

Prevenção

Relatório Síntese

Outubro 2026



Aceda ao relatório
completo



Um projeto:

NOVAIMS
INFORMATION MANAGEMENT SCHOOL

NOVAcenter for
global health LAB
powered by NOVA IMS

NOVA
ESCOLA NACIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA

Com o apoio:

GSK

AUTORES

(por ordem alfabética)

Este relatório foi elaborado pelo NOVA Center for Global Health (NCGH) da NOVA Information Management School (NOVA IMS) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP).

Ana Rita Pedro

Mariana Castro

Carolina Simão

Melanie Custódio

Francisco Madeira

Ricardo Baptista Leite

Henrique Lopes

Sónia Dias

Joana Alves

Wissal Mechergui

Laura Moura

AGRADECIMENTOS

Expressamos o nosso sincero agradecimento a todos os especialistas que contribuíram para o *European Health Prevention Index* (EHPI) e a todos os peritos que participaram no painel Delphi. A sua disponibilidade, experiência e valiosas contribuições enriqueceram significativamente este projeto e os resultados apresentados.

FINANCIAL DISCLOSURE

Este projeto contou com o apoio financeiro da GSK. Os peritos participaram a título voluntário, não tendo recebido qualquer contrapartida financeira.

DOI: <https://doi.org/10.34619/svd9-mwsj>

ISBN: 978-972-8093-32-7

Licença CC: +Prevenção: Relatório Síntese © 2026 is licensed under CC BY-NC-ND 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

ENQUADRAMENTO

Os sistemas de saúde europeus enfrentam atualmente desafios crescentes associados ao envelhecimento demográfico, à elevada prevalência de doenças crónicas e à escassez de profissionais de saúde (1). Embora a esperança de vida tenha aumentado nas últimas décadas, uma parte substancial da carga da doença continua a ser prevenível, estando associada a fatores de risco modificáveis e a causas potencialmente evitáveis através de políticas públicas de prevenção. Persistem igualmente importantes desigualdades em saúde, reforçando a necessidade de reorientar os sistemas de saúde para modelos mais sustentáveis, resilientes e centrados na prevenção (1–3).

A prevenção é reconhecida como uma estratégia para melhorar a saúde das populações, reduzir a carga da doença e reforçar a sustentabilidade dos sistemas de saúde. A evidência sobre os benefícios da prevenção revela que, em média, por cada libra investida em intervenções em saúde pública, se obtém um retorno de £14 para a economia em geral (4). Para além do retorno financeiro, a prevenção proporciona ganhos mais amplos em saúde, qualidade de vida, produtividade e equidade (5,6).

Portugal acompanha os principais desafios observados a nível europeu. Apesar de apresentar taxas de mortalidade evitável inferiores à média europeia, as doenças cardiovasculares e o cancro continuavam a constituir as principais causas de morte, representando em conjunto cerca de 48% de todos os óbitos (7,8). Em 2021, os fatores comportamentais e ambientais foram responsáveis por cerca de 22% das mortes, incluindo o consumo de tabaco, o consumo nocivo de álcool, os padrões alimentares inadequados, a inatividade física e a exposição à poluição atmosférica (7).

Contudo, apesar da evidência sobre os benefícios clínicos, sociais e económicos do investimento em prevenção, continuam a registar-se valores de despesa relativamente baixos. Em Portugal, a despesa com prevenção em saúde representou 2,3% da despesa corrente em saúde em 2023, abaixo da média da UE (3,7%) (9–11).

O PROJETO +PREVENÇÃO

O +Prevenção é um projeto de investigação que pretende reforçar a prevenção como prioridade das políticas de saúde, através de uma abordagem sistemática e baseada na evidência para identificar, avaliar e comparar políticas públicas de prevenção e apoiar uma tomada de decisão mais informada em Portugal e na Europa.

O projeto desenvolve-se em torno de três eixos complementares:

01

Framework de Políticas Públicas de Prevenção

Desenvolvimento de uma *Framework* composta por políticas públicas prioritárias de prevenção primária e secundária, identificadas e selecionadas com base na evidência científica e alinhadas com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e da UE.

A *Framework* incide sobre as principais causas de mortalidade e os principais fatores de risco associados às doenças transmissíveis e não transmissíveis.

02

Índice Europeu de Prevenção em Saúde

Avaliação e comparação do estado de implementação das políticas da *Framework* em 11 países europeus, incluindo Portugal.

O *European Health Prevention Index* (EHPI) integra a implementação das políticas e o investimento financeiro em prevenção, permitindo identificar diferenças entre países, boas práticas, lacunas e oportunidades de melhoria.

03

Enquadramento Económico da Despesa em Prevenção em Portugal

Caracterização da despesa em prevenção em Portugal, através da identificação de limitações na categorização e recolha de dados. Este eixo pretende avaliar a viabilidade das fontes de informação disponíveis, explorar estratégias para uma representação mais rigorosa do investimento e gerar evidência que apoie futuras decisões.

O projeto assenta na evidência científica que demonstra que o investimento em prevenção constitui uma estratégia que contribui eficazmente para a melhoria da saúde da população, mas também um compromisso com a equidade e a sustentabilidade, contribuindo para que todas as pessoas tenham a oportunidade de viver vidas mais longas e mais saudáveis.

A FRAMEWORK E O ÍNDICE EUROPEU DE PREVENÇÃO EM SAÚDE

1. A Framework do +Prevenção

Da evidência às políticas prioritárias de prevenção

A *Framework* do +Prevenção, desenvolvida como base conceptual do *European Health Prevention Index* (EHPI), estabelece as áreas prioritárias de saúde, os domínios de políticas públicas e as políticas que sustentam a avaliação comparativa da implementação da prevenção em saúde na Europa.

A sua construção baseou-se numa revisão estruturada da literatura, complementada pela análise dos principais desafios de saúde na Europa e dos domínios de políticas públicas com maior evidência de eficácia na prevenção da doença. A seleção das políticas de **prevenção primária e secundária** considerou três critérios: alinhamento com referenciais internacionais, potencial de monitorização e comparabilidade e impacto demonstrado na saúde e na economia.

Deste processo resultou uma *Framework* composta por **6 Áreas Prioritárias de Saúde**, **6 Domínios de Políticas Públicas de Saúde** e **22 políticas públicas de prevenção** (Fig. 1 e 2).



Figura 1. Estrutura da Framework do +Prevenção: Áreas Prioritárias de Saúde, Domínios de Políticas Públicas de Saúde e níveis de prevenção abrangidos.

A. Educação para a Saúde e Literacia em Saúde A1. Campanhas de sensibilização e alerta baseadas em evidência para reforçar a literacia em prevenção da doença, imunização e comportamentos saudáveis, garantindo mensagens claras e acessíveis para todos. A2. Programas de educação para a saúde em escolas, locais de trabalho e contextos comunitários para desenvolver competências em saúde, promover a prevenção e apoiar comportamentos saudáveis. A3. Implementação de programas universais de aprendizagem socioemocional em contexto escolar, complementados por apoio psicológico e intervenções parentais, para promover a saúde mental dos estudantes.	B. Imunização B1. Vacinação contra o vírus do papiloma humano. B2. Vacinação sazonal contra a gripe e a COVID-19. B3. Existência de uma estratégia de vacinação ao longo do ciclo de vida, com recomendação nacional e financiamento público para as nove doenças preveníveis por vacinação identificadas pelo ECDC.
C. Comportamentos e Consumo C1. Tabaco C1.1. Implementação das políticas MPOWER da WHO para o controlo do tabaco. C2. Álcool C2.1. Aumento dos impostos especiais sobre bebidas alcoólicas. C2.2. Implementação e aplicação de proibições ou restrições abrangentes à exposição à publicidade ao álcool. C2.3. Implementação e aplicação de restrições à disponibilidade física de álcool no retalho (através da redução dos horários de venda). C3. Alimentação C3.1. Rotulagem nutricional na frente da embalagem como parte de políticas abrangentes de rotulagem alimentar para facilitar a compreensão e escolha de alimentos saudáveis pelos consumidores. C3.2. Políticas de aquisição pública e oferta alimentar para promover dietas saudáveis em substituição de alimentos ultraprocessados. C4. Atividade Física C4.1. Avaliação da atividade física, aconselhamento e apoio à mudança comportamental como parte dos cuidados de saúde primários de rotina através de intervenções breves.	D. Rastreio D1. Rastreio de doenças não transmissíveis D1.1. Programas de rastreio da hipertensão arterial, hiperlipidemia e diabetes. D1.2. Rastreio oncológico: cancro da mama, colorretal, do colo do útero e do pulmão. D1.3. Programas integrados de rastreio em saúde mental e intervenção precoce em contextos comunitários, escolares e laborais. D2. Rastreio de doenças transmissíveis D2.1. Rastreio oportunístico de doenças infecciosas (por exemplo, VIH, hepatites, tuberculose e infeções sexualmente transmissíveis) e rastreio direcionado em populações de alto risco (por exemplo, migrantes, grávidas e profissionais de saúde).
E. Ambiente E1. Poluição Atmosférica E1.1. Taxas ambientais relacionadas com os transportes para reduzir a poluição atmosférica e as emissões. E1.2. Zonas de baixas emissões em áreas urbanas.	F. Dados e Inteligência Artificial F1. Utilização de Dados e Inteligência Artificial para Vigilância de Doenças Infecciosas e Prevenção de Surtos. F2. Utilização de Dados e Inteligência Artificial para Predição do Risco de Doenças Não Transmissíveis. F3. Utilização de Dados e Inteligência Artificial para Diagnóstico de Doenças.

Figura 2. Visão geral das políticas públicas de saúde da *Framework* do +Prevenção, organizadas por Domínio de Políticas Públicas de Saúde.

2. European Health Prevention Index

Da definição das políticas à avaliação da sua implementação

O EHPI é um índice composto que avalia e compara a prevenção nos sistemas de saúde europeus, através da análise de duas componentes: o investimento financeiro em prevenção e o grau de implementação das 22 políticas públicas selecionadas.

O EHPI incluiu **11 países europeus**, selecionados de forma a representar diferentes sub-regiões e diferentes contextos políticos, económicos e organizacionais dos sistemas de saúde: Alemanha, Bélgica, Chéquia, Espanha, França, Grécia, Letónia, Polónia, Portugal, Roménia e Suécia.

A implementação das políticas foi avaliada através de um questionário dirigido a especialistas dos países participantes, numa escala de 0 (sem implementação) a 4 (implementação total), considerando também a implementação das políticas junto de populações vulneráveis. A recolha baseou-se numa resposta por país, fornecida por um especialista do respetivo país que, em vários casos, consultou outros peritos ou entidades nacionais.

O score global do EHPI varia entre 0 e 100, correspondendo 88 pontos à implementação das 22 políticas e 12 pontos ao investimento financeiro em prevenção. Os scores dos seis domínios foram padronizados como percentagem do score máximo possível, permitindo a comparação.

O que revela o EHPI?

Os resultados do EHPI revelaram variabilidade na implementação das políticas públicas de prevenção em saúde entre os países europeus, com níveis de implementação entre 28,2 e 72,6 pontos e uma média de 55,6 pontos, o que revela potencial significativo para reforçar a sua adoção e operacionalização (**Fig. 3**). A Suécia apresentou o score global mais elevado (72,6), seguida da Grécia (63,7) e da Bélgica (62,9), enquanto a Polónia registou o valor mais baixo (28,2).

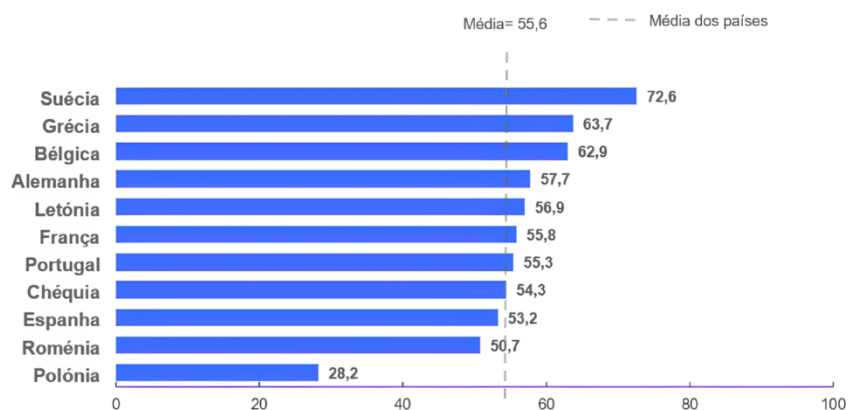


Figura 3. Ranking Europeu EHPI. Ranking dos países participantes de acordo com o score global do EHPI (0–100). Um score de 100 corresponde ao valor máximo teórico do índice.

Imunização e Rastreio apresentam os níveis de implementação mais elevados

A **Imunização** e o **Rastreio** apresentam os níveis de implementação mais elevados, refletindo uma maior consolidação destas áreas, associada a recomendações internacionais consistentes e programas estruturados (**Fig. 4**). O **Ambiente** e os **Comportamentos e Consumo** apresentam níveis intermédios de implementação.

Em contraste, a **Educação para a Saúde e Literacia em Saúde** apresenta o menor nível de implementação, evidenciando desafios relacionados com a coordenação entre setores, a implementação territorial e a capacidade de traduzir enquadramentos estratégicos em intervenções consistentes e sustentadas. O reforço da literacia em saúde é também relevante para aumentar a adesão às intervenções preventivas, promover comportamentos saudáveis e potenciar a efetividade das restantes políticas de prevenção. Os **Dados e Inteligência Artificial** apresentam igualmente níveis reduzidos de implementação, permanecendo uma área emergente das políticas de prevenção. Apesar dos processos de transformação digital em curso, a utilização sistemática de dados com recurso à inteligência artificial para apoiar a prevenção permanece limitada.

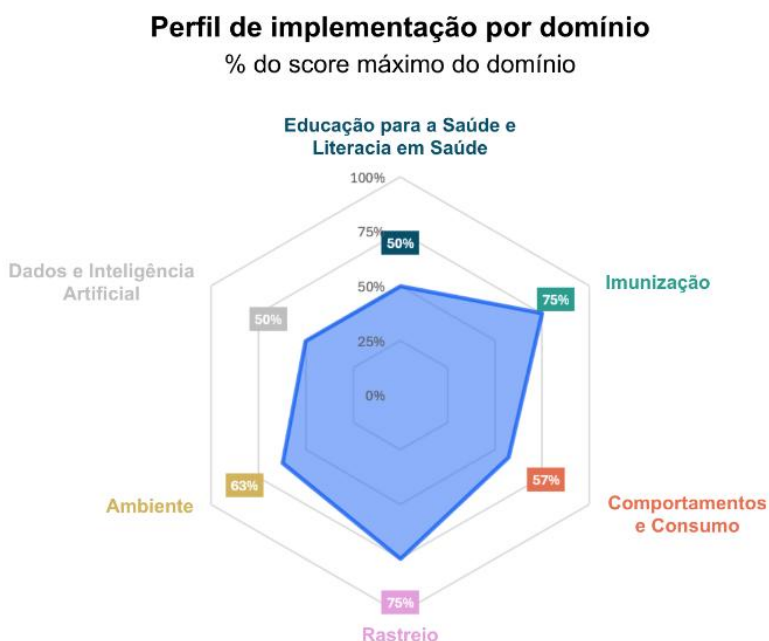


Figura 4. Perfil europeu mediano por domínio. Perfil europeu mediano de implementação dos diferentes domínios do EHPI, expresso em scores padronizados (% do score máximo do domínio).

A análise individual das 22 políticas revelou diferenças na implementação. O rastreio oncológico e o rastreio oportunístico de doenças infecciosas apresentaram a maior proporção de países com implementação elevada (90,9%), seguidos da vacinação contra o vírus do papiloma humano e das políticas MPOWER para o controlo do tabaco (81,8%). Em contraste, a aprendizagem socioemocional em contexto escolar apresentou a menor proporção (9,1%), seguida da utilização de inteligência artificial no diagnóstico e dos programas de educação para a saúde (18,2%).

Portugal no EHPI: progressos importantes, com margem para consolidar a implementação

Portugal obteve um **score global de 55,3 pontos**, próximo da média dos países participantes (**55,6 pontos**), ocupando a 7ª posição entre os 11 países avaliados. No total, **40,9%** das políticas avaliadas apresentaram níveis elevados de implementação. O perfil por domínio evidencia diferenças relevantes, com níveis mais elevados na **Imunização** e no **Rastreio** e níveis mais reduzidos na **Educação para a Saúde e Literacia em Saúde** e nos **Dados e IA**, seguindo globalmente o padrão observado nos restantes países participantes.

Os níveis elevados alcançados na Imunização e no Rastreio não significam, contudo, que estejam plenamente concretizados os objetivos destas políticas. Na **Imunização**, apesar do elevado nível de implementação e do sucesso do Programa Nacional de Vacinação, persistem desafios na vacinação do adulto, nomeadamente na consolidação de uma abordagem estruturada ao longo do ciclo de vida (12,13). No **Rastreio**, apesar da existência de programas organizados e do elevado nível de implementação, persistem diferenças entre o enquadramento normativo e a implementação efetiva, refletidas em desigualdades na cobertura, participação e acesso, bem como em níveis persistentes de subdiagnóstico e diagnóstico tardio (14,15).

Na **Educação para a Saúde e Literacia em Saúde**, apesar das estratégias desenvolvidas nos últimos anos, persistem desafios na operacionalização, monitorização e avaliação das estratégias e desigualdades no acesso, compreensão e utilização da informação em saúde, em particular entre os grupos em maior situação de vulnerabilidade (16). Nos **Dados e Inteligência Artificial**, uma área mais emergente e em consolidação, importa reforçar as condições necessárias à sua implementação, nomeadamente ao nível da interoperabilidade, da qualidade e governação dos dados, das infraestruturas digitais e da capacitação dos profissionais (17,18).

Da existência das políticas à implementação efetiva

A adoção formal das políticas não garante a sua implementação efetiva e equitativa. Os resultados evidenciam desafios relacionados com a monitorização, a coordenação institucional, as desigualdades regionais e o acesso das populações vulneráveis. Diferenças na capacidade institucional, nos mecanismos de governação e na organização dos sistemas de saúde condicionam igualmente a operacionalização das políticas.

A **implementação equitativa** continua a representar um desafio. Níveis elevados de implementação global não se traduzem necessariamente numa implementação equivalente junto das populações mais vulneráveis, reforçando a necessidade de incorporar a equidade como dimensão central no desenho, implementação e avaliação das políticas públicas de prevenção.

A análise exploratória sugere ainda uma associação negativa moderada entre scores mais elevados no EHPI e menores níveis de mortalidade por causas preveníveis, embora esta relação não permita estabelecer causalidade e deva ser aprofundada em estudos futuros.

O **investimento financeiro**, por si só, não explica as diferenças na implementação das políticas de prevenção nem garante melhores resultados em saúde. A sua tradução em políticas efetivamente implementadas depende também de recursos humanos capacitados, capacidade tecnológica, governação, capacidade institucional, organização dos sistemas de saúde e prioridades nacionais.

DESPESA EM PREVENÇÃO EM SAÚDE EM PORTUGAL: ENQUADRAMENTO ECONÓMICO E DESAFIOS

Apesar da evidência acerca dos benefícios clínicos, sociais e económicos do investimento em prevenção, continuam a registar-se valores de despesa relativamente baixos, o que é especialmente relevante em Portugal, dado os valores de despesa com prevenção usualmente inferiores ao observado na maioria dos países da UE.

Existe, contudo, um debate significativo sobre a forma como a despesa em prevenção é medida, classificada e reportada, e surgem frequentemente questões sobre a capacidade dos indicadores atualmente utilizados refletirem, de forma adequada, o investimento efetivamente realizado em atividades de prevenção em saúde. Torna-se, assim, fundamental avaliar quais os componentes que devem ser considerados na medição da despesa em prevenção e, em que medida, a informação atualmente disponível permite uma representação fiel do esforço nacional nesta área.

Atualmente, os valores reportados para a função de prevenção são calculados de acordo com as orientações metodológicas da Conta Satélite da Saúde (Base 2016), alinhadas com o *SHA 2011*, que sustenta o Regulamento (UE) n.º 2015/359 da Comissão Europeia. Neste enquadramento, a despesa em cuidados preventivos é distribuída por diferentes subfunções que procuram captar as várias dimensões da prevenção em saúde, sumariada no indicador HC.6¹.

O Projeto +Prevenção procurou aprofundar a compreensão dos desafios associados à medição da despesa em prevenção em Portugal, através da realização de um painel Delphi nacional que reuniu especialistas de diferentes áreas relacionadas com saúde pública, administração da saúde, economia da saúde, prática clínica, políticas de saúde, farmácia e representação de doentes. Assim, pretende-se, com este capítulo, apresentar os resultados deste exercício de consenso, identificando as principais limitações dos atuais sistemas de reporte, as áreas prioritárias para melhoria e as recomendações consideradas mais relevantes pelos especialistas para uma representação mais rigorosa do investimento preventivo em saúde em Portugal.

Metodologia

Adotou-se uma metodologia assente num Painel Delphi, enquanto técnica estruturada de obtenção de consenso entre especialistas, integrando o seu conhecimento técnico e experiência prática, e reduzindo a influência de posições individuais dominantes e promovendo a construção progressiva de consensos. A seleção dos participantes foi realizada através de amostragem intencional, procurando assegurar uma representação equilibrada de diferentes contextos institucionais, competências técnicas e perspetivas profissionais, de modo a enriquecer o processo deliberativo.

¹ HC.6 (Cuidados preventivos): inclui a afetação da despesa por prestador de cuidados de saúde e entidade financiadora às atividades de prevenção e saúde pública, abrangendo programas de informação, educação e aconselhamento, vacinação, deteção precoce da doença, monitorização das condições de saúde, vigilância epidemiológica e controlo da doença e dos riscos para a saúde (HC.6.5), e prevenção de calamidades e programas de emergência.

A primeira ronda, com natureza exploratória, contou com a participação de 22 especialistas. A segunda ronda teve como objetivo validar e aprofundar os resultados obtidos na fase exploratória. Esta ronda contou com a participação de 17 peritos que avaliaram um conjunto de afirmações derivadas dos resultados da primeira ronda.

O processo Delphi desenvolveu-se ao longo de duas rondas sucessivas, em formato online, com duração prevista de cerca de duas semanas cada. Após a primeira ronda, as respostas foram compiladas e analisadas de forma agregada e anónima, dando origem a um relatório de feedback que sintetizou os níveis de consenso alcançados e os principais argumentos apresentados pelos participantes. Este relatório serviu de base à segunda ronda, na qual os especialistas avaliaram as afirmações dele decorrentes, permitindo aprofundar e validar as recomendações propostas. Para efeitos de análise, considerou-se existir:

- consenso forte quando pelo menos 75% dos participantes selecionaram as categorias "Concordo" ou "Concordo totalmente";
- consenso moderado quando essa proporção se situou entre 60% e 74%;
- ausência de consenso quando a concordância foi inferior a 60%.

As respostas quantitativas obtidas ao longo das diferentes rondas do Painel Delphi foram analisadas através de estatística descritiva, incluindo medidas de tendência central, dispersão e níveis de consenso para cada item avaliado. Os comentários qualitativos foram sujeitos a análise temática, permitindo complementar a interpretação dos resultados quantitativos e aprofundar a compreensão dos argumentos, preocupações e recomendações expressos pelos especialistas.

Resultados

Os resultados do painel Delphi evidenciam que a medição da despesa em prevenção em Portugal enfrenta desafios estruturais que limitam a capacidade de caracterizar, de forma rigorosa e abrangente, os recursos efetivamente mobilizados para esta área. Apesar da existência de um quadro internacionalmente reconhecido para a contabilização da despesa em prevenção, os especialistas convergiram na perceção de que uma parte significativa das atividades e dos recursos mobilizados para a prevenção permanece insuficientemente identificada, classificada ou reportada.

Um dos resultados mais consistentes do painel foi a perceção de que a despesa em prevenção reportada em Portugal não reflete integralmente o investimento efetivamente realizado. Na segunda ronda, 88,2% dos participantes concordaram ou concordaram totalmente que a despesa em prevenção se encontra atualmente subestimada. Esta perceção não decorre da inexistência de despesas em prevenção, mas da dificuldade em tornar essas despesas visíveis nos atuais sistemas de informação e contabilização. Em particular, foi salientado que uma parte substancial da prevenção ocorre integrada na prestação habitual de cuidados de saúde, nomeadamente nos cuidados de saúde primários, no acompanhamento da doença crónica, nas atividades de enfermagem, na educação terapêutica, no aconselhamento individual e em múltiplas intervenções quotidianas que dificilmente são distinguidas dos cuidados assistenciais ou curativos. Esta realidade cria um desfasamento entre a atividade preventiva efetivamente realizada e a despesa que acaba por ser reconhecida e contabilizada como prevenção.

Os resultados revelam igualmente uma visão da prevenção que pode ultrapassar os limites do setor da saúde. Os participantes destacaram repetidamente o contributo de áreas como a educação, a habitação, o emprego, o ambiente, a proteção social, os municípios, as organizações comunitárias e as associações de doentes para a melhoria da saúde da população e para a redução da carga da doença. Esta visão está alinhada com o paradigma da “Saúde em Todas as Políticas”, reconhecendo que muitos dos determinantes da saúde se encontram fora do sistema de prestação de cuidados e que, por conseguinte, parte substancial das despesas com prevenção ocorrem em contextos que não são atualmente captados pelas contas da saúde. Desta forma, a subestimação da despesa em prevenção não resulta apenas de limitações contabilísticas, mas também de uma definição operacional da prevenção que continua maioritariamente centrada no setor da saúde.

Outro elemento central diz respeito às limitações dos sistemas de informação e contabilização existentes. Os especialistas identificaram fragilidades relacionadas com a ausência de centros de custo específicos, a insuficiência da contabilidade analítica, a inexistência de códigos de atividade orientados para a prevenção, a reduzida interoperabilidade entre sistemas e a dificuldade de atribuir custos a atividades preventivas desenvolvidas de forma integrada na prática clínica. Estes resultados sugerem que a qualidade da informação atualmente disponível sobre investimento em prevenção depende menos da falta de atividade preventiva e mais da incapacidade dos sistemas para a identificar, registar e valorizar adequadamente.

Um dos aspetos mais relevantes do painel foi a distinção clara entre limitações conceptuais e limitações operacionais da classificação HC.6: foi considerado que as seis subfunções atuais não são suficientes, não pelo seu modelo conceptual, mas pela dificuldade na sua operacionalização. Embora alguns participantes tenham defendido a criação de novas categorias, não se observou consenso nesse sentido. Pelo contrário, emergiu uma concordância relativamente à ideia de que a estrutura conceptual atualmente utilizada continua, de forma global, adequada para a classificação da despesa em prevenção. Esta conclusão tem particular relevância para futuras iniciativas nesta área, uma vez que sugere que os esforços de melhoria deverão concentrar-se prioritariamente na qualidade dos dados e dos sistemas de reporte, mais do que numa reformulação profunda dos referenciais internacionais existentes.

Os especialistas identificaram ainda um conjunto de áreas cuja importância para a prevenção não é atualmente refletida de forma adequada nos mecanismos de reporte. Entre estas destacam-se a literacia em saúde, as intervenções comunitárias, a saúde escolar, as atividades realizadas por autarquias, a educação terapêutica e a capacidade para o autocuidado, intervenções intersectoriais com impacto na saúde e atividades preventivas realizadas por farmácias comunitárias, a prevenção digital e a saúde ocupacional.

O destaque atribuído a estas áreas demonstra uma visão integrada da prevenção, centrada não apenas na redução dos fatores de risco, mas também na capacitação das pessoas, na intervenção sobre determinantes sociais e na promoção de ambientes favoráveis à saúde. Simultaneamente, os resultados sugerem que os mecanismos atuais de medição continuam mais orientados para programas estruturados e facilmente identificáveis do que para intervenções preventivas distribuídas por múltiplos contextos e atores.

No que respeita às prioridades de melhoria, o painel produziu uma agenda relativamente clara e que pode ser observada na tabela seguinte.

Tabela 21. Hierarquização final das prioridades.

Medida	Nº de seleções
Melhorar os sistemas de informação	14
Melhorar os critérios de classificação da despesa preventiva	9
Reforçar a contabilidade analítica	9
Desenvolver mecanismos de reporte intersetorial	9
Relacionar despesa com resultados em saúde	9
Desenvolver orientações metodológicas nacionais	8
Integrar informação proveniente dos municípios	6
Melhorar a medição da prevenção realizada nos Cuidados de Saúde Primários	5
Integrar informação proveniente das farmácias comunitárias	4
Criar centros de custo específicos	4
Produzir relatórios periódicos de monitorização	4
Integrar informação proveniente do setor privado	4

As medidas mais valorizadas pelos participantes centram-se na melhoria dos sistemas de informação, no aperfeiçoamento dos critérios de classificação da despesa, no reforço da contabilidade analítica, na integração de informação proveniente de diferentes prestadores e setores e na necessidade de relacionar a despesa em prevenção com indicadores de atividade, cobertura, acesso, equidade e resultados em saúde.

CONCLUSÕES

O projeto +Prevenção teve como objetivo caracterizar o estado de implementação das políticas públicas de prevenção na Europa, incluindo Portugal, bem como analisar a despesa em prevenção, no sentido de apoiar a definição de prioridades, monitorizar o progresso, informar decisões estratégicas de investimento e contribuir para a integração e priorização da prevenção nas agendas políticas, nos sistemas de saúde e na sociedade.

Os resultados do EHPI revelaram variabilidade na implementação de políticas públicas de prevenção em saúde entre os países participantes, com scores globais entre 28,2 e 72,6 pontos, e uma média de 55,6 pontos, numa escala de 0 a 100, em que 100 corresponde ao score máximo teórico do índice. A Imunização e o Rastreio apresentaram os níveis de implementação mais elevados, enquanto a Educação para a Saúde e a Literacia em Saúde e os Dados e Inteligência Artificial apresentaram os níveis mais reduzidos, evidenciando oportunidades significativas de reforço. Portugal acompanha, no essencial, este panorama europeu, apresentando um score global de 55,3 pontos, ligeiramente abaixo da média dos países participantes (55,6 pontos), e ocupando a 7.^a posição entre os 11 países avaliados.

A análise das despesas com cuidados de prevenção em saúde reflete esta mesma diversidade entre países, o que pode resultar de diferentes prioridades atribuídas à prevenção, na organização dos sistemas de saúde, na alocação de recursos, ou da dificuldade em tornar o investimento visível nos atuais sistemas de informação e contabilização.

Particularmente em Portugal, 88,2% dos peritos consultados concordaram ou concordaram totalmente que a despesa em prevenção se encontra atualmente subestimada, realçando que uma parte substancial da prevenção se encontra integrada na prestação habitual de cuidados de saúde, que dificilmente é possível distinguir dos cuidados assistenciais ou curativos. Esta realidade cria um desfazamento entre a atividade preventiva efetivamente realizada e a despesa que acaba por ser reconhecida e contabilizada e acaba por limitar uma leitura comparativa entre países. A subestimação, segundo os especialistas, decorre sobretudo de dificuldades na operacionalização do quadro conceptual (HC.6) e nos sistemas de informação e reporte, e nem tanto de limitações do próprio quadro, considerado globalmente adequado.

Apesar da existência de enquadramentos estratégicos nacionais, persistem diferenças entre o desenho das políticas e a sua implementação, com desafios na cobertura, monitorização e equidade. Sobressai, por isso, a necessidade de uma abordagem integrada e intersetorial da prevenção ao longo do ciclo de vida, orientada para a redução das desigualdades em saúde e para a promoção de um envelhecimento saudável, num contexto de envelhecimento demográfico e elevada prevalência de doença crónica.

Os resultados demonstram que medir apenas a despesa em prevenção é insuficiente para caracterizar o esforço dos países nesta área. A avaliação das políticas públicas deverá integrar a implementação, cobertura, qualidade, equidade e impacto, permitindo relacionar o investimento realizado com os resultados obtidos em saúde.

Os resultados sugerem ainda que o modelo português deverá evoluir para uma lógica de investimento em prevenção. Para tal, será necessário reforçar os sistemas de informação e

reporte, integrar informação proveniente de diferentes prestadores e setores e desenvolver mecanismos de reporte intersectorial que permitam reconhecer, medir e demonstrar o valor do investimento já realizado nesta área.

O principal desafio para Portugal e para a Europa já não reside apenas na definição de novas políticas de prevenção, mas na capacidade de implementar, monitorizar e valorizar de forma consistente aquelas que, de acordo com a literatura, já demonstraram ser eficazes. Reconhecer a prevenção como um investimento estratégico e melhorar a sua medição, constitui um passo essencial para sistemas de saúde mais sustentáveis, equitativos e orientados para ganhos efetivos em saúde.

RECOMENDAÇÕES

1. Reforçar a implementação das políticas públicas de prevenção

- Reforçar a governação e a implementação das políticas de literacia em saúde, através de programas ao longo do ciclo de vida e de uma maior articulação entre saúde, educação, trabalho, setor social e comunidade.
- Melhorar o acesso à informação em saúde clara e acessível, complementando-a com intervenções baseadas nas ciências do comportamento que favoreçam a sua tradução em decisões e comportamentos promotores de saúde.
- Reforçar a utilização de dados e inteligência artificial como instrumentos de apoio à prevenção, nomeadamente na vigilância epidemiológica, na identificação precoce de pessoas e grupos de maior risco de doença e na tomada de decisão baseada em evidência, permitindo intervenções preventivas mais precoces.
- Consolidar uma estratégia nacional de vacinação do adulto integrada numa abordagem ao longo do ciclo de vida, incluindo um calendário estruturado para adultos e o reforço do acesso, cobertura e comunicação, com particular atenção às pessoas idosas e aos grupos clínicos de risco.
- Aumentar a cobertura e a participação nos programas de rastreio organizado, através do reforço da identificação e do acompanhamento das populações elegíveis, da melhoria da comunicação e da redução das barreiras de acesso e das desigualdades entre grupos populacionais e territórios.
- Intensificar a prevenção dos principais fatores de risco comportamentais, promovendo a atividade física ao longo do ciclo de vida e a alimentação saudável, desincentivando o consumo de alimentos ultraprocessados e reforçando as políticas de controlo do álcool e do tabaco, através de uma maior articulação entre saúde, educação, urbanismo, mobilidade e políticas locais.
- Promover a implementação de zonas de baixas emissões em contexto urbano, consolidar os instrumentos de fiscalidade ambiental orientados para a redução das emissões dos

transportes e aumentar a articulação entre as políticas de ambiente, mobilidade sustentável e saúde.

2. Reforçar a monitorização, governação e informação em prevenção

- Rever e atualizar a estimativa da despesa em prevenção, com base em dados de contabilidade analítica atualizados.
- Implementar sistemas de contabilidade analítica harmonizados nas várias entidades do sistema de saúde (ou outras relevantes), criando centros de custo específicos para atividades de prevenção.
- Aumentar a desagregação da informação financeira e de atividade, permitindo identificar e registar a despesa em prevenção atualmente integrada em outras áreas, como cuidados curativos ou serviços auxiliares.
- Desenvolver mecanismos de monitorização e reporte da despesa em prevenção que integrem informação proveniente de diferentes setores, numa abordagem multissetorial.
- Consolidar a transformação digital em saúde, reforçando a interoperabilidade dos sistemas de informação, a governação e qualidade dos dados e o investimento nas capacidades analíticas de inteligência artificial, assegurando simultaneamente uma implementação segura e responsável destas tecnologias.

3. Reforçar a avaliação do investimento em prevenção

- Associar a informação sobre despesa em prevenção a indicadores de cobertura, acesso, equidade e resultados em saúde, para que seja possível avaliar de forma mais abrangente o retorno do investimento em prevenção e apoiar decisões de alocação de recursos baseadas em evidência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OECD/European Commission. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*; Paris, 2024.
2. AbdulRaheem, Y. Unveiling the Significance and Challenges of Integrating Prevention Levels in Healthcare Practice. *Journal of Primary Care & Community Health* **2023**, 14. doi:10.1177/21501319231186500.
3. Dattani, S.; Rodés-Guirao, L.; Ritchie, H.; Ortiz-Ospina, E.; Roser, M. *Life Expectancy | Our World in Data*. Life Expectancy. <<https://ourworldindata.org/life-expectancy>> Accessed 26.07.16.
4. Masters, R.; Anwar, E.; Collins, B.; Cookson, R.; Capewell, S. Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. BMJ Publishing Group August 1, 2017, pp 827–834. doi:10.1136/jech-2016-208141.
5. Biglan, A.; Prinz, R. J.; Fishbein, D. Prevention Science and Health Equity: A Comprehensive Framework for Preventing Health Inequities and Disparities Associated with Race, Ethnicity, and Social Class. *Prevention Science*. Springer May 1, 2023, pp 602–612. doi:10.1007/s11121-022-01482-1.
6. Hayre, J.; Canning, E.; Pearce, H.; Khera, R.; Ford, J. Public health policies and interventions to address health inequities in high-income countries: an umbrella review. *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd December 1, 2026. doi:10.1186/s12889-025-25876-2.
7. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Country Health Profile 2025: Portugal. State of Health in the EU*; Paris, 2025.
8. *Causes of death statistics - Statistics Explained - Eurostat*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics> Accessed 25.12.17.
9. Eurostat. *Expenditure for selected health care functions by health care providers*. Online data code: hlth_sha11_hchp. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_hchp__custom_15914660/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=58324fab-0453-4746-af89-c53c88e98e5d&c=1742819611855> Accessed 26.05.30.
10. OECD. *Health at a Glance 2025*; Health at a Glance; OECD Publishing: Paris, 2025. doi:10.1787/8f9e3f98-en.
11. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health Expenditure and Financing*; OECD Health Statistics, 2023.
12. George, F.; Diogo, J. R.; Franco, D.; Hermenegildo, C.; Castro, M. de; Leite, R. B.; et al. +Longevidade. **2024**. doi:10.34619/HVZZ-NPIB.
13. Moura, L.; Hermenegildo, C.; Rosa, M. T.; Castro, M.; Franco, D.; Diogo, J.; et al. Strategic Consensus on a Proposed Vaccination Schedule for Adults in Portugal. *Acta Médica Portuguesa* **2025**, 39(3), 165–168. doi:10.20344/amp.23273.
14. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. *Country Health Profile 2025: Portugal. State of Health in the EU*; Paris, 2025.
15. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo; Direção-Geral da Saúde. *Infeção por VIH Em Portugal – 2025*; DGS/INSA, 2025. <<http://hdl.handle.net/10400.18/10629>> Accessed 26.07.28.
16. Miguel Telo de Arriaga; Benvinda dos Santos; Gisela Leiras; Ana Carvalho; Ana Luísa Pinto; Beatriz Raposo; et al. *Plano Nacional de Literacia Em Saúde e Ciências Do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico*; Lisboa, 2023. <www.dgs.pt> Accessed 26.07.28.
17. Certo, L.; Alves, M.; Magalhães, T. The Application of Artificial Intelligence in Public Health Surveillance in Portugal: An Exploratory Study of Expert Perspectives. *Portuguese Journal of Public Health* **2026**, 1–20. doi:10.1159/000550578/943831.
18. OECD. *Scaling Artificial Intelligence in Health*; Paris, 2026. doi:10.1787/a436e12d-en.



Um projeto:



Com o apoio:

