



O papel do autocuidado em Portugal

ÍNDICE

- 01** Sumário Executivo

- 02** Enquadramento do sistema de saúde e relevância do autocuidado em Portugal

- 03** Como os portugueses gerem os seus problemas de saúde ligeiros
 - 3.1** O retrato dos problemas de saúde ligeiros em Portugal
 - 3.2** Primeira resposta ao problema: padrões de decisão dos cidadãos
 - 3.3** Entre autonomia e incerteza: fatores que moldam o recurso ao autocuidado
 - 3.4** Prontidão do sistema para o autocuidado: oportunidades e limitações
 - 3.5** O Impacto do autocuidado: custos, tempo e produtividade

- 04** Do diagnóstico à ação: prioridades para o reforço do autocuidado

- 05** Conclusão: Autocuidado como parte da solução para a sustentabilidade do sistema de saúde

ANEXO Metodologia

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

AESGP — Association of the European Self-Care Industry

ANF — Associação Nacional das Farmácias

ATC — Anatomical Therapeutic Chemical (classificação terapêutica)

CAGR – Compound Annual Growth Rate (Taxa de Crescimento Anual Composta)

CH — Consumer Healthcare

CATI — Computer-Assisted Telephone Interviewing (recolha de dados através de entrevistas telefónicas assistidas por computador)

CAWI — Computer-Assisted Web Interviewing (recolha de dados através de questionário online)

DCI — Denominação Comum Internacional

DGAV — Direção-Geral de Alimentação e Veterinária

DGS — Direção-Geral da Saúde

IA — Inteligência Artificial

INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

MGF — Medicina Geral e Familiar

MNSRM — Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF — Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM — Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

OMS — Organização Mundial da Saúde

OTC — Over-the-Counter (medicamentos não sujeitos a receita médica)

PIB — Produto Interno Bruto

SNS — Serviço Nacional de Saúde

UE — União Europeia

1. Sumário Executivo

O sistema de saúde em Portugal enfrenta desafios estruturais significativos, associados ao envelhecimento da população, aumento da carga de doenças crónicas e constrangimentos no acesso, como tempos de espera elevados e escassez de profissionais de saúde. Este contexto reforça a necessidade de soluções que permitam uma utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. Neste enquadramento, o autocuidado assume um papel crescente enquanto componente complementar do sistema de saúde, permitindo a gestão de problemas de saúde ligeiros através da utilização de medicamentos e outros produtos de saúde disponíveis sem receita médica.

Para compreender o papel do autocuidado em Portugal, foi desenvolvida uma análise integrada que combina a perspetiva dos cidadãos, dos profissionais de saúde e do próprio sistema. Esta análise baseou-se num estudo quantitativo representativo da população portuguesa com 18 ou mais anos (n=2,671), complementado por inquéritos a médicos de Medicina Geral e Familiar (n=203) e farmacêuticos comunitários (n=192), com recolha de dados realizada no primeiro trimestre de 2026. Foram ainda considerados dados de mercado, benchmarking com estudos internacionais e entrevistas em profundidade a entidades relevantes do setor da saúde, permitindo construir uma visão abrangente e consistente sobre o autocuidado em Portugal.

O autocuidado já apresenta uma expressão relevante em Portugal: 55% dos indivíduos optam por esta abordagem como primeira resposta problemas de saúde ligeiros, sendo que, em 79% dos casos, os sintomas são totalmente resolvidos e apenas 1% necessita de recorrer posteriormente ao médico.

O impacto económico associado é significativo. O custo médio de um episódio tratado através do recurso ao médico ascende a 93€, comparativamente a 18€ no autocuidado, traduzindo-se numa poupança média de cerca de 75€ por episódio (aproximadamente 80%).

Quando extrapolado para a população, o autocuidado gera uma poupança anual estimada de cerca de 9.6 mil milhões de euros, dos quais 47% correspondem a custos evitados para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e 53% a despesas evitadas pelos cidadãos. Adicionalmente, cada aumento de 1 ponto percentual na adoção do autocuidado poderá gerar cerca de 239 milhões de euros adicionais por ano.

Para além dos custos diretos, o autocuidado gera ganhos relevantes ao nível do tempo e da produtividade. A taxa de absentismo é significativamente inferior (7% vs. 36% no recurso ao médico), traduzindo-se numa redução anual estimada de cerca de 248 milhões de horas de trabalho perdidas, com um impacto económico aproximado de 3.1 mil milhões de euros.

Do ponto de vista do sistema, os médicos de Medicina Geral e Familiar indicam que cerca de 39% das consultas poderiam ser geridas através de autocuidado, correspondendo a um potencial relevante de otimização da utilização de recursos e de melhoria da capacidade de resposta.

Apesar desta base favorável, persistem limitações que condicionam o desenvolvimento pleno do autocuidado em Portugal, nomeadamente lacunas na disponibilidade de soluções sem receita médica, ausência de modelos estruturados de intervenção farmacêutica e níveis ainda insuficientes de literacia em saúde. A decisão pelo autocuidado é sobretudo suportada pela experiência prévia (55%) e pelo aconselhamento em farmácia (33%), enquanto as principais barreiras se prendem com a incerteza sobre como agir e a perceção de ausência de soluções adequadas.

Neste contexto, o reforço do autocuidado exige uma abordagem integrada, assente em duas dimensões prioritárias: o desenvolvimento da literacia em saúde, enquanto fator crítico de capacitação dos cidadãos, e a melhoria do acesso e integração no sistema de saúde, assegurando condições que permitam uma resposta adequada, segura e estruturada às necessidades identificadas. A concretização deste potencial dependerá de uma ação coordenada entre os diferentes intervenientes do sistema, incluindo entidades públicas, profissionais de saúde e indústria farmacêutica, permitindo transformar o autocuidado numa alavanca efetiva de sustentabilidade, eficiência e melhoria dos resultados em saúde.

2. O Papel do Autocuidado no Contexto do Sistema de Saúde em Portugal

Mais anos de vida, mas nem sempre com melhor saúde

A esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar de forma consistente ao longo das últimas décadas. Apesar de uma ligeira redução durante os anos da pandemia Covid-19, esta tendência já foi corrigida, tendo-se registado, em 2024, uma esperança média de vida de 82.7 anos, cerca de um ano acima da média da União Europeia (UE)¹.

No entanto, este ganho em longevidade não se traduz necessariamente em melhor qualidade de vida. O indicador de “anos de vida saudável”, que combina a esperança de vida com a presença de limitações nas atividades do dia-a-dia revela que, em 2022 em Portugal, a expectativa de vida saudável aos 65 anos era de, em média 8.6 anos para os homens e de 7.3 anos para as mulheres, números abaixo das médias da UE (8.9 e 9.2 anos, respetivamente)². Em paralelo, apenas 54% da população com 16 ou mais anos reporta estar em bom ou muito bom estado de saúde, uma das proporções mais baixas da União Europeia².



Os portugueses vivem mais tempo, mas passam mais anos com doença ou limitações, o que coloca uma pressão crescente sobre o sistema de saúde.

Esta realidade insere-se num contexto mais amplo de transformação demográfica e epidemiológica: o envelhecimento populacional, o aumento da carga de doença crónica e os avanços médicos e tecnológicos, que, embora essenciais, estão frequentemente associados a custos mais elevados. Como resultado, os sistemas de saúde enfrentam um desafio crescente: recursos limitados para uma procura cada vez maior.

Financiamento: um peso relevante para as famílias

Em 2023, Portugal registou uma despesa em saúde de 3,001€ *per capita*, cerca de 22% abaixo da média da União Europeia. Ainda assim, a despesa em saúde representa cerca de 10% do PIB

português, em linha com o contexto europeu¹.

Importa destacar a composição deste financiamento.

€ Apenas 62% da despesa em saúde é financiada por fundos públicos, enquanto os pagamentos diretos das famílias (*out-of-pocket*) atingem 29%, sendo esta uma das percentagens mais elevadas da UE¹.

Um sistema sob pressão crescente

Ao mesmo tempo, persistem desafios de acesso. Cerca de 10% da população encontra-se em lista de espera para consultas de especialidade no SNS, o que tem impulsionado o recurso ao setor privado e o aumento da despesa direta das famílias¹.

Os seguros de saúde voluntários cobrem já cerca de 3.7 milhões de pessoas (aproximadamente um terço da população), refletindo a procura por alternativas face à dificuldade de acesso, nomeadamente a falta de médicos de família¹.

No SNS, cerca de 30% dos médicos especialistas pertencem à especialidade de Medicina Geral e Familiar, destacando-se como uma das proporções mais elevadas no

contexto europeu. Ainda assim, cerca de 1.56 milhões de utentes permaneciam sem médico de família atribuído¹. Esta pressão é agravada pelo envelhecimento da força de trabalho em saúde: um terço dos médicos especialistas do SNS e cerca de um quinto dos enfermeiros têm 55 ou mais anos¹.

Paralelamente, Portugal continua a registar uma utilização muito elevada dos serviços de urgência.

Em 2023, Portugal apresentou a taxa mais elevada de utilização dos serviços de urgência da UE: 77 episódios por 100 habitantes, face a uma média europeia de 31¹. Estima-se que uma parte significativa destes episódios corresponda a situações não urgentes, refletindo dificuldades de acesso, mas também desafios ao nível da literacia em saúde e da capacidade de reconhecer situações que efetivamente requerem cuidados diferenciados.

Neste contexto, têm sido implementadas algumas medidas de reorganização, como o reforço do papel da linha SNS24 como porta de entrada preferencial para episódios

não urgentes ou a criação de centros dedicados ao atendimento de situações de menor complexidade¹.

A necessidade de novas respostas: O autocuidado como solução?

Perante este enquadramento, torna-se essencial refletir sobre soluções que contribuam para a sustentabilidade do sistema de saúde, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. É neste contexto que o autocuidado assume um papel crescente e cada vez mais relevante.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o autocuidado corresponde à capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades de promover a sua saúde, prevenir doença, manter o bem-estar e gerir problemas de saúde, com ou sem o apoio de profissionais de saúde³. Trata-se de um conceito abrangente, que inclui desde comportamentos de promoção da saúde, como a alimentação ou a atividade física, até à gestão de sintomas, utilização de medicamentos e monitorização do estado de saúde³.

Esta abordagem tem vindo a ganhar centralidade nas políticas de saúde, sobretudo num contexto em que os sistemas públicos enfrentam desafios estruturais significativos. O envelhecimento populacional, o

aumento da prevalência de doenças crónicas e a pressão crescente sobre os recursos disponíveis tornam evidente a necessidade de modelos mais sustentáveis e participativos^{4,5}.



O autocuidado deixa de ser apenas um conjunto de práticas individuais e passa a assumir-se como uma componente estratégica dos sistemas de saúde, promovendo a autonomia dos cidadãos, reforçando a literacia em saúde e contribuindo para o bem-estar global da população^{4,5}.

Este reconhecimento está também refletido em orientações estratégicas a nível nacional. O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 destaca a importância da promoção da literacia em saúde e da capacitação dos cidadãos para a gestão da sua própria saúde ao longo do ciclo de vida, enquanto o Plano Nacional para a Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 reforça a necessidade de desenvolver ambientes que facilitem a adoção de comportamentos saudáveis, com especial enfoque nas populações mais vulneráveis^{6,7}. Paralelamente, medidas recentes, como a introdução da baixa por doença

autodeclarada até três dias, traduzem um reconhecimento formal da capacidade dos cidadãos para gerir de forma responsável situações de saúde de menor gravidade⁸.

Neste contexto, o autocuidado apresenta um potencial relevante, tanto ao nível individual como ao nível do sistema de saúde.

Do ponto de vista do cidadão, permite uma maior autonomia e envolvimento na gestão da própria saúde, promovendo a capacidade de reconhecer sintomas, adotar comportamentos preventivos e tomar decisões mais informadas. Esta maior capacitação contribui não só para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida, mas também para uma gestão mais eficaz de problemas de saúde comuns, muitas vezes de natureza autolimitada^{4,9}.

Por outro lado, ao nível do sistema de saúde, o autocuidado pode desempenhar um papel importante na otimização da utilização de recursos. A possibilidade de gerir de forma autónoma, ou com o apoio de um farmacêutico, situações de saúde ligeiras pode contribuir para reduzir a pressão sobre os cuidados de saúde primários e os serviços de urgência, permitindo que os recursos disponíveis sejam direcionados para casos de maior complexidade^{4,9}. Adicionalmente,

pode traduzir-se em ganhos de eficiência, através da redução de tempos de espera, da diminuição de deslocações desnecessárias e da mitigação de custos associados, tanto para o sistema como para os próprios cidadãos^{4,9}.



Importa, no entanto, salientar que o autocuidado não se

posiciona como uma alternativa indiscriminada aos cuidados médicos, mas sim como parte de um modelo mais eficiente de utilização dos recursos de saúde.

O objetivo não é substituir o acompanhamento médico quando necessário, mas garantir que cada situação é tratada no nível de cuidado mais adequado, promovendo o acesso aos cuidados médicos nos casos que o exigem e incentivando a gestão autónoma nos casos em que tal é seguro e apropriado.

O mercado de Consumer Healthcare nas farmácias


O segmento de Consumer Healthcare, que inclui medicamentos não sujeitos a receita médica e outros produtos de saúde

utilizados em autocuidado, representa cerca de 25% do mercado farmacêutico ambulatório em valor no canal farmácia (Fig. 1).

A evolução recente deste segmento evidencia uma dinâmica de crescimento relevante. Entre 2020 e 2024, o Consumer Healthcare registou um crescimento de cerca de 31% em valor, contrastando com um crescimento mais moderado em volume (cerca de 5%), o que sugere uma dinâmica predominantemente impulsionada por fatores de preço. A análise da composição deste crescimento evidencia que este tem sido sustentado sobretudo por categorias diretamente associadas à gestão de problemas de saúde ligeiros, destacando-se as classes com maior contributo para o crescimento, como analgésicos para adultos, produtos para tosse

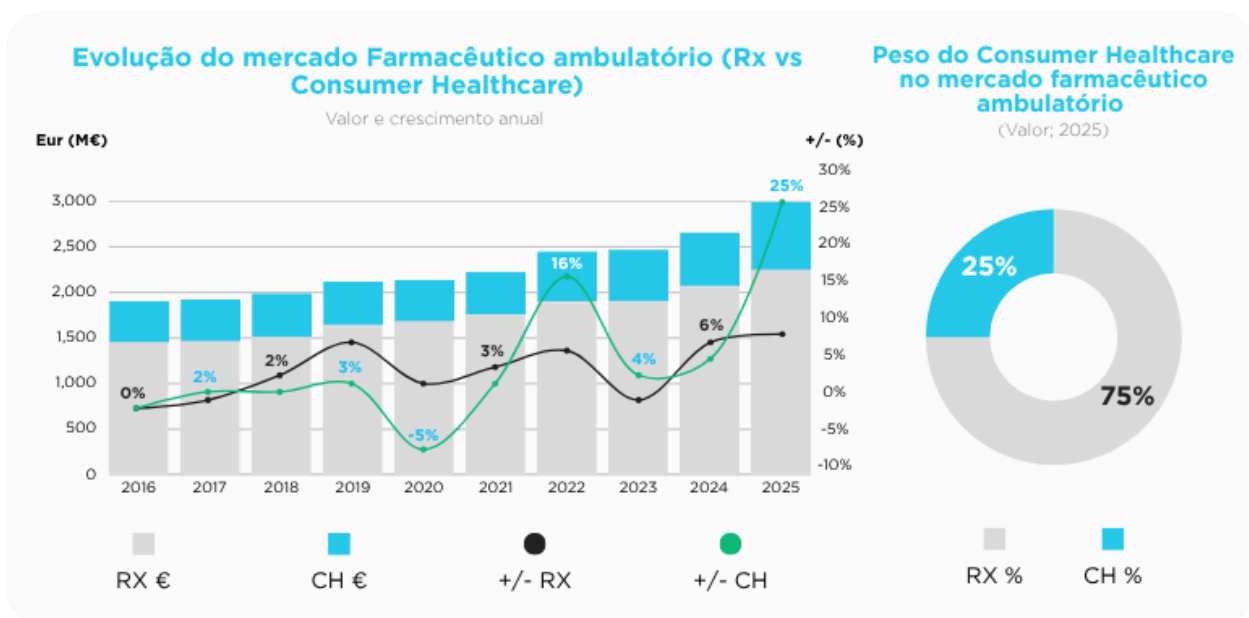
produtiva, soluções para dores de garganta, anti-varicosos e antialérgicos respiratórios.

Nos últimos três anos, o segmento de Consumer Healthcare tem apresentado um crescimento superior ao dos medicamentos sujeitos a receita médica no canal farmácia. Ainda assim, este dinamismo não se tem traduzido num reforço significativo do seu peso relativo no mercado total, que se tem mantido globalmente estável ao longo do tempo.



Em termos agregados, estes resultados traduzem-se no facto de, por cada 4 euros gastos em farmácia, cerca de 1 euro corresponder a produtos de Consumer Healthcare.

Figura 1



Fonte: IQVIA (dados de vendas sell-in em farmácia, Portugal, 2016-2025), análise 2Logical

O Potencial por explorar

O cumprimento deste potencial depende, no entanto, de um conjunto de condições estruturais, nomeadamente níveis adequados de literacia em saúde, acesso à informação fiável e o papel de profissionais de saúde, como os farmacêuticos, no apoio à decisão dos cidadãos⁴.

Apesar deste potencial amplamente reconhecido, a sua concretização depende da capacidade de o traduzir em evidência concreta e mensurável. Em muitos casos, os benefícios do autocuidado permanecem associados a perceções ou estimativas, carecendo de uma quantificação robusta que permita apoiar decisões estratégicas e políticas de saúde.

É precisamente neste ponto que se enquadra o presente estudo.



O objetivo deste relatório é caracterizar o papel do autocuidado em Portugal, analisando de que forma os cidadãos gerem problemas de saúde ligeiros, que opções adotam perante essas situações, quais as suas motivações e barreiras, e qual o impacto associado em termos de custos e tempo.

Para dar resposta a este objetivo, foi desenvolvida uma abordagem integrada, que combinou diferentes fontes de informação. Esta incluiu um estudo quantitativo à população adulta portuguesa, com recolha de dados no primeiro trimestre de 2026, complementado por inquéritos a médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) e farmacêuticos comunitários realizados no mesmo período, bem como análise de dados de mercado, benchmarking com estudos internacionais e entrevistas em profundidade a entidades relevantes do setor da saúde, permitindo construir uma visão abrangente e consistente sobre o papel do autocuidado no sistema (para maior detalhe, ver capítulo sobre metodologia).

Para garantir uma leitura clara e uma interpretação consistente dos resultados, importa, no entanto, explicitar dois conceitos centrais que enquadram toda a análise desenvolvida neste relatório.

Em primeiro lugar, embora o conceito de autocuidado seja frequentemente utilizado num sentido amplo, como definido pela OMS, essa abrangência dificulta a sua análise quantitativa. Neste contexto, o presente estudo adota uma definição mais operacional e mensurável, alinhada com o enquadramento utilizado no estudo europeu “*Self-Care in Europe*”⁴.



Considera-se autocuidado a resposta a um

problema de saúde através da utilização de medicamentos e outros produtos de saúde disponíveis sem receita médica, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC), suplementos alimentares e dispositivos médicos, por iniciativa própria ou com o aconselhamento de um farmacêutico⁴.

Esta delimitação permite focar a análise em comportamentos concretos e observáveis, viabilizando a sua quantificação em termos de utilização, custos e impacto no sistema de saúde.

Em segundo lugar, **o estudo centra-se em problemas de saúde ligeiros, entendidos como condições comuns, de curta duração e geralmente autolimitadas, que não exigem diagnóstico médico nem intervenção clínica intensiva.** Tratam-se de situações que, na maioria dos casos, podem ser geridas de forma segura e eficaz através de soluções de autocuidado⁴.

Ao clarificar estes conceitos, estabelece-se o enquadramento necessário para interpretar os resultados apresentados ao longo do relatório e para compreender, de forma consistente, o papel do autocuidado no contexto do sistema de saúde em Portugal.

3.1. O retrato dos problemas de saúde ligeiros em Portugal

Compreender o papel do autocuidado em Portugal começa, naturalmente, por caracterizar os problemas de saúde ligeiros que afetam a população. Para tal, foi solicitado aos cidadãos que identificassem, a partir de uma lista estruturada, quais as situações de saúde que tinham experienciado ao longo dos últimos 12 meses.

Importa referir que esta lista não resulta de uma seleção arbitrária. Foi construída com base no cruzamento de múltiplas fontes de evidência, incluindo literatura internacional, estudos de autocuidado, dados de prevalência e enquadramentos nacionais, nomeadamente o projeto piloto de intervenções terapêuticas em situações clínicas ligeiras nas farmácias comunitárias¹⁰. Desta forma, procurou-se garantir que as condições incluídas refletem, de forma robusta, os problemas de saúde ligeiros mais relevantes no contexto português.

Os resultados evidenciam que estas situações são uma realidade transversal à população. No total, 92% dos inquiridos reportaram ter experienciado pelo menos um dos 24 problemas de saúde ligeiros considerados neste estudo, um valor

alinhado com evidência internacional, nomeadamente com o estudo conduzido no Reino Unido, onde 96% dos respondentes reportam igualmente pelo menos um episódio¹¹.

Entre as condições mais prevalentes destacam-se a constipação, gripe ou tosse, reportada por cerca de metade dos inquiridos, seguida de dor de cabeça ou enxaqueca e de dores musculares ou articulares. Ainda entre os problemas mais comuns surgem a dificuldade temporária em dormir ou stress ligeiro e a irritação ou dor de garganta. Por oposição, os problemas menos reportados incluem situações como infeção urinária, queimaduras ligeiras, candidíase vaginal, infeções oculares ou disfunção erétil, que, embora presentes, afetam uma menor proporção da população (Fig. 2).

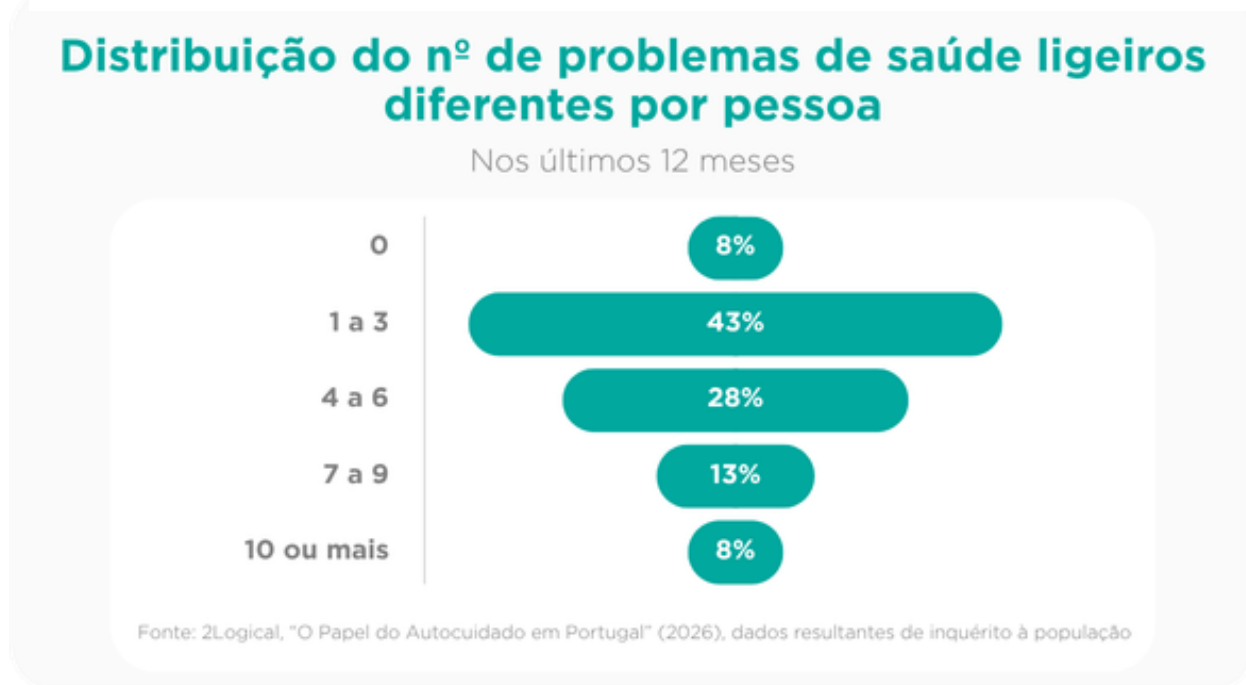
Prevalência dos problemas de saúde ligeiros em Portugal

Percentagem de respondentes que reportaram cada condição nos últimos 12 meses



Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população

Figura 3



Para além da prevalência, os dados permitem também analisar a dispersão destes problemas entre indivíduos.

Em média, cada português experienciou **4.2** problemas de saúde ligeiros distintos ao longo dos últimos 12 meses.

A maior fatia da população (43%) reporta entre um e três problemas, mas observa-se também uma proporção relevante com maior diversidade de condições, incluindo 8% dos inquiridos que referem ter experienciado dez ou mais

problemas distintos (Fig. 3). Este padrão evidencia não só a elevada presença destas situações na população, mas também a sua recorrência e acumulação ao longo do tempo.

Observam-se igualmente diferenças relevantes entre géneros. As mulheres reportam, em média, um maior número de problemas de saúde ligeiros do que os homens (4.9 vs. 3.5). Esta diferença poderá refletir múltiplos fatores, desde uma maior prevalência de determinadas condições até níveis mais elevados de perceção, monitorização e reporte da saúde. Adicionalmente, algumas das situações incluídas, como as dores menstruais, por exemplo, são específicas na

população feminina, contribuindo para este diferencial. Ainda assim, o padrão sugere uma maior proximidade das mulheres à gestão ativa da sua saúde, o que poderá ter implicações relevantes na adoção de comportamentos de autocuidado.

Para além da identificação das condições mais frequentes, foi também analisada a sua recorrência ao longo do tempo, através do número médio de episódios na população, permitindo avaliar não apenas o que é mais comum, mas também o que representa maior

impacto no dia-a-dia dos portugueses.


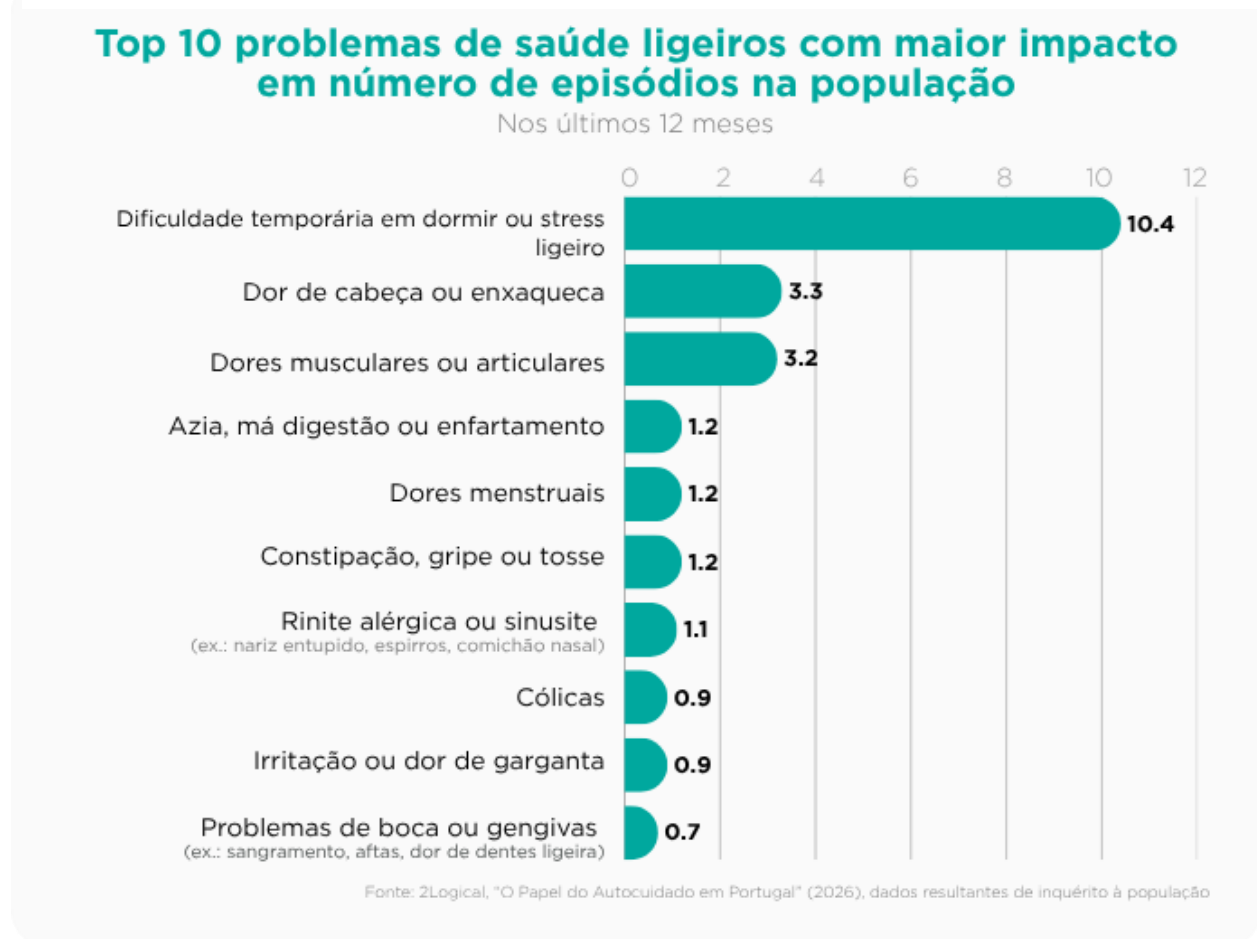
 Neste contexto, a dificuldade temporária em dormir ou o stress ligeiro destaca-se de forma particularmente expressiva, com um número médio de episódios significativamente superior às restantes condições, situando-se em cerca de 10 episódios por pessoa num ano (Fig.4).

Figura 4



Este resultado merece especial atenção. Apesar de se tratar, à partida, de uma situação enquadrada no universo dos problemas de saúde ligeiros, tipicamente de natureza autolimitada, a sua elevada recorrência sugere que poderá corresponder a uma condição mais persistente na população.

Seguem-se, com menor intensidade, as dores de cabeça ou enxaquecas e as dores musculares ou articulares, que, sendo também altamente prevalentes, contribuem de forma relevante para a carga global de doença ligeira na população.



A sua presença simultânea entre os problemas mais prevalentes e com maior carga de episódios indica que, mais do que episódios pontuais, poderão existir padrões recorrentes ou mesmo situações com tendência para se tornarem crónicas, refletindo níveis elevados de stress, perturbações do sono ou outros fatores associados ao estilo de vida.

3.2. Primeira resposta ao problema: padrões de decisão dos cidadãos

Após caracterizar os problemas de saúde ligeiros experienciados pela população portuguesa ao longo dos últimos 12 meses, torna-se fundamental compreender de que forma estes são geridos na prática, nomeadamente qual a primeira abordagem adotada pelos cidadãos perante estas situações.

Esta análise assume particular relevância no contexto do presente estudo, ao permitir avaliar, de forma concreta, o papel do autocuidado em Portugal. Para cada problema de saúde identificado, foi solicitado aos respondentes que indicassem qual a primeira ação tomada: recorrer a um médico, optar por soluções de autocuidado ou, em alternativa, não intervir e deixar a situação evoluir naturalmente.



Em 55% das situações, os portugueses optaram por resolver o problema através de autocuidado como primeira abordagem, enquanto 26% recorreram ao médico e 19% indicaram não ter adotado qualquer ação (Fig 6).

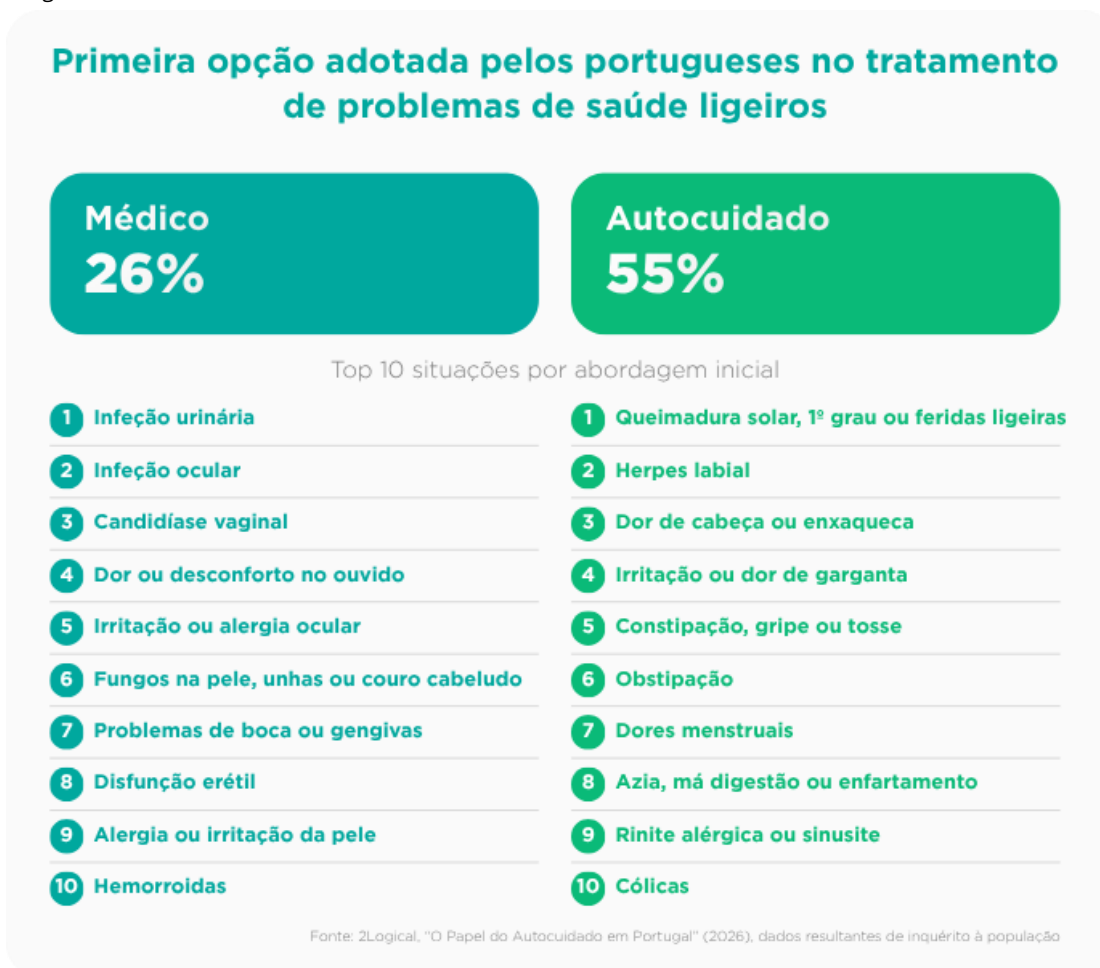
Os resultados evidenciam que o autocuidado assume um papel central na gestão destes problemas.

Estes resultados ganham particular relevância quando enquadrados com evidência internacional. No Reino Unido, o estudo *Self-Care Census* de 2025 indica que 84% dos inquiridos considerariam recorrer ao autocuidado para tratar problemas de saúde ligeiros¹². Importa, no entanto, sublinhar a diferença metodológica: enquanto este valor reflete uma intenção declarada, o presente estudo capta comportamentos efetivos perante situações concretas. Por outro lado, um estudo francês que analisou o impacto socioeconómico da utilização de produtos de saúde de autocuidado indica que cerca de 23% dos problemas de saúde são tratados através de autocuidado, evidenciando a variabilidade existente entre contextos e metodologias¹³.

Para além da análise agregada, é igualmente relevante compreender como esta decisão varia em função do tipo de problema de saúde. Observa-se que existem condições que tendencialmente levam a um maior recurso ao médico, nomeadamente infeções urinárias, infeções oculares ou candidíase vaginal. Estas situações, de natureza potencialmente infecciosa e que podem levantar dúvidas quanto ao diagnóstico ou tratamento adequado, parecem induzir uma maior procura de avaliação clínica (Fig. 5 e 6)

Por outro lado, problemas como queimaduras solares ligeiras, herpes labial, dores de cabeça, irritação da garganta, constipação ou sintomas digestivos são maioritariamente geridos através de autocuidado. Trata-se, em geral, de condições mais reconhecíveis pelos próprios indivíduos e para as quais existe uma maior familiaridade com opções de tratamento disponíveis sem receita médica (Fig. 5 e 6)

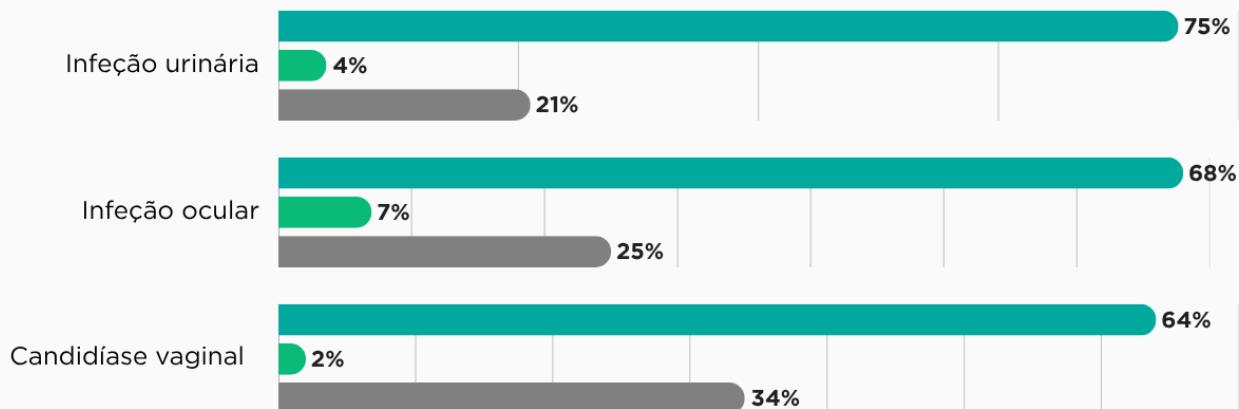
Figura 5



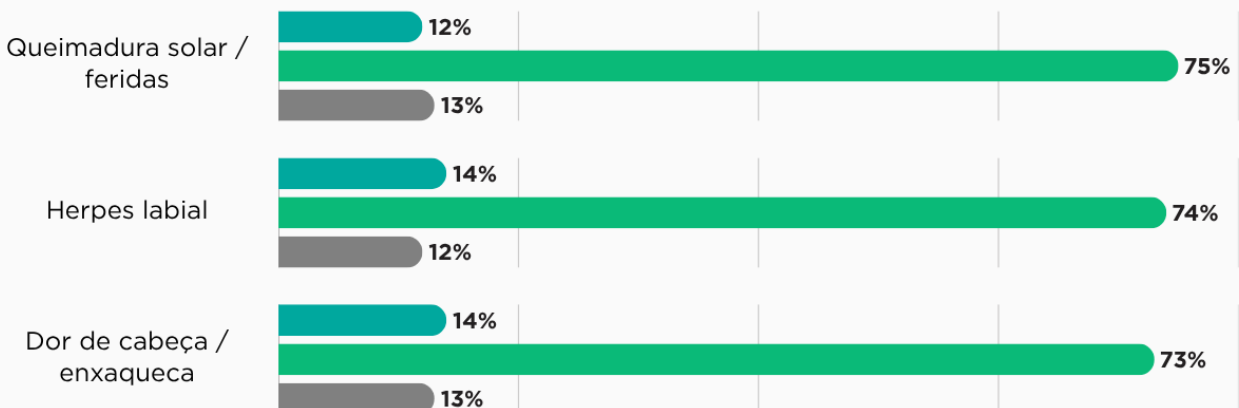
Primeira opção adotada pelos portugueses no tratamento de problemas de saúde ligeiros:



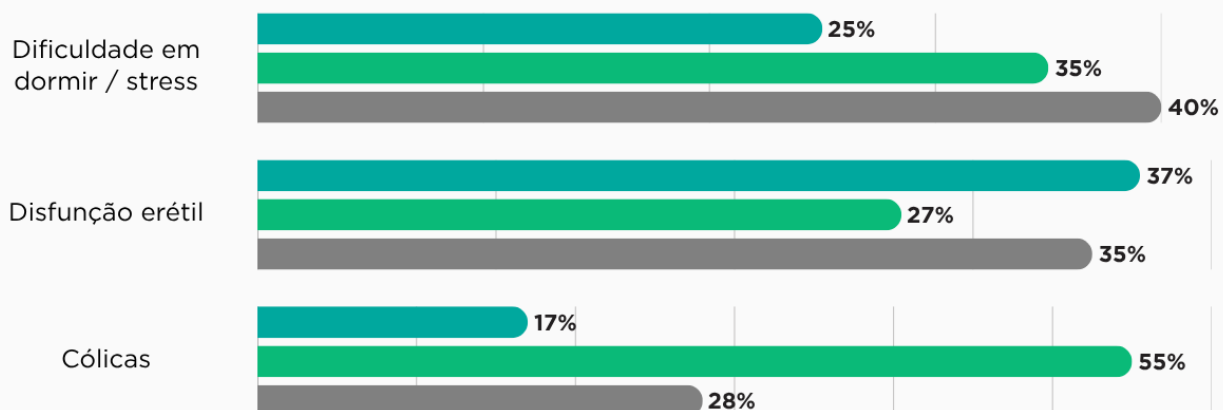
Preferência pelo médico (Top 3)



Preferência pelo autocuidado (Top 3)



Preferência por não tratar (Top 3)



Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população

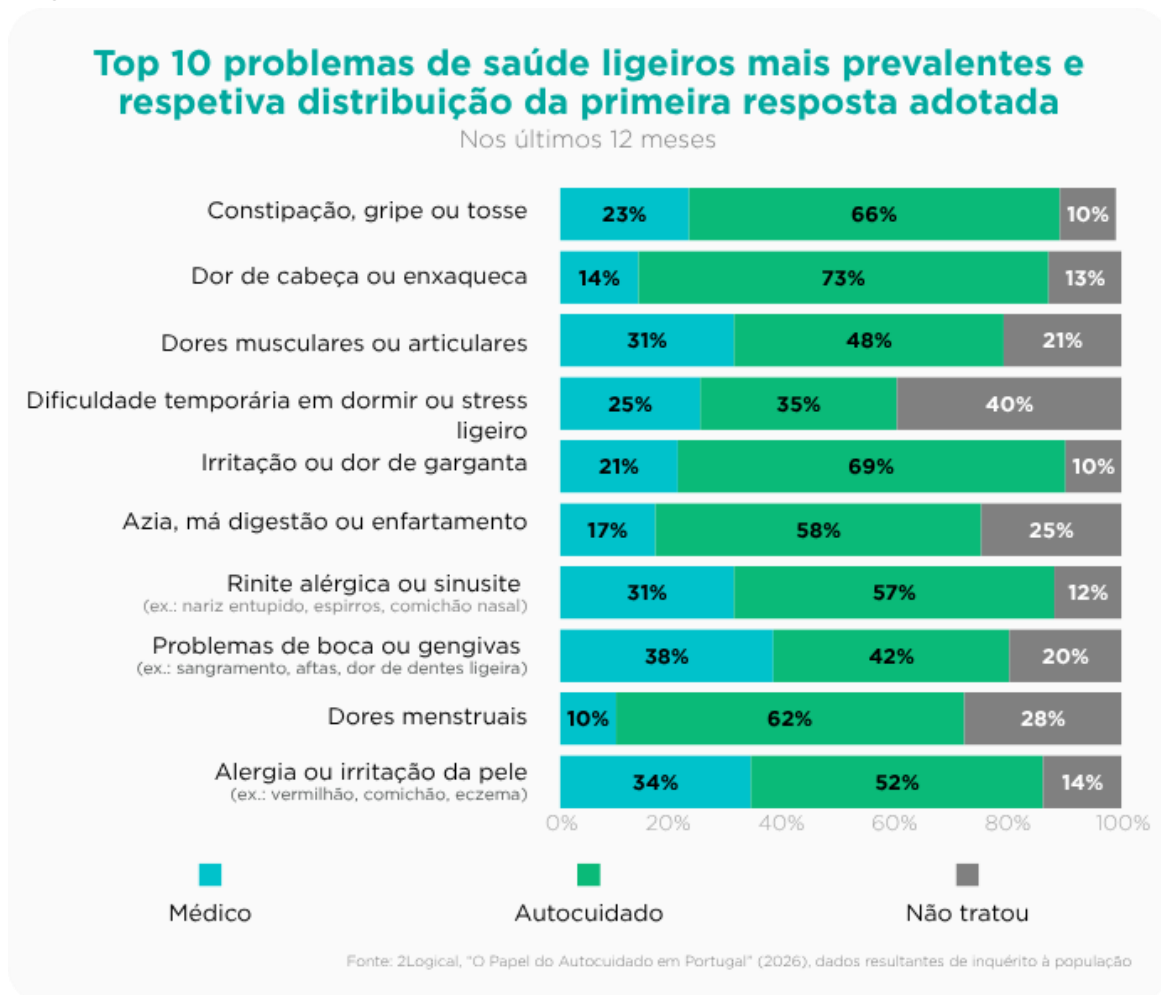


No entanto, destaca-se novamente a dificuldade temporária em dormir ou o stress ligeiro, que apresenta um padrão distinto. Apesar de ser uma das condições mais prevalentes e com maior impacto em número de episódios, cerca de 40% dos indivíduos indicam não ter adotado qualquer ação (Fig.7).

Ao cruzar esta análise com os problemas de saúde mais prevalentes na população, observa-se que, de forma geral, o autocuidado assume um papel predominante na sua gestão inicial (Fig.6).

Este resultado sugere que, embora amplamente presente e com impacto relevante no dia-a-dia, este tipo de problema tende a ser desvalorizado ou normalizado pelos indivíduos, sendo frequentemente gerido de forma passiva.

Figura 7



Esta aparente dissociação entre prevalência, impacto e ação poderá refletir uma menor perceção da necessidade de intervenção, dificuldades na identificação de soluções eficazes ou até barreiras associadas à própria natureza do problema, frequentemente relacionado com fatores comportamentais e de estilo de vida.

No seguimento da análise da primeira abordagem adotada pelos portugueses, procurou-se compreender se existiriam diferenças claras entre o perfil dos indivíduos que recorrem ao médico e aqueles que optam pelo autocuidado. Em concreto, pretendeu-se avaliar se determinadas características poderiam estar associadas a uma maior propensão para a adoção do autocuidado. No entanto, a análise dos dados não evidencia diferenças demográficas significativas entre os dois grupos. Variáveis como género, região ou mesmo classe social apresentam distribuições muito semelhantes, não permitindo identificar um perfil típico do indivíduo que recorre ao

autocuidado em oposição ao que opta pelo médico.



Este resultado sugere que a decisão de

recorrer ao autocuidado não é explicada por fatores sociodemográficos tradicionais, evidenciando que o autocuidado não apresenta um perfil sociodemográfico típico em Portugal, sendo antes influenciado por elementos de natureza comportamental e experiencial.

Este enquadramento evidencia a necessidade de ir além das características demográficas e aprofundar os fatores que efetivamente moldam a decisão dos cidadãos, nomeadamente os drivers e barreiras à adoção do autocuidado.

3.3. Entre autonomia e incerteza: fatores que moldam o recurso ao autocuidado

Após analisar de que forma os portugueses gerem os problemas de saúde ligeiros que experienciam, torna-se fundamental compreender o que está na base dessas decisões. Mais do que identificar a opção adotada, importa perceber os fatores que levam os cidadãos a seguir cada um destes caminhos.

Neste contexto, a análise dos drivers e barreiras do autocuidado permite aprofundar a compreensão do seu papel no sistema de saúde, identificando não só os fatores que o promovem, mas também os obstáculos que limitam a sua adoção.

Analisando mais detalhadamente os indivíduos que optaram por recorrer ao médico, procurou-se perceber se o autocuidado chegou a ser considerado como alternativa. Os resultados mostram que, em 55% dos casos, essa hipótese foi efetivamente ponderada, evidenciando a existência de um potencial relevante de adoção que não se concretizou (Fig. 8).

Este dado é particularmente relevante, uma vez que evidencia a existência de um segmento significativo de indivíduos que não rejeita o autocuidado à partida, mas

que, perante determinadas barreiras, acaba por não avançar com essa opção. Trata-se, assim, de um grupo com elevado potencial de evolução, na medida em que pequenas mudanças ao nível da informação disponível, confiança ou acesso a soluções adequadas poderão influenciar a decisão final.

Quando questionados sobre os motivos para não avançar com o autocuidado, os principais fatores apontados relacionam-se com a incerteza e a perceção de limitação na capacidade de resposta fora do contexto médico.



Cerca de 43% dos inquiridos referem ter tido dúvidas sobre como gerir a situação e não acreditar que o farmacêutico pudesse ajudar, enquanto 34% indicam a ausência de soluções adequadas disponíveis sem receita médica (Fig. 8). O custo surge como um fator menos relevante, sendo referido por apenas 15% dos respondentes (Fig. 8).

Por outro lado, 44% dos indivíduos que recorreram ao médico indicam não ter considerado sequer o autocuidado como opção (Fig. 8). Neste grupo, predominam razões associadas à preferência por avaliação médica e à percepção de falta de conhecimento ou segurança para gerir o problema de forma autónoma. Em conjunto, estes resultados evidenciam duas dimensões críticas que condicionam a adoção do autocuidado: por um lado, fatores relacionados com literacia e confiança; por outro, fatores associados à percepção de acesso e adequação das soluções disponíveis.



Analisando agora os indivíduos que optaram pelo autocuidado, observa-se que esta decisão é, em grande medida, suportada por experiência prévia e familiaridade com a situação. Mais de metade dos inquiridos (55%) indica já saber como gerir o problema, enquanto 33% refere ter recorrido ao aconselhamento em farmácia (Fig. 9).

A procura de informação através de canais informais ou digitais assume um peso residual, com apenas 8% a recorrer à internet e 3% a familiares ou amigos (Fig. 9).

Este padrão reflete-se também nas motivações associadas ao autocuidado. A experiência prévia surge como o principal fator impulsionador (57%), seguida da conveniência, nomeadamente rapidez e facilidade de acesso, referida por 30% dos respondentes (Fig. 9). A confiança no farmacêutico, enquanto fator motivador, embora presente, apresenta um peso relativamente mais reduzido (8%) (Fig. 9).

Figura 8

O autocuidado foi considerado antes de recorrer ao médico?



Principais motivos para não ter recorrido ao autocuidado

Tive dúvidas sobre como tratar e o farmacêutico não me conseguiu ajudar.

43%

Prefiro que um médico avalie sempre a gravidade do problema

49%

Não encontrei produtos adequados disponíveis sem receita médica

34%

Sinto que não tenho conhecimento suficiente para tratar sozinho/a

38%

O custo dos produtos necessários era elevado

15%

Não confio nos produtos disponíveis sem receita médica

9%

Outro

8%

Outro

3%

Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população

Figura 9

Como foi tomada a decisão de recorrer ao autocuidado?

Já sabia como gerir a situação

55%

Motivações para optar pelo autocuidado

Já tinha experiência anterior com este problema

57%

Procurei aconselhamento numa farmácia

33%

Era a forma mais rápida e prática

33%

Procurei informação na internet

8%

Tenho confiança no farmacêutico

8%

Perguntei a um amigo ou familiar

3%

Evitar custos ou tempo de espera numa consulta médica

4%

Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população



Os indivíduos que indicaram ter recorrido ao autocuidado como primeira opção para tratar os seus problemas de saúde ligeiros revelam, de forma geral, um elevado grau de confiança na sua capacidade de gerir estas situações de forma autónoma. Numa escala de 1 a 7 — em que 1 corresponde a “nada confiante” e 7 a “totalmente confiante” — o nível médio de confiança situa-se em 5.95, evidenciando uma perceção positiva da capacidade de “tratar sozinho”.

Esta leitura é reforçada pela distribuição dos resultados: cerca de 70% dos inquiridos apresentam níveis elevados de confiança (valores superiores a 5), enquanto apenas uma pequena fração reporta níveis reduzidos (Fig. 10). Quando analisada por tipo de problema de saúde, esta tendência mantém-se consistente, não se verificando nenhuma condição com níveis médios de confiança abaixo de 5, com valores a variar entre 5.29 e 6.47.

Adicionalmente, foi avaliado o impacto do apoio do farmacêutico na confiança dos indivíduos. De

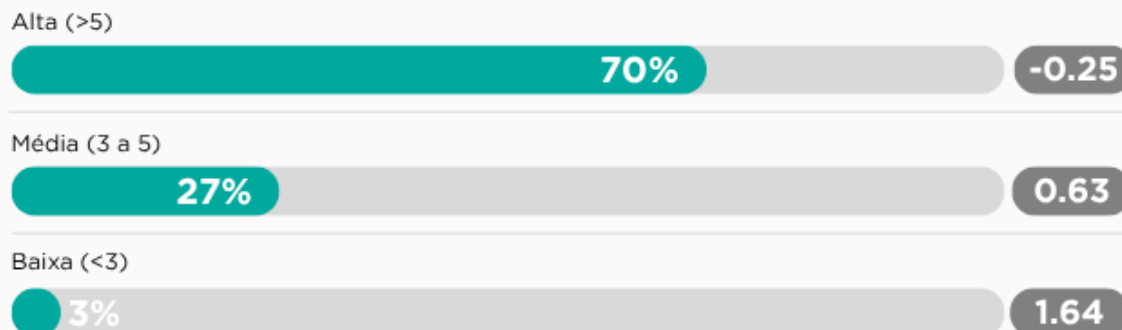
forma global, a inclusão deste apoio traduz-se num aumento marginal da confiança (de 5.95 para 5.99), sugerindo que, para a maioria dos indivíduos, a decisão de recorrer ao autocuidado já é suportada por um nível de confiança previamente elevado. No entanto, ao segmentar os resultados, observa-se um efeito distinto nos indivíduos com níveis iniciais de confiança mais reduzidos. Neste grupo (com valores inferiores a 3), o apoio do farmacêutico conduz a um aumento significativo da confiança, com um incremento médio de 1.64 pontos (Fig. 10). Este resultado evidencia o papel potencialmente crítico do farmacêutico enquanto facilitador do autocuidado em contextos de maior incerteza.



Neste sentido, a confiança surge como um elemento que tende a ser construído ao longo do tempo, estando fortemente associada à experiência prévia e à familiaridade com o problema. A primeira abordagem a uma determinada situação poderá, assim, assumir um papel determinante, funcionando como ponto de partida para a construção de autonomia em episódios futuros.

Figura 10

Distribuição da confiança em tratar sozinho e incremento com apoio do farmacêutico



Nota: As barras representam a distribuição dos indivíduos por nível de confiança em tratar sozinho (escala 1-7). Os valores à direita indicam o incremento de confiança quando há apoio do farmacêutico, sendo este sobretudo relevante nos indivíduos com menor confiança inicial e residual nos restantes.

Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população

Esta dinâmica reflete-se nos padrões de decisão observados: enquanto o autocuidado tende a ser adotado por indivíduos com maior confiança e familiaridade na gestão de determinados problemas, o recurso

ao médico surge mais frequentemente associado à incerteza, à perceção de complexidade ou à falta de conhecimento.



Importa, no entanto, complementar esta análise com a perspetiva dos profissionais de saúde, permitindo compreender como estes interpretam os comportamentos dos utentes. De acordo com os médicos de medicina geral e familiar, o principal fator que limita o recurso ao autocuidado prende-se com o desconhecimento e a insegurança dos cidadãos em tratar os seus problemas de forma autónoma — uma perceção que está alinhada com os resultados reportados pelos próprios utentes.

Já os farmacêuticos destacam o custo dos produtos como uma das principais barreiras ao autocuidado. Esta perceção contrasta, no entanto, com a visão dos utentes, para os quais o custo surge como um fator menos determinante. Esta divergência sugere a existência de diferentes leituras sobre os obstáculos ao autocuidado, evidenciando a importância de considerar múltiplas perspetivas na análise deste fenómeno.

3.4. Prontidão do sistema para o autocuidado: oportunidades e limitações

A literacia em saúde assume um papel central na decisão entre recorrer ao médico ou optar pelo autocuidado perante problemas de saúde ligeiros. No entanto, esta dimensão, sendo determinante ao nível individual, não esgota a explicação do fenómeno. A adoção do autocuidado é também influenciada por fatores estruturais do sistema de saúde, que condicionam a sua viabilidade na prática.

Neste contexto, importa compreender até que ponto o próprio sistema está preparado para responder a esta dinâmica, ou seja, qual o nível de “*readiness*” para o autocuidado.

Do lado dos cidadãos, a perceção de ausência de soluções adequadas disponíveis sem receita médica surge como um dos fatores relevantes que limitam o recurso ao autocuidado. Quando analisado de forma mais detalhada, verifica-se que esta perceção é particularmente expressiva em determinadas situações clínicas, destacando-se a infeção urinária, identificada por 51% dos inquiridos como um contexto onde a oferta disponível é percecionada como insuficiente.

O posicionamento de Portugal no contexto europeu

Importa, no entanto, enquadrar esta perceção à luz da disponibilidade efetiva de soluções no contexto europeu. Com base na base de dados da AESGP (*Association of the European Self-Care Industry*), que agrega informação sobre a disponibilidade de medicamentos OTC em 30 países europeus, para este estudo foi realizada uma análise comparativa das DCIs classificadas como não sujeitas a receita médica.

Os resultados evidenciam que Portugal apresenta um posicionamento globalmente favorável neste contexto.



No total, foram identificadas 101 DCIs com estatuto OTC em Portugal, considerando diferentes formas farmacêuticas e dosagens, um valor acima da média dos países europeus analisados (74 DCIs) e apenas ultrapassado pelo Reino Unido.

Este posicionamento sugere a existência de uma base alargada de soluções disponíveis para autocuidado. Ainda assim, a análise

evidencia também a existência de oportunidades de evolução.



Foram identificadas 51 DCIs que, embora classificadas como OTC em pelo menos um país europeu, mantêm estatuto de medicamento sujeito a receita médica em Portugal. Este desalinhamento é particularmente relevante em determinados casos, como o aciclovir na forma oral, que apresenta estatuto OTC em 29 países, mas permanece sujeito a receita em Portugal.

Estes resultados evidenciam que, apesar de um posicionamento globalmente favorável, persistem áreas específicas onde o enquadramento atual poderá não refletir integralmente as práticas observadas noutros contextos europeus.

No entanto, a disponibilidade de um conjunto alargado de DCIs OTC, embora relevante, não é, por si só, determinante da sua adoção na prática. A forma como estas soluções são utilizadas, reconhecidas e integradas no percurso de decisão dos cidadãos depende de um conjunto mais amplo de fatores, incluindo aspetos de literacia, confiança e enquadramento do sistema.

Adicionalmente, podem existir necessidades específicas, sentidas tanto pelos cidadãos como pelos profissionais de saúde, que não estão atualmente a ser plenamente cobertas por soluções disponíveis sem receita médica.

O papel dos profissionais de saúde na prática do autocuidado

A perspetiva dos profissionais de saúde contribui para reforçar esta leitura. Os farmacêuticos comunitários revelam um elevado grau de confiança no aconselhamento em autocuidado, com uma média de 6.02 numa escala de 1 a 7, onde 1 corresponde a “nada confiante” e 7 a “totalmente confiante”, refletindo o papel ativo que desempenham na gestão destas situações. Este papel traduz-se também na prática diária, com 44% a indicar que o aconselhamento em situações de autocuidado representa entre 26% e 50% do total de atendimentos realizados.



Ainda assim, quando questionados sobre os fatores que mais condicionam o seu aconselhamento, os farmacêuticos comunitários identificam dois elementos principais: o historial clínico do utente e a limitação de opções disponíveis sem necessidade de receita médica.

Este último fator está alinhado com a percepção reportada pelos cidadãos, sugerindo uma convergência entre a experiência do utente e a prática do farmacêutico.

Quando analisada de forma mais específica por tipo de situação clínica, destacam-se alguns contextos onde a oferta sem receita é mais frequentemente nomeadamente dor de ouvido, infeção urinária, disfunção erétil, infeção ocular e náuseas/vómitos (Fig. 11). Nestes casos, observa-se também uma maior tendência para encaminhamento para avaliação médica, refletindo a necessidade de garantir uma resposta clínica adequada face às limitações existentes.

Do lado dos médicos de medicina geral e familiar, os resultados evidenciam igualmente uma visão equilibrada sobre o papel do autocuidado.


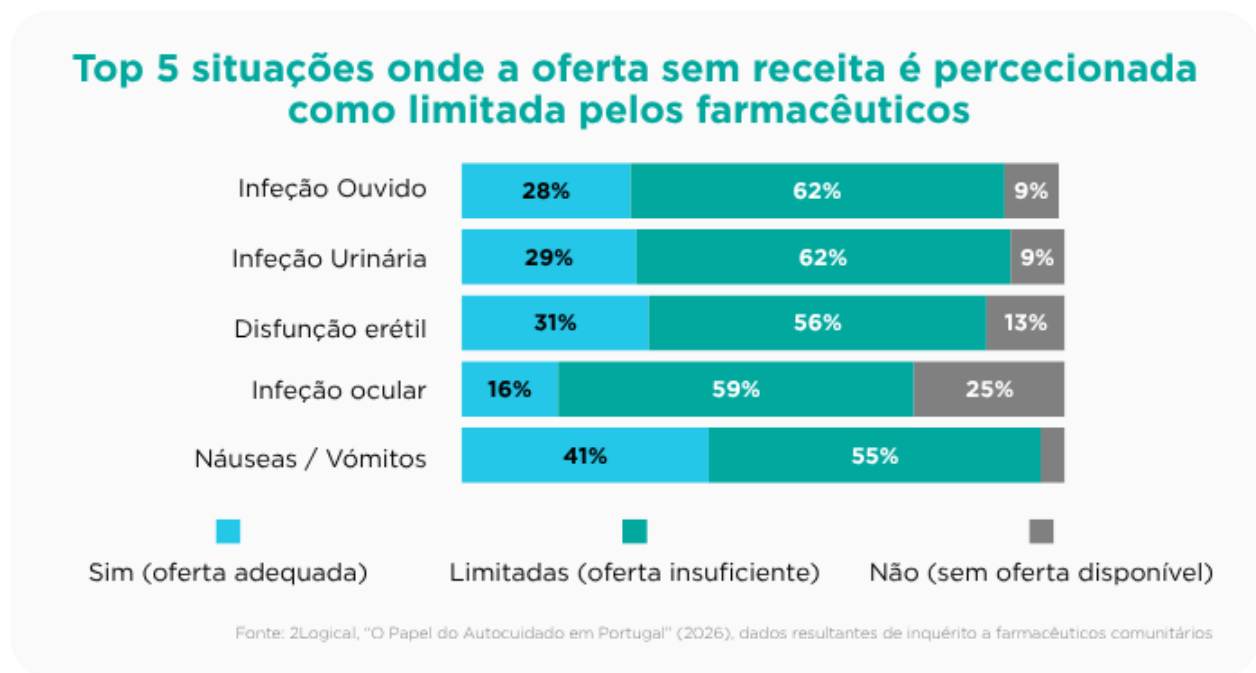
 Em média, os MGF estimam que cerca de 3.9 consultas poderiam ser potencialmente resolvidas através de autocuidado. No entanto, em paralelo, 44% consideram que a abordagem mais adequada para estas situações passa pela avaliação médica.

Figura 11



Esta aparente dualidade reflete, em grande medida, a necessidade de ponderação clínica associada a determinados casos, nomeadamente o risco de complicações ou a presença de historial clínico mais complexo. Mais do que uma oposição ao autocuidado, estes resultados evidenciam a importância de garantir que a sua aplicação ocorre em contextos adequados e com segurança.

Em conjunto, estes resultados sugerem que, embora exista uma base favorável ao desenvolvimento do autocuidado, persistem limitações ao nível da disponibilidade de soluções e do

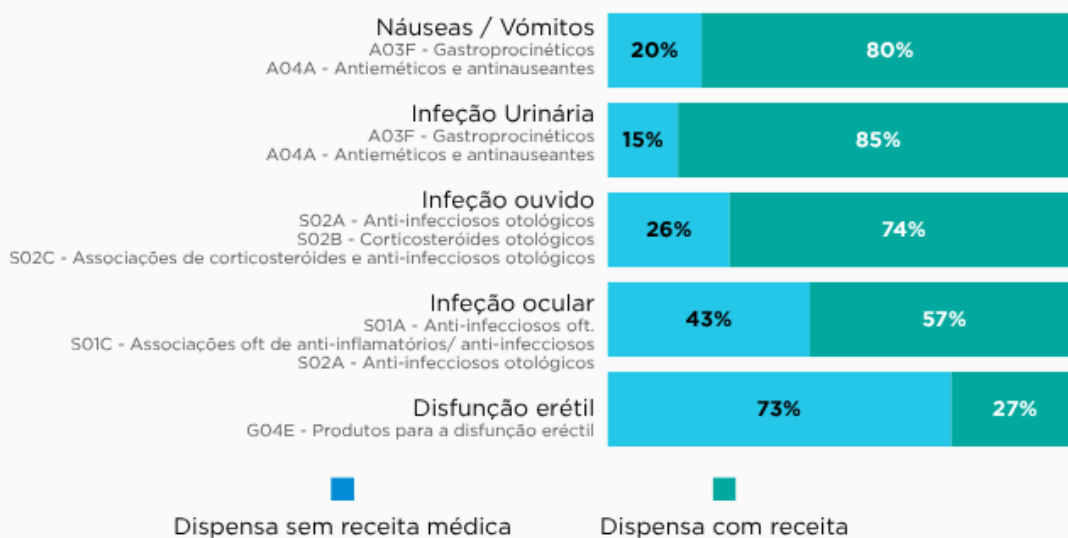
enquadramento clínico que condicionam a sua adoção plena.

Um sistema que se adapta na prática

Para além da perceção de limitação no acesso a soluções adequadas, a análise dos padrões de dispensa revela uma dinâmica adicional relevante. Em várias das áreas onde são reportadas limitações, observa-se que uma parte significativa dos medicamentos sujeitos a receita médica está, na prática, a ser dispensada sem apresentação de receita (Fig. 12).

Figura 12

Distribuição da dispensa com e sem receita



Nota: Dados de vendas em unidades referentes ao ano completo de 2025. Foram consideradas apenas DCIs pertencentes às classes ATC3 selecionadas, com indicação para os problemas de saúde em análise e classificadas como medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM).

Fonte: HMR (dados de vendas sell-out em farmácia, unidades, Portugal, 2025), análise 2Logical

Esta tendência sugere a existência de uma necessidade não plenamente acomodada pelo enquadramento atual, refletindo uma adaptação informal do sistema à procura existente. Ou seja, perante a ausência de soluções acessíveis e enquadradas para determinadas situações clínicas ligeiras, a resposta acaba por ocorrer fora dos mecanismos formais definidos.

Esta dinâmica é particularmente evidente em áreas específicas (Fig. 12). No caso da infeção ocular, por exemplo, os principais produtos em volume de vendas — apesar de sujeitos a receita médica — apresentam uma proporção relevante de dispensa sem receita, evidenciando que, mesmo em categorias formalmente

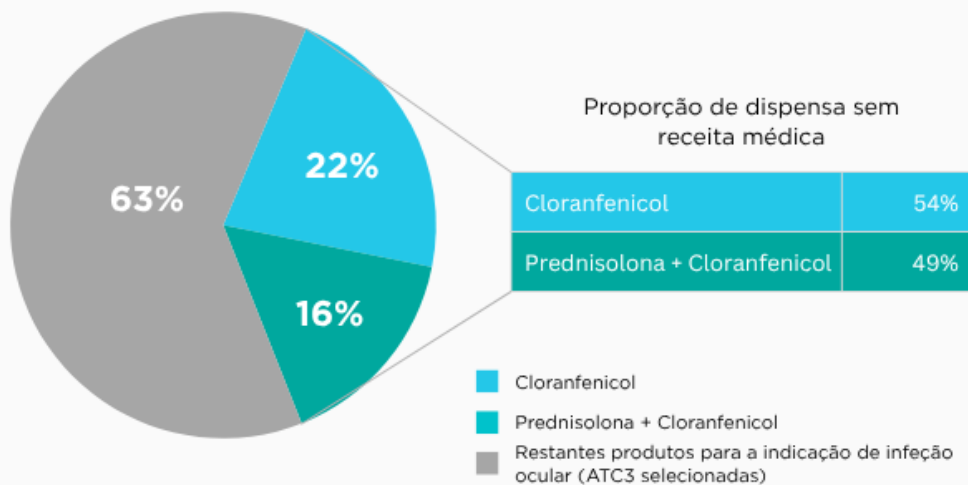
condicionadas, existe uma utilização na prática que ultrapassa o enquadramento regulamentar (Fig 12 e 13).

Quando o acesso evolui, a adoção acompanha

Para além desta adaptação informal, a análise de casos concretos evidencia o impacto direto da disponibilidade de soluções no comportamento dos consumidores. A introdução de opções sem receita médica em determinadas áreas terapêuticas tem sido acompanhada por um aumento significativo da procura.

Figura 13

Peso dos Principais produtos em infeção ocular (por volume de vendas em unidades, ano 2025) e respetiva proporção de dispensa sem receita médica



Fonte: HMR (dados de vendas sell-out em farmácia, unidades, Portugal, 2025), análise 2Logical

O caso do sildenafil é particularmente ilustrativo: após a disponibilização de uma opção OTC, observou-se um crescimento relevante das vendas, evidenciando uma maior adoção por parte dos utentes (Fig. 14). Este padrão sugere que, quando existem soluções acessíveis e enquadradas, os cidadãos tendem a recorrer mais ao autocuidado.

Em conjunto, estes resultados evidenciam que o desenvolvimento do autocuidado não depende apenas da capacidade e da literacia dos cidadãos, mas também da existência de um enquadramento que permita a sua concretização na prática.

Se, por um lado, o sistema já demonstra alguma capacidade de adaptação informal às necessidades existentes, por outro, a evolução estruturada do acesso a soluções adequadas poderá traduzir-se diretamente num aumento da adoção do autocuidado.


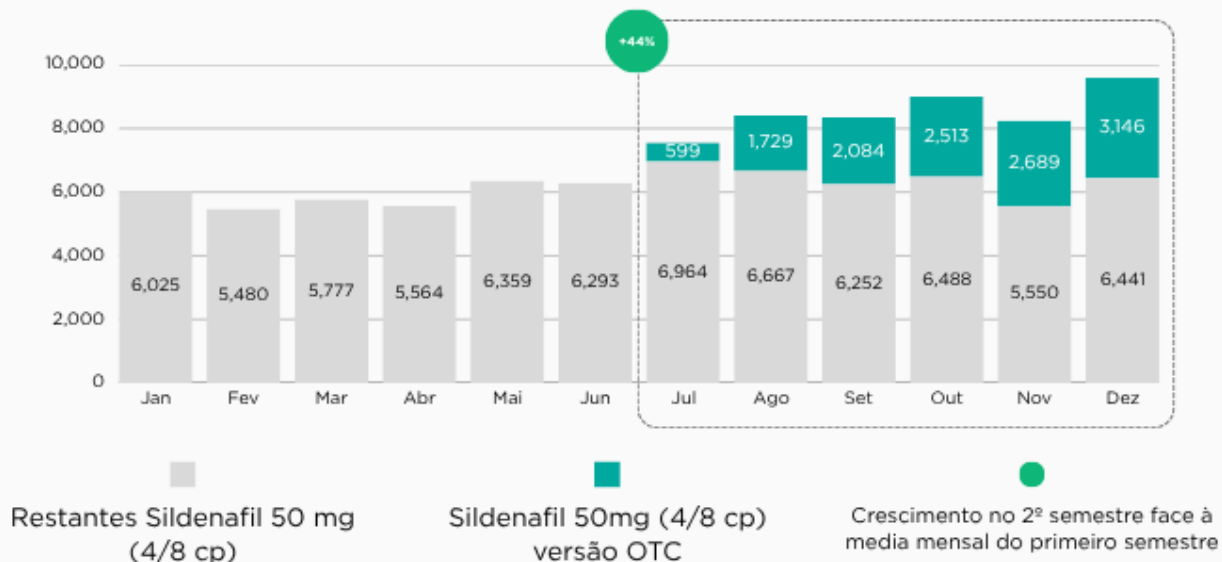
 O reforço do autocuidado em Portugal dependerá não apenas da promoção da literacia em saúde, mas também da evolução do próprio sistema, garantindo condições que permitam responder de forma adequada às necessidades identificadas.

Figura 14

Evolução das vendas em unidades de sildenafil 50 mg (4 e 8 comprimidos) em 2025: impacto da introdução de opção OTC



Fonte: HMR (dados de vendas sell-out em farmácia, unidades, Portugal, 2025), análise 2Logical

3.5. O Impacto do autocuidado: custos, tempo e produtividade

O valor do autocuidado: do comportamento ao impacto económico.

Se, por um lado, o autocuidado se traduz numa maior autonomia para o cidadão e numa resposta eficaz à maioria das situações de saúde ligeiras, com 79% dos indivíduos a indicarem resolução completa dos sintomas e apenas 1% a necessitar de recorrer posteriormente ao médico, importa compreender em que medida esta abordagem gera valor tangível, nomeadamente ao nível dos custos, do tempo e da utilização de recursos.

Impacto económico direto: custo por episódio

Neste sentido, foi realizada uma análise comparativa do custo associado ao tratamento de um episódio de saúde ligeiro através de duas abordagens: recurso ao médico e autocuidado.

Ao nível dos custos diretos suportados pelo indivíduo, o recurso ao médico implica um custo médio de 49€, que inclui deslocação, consulta, eventuais exames e aquisição de medicamentos. Em contraste, o autocuidado apresenta um custo médio de 18€, essencialmente associado à

aquisição de produtos de saúde e transporte (Fig. 15).

No entanto, a análise do impacto económico não se esgota nos custos suportados pelo cidadão. Quando se considera o custo associado ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente consultas nos cuidados de saúde primários e episódios de urgência, estima-se um custo médio adicional de 44€ por episódio tratado através do recurso ao médico (Fig. 15).



Desta forma, o custo total de um episódio tratado via médico ascende, em média, a 93€, comparativamente a 18€ no caso do autocuidado. Esta diferença traduz-se numa poupança média de cerca de 75€ por episódio, correspondente a uma redução de aproximadamente 80% dos custos totais (Fig. 15).

Escala do impacto: do indivíduo à população

Quando projetada ao longo do ano, esta diferença traduz-se numa poupança média de aproximadamente 253€ por indivíduo, considerando o número médio anual de episódios de saúde ligeiros (Fig. 15).

À escala da população portuguesa adulta, e assumindo uma taxa média de adoção de autocuidado de 55%, estima-se que o autocuidado já gere atualmente uma poupança anual total de cerca de 9.6 mil milhões de euros (Fig. 15).



Importa destacar a composição desta poupança: aproximadamente 47% corresponde a custos evitados para o SNS, enquanto os restantes 53% se refletem diretamente na redução de despesas *out-of-pocket* dos cidadãos. Esta distribuição evidencia que o impacto do autocuidado é partilhado entre o sistema de saúde e os cidadãos, a sustentabilidade do SNS e para a redução do esforço financeiro das famílias.

Figura 15

Custos directos do autocuidado: poupança por episódio e impacto anual

Custos Directos	Custo suportado pelo Utente (out-of-utente)	Custo Suportado pelo SNS*	Custo total
Médico	49€	44€	93€
Autocuidado	18€	-	18€
Poupança média/ episódio	31€	44€	75€
Poupança anual atual na população portuguesa	5,054 M€	4,557M€	9,610 M€

Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população
 * Estimativa baseada em: Portaria n.º 207/2017 (CSP e urgência), atualizada para 2025 com base no IPC (INE)



Mais relevante ainda é o potencial de crescimento associado: por cada aumento de 1 ponto percentual na adoção do autocuidado, estima-se um ganho adicional de aproximadamente 239 milhões de euros anuais. Este resultado evidencia não apenas o impacto atual do autocuidado, mas também a dimensão do valor ainda por capturar.

Impacto indireto: tempo e produtividade

Para além dos custos diretos, o autocuidado apresenta também um impacto relevante ao nível do tempo e da produtividade, nomeadamente através da redução do absentismo laboral.



Os resultados evidenciam uma diferença significativa entre as duas abordagens: enquanto 36% dos indivíduos que recorrem ao médico reportam ter faltado ao trabalho, este valor reduz-se para apenas 7% no caso do autocuidado (Fig. 16).

Esta diferença reflete não só a maior rapidez na resposta, mas também a menor necessidade de deslocações, tempos de espera e realização de consultas, permitindo uma resolução mais imediata e com menor interrupção da atividade profissional.

Quando extrapolado para o conjunto da população, este diferencial traduz-se numa redução anual de aproximadamente 248 milhões de horas de trabalho perdidas, correspondendo a um impacto económico estimado de cerca de 3.1 mil milhões de euros (Fig. 16).

Capacidade do sistema: libertar recursos para maior complexidade

Este impacto é também refletido ao nível da utilização do sistema de saúde. Como referido anteriormente, os médicos de medicina geral e familiar estimam que cerca de 39% das consultas poderiam ser geridas através de autocuidado.

Considerando o volume total de consultas realizadas nos cuidados de saúde primários em 2025, isto corresponde a um potencial de aproximadamente 13.2 milhões de consultas que poderiam ser evitadas ou redirecionadas para casos de maior complexidade.

Este dado evidencia o papel do autocuidado não apenas como uma alternativa individual, mas como um instrumento estruturante para a melhoria da eficiência e capacidade de resposta do sistema de saúde.

Figura 16

Custos indiretos do autocuidado: redução do absentismo e impacto anual


Custos indiretos	Taxa de Absentismo	Horas de trabalho perdidas (anual)	Custo das horas de trabalho perdidas (anual)
Médico	36%	308 M horas	3,802 M€
Autocuidado	7%	60 M horas	730 M€
Poupança associada à redução do absentismo	29%	248 M horas	3,069 M€

Fonte: 2Logical, "O Papel do Autocuidado em Portugal" (2026), dados resultantes de inquérito à população

4. Do diagnóstico à ação: prioridades para o reforço do autocuidado

Os resultados deste estudo evidenciam que o autocuidado em Portugal apresenta uma base favorável, mas também um conjunto de limitações que condicionam o seu desenvolvimento pleno.

Mais do que uma mudança isolada ao nível do comportamento dos cidadãos, o reforço do autocuidado exige uma abordagem integrada, que considere simultaneamente fatores de literacia, acesso e organização do sistema de saúde.

 Neste contexto, identificam-se duas dimensões prioritárias de atuação para o reforço do autocuidado em Portugal: a literacia em saúde, que sustenta a decisão dos cidadãos, e o acesso, que determina a sua concretização na prática, através da integração e capacidade de resposta do sistema (Fig 17).

Literacia em saúde:

A literacia em saúde emerge como um dos principais fatores estruturantes na adoção do autocuidado, assumindo-se como o

elemento diferenciador entre os indivíduos que optam por gerir autonomamente problemas de saúde ligeiros e aqueles que recorrem ao médico. Este resultado é consistente ao longo da análise e reforçado pelas entrevistas realizadas, que apontam a literacia como condição essencial para o desenvolvimento sustentável do autocuidado em Portugal.

A sua relevância decorre do papel que desempenha ao longo de todo o processo de decisão. É através do conhecimento que os cidadãos conseguem reconhecer e interpretar os sintomas que experienciam, distinguindo entre situações que podem ser geridas de forma autónoma e aquelas que requerem acompanhamento profissional.

O reconhecimento desta dimensão encontra-se já refletido ao nível das políticas públicas, nomeadamente através do Plano Nacional de Literacia em Saúde 2023-2030⁷. No entanto, os resultados do estudo e os contributos dos *stakeholders* sugerem que a sua concretização exige uma abordagem mais estruturada, contínua e orientada para a mudança efetiva de comportament

01 LITERACIA EM SAÚDE | Principais recomendações:



Reforçar a comunicação em saúde orientada para a ação

Reforçar a comunicação em saúde através de campanhas estruturadas, contínuas e orientadas para a ação, focadas no reconhecimento de sintomas e no "quando e como agir", utilizando canais de grande alcance e garantindo consistência ao longo do tempo. A experiência de campanhas bem-sucedidas noutras áreas, a mais recente a vacinação para a Covid-19, demonstra que mensagens claras, consistentes e repetidas em múltiplos canais conseguem alterar comportamentos à escala, sendo um referencial relevante para o autocuidado.



Integrar a literacia em saúde no contexto escolar

Integrar de forma estruturada a literacia em saúde no contexto escolar, promovendo desde cedo competências de autocuidado e prevenção. A evidência aponta para o papel multiplicador das crianças na transmissão de conhecimento aos agregados familiares, permitindo gerar impacto não só individual, mas também comunitário, podendo as autarquias desempenhar um papel-chave na adaptação e implementação de iniciativas locais.



Evoluir ferramentas de apoio à decisão para orientação da ação

Evoluir as ferramentas de apoio à decisão para soluções que não apenas façam despiste, mas orientem a ação, integrando a identificação de situações ligeiras, a recomendação do percurso mais adequado, incluindo o recurso ao farmacêutico, e a capacitação do cidadão para agir com confiança. Embora já existam iniciativas como a SNS 24 e soluções privadas, estas tendem a focar-se no encaminhamento para avaliação médica, não explorando plenamente o potencial do autocuidado.

REFERENCIAL

A campanha de vacinação para a Covid-19 demonstra que mensagens claras e repetidas em múltiplos canais conseguem alterar comportamentos à escala — um modelo diretamente aplicável ao autocuidado.

EXEMPLO NACIONAL

O programa "Geração Saudável", promovido pela Ordem dos Farmacêuticos, evidencia o potencial das iniciativas de proximidade — e o papel das autarquias na sua adaptação e implementação local.

A LACUNA ATUAL

O SNS 24 e soluções privadas existentes tendem a encaminhar para avaliação médica, sem explorar o potencial do autocuidado. A IA baseada em dados clínicos fiáveis, com a indústria farmacêutica como parceira, pode colmatar esta lacuna.

Acesso: Integração no Sistema

Para além da literacia, o desenvolvimento do autocuidado depende da existência de condições que permitam a sua aplicação na prática. A capacidade dos cidadãos para agir está diretamente condicionada pela disponibilidade de soluções adequadas, bem como pela forma como o sistema integra e suporta essas decisões.

Neste estudo, a limitação no acesso a soluções disponíveis sem receita médica surge como uma das principais barreiras à adoção do autocuidado, sendo identificada de forma consistente por cidadãos e profissionais. Este resultado aponta para a necessidade de evolução do modelo atual, no sentido de garantir uma resposta mais adequada, estruturada e integrada para situações de saúde ligeiras.

02 ACESSO: INTEGRAÇÃO NO SISTEMA | Principais recomendações:



Reforçar o acesso a soluções de autocuidado através da evolução do enquadramento de dispensa

A perceção de falta de soluções adequadas sem receita médica evidencia a necessidade de reavaliar o atual enquadramento de acesso a medicamentos. Neste contexto, deverá ser considerada a promoção de processos de *switch* de medicamentos sujeitos a receita médica para medicamentos não sujeitos a receita médica, aumentando o leque de opções disponíveis para a gestão de situações clínicas ligeiras.

Este processo deverá ser acompanhado pela revisão e alargamento da lista de medicamentos não sujeitos a receita médica, incluindo o reforço do universo de medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia comunitária (MNSRM-EF). Complementarmente, poderão ser introduzidos modelos de dispensa protocolada, nos quais determinados medicamentos podem ser disponibilizados pelo farmacêutico no âmbito de protocolos clínicos bem definidos, permitindo aumentar a capacidade de resposta em situações clínicas ligeiras, assegurando simultaneamente segurança e qualidade na intervenção. Este modelo possibilita ampliar o acesso sem comprometer o controlo clínico, evitando a necessidade de consulta médica em situações de baixa complexidade.

MECANISMOS-CHAVE

Switch de MSRM para MNSRM para alargar opções de autocuidado.

Reforço dos MNSRM-EF com dispensa exclusiva em farmácia.

Modelos de dispensa protocolada para situações ligeiras — maior acesso sem perda de controlo clínico.



Estruturar a intervenção farmacêutica no autocuidado

O reforço do autocuidado exige a consolidação do papel do farmacêutico enquanto primeiro ponto de contacto na gestão de situações clínicas ligeiras. Para tal, importa estruturar a intervenção farmacêutica com base em protocolos clínicos definidos, formação adequada e ferramentas de apoio à decisão.

Experiências internacionais demonstram o potencial desta abordagem. No Reino Unido, o modelo *Pharmacy First* permite a gestão de situações ligeiras em farmácia com base em protocolos definidos, incluindo a dispensa de medicamentos, sendo estas intervenções remuneradas pelo sistema de saúde⁴. Na Suíça, o serviço *netCare* permite ao farmacêutico avaliar e gerir casos com base em algoritmos de decisão, podendo dispensar medicamentos, recorrer a telemedicina ou encaminhar o utente, conforme necessário⁴. A adoção de modelos semelhantes no contexto português permitiria reforçar a capacidade de resposta em autocuidado, assegurando uma intervenção mais estruturada e reconhecida, evoluindo de um modelo informal de aconselhamento para uma intervenção integrada no sistema de saúde.



Integração, continuidade e segurança na prestação de cuidados

A expansão do autocuidado implica o reforço dos mecanismos de integração entre os diferentes intervenientes do sistema de saúde. A intervenção farmacêutica deve ser acompanhada por sistemas de registo e partilha de informação, garantindo que as decisões tomadas são incorporadas no percurso clínico do doente.

Neste contexto, o acesso a informação relevante sobre o historial clínico do utente assume um papel crítico para assegurar uma atuação informada e segura. Paralelamente, a criação de mecanismos de articulação entre profissionais, nomeadamente através de referenciação bidirecional entre médicos e farmacêuticos, permitirá uma gestão mais eficiente e coordenada das situações clínicas. À semelhança do modelo britânico, a possibilidade de encaminhamento de utentes entre níveis de cuidados, incluindo da medicina geral e familiar para a farmácia comunitária, constitui um exemplo concreto de integração que poderá ser explorado no contexto português⁴.

REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

Reino Unido — *Pharmacy First*: gestão de situações ligeiras com protocolos definidos e remuneração pelo SNS⁴.

Suíça — *netCare*: algoritmos de decisão com opção de dispensa, telemedicina ou encaminhamento⁴.

REFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

O modelo britânico permite o encaminhamento bidirecional entre médico de família e farmácia comunitária — um exemplo concreto de integração e continuidade de cuidados aplicável ao contexto português⁴.

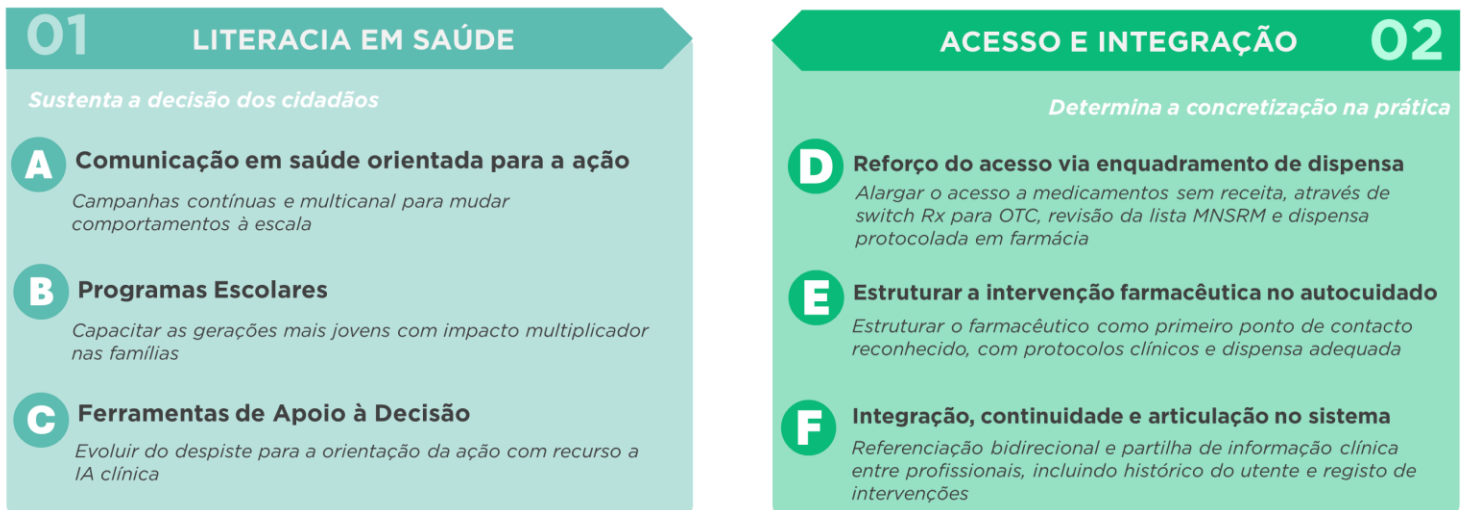
Em conjunto, estas recomendações evidenciam que o desenvolvimento do autocuidado em Portugal exige uma abordagem coordenada e estratégica, suportada por um compromisso claro ao nível das políticas públicas. A sua concretização implica não apenas a evolução do enquadramento legislativo e regulatório, mas também o reconhecimento e valorização da intervenção dos profissionais de saúde não médicos, bem como o reforço contínuo da literacia em saúde.

Neste contexto, intervenções isoladas ou de carácter pontual tendem a ter impacto limitado, não sendo suficientes para promover uma mudança estrutural e sustentável. A consolidação do autocuidado enquanto componente efetiva do sistema de saúde exige, por isso, uma atuação concertada entre os diferentes intervenientes, nomeadamente o Ministério da Saúde, a Direção-Geral da Saúde, o INFARMED e as Ordens profissionais, assegurando alinhamento estratégico e eficácia na implementação.

Figura 17

DUAS DIMENSÕES PRIORITÁRIAS DE ATUAÇÃO

ABORDAGEM INTEGRADA



5. Conclusão: Autocuidado como parte da solução para a sustentabilidade do sistema de saúde

O presente estudo evidencia que o autocuidado já desempenha um papel relevante no sistema de saúde em Portugal, tanto ao nível do comportamento dos cidadãos como na sua expressão económica e operacional. Longe de ser um conceito teórico, o autocuidado traduz-se numa prática amplamente adotada, eficaz na resolução da maioria dos problemas de saúde ligeiros e geradora de valor significativo para indivíduos e sistema.

Os resultados demonstram que o autocuidado permite não só responder de forma adequada a uma parte substancial das necessidades de saúde da população, como também contribui para ganhos expressivos em termos de custos, tempo e eficiência. A poupança gerada, quer ao nível do Serviço Nacional de Saúde, quer para os cidadãos, assim como o impacto na redução do absentismo e na libertação de capacidade assistencial, evidenciam o seu potencial enquanto instrumento de sustentabilidade do sistema.

No entanto, este potencial não se concretiza de forma automática.

Persistem limitações que condicionam o seu desenvolvimento pleno, nomeadamente ao nível da literacia em saúde, da disponibilidade de soluções adequadas e da sua integração estruturada no sistema. Estes fatores evidenciam que o autocuidado não depende apenas da iniciativa individual, mas também das condições criadas pelo próprio sistema para o suportar de forma segura, eficaz e consistente.

Neste sentido, o reforço do autocuidado exige uma abordagem integrada, que combine a capacitação dos cidadãos com a evolução do enquadramento de acesso e a valorização do papel dos profissionais de saúde. A criação de modelos estruturados de intervenção, o desenvolvimento de soluções adequadas às necessidades identificadas e a promoção de uma maior articulação entre os diferentes níveis de cuidados assumem-se como elementos-chave para a sua consolidação.

O autocuidado não se posiciona como uma alternativa aos cuidados médicos, mas como parte de um

modelo mais eficiente de utilização dos recursos de saúde. Ao permitir que cada situação seja tratada no nível de cuidado mais adequado, contribui para uma melhor alocação de recursos, maior acessibilidade e melhores resultados em saúde.

Em última análise, o autocuidado afirma-se como parte da solução para a sustentabilidade do sistema

de saúde em Portugal. O momento atual apresenta uma oportunidade clara para evoluir de um modelo onde o autocuidado existe de forma dispersa para um modelo onde é reconhecido, estruturado e integrado no sistema de saúde, assumindo-se como uma alavanca efetiva de eficiência, sustentabilidade e melhoria da qualidade de vida da população.

Metodologia

Para avaliar o papel do autocuidado em Portugal, foi desenvolvido um estudo quantitativo suportado por três inquéritos distintos, dirigidos a diferentes públicos-alvo: população geral, médicos MGF e farmacêuticos comunitários, com dados recolhidos no primeiro trimestre de 2026. Esta abordagem permitiu recolher não só a perspetiva dos cidadãos, mas também a visão dos principais profissionais de saúde envolvidos na gestão de problemas de saúde ligeiros.

Inquérito à população

O inquérito à população foi aplicado a indivíduos com 18 ou mais anos, residentes em Portugal (Continente e Regiões Autónomas), procurando assegurar a representatividade da amostra em termos de distribuição geográfica e etária. A recolha de dados foi realizada maioritariamente através de um questionário online (CAWI - *Computer-Assisted Web Interviewing*), tendo-se obtido uma amostra de dimensão $N = 2,671$, o que permite uma análise com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 2% (Anexo I).

Para assegurar uma adequada representação da população com 65 ou mais anos, foi realizado um reforço amostral específico através de recolha complementar por via telefónica (CATI - *Computer-Assisted Telephone Interviewing*), atendendo à maior dificuldade de captação deste segmento por via online.

De forma a garantir consistência na interpretação das respostas, foram apresentadas aos participantes definições claras dos conceitos-chave utilizados ao longo do estudo, nomeadamente “autocuidado” e “problemas de saúde ligeiros”. Os problemas de saúde ligeiros analisados foram apresentados sob a forma de uma lista fechada, composta por 24 situações clínicas. Esta lista foi definida com base na prevalência das condições, em estudos internacionais comparáveis e no enquadramento do projeto piloto de gestão de situações clínicas ligeiras em farmácias comunitárias em Portugal.

Numa primeira fase, os respondentes foram convidados a identificar quais destes problemas tinham experienciado nos últimos 12 meses. Para cada situação reportada, foi posteriormente avaliada a primeira abordagem adotada, distinguindo entre recurso ao médico, recurso ao autocuidado ou ausência de intervenção.

Com o objetivo de aprofundar o percurso de gestão destas situações, foi implementado um mecanismo de seleção aleatória ao nível do respondente. Em concreto, para cada indivíduo foram selecionadas, de forma aleatória, até três situações tratadas com recurso ao médico e até três situações tratadas com recurso ao autocuidado, sobre as quais foram colocadas questões adicionais de detalhe. Este procedimento permitiu aprofundar a análise dos diferentes percursos de decisão, garantindo simultaneamente a robustez dos resultados e a fluidez do questionário.

As situações em que não foi adotada qualquer ação não foram objeto de aprofundamento. Nos casos em que o respondente não reportou qualquer problema de saúde, ou indicou não ter adotado nenhuma ação para todos os problemas identificados, foi encaminhado diretamente para as questões finais do questionário, focadas em hábitos e estilos de vida.

A estimativa do impacto económico e social do autocuidado em Portugal baseou-se num modelo analítico de decisão, que comparou duas alternativas de resposta a problemas de saúde ligeiros: o autocuidado e o recurso a consulta com médico de cuidados de saúde primários. Para cada percurso, foram considerados os principais tipos de custos associados, incluindo custos diretos — como consultas, medicamentos, eventuais exames e deslocações — e custos indiretos, refletidos no absentismo laboral. Os custos diretos foram ainda diferenciados entre custos suportados pelo SNS e custos *out-of-pocket*, suportados diretamente pelos cidadãos.

Os custos *out-of-pocket* foram recolhidos através do estudo à população, no qual os respondentes reportaram os gastos incorridos na resolução de cada situação de forma individual. Por sua vez, os custos suportados pelo SNS tiveram por base os valores de referência definidos na Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho, atualizados com base na variação do Índice de Preços no Consumidor entre 2017 e 2025¹⁴. Nesta análise, foram consideradas de forma diferenciada as consultas em Cuidados de Saúde Primários (custo médio de 41.1€) e os episódios de urgência hospitalar (61.7€).

Numa segunda fase, o modelo evoluiu de uma perspetiva micro, centrada no episódio individual, para uma análise macro, ao nível da população. Inicialmente, calculou-se a diferença de custos e tempo entre as duas alternativas para cada condição de saúde ligeira. Esta diferença foi posteriormente ajustada pela proporção de situações em que o autocuidado substituiu efetivamente o recurso ao médico, bem como pelo número médio

anual de episódios reportados por indivíduo, permitindo estimar a poupança média anual por pessoa.

A partir deste valor, foi incorporada a frequência de ocorrência de cada condição (prevalência anual), estimada com base no estudo à população, e aplicada à população residente em Portugal com 18 ou mais anos¹⁵. Desta forma, foi possível estimar o impacto total anual do autocuidado para o conjunto das 24 condições analisadas.

Para a quantificação dos custos indiretos, considerou-se a diferença no número médio de horas de absentismo entre as duas abordagens. Esta diferença foi multiplicada pelo custo médio por hora de trabalho, estimado com base no salário médio nacional e encargos associados para o empregador (12,36€/hora)¹⁶.

Por fim, o modelo incorporou uma análise prospetiva, estimando o potencial adicional de poupança associado a diferentes cenários de aumento da adoção do autocuidado, nomeadamente através da substituição de uma parte das consultas médicas atualmente realizadas.

Inquérito a profissionais de saúde:

Foram igualmente realizados inquéritos a profissionais de saúde, nomeadamente médicos de Medicina Geral e Familiar (n=203) e farmacêuticos comunitários (n=192), com o objetivo de recolher a sua perspetiva sobre o papel do autocuidado, as principais barreiras à sua adoção e os desafios associados à sua implementação na prática, através de questionários online.

Entrevistas em profundidade:

Adicionalmente, foram conduzidas entrevistas em profundidade com *stakeholders* relevantes do setor da saúde, incluindo representantes de entidades com diferentes perfis e áreas de atuação no ecossistema do autocuidado. Estas entrevistas permitiram complementar a análise quantitativa com uma perspetiva qualitativa, contribuindo para uma compreensão mais abrangente e contextualizada do tema, incorporando diferentes dimensões do sistema de saúde, desde profissionais a cidadãos e entidades com funções de enquadramento.

No âmbito deste processo de auscultação, foram entrevistados representantes de um conjunto alargado de entidades, nomeadamente a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Farmacêuticos, a Direção-Geral da Saúde (DGS), a Plataforma Saúde em Diálogo, a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (DGAV), a AESGP (*Association of the European Self-Care Industry*) e a Associação Nacional das Farmácias (ANF).

ANEXO I

Distribuição geográfica da amostra (n=2,671)

Distrito	%	N
-	100%	2,671
Arquipélago da Madeira	2%	42
Arquipélago dos Açores	1%	26
Aveiro	7%	180
Beja	1%	21
Braga	7%	174
Bragança	1%	24
Castelo Branco	2%	44
Coimbra	4%	110
Évora	1%	27
Faro	6%	149
Guarda	1%	24
Leiria	4%	113
Lisboa	26%	688
Portalegre	1%	34
Porto	19%	514
Santarém	3%	82
Setúbal	9%	250
Viana do Castelo	1%	37
Vila Real	2%	62
Viseu	3%	70

Distribuição da amostra por faixa etária (n=2,671)

Faixa Etária	%	N
-	100%	2,671
18-24	8%	220
25-34	16%	427
35-44	25%	675
45-54	22%	596
55-64	18%	472
65+	11%	281

Bibliografia

1. OCDE/ /European Observatory on Health Systems and Policies. *Perfil de saúde do país 2025: Portugal. State of Health in the EU [Internet]. 2025. Available from: <https://www.oecd.org/en/about/terms-conditions/oecd-disclaimers.html>. doi:10.1787/01e93b2b-pt*
2. Instituto Nacional de Estatística I. *Estatísticas da Saúde - 2023. 2025.*
3. World Health Organization. *Self-care for health and well-being [Internet]. 2024 [cited 2026 Apr 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>*
4. May und Bauer. *Self-Care in Europe: Economic and Social Impact on Individuals and Society. 2021.*
5. Global Self-care Federation. *Self-Care Readiness Index. 2021.*
6. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@as para tod@s. 2022.*
7. Direção-Geral da Saúde. *Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico. 2023*
8. Assembleia da República. *Lei n.º 13/2023, de 3 de abril [Internet]. 2023. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/13-2023-211340863>*
9. Global Self-care Federation. *The Global Social and Economic Value of Self-Care. 2022.*
10. Assembleia da República. *Resolução da Assembleia da República n.º 91/2025. Diário da República n.º 58/2025, Série I [Internet]. 2025. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/91-2025-912066239>*
11. *The Economic impact of over-the-counter products in the UK. 2023.*
12. *The Self-Care Census 2025: Exploring consumer trends in self-treatable conditions and self-care practices. 2025*
13. PwC Strategy&. *Etude d'impact socio-économique de la filière des produits de santé et de prévention de premier recours en France. 2024.*

14. *Ministério da Saúde. Portaria n.º 207/2017. Diário da República. 2017.*
15. *Instituto Nacional de Estatística. População residente (Série longa, início 1991 - N.º) por Local de residência (NUTS - 2024), Sexo e Idade; Anual. 2024.*
16. *Instituto Nacional de Estatística. Remuneração Bruta Mensal Média por trabalhador. 2025*