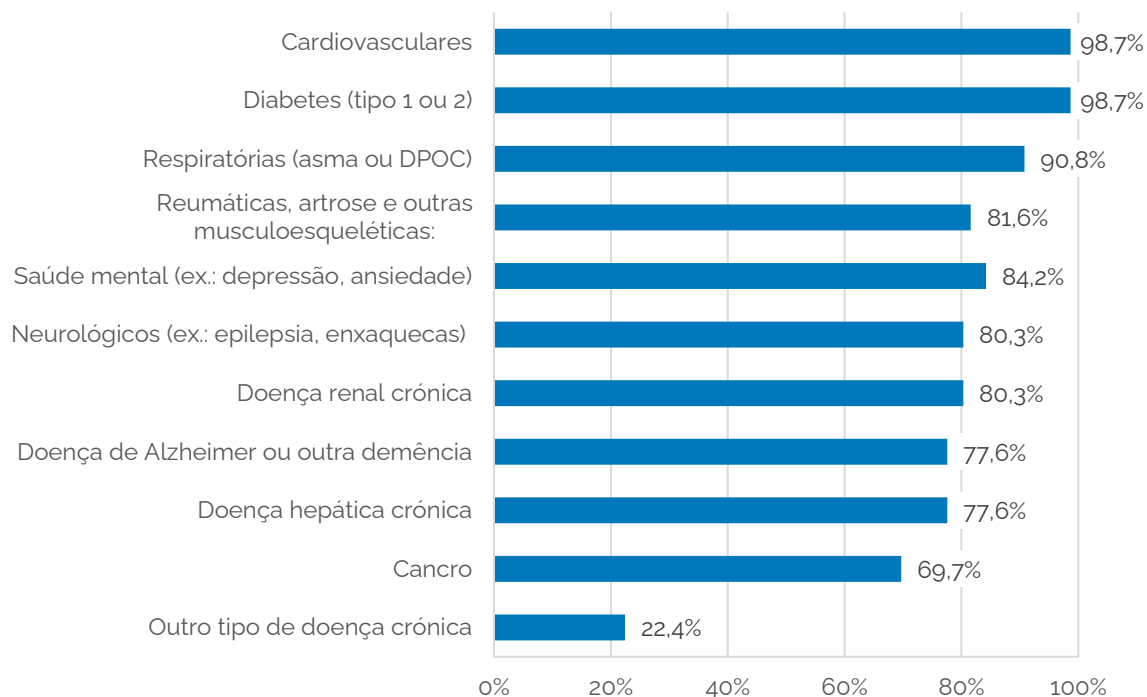


Figura 58. Cobertura de cuidados referida, por tipo de doença

Nota: N = 76.

A quase totalidade das unidades refere seguir as doenças crónicas com maior prevalência nos CSP (doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, doenças reumáticas e outras musculoesqueléticas, e problemas de saúde mental). No entanto, a cobertura é menos abrangente no caso do cancro — uma condição com incidência crescente e que exige, frequentemente, um acompanhamento prolongado e articulado com outros níveis de cuidados.

5.8. Coordenação de cuidados

O grau de preparação das unidades de CSP para coordenar a prestação de cuidados com outros prestadores de saúde e com entidades do setor social, varia consoante o perfil dos utentes (Figura 59). **Menos de 50% das unidades referem estar bem preparadas para dar resposta à coordenação de cuidados** das pessoas com uma ou mais doenças crónicas ou com necessidade de cuidados continuados. No entanto, as maiores lacunas dizem respeito à coordenação de cuidados para pessoas que têm problemas graves de saúde mental ou de dependência/uso indevido de substâncias, bem como nas situações de necessidade de apoio social na comunidade, cuidados paliativos ou serviços de tradução.

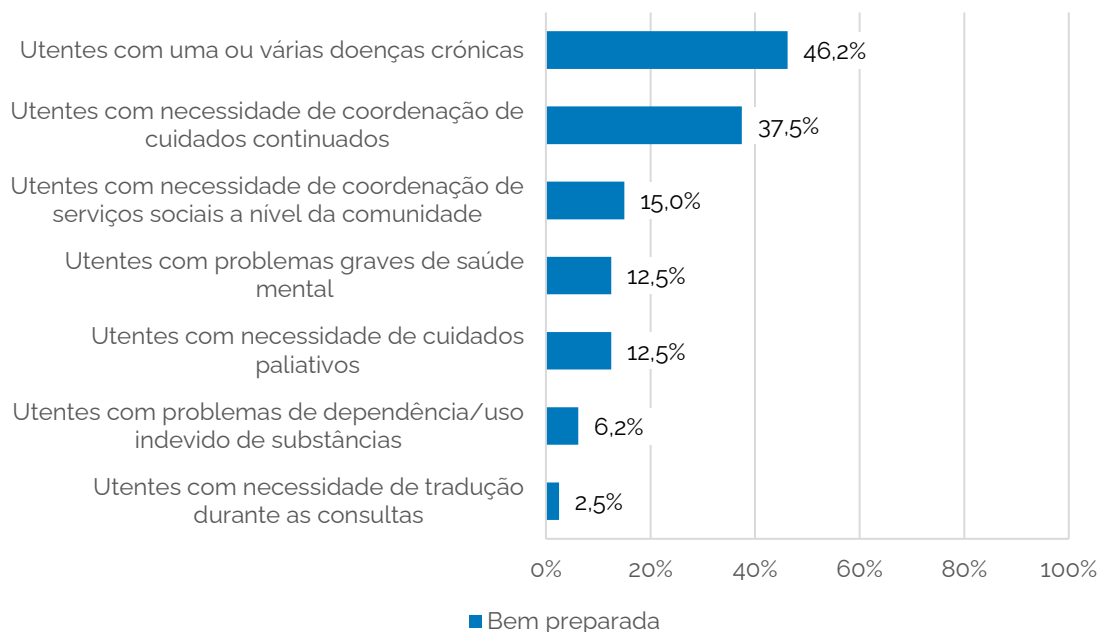


Figura 59. Preparação para coordenação de cuidados referida, por tipo de utente

No que respeita especificamente aos utentes com doenças crónicas, a larga maioria das unidades de CSP (n = 60; 78,9%) reporta que a **coordenação dos cuidados é assegurada por um profissional de saúde da própria unidade**. A coordenação realizada por um profissional de saúde externo ou por um serviço externo especializado é referida por apenas uma (1,3%) e duas unidades (2,6%), respetivamente. Um número reduzido de unidades (n = 7, 9,2%) recorre a outras formas de coordenação. Seis unidades (7,9%) indicaram não dispor de serviços de coordenação de cuidados.

5.9. Plano de cuidados

A elaboração regular de um plano de cuidados para **utentes com doenças crónicas específicas** é referida ser realizada por **pouco mais de metade das unidades de CSP** (Figura 60). Quase metade das unidades também referem desenvolver planos de cuidados para utentes com qualquer doença crónica. No entanto, menos de um terço o faz no caso de utentes com necessidades especiais, como necessidades nutricionais ou necessidade de cuidados complexos.

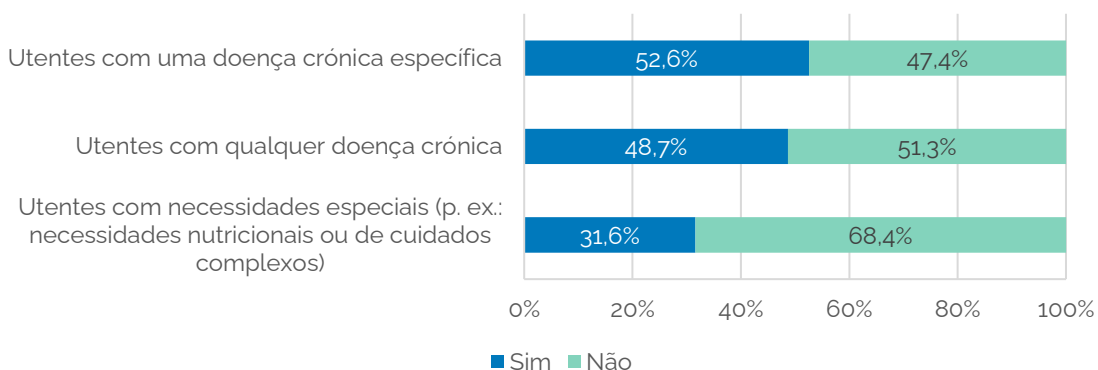


Figura 60. Desenvolvimento de planos de cuidados referido, por tipo de utente

Nota: N = 76.

Entre as unidades que desenvolvem planos de cuidados, a maioria (64,3%) refere proceder à sua discussão e/ou revisão com todos os utentes elegíveis, pelo menos uma vez por ano, enquanto menos de um terço (28,6%) o faz apenas com alguns utentes no mesmo período.

Quanto aos intervenientes no plano de cuidados, a participação dos profissionais da própria equipa acontece em todas as unidades. A quase totalidade (91,1%) refere envolver também os utentes, bem como os cuidadores e/ou familiares. A colaboração de profissionais de saúde externos à unidade no desenvolvimento dos planos de cuidados ocorre em um terço (33,9%) das unidades, enquanto uma unidade (1,8%) envolve outra pessoa não especificada.

Em relação ao conteúdo, a ampla maioria das unidades de CSP refere incluir nos planos de cuidados as informações clínico-terapêuticas fundamentais – medicação, diagnósticos, objetivos clínicos e história clínica do utente (Figura 61). Quase 80% refere incluir também atividades de autogestão, mas os objetivos pessoais do utente ou os registos de intervenções de outros prestadores são contemplados com menos frequência.

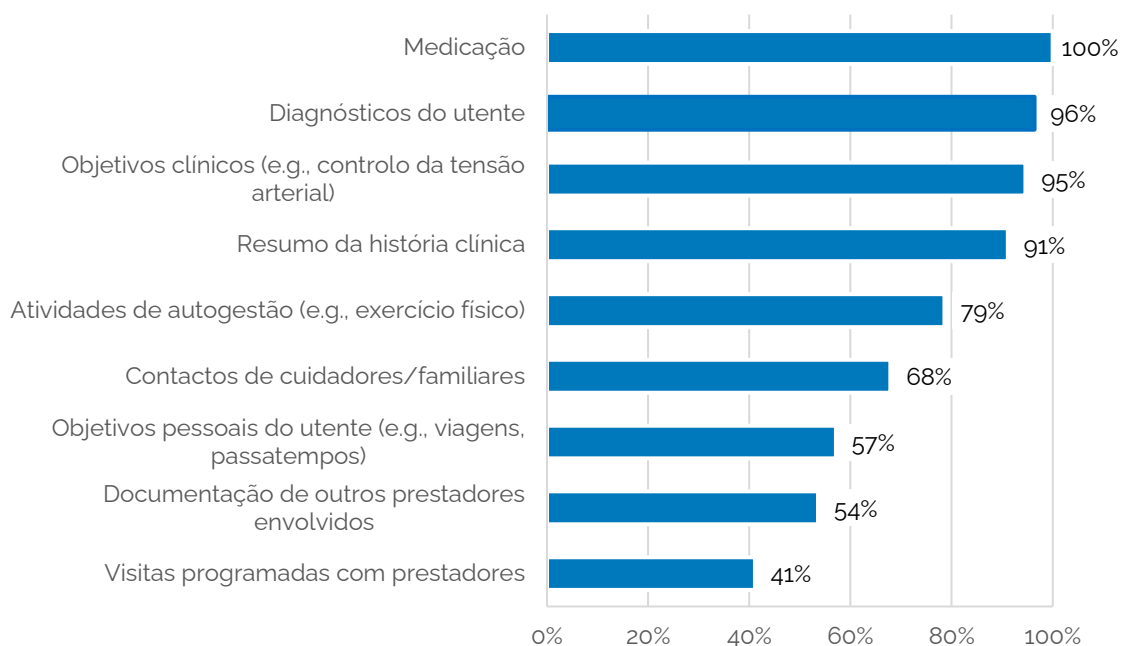


Figura 61. Componentes do plano de cuidados

A maioria das unidades refere partilhar regularmente o plano de cuidados com profissionais de saúde da própria unidade, com os utentes e com os seus cuidadores e/ou familiares (Figura 62). Já a disseminação por profissionais externos é referida ocorrer em menos de um terço das unidades.

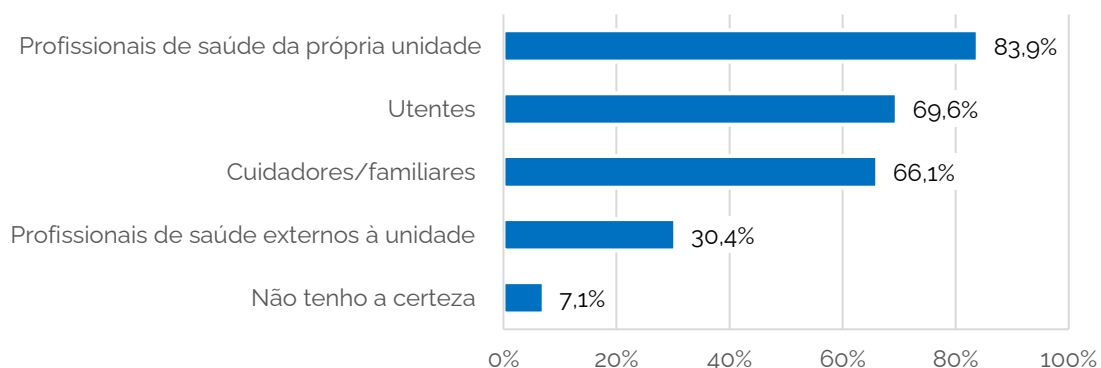


Figura 62. Partilha do plano de cuidado com diferentes intervenientes

5.10. Apoio à autogestão da saúde

Para **apoiar** os utentes com doença crónica na **autogestão** da sua saúde, a quase totalidade das unidades refere fornecer **informação verbal**. Também são distribuídos **materiais informativos**, em formato papel ou digital, por quase todas as USF e pela maioria das UCSP (Quadro 20). No entanto, **menos de um terço refere definir metas e planos de ação com os utentes ou referencia os utentes para programas estruturados ou formadores especializados**. A presença de **profissionais especificamente formados** e a existência de **atividades formais** de autogestão nas unidades de CSP **são ainda pouco comuns**.

Quadro 20. Modalidades de apoio à autogestão referidas

Modalidade de apoio à autogestão	UCSP	USF-A	USF-B
Informação verbal durante ou após a consulta	19 (95,0%)	19 (86,4%)	32 (94,1%)
Distribuição de materiais informativos (panfletos, brochuras, recursos online)	13 (65,0%)	18 (81,8%)	31 (91,2%)
Definição explícita de objetivos e planeamento de ações com o utente	4 (20,0%)	4 (18,2%)	10 (29,4%)
Referenciação para programas/formadores em autogestão	1 (5,0%)	4 (18,2%)	6 (17,6%)
Apoio por membros da equipa formados em metodologias de empoderamento do utente	0 (0,0%)	4 (18,2%)	5 (14,7%)
Não é prestado apoio à autogestão por qualquer destas formas	0 (0,0%)	1 (4,5%)	0 (0,0%)
Não tenho a certeza	1 (5,0%)	0 (0,0%)	1 (2,9%)

Nota: N = 76.

Em relação ao **registo das metas de autocuidados** no processo clínico, **apenas cerca de metade das unidades o referem fazer frequentemente ou sempre** (Quadro 21).

Quadro 21. Frequência de registo de metas de autocuidados referida

Frequência de registo das metas de autocuidado	UCSP	USF-A	USF-B
Sempre	3 (14,3%)	4 (16,7%)	3 (8,6%)
Frequentemente	6 (28,6%)	9 (35,5%)	17 (48,6%)
Às vezes	6 (28,6%)	5 (20,8%)	8 (22,9%)
Raramente	2 (9,5%)	3 (12,5%)	3 (8,6%)
Nunca	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Não tenho a certeza	2 (9,5%)	1 (4,2%)	3 (8,6%)
Sem resposta	1 (4,8%)	2 (8,3%)	1 (2,9%)

Por outro lado, a frequência com que as unidades de CSP fornecem aos utentes com doença crónica **instruções por escrito** – em formato eletrónico ou em papel – sobre como gerir os seus próprios cuidados em casa (por exemplo, controlar sintomas, prevenir o agravamento da doença ou monitorizá-la) varia consoante o tipo de unidade (Quadro 22). **Cerca de 60% das USF modelo A e 40% das USF modelo B referem fazê-lo com frequência, enquanto menos de 20% das UCSP o fazem.** Nenhuma unidade indica adotar esta prática de forma sistemática, isto é, em todas as ocasiões.

Quadro 22. Frequência de entrega de instruções escritas aos utentes

Frequência de entrega de instruções escritas aos utentes	UCSP	USF-A	USF-B
Sempre	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Frequentemente	4 (19,0%)	10 (41,7%)	21 (60,0%)
Às vezes	12 (57,1%)	8 (33,3%)	11 (31,4%)
Raramente	2 (9,5%)	3 (12,5%)	2 (5,7%)
Nunca	1 (4,8%)	1 (4,2%)	0 (0,0%)
Não tenho a certeza	1 (4,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sem resposta	1 (4,8%)	2 (8,3%)	1 (2,9%)

5.11. Cartas de referência

Quando os utentes são encaminhados para outros especialistas, **90% das unidades de CSP referem gerar cartas de referência** (incluindo informações sobre diagnósticos provisórios e possíveis resultados de exames) em formato eletrónico (Quadro 23).

Quadro 23. Frequência da elaboração de cartas de referência referida

Frequência da elaboração de cartas de referência	Eletrónica n (%)	Papel n (%)
Sempre	58 (72,5%)	8 (10,0%)
Frequentemente	14 (17,5%)	12 (15,0%)
Às vezes	1 (1,2%)	25 (31,2%)
Raramente	1 (1,2%)	21 (26,2%)
Nunca	2 (2,5%)	9 (11,2%)
Não tenho a certeza	0 (0,0%)	1 (1,2%)
Sem resposta	4 (5,0%)	4 (5,0%)

No entanto, após a consulta de seguimento com outro especialista, **menos de metade das unidades referem receber, com frequência ou de forma sistemática, informações atempadas**, seja em formato eletrónico ou em papel (Quadro 24).

Quadro 24. Frequência de receção de cartas de retorno de especialistas referida

Frequência da receção de cartas de referência	Eletrónica n (%)	Papel n (%)
Sempre	13 (16,2%)	2 (2,5%)
Frequentemente	18 (22,5%)	19 (23,8%)
Às vezes	19 (23,8%)	33 (41,2%)
Raramente	20 (25,0%)	15 (18,8%)
Nunca	4 (5,0%)	5 (6,2%)
Não tenho a certeza	2 (2,5%)	1 (1,2%)
Sem resposta	4 (5,0%)	4 (5,0%)

Capítulo IV

Discussão

*O estudo **PaRIS** fornece evidência inédita sobre os resultados em saúde (PROMs) e as experiências com os cuidados (PREMs) de utentes dos CSP portugueses com 45 ou mais anos, sobretudo com doença crónica. Apesar de a maioria reportar resultados positivos, Portugal apresenta valores significativamente inferiores à média internacional em quase todos os indicadores, com destaque para a **pior percepção da saúde geral** e da **coordenação de cuidados**. As diferenças são ainda mais marcadas em grupos vulneráveis (idosos, mulheres, pessoas com baixa escolaridade ou em privação económica).*

Os dados revelam lacunas estruturais nos CSP: fraca coordenação entre níveis de cuidados, baixa cobertura dos planos individuais de cuidados (PIC), insuficiente apoio à autogestão e canais de comunicação desatualizados. Embora todas as unidades usem registo eletrónico, persistem desafios de interoperabilidade, acesso remoto e integração com outros prestadores. A oferta de videoconsultas é muito limitada, comprometendo acessibilidade, continuidade e eficiência.

*Entre as oportunidades de melhoria salientam-se: **reforço da personalização** (gestor de cuidados e PIC holístico e partilhado), **modernização digital** (acesso online, videoconsultas, interoperabilidade), **apoio estruturado à autogestão** e **maior investimento na prevenção e promoção da saúde**. A contratualização com base em PROMs e PREMs, associada a incentivos institucionais, pode acelerar a mudança.*

*Em suma, os resultados do PaRIS reforçam a necessidade de uma transformação profunda dos CSP em Portugal, assente em **integração, digitalização, personalização e confiança**, para garantir respostas mais equitativas, centradas na pessoa e alinhadas com padrões internacionais.*

Os resultados do estudo PaRIS fornecem informações relevantes sobre os resultados em saúde e a experiência com os cuidados, conforme reportados pelos utentes de CSP com 45 ou mais anos, em particular aqueles que vivem com doença crónica. Neste capítulo, analisam-se os principais resultados do estudo à luz do contexto do SNS, em particular da prestação de CSP. Reflete-se, ainda, sobre os desafios e oportunidades identificados para a melhoria dos CSP em Portugal.

1. Principais resultados e suas implicações

Os **10 indicadores-chave do estudo PaRIS** incluem cinco **PROMs** – saúde física, saúde mental, funcionamento social, bem-estar e saúde geral – e cinco **PREMs** – confiança na gestão da própria saúde, experiência da coordenação dos cuidados, cuidados centrados na pessoa, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde.

A maioria dos utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com uma ou mais doenças crónicas, que foram inquiridos no estudo PaRIS em Portugal, **apresentou resultados positivos** nos vários indicadores. Contudo, no domínio da **saúde geral** e da **experiência de coordenação de cuidados**, a maioria reportou um **resultado ou uma experiência negativo/a**.

Além disso, os valores reportados pelos utentes em Portugal são **significativamente inferiores à média dos 19 países participantes** no estudo PaRIS em todos os indicadores, **exceto na confiança na gestão da própria saúde** e a **experiência de coordenação dos cuidados**, para os quais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Entre os resultados em saúde, para além da **saúde geral**, sobretudo quanto à existência de diferenças significativas entre pessoas com e sem doença crónica, idade acima de 65 anos e nível de escolaridade, **destacam-se ainda** como áreas com **pior desempenho** (apesar da **maioria dos resultados serem positivos**):

- A **componente geral da saúde física**, sobretudo quanto à existência de diferenças significativas entre pessoas com e sem doença crónica, género, idade acima de 75 anos e nível de escolaridade;
- A **qualidade de vida** (componente da **saúde mental**), sobretudo quanto à existência de diferenças significativas entre pessoas com e sem doença crónica, género e nível de escolaridade elevada;
- Os **aspetos relacionados com o sono**, nomeadamente “acordei fresco/a e repousado/a” (componente do **bem-estar**), sobretudo quanto à existência de diferença significativa para pessoas com maior privação económica; para o **bem-estar**, não obstante a inexistência de risco de depressão clínica para a maioria dos participantes, existem diferenças significativas entre pessoas com e sem doença crónica, género, idade e nível de escolaridade.

Em relação à experiência com os cuidados de saúde, as principais **oportunidades de melhoria** prendem-se com a **coordenação de cuidados** e com a **centralidade da resposta nas necessidades da pessoa com doença crónica**, sobretudo quanto à existência de diferença significativa para pessoas com maior privação económica. Destacam-se, de forma específica, as seguintes necessidades:

- A existência de **um profissional de saúde de referência** responsável pela coordenação dos cuidados prestados nos vários serviços que os utentes com doença crónica utilizam;
- A disponibilização de um **plano individual de cuidados (PIC)** para todas as pessoas com doença crónica – especialmente em situação de multimorbilidade e outras situações com necessidades especiais
- A oferta de **apoio adequado e contínuo** por parte dos vários profissionais de saúde para as pessoas com doença crónica gerirem a sua própria saúde e bem-estar;
- O fornecimento de **informação atempada e útil** às pessoas com doença crónica para a gestão da sua saúde e bem-estar.

Apesar destes resultados obtidos pelos utentes, os profissionais referem uma **oferta de serviços** para as principais patologias **elevada** (a pior pontuação corresponde ao cancro, no entanto com um valor de cerca de 70%). Este **paradoxo merece reflexão**, eventualmente sobre o tipo de serviços prestados, que sendo sobretudo na perspetiva do controlo da doença e curativa (o que explicaria os resultados e experiências dos utentes obtidos), poderá destacar a importância de um maior investimento em serviços de prevenção primária e secundária da doença e promoção da saúde.

Sublinha-se igualmente a importância da **consolidação do registo de saúde eletrónico**, como **plataforma centralizada (ou assegurando a interoperabilidade entre plataformas) e acessível a todos os prestadores de cuidados** devidamente autorizados, bem como aos próprios utentes, com o objetivo de evitar a duplicação de registos, reduzir a necessidade de repetição de informações por parte dos utentes e promover a continuidade dos cuidados.

Comparando com os utentes sem doença crónica, verifica-se que os que vivem com uma ou mais doenças crónicas reportam **valores significativamente inferiores em todos os PROMs**, mas **não apresentam diferenças significativas nas PREMs** para as quais existem dados disponíveis para ambos os grupos – confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde. Este resultado sugere uma **consistência na qualidade do atendimento prestado pelas unidades de CSP**, independentemente do estado de saúde. No entanto, poderá justificar-se, em estudos futuros, uma análise mais aprofundada para aferir se as experiências relatadas são suficientemente sensíveis à complexidade adicional da doença crónica.

Os dados evidenciam ainda **disparidades importantes em função do género, idade, escolaridade e rendimento**, sendo que **mulheres, pessoas com 75 ou mais anos, pessoas com escolaridade até ao 9.º ano** e aquelas em situação de **privação económica** reportam piores resultados e experiências em várias das dimensões analisadas. Esta realidade requer **políticas de inclusão, capacitação profissional e respostas diferenciadas e adaptadas para pessoas em maior vulnerabilidade**.

No domínio da **saúde digital**, além da já mencionada necessidade de consolidação do registo eletrónico, destaca-se a importância de garantir que **todas as unidades de CSP**:

- Dispõem de **páginas eletrónicas acessíveis e fáceis de utilizar**;
- Oferecem **serviços online** com potencial para facilitar o acesso, diminuir os tempos de espera e tornar mais eficiente a prestação de cuidados, como são a marcação de consultas, o pedido de receitas habituais, o acesso aos registos clínicos e a realização de videoconsultas;
- Promovem ativamente a **divulgação e capacitação dos utentes**, em particular as pessoas com doença crónica ou outra situação de maior vulnerabilidade, para o uso destes serviços.

Em particular, a **disponibilização e utilização de videoconsultas permanece muito limitada**, representando um obstáculo à **acessibilidade, eficiência e continuidade** dos cuidados. Estratégias específicas de **capacitação dos profissionais, adequação tecnológica das unidades e promoção do uso digital junto dos utentes** são essenciais para reduzir esta lacuna. Ao reduzir barreiras e facilitar o contacto rápido com profissionais de saúde, estas modalidades promovem maior equidade no acesso, otimização de recursos clínicos e conforto para os utentes, designadamente os que têm mobilidade reduzida ou outras limitações, desde que não seja imprescindível um exame físico presencial.

Os dados recolhidos junto das unidades de CSP revelam que a generalidade (mas não todas) das unidades oferece:

- **Atendimento sem agendamento prévio** aos utentes inscritos na unidade no caso de problemas de saúde urgentes, traduzindo flexibilidade e possibilidade de acesso espontâneo e intempestivo;
- **Visitas domiciliárias**, promovendo a presença comunitária dos profissionais e garantindo resposta às necessidades de utentes com mobilidade reduzida ou outras limitações;

- **Aconselhamento** aos utentes e **gestão de doenças crónicas**, importantes, designadamente, para a promoção da literacia em saúde, a adesão aos cuidados de saúde e o controlo da doença;
- Consultas com novos utentes e de seguimento com **duração superior a 15 minutos**.

Destaca-se ainda que todas as unidades de CSP inquiridas utilizam **registos clínicos dos utentes em formato eletrónico**, assegurando um acesso rápido e seguro à informação dos utentes. Para além de facilitar a monitorização e a produção de indicadores de saúde, e de qualidade dos cuidados, a digitalização constitui um instrumento fundamental para reforçar a partilha de informação entre equipas e apoiar a continuidade dos cuidados, mesmo quando os utentes são acompanhados em diferentes locais ou serviços.

Adicionalmente, a larga maioria das unidades mantém registos clínicos **para a totalidade dos utentes**, independentemente da frequência de utilização dos serviços ou do tipo de vínculo, refletindo um compromisso com a continuidade assistencial e a integridade do histórico clínico da população assistida.

Os dados revelam ainda que a maioria dos **registos clínicos incluem motivo da consulta, hábitos tabágicos, peso e altura, parâmetros clínicos, história familiar, resultados de exames, diagnósticos e medicação prescrita**. Tal assegura a disponibilidade da informação clínica relevante, fundamental para uma prestação de cuidados segura e efetiva.

Importa ainda sublinhar a **facilidade de acesso aos registos no momento da consulta**, fator que melhora a qualidade da interação com o utente e oferece maior segurança ao processo de decisão terapêutica.

Contudo, permanecem desafios importantes, nomeadamente:

- A necessidade de **reforçar o acesso fora do horário** normal de funcionamento das unidades de saúde **e o acesso remoto**, através de videoconsultas, telefone, email ou formulários *online*;
- A **universalização do acesso ao histórico clínico de novos utentes**, para assegurar a continuidade de cuidados e a integridade do histórico clínico para toda a população assistida;
- A implementação de **sistemas de lembretes/notificações automatizadas** para ações de seguimento ou vigilância regular.

Em menos de metade das unidades é possível aceder a cuidados antes ou depois do horário, pelo menos uma vez por semana, e **apenas uma minoria presta cuidados durante o fim de semana**. Além disso, embora a quase totalidade das unidades de CSP ofereça consultas por telefone, **a oferta de videoconsultas e outras modalidades remotas ainda é limitada**, não obstante a sua importância para assegurar a continuidade de cuidados.

Quanto ao **histórico clínico de novos utentes, cerca de 30% das unidades ainda não acedem a essa informação eletronicamente, sem necessidade de solicitação à unidade anterior**, o que pode comprometer a continuidade da prestação de cuidados.

Além disso, **apenas o agendamento de consultas é realizado de forma informatizada pela quase totalidade das unidades**. A informatização de atividades com periodicidade predefinida (como rastreios e envio de lembretes) é também fundamental para otimizar a prestação de cuidados.

É fundamental que **todas as unidades de CSP consigam gerar automaticamente relatórios detalhados da sua atividade**. Estes relatórios permitem acompanhar a evolução clínica dos utentes, identificar necessidades de intervenção precoce na população utente e monitorizar grupos de risco, apoiando assim a continuidade e a qualidade dos cuidados. Paralelamente, contribuem para a produção de indicadores e para a definição de políticas públicas mais adequadas.

Salienta-se ainda que os dados sobre a capacidade de partilha de informações clínicas com outros prestadores de cuidados de saúde - essencial para assegurar a continuidade e a coordenação da assistência sempre que o utente recorre a diferentes serviços ou níveis de cuidados - apontam para um **cenário de interoperabilidade ainda incompleta**, com margem para melhorar a comunicação eletrónica entre prestadores.

No que respeita à **articulação entre prestadores de CSP, outros níveis de cuidados e setor social, menos de metade das unidades estão bem preparadas** para trabalhar em rede, quer no acompanhamento de pessoas com doenças crónicas, quer na prestação de cuidados continuados, paliativos, ou no apoio a situações complexas como problemas graves de saúde mental. Este último aspeto é muito relevante considerando os resultados dos utentes obtidos na área da saúde mental e bem-estar. Por outro lado, **apesar de as cartas de referência serem uma prática generalizada nas unidades de CSP**, quando os utentes são encaminhados para outras especialidades, **o mesmo já não acontece com o retorno de informação por parte de outros especialistas** na sequência da prestação de cuidados aos utentes das unidades de CSP.

Tal implica a **necessidade de reforçar a integração de cuidados entre CSP e cuidados hospitalares ou outros, com mecanismos formais e sustentáveis de articulação interinstitucional**, implementados e utilizados de forma sistemática, de modo a garantir respostas mais completas, contínuas e coordenadas para os cidadãos, sobretudo para aqueles com necessidades complexas de saúde e em maior risco de exclusão.

Relativamente ao **PIC**, os dados evidenciam a **necessidade de uniformizar a sua elaboração e compreensão**, considerando as diferenças obtidas a partir de utentes e profissionais, garantindo a sua aplicação por todas as unidades de CSP e a todos os utentes com potencial benefício. Os dados mostram também **oportunidades para expandir a oferta do PIC** em situações de doença complexa (como cancro) ou com necessidades especiais (por exemplo, nutricionais).

Os resultados apontam ainda para a **necessidade de reforçar, por um lado, a abordagem holística** no PIC – considerando a pessoa nas suas múltiplas dimensões de saúde e bem-estar – e, **por outro lado, a articulação multidisciplinar**, assegurando a colaboração efetiva entre diferentes profissionais e níveis de cuidados. Este reforço implica também o envolvimento sistemático dos utentes e das suas redes de suporte familiar, bem como a partilha do PIC entre todos os intervenientes, garantindo continuidade, coerência e corresponsabilização no processo assistencial.

Também ao nível do **apoio aos utentes com doença crónica, para a autogestão da sua saúde**, é necessário assegurar a **uniformização entre unidades de CSP**, incluindo distribuição de materiais educativos, definição de metas e planos de ação com os utentes e referência para programas estruturados ou profissionais especializados. Para além disso, **a capacitação de profissionais de CSP** em metodologias de empoderamento dos utentes e de resolução de problemas, assim como o desenvolvimento de ações específicas ao nível das unidades de CSP, são identificadas como áreas para desenvolvimento futuro. No que respeita ao **registo das metas de autocuidados no processo clínico** – fundamental para acompanhar o progresso do utente, reforçar o seu compromisso com o plano terapêutico e avaliar o impacto das intervenções de autogestão – deve ser assegurado que todas as unidades de CSP o realizam de forma sistemática.

O apoio à autogestão é um componente-chave do cuidado contínuo dos utentes com condições crónicas, pois capacita o utente com literacia em saúde e ferramentas para melhor gerir sua condição, através da adoção de comportamentos saudáveis e da participação ativa na sua própria saúde e nas decisões terapêuticas sobre a sua saúde, incluindo a monitorização e a gestão de sintomas.

Para além da gestão da doença, **é essencial reforçar a dimensão preventiva e de promoção da saúde nos CSP**. Intervenções de saúde pública baseadas na evidência como programas de rastreio, vacinação, promoção de comportamentos saudáveis e promoção da saúde mental contribuem para aumentar o nível de saúde geral da população ao reduzir o risco de novas doenças, detetar precocemente problemas de saúde e melhorar o bem-estar da população. Estas ações devem ser complementadas por estratégias de educação para a saúde, pela mobilização de recursos comunitários e pela aplicação do princípio de Saúde em Todas as Políticas, assegurando que diferentes setores da sociedade trabalham de forma integrada para potenciar ganhos em saúde sustentáveis e equitativos.

Relativamente aos **incentivos institucionais**, o facto de as USF modelo B apresentarem um melhor desempenho em alguns indicadores sugere que estes podem desempenhar um papel relevante na melhoria dos resultados em saúde e das experiências dos utentes com os cuidados de saúde. Nesse sentido, a **inclusão**

de indicadores PROMs e PREMs na contratualização e nos mecanismos de incentivo institucional poderá assumir um papel importante.

2. Limitações do estudo

É importante reconhecer algumas limitações metodológicas e contextuais do presente estudo, que devem ser tidas em consideração na análise e interpretação dos resultados.

A natureza autorreportada dos dados pode introduzir enviesamentos de seleção, nomeadamente entre diferentes grupos etários ou grupos socioculturais. A subjetividade associada à memória, à compreensão dos itens inquiridos e à interpretação pessoal das experiências em saúde pode afetar a consistência e comparabilidade das respostas. Embora o uso de dados padronizados vise mitigar parte dessas variações, os seus efeitos não são completamente elimináveis.

Outra limitação está relacionada com a composição da amostra, que inclui apenas utentes com 45 ou mais anos registados em centros de saúde do SNS, conforme estipulado pelo desenho do estudo PaRIS. Esta delimitação etária pode excluir segmentos populacionais relevantes para a compreensão global da experiência nos CSP, nomeadamente adultos mais jovens com doenças crónicas. Por outro lado, a exclusão da população não registada nos centros de saúde limita a representatividade de grupos particularmente vulneráveis, que enfrentam barreiras específicas no acesso e na utilização dos serviços de saúde.

Em termos operacionais, a implementação do estudo decorreu ao longo de 2023, um período marcado por constrangimentos importantes, nomeadamente devido à greve dos profissionais do SNS à realização de horas extraordinárias, na segunda metade do ano. Estes fatores podem ter condicionado o recrutamento dos utentes e a taxa de resposta global.

Outro aspeto relevante diz respeito ao modo de contacto e recolha de informação. Caso alguma parte do processo tenha recorrido a plataformas digitais ou a notificações por SMS ou email, tal poderá ter introduzido um enviesamento digital (viés de seleção), excluindo ou desencorajando a participação de utentes com menor literacia digital — situação que tende a afetar, em particular, populações mais envelhecidas ou em contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica.

Do ponto de vista territorial, a cobertura da amostra também merece destaque. As Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira não estão representadas, dado que não são abrangidas pelo SNS, tendo cada uma um Serviço Regional de Saúde próprio. Assim, os dados reportados para Portugal dizem exclusivamente respeito ao território continental.

Importa ainda referir que, apesar dos esforços para garantir a representatividade nacional, não se pode excluir a possibilidade de sub-representação de algumas regiões, sobretudo em contextos com menor densidade populacional ou dificuldades logísticas. As comparações internacionais também devem ser interpretadas com cautela, tendo em conta as diferenças contextuais entre países participantes — ao nível da organização dos sistemas de saúde, da literacia em saúde ou da cultura de resposta a inquéritos.

A ausência de indicadores clínicos complementares limita a possibilidade de realizar uma análise integrada e mais aprofundada dos resultados em saúde, uma vez que não é possível relacionar as perceções dos utentes com os seus perfis clínicos objetivos.

Não obstante as limitações referidas, a recolha e análise da informação seguiram os mais elevados padrões internacionais de rigor científico. Os resultados apresentados constituem, até à data, a evidência mais robusta e metodologicamente rigorosa disponível sobre a experiência dos utentes nos CSP em Portugal, aproximando-se, tanto quanto possível, de uma representação fiel da realidade.

Capítulo V

Conclusões e recomendações

O estudo **PaRIS** representa um marco na avaliação dos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal, introduzindo de forma sistemática os resultados (PROMS) e experiências (PREMS) reportados pelos utentes. Estes instrumentos permitem comparar o desempenho nacional com outros países da OCDE e integrar a perspetiva dos cidadãos nas decisões clínicas e organizacionais.

Os resultados revelam que Portugal apresenta **piores indicadores em PROMS** face à média da OCDE, refletindo determinantes sociais, carga de doença crónica e vulnerabilidades socioeconómicas, enquanto nos **PREMS** o país aproxima-se da média, embora com fraca perceção da qualidade dos cuidados. O relatório aponta para a necessidade de **transformação estrutural** dos CSP, sobretudo em três dimensões críticas:

Coordenação e gestão de cuidados: metade dos utentes reporta insatisfação e metade dos profissionais afirma não estar preparada para articular com outros prestadores. Defende-se a existência de um gestor de cuidados por utente e a generalização dos planos individuais de cuidados (PIC), integrados entre níveis de saúde.

Comunicação e acessibilidade: persistem canais antiquados e informação insuficiente; é necessário modernizar os contactos e expandir a utilização de tecnologias digitais, como a videoconsulta.

Experiência e confiança: reforçar a transparência e a avaliação contínua das experiências dos utentes, tornando essa informação pública e utilizável para melhoria da qualidade.

O estudo conclui que os CSP em Portugal necessitam de uma mudança profunda, assente em três eixos estratégicos: **transformação digital, personalização do cuidado e reforço da confiança**, garantindo cuidados mais centrados na pessoa, eficientes e alinhados com padrões internacionais.

O estudo PaRIS marca uma nova era na forma como olhamos para os CSP em Portugal. Pela primeira vez, dispomos de um estudo sistemático que nos permite comparar, de forma robusta, a experiência dos nossos utentes com a de outros países da OCDE. Pela primeira vez, o SNS adota, de forma concreta, uma abordagem de Saúde Baseada em Valor (*Value-Based Health Care*), centrando-se na recolha e análise de resultados reportados pelos próprios utentes (PROMS – *Patient-Reported Outcome Measures*) e das suas experiências com os cuidados prestados (PREMS – *Patient-Reported Experience Measures*). Estes instrumentos assumem um papel fundamental, ao permitirem incorporar a perspetiva dos utentes na avaliação dos cuidados, indo além dos indicadores tradicionais e focando-se no que realmente importa para as pessoas: o seu bem-estar, funcionalidade e a forma como vivenciam o sistema de saúde.

A integração sistemática dos PROMS e PREMS nos modelos de governação, contratualização e melhoria continua promove decisões clínicas e organizacionais mais alinhadas com os valores e necessidades dos utentes, contribuindo para uma prestação de cuidados mais centrada na pessoa e para uma utilização mais eficiente dos recursos em saúde.

Do relatório emergem conclusões relevantes a vários níveis. Num primeiro plano, em comparação com a média da OCDE, Portugal apresenta, de forma consistente, desempenhos inferiores nos resultados em saúde reportados pelos utentes (PROMS), situando-se entre os países com pior desempenho. Esta realidade exige uma leitura contextualizada, tendo em conta os determinantes sociais e económicos da saúde ao longo da vida. A perceção de pior estado de saúde entre os portugueses pode refletir uma maior carga de doença crónica, níveis mais elevados de vulnerabilidade socioeconómica (incluindo pobreza) e, possivelmente, fatores culturais na forma como se experiencia e reporta a doença. O desafio coletivo é claro: melhorar continuamente os resultados em saúde dos portugueses, assegurando que estes atendem a padrões de qualidade consistentes, conforme o demonstrou em parte este estudo, e, paralelamente, aproximando-os progressivamente das referências internacionais e da média da OCDE. Esta abordagem privilegia uma base sólida em cuidados de qualidade, garantindo que as comparações internacionais se realizem a partir de resultados robustos.

No que respeita às experiências com os CSP (PREMS), Portugal encontra-se mais próximo da média da OCDE, com exceção do indicador relativo à perceção da qualidade dos cuidados, onde o desempenho se aproxima dos valores mais baixos. Esta dimensão deve merecer particular atenção, uma vez que a experiência dos utentes é indissociável da confiança, adesão e continuidade dos cuidados.

A comparação internacional proporcionada pelo estudo PaRIS deve servir como ponto de partida para uma reflexão crítica e construtiva sobre o desempenho dos CSP em Portugal. Os dados mostram que, tanto nos PROMS como nos PREMS, nos aproximamos mais dos países com piores desempenhos do que dos melhores. Este diagnóstico, embora desafiante, aponta-nos um caminho claro de transformação e melhoria, assente em evidência, participação dos utentes e compromisso com a qualidade.

As conclusões do relatório nacional do estudo PaRIS evidenciam, de forma inequívoca, a necessidade urgente de uma transformação estrutural nos CSP em Portugal, de modo a responder efetivamente às necessidades dos utentes, em especial das pessoas com doença crónica. Metade dos utilizadores dos CSP manifesta insatisfação com a coordenação dos cuidados, o que sublinha a importância crítica da existência de um(a) profissional de saúde de referência, responsável por assegurar a articulação integrada entre os diferentes serviços utilizados ao longo do percurso assistencial. Esta necessidade torna-se ainda mais premente em contextos de maior complexidade clínica ou social. Importa realçar que também metade dos profissionais responsáveis pelas unidades de CSP inquiridas assinalou que a sua instituição não está preparada para articular cuidados com outros prestadores de saúde, valor que se agrava quando estão em causa utentes em situações complexas. É, por isso, essencial definir com clareza quem assume a função de gestor do doente, quais as suas responsabilidades, e dotar os profissionais de saúde das condições, ferramentas e formação adequadas para o desempenho efetivo desse papel.

Outro eixo crítico identificado é a disponibilização de PIC, sobretudo em situações de multimorbilidade, como instrumento para personalizar a resposta assistencial e alinhar os cuidados com as preferências e objetivos de cada pessoa. No entanto, apenas cerca de metade dos prestadores afirma que os seus utentes dispõem de um PIC, e, mesmo nesses casos, o plano raramente integra informação proveniente de outros níveis de cuidados,

como o hospitalar. A definição e partilha sistemática de PIC entre todos os profissionais envolvidos no cuidado torna-se, assim, uma prioridade para garantir continuidade, segurança e qualidade.

Finalmente, o estudo evidencia a necessidade de modernização dos canais de comunicação entre utentes e CSP. A informação prestada aos utentes continua a ser insuficiente, pouco clara e desarticulada, e os meios de contacto permanecem ancorados em modelos do século XX. A utilização de tecnologias como a videoconsulta é ainda residual, e os processos de agendamento continuam maioritariamente dependentes de chamadas telefónicas para assistentes administrativos. A disponibilização de informação útil, atempada e acessível, bem como a diversificação dos canais de contacto com os prestadores de cuidados de saúde, são condições essenciais para concretizar uma abordagem verdadeiramente centrada na pessoa, orientada para resultados em saúde e para a criação de valor.

Os resultados do estudo PaRIS colocam em evidência a necessidade de uma mudança profunda e estruturada nos CSP em Portugal, orientada por princípios de personalização, inovação e transparência. Esta transformação deve ser guiada por três eixos estratégicos fundamentais: **transformação digital, personalização do cuidado e reforço da confiança**.

- 1. Transformação digital:** É essencial modernizar os processos de contacto e interação entre os utentes e os serviços de saúde. A marcação de consultas deve tornar-se mais acessível, simples e multicanal, reduzindo a dependência do telefone e promovendo soluções digitais seguras e intuitivas. A meta deve ser ambiciosa: alcançar, até 2027, pelo menos 10% de videoconsultas nos CSP, garantindo acessibilidade, comodidade e continuidade dos cuidados, especialmente para pessoas com mobilidade reduzida ou em zonas de menor densidade populacional.
- 2. Personalização:** Cada utente deve ter um profissional de saúde identificado como gestor de cuidados, responsável pela coordenação ao longo de todo o percurso assistencial, incluindo nos casos de maior complexidade clínica ou social. Simultaneamente, todos os utentes devem dispor de PIC, atualizado e acessível por todos os profissionais envolvidos, promovendo uma abordagem centrada na pessoa, que respeite as suas preferências, objetivos e contexto de vida. Estes dois instrumentos — gestor de cuidados e PIC — são essenciais para garantir continuidade, coerência e eficiência no sistema e são também uma oportunidade para os CSP aprofundarem mecanismos de envolvimento dos cidadãos, não apenas como destinatários, mas como coprodutores dos cuidados.
- 3. Confiança:** Para fortalecer a confiança dos cidadãos no sistema de saúde, é indispensável avaliar de forma regular, consistente e transparente as experiências dos utentes com os serviços prestados, através de PREMS padronizados. Esta informação deve ser pública, comparável e utilizada para melhorar continuamente a qualidade dos cuidados. Adicionalmente, os utentes e os seus representantes devem ser envolvidos nas decisões sobre a organização dos serviços e na definição dos percursos clínicos, assegurando que as reformas são verdadeiramente centradas nas pessoas e refletem as suas necessidades e expectativas.

Referências bibliográficas

1. OECD. Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2025 Disponível em: <https://doi.org/10.1787/c8afa05a5-en>
2. PROMIS. Global Health: A brief guide to the PROMIS® Global Health instruments [Internet]. 2017. Disponível em: https://www.healthmeasures.net/administrator/components/com_instruments/uploads/PROMIS%20Global%20Scoring%20Manual.pdf
3. Heun R, Bonsignore M, Barkow K, Jessen F. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. Junho de 2001;251(S2):27–31.
4. The Commonwealth Fund. 2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2017/nov/2017-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-older>
5. OECD. OECD Guidelines on Measuring Trust. Paris: OECD Publishing; 2017.
6. Lloyd H, Fosh B, Whalley B, Byng R, Close J. Validation of the person-centred coordinated care experience questionnaire (P3CEQ). International Journal for Quality in Health Care. 1 de Agosto de 2019;31(7):506–12.
7. OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Portugal [Internet]. 2025. Disponível em: https://www.oecd.org/pt/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/portugal_08f68049-pt.html
8. Phillips SP, O'Connor M, Vafaei A. Women suffer but men die: survey data exploring whether this self-reported health paradox is real or an artefact of gender stereotypes. BMC Public Health. 12 de Janeiro de 2023;23(1):94.
9. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde - 2023 [Internet]. 2025. Disponível em: www.ine.pt
10. Kendir C, Naik R, Bloemeke J, Bienassis K de, Larrain N, Klazinga N, et al. All hands on deck: Co-developing the first international survey of people living with chronic conditions [Internet]. Paris; 2023 Jan (OECD Health Working Papers; vol. 149). Report No.: 149. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/all-hands-on-deck-co-developing-the-first-international-survey-of-people-living-with-chronic-conditions_8b31022e-en.html
11. Avvisati F, Le Donné N, Paccagnella M. A meeting report: cross-cultural comparability of questionnaire measures in large-scale international surveys. Measurement Instruments for the Social Sciences [Internet]. 6 de Dezembro de 2019;1(1):8. Disponível em: <https://miss.psychopen.eu/index.php/miss/article/view/11003>
12. Van de Vijver F, Avvisati F, Davidov E, Eid M, Fox JP, Le Donné N, et al. Invariance analyses in large-scale studies [Internet]. Paris; 2019 Mai. (OECD Education Working Papers; vol. 201). Report No.: 201. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/invariance-analyses-in-large-scale-studies_254738dd-en.html
13. Valderas JM, Porter I, Martin-Delgado J, Rijken M, de Jong J, Groene O, et al. Development of the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS) conceptual framework to monitor and improve the performance of primary care for people living with chronic conditions. BMJ Qual Saf. 22 de Agosto de 2024;bmjqs-2024-017301.
14. Bloemeke-Cammin J, Groene O, Ballester M, Guanais F, Groenewegen P, Kendir C, et al. International cross-cultural development and field testing of the primary care practice questionnaire for

the PaRIS survey (PaRIS-PCPQ). BMC Primary Care [Internet]. 17 de Maio de 2024;25(1):168. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-024-02375-8>

15. van den Berg M, Kendir C, Castelblanco D, Larrain N, Guanais F, Groene O, et al. PaRIS Field Trial Report [Internet]. Paris; 2024 Jun. (OECD Health Working Papers; vol. 166). Report No.: 166. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/paris-field-trial-report_e5725c75-en.html

16. Groenewegen P, Spreeuwenberg P, Timans R, Groene O, Suñol R, Valderas JM, et al. Data analysis plan of the OECD PaRIS survey: leveraging a multi-level approach to analyse data collected from people living with chronic conditions and their primary care practices in 20 countries. BMC Res Notes [Internet]. 6 de Junho de 2024;17(1):157. Disponível em: <https://bmcrsnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-024-06815-7>

17. Leyland AH, Groenewegen PP. Multilevel Modelling for Public Health and Health Services Research [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-34801-4>

Anexo 1. Grupo Consultivo

Ordens profissionais	Ordem dos Enfermeiros Ordem dos Farmacêuticos Ordem dos Fisioterapeutas Ordem dos Médicos Ordem dos Médicos Dentistas Ordem dos Nutricionistas Ordem dos Psicólogos Portugueses
Associações de profissionais de saúde	Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública (ANMSP) Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiar (USF-AN)
Associações de pessoas que vivem com doença crónica	Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas (LPCDR) Liga Portuguesa Contra o Cancro Plataforma Saúde em Diálogo RD-Portugal, União das Associações das Doenças Raras de Portugal
Outras associações	Associação Nacional das Farmácias (ANF) Associação dos Profissionais do Serviço Social (APSS)
Entidades do Ministério da Saúde	Conselho Nacional de Saúde (CNS) Entidade Reguladora da Saúde (ERS) Grupo de apoio técnico à implementação das políticas de saúde (GAPS) Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST, IP)
Outras entidades públicas	Instituto Nacional de Estatística (INE)
Individualidades de reconhecido mérito científico	Marisa Miraldo (Imperial College London) Pedro Magalhães (Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa)

Anexo 2. Indicadores-chave do estudo PaRIS: amostra total

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para a amostra total de utentes de CSP com 45 ou mais anos – pessoas com e sem doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Indicadores-chave do estudo PaRIS	Resultados positivos	Pontuação média ou % (IC 95%)
Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (PROMs)		
Saúde física	≥ 42 (boa, muito boa, excelente)	43,3 (42,4-44,2)
Saúde mental	≥ 40 (boa, muito boa, excelente)	43,1 (42,1-44,2)
Funcionamento social	Bom, muito bom, excelente	75,1% (70,5-79,2)
Bem-estar	≥ 50 (sem risco de depressão clínica)	57,1 (55,4-58,7)
Saúde geral	Boa, muito boa, excelente	47,3% (39,3-55,5)
Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (PREMs)		
Confiança na gestão da própria saúde	Confiante, muito confiante	62,7% (54,0-70,6)
Experiência da qualidade dos cuidados	Boa, muito boa, excelente	69,8% (61,2-77,1)
Confiança no sistema de saúde	Concordo, concordo totalmente	54,0% (47,7-60,2)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 1. Para os indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social, saúde geral, confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). Os indicadores de experiência da coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa não são reportados, porque não existem dados disponíveis para pessoas sem doença crónica. No Capítulo 2, Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. IC95% - Intervalo de confiança a 95%.

Anexo 3. Indicadores-chave do estudo PaRIS: pessoas sem doença crónica

Pontuação média ou percentagem de pessoas que reportam resultados ou experiências positivas, para utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem sem doença crónica (resultados padronizados por idade e sexo para a população-padrão de Portugal Continental)

Indicadores-chave do estudo PaRIS	Resultados positivos	Pontuação média ou % (IC 95%)
Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (PROMs)		
Saúde física	≥ 42 (boa, muito boa, excelente)	48,8 (47,8-49,7)
Saúde mental	≥ 40 (boa, muito boa, excelente)	46,2 (45,0-47,3)
Funcionamento social	Bom, muito bom, excelente	86,9% (83,2-89,8)
Bem-estar	≥ 50 (sem risco de depressão clínica)	66,8 (65,0-68,6)
Saúde geral	Boa, muito boa, excelente	79,6% (73,3-84,8)
Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (PREMs)		
Confiança na gestão da própria saúde	Confiante, muito confiante	71,9% (62,9-79,5)
Experiência da qualidade dos cuidados	Boa, muito boa, excelente	74,4% (66,7-80,9)
Confiança no sistema de saúde	Concordo, concordo totalmente	57,9% (51,1-64,4)

Nota: Resultados obtidos com base no Modelo 3. Para os indicadores de saúde física, saúde mental e bem-estar é apresentada a pontuação média dos inquiridos numa escala. Para os indicadores funcionamento social, saúde geral, confiança na gestão da própria saúde, experiência da qualidade dos cuidados e confiança no sistema de saúde é apresentada a percentagem de pessoas que reportam um resultado ou experiência positiva (por exemplo, pessoas que referem ter uma saúde geral boa, muito boa ou excelente). Os indicadores de experiência da coordenação dos cuidados e cuidados centrados na pessoa não são reportados, porque não existem dados disponíveis para pessoas sem doença crónica. No Capítulo 2, Quadro 1 e Quadro 2, é fornecida mais informação sobre os critérios definidos para respostas positivas e as escalas utilizadas. Em todos os casos, valores mais elevados indicam um melhor desempenho. IC95% - Intervalo de confiança a 95%.

Anexo 4. Estudo PaRIS: pessoas com e sem doença crónica

Questionário aplicado aos utentes: Número e proporção de utentes de CSP com 45 ou mais anos que vivem com e sem doença crónica (resultados não padronizados)

Nota 1: Os resultados apresentados incidem apenas sobre o total de utentes que respondeu à questão que permitiu distinguir a (in)existência de doenças crónicas (questão 53). O cabeçalho apresenta o número total de respondentes considerados.

Nota 2: Para cada questão, e após aplicação da distinção entre utentes que vivem com e sem doença crónica, foram apenas analisadas as respostas válidas. Por esse motivo, existem variações nos totais de resposta a cada pergunta. As proporções apresentadas são sempre relativas ao total de respostas válidas de cada categoria/coluna, em cada pergunta, exceto nas questões 53, 77 e 78 (perguntas de seleção múltipla), em que a proporção apresentada em cada linha de resposta corresponde ao total selecionado, face ao total de respostas válidas, em cada categoria/coluna.

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
1. Que idade tem?			
- 45-49 anos	1637 (19,3%)	633 (34,4%)	2270 (22,0%)
- 50-54 anos	1624 (19,2%)	506 (27,5%)	2130 (20,7%)
- 55-59 anos	1549 (18,3%)	290 (15,8%)	1839 (17,8%)
- 60-64 anos	1339 (15,8%)	182 (9,9%)	1521 (14,7%)
- 65-69 anos	1028 (12,1%)	120 (6,5%)	1148 (11,1%)
- 70-74 anos	675 (8,0%)	58 (3,2%)	733 (7,1%)
- 75-79 anos	378 (4,5%)	33 (1,8%)	411 (4,0%)
- 80-84 anos	177 (2,1%)	14 (0,8%)	191 (1,9%)
- 85 anos ou mais	67 (0,8%)	4 (0,2%)	71 (0,7%)
2. De modo geral, diria que a sua saúde é:			
- Excelente	102 (1,2%)	108 (5,8%)	210 (2,0%)
- Muito boa	816 (9,6%)	552 (29,9%)	1368 (13,2%)
- Boa	2874 (33,9%)	846 (45,8%)	3720 (36,0%)
- Razoável	3558 (42,0%)	304 (16,5%)	3862 (37,4%)
- Insatisfatória	1129 (13,3%)	37 (2,0%)	1166 (11,3%)
3. De modo geral, diria que a sua qualidade de vida é:			
- Excelente	136 (1,6%)	65 (3,5%)	201 (1,9%)
- Muito boa	967 (11,4%)	445 (24,1%)	1412 (13,7%)
- Boa	3442 (40,6%)	895 (48,5%)	4337 (42,0%)
- Razoável	3347 (39,5%)	405 (21,9%)	3752 (36,4%)
- Insatisfatória	581 (6,9%)	37 (2,0%)	618 (6,0%)

Variável	Com doença crônica (N=8481)	Sem doença crônica (N=1847)	Total (N=10328)
4. De modo geral, como classificaria a sua saúde física?			
- Excelente	76 (0,9%)	69 (3,7%)	145 (1,4%)
- Muito boa	597 (7,0%)	375 (20,3%)	972 (9,4%)
- Boa	2589 (30,5%)	833 (45,1%)	3422 (33,2%)
- Razoável	3932 (46,4%)	511 (27,7%)	4443 (43,0%)
- Insatisfatória	1281 (15,1%)	59 (3,2%)	1340 (13,0%)
5. De modo geral, como classificaria a sua saúde mental, incluindo o seu humor e a sua capacidade de raciocínio?			
- Excelente	515 (6,1%)	164 (8,9%)	679 (6,6%)
- Muito boa	1712 (20,2%)	559 (30,3%)	2271 (22,0%)
- Boa	3194 (37,7%)	725 (39,3%)	3919 (38,0%)
- Razoável	2430 (28,7%)	344 (18,6%)	2774 (26,9%)
- Insatisfatória	624 (7,4%)	55 (3,0%)	679 (6,6%)
6. De modo geral, como classificaria a sua satisfação com atividades sociais (atividades em que se convive com outras pessoas) e com relacionamentos?			
- Excelente	624 (7,4%)	176 (9,5%)	800 (7,8%)
- Muito boa	2007 (23,7%)	575 (31,2%)	2582 (25,0%)
- Boa	3429 (40,5%)	713 (38,6%)	4142 (40,1%)
- Razoável	1879 (22,2%)	317 (17,2%)	2196 (21,3%)
- Insatisfatória	534 (6,3%)	64 (3,5%)	598 (5,8%)
7. De modo geral, classifique a forma como consegue desempenhar as suas atividades e funções sociais habituais (incluindo atividades em casa, no trabalho e na comunidade, e responsabilidades como pai/mãe, filho/a, esposo/a, empregado/a, amigo/a, etc).			
- Excelente	621 (7,3%)	221 (12,0%)	842 (8,2%)
- Muito boa	2323 (27,4%)	674 (36,5%)	2997 (29,0%)
- Boa	3301 (39,0%)	712 (38,5%)	4013 (38,9%)
- Razoável	1778 (21,0%)	212 (11,5%)	1990 (19,3%)
- Insatisfatória	450 (5,3%)	28 (1,5%)	478 (4,6%)
8. Até que ponto consegue realizar atividades físicas diárias como andar, subir escadas, carregar compras de supermercado ou mover uma cadeira?			
- Completamente	3565 (42,0%)	1244 (67,4%)	4809 (46,6%)
- Em grande parte	1919 (22,6%)	363 (19,7%)	2282 (22,1%)
- Moderadamente	2033 (24,0%)	189 (10,2%)	2222 (21,5%)
- Pouco	867 (10,2%)	46 (2,5%)	913 (8,8%)
- De maneira alguma	96 (1,1%)	5 (0,3%)	101 (1,0%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
9. Nos últimos 7 dias, senti falta de ar			
- Nada	6089 (71,8%)	1619 (87,7%)	7708 (74,7%)
- Um pouco	1406 (16,6%)	150 (8,1%)	1556 (15,1%)
- Mais ou menos	766 (9,0%)	72 (3,9%)	838 (8,1%)
- Muito	171 (2,0%)	5 (0,3%)	176 (1,7%)
- MUITÍSSIMO	46 (0,5%)	1 (0,1%)	47 (0,5%)
10. Nos últimos 7 dias, em média, como classificaria o seu cansaço?			
- Nenhum	880 (10,4%)	350 (18,9%)	1230 (11,9%)
- Ligeiro	3052 (36,0%)	871 (47,2%)	3923 (38,0%)
- Moderado	3064 (36,1%)	502 (27,2%)	3566 (34,5%)
- Intenso	1246 (14,7%)	112 (6,1%)	1358 (13,2%)
- Muito intenso	234 (2,8%)	12 (0,6%)	246 (2,4%)
11. Nos últimos 7 dias, até que ponto a dor interferiu nas suas atividades diárias?			
- Nada	2308 (27,2%)	927 (50,2%)	3235 (31,3%)
- Um pouco	2700 (31,8%)	607 (32,9%)	3307 (32,0%)
- Mais ou menos	1733 (20,4%)	196 (10,6%)	1929 (18,7%)
- Muito	1301 (15,3%)	97 (5,3%)	1398 (13,5%)
- MUITÍSSIMO	436 (5,1%)	18 (1,0%)	454 (4,4%)
12. Nos últimos 7 dias, em média, como classificaria as suas dores?			
- 0 - Sem dor	1085 (12,8%)	506 (27,4%)	1591 (15,4%)
- 1-3	2684 (31,7%)	825 (44,7%)	3509 (34,0%)
- 4-6	2986 (35,2%)	419 (22,7%)	3405 (33,0%)
- 7-9	1587 (18,7%)	90 (4,9%)	1677 (16,2%)
- 10 - A pior dor que se pode imaginar	135 (1,6%)	6 (0,3%)	141 (1,4%)
13. Nos últimos 7 dias, com que frequência se sentiu incomodado/a por problemas emocionais como por exemplo, sentir-se ansioso/a, deprimido/a ou irritado/a?			
- Nunca	499 (5,9%)	172 (9,3%)	671 (6,5%)
- Raramente	2106 (24,8%)	639 (34,6%)	2745 (26,6%)
- Às vezes	3647 (43,0%)	771 (41,8%)	4418 (42,8%)
- Frequentemente	1932 (22,8%)	248 (13,4%)	2180 (21,1%)
- Sempre	296 (3,5%)	16 (0,9%)	312 (3,0%)
14. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido alegre e de bom humor			
- Sempre	456 (5,4%)	169 (9,1%)	625 (6,1%)
- Quase sempre	2760 (32,6%)	830 (44,9%)	3590 (34,8%)
- Mais da metade do tempo	2268 (26,8%)	472 (25,6%)	2740 (26,5%)
- Menos da metade do tempo	1295 (15,3%)	201 (10,9%)	1496 (14,5%)
- De vez em quando	1515 (17,9%)	164 (8,9%)	1679 (16,3%)
- Nunca	183 (2,2%)	11 (0,6%)	194 (1,9%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
15. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido calmo/a e relaxado/a			
- Sempre	337 (4,0%)	121 (6,6%)	458 (4,4%)
- Quase sempre	2557 (30,2%)	771 (41,7%)	3328 (32,2%)
- Mais de metade do tempo	2130 (25,1%)	470 (25,4%)	2600 (25,2%)
- Menos de metade do tempo	1532 (18,1%)	259 (14,0%)	1791 (17,3%)
- De vez em quando	1581 (18,7%)	194 (10,5%)	1775 (17,2%)
- Nunca	339 (4,0%)	32 (1,7%)	371 (3,6%)
16. Nas duas últimas semanas, tenho-me sentido ativo/a e com energia			
- Sempre	657 (7,8%)	270 (14,6%)	927 (9,0%)
- Quase sempre	2531 (29,9%)	827 (44,8%)	3358 (32,5%)
- Mais de metade do tempo	1973 (23,3%)	387 (21,0%)	2360 (22,9%)
- Menos de metade do tempo	1696 (20,0%)	232 (12,6%)	1928 (18,7%)
- De vez em quando	1264 (14,9%)	113 (6,1%)	1377 (13,3%)
- Nunca	352 (4,2%)	18 (1,0%)	370 (3,6%)
17. Nas duas últimas semanas, o meu dia a dia tem sido repleto de coisas que me interessam			
- Sempre	496 (5,9%)	150 (8,1%)	646 (6,3%)
- Quase sempre	2458 (29,0%)	710 (38,5%)	3168 (30,7%)
- Mais de metade do tempo	2157 (25,5%)	517 (28,0%)	2674 (25,9%)
- Menos de metade do tempo	1499 (17,7%)	264 (14,3%)	1763 (17,1%)
- De vez em quando	1602 (18,9%)	189 (10,2%)	1791 (17,4%)
- Nunca	263 (3,1%)	16 (0,9%)	279 (2,7%)
18. Nas duas últimas semanas, acordei fresco/a e repousado/a			
- Sempre	411 (4,8%)	146 (7,9%)	557 (5,4%)
- Quase sempre	2304 (27,2%)	742 (40,2%)	3046 (29,5%)
- Mais de metade do tempo	1666 (19,7%)	387 (21,0%)	2053 (19,9%)
- Menos de metade do tempo	1660 (19,6%)	276 (15,0%)	1936 (18,8%)
- De vez em quando	1623 (19,1%)	217 (11,8%)	1840 (17,8%)
- Nunca	812 (9,6%)	78 (4,2%)	890 (8,6%)
19. Na última semana, em quantos dias praticou, pelo menos durante 30 minutos, uma atividade física (como correr, nadar, andar de bicicleta, caminhar em passo rápido ou dançar)?			
- Todos os dias	568 (6,7%)	155 (8,4%)	723 (7,0%)
- 5-6 dias	619 (7,3%)	179 (9,7%)	798 (7,7%)
- 3-4 dias	1248 (14,7%)	331 (17,9%)	1579 (15,3%)
- 1-2 dias	1707 (20,1%)	434 (23,5%)	2141 (20,7%)
- Nenhum	4170 (49,2%)	723 (39,2%)	4893 (47,4%)
- Não tenho a certeza	162 (1,9%)	24 (1,3%)	186 (1,8%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
20. Nos últimos 12 meses, algum/a profissional de saúde falou consigo sobre a sua atividade física?			
- Sim	4377 (51,6%)	702 (38,0%)	5079 (49,2%)
- Não	3677 (43,4%)	1058 (57,3%)	4735 (45,9%)
- Não tenho a certeza	424 (5,0%)	87 (4,7%)	511 (4,9%)
21. Com que frequência come fruta, excluindo sumo de fruta natural ou feito a partir de concentrado?			
- Uma ou mais vezes por dia	3863 (46,0%)	832 (45,3%)	4695 (45,9%)
- 4 a 6 dias por semana	2330 (27,7%)	535 (29,2%)	2865 (28,0%)
- 1 a 3 dias por semana	761 (9,1%)	171 (9,3%)	932 (9,1%)
- Menos de uma vez por semana	952 (11,3%)	202 (11,0%)	1154 (11,3%)
- Nunca	497 (5,9%)	95 (5,2%)	592 (5,8%)
22. Com que frequência come legumes ou salada, excluindo batatas e sumos frescos ou à base de concentrados?			
- Uma ou mais vezes por dia	2159 (25,7%)	505 (27,5%)	2664 (26,0%)
- 4 a 6 vezes por semana	2585 (30,7%)	607 (33,1%)	3192 (31,1%)
- 1 a 3 vezes por semana	1501 (17,8%)	344 (18,7%)	1845 (18,0%)
- Menos de uma vez por semana	1701 (20,2%)	311 (16,9%)	2012 (19,6%)
- Nunca	466 (5,5%)	69 (3,8%)	535 (5,2%)
23. Nos últimos 12 meses, algum/a profissional de saúde falou consigo sobre alimentação saudável?			
- Sim	3451 (40,7%)	535 (29,0%)	3986 (38,6%)
- Não	4574 (54,0%)	1231 (66,6%)	5805 (56,2%)
- Não tenho a certeza	453 (5,3%)	81 (4,4%)	534 (5,2%)
24. Fuma algum produto do tabaco (exceto cigarros eletrónicos ou dispositivos eletrónicos semelhantes)?			
- Sim, todos os dias	1097 (12,9%)	224 (12,1%)	1321 (12,8%)
- Sim, ocasionalmente	442 (5,2%)	107 (5,8%)	549 (5,3%)
- Nunca	6936 (81,8%)	1516 (82,1%)	8452 (81,9%)
25. Já fumou produtos do tabaco (exceto cigarros eletrónicos ou dispositivos eletrónicos semelhantes) todos os dias, ou quase todos os dias, durante pelo menos um ano?			
- Sim	2226 (32,1%)	396 (26,1%)	2622 (31,0%)
- Não	4708 (67,9%)	1120 (73,9%)	5828 (69,0%)
26. Nos últimos 12 meses, algum/a profissional de saúde falou consigo sobre os riscos de fumar ou os riscos do tabaco para a saúde e formas de deixar de fumar?			
- Sim	1367 (36,3%)	200 (27,5%)	1567 (34,9%)
- Não	2279 (60,6%)	505 (69,6%)	2784 (62,0%)
- Não tenho a certeza	117 (3,1%)	21 (2,9%)	138 (3,1%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
27. Nos últimos 12 meses, com que frequência bebeu uma bebida alcoólica de qualquer tipo (cerveja, vinho, cidra, destilados, coquetéis, pré-misturas, licor, álcool caseiro...)?			
- Todos os dias ou quase	1767 (20,9%)	323 (17,5%)	2090 (20,2%)
- 5-6 dias por semana	387 (4,6%)	82 (4,4%)	469 (4,5%)
- 3-4 dias por semana	693 (8,2%)	186 (10,1%)	879 (8,5%)
- 1-2 dias por semana	1502 (17,7%)	402 (21,8%)	1904 (18,4%)
- 2-3 dias por mês	895 (10,6%)	215 (11,6%)	1110 (10,8%)
- Uma vez por mês	610 (7,2%)	141 (7,6%)	751 (7,3%)
- Menos de uma vez por mês	1019 (12,0%)	199 (10,8%)	1218 (11,8%)
- Nos últimos 12 meses não, pois, já não bebo álcool	566 (6,7%)	69 (3,7%)	635 (6,2%)
- Nunca, ou apenas alguns goles ou experiências, em toda a minha vida	1035 (12,2%)	230 (12,5%)	1265 (12,3%)
28. Nos últimos 12 meses, algum/a profissional de saúde falou consigo sobre o consumo de álcool?			
- Sim	1745 (23,5%)	272 (16,8%)	2017 (22,3%)
- Não	5420 (72,9%)	1296 (80,1%)	6716 (74,2%)
- Não tenho a certeza	271 (3,6%)	49 (3,0%)	320 (3,5%)
29. Confio nos/as profissionais de saúde para me dizerem tudo o que preciso de saber para gerir a minha saúde			
- Discordo totalmente	119 (1,4%)	28 (1,5%)	147 (1,4%)
- Discordo	380 (4,5%)	85 (4,6%)	465 (4,5%)
- Não concordo nem discordo	1327 (15,7%)	321 (17,4%)	1648 (16,0%)
- Concordo	4622 (54,5%)	1048 (56,8%)	5670 (54,9%)
- Concordo totalmente	2025 (23,9%)	364 (19,7%)	2389 (23,2%)
30. A maioria dos problemas de saúde é demasiado complexa para eu entender			
- Discordo totalmente	1577 (18,6%)	357 (19,4%)	1934 (18,8%)
- Discordo	3420 (40,4%)	831 (45,1%)	4251 (41,2%)
- Não concordo nem discordo	1707 (20,2%)	372 (20,2%)	2079 (20,2%)
- Concordo	1532 (18,1%)	263 (14,3%)	1795 (17,4%)
- Concordo totalmente	230 (2,7%)	21 (1,1%)	251 (2,4%)
31. Tento ativamente prevenir doenças			
- Discordo totalmente	30 (0,4%)	5 (0,3%)	35 (0,3%)
- Discordo	236 (2,8%)	21 (1,1%)	257 (2,5%)
- Não concordo nem discordo	1268 (15,0%)	235 (12,7%)	1503 (14,6%)
- Concordo	5193 (61,3%)	1129 (61,2%)	6322 (61,3%)
- Concordo totalmente	1740 (20,6%)	456 (24,7%)	2196 (21,3%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
32. Deixo que sejam os/as profissionais de saúde a tomar as decisões mais indicadas para a minha saúde.			
- Discordo totalmente	242 (2,9%)	83 (4,5%)	325 (3,1%)
- Discordo	1021 (12,1%)	310 (16,8%)	1331 (12,9%)
- Não concordo nem discordo	1847 (21,8%)	460 (24,9%)	2307 (22,4%)
- Concordo	4274 (50,4%)	820 (44,4%)	5094 (49,4%)
- Concordo totalmente	1089 (12,9%)	174 (9,4%)	1263 (12,2%)
33. Considero importante estar informado/a sobre questões de saúde			
- Discordo totalmente	17 (0,2%)	5 (0,3%)	22 (0,2%)
- Discordo	21 (0,2%)	6 (0,3%)	27 (0,3%)
- Não concordo nem discordo	132 (1,6%)	35 (1,9%)	167 (1,6%)
- Concordo	3813 (45,0%)	816 (44,2%)	4629 (44,8%)
- Concordo totalmente	4494 (53,0%)	984 (53,3%)	5478 (53,1%)
34. Preciso de estar informado/a sobre questões de saúde para me manter, a mim e à minha família, saudáveis.			
- Discordo totalmente	19 (0,2%)	2 (0,1%)	21 (0,2%)
- Discordo	59 (0,7%)	18 (1,0%)	77 (0,7%)
- Não concordo nem discordo	262 (3,1%)	69 (3,7%)	331 (3,2%)
- Concordo	4171 (49,2%)	874 (47,3%)	5045 (48,9%)
- Concordo totalmente	3962 (46,8%)	883 (47,8%)	4845 (47,0%)
35. Tenho dificuldade em compreender muitas das informações de saúde que leio			
- Discordo totalmente	1388 (16,4%)	308 (16,7%)	1696 (16,4%)
- Discordo	3295 (38,9%)	830 (45,0%)	4125 (40,0%)
- Não concordo nem discordo	1603 (18,9%)	357 (19,3%)	1960 (19,0%)
- Concordo	1897 (22,4%)	312 (16,9%)	2209 (21,4%)
- Concordo totalmente	283 (3,3%)	38 (2,1%)	321 (3,1%)
36. A minha saúde é cuidada, de forma conjunta, por mim e pelos/as profissionais de saúde que me acompanham			
- Discordo totalmente	165 (1,9%)	57 (3,1%)	222 (2,2%)
- Discordo	491 (5,8%)	171 (9,3%)	662 (6,4%)
- Não concordo nem discordo	1179 (13,9%)	343 (18,6%)	1522 (14,8%)
- Concordo	4848 (57,3%)	992 (53,8%)	5840 (56,7%)
- Concordo totalmente	1782 (21,1%)	280 (15,2%)	2062 (20,0%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
37. Quando leio ou ouço algo que seja relevante para os meus cuidados de saúde, falo sobre esse assunto com os/as profissionais de saúde que me acompanham			
- Discordo totalmente	206 (2,4%)	75 (4,1%)	281 (2,7%)
- Discordo	758 (9,0%)	239 (13,0%)	997 (9,7%)
- Não concordo nem discordo	1915 (22,6%)	492 (26,7%)	2407 (23,4%)
- Concordo	4556 (53,9%)	888 (48,2%)	5444 (52,9%)
- Concordo totalmente	1021 (12,1%)	147 (8,0%)	1168 (11,3%)
38. Tento perceber os meus riscos de saúde pessoais			
- Discordo totalmente	16 (0,2%)	0 (0,0%)	16 (0,2%)
- Discordo	75 (0,9%)	22 (1,2%)	97 (0,9%)
- Não concordo nem discordo	317 (3,7%)	91 (4,9%)	408 (4,0%)
- Concordo	5689 (67,1%)	1253 (67,9%)	6942 (67,3%)
- Concordo totalmente	2376 (28,0%)	479 (26,0%)	2855 (27,7%)
39. Quando acho que há algum problema com os meus cuidados de saúde, partilho as minhas preocupações com os/as profissionais de saúde que me acompanham			
- Discordo totalmente	89 (1,1%)	24 (1,3%)	113 (1,1%)
- Discordo	221 (2,6%)	76 (4,1%)	297 (2,9%)
- Não concordo nem discordo	736 (8,7%)	209 (11,3%)	945 (9,2%)
- Concordo	5304 (62,6%)	1172 (63,5%)	6476 (62,8%)
- Concordo totalmente	2123 (25,1%)	365 (19,8%)	2488 (24,1%)
40. Em que medida se sente confiante de que é capaz de gerir a sua própria saúde e bem-estar?			
- Muito confiante	804 (9,5%)	251 (13,6%)	1055 (10,2%)
- Confiante	4427 (52,2%)	1076 (58,3%)	5503 (53,3%)
- Um pouco confiante	2870 (33,9%)	482 (26,1%)	3352 (32,5%)
- Nada confiante	376 (4,4%)	36 (2,0%)	412 (4,0%)
41. Em que medida se sente confiante de que é capaz de seguir as indicações dos/as profissionais de saúde sobre a forma como deve cuidar de si em casa?			
- Muito confiante	1817 (21,5%)	460 (25,0%)	2277 (22,1%)
- Confiante	5294 (62,5%)	1170 (63,5%)	6464 (62,7%)
- Um pouco confiante	1224 (14,5%)	191 (10,4%)	1415 (13,7%)
- Nada confiante	134 (1,6%)	22 (1,2%)	156 (1,5%)
42. Em que medida se sente confiante de que é capaz de seguir as indicações dos/as profissionais de saúde sobre a forma como deve alterar os seus hábitos ou estilo de vida?			
- Muito confiante	1237 (14,6%)	336 (18,2%)	1573 (15,3%)
- Confiante	5273 (62,3%)	1218 (66,1%)	6491 (63,0%)
- Um pouco confiante	1743 (20,6%)	258 (14,0%)	2001 (19,4%)
- Nada confiante	213 (2,5%)	32 (1,7%)	245 (2,4%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
43. Em que medida se sente confiante de que é capaz de perceber quando é necessário procurar cuidados médicos?			
- Muito confiante	2269 (26,8%)	513 (27,8%)	2782 (27,0%)
- Confiante	5181 (61,1%)	1164 (63,1%)	6345 (61,5%)
- Um pouco confiante	926 (10,9%)	149 (8,1%)	1075 (10,4%)
- Nada confiante	99 (1,2%)	19 (1,0%)	118 (1,1%)
44. Em que medida se sente confiante de que é capaz de identificar efeitos secundários da sua medicação?			
- Muito confiante	1141 (13,5%)	260 (14,1%)	1401 (13,6%)
- Confiante	4485 (52,9%)	1012 (54,8%)	5497 (53,3%)
- Um pouco confiante	2187 (25,8%)	408 (22,1%)	2595 (25,1%)
- Nada confiante	555 (6,5%)	83 (4,5%)	638 (6,2%)
- Não se aplica	106 (1,3%)	83 (4,5%)	189 (1,8%)
45. Em que medida se sente confiante a utilizar informações da Internet para tomar decisões de saúde?			
- Muito confiante	163 (1,9%)	52 (2,8%)	215 (2,1%)
- Confiante	1017 (12,0%)	295 (16,0%)	1312 (12,7%)
- Um pouco confiante	2695 (31,8%)	617 (33,5%)	3312 (32,1%)
- Nada confiante	3340 (39,4%)	637 (34,6%)	3977 (38,5%)
- Não se aplica	1259 (14,9%)	242 (13,1%)	1501 (14,5%)
46. Há algum/a profissional a quem costume recorrer para a maioria dos seus problemas de saúde?			
- Sim, um/a médico/a	6887 (81,3%)	1429 (77,4%)	8316 (80,6%)
- Sim, outro/a profissional de saúde	373 (4,4%)	87 (4,7%)	460 (4,5%)
- Não, não há um(a) profissional de saúde único/a a quem costume recorrer para a maioria dos meus problemas de saúde	1101 (13,0%)	307 (16,6%)	1408 (13,6%)
- Não tenho a certeza	111 (1,3%)	23 (1,2%)	134 (1,3%)
47. Quem é esse/a médico/a?			
- Um/a médico/a de cuidados de saúde primários (Especialista em Medicina Geral e Familiar)	5809 (84,3%)	1287 (90,1%)	7096 (85,3%)
- Outro/a médico/a especialista	1039 (15,1%)	134 (9,4%)	1173 (14,1%)
- Não tenho a certeza	39 (0,6%)	8 (0,6%)	47 (0,6%)
48. Há quanto tempo consulta esse/a médico/a?			
- 1 ano ou menos	1672 (24,3%)	392 (27,5%)	2064 (24,8%)
- Mais de 1 ano, mas não mais de 3 anos	986 (14,3%)	224 (15,7%)	1210 (14,6%)
- Mais de 3 anos, mas não mais de 5 anos	777 (11,3%)	134 (9,4%)	911 (11,0%)
- Mais de 5 anos, mas não mais de 10 anos	1095 (15,9%)	209 (14,6%)	1304 (15,7%)
- 10 anos ou mais	2128 (30,9%)	416 (29,1%)	2544 (30,6%)
- Não tenho a certeza	222 (3,2%)	53 (3,7%)	275 (3,3%)

Variável	Com doença crônica (N=8481)	Sem doença crônica (N=1847)	Total (N=10328)
49. Com que frequência consultou esse/a médico/a nos últimos 12 meses? Pode ter sido pessoalmente, por telefone, videoconferência ou mensagens online.			
- Não tive consultas nos últimos 12 meses	307 (4,5%)	123 (8,6%)	430 (5,2%)
- Uma vez	1296 (18,8%)	496 (34,7%)	1792 (21,6%)
- Duas vezes	2331 (33,9%)	449 (31,4%)	2780 (33,4%)
- Três vezes	1121 (16,3%)	154 (10,8%)	1275 (15,3%)
- Quatro vezes	612 (8,9%)	68 (4,8%)	680 (8,2%)
- Cinco ou mais vezes	923 (13,4%)	90 (6,3%)	1013 (12,2%)
- Não tenho a certeza	292 (4,2%)	49 (3,4%)	341 (4,1%)
50. Quem é esse/a profissional de saúde?			
- Um/a enfermeiro/a de cuidados de saúde primários	120 (33,3%)	33 (38,4%)	153 (34,3%)
- Outro/a profissional de saúde	51 (14,2%)	13 (15,1%)	64 (14,3%)
- Não tenho a certeza	189 (52,5%)	40 (46,5%)	229 (51,3%)
51. Há quanto tempo consulta esse/a profissional de saúde?			
- 1 ano ou menos	36 (21,1%)	5 (10,9%)	41 (18,9%)
- Mais de 1 ano, mas não mais de 3 anos	30 (17,5%)	6 (13,0%)	36 (16,6%)
- Mais de 3 anos, mas não mais de 5 anos	17 (9,9%)	3 (6,5%)	20 (9,2%)
- Mais de 5 anos, mas não mais de 10 anos	30 (17,5%)	12 (26,1%)	42 (19,4%)
- 10 anos ou mais	49 (28,7%)	16 (34,8%)	65 (30,0%)
- Não tenho a certeza	9 (5,3%)	4 (8,7%)	13 (6,0%)
52. Com que frequência consultou esse/a profissional de saúde nos últimos 12 meses? Pode ter sido pessoalmente, por telefone, videoconferência ou mensagens online.			
- Não tive consultas nos últimos 12 meses	14 (13,9%)	4 (15,4%)	18 (14,2%)
- 1 vez	20 (19,8%)	8 (30,8%)	28 (22,0%)
- 2 vezes	37 (36,6%)	7 (26,9%)	44 (34,6%)
- 3 vezes	17 (13,7%)	6 (18,2%)	23 (14,6%)
- 4 vezes	13 (10,5%)	1 (3,0%)	14 (8,9%)
- Não tenho a certeza	13 (12,9%)	1 (3,8%)	14 (11,0%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
53. Alguma vez algum(a) médico/a lhe disse que tem um dos seguintes problemas de saúde? Selecione todas as opções que se aplicam.			
- Hipertensão arterial	4322 (51,0%)	0 (0,0%)	4322 (41,8%)
- Problema cardiovascular ou cardíaco	1533 (18,1%)	0 (0,0%)	1533 (14,8%)
- Diabetes (tipo 1 ou 2)	1572 (18,5%)	0 (0,0%)	1572 (15,2%)
- Artrose, dores persistentes nas costas ou nas articulações	3271 (38,6%)	0 (0,0%)	3271 (31,7%)
- Problema respiratório (p. ex. asma ou doença pulmonar obstrutiva crónica)	1308 (15,4%)	0 (0,0%)	1308 (12,7%)
- Doença de Alzheimer ou outra causa de demência	41 (0,5%)	0 (0,0%)	41 (0,4%)
- Depressão, ansiedade ou outro problema de saúde mental (p.ex.: transtorno bipolar ou esquizofrenia) (atualmente)	2241 (26,4%)	0 (0,0%)	2241 (21,7%)
- Problema neurológico (p. ex.: epilepsia ou enxaquecas)	546 (6,4%)	0 (0,0%)	546 (5,3%)
- Doença renal crónica	265 (3,1%)	0 (0,0%)	265 (2,6%)
- Doença hepática crónica	146 (1,7%)	0 (0,0%)	146 (1,4%)
- Cancro (diagnosticado ou tratado nos últimos 5 anos)	668 (7,9%)	0 (0,0%)	668 (6,5%)
- Outro(s) problema(s) de longa duração	2241 (26,4%)	0 (0,0%)	2241 (21,7%)
- Nunca me foi dito por um/a médico/a que tenho um desses problemas	0 (0,0%)	1847 (100,0%)	1847 (17,9%)
54. Tem um/a único/a profissional de saúde que seja responsável por coordenar os cuidados de saúde que lhe são prestados em todos os serviços que utiliza?			
- Sim	4384 (52,1%)	n.a.	4384 (52,1%)
- Não	2922 (34,7%)	n.a.	2922 (34,7%)
- Não recebo cuidados de saúde em mais do que um serviço	758 (9,0%)	n.a.	758 (9,0%)
- Não tenho a certeza	355 (4,2%)	n.a.	355 (4,2%)
55. É o/a mesmo/a profissional que consulta para a maioria dos seus problemas de saúde?			
- Sim	3779 (86,3%)	n.a.	3779 (86,3%)
- Não	572 (13,1%)	n.a.	572 (13,1%)
- Não tenho a certeza	27 (0,6%)	n.a.	27 (0,6%)
56. Quem é esse/a profissional?			
- Um/a médico/a de cuidados de saúde primários	273 (45,9%)	n.a.	273 (45,9%)
- Um/a médico/a de outra especialidade	256 (43,0%)	n.a.	256 (43,0%)
- Um/a enfermeiro/a	7 (1,2%)	n.a.	7 (1,2%)
- Outro/a profissional de saúde	14 (2,4%)	n.a.	14 (2,4%)
- Não tenho a certeza	41 (6,9%)	n.a.	41 (6,9%)

Variável	Com doença crônica (N=8481)	Sem doença crônica (N=1847)	Total (N=10328)
57. Os seus cuidados de saúde estão organizados de uma forma que lhe é conveniente?			
- Sim, completamente	2339 (27,8%)	n.a.	2339 (27,8%)
- Sim, até certo ponto	3810 (45,4%)	n.a.	3810 (45,4%)
- Não, nem por isso	1451 (17,3%)	n.a.	1451 (17,3%)
- Não, definitivamente não	625 (7,4%)	n.a.	625 (7,4%)
- Não tenho a certeza	176 (2,1%)	n.a.	176 (2,1%)
58. Conversa com os profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados de saúde sobre o que é mais importante para si, na gestão da sua saúde e do seu bem-estar?			
- Sim, completamente	3543 (42,3%)	n.a.	3543 (42,3%)
- Sim, até certo ponto	3315 (39,6%)	n.a.	3315 (39,6%)
- Não, nem por isso	1147 (13,7%)	n.a.	1147 (13,7%)
- Não, definitivamente não	306 (3,7%)	n.a.	306 (3,7%)
- Não tenho a certeza	64 (0,8%)	n.a.	64 (0,8%)
59. É envolvido, tanto quanto gostaria, nas decisões sobre os seus cuidados de saúde?			
- Sim, completamente	3199 (38,3%)	n.a.	3199 (38,3%)
- Sim, até certo ponto	3502 (41,9%)	n.a.	3502 (41,9%)
- Não, nem por isso	1188 (14,2%)	n.a.	1188 (14,2%)
- Não, definitivamente não	343 (4,1%)	n.a.	343 (4,1%)
- Não tenho a certeza	118 (1,4%)	n.a.	118 (1,4%)
60. No que diz respeito aos seus cuidados, é considerado/a como uma pessoa e não apenas uma doença/problema?			
- Sim, completamente	3930 (47,2%)	n.a.	3930 (47,2%)
- Sim, até certo ponto	3001 (36,1%)	n.a.	3001 (36,1%)
- Não, nem por isso	749 (9,0%)	n.a.	749 (9,0%)
- Não, definitivamente não	272 (3,3%)	n.a.	272 (3,3%)
- Não tenho a certeza	369 (4,4%)	n.a.	369 (4,4%)
61. Com que frequência um profissional de saúde fala com você sobre metas específicas para sua saúde?			
- Sempre	812 (9,8%)	n.a.	812 (9,8%)
- Frequentemente	1836 (22,2%)	n.a.	1836 (22,2%)
- Às vezes	2469 (29,8%)	n.a.	2469 (29,8%)
- Raramente	1859 (22,4%)	n.a.	1859 (22,4%)
- Nunca	1127 (13,6%)	n.a.	1127 (13,6%)
- Não tenho a certeza	182 (2,2%)	n.a.	182 (2,2%)
62. Tem um plano de cuidados de saúde que tenha em conta todas as suas necessidades de saúde e de bem-estar?			
- Sim	2860 (34,7%)	n.a.	2860 (34,7%)
- Não	4127 (50,1%)	n.a.	4127 (50,1%)
- Não tenho a certeza	1255 (15,2%)	n.a.	1255 (15,2%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
63. Esse plano de cuidados de saúde está disponível para si?			
- Sim	2587 (90,7%)	n.a.	2587 (90,7%)
- Não	119 (4,2%)	n.a.	119 (4,2%)
- Não tenho a certeza	147 (5,2%)	n.a.	147 (5,2%)
64. Em que medida considera que o seu plano de cuidados de saúde é útil para gerir a sua saúde e bem-estar?			
- De forma alguma	77 (2,7%)	n.a.	77 (2,7%)
- Até certo ponto	636 (22,4%)	n.a.	636 (22,4%)
- Na maioria das vezes	1163 (41,0%)	n.a.	1163 (41,0%)
- Sempre	913 (32,1%)	n.a.	913 (32,1%)
- Não tenho a certeza	51 (1,8%)	n.a.	51 (1,8%)
65. Em que medida todos os profissionais envolvidos nos seus cuidados de saúde parecem seguir o mesmo plano de cuidados?			
- De forma alguma	75 (2,7%)	n.a.	75 (2,7%)
- Até certo ponto	608 (21,5%)	n.a.	608 (21,5%)
- Na maioria das vezes	1209 (42,8%)	n.a.	1209 (42,8%)
- Completamente	743 (26,3%)	n.a.	743 (26,3%)
- Não tenho a certeza	191 (6,8%)	n.a.	191 (6,8%)
66. Tem apoio suficiente dos seus profissionais de saúde para gerir a sua própria saúde e bem-estar?			
- Não preciso de apoio	336 (4,1%)	n.a.	336 (4,1%)
- Não tive qualquer apoio	1005 (12,3%)	n.a.	1005 (12,3%)
- Às vezes tenho apoio suficiente	2474 (30,2%)	n.a.	2474 (30,2%)
- Muitas vezes tenho apoio suficiente	1528 (18,7%)	n.a.	1528 (18,7%)
- Tenho sempre apoio suficiente	2011 (24,6%)	n.a.	2011 (24,6%)
- Não é relevante	422 (5,2%)	n.a.	422 (5,2%)
- Não tenho a certeza	405 (5,0%)	n.a.	405 (5,0%)
67. Em que medida recebe informações úteis, na altura em que precisa delas, para gerir a sua saúde e bem-estar?			
- Não recebo qualquer informação	1634 (20,1%)	n.a.	1634 (20,1%)
- Às vezes recebo informação suficiente	2482 (30,6%)	n.a.	2482 (30,6%)
- Frequentemente recebo informação suficiente	1530 (18,8%)	n.a.	1530 (18,8%)
- Recebo sempre informação suficiente	1727 (21,3%)	n.a.	1727 (21,3%)
- Recebo demasiada informação	34 (0,4%)	n.a.	34 (0,4%)
- Não é relevante	326 (4,0%)	n.a.	326 (4,0%)
- Não tenho a certeza	391 (4,8%)	n.a.	391 (4,8%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
68. Os seus profissionais de saúde envolvem a sua família, amigos e/ou cuidadores tanto quanto gostaria, nas decisões sobre os seus cuidados de saúde?			
- Não definitivamente não	1730 (24,5%)	n.a.	1730 (24,5%)
- Não, nem por isso	2203 (31,1%)	n.a.	2203 (31,1%)
- Sim, até certo ponto	2017 (28,5%)	n.a.	2017 (28,5%)
- Sim, completamente	864 (12,2%)	n.a.	864 (12,2%)
-Não quero que a minha família, amigos ou cuidadores estejam envolvidos	260 (3,2%)	n.a.	260 (3,2%)
- A minha família, amigos ou cuidadores não querem estar envolvidos	17 (0,2%)	n.a.	17 (0,2%)
- Não aplicável	985 (12,2%)	n.a.	985 (12,2%)
69. Quantos medicamentos diferentes, receitados por um/a médico/a ou enfermeiro/a, toma regular ou continuamente?			
- Nenhum medicamento	673 (8,3%)	n.a.	673 (8,3%)
- 1-2 medicamentos diferentes	3111 (38,5%)	n.a.	3111 (38,5%)
- 3-4 medicamentos	2467 (30,5%)	n.a.	2467 (30,5%)
- 5-9 medicamentos	1551 (19,2%)	n.a.	1551 (19,2%)
- 10 ou mais medicamentos	285 (3,5%)	n.a.	285 (3,5%)
70. Nos últimos 12 meses, algum/a profissional de saúde analisou consigo os medicamentos que toma?			
- Sim	5038 (68,0%)	n.a.	5038 (68,0%)
- Não	2140 (28,9%)	n.a.	2140 (28,9%)
- Não tenho a certeza	229 (3,1%)	n.a.	229 (3,1%)
71. Houve ocasiões em que teve de repetir informações que deveriam constar do seu registo de cuidados de saúde?			
- Sim, sem dúvida	1376 (17,2%)	207 (11,4%)	1583 (16,1%)
- Sim, até certo ponto	1650 (20,6%)	255 (14,0%)	1905 (19,4%)
- Não, nem por isso	3081 (38,4%)	724 (39,9%)	3805 (38,7%)
- Não, de maneira nenhuma	1117 (13,9%)	359 (19,8%)	1476 (15,0%)
- Não tenho a certeza	794 (9,9%)	270 (14,9%)	1064 (10,8%)
72. Às vezes, os/as utentes passam por um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em danos desnecessários para si próprios/as, como: não conseguir marcar uma consulta quando era necessário; receber um diagnóstico ou tratamento errado ou atrasado; ou ainda a ocorrência de problemas de comunicação entre profissionais de saúde. Com que frequência acredita ter tido essa experiência, na sua unidade de cuidados de saúde primários?			
- Sempre	419 (5,3%)	78 (4,3%)	497 (5,1%)
- Frequentemente	1420 (17,8%)	255 (14,2%)	1675 (17,2%)
- Às vezes	2137 (26,9%)	396 (22,0%)	2533 (26,0%)
- Raramente	2001 (25,1%)	434 (24,1%)	2435 (25,0%)
- Nunca	1628 (20,5%)	496 (27,6%)	2124 (21,8%)
- Não aplicável	353 (4,4%)	140 (7,8%)	493 (5,1%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
73. Com que frequência sentiu que os/as profissionais de saúde, da sua unidade de cuidados de saúde primários, o/a incentivaram a falar sobre as suas preocupações com a sua saúde?			
- Sempre	1167 (14,7%)	250 (13,9%)	1417 (14,6%)
- Frequentemente	1614 (20,3%)	353 (19,7%)	1967 (20,2%)
- Às vezes	2029 (25,6%)	405 (22,6%)	2434 (25,0%)
- Raramente	1623 (20,5%)	336 (18,7%)	1959 (20,1%)
- Nunca	1240 (15,6%)	330 (18,4%)	1570 (16,1%)
- Não aplicável	261 (3,3%)	120 (6,7%)	381 (3,9%)
74. Com que frequência teve um problema de saúde, mas não procurou cuidados devido a dificuldades de deslocação até à sua unidade de cuidados de saúde primários?			
- Sempre	152 (1,9%)	34 (1,9%)	186 (1,9%)
- Frequentemente	579 (7,3%)	95 (5,3%)	674 (6,9%)
- Às vezes	1317 (16,6%)	213 (11,9%)	1530 (15,7%)
- Raramente	1858 (23,4%)	333 (18,6%)	2191 (22,6%)
- Nunca	3474 (43,8%)	909 (50,8%)	4383 (45,1%)
- Não aplicável	547 (6,9%)	204 (11,4%)	751 (7,7%)
75. Com que frequência teve um problema de saúde, mas não procurou cuidados ou não foi buscar um medicamento receitado devido ao seu custo?			
- Sempre	56 (0,7%)	9 (0,5%)	65 (0,7%)
- Frequentemente	273 (3,4%)	41 (2,3%)	314 (3,2%)
- Às vezes	1093 (13,8%)	156 (8,7%)	1249 (12,9%)
- Raramente	1420 (17,9%)	270 (15,1%)	1690 (17,4%)
- Nunca	4695 (59,3%)	1153 (64,7%)	5848 (60,3%)
- Não aplicável	385 (4,9%)	154 (8,6%)	539 (5,6%)
76. Em que medida é fácil para si utilizar o website da sua unidade de cuidados de saúde primários para procurar informações ou aceder a serviços?			
- Muito fácil	1182 (15,0%)	286 (16,2%)	1468 (15,3%)
- Razoavelmente fácil	1816 (23,1%)	374 (21,1%)	2190 (22,8%)
- Não muito fácil	764 (9,7%)	153 (8,6%)	917 (9,5%)
- Nada fácil	889 (11,3%)	129 (7,3%)	1018 (10,6%)
- Não tentei	1994 (25,4%)	515 (29,1%)	2509 (26,1%)
- A minha unidade de cuidados de saúde primários não tem website	793 (10,1%)	205 (11,6%)	998 (10,4%)
- Não tenho a certeza	417 (5,3%)	107 (6,0%)	524 (5,4%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
77. Tanto quanto sabe, quais dos seguintes serviços online são oferecidos pela sua unidade de cuidados de saúde primários? Selecione todas as opções que se aplicam.			
- Marcação online de consultas	3036 (38,7%)	690 (39,2%)	3276 (38,8%)
- Pedir receitas habituais online	3574 (45,6%)	643 (36,5%)	4217 (43,9%)
- Aceder aos meus registos clínicos online	1715 (21,9%)	390 (22,1%)	2105 (21,9%)
- Videoconsultas	640 (8,2%)	145 (8,2%)	785 (8,2%)
- Nenhum destes	1162 (14,8%)	248 (14,1%)	1410 (14,7%)
- Não sei	2122 (27,1%)	599 (34,0%)	2721 (28,3%)
78. Quais dos seguintes serviços online, disponibilizados pela sua unidade de cuidados de saúde primários, já utilizou? Selecione todas as opções que se aplicam.			
- Marcação de consultas online	1973 (43,4%)	457 (50,2%)	2430 (44,5%)
- Pedir receitas habituais online	2749 (60,5%)	433 (47,6%)	3182 (58,3%)
- Aceder aos meus registos clínicos online	1166 (25,7%)	249 (27,4%)	1415 (25,9%)
- Videoconsultas	140 (3,1%)	22 (2,4%)	162 (3,0%)
- Nenhum destes	677 (14,9%)	163 (17,9%)	840 (15,4%)
79. De um modo geral, como avalia os cuidados médicos que recebeu na sua unidade de cuidados de saúde primários nos últimos 12 meses?			
- Excelentes	990 (12,6%)	224 (12,8%)	1214 (12,7%)
- Muito bons	1841 (23,5%)	387 (22,0%)	2228 (23,2%)
- Bons	2165 (27,6%)	510 (29,0%)	2675 (27,9%)
- Razoáveis	1615 (20,6%)	316 (18,0%)	1931 (20,1%)
- Fracos	720 (9,2%)	132 (7,5%)	852 (8,9%)
- Não recebi cuidados médicos nos últimos 12 meses	435 (5,6%)	167 (9,5%)	602 (6,3%)
- Não tenho a certeza	66 (0,8%)	20 (1,1%)	86 (0,9%)
80. Nos últimos 12 meses, deslocou-se ao serviço de urgência de um hospital para receber cuidados médicos?			
- Não	4382 (56,1%)	1159 (66,3%)	5541 (57,9%)
- Sim, uma vez	1665 (21,3%)	349 (20,0%)	2014 (21,1%)
- Sim, duas vezes	854 (10,9%)	119 (6,8%)	973 (10,2%)
- Sim, 3 ou mais vezes	698 (8,9%)	78 (4,5%)	776 (8,1%)
- Não tenho a certeza	217 (2,8%)	42 (2,4%)	259 (2,7%)
81. Nos últimos 12 meses, esteve hospitalizado durante, pelo menos, uma noite?			
- Não	6657 (85,3%)	1596 (91,5%)	8253 (86,4%)
- Sim, uma vez	831 (10,6%)	122 (7,0%)	953 (10,0%)
- Sim, duas vezes	169 (2,2%)	7 (0,4%)	176 (1,8%)
- Sim, 3 ou mais vezes	103 (1,3%)	10 (0,6%)	113 (1,2%)
- Não tenho a certeza	47 (0,6%)	10 (0,6%)	57 (0,6%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
82. Qual foi o principal motivo da sua última consulta?			
- Primeiro contacto sobre um problema recente	888 (11,4%)	301 (17,3%)	1189 (12,5%)
- Seguimento de um problema recente	1443 (18,6%)	288 (16,6%)	1731 (18,2%)
- Cuidados habituais para um problema de longa duração	3043 (39,2%)	151 (8,7%)	3194 (33,6%)
- Cuidados não habituais para um problema de longa duração	241 (3,1%)	36 (2,1%)	277 (2,9%)
- Cuidados preventivos gerais	1828 (23,5%)	840 (48,4%)	2668 (28,1%)
- Não tenho a certeza	324 (4,2%)	121 (7,0%)	445 (4,7%)
83. Com quem teve esta última consulta? Se consultou mais do que um(a) profissional, selecione aquele/a com quem passou mais tempo nesse dia. Por favor, selecione apenas uma opção.			
- Um(a) médico/a de cuidados de saúde primários (Especialista em Medicina Geral e Familiar)	4964 (65,4%)	1270 (76,1%)	6234 (67,3%)
- Outro/a médico/a especialista	2052 (27,0%)	288 (17,3%)	2340 (25,3%)
- Um/a enfermeiro/a	190 (2,5%)	39 (2,3%)	229 (2,5%)
- Um(a) profissional de saúde, como fisioterapeuta, nutricionista ou podologista	47 (0,6%)	4 (0,2%)	51 (0,6%)
- Outro/a profissional de saúde	171 (2,3%)	33 (2,0%)	204 (2,2%)
- Não tenho a certeza	172 (2,3%)	34 (2,0%)	206 (2,2%)
84. Onde trabalhava esse/a profissional?			
- Numa unidade de cuidados de saúde primários	4761 (61,4%)	1204 (69,5%)	5965 (62,9%)
- Num serviço de consultas externas de um hospital	1796 (23,2%)	222 (12,8%)	2018 (21,3%)
- Outro	973 (12,6%)	237 (13,7%)	1210 (12,8%)
- Não tenho a certeza	133 (1,7%)	35 (2,0%)	168 (1,8%)
- Não aplicável	87 (1,1%)	35 (2,0%)	122 (1,3%)
85. Qual das seguintes opções melhor descreve o tipo de cuidados que lhe foram prestados?			
- Consulta presencial no consultório do/a profissional de saúde	7314 (94,5%)	1632 (94,4%)	8946 (94,4%)
- Consulta por telefone	125 (1,6%)	29 (1,7%)	154 (1,6%)
- Videoconsulta	10 (0,1%)	1 (0,1%)	11 (0,1%)
- Consulta no domicílio	32 (0,4%)	0 (0,0%)	32 (0,3%)
- Outra	180 (2,3%)	35 (2,0%)	215 (2,3%)
- Não tenho a certeza	82 (1,1%)	32 (1,9%)	114 (1,2%)
86. Quanto tempo demorou entre a tentativa inicial de marcar a consulta e a sua concretização?			
- No mesmo dia	1266 (16,6%)	288 (16,7%)	1554 (16,6%)
- No dia seguinte	406 (5,3%)	90 (5,2%)	496 (5,3%)
- Uns dias até uma semana depois	1352 (17,7%)	316 (18,3%)	1668 (17,8%)
- Mais do que uma semana e até um mês depois	1275 (16,7%)	329 (19,1%)	1604 (17,1%)
- Mais de um mês depois	2274 (29,8%)	514 (29,8%)	2788 (29,8%)
- Não me recordo	1065 (13,9%)	188 (10,9%)	1253 (13,4%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
87. O tempo que esperou constituiu um problema para si?			
- Sim	2330 (30,2%)	478 (27,6%)	2808 (29,7%)
- Não	4858 (63,0%)	1132 (65,4%)	5990 (63,4%)
- Não tenho a certeza	524 (6,8%)	120 (6,9%)	644 (6,8%)
88. Este/a profissional de saúde passou tempo suficiente consigo?			
- Sim, sem dúvida	4682 (60,6%)	1108 (64,2%)	5790 (61,2%)
- Sim, até certo ponto	2141 (27,7%)	417 (24,1%)	2558 (27,1%)
- Não, nem por isso	635 (8,2%)	129 (7,5%)	764 (8,1%)
- Não, de maneira nenhuma	173 (2,2%)	39 (2,3%)	212 (2,2%)
- Não tenho a certeza	96 (1,2%)	34 (2,0%)	130 (1,4%)
89. Este/a profissional de saúde explicou-lhe as coisas de forma fácil de entender?			
- Sim, sem dúvida	5494 (71,1%)	1284 (74,6%)	6778 (71,8%)
- Sim, até certo ponto	1704 (22,1%)	329 (19,1%)	2033 (21,5%)
- Não, nem por isso	340 (4,4%)	64 (3,7%)	404 (4,3%)
- Não, de maneira nenhuma	114 (1,5%)	22 (1,3%)	136 (1,4%)
- Não tenho a certeza	70 (0,9%)	23 (1,3%)	93 (1,0%)
90. Tinha confiança no/a profissional de saúde que o/a viu ou com quem falou?			
- De forma alguma	5318 (68,9%)	1202 (69,9%)	6520 (69,1%)
- Até certo ponto	1838 (23,8%)	389 (22,6%)	2227 (23,6%)
- Na maioria das vezes	353 (4,6%)	80 (4,7%)	433 (4,6%)
- Sempre	97 (1,3%)	27 (1,6%)	124 (1,3%)
- Não tenho a certeza	109 (1,4%)	21 (1,2%)	130 (1,4%)
91. Globalmente, como avaliaria a qualidade dessa consulta?			
- Excelente	2063 (26,8%)	438 (25,5%)	2501 (26,5%)
- Muito boa	2599 (33,7%)	622 (36,2%)	3221 (34,2%)
- Boa	1810 (23,5%)	419 (24,4%)	2229 (23,6%)
- Razoável	961 (12,5%)	168 (9,8%)	1129 (12,0%)
- Má	221 (2,9%)	54 (3,1%)	275 (2,9%)
- Não tenho a certeza	58 (0,8%)	18 (1,0%)	76 (0,8%)
92. Já alguma vez deu positivo no teste COVID-19 (usando um teste rápido num local para testes rápidos, um auto-teste ou por teste em laboratório) ou foi informado por um médico ou outro prestador de cuidados de saúde que tem ou teve COVID-19?			
- Sim	4876 (63,5%)	1111 (64,8%)	5987 (63,7%)
- Não	2717 (35,4%)	580 (33,8%)	3297 (35,1%)
- Não tenho a certeza	88 (1,1%)	24 (1,4%)	112 (1,2%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
93. Teve sintomas que durassem 2 meses ou mais e que não tinha tido antes de ter coronavírus ou COVID-19?			
- Sim, os sintomas duraram entre 2-3 meses	746 (15,3%)	131 (11,8%)	877 (14,7%)
- Sim, os sintomas duraram entre 3-6 meses	214 (4,4%)	42 (3,8%)	256 (4,3%)
- Sim, os sintomas duraram entre 6 meses a 1 ano	165 (3,4%)	26 (2,3%)	191 (3,2%)
- Sim, os sintomas duraram pelo menos 1 ano	272 (5,6%)	48 (4,3%)	320 (5,4%)
- Não	2964 (60,9%)	763 (68,8%)	3727 (62,3%)
- Não tenho a certeza	508 (10,4%)	99 (8,9%)	607 (10,2%)
94. Ainda tem esses sintomas a longo prazo?			
- Sim	547 (39,2%)	81 (32,8%)	628 (38,2%)
- Não	580 (41,6%)	123 (49,8%)	703 (42,8%)
- Não tenho a certeza	268 (19,2%)	43 (17,4%)	311 (18,9%)
95. Esses sintomas a longo prazo reduzem a capacidade de realizar atividades diárias em comparação com o tempo anterior à COVID-19?			
- Sim, muito	118 (21,6%)	15 (18,8%)	133 (21,2%)
- Sim, um pouco	310 (56,7%)	38 (47,5%)	348 (55,5%)
- De modo algum	97 (17,7%)	20 (25,0%)	117 (18,7%)
- Não tenho a certeza	22 (4,0%)	7 (8,8%)	29 (4,6%)
96. Quanto pesa? [é apresentado o valor médio]	75,63 (n.a.)	71,94 (n.a.)	74,95 (n.a.)
97. Quanto mede? [é apresentado o valor médio]	164,91 (n.a.)	166,60 (n.a.)	165,22 (n.a.)
98. Qual é o nível de escolaridade mais elevado que atingiu?			
- Nenhum / Pré-primária / Primária incompleta	146 (1,9%)	6 (0,4%)	152 (1,6%)
- Ensino Básico 1º e 2º ciclos (até à 4.ª classe / preparatório / 5.º e 6.º anos, 1º ciclo dos liceus ou do ensino comercial ou industrial)	1333 (17,5%)	173 (10,2%)	1506 (16,2%)
- 3º ciclo (9º ano/5º ano dos liceus, escola comercial /industrial, 2º ciclo dos liceus ou do ensino técnico comercial ou industrial)	1303 (17,1%)	215 (12,7%)	1518 (16,3%)
- Ensino Secundário - cursos Gerais (7.ºano dos liceus, propedêutico, serviço cívico) / Ensino Secundário - cursos tecnológicos, artísticos, cursos profissionais (inclui: curso do instituto comercial ou industrial OU até ao 1974 - Escola Regente Agrícola); curso de enfermagem; curso magistério primário (ensino normal), curso de serviço social	1869 (24,5%)	416 (24,5%)	2285 (24,5%)
- Ensino Pós-secundário (Cursos de Especialização Tecnológica)	443 (5,8%)	124 (7,3%)	567 (6,1%)
- Bacharelato / Licenciatura	1995 (26,2%)	575 (33,9%)	2570 (27,6%)
- Mestrado	431 (5,7%)	160 (9,4%)	591 (6,3%)
- Doutoramento	97 (1,3%)	29 (1,7%)	126 (1,4%)
99. Qual das seguintes opções melhor o/a descreve?			
- Feminino	4032 (52,9%)	951 (56,0%)	4983 (53,5%)
- Masculino	3503 (46,0%)	734 (43,3%)	4237 (45,5%)
- Outra / Prefiro não dizer	87 (1,1%)	12 (0,7%)	99 (1,1%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
100. Qual das seguintes expressões melhor descreve a sua situação profissional atual?			
- Trabalhador independente (trabalho por conta própria)	826 (10,9%)	296 (17,5%)	1122 (12,1%)
- Trabalhador por conta de outrem	3517 (46,2%)	1040 (61,5%)	4557 (49,0%)
- Procuo trabalho	277 (3,6%)	66 (3,9%)	343 (3,7%)
- Doméstico/a	250 (3,3%)	26 (1,5%)	276 (3,0%)
- Incapacitado/a para o trabalho devido a doença ou problemas de saúde	396 (5,2%)	15 (0,9%)	411 (4,4%)
- Reformado/a	2165 (28,4%)	204 (12,1%)	2369 (25,5%)
- Estudante	7 (0,1%)	3 (0,2%)	10 (0,1%)
- Não trabalho nem procuro trabalho	48 (0,6%)	10 (0,6%)	58 (0,6%)
- Outro	125 (1,6%)	32 (1,9%)	157 (1,7%)
101. Em qual das seguintes categorias se insere, normalmente, o rendimento líquido do seu agregado familiar?			
- Até 713 euros por mês	1177 (16,2%)	175 (10,7%)	1352 (15,2%)
- Entre 713 euros e 1189 euros por mês	1986 (27,4%)	437 (26,8%)	2423 (27,3%)
- 1189 euros ou mais por mês	3323 (45,9%)	829 (50,8%)	4152 (46,8%)
- Não sei	759 (10,5%)	190 (11,6%)	949 (10,7%)
102. Nos últimos 12 meses, teve dificuldade em pagar ou não conseguiu pagar despesas de saúde?			
- Sim	1664 (21,9%)	222 (13,1%)	1886 (20,3%)
- Não	5559 (73,1%)	1378 (81,5%)	6937 (74,7%)
- Não aplicável	378 (5,0%)	91 (5,4%)	469 (5,0%)
103. Nos últimos 12 meses, teve dinheiro suficiente para comprar refeições saudáveis?			
- Sempre	1029 (13,6%)	216 (12,8%)	1245 (13,4%)
- Com frequência	1224 (16,1%)	244 (14,5%)	1468 (15,8%)
- Às vezes	1881 (24,8%)	347 (20,6%)	2228 (24,0%)
- Raramente	1183 (15,6%)	295 (17,5%)	1478 (15,9%)
- Nunca	2269 (29,9%)	584 (34,6%)	2853 (30,8%)
104. Nos últimos 12 meses, teve dinheiro suficiente para pagar a renda ou o empréstimo da casa?			
- Sempre	1219 (16,2%)	253 (15,1%)	1472 (16,0%)
- Com frequência	900 (12,0%)	211 (12,6%)	1111 (12,1%)
- Às vezes	1307 (17,4%)	290 (17,3%)	1597 (17,4%)
- Raramente	889 (11,8%)	220 (13,1%)	1109 (12,1%)
- Nunca	3206 (42,6%)	702 (41,9%)	3908 (42,5%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
105. Nos últimos 12 meses, teve dinheiro suficiente para pagar outras despesas mensais, como a eletricidade, o aquecimento e o telefone?			
- Sempre	1207 (16,0%)	240 (14,3%)	1447 (15,7%)
- Com frequência	1020 (13,5%)	227 (13,5%)	1247 (13,5%)
- Às vezes	1655 (21,9%)	310 (18,5%)	1965 (21,3%)
- Raramente	1151 (15,2%)	279 (16,6%)	1430 (15,5%)
- Nunca	2528 (33,4%)	622 (37,1%)	3150 (34,1%)
106. Nasceu em Portugal?			
- Sim	6669 (88,1%)	1426 (84,8%)	8095 (87,5%)
- Não	898 (11,9%)	255 (15,2%)	1153 (12,5%)
107. Tem nacionalidade portuguesa?			
- Sim	7374 (97,4%)	1623 (96,8%)	8997 (97,3%)
- Não	195 (2,6%)	54 (3,2%)	249 (2,7%)
108. Qual das seguintes opções descreve melhor o tipo de zona onde vive?			
- Cidade	3428 (45,5%)	847 (50,7%)	4275 (46,4%)
- Área suburbana	1491 (19,8%)	284 (17,0%)	1775 (19,3%)
- Área rural (aldeia; pequena vila)	2616 (34,7%)	538 (32,2%)	3154 (34,3%)
109. Quantas crianças com idade inferior a 18 anos vivem consigo, no seu agregado familiar? [é apresentado o valor médio]	0,32 (n.a.)	0,54 (n.a.)	0,36 (n.a.)
110. Quantas pessoas, com idade igual ou superior a 18 anos, vivem consigo, no seu agregado familiar? Não conte consigo [é apresentado o valor médio]	1,28 (n.a.)	1,36 (n.a.)	1,29 (n.a.)
111. Caso necessite de ajuda, quão fácil é obtê-la junto de um familiar próximo (incluindo cônjuge ou parceiro/a)?			
- Muito fácil	3020 (40,2%)	750 (45,0%)	3770 (41,1%)
- Fácil	2351 (31,3%)	522 (31,3%)	2873 (31,3%)
- Nem fácil nem difícil	1114 (14,8%)	209 (12,5%)	1323 (14,4%)
- Difícil	464 (6,2%)	60 (3,6%)	524 (5,7%)
- Muito difícil	270 (3,6%)	65 (3,9%)	335 (3,7%)
- Não aplicável	291 (3,9%)	60 (3,6%)	351 (3,8%)
112. Caso necessite de ajuda, quão fácil é obtê-la junto de amigos, vizinhos e colegas de trabalho?			
- Muito fácil	1173 (15,7%)	309 (18,6%)	1482 (16,2%)
- Fácil	2488 (33,2%)	617 (37,1%)	3105 (33,9%)
- Nem fácil nem difícil	1951 (26,0%)	433 (26,0%)	2384 (26,0%)
- Difícil	753 (10,0%)	112 (6,7%)	865 (9,4%)
- Muito difícil	492 (6,6%)	80 (4,8%)	572 (6,2%)
- Não aplicável	638 (8,5%)	113 (6,8%)	751 (8,2%)

Variável	Com doença crónica (N=8481)	Sem doença crónica (N=1847)	Total (N=10328)
113. Precisa de cuidados ou apoio físico, como, por exemplo, ajuda para comer, vestir, tomar banho, deslocar-se dentro ou fora de casa, utilizar transportes?			
- Sim	325 (4,3%)	19 (1,1%)	344 (3,8%)
- Não	7179 (95,7%)	1647 (98,9%)	8826 (96,2%)
114. Precisa de apoio emocional ou de suporte, como conforto ou aconselhamento?			
- Sim	333 (4,4%)	15 (0,9%)	348 (3,8%)
- Não	7164 (95,6%)	1651 (99,1%)	8815 (96,2%)
115. Precisa de apoio para os seus cuidados de saúde como, por exemplo, administrar medicação, mudar pensos ou marcar consultas na unidade de cuidados de saúde primários?			
- Sim	1662 (22,2%)	197 (11,8%)	1859 (20,3%)
- Não	5816 (77,8%)	1467 (88,2%)	7283 (79,7%)
116. Em que medida concorda ou discorda que o sistema de saúde é de confiança?			
- Discordo totalmente	304 (4,1%)	64 (3,8%)	368 (4,0%)
- Discordo	798 (10,7%)	152 (9,1%)	950 (10,4%)
- Não concordo nem discordo	2434 (32,5%)	523 (31,4%)	2957 (32,3%)
- Concordo	3231 (43,2%)	746 (44,8%)	3977 (43,5%)
- Concordo totalmente	717 (9,6%)	179 (10,8%)	896 (9,8%)
117. Quem foi a principal pessoa ou pessoas que preencheu ou preencheram este inquérito?			
- A pessoa convidada a responder ao inquérito	6781 (90,9%)	1591 (96,0%)	8372 (91,8%)
- Um(a) amigo/a ou familiar da pessoa convidada a responder ao inquérito	222 (3,0%)	30 (1,8%)	252 (2,8%)
- A pessoa convidada a responder ao inquérito em conjunto com um(a) amigo/a ou familiar	427 (5,7%)	31 (1,9%)	458 (5,0%)
- A pessoa convidada a responder ao inquérito com a ajuda de um(a) profissional de saúde ou de um(a) cuidador(a)	30 (0,4%)	6 (0,4%)	36 (0,4%)
118. Qual das seguintes descrições se aproxima mais do que sente relativamente ao rendimento atual das pessoas que vivem nesta casa?			
- O rendimento atual permite viver confortavelmente	1448 (19,4%)	423 (25,6%)	1871 (20,5%)
- O rendimento atual dá para viver	3525 (47,3%)	783 (47,4%)	4308 (47,3%)
- É difícil viver com o rendimento atual	1942 (26,0%)	364 (22,0%)	2306 (25,3%)
- É muito difícil viver com o rendimento atual	543 (7,3%)	83 (5,0%)	626 (6,9%)
119. Até que ponto o aumento do custo de vida dificulta o seu acesso a cuidados de saúde, nomeadamente, a medicamentos?			
- Dificulta muito	1168 (15,7%)	170 (10,3%)	1338 (14,7%)
- Dificulta	3196 (42,9%)	683 (41,4%)	3879 (42,6%)
- Não dificulta de todo	2729 (36,6%)	672 (40,8%)	3401 (37,4%)
- Não sei	355 (4,8%)	123 (7,5%)	478 (5,3%)

Anexo 5. Estudo PaRIS: dados e métodos

Neste anexo, são descritas as principais opções metodológicas do estudo PaRIS da OCDE (1), incluindo os participantes, o desenho do estudo, o processo de recolha dados e os instrumentos utilizados no inquérito. São também descritos os métodos analíticos utilizados para gerar estimativas comparáveis entre países dos indicadores autorreportados pelos doentes.

Participantes

Países participantes

Dezanove países participaram no primeiro estudo PaRIS: dezassete Estados-membros da OCDE – Austrália, Bélgica, Canadá, Eslovénia, Espanha, Estados Unidos, França, Grécia, Islândia, Itália, Luxemburgo, Noruega, País de Gales, Países Baixos, Portugal, República Checa e Suíça – e dois países não-membros – Roménia e Arábia Saudita.

Utentes e unidades de CSP participantes

Um total de 114 576 utentes, com 45 ou mais anos, participou no primeiro estudo PaRIS. Desses utentes, 107 011 puderam ser associados a uma unidade de CSP e, portanto, estavam disponíveis para análise. Oitenta e dois por cento das pessoas inquiridas referiram ter pelo menos uma doença crónica, sendo que 52% reportaram duas ou mais doenças crónicas.

Embora o estudo PaRIS se concentre principalmente nas pessoas com doenças crónicas, tal não constituiu um critério de elegibilidade para participar no inquérito. Como resultado, o questionário foi também preenchido por utentes de CSP que não reportaram ter uma doença crónica. Estes respondentes foram igualmente incluídos no estudo por fornecerem uma base de comparação valiosa para a interpretação dos resultados.

Em relação às unidades de CSP, um total de 1 816 participaram no estudo PaRIS. As unidades participantes para além de terem sido convidadas a preencher um questionário sobre a respetiva unidade, colaboraram também na amostragem e no recrutamento dos utentes.

População do estudo PaRIS

Os participantes no estudo PaRIS são 1) unidades de CSP e 2) utentes destas unidades, que tiveram pelo menos um contacto com a sua unidade de CSP nos 6 meses anteriores à amostragem, com 45 ou mais anos e que vivem em domicílios privados.

Ao contrário de muitos estudos que se concentram em doenças específicas ou avaliam resultados "antes e depois" de procedimentos médicos específicos, o estudo PaRIS foca-se na gestão contínua de doenças crónicas, que são geridas no contexto dos CSP. A seleção desta população deveu-se à elevada prevalência e impacto de doenças crónicas, sendo frequente a multimorbilidade, e ao papel fulcral dos CSP na gestão destas condições, oferecendo cuidados contínuos, coordenados e abrangentes, essenciais para o acompanhamento a longo prazo das doenças crónicas.

Critérios de elegibilidade

No estudo PaRIS, as unidades de CSP são aquelas que:

- Têm profissionais de saúde habilitados para atender a população geral de uma comunidade, e

- Oferecem cuidados de saúde generalistas em regime de ambulatório, incluindo serviços específicos para a gestão de doenças crónicas.

Quanto aos utentes, são incluídas pessoas que:

- Têm 45 ou mais anos na altura da amostragem;
- Vivem em domicílios privados na comunidade (ou seja, não vivem numa estrutura residencial de cuidados continuados ou outro tipo de instituição residencial); e
- Tiveram pelo menos um contacto registado com uma unidade de CSP – seja presencial, por telefone ou *online* –, por qualquer razão clínica ou administrativa, durante os seis meses anteriores ao procedimento de seleção no sistema de informações da respetiva unidade.

Dado que, à partida, não se dispunha de informação clínica sobre os utentes, parte das pessoas selecionadas para a amostra não apresentava qualquer doença crónica. A carta-convite enviada aos utentes convidava todos os selecionados a participar, sem fazer qualquer referência a doenças crónicas.

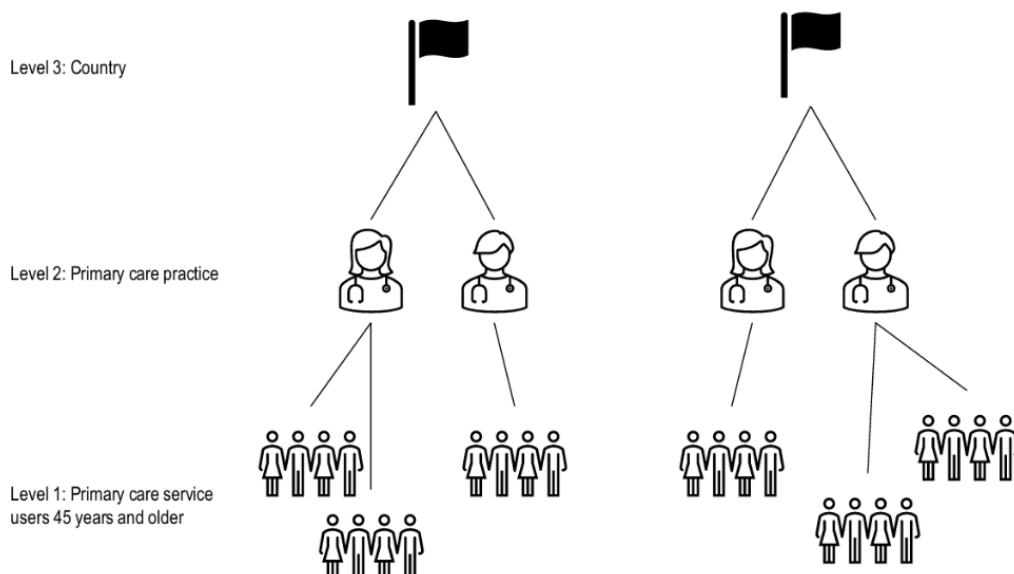
Para utentes incapazes de preencher o questionário por eles próprios, devido, por exemplo, a deficiências visuais, foi permitido que um representante preenchesse o questionário em seu nome.

Utentes contactados, mas cuja participação no inquérito foi considerada, pela unidade de CSP, muito difícil, poderiam ser excluídos.

Desenho do estudo

O estudo PaRIS adota um desenho aninhado com três níveis: os utentes (utilizadores dos CSP) estão integrados nas unidades de CSP, que, por sua vez, estão inseridas nos sistemas de saúde nacionais. Esta estrutura permite analisar a variação nos dados reportados pelos utentes em função das características das unidades de CSP e dos cuidados prestados, tanto dentro de cada país como entre os diferentes países participantes.

Este desenho aninhado possibilita uma compreensão mais aprofundada da estrutura dos dados reportados pelos utentes. Uma vez que os utentes experienciam os CSP através das respetivas unidades de saúde, cada unidade influencia unicamente as respostas dos seus próprios utentes, ao passo que as características do país afetam apenas os utentes desse país. Por conseguinte, os resultados e experiências dos utentes da mesma unidade não são independentes entre si, o que viola o pressuposto de independência das observações, fundamental nas estatísticas populacionais. Ignorar esta estrutura hierárquica pode conduzir à subestimação da variabilidade dos dados e à obtenção de conclusões erradas.



Os modelos multinível consideram esta estrutura hierárquica e permitem repartir a variação dos resultados pelos diferentes níveis – país, unidade de CSP e utente. Esta abordagem permite aprofundar a compreensão dos fatores ao nível do utente (como características sociodemográficas), ao nível da prática (como a capacidade das unidades de CSP) e ao nível nacional (como as características dos sistemas de saúde), e contribui também para o desenho de políticas mais direcionadas. Ao oferecer uma perspetiva mais detalhada da complexidade dos dados, esta abordagem evita simplificações excessivas que poderiam resultar do tratamento das observações como independentes.

Tamanho da amostra

O número-alvo de unidades de CSP em cada país foi definido com base no número de unidades elegíveis nesse país. Nos países com 1 000 ou mais unidades de CSP elegíveis, o objetivo era incluir 100 unidades. Para os países com menos de 1 000 unidades elegíveis, o objetivo era incluir 75, ou tantas quanto possível se o número total de unidades elegíveis fosse inferior a 75.

O número-alvo de utentes foi fixado em 75 por unidade de CSP, um padrão aplicado a todos os países. O número necessário de utentes participantes foi baseado no pressuposto de que pelo menos 70% reportariam ter uma ou mais doenças crónicas. Esta suposição baseou-se nos resultados do Estudo Piloto (*Field Trial*). Alguns países estabeleceram metas mais elevadas para permitir análises adicionais a nível nacional.

O protocolo do estudo PaRIS [8] fornece uma descrição detalhada do cálculo da amostra, que determinou o número ideal de unidades e de utentes por unidade necessário para avaliar de forma fiável as principais medidas de resultado do inquérito. Este cálculo também assegurou um poder estatístico suficiente para abordar as principais questões de investigação do estudo PaRIS.

Os países determinaram o tamanho da sua amostra com base nas orientações do protocolo do estudo PaRIS, nas condições e características dos respetivos sistemas de saúde e nos seus planos individuais de análise.

Quadro de amostragem

Os quadros de amostragem em cada país foram definidos com base nas informações disponíveis, no objetivo de amostragem e na taxa de resposta esperada. As taxas de resposta esperadas foram informadas pelo Estudo Piloto. Os dados necessários para definir o quadro de amostragem incluíram os dados de contacto das unidades de CSP e variáveis que permitiam avaliações *ex-post* da representatividade da amostra, como o tamanho da unidade e a sua localização (urbana ou rural), entre outras.

O quadro de amostragem para os utentes foi obtido a partir de fontes de dados centralizadas ou das listas de pacientes das práticas participantes. Para os países que utilizam fontes centralizadas, uma variável de identificação que permitia a ligação entre os utentes e a sua unidade principal de CSP foi utilizada para definir o quadro de amostragem dos pacientes. O tamanho do quadro de amostragem dos utentes por unidade de CSP foi calculado, dividindo o objetivo de amostragem (75) pela taxa de resposta esperada.

Os quadros de amostragem continham os dados de contacto dos utentes, assim como variáveis para permitir a avaliação da representatividade *ex-post* dos utentes que responderam ao inquérito (principalmente, idade e género).

Método de amostragem

Os métodos de amostragem tanto para os utentes como para unidades de CSP variaram consoante a estrutura e as capacidades do sistema de saúde de cada país.

Na maioria dos países, a estratégia de amostragem do PaRIS seguiu uma abordagem em duas etapas: primeiro, foram selecionadas e recrutadas as unidades de CSP; numa segunda fase, procedeu-se à amostragem e subsequente recrutamento dos seus utentes. Esta abordagem em duas etapas visou assegurar a colaboração das unidades participantes no processo de recrutamento dos utentes. O grau de envolvimento das unidades variou entre os países – desde a responsabilidade total pela amostragem e pelo recrutamento dos utentes até

à partilha de responsabilidades com a equipa nacional; nalguns casos, as unidades limitaram-se a consentir a realização da amostragem e do recrutamento dos seus utentes.

As equipas nacionais foram aconselhadas e apoiadas pela OCDE e pelo Consórcio Internacional do estudo PaRIS a usar um método de amostragem probabilística em ambas as etapas, para garantir que cada unidade e utentes tivesse uma probabilidade igual (ou determinada) de seleção através da randomização. Esta abordagem visou melhorar a representatividade da amostra, com possibilidade de ser ainda refinada através de estratificação ou ponderação. Por razões práticas e, em particular, devido a diferenças na disponibilidade e estrutura dos quadros de amostragem, as estratégias de amostragem por vezes tiveram de ser adaptadas às circunstâncias locais dos países participantes, mas garantindo que fossem cumpridos padrões mínimos de comparabilidade.

As informações de contacto das unidades ou dos utentes foram usadas exclusivamente pela equipa nacional para convidar as unidades e os utentes a participar no estudo e nunca foram partilhadas com a OCDE ou com os parceiros do Consórcio Internacional do estudo PaRIS.

Informação detalhada sobre os métodos de amostragem utilizados pelos países participantes está disponível no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1).

Estratégia de recrutamento

As equipas nacionais colaboraram com as partes interessadas nacionais e com o Consórcio Internacional do estudo PaRIS na criação de uma estratégia de comunicação para o processo de recrutamento. Essa estratégia foi adaptada às necessidades e preferências específicas de cada país, tendo em conta as estruturas administrativas locais, os recursos disponíveis e os canais de comunicação existentes.

A estratégia de comunicação nos países participantes centrou-se no envolvimento de atores-chave — utentes, unidades de CSP e outros grupos relacionados — através de uma variedade de canais, com o objetivo de promover a sensibilização, a participação e o apoio à implementação do estudo. Os canais de comunicação mais comuns incluíram materiais informativos, como cartazes e brochuras, divulgação digital, como emails e redes sociais, e outros métodos, como conselhos consultivos e grupos de coordenação, para recolher contributos e fomentar o envolvimento. Informação detalhada sobre o envolvimento de atores-chave está disponível no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1) e no documento de trabalho também publicado pela OCDE(10).

Recolha de dados

O estudo PaRIS utilizou quatro modos de recolha de dados: online, em papel, por telefone e entrevistas assistidas. Os países recorreram predominantemente a um único modo de recolha, com variações mínimas dentro de cada país. A análise revelou que o modo de recolha teve um efeito pequeno, mas estatisticamente significativo, nos modelos utilizados para calcular os 10 indicadores-chave do estudo PaRIS.

Por exemplo, os inquéritos telefónicos estiveram associados a estimativas mais elevadas em sete dos 10 indicadores-chave, enquanto os inquéritos em papel resultaram em estimativas mais baixas na maioria dos indicadores. Apesar destes resultados, os modos de recolha explicaram menos de 1% da variância total dos resultados e a sua inclusão nos modelos multinível teve efeitos negligenciáveis nas estimativas a nível nacional.

Estes dados sugerem que, dada a sobreposição entre os efeitos específicos de cada país e os modos de recolha, a estrutura multinível do inquérito integra eficazmente o modo de recolha nos efeitos específicos de cada país.

De igual modo, embora a inclusão do modo de recolha de dados tenha melhorado o ajustamento dos modelos, o seu impacto prático nas comparações entre países foi mínimo. O ajustamento pelos modos de recolha reduziu ligeiramente a variância a nível nacional, mas não alterou de forma importante as estimativas das PROMs e PREMs. Informação mais detalhada é apresentada no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1).

Questionários

O estudo PaRIS utiliza dois questionários – um dirigido aos utentes e outro às unidades de CSP. Estes questionários foram cocriados pela OCDE em colaboração com atores-chave, incluindo pessoas com doenças crónicas e profissionais de CSP (10). Para garantir a comparabilidade entre países, os questionários foram concebidos tendo em consideração as diferenças interculturais e incorporando orientações internacionais e recomendações de especialistas sobre validação e adaptabilidade transcultural (11,12).

Este processo incluiu uma extensa consulta com grupos de utentes e profissionais de CSP, procedimentos rigorosos de tradução para garantir a exatidão linguística e testes cognitivos em cada país participante, incluindo Portugal, com o objetivo de aperfeiçoar os itens e minimizar discrepâncias culturais. Além disso, durante o Estudo Piloto, os questionários foram testados em Portugal e noutros 18 países e foram introduzidas modificações para reforçar a validade entre países nos questionários finais. Adicionalmente, a fiabilidade e a validade das medidas em contextos diversos foram avaliadas com os dados do Estudo Piloto.

Questionário dirigido aos utentes

O questionário dirigido aos utentes abordou as seguintes áreas:

- Medidas de Resultados Reportadas pelos Doentes (PROMs): As PROMs referem-se ao estado de saúde, qualidade de vida ou funcionalidade reportados pelos próprios utentes, que podem ser afetados pelos cuidados de saúde;
- Medidas de Experiência Reportadas pelos Doentes (PREMs): As PREMs dizem respeito à experiência das pessoas com os cuidados de saúde, por exemplo, no que toca ao acesso, comunicação, coordenação dos cuidados, entre outros;
- Confiança: Refere-se à confiança das pessoas nas unidades de CSP e no sistema de saúde no seu todo;
- Capacidades em saúde, como a capacidade das pessoas para gerir a sua própria saúde e bem-estar;
- Comportamentos de saúde, como alimentação, prática de exercício físico e consumo de álcool e produtos de tabaco;
- Utilização dos cuidados de saúde;
- Variáveis demográficas, como idade, género e nível de escolaridade;
- Doenças crónicas autorreportadas.

A maioria das perguntas do questionário dirigido aos utentes foi desenvolvida e validada para aplicação na população em geral, incluindo pessoas com e sem doenças (crónicas). Nas questões aplicáveis apenas a pessoas com doenças crónicas, os respondentes que não assinalaram ter uma doença crónica, podiam avançar no questionário sem responder a essas perguntas. A descrição detalhada do desenvolvimento do questionário está disponível no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1) e no artigo de Valderas, J. *et al.* (2024) (13).

Questionário dirigido às unidades de CSP

O questionário dirigido às unidades de CSP abordou as seguintes áreas:

- Organização dos cuidados;
- Gestão dos cuidados a pessoas com doenças crónicas;
- Informação sobre a unidade de cuidados de saúde.

Este questionário centra-se na estrutura organizacional da unidade e não inclui dados sociodemográficos individuais do respondente, como idade ou género. A descrição detalhada do desenvolvimento do questionário

está disponível no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1) e no artigo de Bloemeke-Cammin *et al.* (2024) (14).

Estudo Piloto

O objetivo do Estudo Piloto foi avaliar a qualidade psicométrica, a fiabilidade e a validade dos questionários. Além disso, foi utilizado para testar o desenho de implementação e recolha de dados nos países participantes. O Estudo Piloto encontra-se detalhado no relatório publicado (15).

Portugal e outros 18 países participaram no Estudo Piloto, tendo a recolha de dados decorrido entre março de 2022 e março de 2023. No total, 11 153 utentes e 547 unidades de CSP preencheram o respetivo questionário no Estudo Piloto. A participação dos utentes por país variou entre 698 e 2 360. As proporções de respostas variaram significativamente entre os países

Na globalidade, os tamanhos das amostras foram adequados para um teste robusto dos instrumentos de inquérito. Nas análises fatoriais confirmatórias, o Estudo Piloto demonstrou um desempenho aceitável das medidas PROMs validadas internacionalmente (escalas PROMIS Global – Saúde Física e Mental, e o Índice de Bem-Estar OMS-5).

O Estudo Piloto forneceu informações valiosas para o Inquérito Principal. Com base nos resultados, as ferramentas de inquérito foram revistas e os procedimentos de administração do inquérito foram melhorados. Os Coordenadores Nacionais dos países participantes refletiram criticamente sobre as taxas de resposta alcançadas e partilharam experiências e boas práticas em recrutamento, envolvimento e comunicação. Vários países melhoraram consideravelmente as suas estratégias de recrutamento para garantir maiores taxas de resposta no Inquérito Principal.

Análise de dados

A estrutura dos dados, a abordagem analítica adotada no estudo e outros aspetos técnicos relevantes do plano de análise de dados – como a validação dos dados, o tratamento de dados omissos e a construção dos indicadores – são detalhados no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1) e no artigo de Groenewegen *et al.* (2024) (16).

O plano de análise de dados do inquérito PaRIS assenta, fundamentalmente, na estrutura multinível da informação recolhida e na utilização da análise multinível (*Multilevel Analysis; MLA*), seguindo metodologias de referência internacional (17).

A estrutura dos dados do inquérito PaRIS compreende três níveis: países/sistemas de saúde, unidades de CSP e utentes. A análise multinível é utilizada devido à sua precisão na estimativa de resultados ao nível dos países, à flexibilidade na modelação das relações entre variáveis e ao seu potencial para responder a questões relevantes de política de saúde.

Esta abordagem permite explorar a complexidade dos dados de forma robusta, com o objetivo de obter informação sobre os resultados e experiências reportados pelos utentes relativamente aos cuidados prestados pelas unidades de CSP, e de forma a apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e ações concretas ao nível das unidades, para melhorar as experiências e os resultados em saúde dos utentes.

Os resultados ao nível dos países foram estimados com o objetivo de facilitar a comparação entre países, bem como futuras comparações dentro de cada país ao longo do tempo. Para o efeito, as características dos utentes que possam explicar variações nos resultados e nas experiências por eles reportadas podem ser associadas a características das unidades de CSP e dos respetivos sistemas de saúde.

Limitações do estudo PaRIS

As limitações do estudo PaRIS global, incluindo o potencial impacto na interpretação dos resultados da comparação entre países, são detalhadas no relatório global publicado pela OCDE (2025) (1).

WWW.DGS.PT



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa
Tel.: +351 21 843 05 00
Email: geral@dgs.min-saude.pt