

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021 ▪ 2030

Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s

Ficha técnica

Título

Plano Nacional de Saúde 2021-2030
Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s

Editor

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa

Diretora-Geral da Saúde

Maria da Graça Freitas

Plano Nacional de Saúde

Coordenadora

Maria da Graça Freitas

Diretora Executiva

Maria de Fátima Quitério

Coordenação Técnica

Ana Cristina Garcia
Manuela Mendonça Felício

Equipa de Apoio

Carlos Matos
Clarisse Martinho
Gabriela Soares Machado
Isabel Alves
Jorge Tavares
Pedro Ferreira
Sofia Rocha
Teresa Montez

Consultores Técnicos

Carolina Teixeira
Rita Roquette
Vasco Machado

E-mail de contacto

pns21-30@dgs.min-saude.pt

©Ministério da Saúde. Todos os direitos reservados.

O Plano Nacional de Saúde 2021-2030 conta com a participação das diferentes entidades, dentro e fora do sector da saúde, que integram a sua **Comissão de Acompanhamento**, num processo de cocriação. Conta, também, com o apoio técnico e científico dos peritos que integram o seu **Conselho Consultivo**.

Comissão de Acompanhamento

ACES Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa—Ana Maria Tato Aguiar; Administração Central Sistemas Saúde, IP—Sandra Brás; Administração Regional Saúde Alentejo— Departamento de Saúde Pública e Planeamento—José Alberto Noronha Marques Robalo; Administração Regional Saúde Algarve— Departamento Saúde Pública e Planeamento—Ana Cristina Guerreiro; Administração Regional Saúde Centro— Departamento de Contratualização—Maurício Loureiro Alexandre; Administração Regional Saúde Centro— Diretor do Departamento de Saúde Pública—João Pedro Travassos Pimentel; Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo— Departamento de Planeamento e Contratualização—Margarida Rato; Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo— Departamento de Planeamento e Contratualização (Suplente)—Joana Gouveia; Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo— Departamento de Planeamento e Contratualização (Suplente)—Ana Albuquerque; Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo— Departamento de Saúde Pública- António Carlos Silva; Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo— Departamento de Saúde Pública (Suplente)- Ana Dinis; Administração Regional Saúde Norte— Departamento Estudos Planeamento- Fernando Tavares; Administração Regional Saúde Norte— Departamento Saúde Pública- Maria Neto; Alto Comissariado para as Migrações-Cristina Casas; Associação Nacional de Freguesias-Jorge Manuel Lebre da Costa Veloso; Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública- Ana Rita Filipe; Associação Nacional Municípios Portugueses-Alfredo Monteiro; Associação Portuguesa de Hospitalização Privada-Óscar Gaspar; Associação Portuguesa de Mutualidades (APM—Rede Mut)- Vanessa Palma; Associação Unidades de Cuidados na Comunidade- Silvana Ferreira Marques; Associação Unidades de Saúde Familiar- Denise Alexandra Velho; Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil- Ana Freitas; Comissão Coordenação de Desenvolvimento Regional Alentejo - António Ceia da Silva; Comissão Coordenação de Desenvolvimento Regional Algarve- Valentina Calixto; Comissão Coordenação de Desenvolvimento Regional Centro - Isabel Damasceno; Comissão Coordenação de Desenvolvimento Regional Lisboa e Vale do Tejo - Tiago Cruz; Comissão Coordenação de Desenvolvimento Regional Norte - Raquel Meira; Comissão Igualdade Religiosa: Grupo de Trabalho Religiões/Saúde-Fernando Sampaio; Comissão Instaladora Ordem dos Assistentes Sociais-Sónia Guadalupe; Comissão Instaladora Ordem dos Fisioterapeutas-Isabel Sousa Guerra; Comissão Nacional Cuidados Paliativos-Rui Sousa Silva; Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente-Gonçalo Cordeiro Ferreira; Comissão Nacional de Coordenação da Rede de Cuidados Continuados Integrados- Cristina Maria Ferreira Caetano; Comissão Nacional de Coordenação da Rede de Cuidados Continuados Integrados-Cristina Maria Alves Dias Henriques; Comissão Nacional Proteção Direitos Crianças e Jovens- Maria Rosário Farmhouse; Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género-João Pedro Góis; Conselho Económico e Social - Organizações Empresariais-Heitor Costa; Conselho Económico e Social - Organizações Empresariais (Suplente)-Sílvia Alexandra Lopes Rodrigues; Conselho Económico e Social - Organizações Sindicais- Dina Carvalho; Conselho Económico e Social - Organizações Sindicais-José Carlos Martins; Conselho Nacional da Juventude-Alexandra Ruivo Cordeiro; Conselho Nacional de Educação-Maria Emília Brederode Santos; Conselho Nacional de Saúde - Isabel Loureiro; Conselho Nacional Saúde Mental- António Leuschner; Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados Saúde Hospitalares- Luis Barreto Campos; Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados Saúde Primários - João Nunes Rodrigues; Coordenadora da Equipa Regional de Acompanhamento da Administração Regional Saúde Algarve - Maria Manuela Reis Raposo Fernandes; Coordenadora da Unidade Saúde Pública Agrupamento Centros Saúde Almada-Seixal - Lina Hernández; Direção Geral da Saúde— Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco; Sistema Nacional Intervenção Precoce na Infância; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil-- Bárbara Menezes; Direção Geral da Saúde— Departamento de Qualidade em Saúde- Valter Fonseca; Direção Geral da Saúde— Direção de Serviços de Informação e Análise-Pedro Pinto Leite; Direção Geral da Saúde— Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde-Benvinda Santos; Direção Geral da Saúde— Direção de Serviços e Relações Internacionais-- Carlota Pacheco Vieira; Direção Geral da Saúde— Divisão de Comunicação- Diana Mendes; Direção Geral da Saúde— Divisão de Cooperação- Ana Carla Correia; Direção Geral da Saúde— Envelhecimento Ativo- Andreia Jorge Silva; Direção Geral da Saúde— Núcleo Género e Equidade em Saúde-Vasco Prazeres; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional de Promoção da Atividade Física-Marlene Nunes Silva; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva-Dina Cláudia Oliveira; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional de Vacinação-Teresa Fernandes; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional de Vacinação- Teresa Fernandes/Carla Matos; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional VIH/SIDA-Margarida Tavares; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Hepatites virais -Rui Tato Marinho; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Literacia, Saúde e Bem-Estar; Área de Prevenção dos Acidentes—Miguel Telo Arriaga; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes-- Sónia do Vale; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo-- Emília Nunes; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para a Saúde Mental- Miguel Xavier; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares- Filipe Macedo; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para as Doenças Oncológicas-José Dinis; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para as Doenças Respiratórias- Cristina Bárbara Caetano; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional para Tuberculose- Isabel Carvalho; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Prevenção da Violência no Ciclo Vida- Daniela Machado; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Prevenção e Controlo da Dor- Ana Cristina Janela Basto; Direção Geral da

Saúde— Coordenador do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Dor-José Manuel Romão; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Prevenção dos Acidentes—Miguel Telo Arriaga; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Promoção Alimentação Saudável- Maria João Gregório; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Saúde da Visão-Augusto Magalhães; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Saúde Escolar- Benvinda Santos; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Saúde Ocupacional-José Manuel Rocha Nogueira; Direção Geral da Saúde— Programa Nacional Saúde Oral- António Mano Azul; Direção Geral da Saúde—Programa Prevenção Controlo Infeções Resistência Antimicrobianos- José Artur Paiva; Direção Regional de Saúde dos Açores - Ana Maria da Rocha e Silva Soares; Direção Regional de Saúde dos Açores - Isabel Mafalda Bretão; Diretor Clínico do Hospital dos SAMS- Faustino Ferreira; Estratégia Nacional p/as Pessoas Situação de Sem Abrigo-Henrique Joaquim; Guarda Nacional Republicana- Nuno Augusto Teixeira Pires da Silva; Instituto Nacional Emergência Médica - Fátima Rato; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge- Teresa Caldas de Almeida; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Alimentação e Nutrição- Isabel Castanheira; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Doenças Infeciosas- Jorge Machado; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Epidemiologia - Carlos Matias Dias; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Genética Humana- Gloria Isidro; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Promoção da Saúde- Astrid Vicente; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge Departamento Saúde Ambiental- Helena Rebelo; Instituto Nacional Saúde Doutor Ricardo Jorge-Museu da Saúde- Helena Rebelo Andrade; Instituto Português Desporto e Juventude- Vítor Pataco; Instituto Português do Sangue- Alberto Matias; Interno Saúde Pública- Duarte Brito; Ministério da Administração Interna-; Ministério da Agricultura- Isabel Palma; Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior-Catarina Resende de Oliveira; Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (Suplente)- Filipa Abreu; Ministério da Coesão Territorial- António Ramos; Ministério da Cultura-Aura Duarte; Ministério da Cultura (Suplente)- Alexandra Botelho; Ministério da Defesa Nacional-DGRDN-Joaquim Machado Caetano; Ministério da Defesa Nacional-DGRDN (Suplente)- Sílvia Sousa; Ministério da Defesa Nacional-EMGFA/Hospital forças Armadas-António Anão; Ministério da Defesa Nacional-EMGFA/Hospital forças Armadas - Maria Tatá; Ministério da Economia e Transição Digital -Ana Lemos Gomes; Ministério da Economia e Transição Digital (Suplente)- Catarina Oliveira; Ministério da Estado e da Presidência- Nuno Oliveira; Ministério da Estado e da Presidência (Suplente)- Patrícia São João; Ministério da Infraestruturas e Habitação- Nuno Serra; Ministério da Justiça- Fátima Consciência; Ministério da Justiça (Suplente)-Diana Andrade; Ministério da Modernização Estado e Administração Pública-Dalila Romão; Ministério da Planeamento-Leonor Trindade; Ministério da Trabalho Solidariedade e Segurança Social- Sónia Almeida; Ministério da Trabalho Solidariedade e Segurança Social (Suplente)- Joana Costa; Ministério do Ambiente e Ação Climática-Ana Teresa Perez; Ministério do Ambiente e Ação Climática (Suplente)-Teresa Núncio; Ministério dos Negócios Estrangeiros - Hugo Melo Palma; Ministério dos Negócios Estrangeiros (Suplente)-Maria Manuela Correia; Movimento Português de Intervenção Artística e Educação pela Arte- Nuno Bernardo; Plataforma Saúde em Diálogo-Rosário Zincke; Polícia Segurança Pública- Hélder Valente Dias; Presidente do Conselho clínico e de Saúde do Agrupamento Centros Saúde Pinhal Interior Norte- Célia Silva Mendes; Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Matosinhos-António Taveira Gomes; Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho- Rui Nuno Machado Guimarães; Presidente do Conselho de Administração do Hospital Espírito Santo-Évora- Maria Filomena Ferreira Mendes; Professor na Escola Nacional de Saúde Pública- António Manuel Barata Tavares; Professor no Instituto de Higiene e Medicina Social da Universidade Coimbra -Vítor José Lopes Rodrigues; Professor no Instituto de Saúde Ambiental da Universidade de Lisboa-Osvaldo Santos; Professor no Instituto Higiene Medicina Tropical- Thierry Mertens; Professora no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto- Elisabete Ramos; Projeto Mais Participação Melhor Saúde—Laetitia; Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis- Mirieme Ferreira; Direção Regional de Saúde da Madeira-Bruna Raquel Ornelas de Gouveia; Serviços Partilhados Ministério da Saúde-Pedro Sá Moreira; União das Misericórdias Portuguesas- Manuel Caldas de Almeida; INFARMED-Faria Vaz.

Conselho Consultivo

Adriana Henriques; Alexandra Bento; Alexandre Quintanilha; Antónia Escoval: António Cardoso Ferreira; António Vaz Carneiro; Carla Nunes; Ema Paulino; Fernando Almeida; Fernando Araújo; Hildeberto Odório Silva Correia; Hugo Esteves; Isabel Trindade; João Goulão; Jorge Soares; Jorge Torgal; José Luís Biscaia; José Pereira Miguel; Julian Perelman; Luís Filipe Barreira; Margarida França; Margarida Gaspar de Matos; Maria Céu Machado; Mário Pinto; Orlando Monteiro da Silva; Paula Santana; Paulo Ferrinho; Pedro Lopes Ferreira; Pedro Pita Barros; Rosa Reis Marques; Rui Nuno Capucho; Rui Portugal; Rui Santos Ivo; Víctor Ramos.

Índice

Nota Prévia	18
Sumário Executivo	19
1. Introdução.....	26
2. Metodologia.....	31
2.1. Aspetos Gerais.....	32
2.2. Aspetos Específicos.....	35
2.2.1. Tipologia dos Problemas de Saúde.....	35
2.2.2. Saúde da População em Portugal.....	36
2.2.3. Projeções e Prognóstico.....	37
2.2.4. Fixação dos Objetivos de Saúde.....	38
2.2.5. Seleção das Estratégias de Intervenção	39
2.2.6. Recomendações para a implementação	41
2.2.7. Plano de Monitorização e Avaliação (M&A).....	41
3. Saúde da População em Portugal.....	43
3.1. Caracterização Demográfica.....	44
3.2. Necessidades de Saúde em Portugal.....	62
3.2.1. O que nos diz a informação epidemiológica?.....	62
3.2.2. O que nos dizem os stakeholders?.....	125
3.2.3. Necessidades de Saúde em Portugal: conclusões	128
4. Projeções e Prognóstico.....	136
4.1. Nota Introdutória	137
4.2. Projeções - Problemas de elevada magnitude e respetivos determinantes major	138
4.2.1. Projeções de mortalidade.....	139
4.2.1.1. Todas as causas de morte.....	139
4.2.1.2. Doenças do aparelho circulatório	141
4.2.1.2.1. Todas as doenças do aparelho circulatório	141
4.2.1.2.2. Doenças cerebrovasculares.....	142
4.2.1.2.3. Doenças isquémicas do coração	144
4.2.1.3. Tumores malignos	146
4.2.1.3.1. Todos os tumores malignos	146
4.2.1.3.2. Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão	148
4.2.1.3.3. Tumor maligno da mama no sexo feminino.....	150
4.2.1.4. Doenças do aparelho respiratório	152
4.2.1.5. Doenças do aparelho digestivo	154
4.2.1.6. Causas externas.....	156
4.2.1.7. Diabetes <i>mellitus</i>	158
4.2.1.8. Mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos,	

diabetes <i>mellitus</i> e doenças crónicas respiratórias.....	160
4.2.2. Projeções de incidência	161
4.2.2.1. Tuberculose	161
4.2.2.2. Infeção por VIH (vírus de imunodeficiência humana).....	162
4.2.3. Projeções de fatores determinantes major de problemas de saúde de elevada magnitude	163
4.3. Prognóstico - Problemas de baixa magnitude mas elevado potencial de risco.....	164
4.3.1. Problemas de saúde que tiveram, no passado, uma elevada magnitude, atualmente controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo	164
4.3.2. Problemas de saúde de baixa ou nula magnitude com potencial de risco atualmente em fase de ascensão devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância	165
5. Objetivos para o Alcance de Saúde Sustentável.....	167
6. Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável	173
6.1. Nota introdutória	174
6.2. Mecanismos de suporte das estratégias de intervenção.....	176
6.3. Estratégias de intervenção para a saúde sustentável.....	178
7. Recomendações para a Implementação.....	184
7.1. Nota Introdutória	185
7.2. Algumas recomendações específicas de organismos internacionais, dirigidas a Portugal.	186
7.3. Dez recomendações do PNS 2021-2030 para a Década.....	188
8. Plano de Monitorização e Avaliação.....	193
8.1. Nota introdutória	194
8.2. Elaboração do Plano de M&A.....	194
9. Plano de Comunicação Estratégica.....	200
9.1. Nota introdutória	201
9.2. Desafios/objetivos de comunicação.....	201
9.3. Públicos-alvo	203
9.4. Eixos de comunicação	203
9.5. Mensagens-chave	204
9.6. Mix de Comunicação.....	204
9.7. Etapas/ <i>Outputs</i> (ações) de Comunicação	205
Referências Bibliográficas.....	207
Anexos.....	212

Índice de Figuras

Figura 1. Componentes de um Plano Estratégico de Saúde de base populacional	31
Figura 2. Ciclo do Planeamento Estratégico em Saúde de base populacional.....	32
Figura 3. A Saúde como elemento central dos ODS e sua Concretização.....	34
Figura 4. Distribuição das estimativas da população residente por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, 2019.....	44
Figura 5. Distribuição proporcional das estimativas da população residente em Portugal por NUTS II, 2019.....	44
Figura 6. Densidade populacional (habitantes/km ²) em Portugal por município, 2019.....	45
Figura 7. Evolução do número de nados-vivos e óbitos, e do saldo natural em Portugal, 2011-2019.....	45
Figura 8. Evolução dos saldos natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019.....	46
Figura 9. Evolução das taxas (%) de crescimento natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019.....	46
Figura 10. Pirâmides etárias, Portugal, 2009 e 2019.....	47
Figura 11. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (à direita).....	48
Figura 12. Índices de dependência (de jovens, de idosos e total) (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução dos índices de dependência (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita).....	48
Figura 13. Índice de longevidade (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de longevidade (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita).....	49
Figura 14. Índice de renovação da população em idade ativa (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de renovação da população em idade ativa (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita).....	51
Figura 15. Evolução da taxa bruta de mortalidade e da taxa de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades e idade prematura (idade inferior a 75 anos), ambos os sexos, 2011-2019.....	52
Figura 16. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) em Portugal, por sexo, 2011-2019.....	52
Figura 17. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) específica por grupos etários (00-44 anos, 45-64 anos, 65-74 anos e 75 e mais anos) em Portugal, por sexo, 2011-2019.....	52
Figura 18. Distribuição da média anual de óbitos por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, no triénio 2017-2019.....	53
Figura 19. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), todas as idades e idade prematura (inferior a 75 anos), nas NUTS III de Portugal Continental, ambos os sexos, triénio 2017-2019.....	54
Figura 20. Evolução do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes em Portugal, 2009-2019.....	55
Figura 21. Distribuição do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes por grupo etário em Portugal, 2019.....	55
Figura 22. Evolução da esperança de vida à nascença (em cima) e aos 65 anos (em baixo) em Portugal, 1999-2001 a 2018-2020, por sexo (à esquerda), e em Portugal e NUTS II, 1999-2001 e 2018-2020 (à direita).....	56
Figura 23. Evolução das taxas (por 1.000 nados-vivos) de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal, 2011-2013 a 2018-2020.....	58
Figura 24. Taxa de mortalidade (por 1.000 nados-vivos) infantil, neonatal e perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal e NUTS II, 2011-2013 e 2018-2020.....	58
Figura 25. Estimativas e projeções por cenários da população residente em Portugal, 1991-2080.....	59
Figura 26. Estimativas e projeções (cenário central) da população residente nas regiões NUTS II, 1991-2080.....	60
Figura 27. Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários).....	60
Figura 28. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019.....	61

Figura 29. Mortalidade proporcional (%) prematura (idade inferior a 75 anos) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019.....	61
Figura 30. Distribuição percentual dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019.....	62
Figura 31. Evolução do número de óbitos maternos e da taxa de mortalidade materna por 100.000 nados-vivos em Portugal, 2002-2019.....	63
Figura 32. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2002-2019.....	64
Figura 33. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2002-2019.....	64
Figura 34. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019.....	67
Figura 35. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019.....	68
Figura 36. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) em Portugal, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019.....	70
Figura 37. Principais causas de mortalidade prematura evitável, Portugal, 2018.....	71
Figura 38. Principais causas de mortalidade prematura tratável, Portugal, 2018.....	72
Figura 39 Principais causas evitáveis e tratáveis de mortalidade na União Europeia e respetivos países membros.....	72
Figura 40. Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo (masculino à esquerda e feminino à direita), Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019.....	73
Figura 41. Anos de vida saudável à nascença: total, sexo masculino e sexo feminino, Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019.....	74
Figura 42. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por grau de satisfação com a vida, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda), e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita).....	75
Figura 43. Ordenação das principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs) e variação percentual, por causa, da taxa (por 100.000 habitantes) de DALYs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019.....	76
Figura 44. Ordenação das principais causas de carga de doença e incapacidade (YLDs) e variação percentual, por causa, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLDs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019.....	77
Figura 45. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por tipo de doença crónica autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda) e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita).....	77
Figura 46. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) bruta de incidência por tumores malignos selecionados, em Portugal, 2017.....	79
Figura 47. Sobrevida (número de anos e percentual) a cinco anos para tumores malignos selecionados diagnosticados em 2013, em Portugal.....	81
Figura 48. Diferença percentual de incidência padronizada pela idade de tumores malignos em Portugal, em 2020, relativamente à média dos países da União Europeia-27, por tipo de tumor maligno.....	81
Figura 49. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por região.....	82
Figura 50. Evolução do índice cpod/CPOD na população residente em Portugal com 12 anos (quadro à esquerda e gráfico) e 6 anos (quadro à direita), 1984 a 2013, ambos os sexos.....	83
Figura 51. Distribuição percentual das Doenças (Transmissíveis) de Notificação Obrigatória (DNO) por grandes grupos, Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2015-2018.....	84
Figura 52 Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de notificação de tuberculose em Portugal, 2000-2019.....	84

Figura 53. Evolução do número de novos casos de Infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) por ano (em cima à esquerda), por ano e sexo (em baixo à esquerda) e por ano e grupo etário (em baixo à direita) em Portugal, 1983-2018; evolução do número de novos casos de infeção pelo VIH e de SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) por ano (em cima à direita) em Portugal, 1983-2018.....	86
Figura 54. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade com pelo menos uma limitação (incapacidade) motora (à esquerda) ou sensorial (à direita) autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019, total, por sexo e por grandes grupos etários.....	87
Figura 55. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o emprego.....	88
Figura 56. DALYs (por 100.000 habitantes) atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, ambos os sexos, em Portugal, 2019.....	89
Figura 57. DALYs atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, por sexo, em Portugal, 2019.....	90
Figura 58. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (à direita).....	91
Figura 59. Distribuição percentual das pessoas sós em Portugal, por grupo etário e por sexo, 2011.....	93
Figura 60. Evolução do índice de Gini em Portugal, 2003-2018.....	94
Figura 61. Distribuição percentual da população por itens de privação, material, em Portugal 2019-2020.....	95
Figura 62. Taxa (%) de desemprego da população com 15 a 74 anos, em Portugal e União Europeia, 2011-2020.....	95
Figura 63. Taxa (%) de desemprego por grupo etário (à esquerda) e por sexo (à direita), em Portugal, 2011-2020.....	95
Figura 64. Taxa (%) de variação anual do PIB real <i>per capita</i> , Portugal e UE, 2010-2020.....	96
Figura 65. Prevalência (%) de Insegurança Alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa, em Portugal e NUTS II, 2015-2016.....	96
Figura 66. Ordenação dos principais fatores de risco de morte prematura (YLLs) e variação percentual, por fator, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLLs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019.....	97
Figura 67. Prevalência (%) de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do estudo COSI Portugal, 2008 a 2019.....	99
Figura 68. Prevalências (%) ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D) de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019.....	101
Figura 69. Prevalências (%) de início de consumos com idade igual ou inferior a 13 anos, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019.....	101
Figura 70. Prevalências de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, no Continente (Portugal), 2015 e 2019.....	103
Figura 71. Evolução da proporção (%) de utentes inscritos com médico de família no Continente (Portugal), 2010-2020.....	109
Figura 72. Número de óbitos por todas as causas e por COVID-19 e proporção (%) de óbitos por COVID-19, em Portugal, em Portugal, entre a 10ª semana de 2020 e a 15ª semana de 2021.....	113
Figura 73. Incidência cumulativa (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19 por município, em Portugal, entre 12-04-2020 e 05-05-2021.....	114
Figura 74. Projeções da recuperação do PIB nos países da OCDE, 2021.....	115
Figura 75. Objetivos mais diretamente relacionados com a saúde (segundo o IHME) e <i>SDG Index score</i> , em Portugal, 2017 (à esquerda) e evolução do <i>SDG Index score</i> entre 1990-2017 e projeção para 2030 (à direita), em Portugal.....	116
Figura 76. GAPFRAME <i>score</i> e resultados da monitorização das dimensões de sustentabilidade, em Portugal, 2016.....	117

Figura 77. Distribuição espacial do Índice de Privação Europeu para pequenas áreas, em Portugal (A: grupos de blocos censitários; B: Freguesias; C: Municípios), 2011.....	119
Figura 78. Distribuição espacial do Índice de Saúde da População para os municípios do Continente, 2011.....	120
Figura 79. Representação gráfica das necessidades de saúde da população em Portugal, por grandes grupos de problemas de saúde e por grupos de determinantes de saúde, e os cinco pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.....	132
Figura 80. Necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde de elevada magnitude, e respetivos determinantes de saúde.....	133
Figura 81. Necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde de baixa ou nula magnitude mas elevado potencial de risco, e respetivos determinantes de saúde.....	134
Figura 82. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por todas as causas de morte, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	139
Figura 83. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por todas as causas de morte, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	140
Figura 84. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho circulatório, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	141
Figura 85. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	142
Figura 86. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	143
Figura 87. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	144
Figura 88. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	145
Figura 89. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumores malignos, todas as idades, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	146
Figura 90. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumores malignos, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	147
Figura 91. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	148
Figura 92. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	149
Figura 93. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	150
Figura 94. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	151
Figura 95. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	152
Figura 96. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	153
Figura 97. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	154
Figura 98. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	155

Figura 99. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por causas externas, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	156
Figura 100. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por causas externas, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	157
Figura 101. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por diabetes <i>mellitus</i> , todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	158
Figura 102. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por diabetes <i>mellitus</i> , em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	159
Figura 103. Taxa (por 100.000 habitantes) bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes <i>mellitus</i> e doenças crónicas respiratórias, dos 30 aos 70 anos, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	160
Figura 104. Taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de tuberculose, todas idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	161
Figura 105. Taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH), todas idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030.....	162

Índice de Quadros

Quadro 1. Estimativas da população residente em Portugal, distribuição por sexo e grupo etário, 2019.....	43
Quadro 2. Evolução de indicadores de natalidade em Portugal, 2011-2019	50
Quadro 3. Evolução de indicadores de mortalidade em Portugal, 2011-2019.....	51
Quadro 4. Evolução dos óbitos infantis e componentes em Portugal, 2011-2019	57
Quadro 5. Evolução dos indicadores de mortalidade infantil e componentes em Portugal, 2011-2013 a 2018-2020.....	80
Quadro 6. Crescimento médio anual (%) a 15 anos e a 5 anos da incidência de tumores malignos selecionados, em Portugal, 2002-2017 e 2012-2017	93
Quadro 7. Posição religiosa segundo o estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal e os Censos 2011	94
Quadro 8. Indicadores de privação material na população total em Portugal, 2017-2020.....	106
Quadro 9. Proporção (%) de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais nas regiões NUTS II, 2011-2019	109
Quadro 10. Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído por Administração Regional de Saúde, no Continente (Portugal), 2010-2020	110
Quadro 11. Proporção (%) de nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado por local de residência da mãe, nas regiões NUTS II, 2011-2020	122
Quadro 12. Desigualdades em saúde em Portugal: destaques da mortalidade	123
Quadro 13. Desigualdades em saúde em Portugal: outros destaques	125
Quadro 14. Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por ordem de prioridade	126
Quadro 15. Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos <i>stakeholders</i> da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por grau de impacte da pandemia de COVID-19	139
Quadro 16. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por todas as causas de morte, todas as idades, em Portugal, para 2030	140
Quadro 17. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por todas as causas de morte, por sexo, em Portugal, para 2030.....	140
Quadro 18. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho circulatório, todas as idades, em Portugal, para 2030	141
Quadro 19. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	142
Quadro 20. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, em Portugal, para 2030.....	143
Quadro 21. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, todas as idades, em Portugal, para 2030	144
Quadro 22. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, em Portugal, para 2030.....	145
Quadro 23. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumores malignos, todas as idades, por sexo, em Portugal, para 2030	146
Quadro 24. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumores malignos, por sexo, em Portugal, para 2030.....	147
Quadro 25. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de	

mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, por sexo, em Portugal, para 2030.....	148
Quadro 26. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, por sexo, em Portugal, para 2030	149
Quadro 27. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	150
Quadro 28. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, em Portugal, para 2030.....	151
Quadro 29. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	152
Quadro 30. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, para 2030.....	153
Quadro 31. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	154
Quadro 32. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, em Portugal, para 2030	155
Quadro 33. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por causas externas, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	156
Quadro 34. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por causas externas, em Portugal, para 2030.....	157
Quadro 35. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por diabetes mellitus, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	158
Quadro 36. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada por diabetes mellitus, em Portugal, para 2030.....	159
Quadro 37. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crónicas respiratórias, dos 30 aos 70 anos, em Portugal, para 2030.....	160
Quadro 38. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de tuberculose, todas as idades, em Portugal, para 2030.....	161
Quadro 39. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH), todas idades, em Portugal, para 2030.....	162
Quadro 40. Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal.....	169
Quadro 41. Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco fixados para 2030, em Portugal.....	171
Quadro 42. Alguns mecanismos de suporte da implementação das Estratégias de Intervenção.....	175
Quadro 43. Seleção de estratégias de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas.....	180

Quadro 44. Plano de Monitorização e Avaliação.....	195
Quadro 45. Objetivos de comunicação.....	201
Quadro 46. Propósitos do PNS 2021-2030 e Objetivos de Comunicação.....	201
Quadro 47. Públicos-alvo do PNS 2021-2030.....	202
Quadro 48. Mix de comunicação.....	203
Quadro 49. Etapas/Outputs (ações) de comunicação.....	205

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
APA – Agência Portuguesa do Ambiente
ARS – Administração Regional de Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CA – Comissão de Acompanhamento
CE – Causas Externas
CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional
CECS – Centro de Estudos Comunicação e Sociedade
COSI – *Childhood Obesity Surveillance Initiative*
CPOD – Índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CTH – Consulta a Tempo e Horas
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DALY – *Disability Adjusted Life Years*
DAR – Doenças do Aparelho Respiratório
DC – Dor Crónica
DGS – Direção-Geral da Saúde
DNT – Doenças Não Transmissíveis
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DSS – Diagnóstico de Situação de Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECATD/CAD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências
e.g. – *exempli gratia*
EHIS – *European Health Interview Survey*
EI – Estratégias de Intervenção
ESPAD - *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*
EV – Esperança de Vida
HBSC – *Health Behaviour in School aged Children*
HTA – Hipertensão Arterial
I&D – Investigação e Desenvolvimento
IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INES – Índice de Saúde da População
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.
INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico
IRP – Identidades Religiosas em Portugal
ISF – Índice Sintético de Fecundidade
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MS – Ministério da Saúde

NHP – *National Health Plan*
NS – Necessidades de Saúde
NV – Nados-Vivos
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS – Organização Mundial da Saúde
ORS – Observatórios Regionais de Saúde
OT – Óbitos totais
PA – Plano de Atividades
PIB – Produto Interno Bruto
P30D – Prevalência nos últimos 30 dias
PLV – Prevalência ao longo da vida
P12M – Prevalência nos últimos 12 meses
PRR – Plano de Recuperação e Resiliência
PSN – Programa de Saúde Nacional
PT - Portugal
RA – Região Autónoma
RH – Recursos Humanos
SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SNC – Sistema Nervoso Central
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TBN – Taxa Bruta de Natalidade
TM – Tumores Malignos
TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UE – União Europeia
UM – Universidade do Minho
USF – Unidade de Saúde Familiar
VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
YLD – *Years Lived with Disability*
YLL – *Years of Life Lost*

Nota Prévia

“É preciso aprender a navegar num mar de incertezas, entre arquipélagos de certezas”

*Edgar Morin
(in “Os sete saberes para a educação do futuro”)*

Pela primeira vez, o Plano Nacional de Saúde em Portugal é traçado para uma década.

Num mundo acelerado e em rápida mudança, num mundo de “modernidade líquida” em que, citando Zygmunt Bauman (2000), vamos tendo “a crescente convicção de que a mudança é a única coisa permanente e a incerteza a única certeza”, planear é mais que um desafio, é um arrojo.

Num mundo em que as relações parecem dar lugar às meras “conexões” determinadas pelos interesses e afinidades do momento, planear implica ter a capacidade de ir além das “conexões da rede”; implica ter a capacidade de as transformar em verdadeiras “relações”, isto é, em partilha, compromisso e um caminho comum.

É esse, na sua essência, o desafio do Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Um desafio que decorre dos desafios demográficos e epidemiológicos que se colocam hoje na nossa sociedade, em termos do estado atual de saúde e dos seus determinantes, sejam eles ambientais, biológicos, comportamentais ou sociais, relacionados com o sistema de saúde, ou, ainda, virtuais e digitais. Um desafio, contudo, ancorado em algumas certezas:

A certeza de que uma vida mais longa e saudável é um objetivo da sociedade e uma expectativa pessoal (Kickbusch, I. 2004).

A certeza de que ações intersectoriais que envolvem múltiplos parceiros, potenciando forças sinérgicas, terão a capacidade de colocar a saúde em todos os sectores da sociedade e todos os setores da sociedade na saúde.

A certeza de que não há compromisso sem participação, nem participação sem partilha da informação e do conhecimento.

A certeza de que vivemos num mundo complexo, mas que a ciência nos ajuda a compreendê-lo e a sustentá-lo, no paradigma do desenvolvimento sustentável, potenciando a equidade, a inclusão social, a paz e o entendimento global.

A certeza para a qual o compromisso com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: Transformar o nosso Mundo nos remete, de que a saúde não pode ser encarada isoladamente, já que é simultaneamente determinante e determinada.

A certeza de que, no âmbito das interfaces do sistema de saúde, mas também das interfaces entre a saúde e os demais setores, temos, enquanto sociedade, de ser capazes de caminhar da cooperação (conexão limitada e de baixa intensidade) para a colaboração (totalmente conectada e de alta intensidade).

A certeza de que, sem *deixar ninguém para trás*, a saúde que construímos hoje não pode pôr em causa as gerações futuras, e de que o Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é *de tod@s*, e tem que ser implementado *por tod@s e para tod@s*.

Maria da Graça Freitas

Diretora Geral da Saúde
Coordenadora do Plano Nacional de Saúde



Sumário Executivo

Sumário Executivo

O **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030** é o primeiro a abranger uma década no seu horizonte temporal e a ter a **saúde sustentável** como foco principal, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas. A sua elaboração foi influenciada pelo advento, em 2020, da pandemia de COVID-19 em Portugal, cujos contornos e impacte não são, ainda, completamente conhecidos e compreendidos.

A atual **Lei de Bases da Saúde**, mais precisamente na **Base IV**, define como um dos principais fundamentos da política de saúde o Plano Nacional de Saúde, bem como os Planos de Saúde Regionais e Locais, segundo uma abordagem de saúde pública, definindo como prioritário o investimento na melhoria do planeamento e avaliação em saúde em Portugal.

O **PNS 2021-2030** é, mais do que um documento, um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance de objetivos de saúde sustentável para Portugal, visando, entre outros, a **redução das iniquidades em saúde**.

São mundialmente reconhecidos os **sucessos** de Portugal na área da saúde, nomeadamente, no que diz respeito às doenças evitáveis pela vacinação, à mortalidade materna, à mortalidade infantil e à evolução da esperança de vida, entre outros. E, apesar dos ganhos em saúde obtidos na última década, quer na área das doenças não transmissíveis (como em algumas das doenças do aparelho circulatório e das doenças crónicas do fígado), quer na das transmissíveis [como a infeção por vírus da imunodeficiência humana e a síndrome de imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA)], os **problemas de saúde de maior magnitude** que **Portugal** terá de enfrentar nesta década são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos, que continuam a ser as principais causas de **morte prematura** no País. Considerando, ainda, a carga de doença e incapacidade, surgem as doenças respiratórias (como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica), as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo (como as artroses da anca e do joelho, e a dor crónica lombar ou cervical, entre outros), as doenças neurológicas (como a doença de Alzheimer e outras demências), a diabetes *mellitus*, os transtornos mentais e do comportamento (como a depressão e a ansiedade) e as doenças dos órgãos dos sentidos (como as perturbações da audição e da visão). A tuberculose e a infeção por VIH são, também, de considerar, pois, embora de incidência decrescente, apresentam, ainda, magnitude relevante.

O foco do PNS 2021-2030 na **saúde sustentável**, tendo como pano de fundo os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030**, exige, contudo, **uma nova tipologia**, mais abrangente e inclusiva, **de problemas de saúde**, que não se foca apenas nos

problemas de elevada magnitude (como os já mencionados), mas também nos **problemas atualmente de baixa ou nula magnitude, mas elevado potencial de risco** se as intervenções que se têm demonstrado efetivas forem descontinuadas ou diminuídas (como a mortalidade materna e doenças transmitidas pela água, entre outros), **ou com potencial de risco em ascensão** devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância [como os problemas associados às alterações climáticas, por exemplo, algumas das infeções transmitidas por vetores (febre amarela, infeções pelo vírus zika, dengue, malária, entre outras) e as infeções virais com potencial pandémico; a mortalidade evitável associada ao calor e ao frio extremos; e as emergências em saúde pública, como as catástrofes naturais].

Num contexto de complexidade e incerteza crescentes, as respostas aos **problemas de saúde** exigem modelos de planeamento e intervenção mais plásticos, e que tomem em linha de conta a multidimensionalidade dos problemas de saúde e seus **determinantes**, que formam verdadeiras **constelações**, com múltiplas interações e relações de interdependência e potenciação.

O **modelo** que se encontra subjacente ao Plano Nacional de Saúde 2021-2030, de natureza trans e multisectorial, e multinível, abre, também, desde o início da sua elaboração, o **caminho para a implementação**, ao envolver num **processo de cocriação mais de cem stakeholders**, representando diferentes sectores e a sociedade civil, do nível nacional ao subnacional, desde a identificação e priorização dos problemas e necessidades de saúde, até à seleção das melhores estratégias de intervenção, rumo à **saúde sustentável, de tod@s para tod@s**.

Assim, o PNS 2021-2030 partiu da elaboração de um **diagnóstico holístico e profundo da situação de saúde** da população em Portugal, que permitiu identificar os problemas de saúde e respetivos determinantes, bem como as **necessidades de saúde**, processo no qual foram integradas as perceções e expectativas dos *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030. De acordo com os **princípios do desenvolvimento sustentável** e com o já descrito, foram colocadas num **mesmo patamar de relevância para a intervenção** as necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada e de baixa magnitude, incluindo as doenças não transmissíveis e as transmissíveis, que necessitam, cada vez mais, de uma **abordagem integrada**. No que respeita às necessidades de saúde por **determinantes de saúde**, para além dos fatores biológicos, comportamentais e ambientais, foi possível destacar, com elevada preponderância, os fatores relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, os económicos, e os demográficos e sociais.

Com base nos problemas identificados foram consultados peritos e **efetuadas projeções** e uma **análise prognóstica**, que (embora com uma relevante margem de incerteza, tendo em consideração a evolução e impacte ainda não esclarecidos da pandemia de COVID-19) fundamentam os objetivos de saúde propostos para 2030. Decorrentes das necessidades de saúde identificadas, foram propostas grandes linhas de orientação estratégica e selecionadas **estratégias de intervenção** específicas a **serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade**, da saúde e externos à saúde, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo local), com base nos referenciais nacionais e internacionais, bem como na consulta efetuada às equipas dos Programas de Saúde Nacionais, na qualidade de peritos, e aos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030. Foram, ainda, identificados **mecanismos de suporte** considerados fundamentais para a sua implementação, desde o sistema de informação, a comunicação e a investigação, até aos recursos humanos, financiamento, planeamento e governação em saúde; e efetuadas **recomendações** para a implementação do PNS.

*Entre desafios e oportunidades, o **PNS 2021-2030** apresenta-se, assim, desde a conceção até à implementação, como um **instrumento essencial** a ser utilizado em Portugal para o alcance, até 2030, de mais e melhor “**Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s**”, reconhecendo que esse é o caminho que permite **harmonizar as necessidades de saúde e as necessidades de recuperação e de desenvolvimento social, económico e humano, preservando o planeta, num contexto de incerteza e complexidade crescentes, quer em Portugal, quer no Mundo Global, a curto, médio e longo prazo.***

Foi traçado um **Plano de Monitorização e Avaliação** e um **Plano de Comunicação** estratégica do PNS 2021-2030, do qual são apresentados os principais destaques.

Executive Summary

The **National Health Plan (NHP) 2021-2030** is the first to cover a decade in its time horizon and to have **sustainable health** as its main focus, in line with the United Nations 2030 Agenda for Sustainable Development. Its elaboration was influenced by the advent, in 2020, of the COVID-19 pandemic in Portugal, whose contours and impact are not yet fully known and understood.

The current **Health Basis Law**, more precisely in **Basis IV**, defines as one of the main foundations of the health policy the National Health Plan, as well as the Regional and Local Health Plans, according to a public health approach, defining as a priority investment **improving health planning and evaluation in Portugal**.

The NHP 2021-2030 is more than a document, it is a participatory, co-creative, structured and integrative **process** that, based upon the joint identification of the main health needs and expectations of the population residing in Portugal, selects the most appropriate intervention strategies, with a view to achieving sustainable health goals for Portugal, aiming, among others, at **reducing health inequities**.

Portugal's health **successes** are recognized worldwide, namely with regard to vaccine-preventable diseases, maternal mortality, infant mortality and the evolution of life expectancy, amongst others. And, despite the health gains obtained in the last decade, both in the area of non-communicable diseases (such as some of diseases of the circulatory system and of chronic liver diseases) and in the communicable ones (such as the human immunodeficiency virus infection and the acquired immunodeficiency syndrome [HIV/AIDS]), the **health problems of the greatest magnitude** that **Portugal** will have to face in this decade are diseases of the circulatory system and malignant tumors, which continue to be the main causes of **premature death** in the country. Also considering the burden of disease and disability, come up as of concern, the respiratory diseases (such as Chronic Obstructive Pulmonary Disease), musculoskeletal and connective tissue diseases (such as arthrosis of the hip and of the knee, and chronic lumbar or cervical pain, among others), neurological diseases (such as Alzheimer's and other dementias), diabetes *mellitus*, mental and behavioral disorders (such as depression and anxiety) and diseases of the sense organs (such as hearing and vision disorders). Tuberculosis and HIV infection are also to be considered, as, although decreasing in incidence, still present a relevant magnitude.

The focus of the NHP 2021-2030 on **sustainable health**, with the Sustainable Development Goals (SDGs) to be achieved by 2030 on the background, requires, however, **a new**, more comprehensive and inclusive **typology of health problems**, which does not focus only on **problems of high**

magnitude (such as those already mentioned), but also on **problems currently of low or nule magnitude and with a high risk potential** if interventions that have been shown to be effective are discontinued or reduced (e.g. maternal mortality and water borne diseases), **or with a risk potential on the rise** due to the increase in the intensity or prevalence of highly relevant determinants (such as problems associated with climate change, e.g. some of the infections transmitted by vectors [yellow fever, infections by the zika virus, dengue and malaria, among others] and viral infections with pandemic potential; avoidable mortality associated with extreme temperatures; and public health emergencies, such as natural disasters).

In a context of increasing complexity and uncertainty, **responses to health problems** require more flexible planning and intervention models, which also take into account the multidimensionality of health problems **and their determinants**, which form true *constellations*, with multiple interactions and relationships of interdependence and enhancement.

The **model** that underlies the 2021-2030 National Health Plan, of a trans and multisectoral, and multilevel nature, also **paves the way for implementation** from the beginning of its elaboration, by involving **more than a hundred stakeholders in a co-creation process**, representing different sectors and the civil society, belonging to the national and subnational levels, from the identification and prioritization of health problems and needs, to the selection of the best intervention strategies, towards *sustainable health, from all to all*.

Thus, the NHP 2021-2030 started with the elaboration of a holistic and in-depth **diagnosis of the health situation of the population in Portugal**, which made it possible to unveil inequalities and identify health problems and their determinants, as well as **health needs**, a process in which the perceptions and expectations of the stakeholders belonging to the NHP's Monitoring Commission were also integrated. In accordance with the **principles of sustainable development** and the NHP's model, health needs due to high and low magnitude health problems, including non-communicable and communicable diseases, which need increasingly **an integrated approach**, were placed on **the same level of relevance to the intervention**. With regard to health needs due to health determinants, in addition to biological, behavioral and environmental factors, it was possible to highlight, with high relevance, factors related to the health system and health care, as well as economic, demographic and social ones.

Based on the identified problems, experts were consulted, and **projections and a prognostic analysis** were carried out, which (still with an important margin of uncertainty, considering the evolution and impact of the COVID-19 pandemic not yet clarified) underpin the proposed health objectives for 2030.

According to the identified health needs and goals, **broad strategic guidelines were proposed and specific strategies for intervention were selected** to be implemented by **the whole of society and the whole of government** and not only by the health sector or the health ministry, **at the national and subnational (especially local) levels**. These were based upon national and international references and guidelines, as well as the consultation carried out with the National Health Programs' experts, and with all the stakeholders of the NHP's Monitoring Committee.

Several **support mechanisms** considered essential for the implementation of the selected strategies were also identified, including the health information system, communication, innovation and research, human resources, financing, health planning and governance, among others; and **recommendations** were made for the implementation of the NHP.

A **Monitoring and Evaluation Plan** and a **Strategic Communication Plan** for the NHP 2021-2030 were also put in place.

*Between challenges and opportunities, the NHP 2021-2030 presents itself, from conception to implementation, as **an essential instrument** to be used in Portugal to achieve, by 2030, more and better **“Sustainable Health: from all to all”**, recognizing that this is the way to **harmonize health needs and the needs for recovery and social, economic and human development**, preserving the planet, in a context of growing uncertainty and complexity, both in Portugal and the Global World, on the short, medium and long term.*



1. Introdução

1. INTRODUÇÃO

Compete à **Direção-Geral da Saúde** (DGS) a coordenação nos domínios do planeamento estratégico em saúde e, especificamente, nos termos do nº 1 do Decreto-Lei 124/2011, de 29 de dezembro, assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde (PNS), sendo a sua coordenação atribuída, pelo Despacho 728/2014, de 16 de janeiro, ao Diretor-Geral da Saúde.

Importa começar por recordar os antecedentes históricos, em termos dos **principais marcos do planeamento nacional em saúde**, designadamente:

- o documento “**Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)**” (1), divulgado em 1999 e que orientava as intervenções a realizar pelo Sistema Nacional de Saúde até 2002. Lançando o paradigma “O cidadão no Centro do Sistema”, esta foi a primeira tentativa do Ministério da Saúde em definir uma estratégia abrangente para a obtenção de ganhos em saúde;
- o **primeiro Plano Nacional de Saúde (em 2004)** (2), com o horizonte de 2010, que se assumia como um guia para a ação, orientado por prioridades e com *metas* quantificadas. A concretização do PNS passaria pela implementação gradual de Programas de índole nacional (em número de 40), recomendando-se, contudo, a necessidade de uma melhor coordenação entre programas, que deveriam ser modelados numa lógica de gestão integrada da doença;
- o **Plano Nacional de Saúde** agora cessante, inicialmente com o horizonte **2012-2016** (3), que posteriormente sofreu uma extensão até 2020. Assente em quatro eixos estratégicos (Cidadania, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados, Qualidade e Políticas Saudáveis), a meio do seu percurso (em 2014) alinou-se com os objetivos a 2020 da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da estratégia de saúde europeia.

Pelo Despacho 13/2019, de 19 de julho, foi criada a “**Estrutura PNS 2021-2030**”, apoiada por um “**Conselho Consultivo** para a elaboração e execução do PNS 2021-2030” e por uma “**Comissão de Acompanhamento** da elaboração e execução do PNS 2021-2030” de natureza multisectorial¹, a qual tem vindo a participar nas várias etapas de elaboração do Plano e deverá permanecer para além da mesma, num processo de participação e corresponsabilização social para a Saúde Sustentável, que garanta a sua efetiva implementação.

A atual **Lei de Bases da Saúde** (4), mais precisamente na Base IV, define como um dos principais

¹ O início do processo de elaboração do PNS 2021-2030 foi assinalado com a realização do Seminário multisectorial sobre o tema “Saúde e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Desafios para uma Década”, em outubro de 2019, cujo relatório pode ser acedido no *site* do PNS 2021-2030.

fundamentos da política de saúde o Plano Nacional de Saúde, bem como os Planos Regionais e Locais de Saúde, segundo uma abordagem de saúde pública, definindo como prioritário o investimento na melhoria do planeamento e avaliação em saúde em Portugal.

Os Termos de Referência para o processo de construção e implementação do PNS 2021-2030

(5) afirmam claramente que o PNS é, mais do que um documento, um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador. É, também, um processo multinível, envolvendo os níveis nacional e subnacional, de âmbito inter e multisectorial, que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance de objetivos de saúde sustentável para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde.

Para o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, para além do alinhamento com o referencial dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), foi adotada a **metodologia do planeamento estratégico em saúde de base populacional**, considerando-se que o planeamento integrativo, intersectorial e multidisciplinar, intersetando as dimensões ambiental, social e económica, e desenvolvido aos níveis nacional e subnacional, seria facilitador da seleção e implementação de estratégias de desenvolvimento sustentável (6).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (7) definiu as bases para a construção de uma política / estratégia coerente para o desenvolvimento sustentável. O PNS 2021-2030 reflete, na sua conceção e prática, esses princípios, nomeadamente: a ação conjunta de todas as partes interessadas (toda a sociedade e todo o governo); o envolvimento transversal das áreas política, social, económica e ambiental; e o envolvimento de todos os níveis, do nacional ao local², entre outros.

O processo de elaboração do PNS 2021-2030 tem vindo a ser acompanhado pela Organização Mundial da Saúde - Europa, desde as suas primeiras etapas, e, pelo seu carácter inovador e relevante, foi incluído, enquanto “Estudo de Caso”, no Guia recentemente publicado: *E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development - Resources and tools for policy development and implementation*³(p. 212) (8).

Assim, o PNS 2021-2030 é o primeiro a abranger **uma década** no seu horizonte temporal e a ter a **saúde sustentável** como o seu foco principal, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas.

² Recorde-se, já em 2019, o envolvimento precoce das Equipas de Planeamento local e regional em saúde no *Workshop* “Planeamento Subnacional para a Saúde Sustentável”.

³ *WHO/Europe | Sustainable Development Goals - E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development (2021)*

Importa salientar, pelas consequências não só para a saúde da população, como também para o próprio processo de planeamento em saúde, que esta década será marcada por vários **desafios** importantes, que se colocam, desde já, a Portugal, à Europa e ao Mundo Global, nomeadamente:

- a **recuperação** social, económica e de saúde, segundo o mote “melhor e mais justa” (“*better and fairer*”), ao mesmo tempo que se continua a ter de dar resposta à pandemia de COVID-19 (*Coronavirus Disease 2019*⁴) e suas consequências;
- a **crise climática**, sobretudo relacionada com o aquecimento global, com profundas implicações nos ecossistemas humano e animal, a demonstrar a interdependência dos países (“para o bem e para o mal”), a urgência de ações rápidas e determinadas, e abordagens integradas, como é o caso da *One Health*;
- a **crise energética**, a colocar já em causa cadeias logísticas de abastecimento, o normal funcionamento da economia e da indústria, bem como o acesso das populações a bens considerados essenciais;
- o **agravamento das desigualdades sociais**, que se tornaram mais visíveis por força, quer da crise pandémica, quer das outras crises, a exigir medidas e intervenções diferenciadas nas populações ou grupos da população social e economicamente mais vulneráveis;
- as **sindemias**, ou seja, a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde e o contexto social e económico das populações, cujo exemplo recente é a pandemia de COVID-19, interagindo e agrupando-se com um conjunto de doenças não transmissíveis, dentro de grupos sociais e de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados nas nossas sociedades;
- a **crise de valores e de confiança** nos sistemas políticos vigentes e na sua capacidade para lidarem com os principais desafios da década, abrindo a porta à proliferação e crescimento de movimentos extremistas e à radicalização da sociedade.

Mas, a par dos desafios surgem, também, **oportunidades**, das quais destacamos:

- o **reforço das redes formais e informais de suporte social**, do nível global, ao nível local, por exemplo, a nível mais “macro” e mais próximo de Portugal, a resposta conjunta da União Europeia (UE) à crise social e económica, através de diversos mecanismos, por forma a assegurar a estabilidade financeira dos Estados-Membros, e, a nível local (“micro”), a identificação de idosos sós, com o acionamento de correntes de entajuda, nomeadamente, durante os períodos de confinamento decorrentes da resposta à pandemia de COVID-19;
- a **transição climática** (englobada na transição ecológica), acelerada também pela perceção de que o aumento da frequência das emergências em saúde pública (incluindo as pandemias) terá

⁴ Doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2

a montante o aquecimento global, a degradação do meio ambiente e a destruição dos *habitats*, que levam a um aumento da interação entre o ser humano e os hospedeiros/reservatórios animais, fatores estes ainda associados de um modo “sindémico” a questões socioeconómicas, como sejam a pobreza e a sobrepopulação;

- a **transição digital**, acelerada pelo impulso da pandemia, salvaguardando, contudo, o eventual agravamento das desigualdades, quer por diferente acesso da população aos recursos digitais, quer por diferente literacia digital;
- a **inovação, a cocriação e o trabalho de intensa colaboração da comunidade científica**, também impulsionados pela pandemia, que permitiram, por exemplo, o desenvolvimento de vacinas contra a COVID-19 num curtíssimo espaço de tempo, o que nunca antes tinha sido possível;
- a existência de uma **Agenda para o Desenvolvimento Sustentável**, também ela até **2030**, operacionalizada pelos seus 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a qual o Secretário-Geral das Nações Unidas recomendou que os países utilizassem como **roteiro** para a recuperação, e como uma oportunidade para a **redução da pobreza e das desigualdades**.

Entre desafios e oportunidades, o PNS 2021-2030 apresenta-se, desde a conceção até à implementação, sobretudo, como um **instrumento** a ser utilizado em Portugal para o alcance, até 2030, de **“Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s.”**



2. Metodologia

2. METODOLOGIA

2.1. Aspectos Gerais

Planejar em saúde deve ser parte de planejar para o desenvolvimento sustentável. O planejamento em saúde sustentável traz novos desafios aos processos e metodologias de planejamento. Planejar no contexto dos ODS implica que todas as instituições, em todos os países, devem atuar em colaboração, em parceria e em intersectorialidade. Isso requer a valorização da participação das pessoas e das organizações da sociedade civil em parcerias, com envolvimento de todos os parceiros com interesse nos ODS, relacionados direta ou indiretamente com a saúde.

Portanto, o processo de elaboração do PNS 2021-2030:

- a. Segue o modelo lógico do planejamento estratégico em saúde de base populacional, sendo os seus principais componentes apresentados na Figura 1.



Figura 1. Componentes de um Plano Estratégico de Saúde de base populacional

Fonte: Garcia AC, Felício MM, Teixeira C; 2010

Este modelo, representado sob a forma de um ciclo (Figura 2), destaca não só a sequência lógica entre as etapas fundamentais do processo, como outros componentes essenciais, designadamente o seu elemento-chave, as Pessoas (individuais ou coletivas) e a sua Participação e Compromisso em todas as etapas.

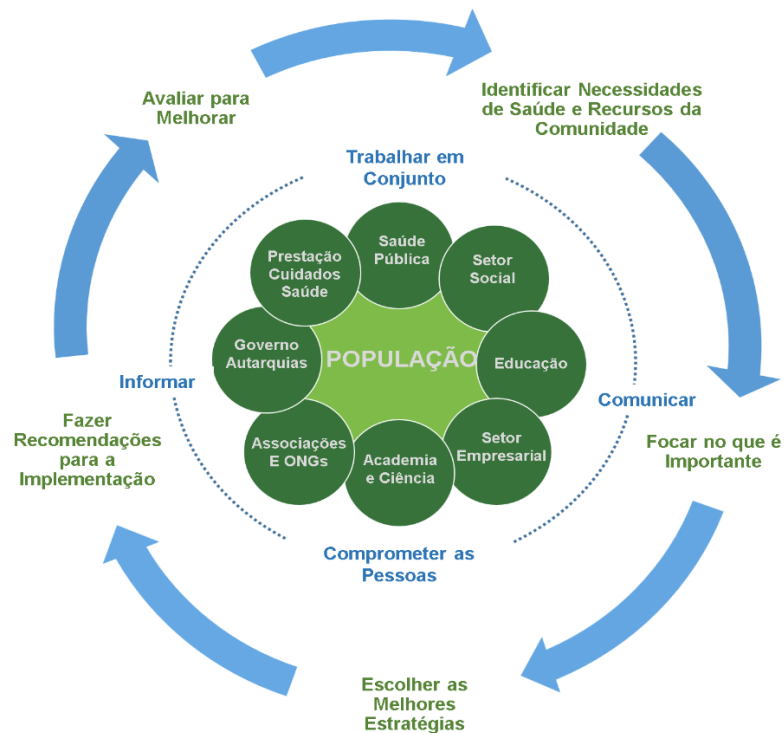


Figura 2. Ciclo do Planejamento Estratégico em Saúde de base populacional

Fonte: adaptado, para o planejamento estratégico em saúde de base populacional, de *Institute of Population Health. County Health Rankings. University of Wisconsin*, 2014

A opção por este modelo prende-se com três tipos de razões:

- ✓ **de natureza metodológica** – é um modelo lógico, que assenta numa base epidemiológica, mas que vai para além desta, permitindo, em todas as suas etapas e através de métodos e técnicas adequados, integrar a visão, os contextos, as necessidades, as expectativas e as experiências de saúde dos diferentes *stakeholders*, o que está de acordo com as recomendações de Nigel Crisp (2017) (9) que, ao destacar alguns fatores que podem interferir com a efetividade do processo de planeamento em saúde, conclui afirmando que é necessário uma “nova forma de pensamento e de comportamento” para os planeadores da saúde, adequada a um contexto de incerteza e elevada complexidade;
- ✓ **de natureza social** – sem prejuízo da necessária coordenação técnica, é um modelo *democrático*, pois privilegia, em todas as suas etapas, desde o diagnóstico à seleção das estratégias de intervenção e às recomendações, a partilha de informação e a valorização da participação de todos os *stakeholders*, portanto, da ação intersectorial, transformando este processo numa *cocriação* com o potencial de intersetar os domínios social, económico e ambiental, os três pilares do desenvolvimento sustentável, por forma a alcançar os ODS (10);

- ✓ **de natureza operativa** – é um modelo que, ao privilegiar o *processo* relativamente ao seu *produto instrumental* (o documento do PNS), vai envolvendo e comprometendo aqueles que serão os responsáveis pela implementação do PNS através de ações concretas; é um modelo aplicável, quer ao nível nacional, quer ao nível subnacional, com especial enfoque no nível local, onde, desejavelmente, a situação de saúde das populações melhora e as iniquidades em saúde se reduzem (11).
- b. Assenta numa **forte base de evidência** nacional e internacional, como se pode observar no capítulo que descreve os principais resultados da etapa do Diagnóstico de Situação de Saúde.
- c. Faz, para além de um diagnóstico, alguns **prognósticos de saúde da população, a 2030**.
- d. Utiliza uma **abordagem metodológica mista**, que possibilita a recolha e integração de dados de natureza quantitativa e qualitativa permitindo, assim, conhecer e incluir a(s) perceção(ões) das diferentes partes interessadas (*multistakeholders*) sobre as principais necessidades e expectativas de saúde da(s) população(ões) e, como tal, apoiar a definição de objetivos com significado para as partes envolvidas, bem como a escolha das estratégias mais adequadas e operacionalizáveis para as mesmas.
- e. **Valoriza e integra**, quer o processo de identificação de necessidades e expectativas de saúde, não esquecendo as iniquidades em saúde, de **nível nacional**, sob a coordenação da DGS, quer o de **nível subnacional** (regional e, sobretudo, local), sob a coordenação técnica dos Departamentos de Saúde Pública das ARS (Administrações Regionais de Saúde) e das Unidades de Saúde Pública (USP) dos ACES/ULS (Agrupamentos de Centros de Saúde / Unidades Locais de Saúde), exigindo, portanto, não só um trabalho conjunto, em rede, e de alinhamento, mas também o reforço da capacidade e competências dos referidos serviços nesta área⁵.
- f. **Valoriza e integra** o contributo dos diferentes **Programas de Saúde Nacionais**, em todas as suas etapas, sobretudo, na seleção das melhores estratégias, face aos problemas e necessidades de saúde identificados e hierarquizados, bem como na formulação das recomendações para a sua implementação.
- g. Orienta-se para a **definição conjunta de objetivos e estratégias de saúde sustentável**, considerados essenciais para a concretização dos ODS, assentes nos seus cinco Ps: Pessoas, Planeta, Paz, Parcerias e Prosperidade, tal como o representado na Figura 3.

⁵ O trabalho conjunto iniciado em 2019 teve, lamentavelmente, de ser interrompido até à presente data, por força da dedicação destes serviços e profissionais de saúde ao trabalho de preparação e resposta à pandemia de COVID-19.

- h. Utiliza, ao longo de todas as suas etapas, como elemento-chave facilitador, a **comunicação estratégica em saúde**.



Figura 3. A Saúde como elemento central dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e sua concretização

Fonte: adaptado de *MSPs in Practice – Partnerschaften 2030, Germany, 2019*

2.2. Aspetos Específicos

2.2.1. Tipologia dos Problemas de Saúde

O foco do PNS 2021-2030 na saúde sustentável, tendo como pano de fundo os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a serem atingidos até 2030, exige **uma nova tipologia**, mais abrangente e inclusiva, **de problemas de saúde**, que não se foque apenas nos problemas **de elevada magnitude** (como doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos), mas também nos problemas atualmente **de baixa magnitude, mas elevado potencial de risco**. Estes últimos são de **dois subtipos**:

- i) problemas de saúde que tiveram, no passado, em Portugal, uma elevada magnitude (como, por exemplo, a mortalidade materna, a mortalidade infantil, doenças evitáveis pela vacinação e doenças transmitidas pela água, entre outras) e que, graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo, foi possível controlar, mas que, se por algum motivo o investimento nas mesmas for reduzido ou descontinuado, rapidamente podem ressurgir e voltar a assumir uma magnitude mais elevada⁶;

⁶ Uma das preocupações, durante a pandemia de COVID-19, quer devido a um redirecionamento dos recursos humanos da saúde para a respetiva resposta, quer devido às medidas de distanciamento físico, reduzindo o acesso aos serviços de saúde, foi conseguir manter a aplicação do Programa Nacional de Vacinação em todo o País e, conseqüentemente,

ii) problemas que, apesar de apresentarem atualmente uma baixa ou mesmo nula magnitude em Portugal, o respetivo potencial de risco se encontra em fase de ascensão devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, de que é exemplo o aquecimento global (associado, por exemplo, às infeções por vetores, como sejam, a febre amarela, infeções pelo vírus zika, o dengue e a malária, e às emergências em saúde pública, nomeadamente, as catástrofes naturais⁷ e as pandemias) e os conflitos armados).

A **complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes**, e suas dinâmicas de interpenetração e dependência exigem que passemos de abordagens uni ou bidimensionais dos mesmos para **abordagens multidimensionais**, quer na sua *leitura* ou análise, quer no desenho das respetivas estratégias de intervenção. Isso aplica-se, nomeadamente, às doenças transmissíveis e não transmissíveis, que exigem uma abordagem cada vez mais interdependente e integrada, como a pandemia de COVID-19 veio demonstrar, algo que, aliás, já se sabia em relação aos países de baixo rendimento, colocando em causa o próprio conceito de transição epidemiológica.

2.2.2. Saúde da População em Portugal

O diagnóstico de situação de saúde em Portugal, com um foco na **saúde sustentável**⁸, constitui a primeira etapa do processo de elaboração do PNS 2021-2030, tal como o descrito em 2.1.

Nesta etapa, através de uma caracterização demográfica inicial e de uma abordagem epidemiológica dos fenómenos de doença, incapacidade e morte, e respetivos determinantes na população, sem esquecer as desigualdades em saúde e os indicadores de **desenvolvimento sustentável**, bem como da caracterização da pandemia de COVID-19 e seu impacte na saúde da população, foram identificados pela equipa técnica do PNS 2021-2030 os **problemas de saúde** e as **necessidades técnicas de saúde**⁹ da população em Portugal, segundo a tipologia adotada. Para tal, foram utilizadas dezenas de fontes de dados e fontes documentais.

Através de uma abordagem multissetorial, de natureza predominantemente qualitativa, num processo de **cocriação** envolvendo todos os *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento (CA) do PNS 2021-2030, foi efetuada a identificação e priorização das

manter sob controlo as doenças evitáveis pela vacinação, o que, segundo o último relatório de vacinação disponível, foi conseguido.

⁷ Cada vez mais frequentes, sobretudo, por força das alterações climáticas.

⁸ O conceito de **Saúde Sustentável** tem a ver com o alcance do melhor nível de saúde e bem-estar da população, sem comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras, nem deixar ninguém para trás.

⁹ Define-se **Necessidade de Saúde** como a diferença entre o estado de saúde atual e o estado de saúde considerado desejável.

necessidades de saúde sentidas ou percecionadas. Já em contexto de pandemia de COVID-19 em Portugal, com todas as suas implicações, nomeadamente, em termos das medidas de distanciamento físico, optou-se por realizar um **inquérito por questionário online**, a ser preenchido de forma anónima pelos elementos que integram a CA do PNS 2021-2030, para a **identificação e priorização das necessidades de saúde** por si **sentidas ou percecionadas**. A partir de uma lista extensa de necessidades técnicas de saúde (de base epidemiológica), por problemas de saúde (redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e/ou de incapacidade) e por determinantes de saúde (redução dos fatores de risco e aumento dos fatores protetores), foi solicitado aos/às Comissários/as que, com base nas suas perceções, respondessem a duas questões: qual o grau de prioridade atribuído a cada uma das necessidades de saúde (NS) e em que medida as NS estão a ser ou poderão vir a ser agravadas pela pandemia de COVID-19, sendo-lhes dada, ainda, a possibilidade de adicionarem outras NS à lista apresentada.

A etapa do diagnóstico de situação de saúde foi encerrada com a **identificação e priorização final das necessidades de saúde da população** em Portugal, efetuada a partir de um processo de integração das necessidades técnicas com as necessidades sentidas (ou percecionadas) de saúde que, consonante com os princípios do desenvolvimento sustentável, coloca num mesmo patamar de relevância para a intervenção as NS por problemas de saúde de elevada e de baixa magnitude, incluindo as doenças não transmissíveis e as transmissíveis.

2.2.3. Projeções e Prognóstico

As **projeções** são estimativas de valores futuros baseadas em dados observados. Tendo em conta que alguns indicadores são, já por si, estimações com algum erro, as projeções acarretam um grau de incerteza ainda maior. Acresce o facto de, por vezes, só se encontrarem disponíveis séries históricas curtas ou séries interrompidas por mudança de métricas dos indicadores, ou, noutros casos, as mesmas não existirem de todo (sobretudo, em relação a indicadores que medem determinantes de saúde e de morbilidade). Contudo, e apesar das limitações existentes, as técnicas de projeção, quando aplicáveis, são um importante instrumento de apoio, não só para a realização de prognósticos de saúde da população, como para o apoio à quantificação dos objetivos de saúde.

Foram efetuadas **projeções para a mortalidade por todas as causas**, bem como para os **grandes grupos de causas de morte** incluídos na lista sucinta europeia de causas de morte. As projeções efetuadas utilizaram a taxa de mortalidade padronizada para a idade (TMP), de modo a controlar o efeito da diferença da estrutura etária entre populações na mortalidade (12). Foram efetuadas projeções para a **mortalidade geral** (todas as idades) e para a **mortalidade prematura** (óbitos em idade inferior a 75 anos), e desagregadas **por sexo**. Foi utilizada como fonte dos dados o Instituto Nacional de Estatística, IP (INE) e utilizada uma **série temporal** entre 1992 e 2019. Não

foram utilizados preditores, para além da própria série temporal.

Nas situações em que a evolução da mortalidade apresenta um padrão distinto entre os sexos, são apresentadas as projeções desagregadas por sexo. Esta situação verificou-se em causas de morte para as quais a prevalência de fatores de risco assume distribuições diferentes para o sexo masculino e feminino.

Em situações onde a série temporal sofreu uma **quebra de tendência** cuja explicação é conhecida (e.g. alterações no diagnóstico ou tratamento), foram omitidos os pontos anteriores à quebra. Estas situações são mencionadas na secção da causa de morte onde ocorreram.

Foram explorados **modelos** de alisamento exponencial (ETS) e modelos ARIMA. Para o ajustamento dos modelos, foram utilizados 70 a 80 % dos pontos disponíveis, sendo os restantes pontos utilizados para avaliar a acuidade preditiva dos mesmos (13).

A **seleção dos modelos** foi efetuada com base na:

- análise das medidas de erro da projeção

(ME: Mean Error; RMSE: Root Mean Squared Error; MAE: Mean Absolute Error; MPE: Mean Percentage Error; MAPE: Mean Absolute Percentage Error; MASE: Mean Absolute Scaled Error);

- inspeção visual da distribuição dos resíduos.

É fundamental expressar o nível de confiança nas estimativas das projeções através de **intervalos de predição** (*prediction intervals*), o que foi efetuado para cada projeção.

2.2.4. Fixação dos Objetivos de Saúde

Um **objetivo**¹⁰ **de saúde** é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema de saúde¹¹.

Seguindo a tipologia de problemas de saúde selecionada, foram fixados **objetivos relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude** e **objetivos relativos a problemas de saúde de baixa magnitude, mas elevado potencial de risco**.

No que diz respeito às **necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude**, no processo de fixação dos objetivos a serem alcançados até 2030, em particular, para a sua quantificação, foi utilizada uma abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa),

¹⁰ Por definição, um objetivo deve ser específico, mensurável, alcançável, realista e limitado no tempo.

¹¹ Adaptado a partir de Imperatori e Giraldes, 1993.

recorrendo aos resultados das projeções efetuadas (base de evidência quantitativa) e consulta de peritos dos Programas de Saúde Nacionais.

Sempre que relevante e tecnicamente exequível, nos casos em que se verificaram diferenças significativas por sexo, foram fixados **objetivos diferenciados** para o sexo masculino e para o sexo feminino.

No que respeita às **necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude, mas elevado potencial de risco**, foram fixados objetivos de saúde para 2030 tendo por referência o melhor valor observado em Portugal na série temporal disponível e valores de referência internacionais, principalmente, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e outros decorrentes dos ODS, designadamente, os relativos a propostas de objetivos específicos de saúde sustentável a longo prazo, calculados com base na média dos países do Mundo com melhor desempenho (14).

O amplo horizonte temporal até 2030 implica um risco não desprezível de inadequação dos objetivos formulados, pela elevada probabilidade de ocorrência de situações com potencial para influenciar de forma relevante a evolução dos problemas e determinantes de saúde. Cientes destas limitações, **os objetivos de saúde para 2030 serão revistos na primeira avaliação intercalar do PNS 2021-2030**, admitindo-se, nessa data, a sua reformulação, em função da evidência disponível.

2.2.5. Seleção das Estratégias de Intervenção

O processo de seleção das estratégias de intervenção a serem adotadas, face às necessidades de saúde identificadas, pretende identificar os processos ou técnicas mais adequados para reduzir ou satisfazer as necessidades de saúde da população em Portugal.

As necessidades de saúde geram diferentes necessidades de intervenção visando a sua satisfação ou redução, intervenção esta efetuada através da implementação de estratégias específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade e respetivos *stakeholders*, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo, local), num processo cocriativo e segundo uma abordagem multisectorial e multinível. O alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 exige que, neste processo, “ninguém fique para trás”, nem seja comprometido o alcance de “melhor saúde” por parte das gerações futuras.

O processo de seleção das estratégias de intervenção para a saúde sustentável teve como ponto de partida as necessidades de saúde identificadas e priorizadas na primeira etapa da elaboração do PNS 2021-2030 - o Diagnóstico de Situação de Saúde -, conforme o descrito no capítulo 3.

A etapa de seleção das estratégias foi iniciada por uma recolha exaustiva, sobretudo, a partir das fontes documentais disponíveis, das **estratégias de intervenção previstas nos Programas de Saúde Nacionais (PSN)**, da responsabilidade da DGS¹², em implementação ou a serem futuramente implementadas, efetuada pela equipa técnica do PNS, em colaboração com os/as Diretores/as dos PSN e respetivas equipas de peritos. A partir dos seus resultados foi elaborada uma **matriz de análise e seleção de estratégias de intervenção** relativa a cada um dos PSN, posteriormente (re)validada pelos diretores de programa e suas equipas. Finalmente, com base na referida matriz, foi construída uma **matriz única** que permitiu **integrar todas as estratégias de intervenção dos mais de 20 PSN**, organizando-as segundo grandes áreas de intervenção: os cinco níveis de prevenção (primordial, primária, secundária, terciária e quaternária) e a promoção da saúde. Esta matriz única de estratégias de intervenção constituiu a base a partir da qual foi construído o instrumento de recolha de contributos dos *stakeholders* da **Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030** para o processo de seleção de estratégias.

A seleção final das melhores estratégias de intervenção para a saúde sustentável, a serem implementadas a curto, médio e longo prazo, bem como os diferentes sectores, já envolvidos e/ou a envolver na sua implementação, resultou da análise e integração dos resultados obtidos a partir dos processos de recolha e análise acima mencionados.

A saúde e os sistemas de saúde têm, por vezes, sido descritos como **sistemas adaptativos complexos ou sistemas adaptativos complexos de sistemas**¹³. Conforme já referido neste documento (2.2.1.), a **complexidade dos problemas de saúde e seus determinantes**, e suas dinâmicas de interpenetração e dependência (formando *constelações* de problemas e de determinantes de saúde), exigem que passemos de abordagens uni ou bidimensionais dos mesmos para **abordagens multidimensionais**, nomeadamente, no desenho das respetivas estratégias de intervenção. Considera-se que o **trabalho de análise e integração das estratégias de intervenção previstas pelos PSN**, efetuado em conjunto com os Diretores dos Programas de Saúde Nacionais e respetivas equipas, e sua ligação com os grupos de problemas e necessidades de saúde decorrentes dos resultados do Diagnóstico da Situação de Saúde da população em Portugal (capítulo 3 deste documento), constituiu um primeiro passo fundamental nesse sentido. A **inclusão da perspetiva dos stakeholders da CA** neste processo de seleção de estratégias de intervenção foi mais um passo, também ele fundamental, ao acrescentar novas *camadas* ou

¹² E também do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no que diz respeito às estratégias dirigidas a estes problemas específicos.

¹³ Um **sistema adaptativo complexo** consiste em diversas entidades adaptativas em interação, cujos comportamentos agregados resultam em padrões e funcionalidades que emergem a um nível sistémico (ou de sistema). Um **sistema adaptativo complexo de sistemas** consiste em sistemas complexos múltiplos e conectados.

dimensões à intervenção em saúde, através da indução de parcerias à volta de estratégias de intervenção já previstas pelos PSN, ou da proposta de outras estratégias de intervenção e/ou novas parcerias, estimulando a inovação e a cocriação.

2.2.6. Recomendações para a implementação

O processo de elaboração de recomendações técnicas constitui um passo essencial para a implementação do PNS por parte de todos os *stakeholders* ou parceiros envolvidos, dentro e fora do sector da saúde, aos níveis nacional e subnacional. As recomendações fazem, sobretudo, a *ponte* entre as estratégias de intervenção selecionadas, face às necessidades de saúde identificadas, no âmbito do processo de elaboração do PNS, e a sua operacionalização por parte dos *stakeholders*, por exemplo, através de atividades específicas definidas nos respetivos Planos de Atividades.

A formulação das recomendações técnicas para a implementação ou operacionalização do PNS foi efetuada, portanto, com base nas estratégias de intervenção selecionadas e a partir das recomendações efetuadas pelas equipas dos Programas de Saúde Nacionais (considerados como entidades de referência nacionais), tomando também em linha de conta as recomendações de documentos e/ou organismos internacionais e nacionais de referência.

As recomendações foram formuladas tomando em consideração as diferentes entidades mais diretamente responsáveis pela implementação das estratégias de intervenção, abordando questões diversas, como sejam: metodológicas, relativas às intervenções a serem desenvolvidas pelos parceiros, à contratualização dos serviços de saúde, bem como aos mecanismos de suporte facilitadores da implementação, conforme o descrito no capítulo 6.

Finalmente, as estratégias de intervenção selecionadas e as recomendações técnicas para a sua implementação constituirão o ponto de partida para a construção de uma base de participação e corresponsabilização social, multissetorial e multinível, para além dos diferentes ciclos políticos e legislaturas, rumo a um verdadeiro **pacto social para a saúde sustentável** (de tod@s para tod@s) nesta década, em Portugal.

2.2.7. Plano de Monitorização e Avaliação (M&A)

O plano de M&A do PNS 2021-2030 tem por finalidade proporcionar informação que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos fixados, ou a outras medidas estimadas.

Destinado tanto à avaliação do PNS como à sua monitorização ao longo do tempo, prevê-se efetuar a avaliação em três momentos: duas avaliações intercalares, em 2025 e 2028, relativas aos triénios de execução do Plano 2022-2024 e 2025-2027, respetivamente; e a avaliação final em 2031. A monitorização será efetuada ao longo de todo o período de implementação do PNS (2022 a 2030).

Será efetuada a **avaliação do processo de implementação do PNS** e a **avaliação de resultados e impacte**, em função do grau de alcance dos objetivos de saúde.

Conforme já referido, de acordo com o **impacte da pandemia de COVID-19** na morbilidade e mortalidade em Portugal que vier, entretanto, a ser conhecido, na avaliação intercalar do PNS alguns dos seus objetivos poderão ter de vir a ser reformulados.

Ao plano de M&A estará subjacente uma **estratégia de comunicação** da informação, com o compromisso de uma notificação periódica dos resultados a todos os intervenientes na implementação do PNS 2021-2030, dentro e fora do setor da saúde.

The background features a dark green field with several overlapping triangles in a vibrant red color. The triangles are positioned in the upper right quadrant, creating a dynamic, abstract composition. The text is centered in the lower half of the image.

3. Saúde da População em Portugal

3. SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

3.1. Caracterização Demográfica

De acordo com os resultados preliminares do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021, à data do momento censitário de **2021** residiam em Portugal 10.344.802 pessoas, das quais 4.921.170 do sexo masculino (47,6 %) e 5.423.632 do sexo feminino (52,4 %). No último decénio a **tendência evolutiva** crescente da população residente inverteu-se, tendo-se observado um decréscimo de -2,1 %. A única década na qual se tinha observado um decréscimo populacional tinha sido entre 1960 e 1970 (15).

O Quadro 1 apresenta as estimativas da população residente em Portugal para 2019 por **grandes grupos etários e por sexo**, salientando-se a maior proporção de pessoas do grupo etário de 65 e mais anos (22,1 %), relativamente à do grupo etário dos 0 aos 14 anos (13,6 %).

Quadro 1. Estimativas da população residente em Portugal, distribuição por sexo e grupo etário, 2019

Grupo etário (anos)	Estimativas da população residente			Percentagem por grupo etário		
	Total	Feminino (% Total)	Masculino (% Total)	Total	Feminino	Masculino
Total	10.295.909	5.435.932 (58,2 %)	4.859.977 (47,2 %)			
0 - 14	1.396.985	683.508 (49,8 %)	713.477 (51,1 %)	13,6 %	12,6 %	14,7 %
15 - 64	6.618.500	3.425.343 (51,8 %)	3.193.157 (48,2 %)	64,3 %	63,0 %	65,7 %
65 e mais	2.280.424	1.327.081 (58,2 %)	953.343 (41,8 %)	22,1 %	24,4 %	19,6 %

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A análise da população residente por **grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo** em 2019 evidencia o predomínio do sexo feminino a partir do grupo etário 25-29 anos, e o respetivo aumento com a idade, em cada grupo. Nesse ano, no grupo das pessoas com idade igual ou superior a 85 anos (total estimado de 332.609) 67,5 % eram do sexo feminino (Figura 4).

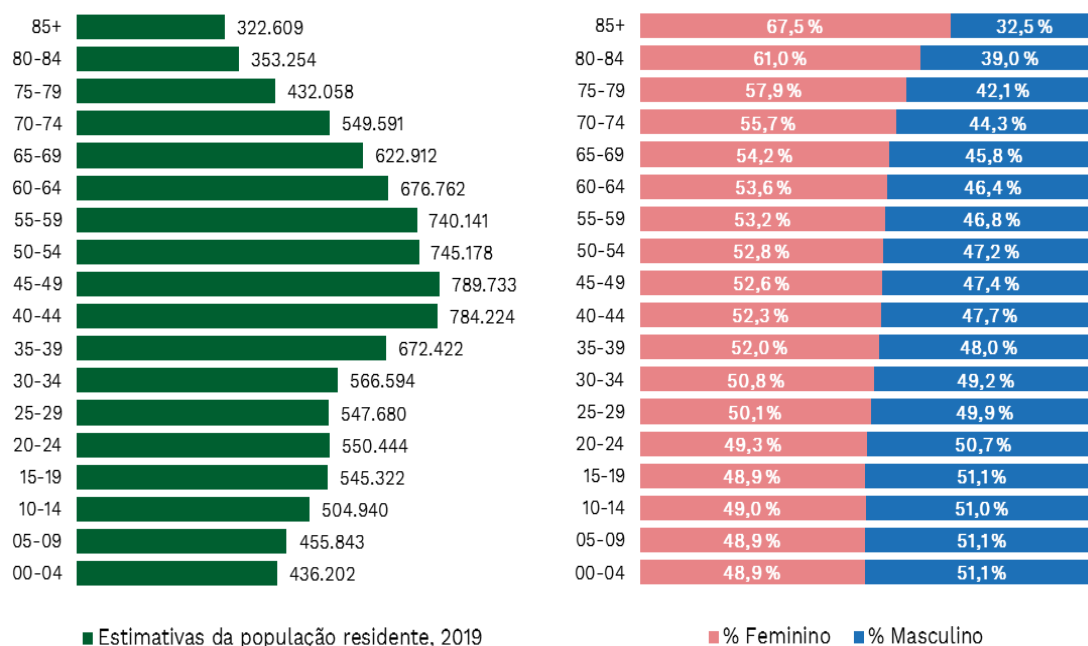
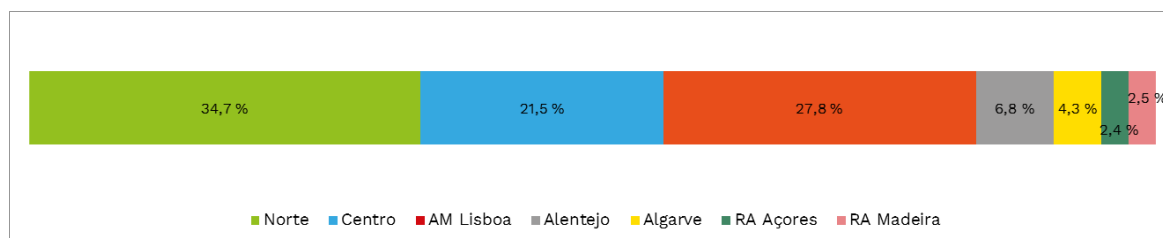


Figura 4. Distribuição das estimativas da população residente por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à distribuição das estimativas da população residente em Portugal por **região NUTS II** para 2019 o Norte foi a região com o maior número de residentes (34,7 % da população residente no país), seguida pela Área Metropolitana de Lisboa (27,8 %) e pelo Centro (21,5 %) (Figura 5).

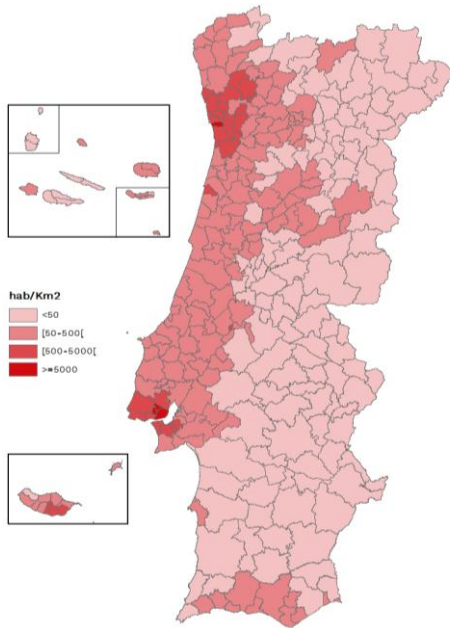


AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 5. Distribuição proporcional das estimativas da população residente em Portugal por NUTS II, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em anexo (Anexo 1) poderá ser observada a distribuição da população residente em cada uma das **NUTS II por grandes grupos etários**, sendo de realçar, em relação ao valor médio de Portugal, a maior proporção de residentes: do grupo etário 0-14 anos, na Área Metropolitana de Lisboa (15,9 %), e no Algarve e Região Autónoma dos Açores; do grupo etário 15-64 anos (população em idade ativa), nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira (69,9 %), bem como no Norte; do grupo etário 65 e mais anos, no Alentejo (25,6 %) e no Centro (Anexo 1.1).



Cerca de 50 % da população residente em Portugal concentrava-se, em 2019, em 31 municípios, localizados maioritariamente nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto (Figura 6).

O decréscimo da população entre 2011 e 2019 (-2,0 %) deveu-se a um **saldo natural** persistentemente **negativo** (Figura 7), apesar de um **saldo migratório positivo**, a partir de 2017, que possibilitou, em 2019, uma **taxa de crescimento efetivo** pela primeira vez positiva (0,19 %) desde 2009 (Figuras 8 e 9).

Figura 6. Densidade populacional (habitantes/km²) em Portugal por município, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

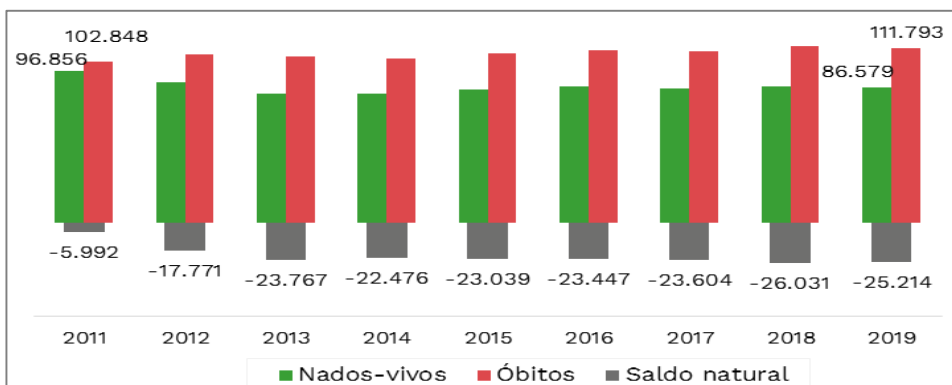


Figura 7. Evolução do número de nados-vivos e óbitos, e do saldo natural em Portugal, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

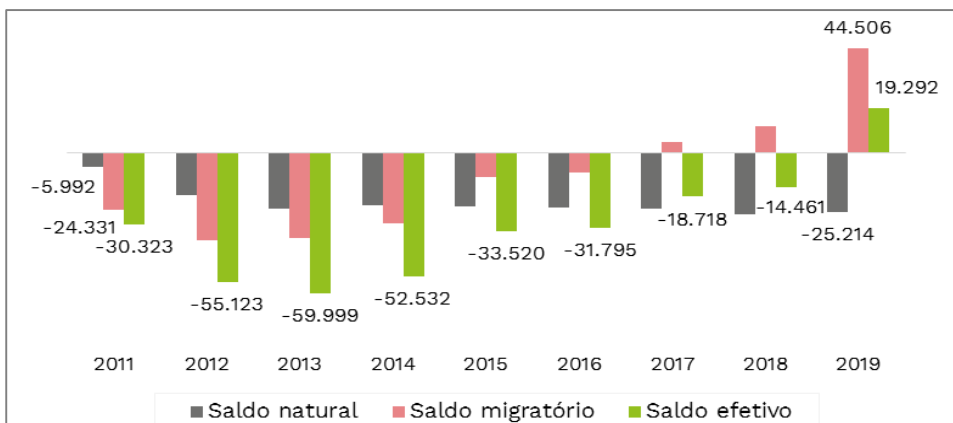


Figura 8. Evolução dos saldos natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

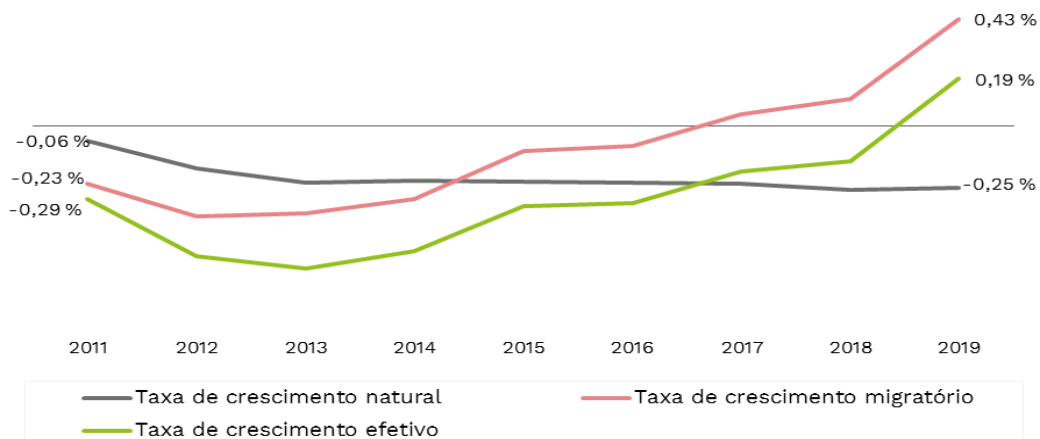


Figura 9. Evolução das taxas (%) de crescimento natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Entre 2009 e 2019 tornou-se mais acentuado o **duplo envelhecimento demográfico** observado nas últimas décadas em Portugal, compatível com o estreitamento da base e alargamento do topo evidenciado pela comparação das respetivas pirâmides etárias. De facto, o número de idosos (pessoas com 65 ou mais anos) aumentou em 350.028 pessoas, o número de jovens diminuiu em 221.008 pessoas e o número de pessoas em idade ativa (com idades entre os 15 e os 64 anos) também diminuiu, em 406.590 pessoas (Figura 10).

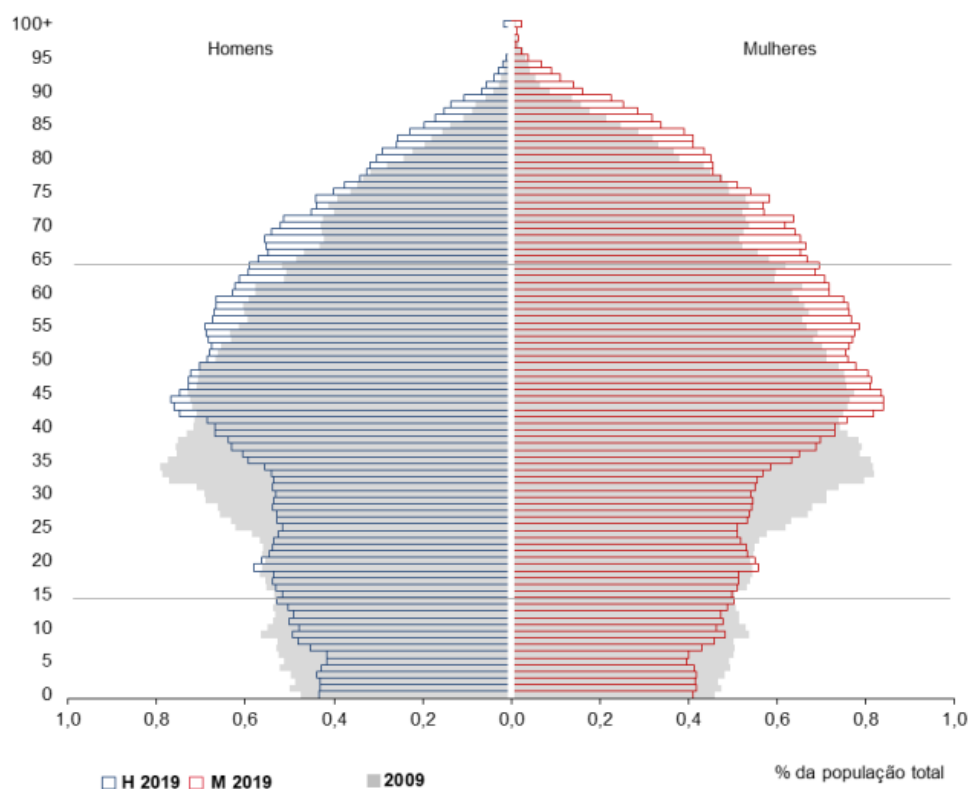
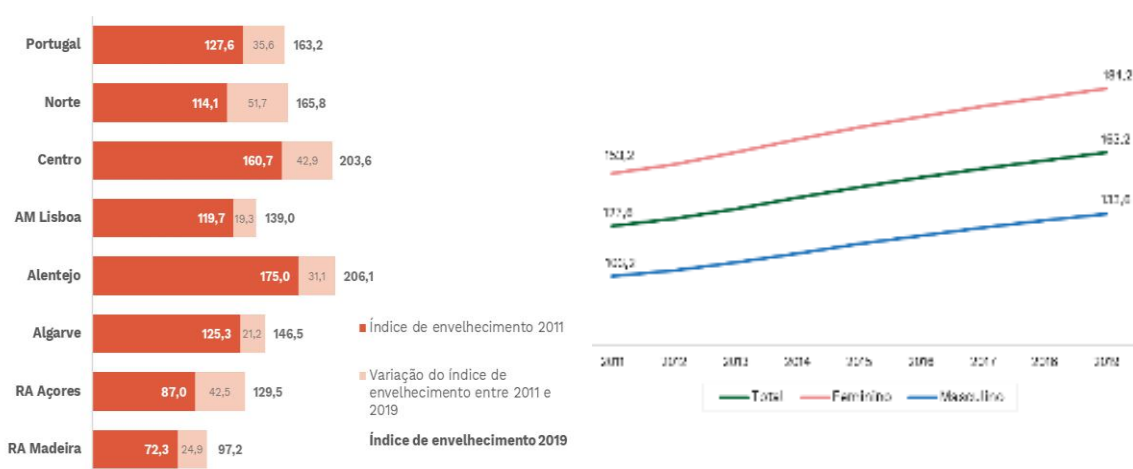


Figura 10. Pirâmides etárias, Portugal, 2009 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, Estimativas da população residente em Portugal, 2019

Os índices demográficos relativos à estrutura etária da população residente em Portugal permitem sublinhar o referido envelhecimento populacional.

Assim, o **índice de envelhecimento** aumentou, sendo que, por cada 100 jovens (menores de 15 anos), em 2011, residiam em Portugal 127,6 idosos, e em 2019 residiam 163,2 idosos. O índice de envelhecimento mais elevado registou-se na região do Alentejo, onde por cada 100 jovens residiam 206,1 idosos. As regiões onde este índice mais aumentou, no período considerado, foram a Região Autónoma dos Açores (48,9 %) e a região Norte (45,2 %). Em contrapartida, a Região Autónoma dos Açores foi a única região onde o número de jovens era, ainda, nesse ano, superior ao número de idosos (Figura 11).



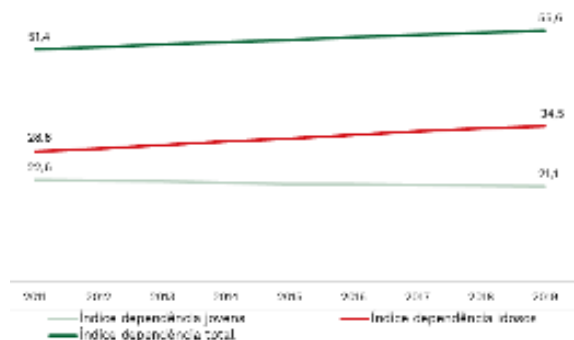
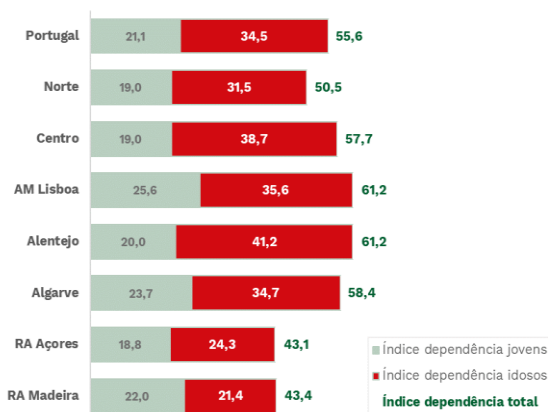
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 11. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Considerando-se como “**dependentes**” os jovens (menores de 15 anos) e os idosos (65 e mais anos), face à população ativa (entre os 15 e os 64 anos), a diminuição do número de jovens e/ou aumento do número de idosos face à população ativa, gera uma pressão demográfica sobre a mesma, afetando o desejado equilíbrio entre as “entradas” e as “saídas” de efetivos na população ativa.

Entre 2011 e 2019 o **índice de dependência total** em Portugal aumentou de 51,4 para 55,6 jovens e idosos por cada 100 pessoas em idade ativa, tendência esta comum em todas as NUTS II, com a exceção da Região Autónoma da Madeira. Este aumento resultou, sobretudo, do crescimento do **índice de dependência de idosos** (superior no Alentejo e, também, no Centro), uma vez que o **índice de dependência de jovens** diminuiu em todas as regiões, com a exceção da Área Metropolitana de Lisboa, onde aumentou (Figura 12).

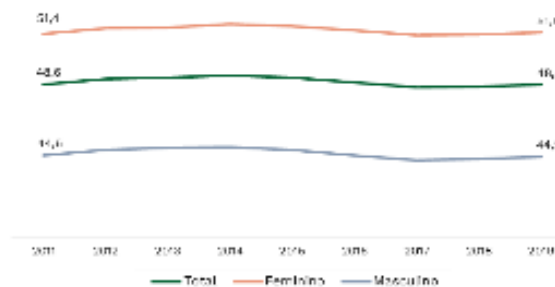
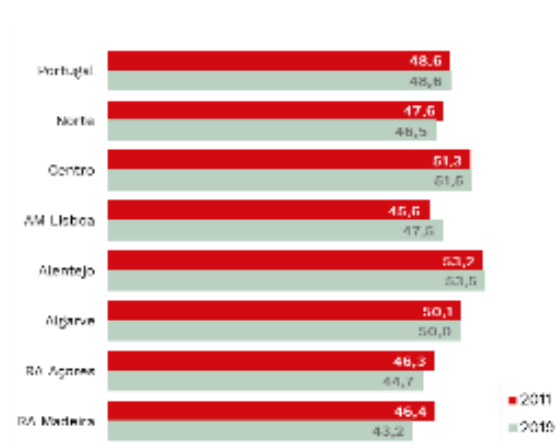


AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 12. Índices de dependência (de jovens, de idosos e total) (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução dos índices de dependência (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

O **índice de longevidade** em Portugal apresentou uma tendência para a estabilização no período em análise, observando-se, em 2019, que por cada 100 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, 48,6 apresentava idade igual ou superior a 75 anos, sendo mais elevado no sexo feminino (51,5 por 100) em relação ao sexo masculino (44,5 por 100). Com valores superiores a Portugal, encontramos as regiões (NUTS II) do Alentejo (53,5 por 100), do Centro (51,5 por 100) e do Algarve (50,0 por 100) (Figura 13).

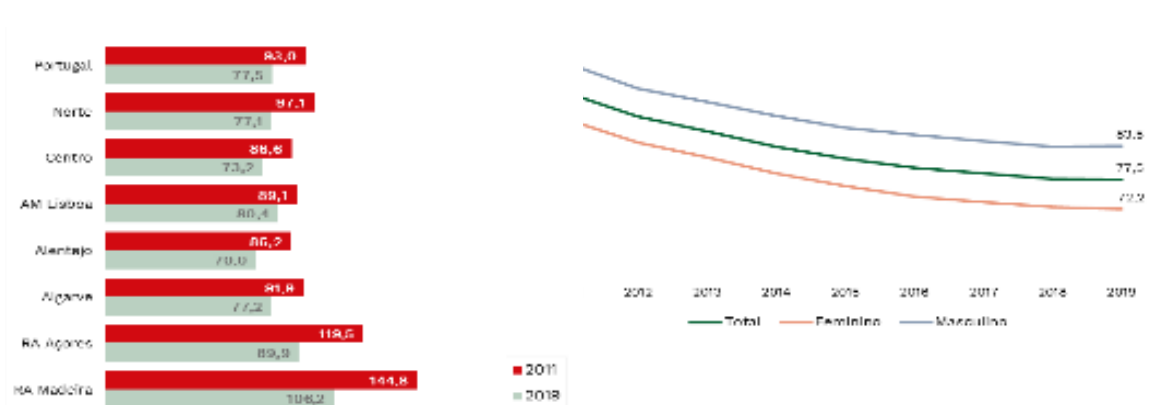


AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 13. Índice de longevidade (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de longevidade (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em conformidade com o já descrito, entre 2011 e 2019 observou-se também o envelhecimento da população em idade ativa, que se denota na diminuição do **índice de renovação da população em idade ativa**, de 93,0 para 77,5 pessoas com 20-29 anos de idade por cada 100 pessoas dos 55 aos 64 anos de idade. Em 2019, apenas a Região Autónoma da Madeira apresentou valores do índice de renovação da população em idade ativa acima de 100. Para além desta região, a Área Metropolitana de Lisboa e a Região Autónoma (RA) dos Açores apresentaram valores superiores à média nacional (Figura 14)



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 14. índice de renovação da população em idade ativa (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de renovação da população em idade ativa (por 100) em Portugal, 2011-2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em 2018, Portugal apresentava uma proporção de jovens inferior e de idosos superior à **média da União Europeia (UE)** e, respetivamente, das mais baixas e das mais elevadas, considerando a média dos restantes países da UE (Anexos 1.2 e 1.3).

Nos últimos cinco anos do período **entre 2011 e 2019** (no qual se observou uma redução do número de nados-vivos superior a 10 %) a **taxa bruta de natalidade (TBN)** nacional mostrou uma tendência para a estabilização (tendo sido de 8,4 nados-vivos por 1.000 habitantes em 2019), tendência esta apenas contrariada pelas regiões da Área Metropolitana de Lisboa (sobretudo) e do Algarve, que apresentaram valores de TBN superiores à média nacional (Quadro 2 e Anexo 1.4). O **índice sintético de fecundidade (ISF)** cresceu (sendo de 1,42 em 2019), realçando-se o aumento de 19,5 % da proporção de nados-vivos (NV) filhos de mulheres estrangeiras (que assumiu o valor de 12,3 % em 2019). Contudo, continuou a não ser assegurada a **substituição de gerações**, que implicaria um ISF de, pelo menos, 2,1 crianças por mulher (Quadro 2). A análise por NUTS II mostra que a Área Metropolitana de Lisboa e o Algarve apresentaram, entre 2011 e 2019, o ISF e a proporção de NV filhos de mulheres estrangeiras mais elevados. Em 2019, os valores mais altos foram observados no Algarve (ISF de 1,76; proporção de NV filhos de mulheres estrangeiras de 23,1 %) (Anexos 1.5 e 1.6).

Quadro 2. Evolução de indicadores de natalidade em Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	% Var 2011-2019
Nados-vivos (NV)	96.856	89.841	82.787	82.367	85.500	87.126	86.154	87.020	86.579	-10,6 %
Taxa bruta de natalidade (‰)	9,2	8,5	7,9	7,9	8,3	8,4	8,4	8,5	8,4	-8,7 %
% NV mulheres < 20 anos	3,8 %	3,7 %	3,5 %	3,0 %	2,7 %	2,5 %	2,5 %	2,3 %	2,4 %	-36,6 %
% NV mulheres ≥ 35 anos	23,9 %	24,8 %	26,3 %	28,4 %	29,6 %	31,5 %	32,1 %	32,8 %	33,3 %	39,4 %
% nascimentos prematuros	7,4 %	7,8 %	7,8 %	7,7 %	8,0 %	7,8 %	8,1 %	8,0 %	8,0 %	7,5 %
% NV baixo peso nascença	8,4 %	8,5 %	8,7 %	8,7 %	8,9 %	8,7 %	8,9 %	9,0 %	8,9 %	5,8 %
% NV estrangeiros	10,3 %	9,8 %	8,9 %	8,7 %	8,4 %	8,8 %	9,7 %	10,8 %	12,3 %	19,5 %
ISF	1,35	1,28	1,21	1,23	1,30	1,36	1,37	1,41	1,42	5,2 %
Taxa de fecundidade geral (‰)	38,6	36,3	33,9	34,3	36,0	37,1	37,2	37,9	37,9	-1,8 %

% NV mulheres < 20 anos – proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos

% NV mulheres ≥ 35 anos – proporção de nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos

% nascimentos prematuros – proporção de nascimentos prematuros, com gestação inferior a 37 semanas

% NV baixo peso nascença – proporção de nascimentos com baixo peso à nascença, peso inferior a 2.500g

% NV estrangeiros – proporção de nascimentos de mães com nacionalidade estrangeira

ISF – Índice sintético de fecundidade

% Var 2011-2019: variação percentual entre 2011 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Na UE as mulheres têm tido, em média, menos filhos, sendo que o ISF tem sido inferior a 2,1 crianças por mulher. Em 2013 e 2018, o ISF na UE foi de 1,55 e 1,56 crianças por mulher, respetivamente. Em 2018 Portugal era o oitavo país da UE com o ISF mais baixo (Anexo 1.7).

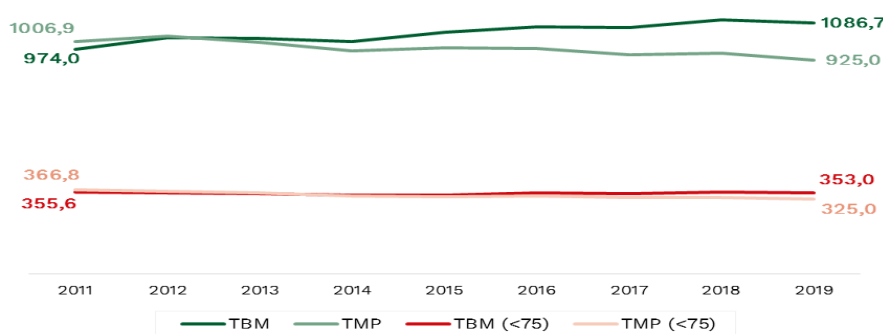
É, também, de assinalar, no período entre 2011 e 2019, a diminuição, de 3,8 % para 2,4 %, da proporção de **nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos**, sendo de salientar a Região Autónoma dos Açores que, apesar de ser a que registou uma maior diminuição deste indicador (de 8,2 % em 2011 para 4,1 % em 2019) foi, ainda, a que apresentou, em 2019, o valor mais elevado em comparação com a média nacional. Em contrapartida, no mesmo período observou-se um aumento assinalável, de 23,9 % para 33,3 % (39,3 %), da proporção de **nascimentos em mulheres com idade igual ou superior a 35 anos**, sendo de referir a RA da Madeira que, não só registou, em conjunto com a RA dos Açores, o maior crescimento deste indicador face às restantes NUTS II, como apresentou, em 2019, o seu maior valor, face a Portugal (Quadro 2 e Anexo 1.8).

No mesmo período, é de salientar o crescimento (de 7,5 %) da proporção de **NV prematuros** (média nacional de 8,0 % em 2019), com a RA dos Açores a apresentar o maior crescimento face às restantes NUTS II, e o maior valor em 2019 (10,1 %), comparativamente com a média nacional. Igualmente, observou-se o crescimento (5,8 %) da proporção de **NV com baixo peso à nascença**, com a RA dos Açores a apresentar também o maior valor em 2019 (9,7 %) e o Algarve a ser a única região a registar uma diminuição deste indicador, de 9,4 % em 2011, para 8,9 % em 2019,

que correspondeu, igualmente, ao valor médio observado para Portugal neste ano (Quadro 2 e Anexo 1.9).

Em Portugal, a **taxa bruta de mortalidade (TBM)** apresentou uma tendência crescente no período entre 2011 e 2019, tendo-se registado, em 2019, um valor de 1.086,7 óbitos por 100.000 habitantes. Ao invés, no mesmo período, observou-se uma redução da **taxa de mortalidade padronizada (TMP)** pela idade (Figura 15 e Quadro 3), evidenciando o efeito do envelhecimento da população na mortalidade geral.

No que respeita à mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos), a proporção de óbitos prematuros diminuiu de 33,2 % (2011) para 29,0 % (2019) dos óbitos totais em cada um desses anos (taxa bruta de mortalidade prematura em 2019 de 353,0 por 100.000). A TMP evidenciou, também, o efeito da idade na mortalidade abaixo dos 75 anos (Figura 15 e Quadro 3).



TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) | TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)
 TBM (<75) – taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)
 TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura, <75 anos (por 100.000 habitantes)

Figura 15. Evolução da taxa bruta de mortalidade e da taxa de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades e idade prematura (idade inferior a 75 anos), ambos os sexos, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Quadro 3. Evolução de indicadores de mortalidade em Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Óbitos	102.848	107.612	106.554	104.843	108.539	110.573	109.758	113.051	111.793	55.969	55.824
TBM (%00)	974,0	1.023,4	1.018,7	1.007,9	1.047,7	1.070,8	1.065,4	1.099,2	1.086,7	1.030,7	1.149,4
TMP (%00)	1.006,9	1.031,7	1.002,0	966,7	979,3	976,0	948,4	956,2	925,0	735,5	1.186,4
Óbitos (<75)	34.127	33.582	33.110	31.953	32.001	32.644	32.344	32.734	32.432	10.995	21.437
% óbitos (<75)	33,2 %	31,2 %	31,1 %	30,5 %	29,5 %	29,5 %	29,5 %	29,0 %	29,0 %	19,6 %	38,4 %
TBM (<75)	355,6	352,4	350,2	340,7	343,5	352,1	350,2	355,6	353,0	231,3	483,3
TMP (<75)	366,8	360,1	353,2	338,8	336,2	338,5	331,4	331,6	325,0	204,7	466,1
AVPP	355.102	342.912	328.807	315.155	305.286	305.178	303.407	302.188	292.891	98.935	193.957
Taxa de AVPP (%00)	3.898,7	3.789,7	3.664,2	3.543,2	3.459,3	3.481,0	3.480,0	3.483,8	3.388,2	2.223,9	4.622,6

TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes). Indicador normalmente expresso por 1.000 habitantes que aqui se apresenta por 100.000 habitantes para comparação com os restantes indicadores.

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)

Óbitos (<75) – óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

% óbitos (<75) – proporção de óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

TBM (<75) – taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

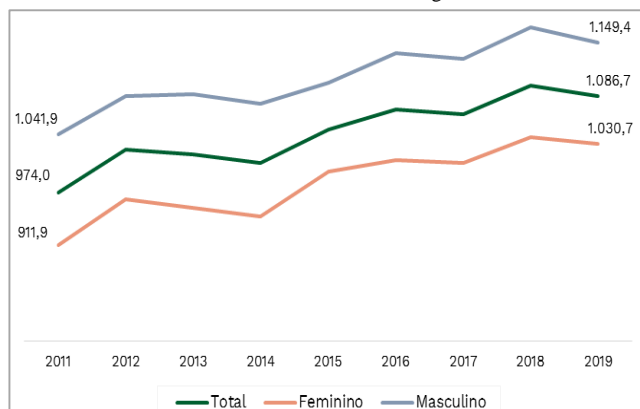
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

AVPP – número de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos

Taxa de AVPP – taxa de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos (por 100.000 habitantes)

M – sexo feminino | H – sexo masculino

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



As Figuras 13 a 15 permitem destacar a **distribuição desigual da mortalidade** por sexo e por grupo etário. Sendo crescente em ambos os sexos, a TBM em todas as idades foi superior no sexo masculino face à observada no sexo feminino ao longo de todo o período em análise (2011-2019) (Figura 16).

Figura 16. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) em Portugal, por sexo, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em sintonia com o observado com a taxa de mortalidade padronizada, entre 2011 e 2019 a evolução da taxa bruta de mortalidade específica por grupo etário e por sexo evidenciou uma tendência decrescente em todos os grupos etários estudados e em ambos os sexos, exceto nas mulheres de idade igual ou superior a 75 anos, compatível com o envelhecimento da população e o predomínio das mulheres idosas. A redução da TBM específica ao longo do tempo foi mais acentuada no grupo etário mais jovem, e neste, no sexo masculino. Em todos os grupos etários, a TBM foi superior no sexo masculino, e mais do dobro da observada no sexo feminino entre os 45 e 64 anos e os 65 e 74 anos de idade (Figura 17).

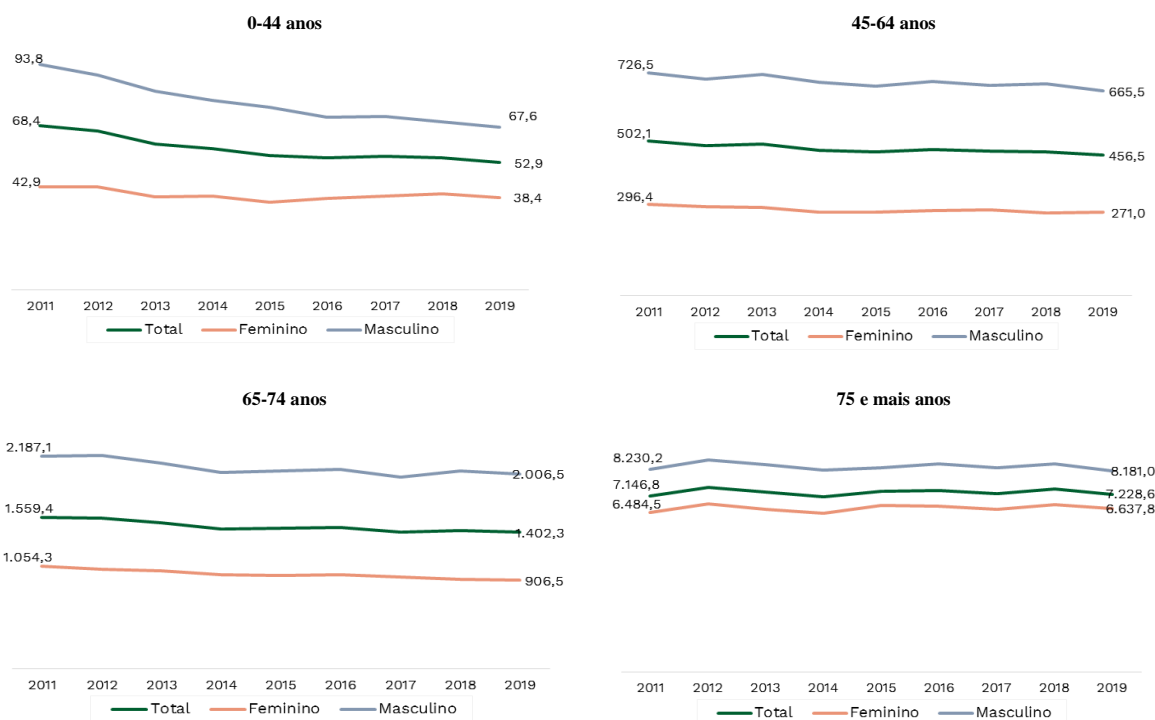


Figura 17. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) específica por grupos etários (0-44 anos, 45-64 anos, 65-74 anos e 75 e mais anos) em Portugal, por sexo, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Também a análise da mortalidade por sexo e grupos etários quinquenais no último triénio analisado (2017-2019) evidencia a maior proporção de óbitos no sexo masculino em todos os grupos etários com exceção das pessoas com idade igual ou superior a 85 anos, compatível, como já referido, com o predomínio do sexo feminino neste grupo (Figura 18).

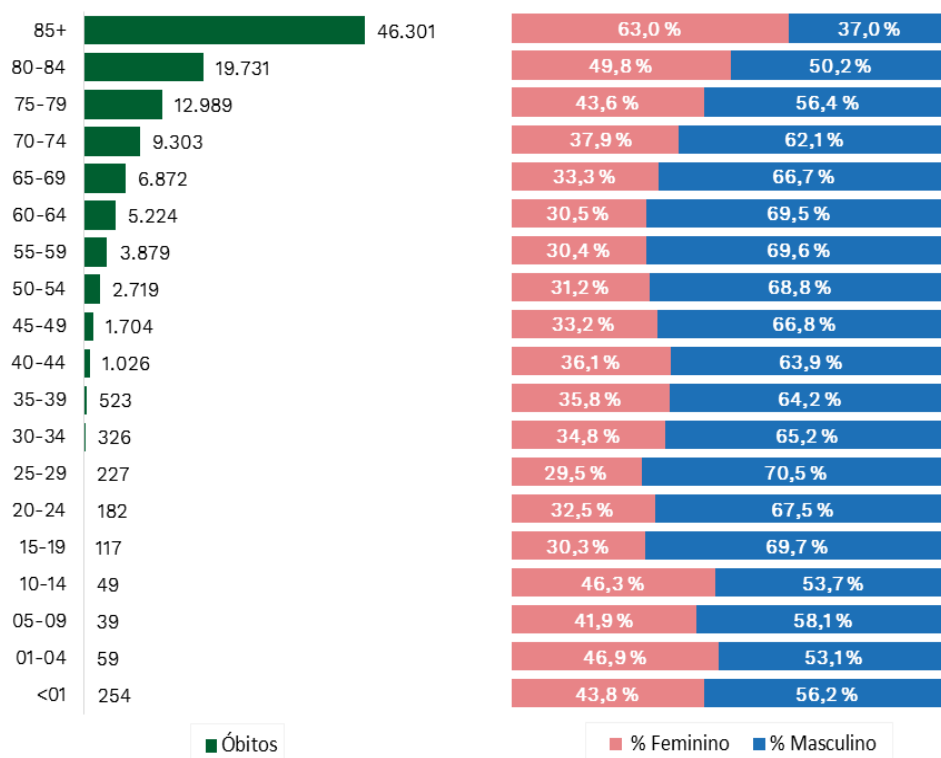


Figura 18. Distribuição da média anual de óbitos por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, no triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Da análise da mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) por sexo salienta-se a maior proporção de óbitos prematuros observada em 2019 no sexo masculino (38,4 %), quase dupla da verificada no sexo feminino (19,6 %) (TBM de 483,3 por 100.000 *versus* 231,3 por 100.000 e TMP abaixo dos 75 anos de 466,1 por 100.000 *versus* 204,7 por 100.000, respetivamente no sexo masculino *versus* feminino) (Quadro 3).

A análise por área geográfica em Portugal mostra a **distribuição desigual da mortalidade** por NUTS II e NUTS III (Figura 19 e Anexos 1.10 e 1.11). No triénio 2017-2019 a taxa padronizada de mortalidade pela idade foi significativamente superior ao valor médio nacional nas NUTS III (NUTS II respetiva): Tâmega e Sousa (Norte); Oeste (Centro), Lezíria, Alto Alentejo e Baixo Alentejo (Alentejo); Algarve; RA dos Açores e RA da Madeira (Figura 19). No que respeita à mortalidade prematura, os valores superiores à média nacional observaram-se também no Alto Alentejo, Baixo Alentejo, Algarve, RA dos Açores e RA da Madeira (Figura 19).

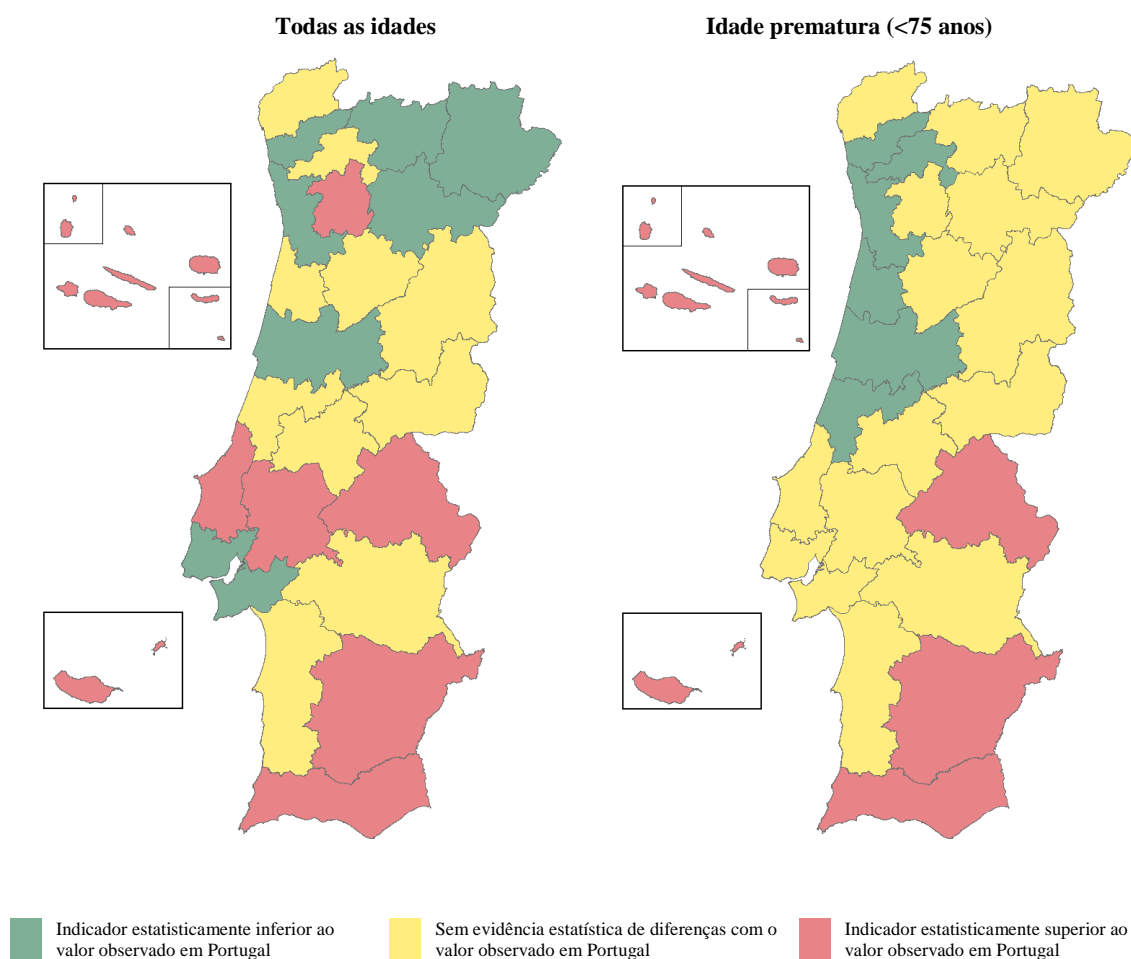
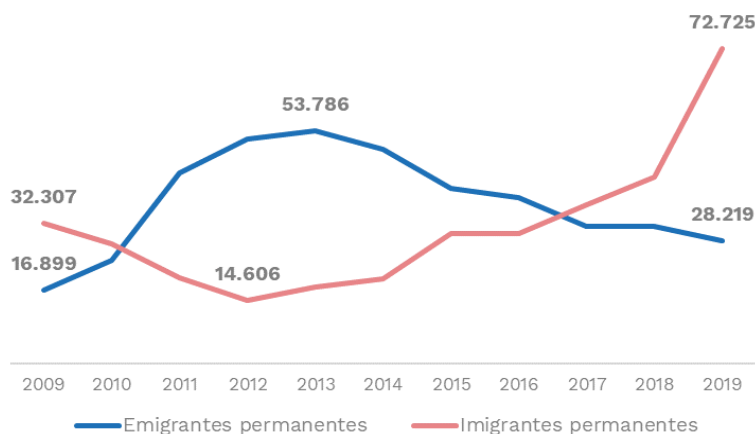


Figura 19. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), todas as idades e idade prematura (inferior a 75 anos), nas NUTS III de Portugal Continental, ambos os sexos, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

A taxa de mortalidade padronizada por NUTS II foi superior à média nacional no Alentejo, RA dos Açores e RA da Madeira ao longo de todo o período em análise (2011-2019), tanto na mortalidade para todas as idades como na mortalidade prematura, bem como no Algarve após 2015 na análise de todas as idades e exceto 2012 no estudo da mortalidade prematura (Anexos 1.10 e 1.11).

Em 2019, pelo terceiro ano consecutivo, o número de **imigrantes permanentes** (72.725) ultrapassou o de **emigrantes permanentes** (28.219), resultando num saldo migratório positivo de 44.506 pessoas (11.570 em 2018), responsável, nesse ano e conforme anteriormente referido, por uma taxa de crescimento efetivo pela primeira vez positiva desde 2009 (Figura 20).



A Figura 21 apresenta a distribuição etária dos migrantes em 2019, destacando-se, como esperado, o predomínio da população em idade ativa, especialmente, dos grupos mais jovens.

Figura 20. Evolução do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes em Portugal, 2009-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

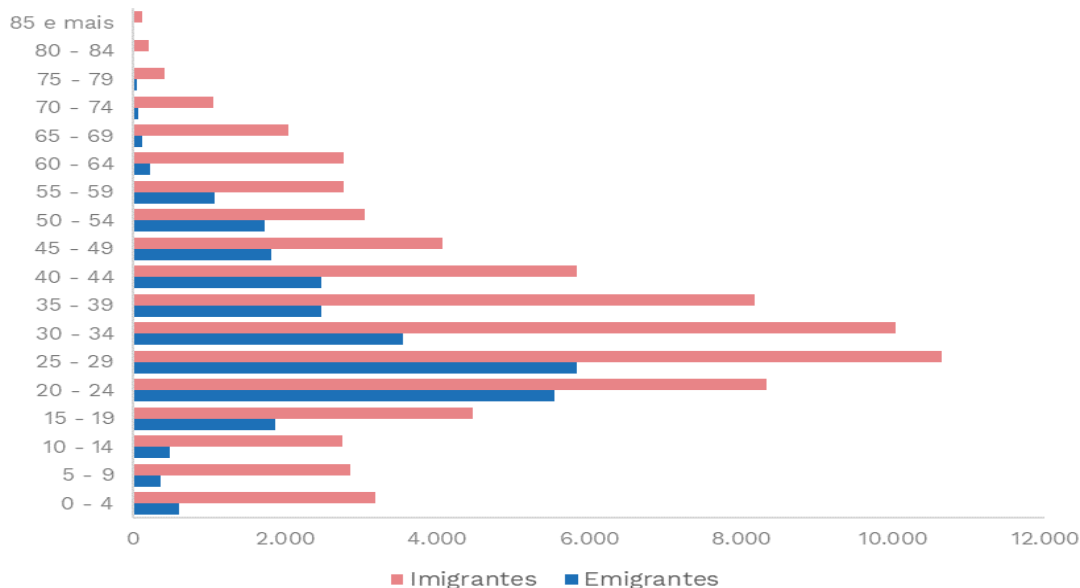


Figura 21. Distribuição do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes por grupo etário em Portugal, 2019

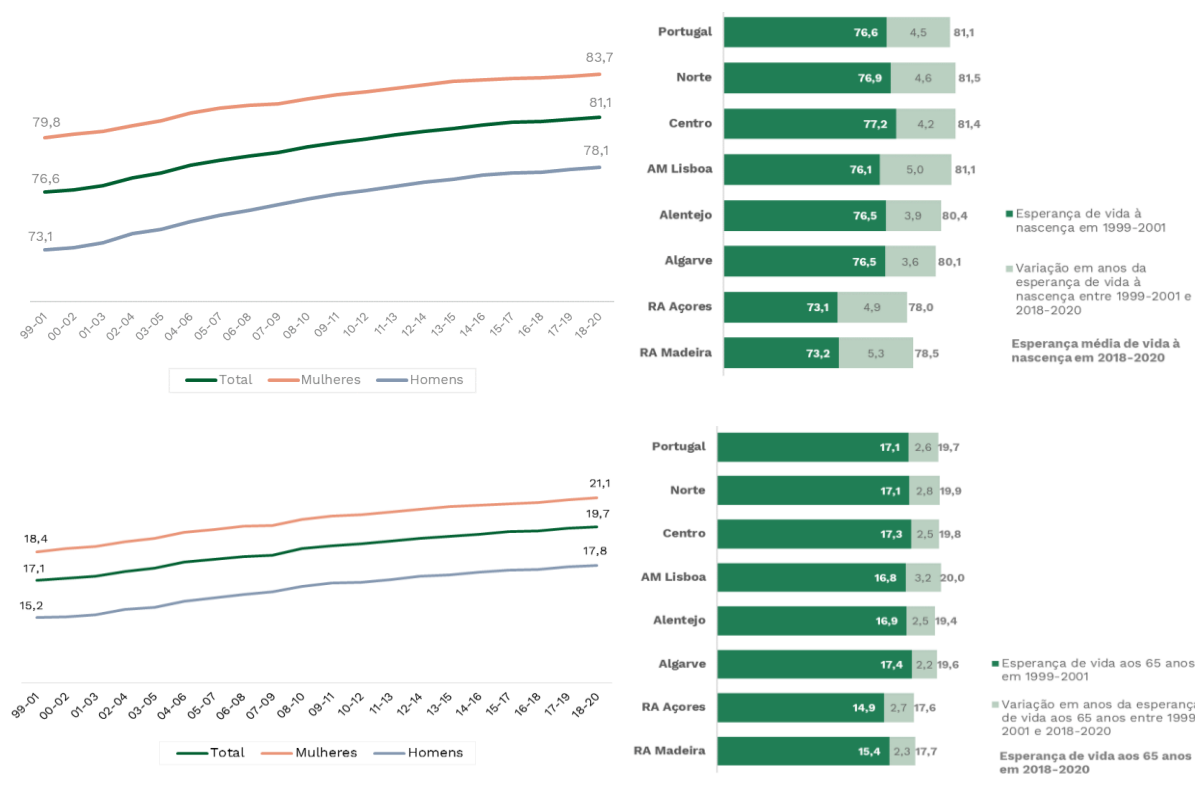
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

Em 2019, a **população estrangeira com estatuto legal de residente** em Portugal era constituída por 588.976 pessoas, cerca do dobro da população estrangeira registada em 2014. A análise por nacionalidade em 2019, tendo em conta os países de maior representação, permite destacar o Brasil (25,6 % da totalidade da população estrangeira), outros países europeus - Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte (Reino Unido), Roménia, Ucrânia e República da Moldávia (que perfaziam, no conjunto, 17,0 % do total), alguns dos países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) - Cabo Verde, Angola, Guiné-Bissau e São Tomé e Príncipe (no conjunto, 15,0 %) e a China (4,7 %). A Área Metropolitana de Lisboa concentrava 50,6 % da totalidade da população

estrangeira, de nacionalidade principalmente do Brasil e dos PALOP, seguindo-se o Algarve (15,7 %), onde se destacaram os países do Reino Unido. No Norte, perto de metade da população estrangeira tinha nacionalidade do Brasil e no Alentejo as nacionalidades mais frequentes foram as da Roménia, Ucrânia e República da Moldávia (16).

Nas últimas duas décadas a **esperança de vida (EV)** à nascença aumentou 4,5 anos (sendo de 81,1 anos no triénio 2018-2020). No mesmo período, a EV aos 65 anos cresceu 2,6 anos (19,7 anos no mesmo triénio) (Figura 22).

Mais elevada no sexo feminino face ao masculino (83,7 anos e 78,1 anos respetivamente, no triénio 2018-2020), o aumento da EV à nascença observou-se, no período em análise, em ambos os sexos, tendo o hiato entre homens e mulheres diminuído de 6,7 anos em 1999-2001, para 5,6 anos em 2018-2020 (Figura 22).



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 22. Evolução da esperança de vida à nascença (em cima) e aos 65 anos (em baixo) em Portugal, 1999-2001 a 2018-2020, por sexo (à esquerda), e em Portugal e NUTS II, 1999-2001 e 2018-2020 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

No que respeita à EV aos 65 anos, o hiato entre homens e mulheres (3,2 anos em 1999-2001) manteve-se praticamente inalterado ao longo dos últimos 20 anos (Figura 22).

A RA dos Açores e a RA da Madeira apresentaram, no triénio 2018-2020, os valores de EV à nascença mais baixos face à média nacional, respetivamente, menos 3,1 e menos 2,6 anos. Contudo,

o seu crescimento foi o mais elevado de todas as regiões. As Regiões Autónomas registaram, também, os valores de EV aos 65 anos mais baixos em 1999-2001 e 2018-2020, comparativamente com as demais NUTS II. O Norte foi a região com EV à nascença mais elevada em 2018-2020 (81,3 anos) (Figura 22).

No período 2011-2019, o número de **óbitos infantis** reduziu em todos os anos em análise (variação de -18,5 % entre 2011 e 2019) à custa da componente neonatal (-30,0 %), e nesta, da neonatal precoce (-31,3 %). O número de óbitos pós-neonatais foi o único que aumentou entre 2011 e 2019 (Quadro 4).

Quadro 4. Evolução dos óbitos infantis e componentes, perinatais e fetais tardios em Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	% Var 2011 e 2019
Óbitos infantis	302	303	243	236	250	282	229	287	246	-18,5 %
Óbitos neonatais	230	198	160	174	175	202	155	191	161	-30,0 %
Óbitos neonatais precoces	147	133	102	125	117	129	101	142	101	-31,3 %
Óbitos pós neonatais	72	105	83	62	75	80	74	96	85	18,1 %
Óbitos fetais tardios	227	249	180	214	216	214	182	228	200	-11,9 %
Óbitos perinatais	374	382	282	339	333	343	283	370	301	-19,5 %

Óbitos fetais tardios - fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação

% Var 11-19: variação percentual entre 2011 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Contudo, a análise das respetivas taxas de mortalidade mostra uma diminuição em todas as componentes do período infantil, assim como das taxas perinatal e fetal tardia (como óbitos fetais tardios foram considerados os fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação) (Quadro 5).

Assim, entre os triénios 2011-2013 e 2018-2020 a **taxa de mortalidade (TM) infantil** diminuiu 9,1 %, sendo de 2,9 por 1.000 nados-vivos em 2018-2020. As componentes da mortalidade infantil onde se observou uma maior diminuição foram a neonatal (-12,4 %) e a neonatal precoce (-7,0 %)

Quadro 5. Taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e fetal tardia em Portugal, 2011-2019

	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	18-20	% Var 2011-2013 e 2018-2020
Taxa de mortalidade infantil (‰)	3,1	3,1	2,9	3,0	2,9	3,1	2,9	2,9	-9,1 %
Taxa de mortalidade neonatal (‰)	2,2	2,1	2,0	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	-12,4 %
Taxa de mortalidade neonatal precoce (‰)	1,4	1,4	1,4	1,5	1,3	1,4	1,3	1,3	-7,0 %
Taxa de mortalidade pós neonatal (‰)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	-1,6 %
Taxa de mortalidade fetal tardia (‰)	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3	2,4	-2,2 %
Taxa de mortalidade perinatal (‰)	3,9	3,9	3,8	4,0	3,7	3,8	3,7	3,7	-4,0 %

% Var 2011-2013 e variação percentual entre 2011-2013 e 2018-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

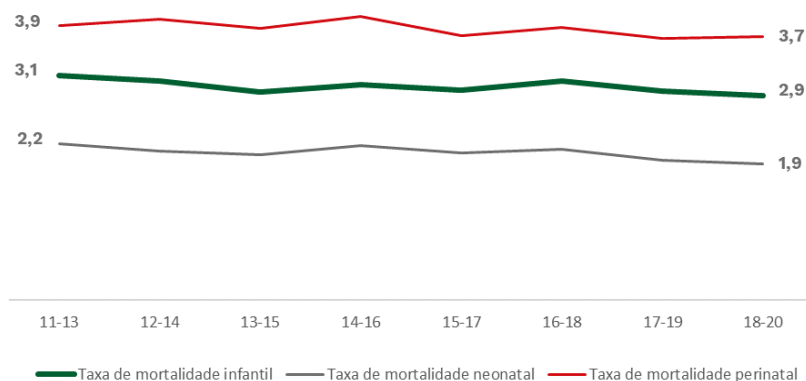
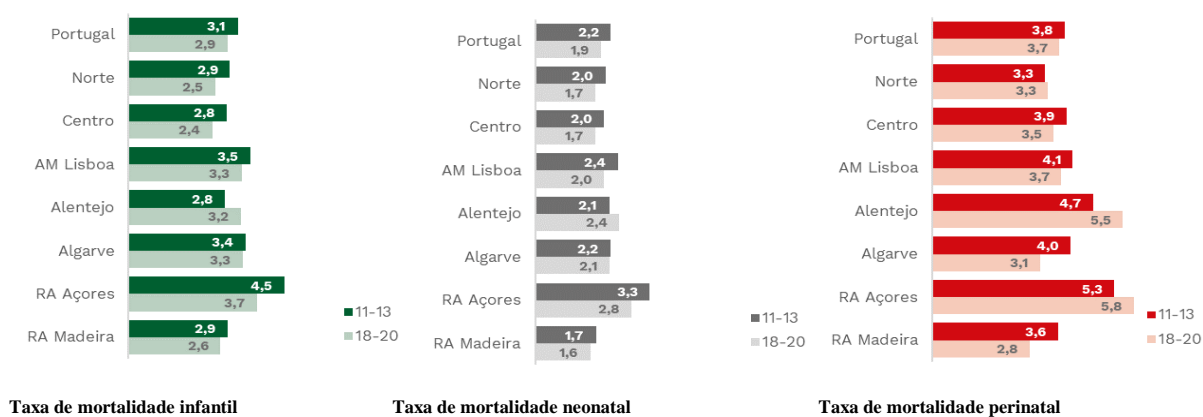


Figura 23. Evolução das taxas (por 1.000 nados-vivos) de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal, 2011-2013 a 2018-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A análise por área geográfica mostra a **distribuição desigual da mortalidade infantil e perinatal** por NUTS II. De 2011-2013 a 2018-2020, contrariamente às outras regiões, observou-se um aumento das taxas de mortalidade infantil, neonatal e perinatal na região do Alentejo, e da taxa de mortalidade perinatal na RA dos Açores. Com valores acima da média nacional, situaram-se, em 2018-2020, as taxas de mortalidade infantil e neonatal na RA dos Açores (de todos as NUTS II, foi a que apresentou os valores mais elevados), na Área Metropolitana de Lisboa, no Alentejo e no Algarve. Na RA dos Açores e no Alentejo a taxa de mortalidade perinatal foi, também, superior à taxa nacional, no mesmo triénio (Figura 24).



Taxa de mortalidade infantil
 AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 11-13: 2011-2013
 18-20: 2018-2020

Figura 24. Taxa de mortalidade (por 1.000 nados-vivos) infantil, neonatal e perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal e NUTS II, 2011-2013 e 2018-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.2 - Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nados-vivos

- Taxa de mortalidade em menores de 5 anos
 - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho - Mundo): **2,6 por 1.000 NV** (14)
- Taxa de mortalidade neonatal
 - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho - Mundo): **1,1 por 1.000 NV** (14)

De acordo com as **projeções demográficas** efetuadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (17), Portugal perderá população **até 2080**, passando de 10,3 milhões em 2019, para 8,2 milhões de residentes em 2080 (**cenário central**) (Figura 25).

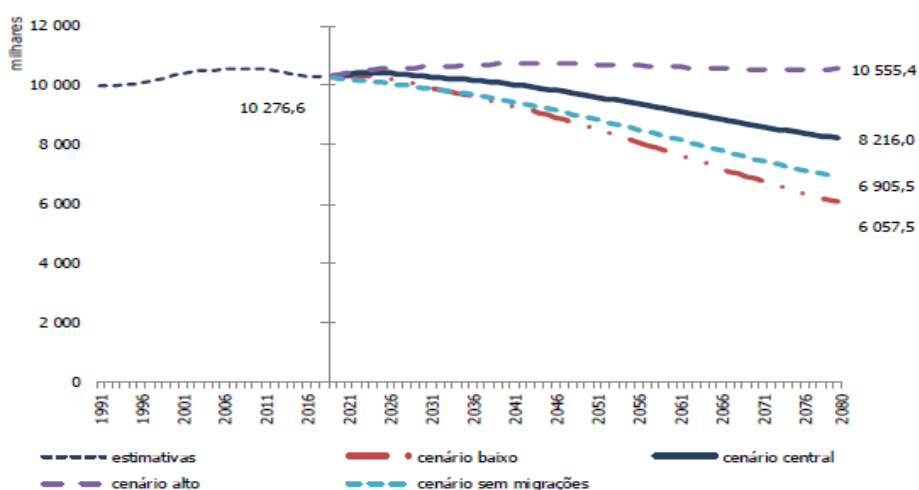


Figura 25. Estimativas e projeções por cenários da população residente em Portugal, 1991-2080

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

A variação populacional entre 2018 e 2080 não será uniforme em todas as NUTS II, verificando-se exceções ao decréscimo populacional projetado a nível nacional na Área Metropolitana de Lisboa (que, depois de 2050, passará a ser a região com maior dimensão populacional) e no Algarve (cenário central) (Figura 26) (17).

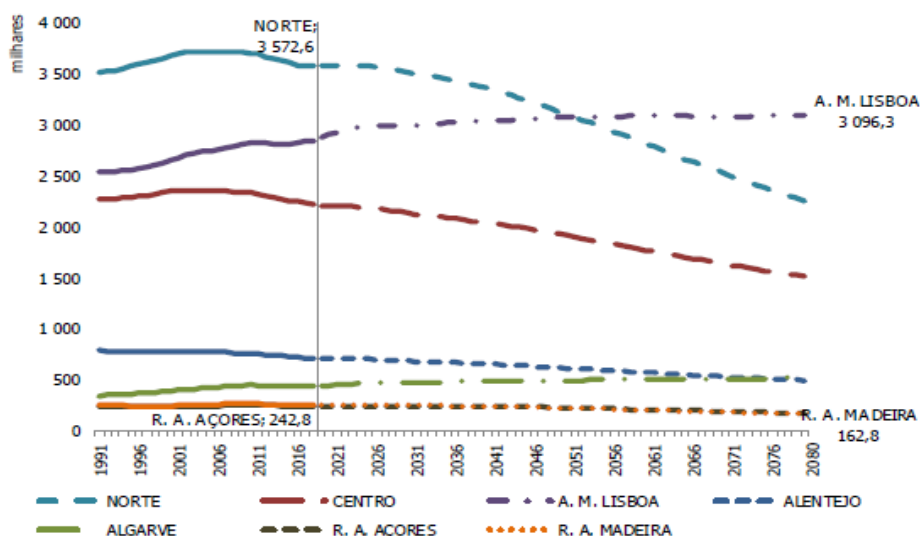


Figura 26. Estimativas e projeções (cenário central) da população residente nas regiões NUTS II, 1991-2080

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

Ao nível nacional projeta-se a redução da proporção de jovens na população total, bem como o aumento da proporção de população com 65 ou mais anos, resultando na quase duplicação do índice de envelhecimento (300 idosos por 100 jovens em 2080). Por NUTS II, a RA da Madeira será a mais envelhecida (429 idosos por 100 jovens em 2080) e o Algarve a menos envelhecida, ainda que com cerca do dobro de idosos face aos jovens (204 idosos por 100 jovens) (17).

A análise comparativa das pirâmides etárias estimada para 2018 e projetada para 2080 evidencia as alterações da estrutura etária da população nacional em 2080 (Figura 27).

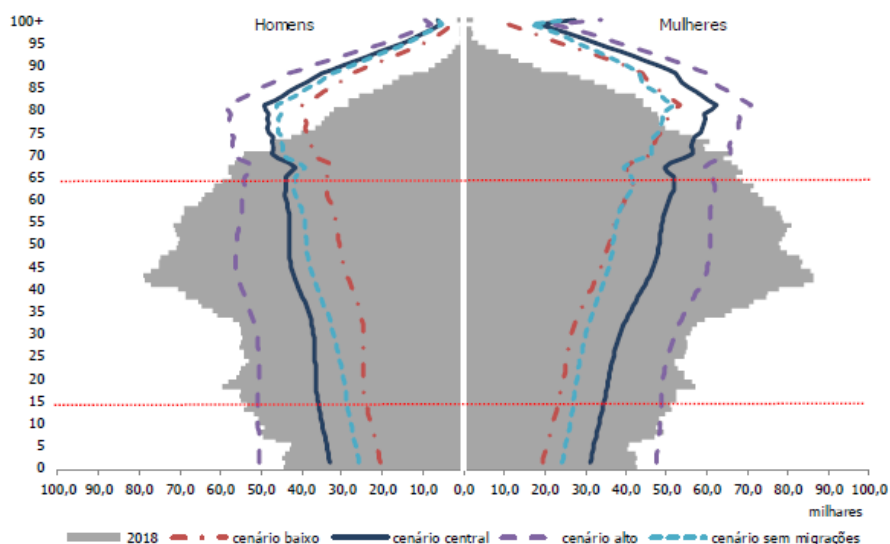


Figura 27. Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

3.2. Necessidades de Saúde em Portugal

3.2.1. O que nos diz a informação epidemiológica?

“Tudo quanto vive, vive porque muda; muda porque passa; e, porque passa, morre...”

(Fernando Pessoa)

A **mortalidade proporcional** descreve a proporção de óbitos ocorridos numa determinada população, durante um período de tempo, por diferentes causas. Cada causa é expressa como uma percentagem do total de óbitos ocorridos nesse período de tempo. Nas Figuras 28 e 29 podemos observar a mortalidade proporcional em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, no último triénio analisado (2017-2019), em ambos os sexos, para todas as idades e na população de idade inferior a 75 anos (mortalidade prematura). No Anexo 2 podem ser encontradas as respetivas análises por sexo (Anexos 2.1 e 2.2, e Anexos 2.3 e 2.4)

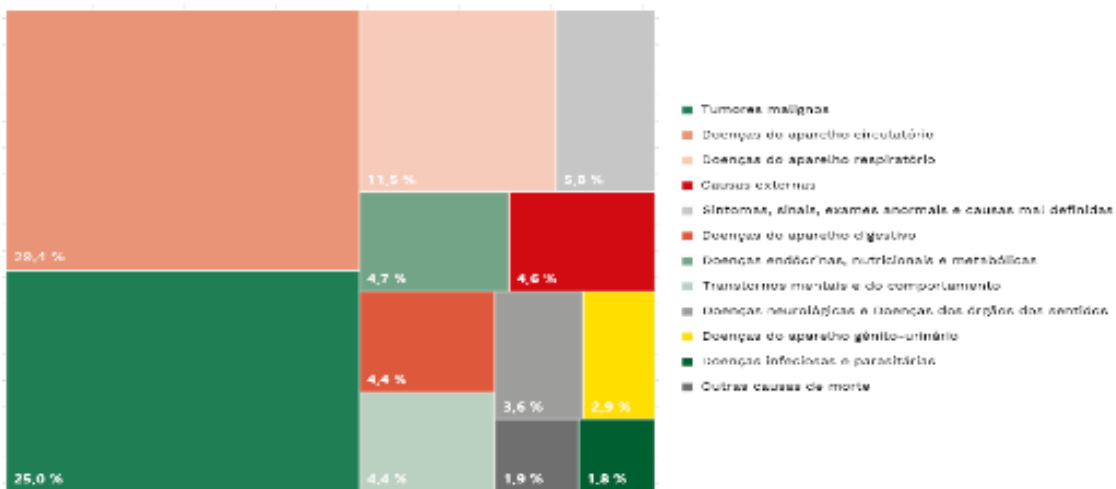


Figura 28. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

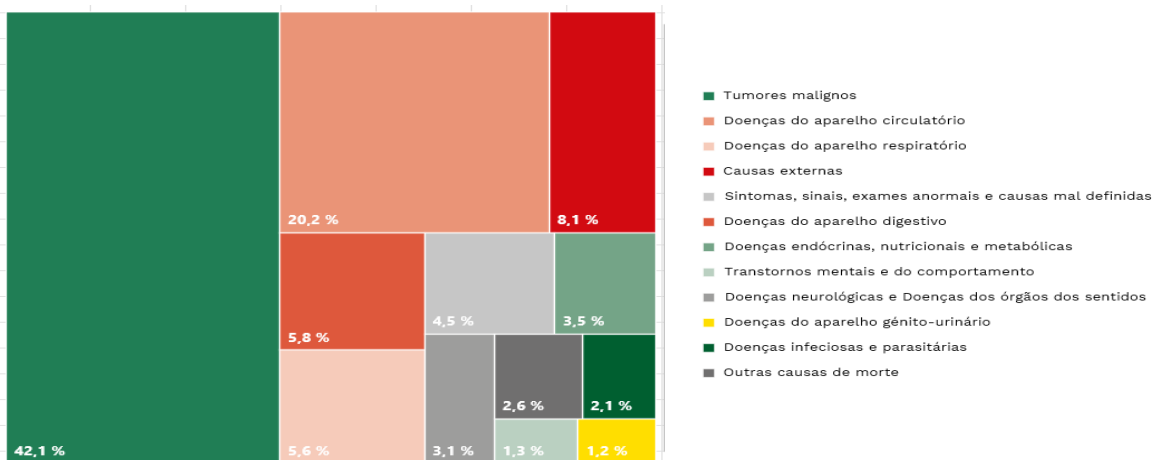


Figura 29. Mortalidade proporcional (%) prematura (idade inferior a 75 anos) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Os óbitos por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos corresponderam, nesse triénio, a 54,4 % dos óbitos totais e a 62,3 % dos óbitos prematuros. A proporção de óbitos causados por doenças do aparelho circulatório foi a mais elevada na população total (29,4 %), seguida pela proporção de óbitos causados por tumores malignos (25,0 %). Pelo contrário, na mortalidade prematura, o peso proporcional dos óbitos por tumores malignos foi o mais elevado, correspondendo a 42,1 % do total de óbitos, seguido pelo das doenças do aparelho circulatório (20,2 %). Destacamos, também, a mortalidade proporcional por doenças do aparelho respiratório, principalmente na população total (11,5 % dos óbitos), e por causas externas, sobretudo na mortalidade prematura (8,1 %).

Na análise da **distribuição percentual dos óbitos por grupo etário** (Figura 30 e Anexos 2.5 e 2.6), observa-se que a maior proporção dos óbitos na adolescência e adultos jovens (entre os 15 e os 34 anos) ocorreu por causas externas (sobretudo no **sexo masculino**), e entre os 35 e os 74 anos por tumores malignos (sobretudo no **sexo feminino**). Com a idade, aumentou a proporção dos óbitos por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório, em ambos os sexos.

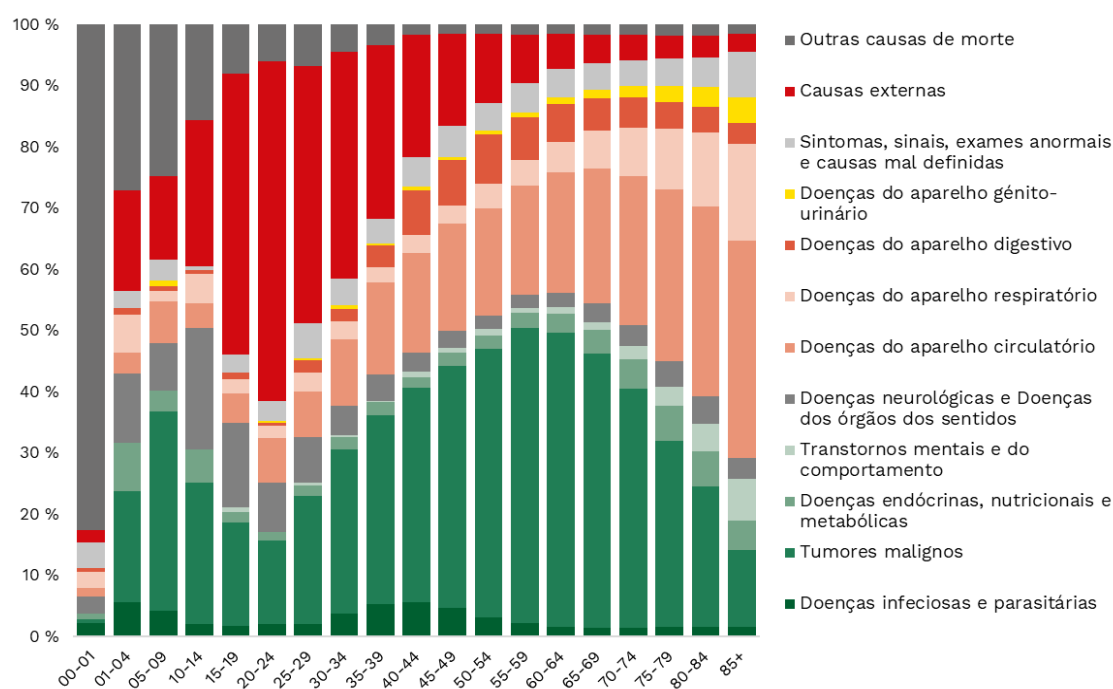


Figura 30. Distribuição percentual dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Mantendo-se com muito baixa magnitude, admite-se que, nos últimos anos, possa estar a observar-se uma ligeira alteração no perfil da **mortalidade materna** em Portugal. Após uma série de seis anos (entre 2011 e 2016) em que o número anual de óbitos maternos registado variou entre 4 e 6

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos (NV)

- Taxa de mortalidade materna por 100.000 - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho - Mundo): **3,4 por 100.000 NV** (14)
- Proporção de nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado - **Objetivo a longo prazo: 100 %** (14,18)

(variação da taxa de mortalidade materna entre 4,4 e 7,3 por 100.000 nados-vivos), entre 2017 e 2019 assumiu valores mais elevados, da ordem dos 15 óbitos em 2018 (taxa de mortalidade materna de 17,2 por 100.000 nados-vivos, no mesmo ano) (Figura 31).

No período 2002-2019, a análise da **evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (TMP)** em Portugal para os **principais grupos de causas de morte**, para todas as

idades (Figura 32) e idade prematura (Figura 33) evidencia, em ambos os grupos, a redução acentuada da TMP por doenças do aparelho circulatório, que contrasta com o perfil evolutivo dos restantes grupos de doenças, cuja TMP se manteve praticamente inalterada ou reduziu muito ligeiramente, em particular na população total e, sobretudo, no que diz respeito ao grupo dos tumores malignos (Figura 32). Em relação à mortalidade prematura, é de assinalar a redução da TMP prematura por causas externas (Figura 33).

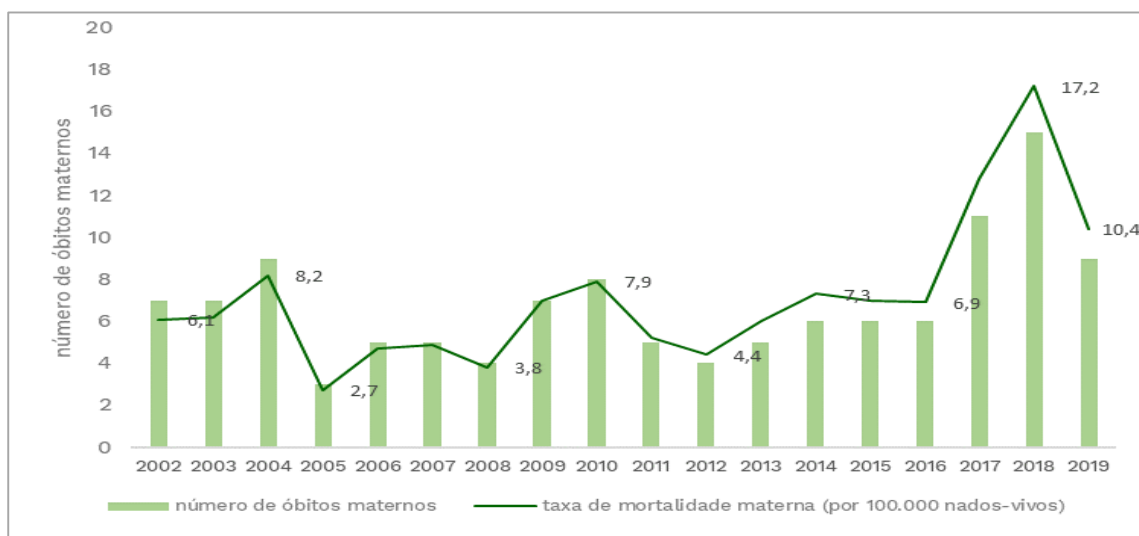


Figura 31. Evolução do número de óbitos maternos e da taxa de mortalidade materna por 100.000 nados-vivos em Portugal, 2002-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

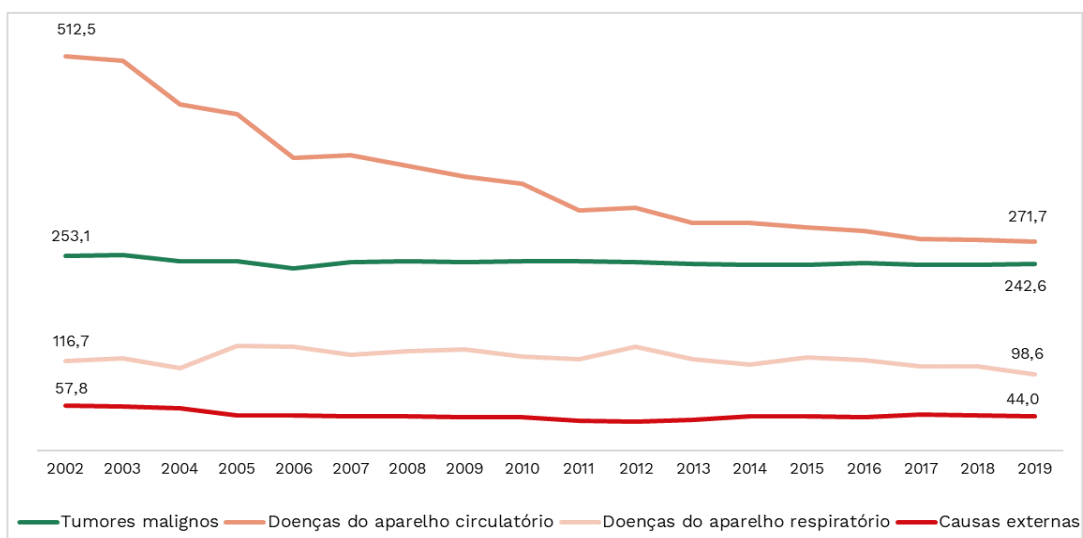


Figura 32. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2002-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

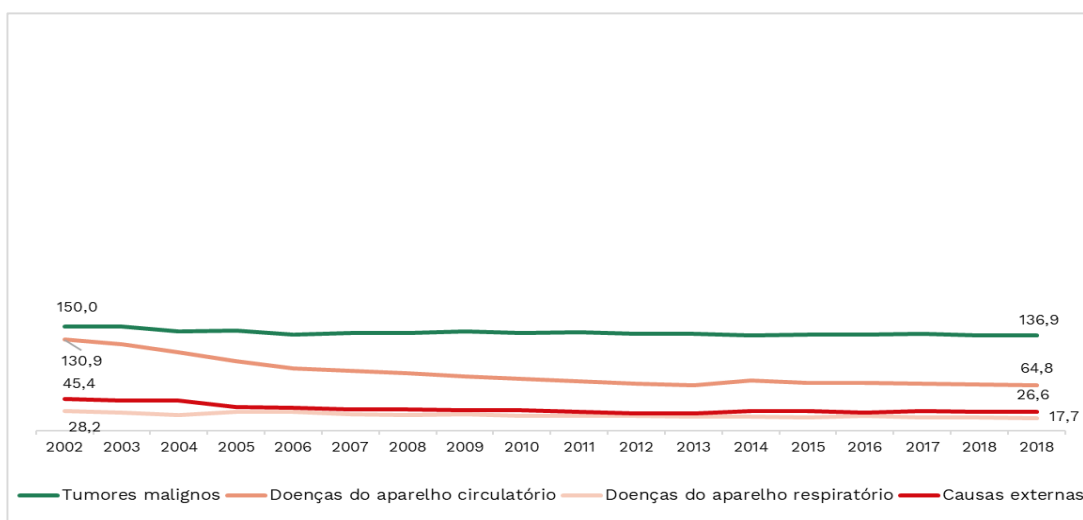


Figura 33. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2002-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No Anexo 2 (Anexos 2.7 a 2.26) pode ser encontrada uma análise complementar da mortalidade pelos seus quatro grupos principais de causas (tumores malignos, doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório e causas externas), incluindo, entre outros, a distribuição relativa por **sexo** e **grupo etário**, bem como a distribuição **geográfica** (NUTS II e III), permitindo identificar **desigualdades** a estes níveis. Salienta-se, desde já, em relação a:

- **Tumores malignos (TM)** (Anexos 2.7 a 2.11: Dos 28.464 óbitos por TM registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 276,7 por 100.000 habitantes¹⁴), 48,3 % corresponderam a óbitos prematuros (43,7 % no sexo feminino e 51,5 % no sexo masculino), proporção esta que apresentou uma ligeira diminuição no período em análise (2011-2019) (Anexo 2.7). Do estudo da distribuição por sexo e grupos etários quinquenais durante o triénio 2017-2019, observa-se que os óbitos por TM ocorreram sobretudo no sexo masculino com algumas exceções, das quais se destaca a população dos 30 aos 44 anos, e a partir dos 85 anos, grupo populacional em que predomina o sexo feminino. (Anexo 2.8). Entre os triénios 2009-2011 e 2017-2019 as regiões NUTS II Área Metropolitana de Lisboa, Região Autónoma dos Açores e Região Autónoma da Madeira apresentaram valores da taxa de mortalidade padronizada (TMP) por TM, para todas as idades e prematura, e no Algarve para a mortalidade prematura, estatisticamente superiores à média nacional, observando-se o oposto em relação às regiões do Norte e do Centro (Anexos 2.9 e 2.10). A análise por NUTS III, no triénio 2017-2019, reforça a análise anteriormente referida (Anexo 2.11);
- **Doenças do aparelho circulatório (DAC)** (Anexos 2.12-2.16): Dos 33.421 óbitos por DAC registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 324,9 por 100.000 habitantes), 19,4 % corresponderam a óbitos prematuros (29,8 % no sexo masculino e 10,9 % no sexo feminino), proporção esta que se manteve aproximadamente ao longo do período analisado (2011-2019) (Anexo 2.12). Do estudo da distribuição por sexo e grupos etários quinquenais durante o triénio 2017-2019, observa-se que os óbitos por DAC ocorreram sobretudo no sexo masculino, destacando-se como exceção as pessoas de idade igual ou superior a 80 anos. (Anexo 2.13). Entre os triénios 2009-2011 e 2017-2019, as regiões NUTS II Alentejo, RA dos Açores e RA da Madeira apresentaram valores da TMP por DAC, para todas as idades e prematura, estatisticamente superiores ao observado para Portugal, assim como o Algarve para a mortalidade prematura, acontecendo o oposto em relação às regiões Norte e Centro (Anexos 2.14 e 2.15). A análise por NUTS III mostra, contudo, algumas regiões no Norte e Centro com valores acima da média nacional (Anexo 2.16);
- **Doenças do aparelho respiratório (DAR)** (Anexos 2.17 a 2.21): Dos 12.218 óbitos por DAR registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 118,8 por 100.000 habitantes), 14,5 % corresponderam a óbitos prematuros (20,8 % no sexo masculino e 8,0 % no sexo feminino), tendo esta proporção vindo a diminuir ao longo do período

¹⁴ Entre 2010 e 2019, a taxa bruta de mortalidade atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias, entre os 30 e os 70 anos, indicador usado em Portugal como *proxy* da probabilidade de morrer pelo conjunto das referidas patologias, aumentou 5,7 %, sendo de 288,5 por 100.000 habitantes em 2019 (18).

analisado (2011-2019) (Anexo 2.17). Do estudo da distribuição por sexo e grupos etários quinquenais durante o triénio 2017-2019, observa-se que os óbitos infantis por DAR e os óbitos por DAR a partir do grupo etário 10-14 anos ocorreram sobretudo no sexo masculino. A partir dos 85 anos de idade, os óbitos por DAR foram mais frequentes predominando no sexo feminino (Anexo 2.18). Entre os triénios 2009-2011 e 2017-2019, as regiões NUTS II Centro, Alentejo, RA dos Açores e RA da Madeira apresentaram valores da TMP por DAR para todas as idades, e na RA dos Açores e RA da Madeira também para a mortalidade prematura, estatisticamente superiores à média nacional, acontecendo o oposto em relação à Área Metropolitana de Lisboa (Anexos 2.19 e 2.20). A análise por NUTS III (Anexo 2.21) reforça a análise efetuada;

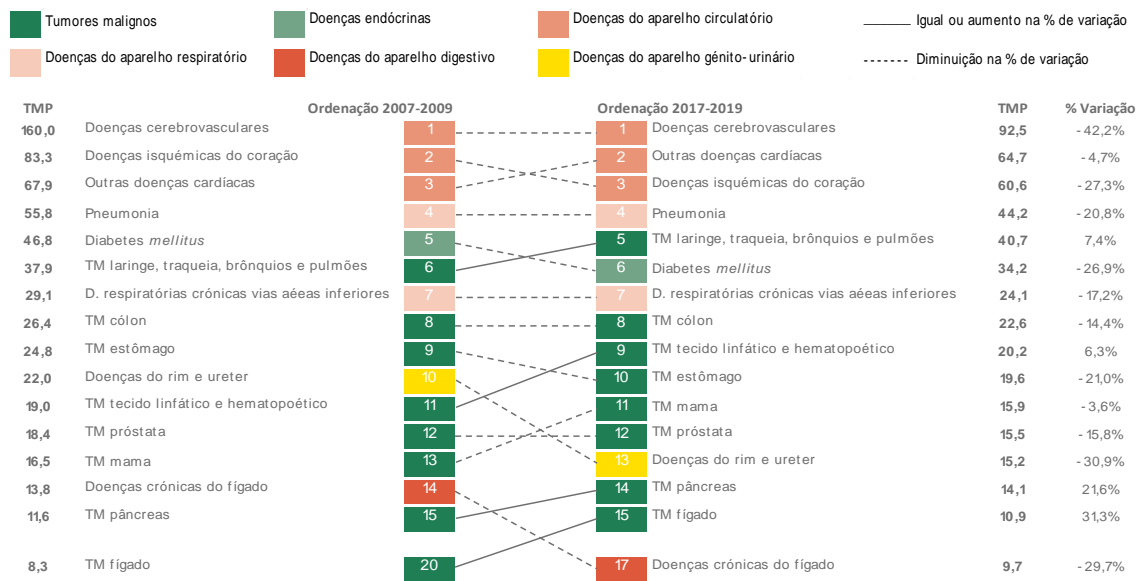
- **Causas externas (CE)** (Anexos 2.22. a 2.26): Dos 5.077 óbitos por CE registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 49,3 por 100.000 habitantes), 50,8 % dos óbitos por CE corresponderam a óbitos prematuros (62,2 % no sexo masculino e 32,7 % no sexo feminino), tendo esta proporção vindo a diminuir ao longo do período analisado (Anexo 2.22). Do estudo da distribuição por sexo e grupos etários quinquenais durante o triénio 2017-2019, observa-se que os óbitos por CE ocorreram maioritariamente no sexo masculino entre os 0 e os 4 anos e a partir dos 10-14 anos (*inclusive*) exceto nas idades de 85 e mais anos, nas quais predomina o sexo feminino (Anexo 2.23). Entre os triénios 2009-2011 e 2017-2019, as regiões NUTS II Alentejo, Algarve e RA da Madeira apresentaram valores da TMP por CE para todas as idades e mortalidade prematura, e no Centro para a mortalidade prematura, estatisticamente superiores ao observado para Portugal, acontecendo o oposto em relação às regiões Norte e Área Metropolitana de Lisboa (Anexos 2.24 e 2.25).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.4 - *Até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar*

- Taxa de mortalidade padronizada (30 a 70 anos) atribuída a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias (**probabilidade de morrer**)
 - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho - Mundo): **9,3 %** (14)
- Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) (2016) (19)
 - **Média da OCDE: 11,4 por 100.000**
 - **Melhor valor dos países da OCDE: 2,1 por 100.000**
 - **Objetivo a longo prazo: 0 novos casos**

A comparação das **taxas de mortalidade padronizadas (TMP)** pela idade entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019, sublinha a importância das doenças do aparelho circulatório e dos tumores malignos enquanto principais **causas de morte** em Portugal, considerando **todas as idades e ambos os sexos**, nos dois períodos em análise. Contudo, em termos da variação desse indicador entre os dois triénios, esta foi **favorável**, observando-se uma **redução acentuada**, no caso das doenças cerebrovasculares (-42,2 %) e das doenças isquémicas do coração (-27,3 %) (Figura 34), sendo que, no **sexo feminino**, foi ainda mais acentuada (-44,1 % e -37,1 %, respetivamente) (Anexo 2.27).



TMP - Taxa de mortalidade padronizada pela idade | TM - Tumor maligno | D. - Doenças
% variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Figura 34. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Igualmente **favorável** foi o resultado da variação, entre os dois triénios, da TMP por doenças do rim e ureter (-30,9 % em ambos os sexos e -36,0 % no **sexo masculino**), doenças crónicas do fígado (-29,7 %, sobretudo, à custa do **sexo masculino**, com - 26,7 %) (Anexo 2.28), diabetes *mellitus* (-26,9 %) e tumor maligno do estômago (-21,0 %), entre outros.

Em sentido contrário, é de salientar, como **desfavorável**, a variação observada da TMP por tumores malignos do fígado (31,3 %) e do pâncreas (21,6 %), entre outros (Figura 34). Este aumento da TMP foi especialmente acentuado no **sexo masculino** (respetivamente, 38,8 % e 22,9 %), embora também se tenha verificado no **sexo feminino**, em relação ao tumor maligno do pâncreas (18,1 %). É, igualmente, de assinalar, como desfavorável, no **sexo feminino** o aumento da TMP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (29,1 %), bem

como no **sexo masculino**, pois embora a variação seja de menor magnitude (2,7 %), este aumento traduz a importância ainda crescente do TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmões como causa de morte no **sexo masculino** (Anexos 2.27 e 2.28).

A análise da variação das **taxas de mortalidade prematura** (idade inferior a 75 anos) padronizada pela idade entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019 (Figura 35), mostra que, pela sua maior magnitude, os tumores malignos foram a principal causa de morte prematura em Portugal em ambos os períodos, especificamente, o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões no **sexo masculino** e o tumor maligno da mama no **sexo feminino** (Anexos 2.29 e 2.30).



TMP 75 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) | TM - Tumor maligno | D. - Doenças VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Figura 35. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Apesar de apresentarem uma menor magnitude, é de assinalar os tumores malignos do fígado e pâncreas, pelo comportamento acentuadamente **desfavorável** das respetivas variações percentuais (37,7 % e 23,1 %, respetivamente), compatível com o aumento da sua importância enquanto causas de morte prematura (Figura 35). Observou-se esse comportamento em **ambos os sexos** para o TM do pâncreas (aumento de 24,4 % no **sexo feminino** e de 21,3 % no **masculino**) e no **sexo masculino** para o TM do fígado, onde se observou uma variação de 42,7 % entre os dois triénios (Anexos 2.29 e 2.30).

No que diz respeito ao tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, é ainda de referir no **sexo feminino** o aumento da TMP em 34,9 %, entre os dois triénios em análise,

traduzindo a sua relevância aparentemente crescente enquanto causa de morte prematura nas mulheres (Anexo 2.29)

É, ainda, de assinalar o aumento no **sexo feminino** da mortalidade padronizada prematura por suicídio (2,7 %) (Anexo 2.29) e no **sexo masculino** do TM do lábio, cavidade bucal e faringe (5,5 %) (Anexo 2.30).

Por último, salienta-se o grupo das “outras doenças cardíacas” como quinta causa de morte padronizada prematura (Figura 35) (sobretudo, à custa do **sexo masculino**, onde se registou uma variação de mais 10,7 % (Anexo 2.30)), provavelmente devido ao aumento, em Portugal, da ocorrência de insuficiência cardíaca e de doença cardíaca hipertensiva (20).

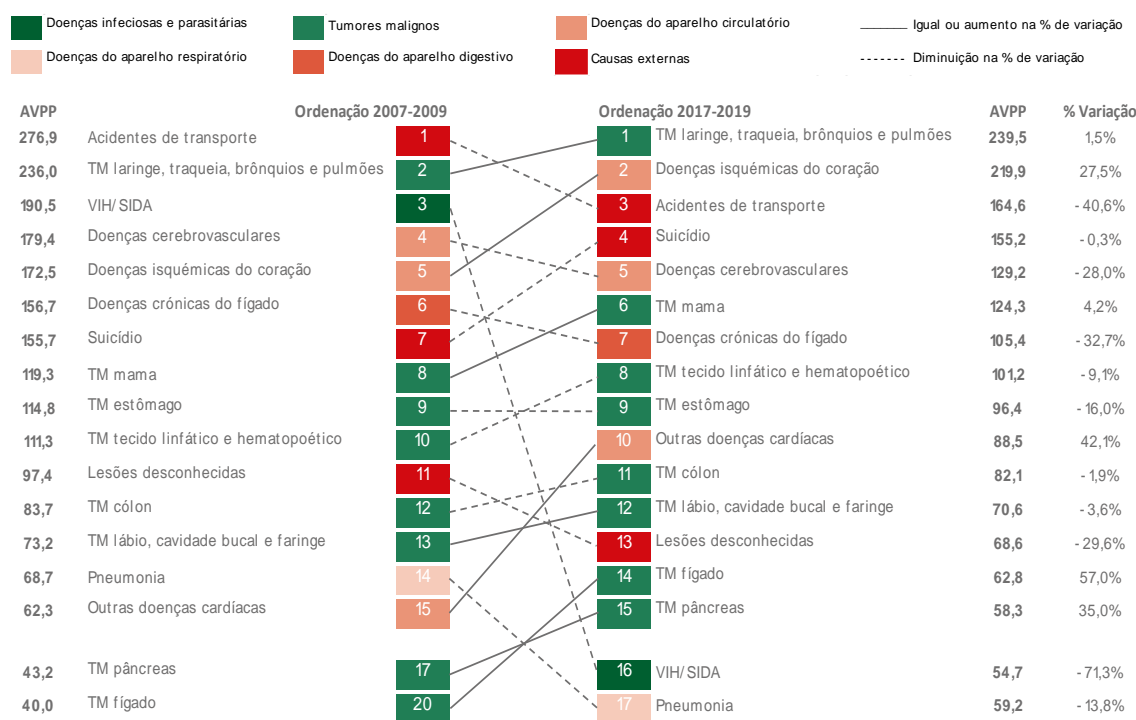
É, por outro lado, também, de salientar, como **favorável**, a redução acentuada da mortalidade padronizada prematura por VIH/SIDA (-62,9 %, sobretudo, à custa do **sexo masculino** com -63,7%), diabetes *mellitus* (-40,6 % em ambos os sexos e -45,6 % no **sexo feminino**) e acidentes de transporte (-30,9 % em ambos os sexos e -39,5 % no **sexo feminino**), entre os triénios analisados (Figura 35 e Anexos 2.29 e 2.30).

A Figura 36 e os Anexos 2.31.e 2.32 apresentam a **variação da taxa de anos de vida potenciais perdidos** (até aos 70 anos) entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019, complementando a análise anteriormente efetuada.

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.6 - *Até 2020, reduzir para metade, a nível global, o número de mortos e feridos devido a acidentes rodoviários*

- Taxa de mortalidade por acidentes rodoviários
 - Média da UE (2019): **5,1 por 100.000** (21)
 - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho Mundo): **3,2 por 100.000** (14)



AVPP - Taxa de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) por 100.000 habitantes | TM - Tumor maligno
 VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Figura 36. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) em Portugal, ambos os sexos, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A análise das taxas de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) (e sua variação entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019) é consistente com os resultados do estudo da mortalidade padronizada prematura, salientando-se, em sentido desfavorável, pela elevada magnitude em 2018-2020, as taxas de AVPP por TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (mais 1,5 %), tanto no **sexo masculino** como **feminino**, e por doenças isquémicas do coração (mais 27,5 %), sobretudo no **sexo masculino** (Figura 36).

É de salientar, também, pela negativa, as taxas de AVPP por acidentes de transporte (embora com variação favorável de -40,6 %), e de suicídio face às elevadas magnitudes ainda observadas em 2018-2020 e pela variação desfavorável no **sexo feminino** (aumento de 6,6 %); e as taxas de AVPP por TM do fígado, por “outras doenças cardíacas” e por TM do pâncreas pela variação desfavorável, sobretudo no **sexo masculino** (variação de 59,7 %, 46,0 % e 36,0 %, respetivamente, entre os triénios em análise) (Figura 36 e Anexos 2.31 e 2.32).

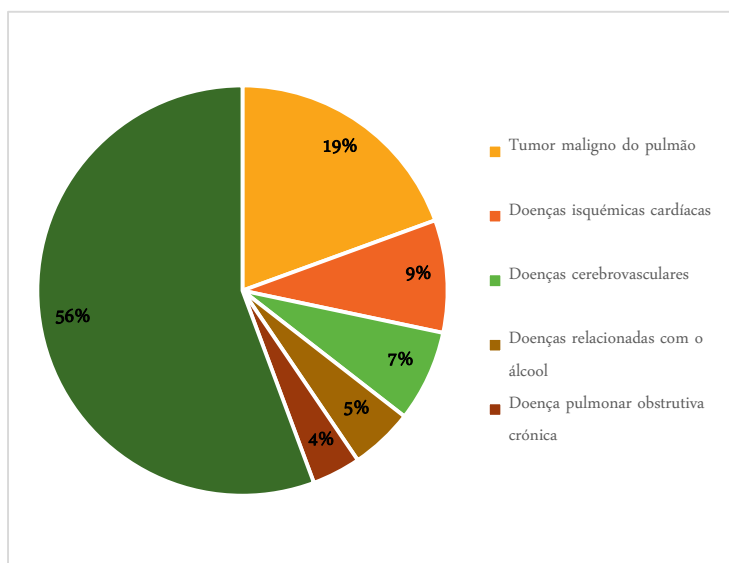
No **sexo feminino**, salienta-se, ainda, o TM da mama, que se mantém como a causa da taxa de AVPP mais elevada neste sexo e com variação desfavorável entre os triénios em análise (Anexo 2.31).

Em sentido favorável, é de destacar a variação de -71,3 % da taxa de AVPP por infeção VIH/SIDA (Figura 36).

A taxa de mortalidade prematura padronizada pela idade, por todas as causas, em 2018, em Portugal, foi de 331,6 óbitos por 100.000 habitantes, sendo que 67 % dos óbitos são considerados como **mortalidade evitável**, correspondendo 25 % dos mesmos a mortalidade tratável e 42 % a mortalidade evitável.

Assim, nesse ano, cerca de 138 mortes prematuras por 100.000 habitantes poderiam ter sido evitadas (mortalidade evitável) através de uma melhor intervenção dos cuidados de saúde, bem como de uma melhor prevenção da doença e promoção da saúde. No **sexo masculino**, esta foi aproximadamente 3,7 vezes superior à observada no **sexo feminino**¹⁵.

Alguns tumores malignos foram as **principais causas de mortalidade evitável**¹⁶, entre eles, o tumor maligno do pulmão, que surge como primeira causa (Figura 37), seguido das doenças isquémicas cardíacas¹⁷, das doenças cerebrovasculares, das doenças relacionadas com o álcool e da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).



No mesmo ano, a **mortalidade prematura tratável**¹⁸ padronizada pela idade foi de 83 óbitos por 100.000 habitantes. A magnitude da mortalidade tratável foi superior no **sexo masculino**, com 101 óbitos por 100.000 habitantes, comparativamente a 68 óbitos por 100.000 habitantes, no **sexo feminino**.

Figura 37. Principais causas de mortalidade prematura evitável, Portugal, 2018

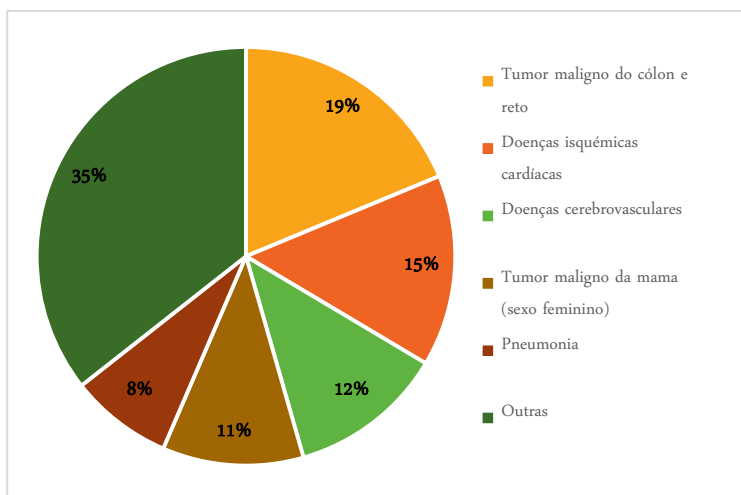
Fonte: Eurostat, 2018. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

¹⁵ Esta desigualdade entre sexos poderá explicar-se pela maior taxa de mortalidade no sexo masculino associada a fatores de risco modificáveis, como o consumo de tabaco.

¹⁶ A mortalidade evitável corresponde aos óbitos que seria possível evitar através, sobretudo, de medidas de saúde pública, designadamente de prevenção primária (22).

¹⁷ Na metodologia utilizada, 50 % da mortalidade por doenças isquémicas cardíacas e por doenças cerebrovasculares é considerada evitável, e os restantes 50 % tratável, dado serem doenças em que não há evidência de serem mais “evitáveis” ou mais “tratáveis”.

¹⁸ A “mortalidade tratável” corresponde aos óbitos que podiam ser evitados, principalmente, através da prestação de cuidados de saúde, incluindo rastreios e o tratamento da doença (22).



As principais causas de mortalidade tratável foram o tumor maligno do cólon e reto, as doenças isquémicas cardíacas, as doenças cerebrovasculares, o tumor maligno da mama (no sexo feminino) e a pneumonia (Figura 38).

Figura 38. Principais causas de mortalidade prematura tratável, Portugal, 2018

Fonte: Eurostat, 2018. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

De acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) (23), Portugal apresenta valores de mortalidade evitável e tratável inferiores à média dos países da OCDE (Figura 39).

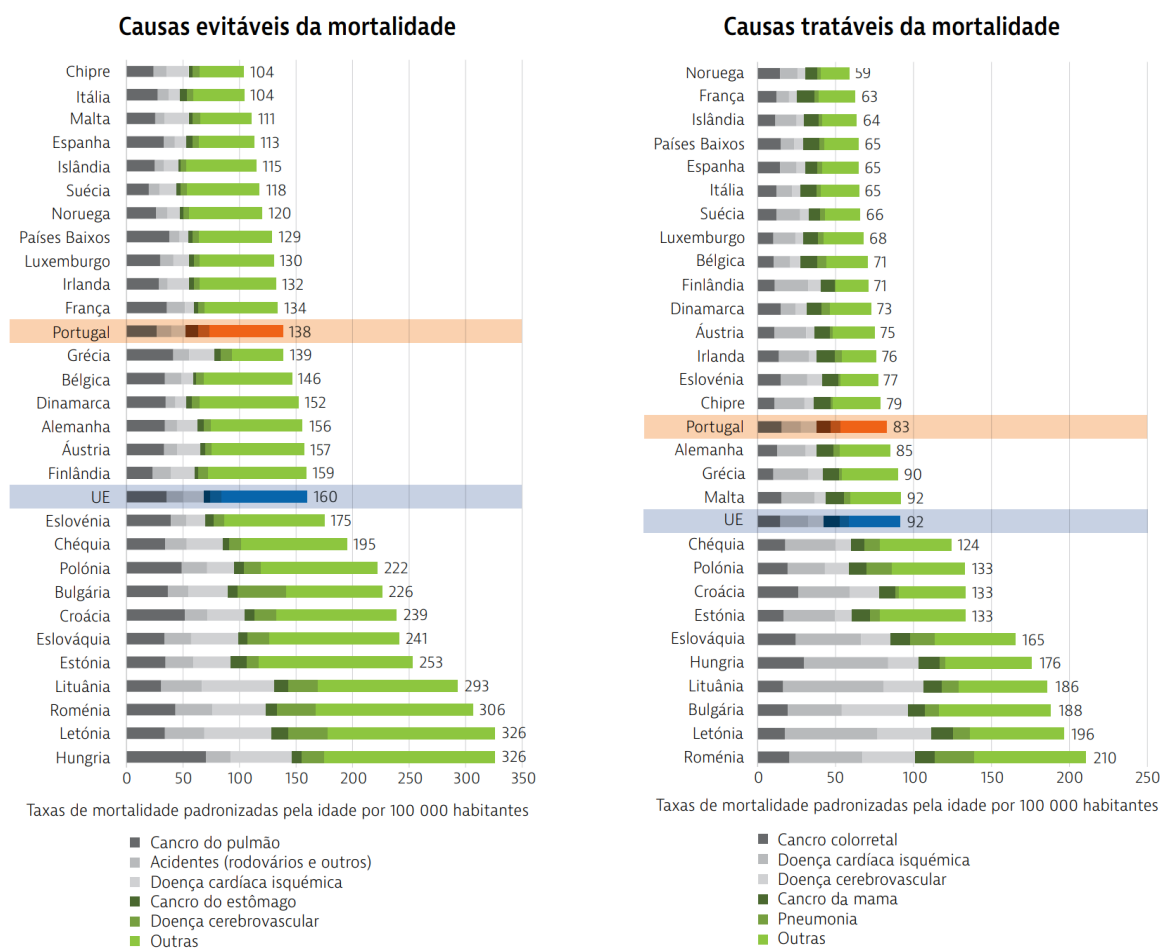


Figura 39 Principais causas evitáveis e tratáveis de mortalidade na União Europeia e respetivos países membros

Fonte: Eurostat, 2018 (à exceção da França, cujos dados se referem a 2016) (22)

Em 2019, os valores do indicador **anos de vida saudável aos 65 anos**¹⁹ em Portugal foi de 6,9 anos no **sexo feminino** e 7,9 anos **no sexo masculino**, valores inferiores aos registados na média da União Europeia (UE) (10,4 anos e 10,2 anos, respetivamente) (Figura 40). A análise da evolução deste indicador entre 2014 e 2019 evidencia o seu crescimento contínuo mantendo-se, contudo, em valores sempre inferiores à média da UE. Em Portugal, os anos de vida saudável aos 65 anos têm sido mais elevados no **sexo masculino** face ao feminino, contrastando com o registado na média dos países da UE, salientando-se, contudo, que a diferença entre os sexos parece estar a reduzir-se (Figura 40).

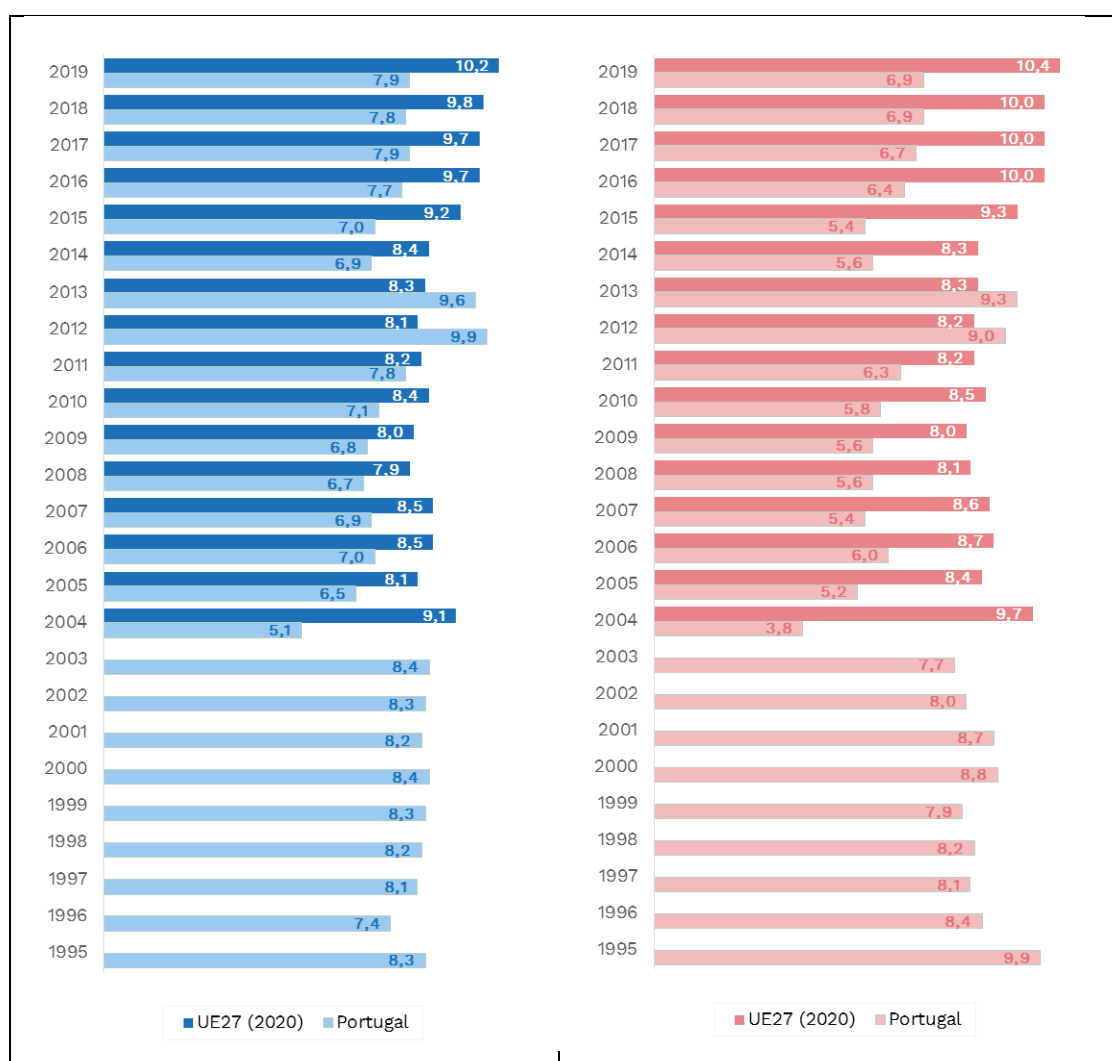


Figura 40. Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo (masculino à esquerda e feminino à direita), Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019

Fonte: PORDATA, 2021. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

¹⁹ O indicador anos de vida saudável aos 65 anos traduz o número de anos que uma pessoa de 65 anos pode esperar viver em condições de vida saudável.

Em 2019, o número de **anos de vida saudável à nascença** estimado para Portugal foi de 59,2 anos, menos 5,4 anos do que o valor médio dos países da UE (Figura 41). Tal como se observa com o indicador aos 65 anos, estima-se, em Portugal, um maior número de anos de vida saudável no **sexo masculino** em relação ao feminino (60,6 e 57,8 anos, respetivamente, em 2019), diferença observada ao longo de todo o período em estudo (2004-2019), contrariamente à média da UE (Figura 41).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Indicadores de avaliação geral do progresso do ODS 3 (24)

- Anos de vida saudável à nascença por sexo

–Média da UE (2019) (21):

Homens: 64,2 anos

Mulheres: 65,1 anos

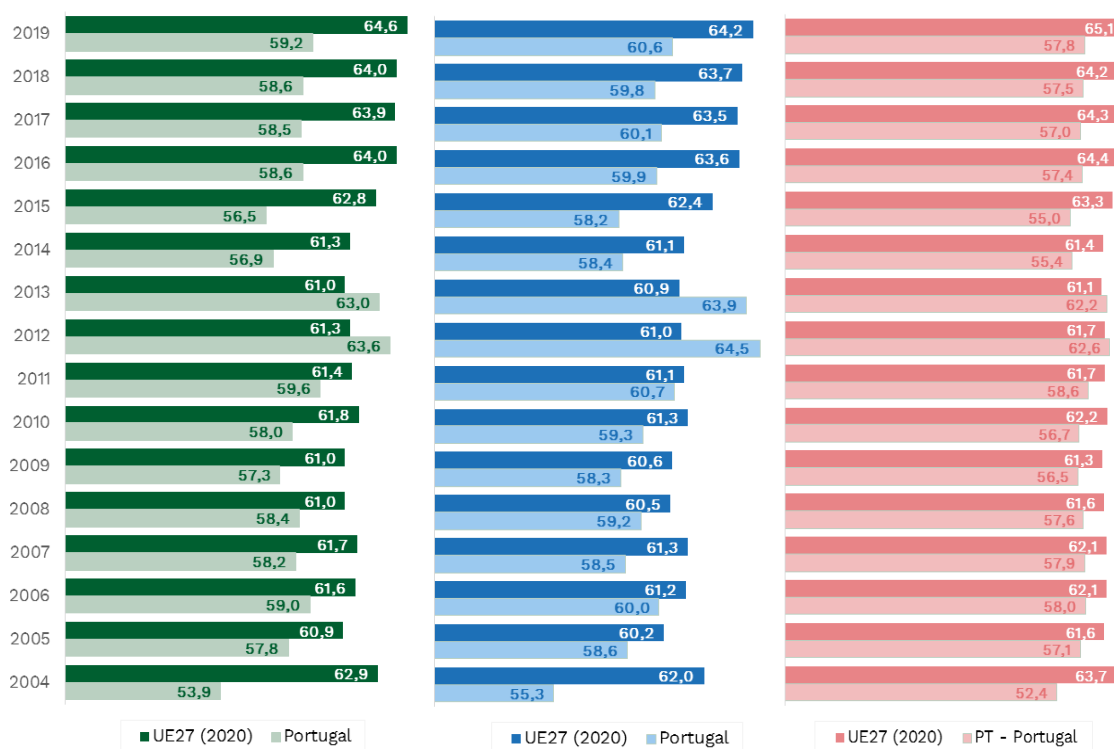


Figura 41. Anos de vida saudável à nascença: total, sexo masculino e sexo feminino, Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019

Fonte: PORDATA, 2021. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

“Os meus males, ninguém mos adivinha...”

A minha Dor não fala, anda sozinha...”

(Florbela Espanca)

Segundo o último Inquérito Nacional de Saúde (INS, 2019), a proporção da população residente em Portugal com 15 e mais anos de idade que declarou um **grau de satisfação elevado com a vida** (satisfeito ou bastante satisfeito), foi de 57,0 %. Esta proporção foi superior à observada no INS realizado em 2014 (51,6 %), e superior no sexo masculino (59,7 %), em relação ao sexo feminino (54,6 %) (Figura 42).

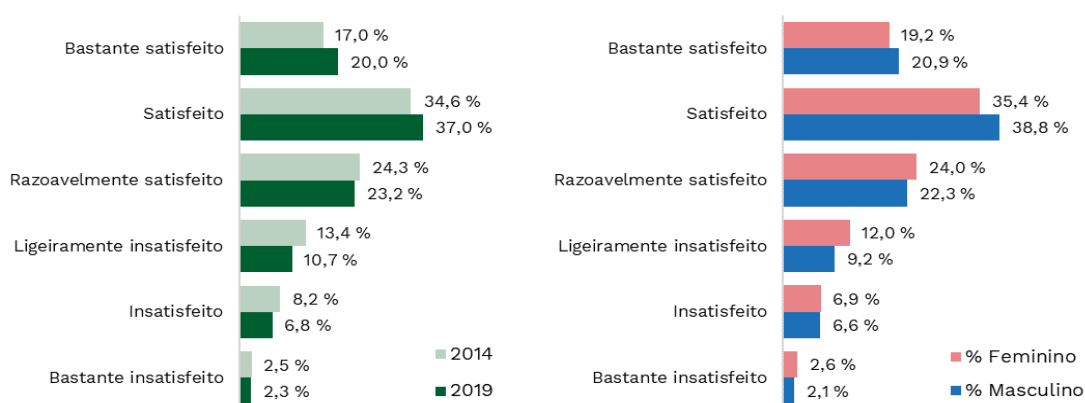


Figura 42. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por grau de satisfação com a vida, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda), e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

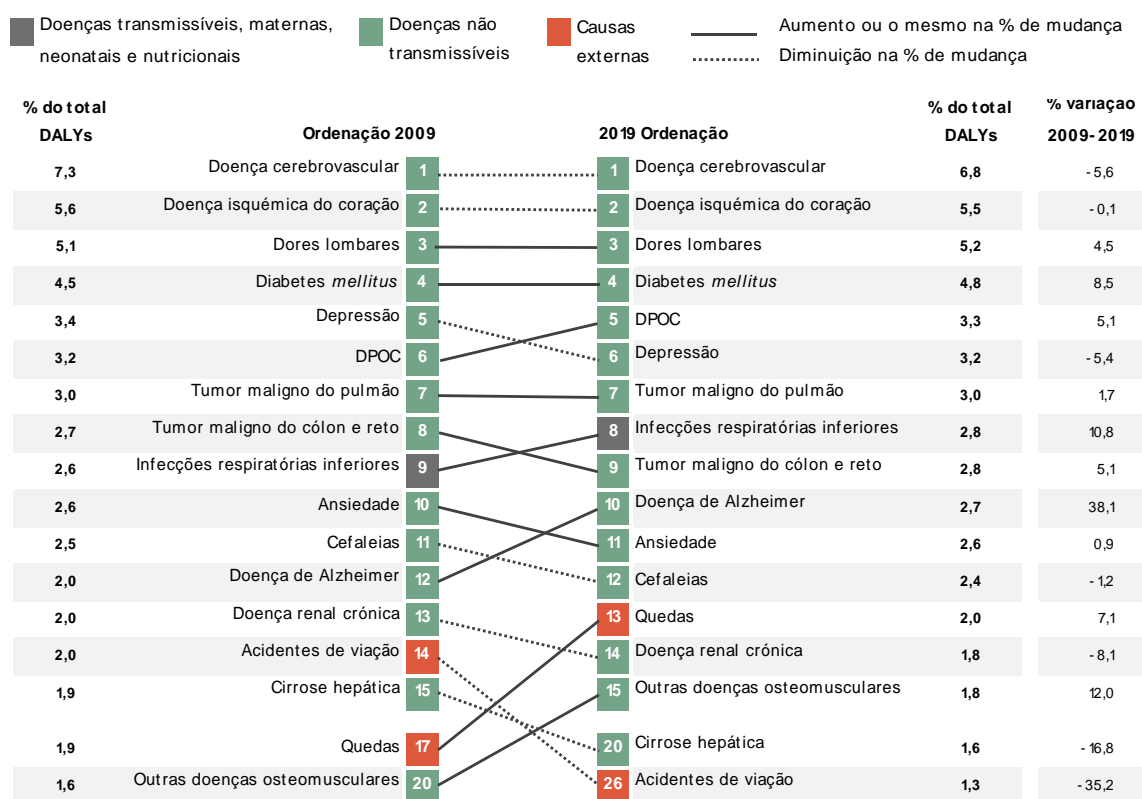
Os **DALYs** (*Disability Adjusted Life Years*), correspondendo aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, são uma importante medida-resumo do estado de saúde da população.

Ao analisar-se as principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade em percentagem do total de DALYs em Portugal e a variação percentual da taxa de DALYs por 100.000 habitantes para cada causa, entre os anos 2009 e 2019 (Figura 43), observa-se um predomínio do grupo das doenças crónicas/não transmissíveis, incluindo as doenças osteomusculares.

A comparação entre os dois anos em análise evidencia uma variação **favorável** da taxa de DALYs por 100.000 por lesões por acidentes de viação (-35,2 %), cirrose hepática (-16,8 %, sobretudo, no sexo masculino (25)) e doença renal crónica (-8,1 %), entre outros.

Em sentido contrário, observa-se um comportamento **desfavorável** da variação em análise na doença de Alzheimer (38,1 %), no conjunto das doenças osteomusculares (16,5 %), infeções

respiratórias inferiores (10,8 %), sobretudo, no sexo feminino (25), diabetes *mellitus* (8,5 %) e quedas (7,1 % em ambos os sexos e 20,7 % no sexo feminino (25)).



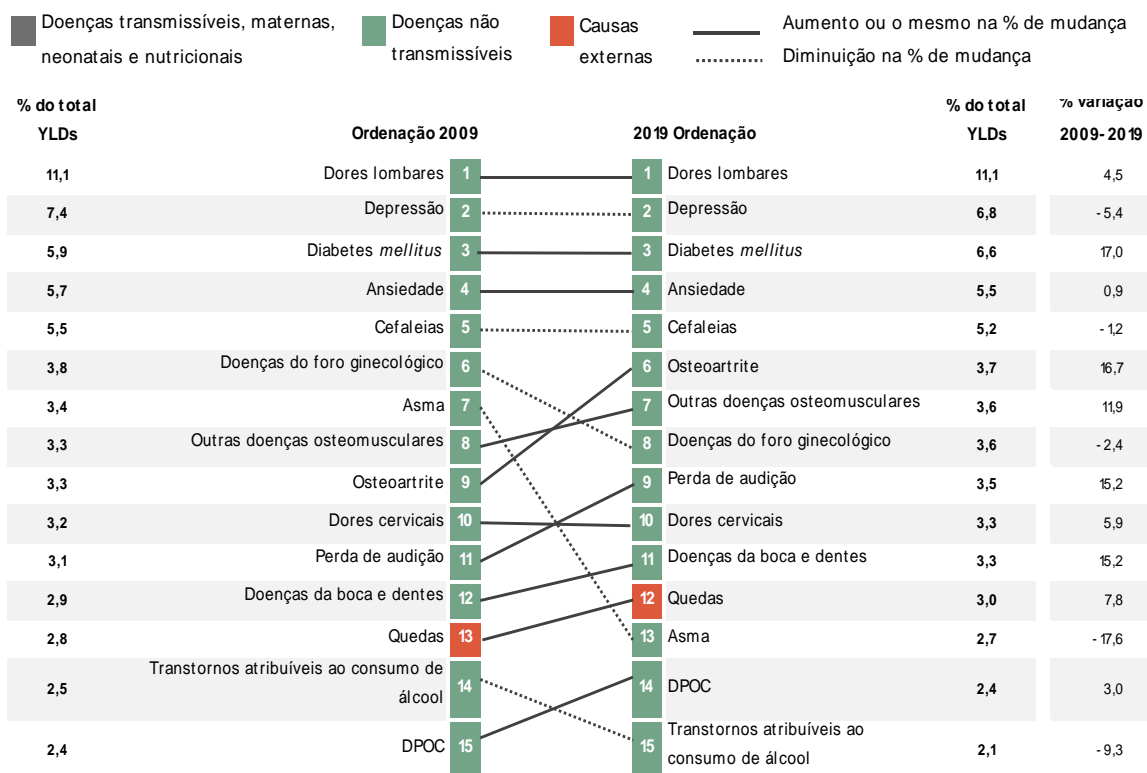
% variação – variação percentual da taxa de DALYs por 100.000 habitantes entre 2009 e 2019

Figura 43. Ordenação das principais causas de carga de mortalidade, doença e incapacidade (DALYs) e variação percentual, por causa, da taxa (por 100.000 habitantes) de DALYs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

É, ainda, de referir, no sexo masculino, o comportamento **desfavorável** da variação da taxa de DALYs por 100.000 por tumor maligno da próstata (15,5 %) e **favorável** no VIH/SIDA (-36,1 %). Igualmente **favorável** foi, no sexo feminino, a redução da taxa de DALYs por asma (-21,3 %) (25).

A análise da carga de doença e incapacidade (YLDs – *Years Lived with Disability*) em Portugal e a sua variação percentual entre os anos 2009 e 2019 (Figura 44), é consistente com a análise dos DALYs acima mencionada, observando-se o elevado “peso”, crescente, das doenças osteomusculares (no conjunto, em 2019 a respetiva taxa de YLDs foi superior em 33,1 % à observada em 2009), designadamente das dores lombares que, por si só, ocupavam o primeiro lugar nos dois anos em análise em termos de peso proporcional do total de YLDs, e cuja variação da respetiva taxa de YLDs por 100.000 foi de 4,5 % entre 2009 e 2019, o que é concordante com os principais resultados, em termos de prevalência de doença autodeclarada, do último INS (2019) (Figura 45).



% variação – variação percentual da taxa de YLDs por 100.000 habitantes entre 2009 e 2019

Figura 44. Ordenação das principais causas de carga de doença e incapacidade (YLDs) e variação percentual, por causa, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLDs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

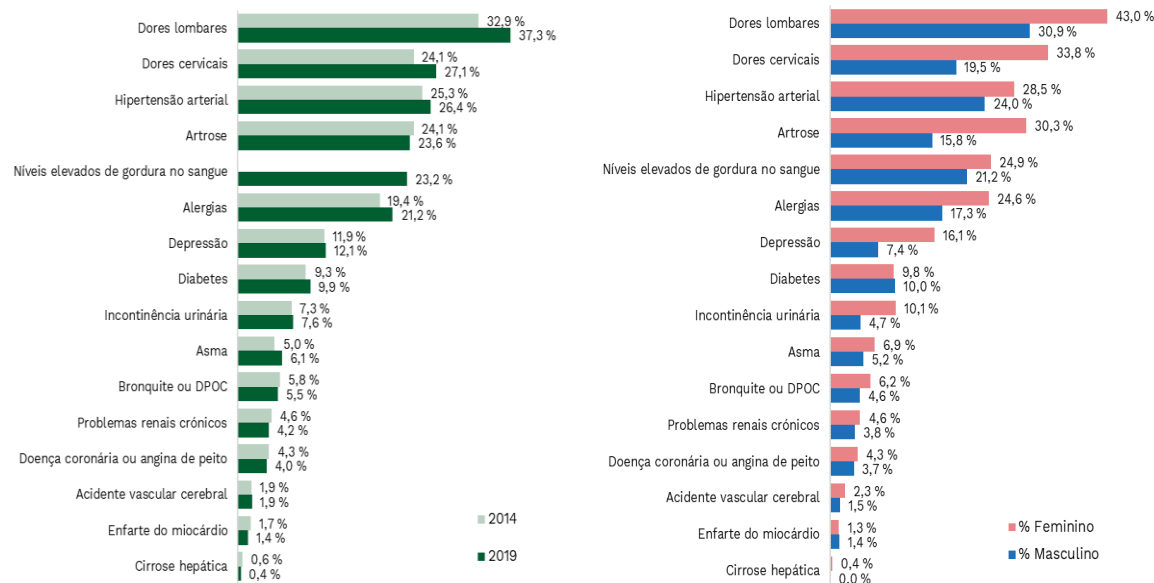


Figura 45. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por tipo de doença crónica autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda) e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em termos de carga de doença e de incapacidade, é também, de destacar a depressão, que manteve o segundo lugar mais elevado da proporção de YLDs por causa, apesar da variação favorável da

respetiva taxa de YLDs entre 2009 e 2019, bem como a ansiedade e as cefaleias, embora a variação das respetivas taxas de YLDs tenha sido mínima entre os anos em análise (Figura 44).

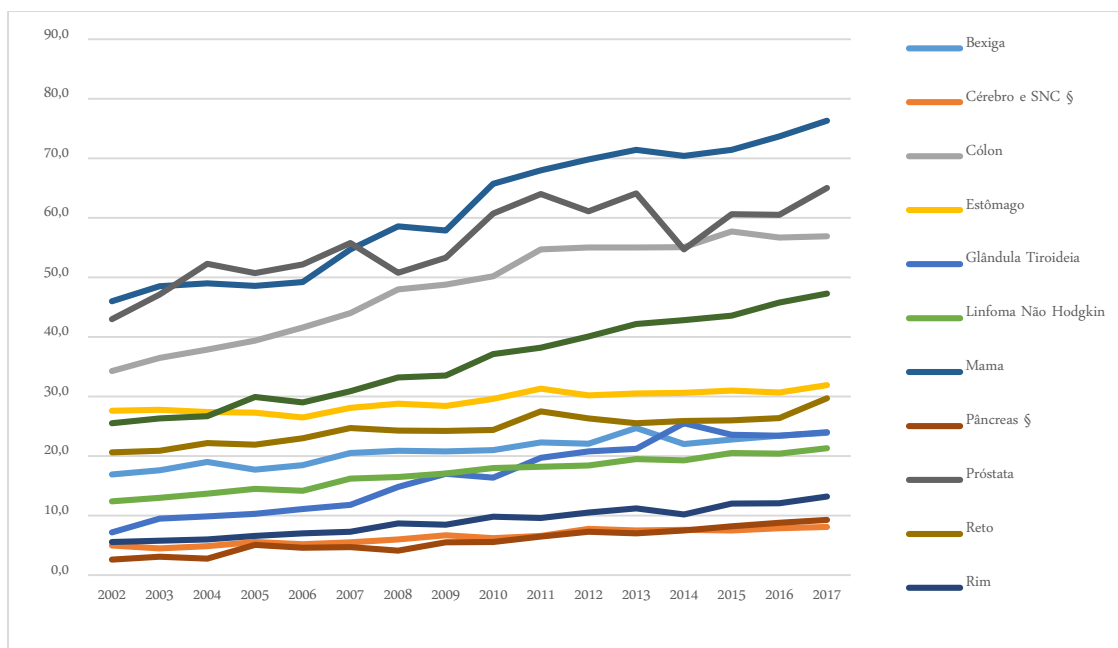
No âmbito da carga de doença associada à ansiedade e depressão nos adolescentes e jovens, salientamos os resultados da última ronda (2018) do estudo *Health Behavior in School Aged Children (HBSC)*, abrangendo adolescentes, alunos dos 6º, 8º, 10º anos e, nesta ronda de 2018, pela primeira vez, também do 12º ano de escolaridade, no ensino público (26), designadamente:

- apesar da grande maioria dos adolescentes se considerarem felizes (81,7 %) e satisfeitos com a vida, 27,6 % sentem-se “preocupados todos os dias, várias vezes por dia”, 27,6 % “nunca ou quase nunca sentem que as coisas lhes correm como desejariam”, e 26,2 % “nunca ou quase nunca se sentem confiantes com a sua capacidade para lidar com problemas pessoais”;
- apenas 33,6 % dos adolescentes consideraram a sua saúde como excelente;
- 8,6 % dos adolescentes referiram ter “dores de costas” todos os dias e 6,3 % “dores de pescoço e ombros”;
- 5,3 % referiram “dores de cabeça”, diariamente;
- também diariamente, 13,6 % referiram sentir-se “nervosos”, 12,6 % “irritados”, 9,2 % “tristes” e 6,3 % “com medo”;
- 11,2 % referiram a toma, pelo menos uma vez no último mês, de medicação para o “nervosismo”, 9 % para a “dificuldade em adormecer”, 6,5 % para a “tristeza” e 6 % para “défice de atenção/hiperatividade”.

Ainda relativamente à carga de doença e incapacidade (YLDs) (Figura 44), é de salientar o comportamento **favorável** do peso proporcional no total de YLDs e da variação da taxa de YLD por asma (-17,6 %) e por transtornos atribuíveis ao consumo de álcool (-9,3 % em ambos os sexos e -12,8 % no sexo masculino (25)) e **desfavorável** na diabetes *mellitus* (17,0 %), perda de audição (15,2 %) e doenças orais (15,2 %), entre outros. Destaca-se, também, o comportamento **desfavorável** da variação percentual da taxa de YLDs por quedas, exclusivamente no sexo feminino (21,0 %) e em sentido contrário à variação observada no sexo masculino (-9,3 %), evidenciando, novamente, a relevância deste problema de saúde no sexo feminino (25).

A análise da **incidência dos tumores malignos em Portugal em 2017**²⁰, mostra que aqueles que apresentaram uma **incidência mais elevada** foram o da mama (76,3 casos por 100.000 habitantes do sexo feminino), próstata (65,0 casos por 100.000 habitantes do sexo masculino), cólon (56,9 casos por 100.000 habitantes) e traqueia, brônquios e pulmão (47,3 casos por 100.000 habitantes) (Figura 46).

²⁰ Neste estudo de incidência não estão incluídos os dados do Registo Oncológico Regional do Sul relativos aos tumores malignos do cérebro e Sistema Nervoso Central e do pâncreas.



§ - dados de incidência que não incluem os dados do Registo Oncológico Regional do Sul
SNS - Sistema Nervoso Central

Figura 46. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) bruta de incidência por tumores malignos selecionados, em Portugal, 2017

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal; Registos Oncológicos Regionais. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No estudo efetuado, o tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão apresentava uma das taxas de incidência mais elevadas, com um crescimento contínuo desde 2006, tendo, também, das mais baixas sobrevidas a cinco anos, como adiante será analisado.

Dos tumores malignos estudados, os que apresentaram **maior crescimento da incidência** entre 2002 e 2017 (período de 15 anos) foram o do pâncreas (crescimento de 17,4 %/ano), glândula tiroideia (15,7 %/ano), rím (9,1 %/ano), traqueia, brônquios e pulmão (5,7 %/ano) e linfoma não Hodgkin (4,8 %/ano) (Quadro 6).

Considerando o período de 5 anos, entre 2012 e 2017, observou-se o **maior crescimento da incidência** no mesmo tipo de tumores malignos, embora com percentagem de crescimento médio anual de diferentes magnitudes: tumor maligno do pâncreas (5,7 %/ano), rím (5,1 %/ano), traqueia, brônquios e pulmão (3,6 %/ano), linfoma não Hodgkin (3,2 %/ano) e glândula tiroideia (3,1 %/ano) (Quadro 6).

Quadro 6 - Crescimento médio anual (%) a 15 anos e a 5 anos da incidência de tumores malignos selecionados, em Portugal, 2002-2017 e 2012-2017

Tumor maligno	Crescimento médio anual (%) #	
	2002-2017	2012-2017
Bexiga	2,8	1,6
Cérebro e SNC§	4,1	0,9
Cólon	4,4	0,7
Estômago	1,0	1,1
Linfoma Não Hodgkin	4,8	3,2
Mama	4,4	1,9
Pâncreas§	17,4	5,7
Próstata	3,4	1,3
Reto	3,0	2,6
Rim	9,1	5,1
Glândula Tiroideia	15,7	3,1
Traqueia, Brônquios e Pulmão	5,7	3,6

- assumindo um crescimento linear | § - dados de incidência que não incluem os dados do Registo Oncológico Regional do Sul SNS – Sistema Nervoso Central

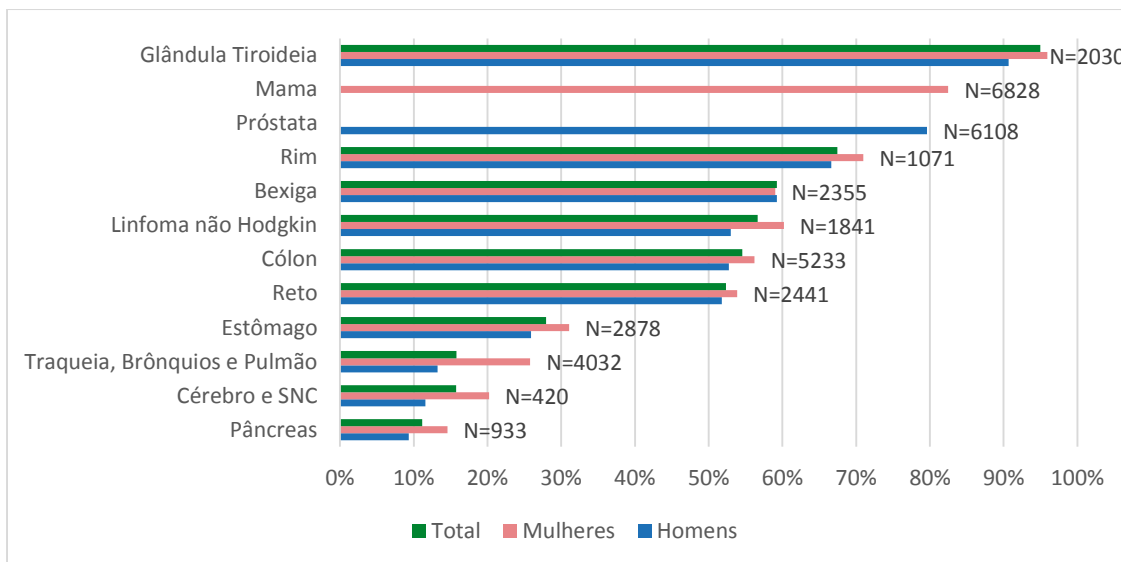
Fonte: Registos Oncológicos Regionais. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A **sobrevida a cinco anos**, em termos percentuais, para os tumores malignos selecionados diagnosticados em 2013, variou entre os 9 %, para o tumor maligno do pâncreas no sexo masculino, e os 96 %, para o tumor maligno da glândula tiroideia no sexo feminino (Figura 47).

Os tumores malignos selecionados diagnosticados em 2013 que apresentaram **sobrevida mais elevada a cinco anos** foram o da glândula tiroideia (95 %), mama (82 % no sexo feminino) e próstata (80 % no sexo masculino).

Os tumores malignos com **sobrevida mais reduzida a cinco anos** foram o do pâncreas (11 %), cérebro e Sistema Nervoso Central (SNC) (16 %) e traqueia, brônquios e pulmão (16 %) (Figura 47).

A sobrevida a cinco anos no sexo feminino foi superior à do sexo masculino para todos os tumores malignos analisados, exceto para o tumor maligno da bexiga (Figura 47).



SNS – Sistema Nervoso Central

Figura 47. Sobrevida (número de anos e percentual) a cinco anos para tumores malignos selecionados diagnosticados em 2013, em Portugal

Fonte dos dados: Registos Oncológicos Regionais do Norte e do Sul. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Comparativamente à média da União Europeia, em 2020, Portugal apresentou uma incidência superior de tumor maligno do estômago (61 %), cólon e reto (27 %), glândula tiroideia (25 %), cérebro e SNC (6 %) e linfoma não-Hodgkin (2 %). Por outro lado, apresentou uma incidência inferior de tumor maligno do rim (-43 %), bexiga (-32 %), pulmão (-30 %), pâncreas (-23 %), mama (-16 %) e próstata (-16 %) (Figura 48).

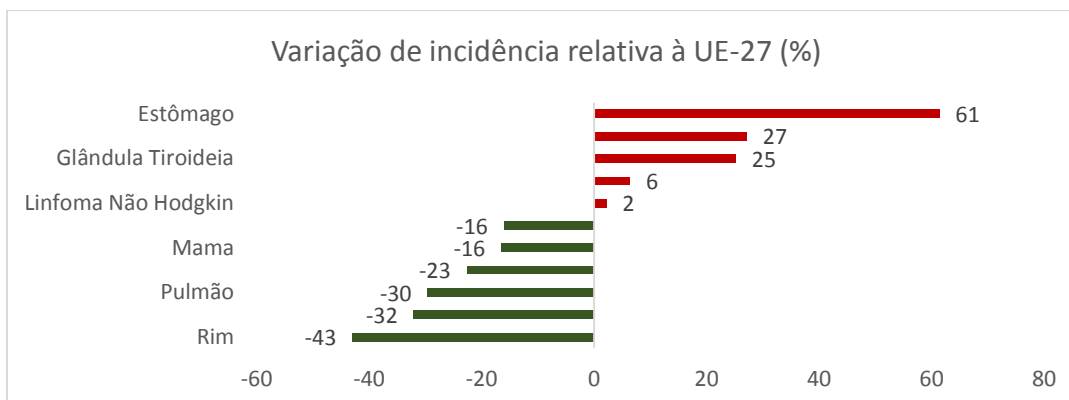
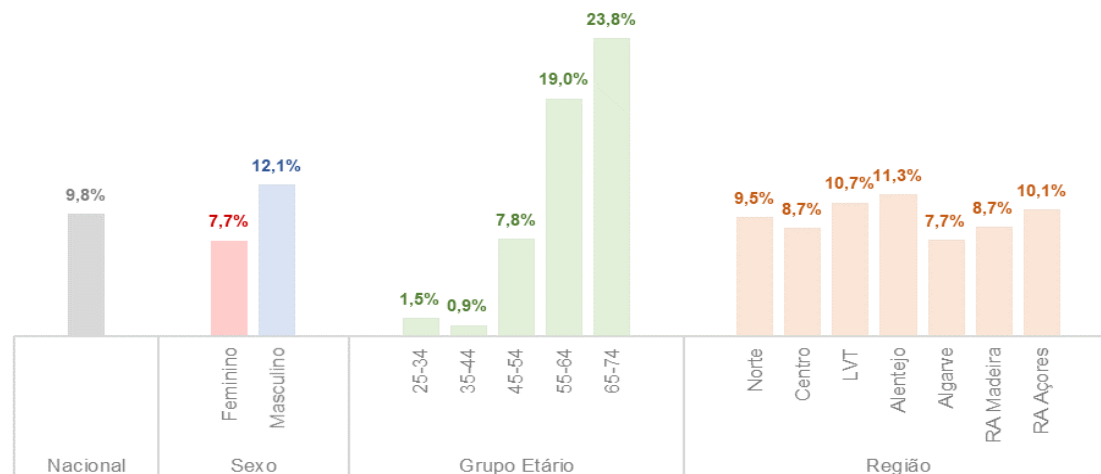


Figura 48. Diferença percentual de incidência padronizada pela idade de tumores malignos em Portugal, em 2020, relativamente à média dos países da União Europeia-27, por tipo de tumor maligno

Fonte: ECIS (European Cancer Information System) (27)

A **prevalência da diabetes mellitus** na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, segundo os resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) (28) foi de 9,8 %, valor este praticamente sobreponível ao observado no último INS, realizado em 2019 (9,9 %) (Figura 45), e superior ao valor médio observado na União Europeia

(UE) em 2014 e 2019, respetivamente, 6,9 % e 6,2 % (29,30). Contudo, no INSEF encontramos uma maior diferença por sexo (7,7 % no sexo feminino e 12,1 % no sexo masculino), do que no INS (9,8 % no sexo feminino e 10,0 % no sexo masculino) (Figura 49).



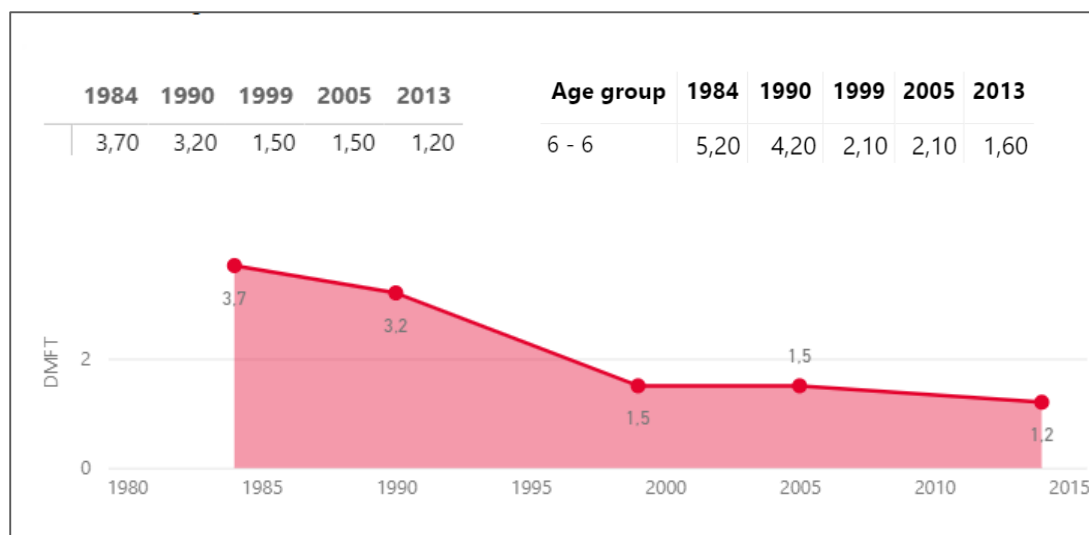
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Figura 49. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por região

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que diz respeito às **doenças orais**, o último Inquérito Nacional de Prevalência de Doenças Oraís na população de Portugal foi efetuado em 2012-2014, abrangendo as pessoas com 6, 12 e 18 anos, 35-44 anos e 65 e mais anos (31). No referido Inquérito, pôde observar-se que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpod – dentição decídua ou CPOD – dentição permanente) aumentou (portanto, agravou-se) com a idade. Contudo, e comparando com anos anteriores, verificou-se uma redução do índice CPOD que, aos 12 anos, em 2013, era de 1,18 (em 2000 era de 2,95), tendo sido prevista, no referido estudo, a continuidade desta tendência para os anos subsequentes. Observou-se, também, um aumento da percentagem de jovens com gengivas saudáveis que, aos 12 anos, em 2013, era de 51,7 % (em 2006 era de 29,0 %). Quanto à população idosa, destacou-se a existência de um elevado número de dentes perdidos, eventualmente associado à procura tardia de cuidados curativos e à inexistência de intervenções dirigidas ao combate da doença periodontal.

Na Figura 50 pode observar-se a evolução do índice cpod/CPOD, respetivamente, aos 6 anos (dentição decídua) e aos 12 anos (dentição permanente), no âmbito de um projeto de monitorização da saúde oral global, pela Universidade de Malmö, para a Organização Mundial da Saúde (OMS).



DMFT - *Decayed, Missing, and Filled Permanent Teeth*

índice cpod/CPOD - índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpod – dentição decídua ou CPOD – dentição permanente)

Figura 50. Evolução do índice cpod/CPOD na população residente em Portugal com 12 anos (quadro à esquerda e gráfico) e 6 anos (quadro à direita), 1984 a 2013, ambos os sexos

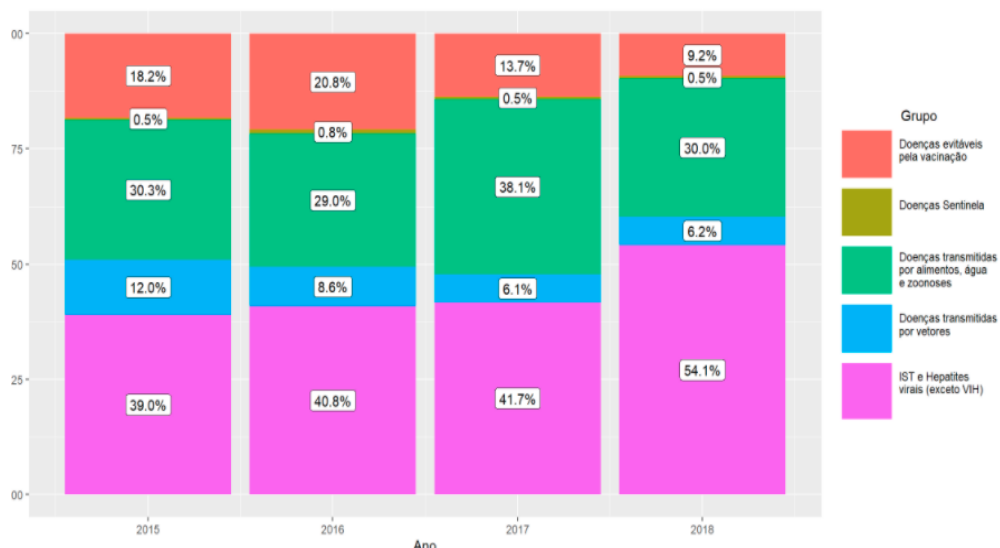
Fonte: Universidade de Malmö/WHO, Oral Health Country/Area Profile Project (32)

A partir, sobretudo, dos dados do referido projeto de monitorização, uma entidade privada, em 2020, criou uma classificação europeia dos países com os dentes mais saudáveis, na qual Portugal foi classificado como o quinto melhor país²¹ (33) (Anexo 2.33).

Quando se analisa a evolução da distribuição percentual das **doenças transmissíveis de notificação obrigatória** em Portugal, para ambos os sexos e todas as idades (Figura 51), entre 2015 e 2018, observa-se, entre outros, uma diminuição do peso proporcional do grupo das doenças evitáveis pela vacinação e o aumento do peso proporcional do grupo das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e das hepatites víricas²².

²¹ O estudo incluiu 24 países da UE, bem como o Reino Unido e a Suíça, tendo sido aplicado o *healthiest teeth index*, baseado em fatores considerados determinantes da saúde oral, como o consumo de açúcar, tabaco e álcool, a razão populacional de dentistas e medidas de fluoretação na comunidade, para além do índice CPOD. Este estudo utilizou os dados mais recentes disponíveis de cada país (por exemplo, para Portugal foram utilizados os dados do índice CPOD do III Estudo de Prevalência das Doenças Orais)

²² Neste estudo não está incluída a infeção por vírus da imunodeficiência humana (VIH).



IST – infeções sexualmente transmissíveis | VIH – vírus de imunodeficiência humana

Figura 51. Distribuição percentual das Doenças (Transmissíveis) de Notificação Obrigatória (DNO) por grandes grupos, Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2015-2018

Fonte: Direção-Geral da Saúde, SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A taxa de incidência de **tuberculose** em Portugal, em 2019, foi de 16,5 por 100.000 habitantes (17,0 por 100.000, em 2018), acompanhando a tendência decrescente da respetiva taxa de notificação, cujo decréscimo anual entre 2014 e 2019 foi de 3,9%/ano (34) (Figura 52). Apesar da diminuição gradual ao longo do tempo, em Portugal a taxa de incidência mantém valores superiores aos da média dos países europeus (35).

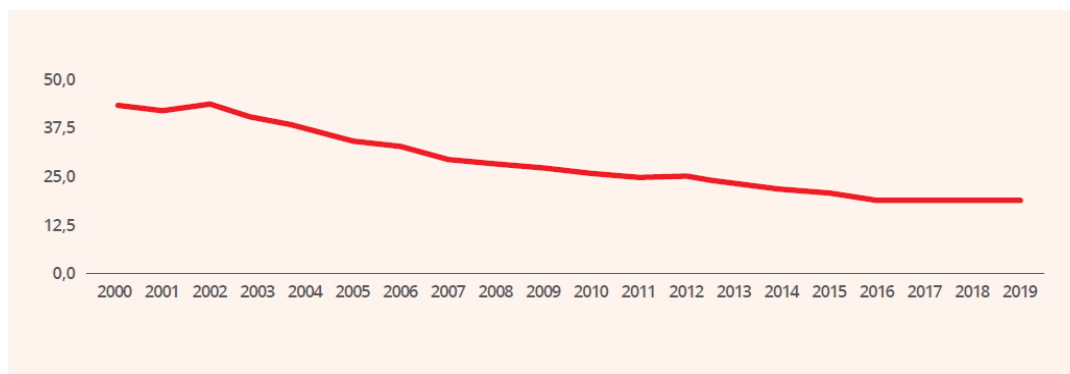


Figura 52 Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de notificação de tuberculose em Portugal, 2000-2019

Fonte: Sistema de Vigilância de Tuberculose (SVIG-TB), 2020 (34)

Na análise da distribuição geográfica dos casos de tuberculose em Portugal, são evidentes as desigualdades no país. As regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte continuavam a registar a maior taxa de incidência (em 2019, 22,9 por 100.000 habitantes e 19,8 por 100.000, respetivamente), mantendo-se os distritos do Porto e Lisboa como os da mais elevada taxa de notificação. No que respeita à distribuição por sexo, 66,9% do total de casos notificados em 2019

eram do sexo masculino, à semelhança do habitualmente observado. De entre as populações consideradas de maior risco, destaca-se a população imigrante, com uma taxa de notificação quatro vezes superior à média nacional (83,7 por 100.000 habitantes em 2019), observando-se um aumento progressivo da proporção de casos (24,6 % em 2019) ao longo do tempo. Em 2019, cerca de três quartos dos casos corresponderam a tuberculose pulmonar, que se mantém como a localização mais frequente da doença (34).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de Sida, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis

- Incidência de infeção por VIH
- **Objetivo a longo prazo: 0 novos casos** (14,19)
- Incidência de tuberculose
- **Objetivo a longo prazo: 0 novos casos** (14,19)
- Taxa de incidência de hepatite B (2017) (19)
- **Média da OCDE: 1,23 por 100.000**
- **Melhor valor dos Países da OCDE: 0**
- **Objetivo a longo prazo: 0 novos casos**
- Taxa de mortalidade padronizada por tuberculose, infeção VIH e hepatite por tipo de doença
- **Média da UE (2017): 2,6 por 100.000** (21)

De salientar, ainda, que, em 2019, dos casos de tuberculose notificados testados para o vírus de imunodeficiência humana (VIH) (79,9 % do total), 9,0 % apresentavam coinfeção tuberculose e infeção por VIH (34).

De acordo com o Relatório “Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020” (36), o número de novos casos de **infeção por VIH** voltou a reduzir em 2019, mantendo-se a tendência de decréscimo que se verifica desde o ano 2000 (Figura 53). Apesar da tendência decrescente sustentada de novos casos de infeção pelo VIH (redução de 47 % entre 2009 e 2018) e de novos casos de **SIDA** (redução de 65 % no mesmo período), Portugal continua a destacar-se pelas elevadas taxas de infeção por VIH e por SIDA entre os países da Europa ocidental (36).

Até junho de 2020 foram notificados 778 novos casos de infeção por VIH diagnosticados em 2019 (taxa de novos diagnósticos de 7,6 por 100.000 habitantes, não corrigida para o atraso de notificação). Em 2019 foram diagnosticados 172 novos casos de SIDA (taxa de novos diagnósticos de 1,7 por 100.000 habitantes). No mesmo ano (2019) os casos de infeção por VIH e de SIDA diagnosticados ocorreram todos em pessoas com idade igual ou superior a 15 anos (36).

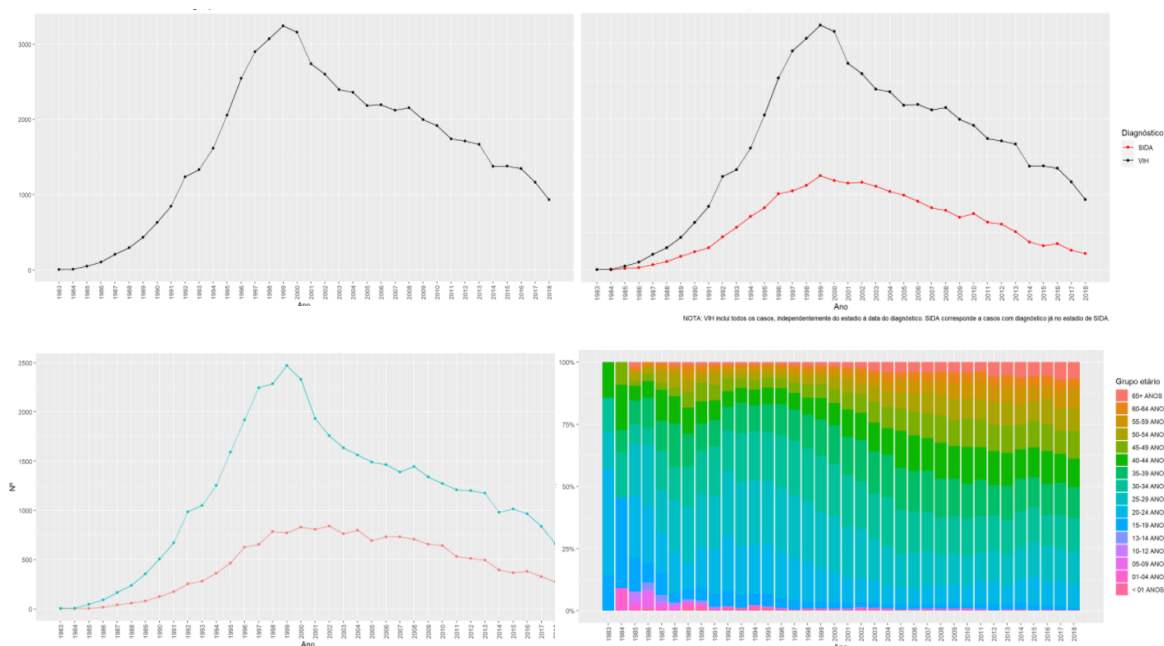


Figura 53. Evolução do número de novos casos de Infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) por ano (em cima à esquerda), por ano e sexo (em baixo à esquerda) e por ano e grupo etário (em baixo à direita) em Portugal, 1983-2018; evolução do número de novos casos de infeção por VIH e de SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) por ano (em cima à direita) em Portugal, 1983-2018

Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (ORS). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que diz respeito à **dor**, com particular destaque para a **dor crónica**, em 2013 foi publicado um estudo epidemiológico de base populacional²³ (37) que estimou uma prevalência de dor crónica (DC) em Portugal de 36,7 %, de acordo com a definição de dor adotada pela *International Association for the Study of Pain*. Um outro estudo (38), havia estimado uma prevalência de 19 % para a Europa.

O referido estudo de prevalência nacional (37) mostrou que em 85 % das pessoas com DC a dor era recorrente ou contínua. Em 68 % das mesmas a dor era de intensidade moderada a grave e, em 35 %, encontrava-se acompanhada de incapacidade; 13 % relataram diagnóstico de depressão e 49 % relataram interferência no trabalho. A maior prevalência de DC foi observada entre idosos, aposentados, desempregados e com menor nível de escolaridade (37).

Foram estimados custos totais médios anuais de € 1.883,30 por pessoa com DC, e de € 4.611,69 milhões a nível nacional, sendo 42,7 % de custos diretos e 57,3 % de custos indiretos, correspondendo a 2,71 % do Produto Interno Bruto (PIB) anual português em 2010 (39). Perdas de produtividade, absentismo laboral, desemprego e reforma antecipada por invalidez contribuem substancialmente para estes custos (38).

²³ Não são conhecidos estudos epidemiológicos de base populacional recentes sobre a prevalência da dor crónica na Europa e em Portugal.

Quanto à existência de **incapacidade** motora ou sensorial (por exemplo, diminuição ou perda da audição ou da visão), de acordo com os resultados do último **INS** (2019) (40), pode concluir-se que (Figura 54):

- no total da população, a prevalência de incapacidade autodeclarada sensorial observada foi superior à motora (25,1 % e 15,2 %, respetivamente);
- quando se analisam os resultados por grandes grupos etários, é de salientar uma relação inversa entre a prevalência das duas causas de incapacidade em estudo no grupo etário 65 e mais anos, no qual a prevalência autodeclarada de incapacidade motora foi superior à de incapacidade sensorial (41,2 % e 28,4 %, respetivamente);
- a distribuição da prevalência de incapacidade autodeclarada sensorial no grupo etário 15 a 64 anos foi próxima da observada no grupo etário 65 e mais anos (24,0 % e 28,4 %, respetivamente).

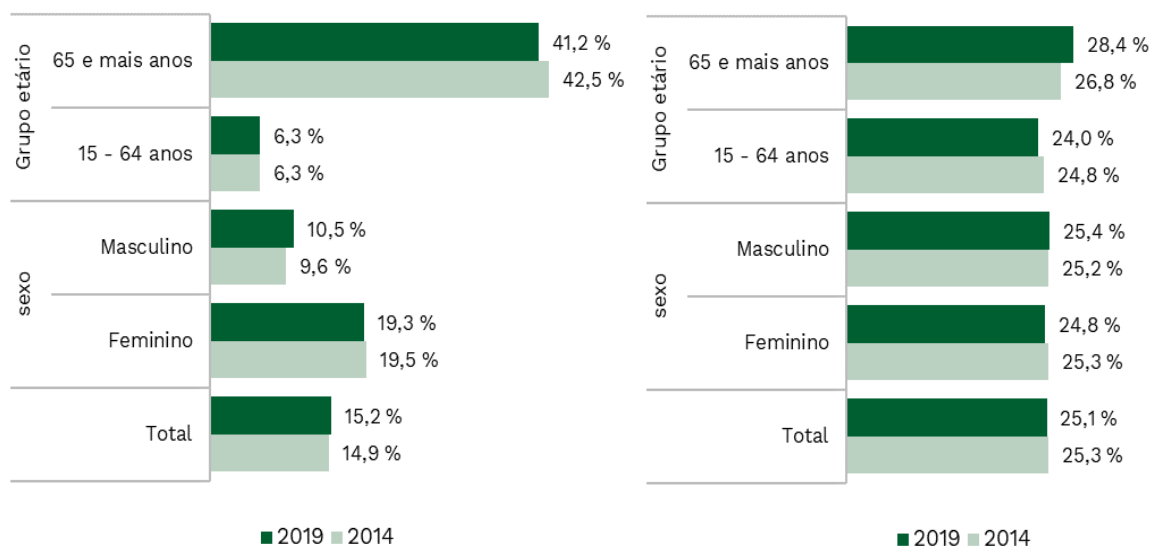


Figura 54. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade com pelo menos uma limitação (incapacidade) motora (à esquerda) ou sensorial (à direita) autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019, total, por sexo e por grandes grupos etários

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Tal como o referido em relação à mortalidade, na análise da doença e incapacidade é, também, necessário considerar as **desigualdades**, como se pode observar, a título de exemplo, em 2015, a partir da prevalência da diabetes e respetivas desigualdades (Figuras 49 e 55) por sexo, grupo etário, geográficas e sociais, de acordo com os resultados do INSEF. Poderão ser encontradas, **em anexo**, análises semelhantes relativamente a outros problemas (A2.34) e determinantes de saúde.

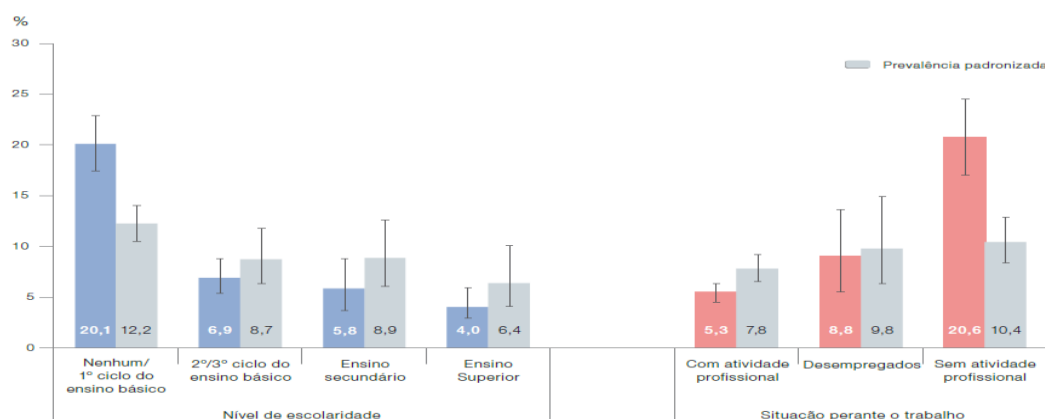


Figura 55. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o emprego

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

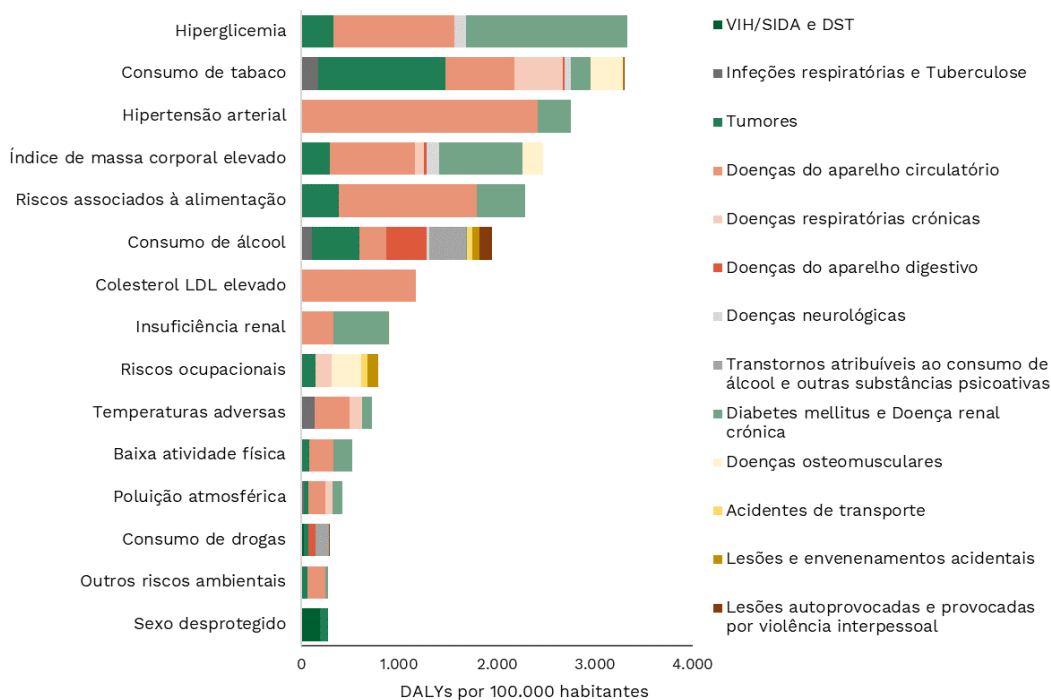
*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.”*
(Luís de Camões)

A análise dos **determinantes de saúde**, enquanto fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma pessoa ou população, pelo aumento ou redução da probabilidade de ocorrência de doença ou de morte prematura e evitável, assume elevada importância no planeamento estratégico de base populacional.

No âmbito do PNS 2021-2030 foi adotada a seguinte **classificação** dos determinantes de saúde: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.

Tal como cada vez mais evidenciado na literatura científica, um mesmo determinante de saúde pode estar relacionado com mais do que um problema de saúde e vice-versa. Também um grupo de determinantes pode estar relacionado com um grupo de vários problemas de saúde. A evidência mostra que cada vez mais os diferentes tipos de determinantes de saúde interagem entre si, formando uma **rede intrincada e complexa** de relações e influência.

A Figura 56, relativa aos DALYs (medida que traduz os anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença e incapacidade) atribuíveis aos **principais fatores de risco biológicos, comportamentais e ambientais em Portugal** (2019), ilustra o que foi referido.



DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
 LDL – Lipoproteínas de baixa densidade
 VIH/SIDA – Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Figura 56. DALYs (por 100.000 habitantes) atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, ambos os sexos, em Portugal, 2019

Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare*. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Destacam-se, na **análise por sexo**, as diferenças entre os sexos feminino e masculino no que diz respeito à maior carga dos DALYs atribuíveis ao consumo de tabaco e ao consumo de álcool no sexo masculino (Figura 57).



DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
 LDL – Lipoproteínas de baixa densidade
 VIH/ SIDA –Infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

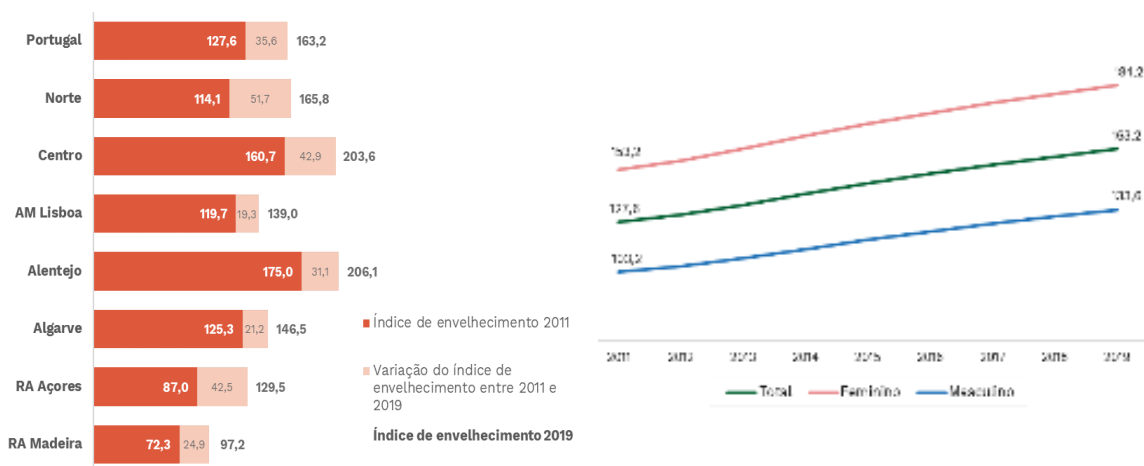
Figura 57. DALYs atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, por sexo, em Portugal, 2019

Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare*. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Quando se **compara com a média da UE**, verifica-se que a ordenação dos principais fatores de risco responsáveis, em termos de risco atribuível, pela carga global de doença medida em DALYs, é muito semelhante à observada em Portugal. Contudo, Portugal foi, em 2019, o único País da UE com a **hiperglicemia em jejum** a ocupar o primeiro lugar entre os fatores de risco ordenados em sentido decrescente da sua relevância, na população total, sendo que, no sexo masculino, foi o **tabaco** que ocupou a primeira posição (25).

De entre os **determinantes de saúde demográficos** importa salientar, para Portugal, o **envelhecimento**, que, de acordo com as projeções demográficas efetuadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), continuará a aumentar nas próximas décadas (17). Entre 2011 e 2019

acentuou-se o envelhecimento continuado da população, sendo de destacar as regiões Centro e Alentejo, já com mais de dois idosos por cada jovem em 2019. Para além das desigualdades geográficas, mantem-se, também, a desigualdade já conhecida entre os sexos masculino e feminino (Figura 58).



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 58. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (à direita)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Segundo o *European Health Equity Status Report*, da responsabilidade da OMS- Europa, em 2019 os cinco **determinantes de saúde que mais contribuíram para as iniquidades na saúde autodeclarada na Europa** foram os seguintes²⁴: insegurança financeira (35 %), má qualidade da habitação e do ambiente do bairro de residência (29 %), capital social e humano (19 %), qualidade dos cuidados de saúde (10 %) e emprego e condições de trabalho (7 %) (41).

Os resultados provisórios do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento em Portugal (42) indicam uma **taxa de pobreza ou exclusão social**, em 2020, de 19,8 % (21,6 % em 2019).

Da população estudada, vários grupos apresentavam taxas de pobreza ou exclusão social **mais elevadas**, designadamente:

- as mulheres (20,9 %);
- as crianças (21,9 %) e a população com 65 e mais anos (21,4 %);
- os desempregados (54,2 %), outros inativos (38 %) e trabalhadores por conta própria (30,4 %);
- população com ensino básico ou nível inferior (27 %), sobretudo, as mulheres (29,4 %);

²⁴ A percentagem que se segue a cada determinante corresponde ao respetivo peso proporcional no conjunto dos cinco determinantes em análise (41).

- as famílias compostas por dois adultos e três ou mais crianças dependentes (43,1 %), famílias de um adulto com crianças dependentes (32,5 %) e famílias compostas por apenas um adulto (29,4 %), em particular as mulheres (32,5 %) e os idosos sós (32,1 %).

De acordo com o Eurostat (43), em 2020, em Portugal, as **peçoas com 16 e mais anos com incapacidade** encontravam-se em menor **risco de pobreza ou exclusão social** do que a média dos países da UE ocupando, no *ranking*

européu, a oitava melhor posição. Contudo, em Portugal e nos restantes países europeus, as peçoas com incapacidade e limitação da atividade encontravam-se em maior risco do que as que não apresentavam qualquer limitação da atividade.

Em 2014, com base numa análise centrada nos resultados do Censos 2011, mas comparando com os dois Censos anteriores (1991 e 2001), foi efetuado um conjunto de estudos, reunidos no documento “Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança”, no qual, entre outros, foi abordado o tema das **peçoas que vivem sós**²⁵ (44). Segundo este estudo, os agregados domésticos de uma só peçoas tinham vindo gradualmente a aumentar nas últimas décadas em Portugal, em termos absolutos e percentuais, tendo-se observado, entre 1991 e 2011, que o número de peçoas sós praticamente duplicou. Ainda com base nos resultados do referido estudo e de acordo com o Censos 2011, a maioria das peçoas sós (46,9 %) pertencia ao grupo etário 65 e mais anos. Neste grupo predominava o sexo feminino, integrando peçoas pouco escolarizadas e, sobretudo, reformadas, que viviam sozinhas, em muitos casos como resultado de uma vida conjugal interrompida pela viuvez (Figura 59). Apesar de ainda não se encontrar disponível a informação relativa aos Censos 2021, pensa-se que será razoável assumir que esta tendência se tenha mantido na década que se seguiu aos Censos 2011. Conforme já referido anteriormente, de acordo com o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (42), em 2019 os agregados domésticos de uma peçoas correspondiam a 29,4 % do total de agregados domésticos (20,4 % em 2011).

ODS 1: Erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

Objetivo 1.2 - *Até 2030, reduzir pelo menos para metade a proporção de homens, mulheres e crianças, de todas as idades, que vivem na pobreza, em todas as suas dimensões, de acordo com as definições nacionais*

- Proporção (%) da população cujo rendimento equivalente se encontra abaixo da linha de pobreza nacional, por sexo e grupo etário
 - Média da UE (2018): 16,5 % (18)
 - Média da OCDE (2016): 14,3 % (23)

²⁵ O isolamento social e a solidão têm sido considerados importantes determinantes de saúde associados a vários problemas de saúde, nomeadamente: hipertensão arterial, doença cardíaca, obesidade, enfraquecimento do sistema imunológico, ansiedade, depressão, declínio cognitivo, doença de Alzheimer e, até, morte prematura e evitável.

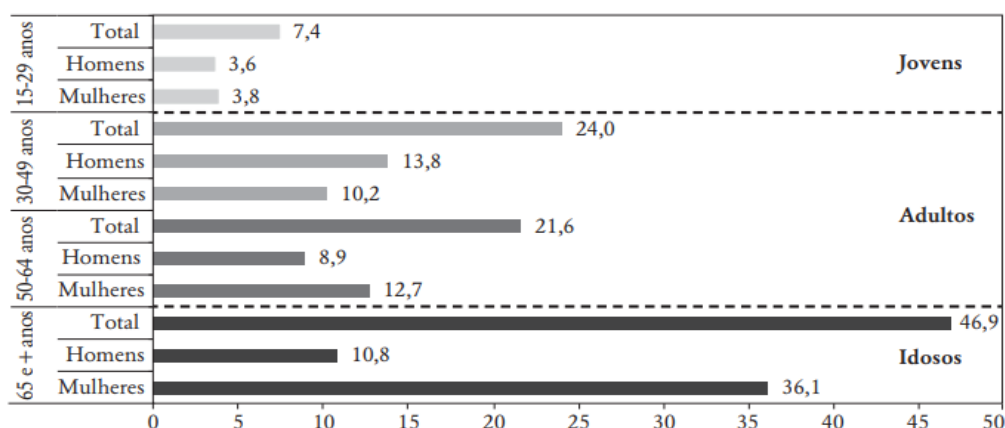


Figura 59. Distribuição percentual das pessoas sós em Portugal, por grupo etário e por sexo, 2011

Fonte: Delgado A, et al, 2014 (44)

Vários estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar a associação entre as **práticas religiosas** e a pertença a uma comunidade de fé por parte dos adultos, e melhores resultados de saúde e bem-estar, incluindo menor risco de morte prematura. Mais recentemente, verificou-se que as pessoas que frequentavam serviços religiosos semanais ou praticavam orações diárias ou meditação na infância e adolescência, relatavam maior satisfação com a vida e atitude positiva perante a mesma no início da vida adulta (45). O Quadro 7 apresenta a posição religiosa em Portugal de acordo com os resultados do estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal (IRP) (46), publicado em 2012, e os resultados dos Censos 2011 segundo os quais, 84,6 % da população residente em Portugal professava uma religião. Contudo, e de acordo com dados europeus mais recentes, a proporção de não praticantes tem vindo a aumentar e a superar a proporção de praticantes, incluindo em Portugal, apesar deste ser o segundo país europeu com maior proporção de praticantes (Anexo 2.39) (47).

No âmbito da última ronda (2018) do estudo *Health Behavior in School Aged Children* (HBSC) (26), verificou-se que 65,7 % dos adolescentes raramente ou nunca frequentavam atividades religiosas.

Quadro 7. Posição religiosa segundo o estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal e os Censos 2011

Posição religiosa	IRP 2011	Censos 2011
Católicos	3.052 (79,5 %)	7.281.887 (81,0 %)
Outras Religiões	218 (5,7 %)	319.161 (3,6 %)
Sem Religião	544 (14,2 %)	615.332 (6,8 %)
Ns/Nr	23 (0,6 %)	744.874 (8,3 %)
Total	3.837 (100 %)	8.989.849 (100 %)

Fonte: Vilaça, 2013 (48)

Ainda de acordo com o estudo HBSC (26), e numa perspetiva de **participação e coesão social**: 80 % dos adolescentes inquiridos raramente ou nunca faziam atividades de voluntariado; 86 % raramente ou nunca tinham intervenção associativa ou política; 47,2 % referiam ser pouco provável no futuro envolverem-se em trabalho voluntário e/ou trabalhar em questões relacionadas com a sua comunidade (52,5 %); 51,9 % não achavam provável lerem um jornal para ficarem informados sobre as notícias nacionais e internacionais; 46,6 % achavam improvável falar com os pais ou com os amigos e (43,9 %) sobre assuntos políticos ou sociais.

Quadro 8. Indicadores de privação material na população total em Portugal, 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Taxa de privação material (%)	18,0	16,6	15,1	13,5
Taxa de privação material severa (%)	6,9	6,0	5,6	4,6
Intensidade da privação material (n.º)	3,6	3,5	3,5	3,5

Conforme se pode observar no Quadro 8, entre 2017 e 2020, os **indicadores de privação material** em Portugal tiveram uma evolução favorável. Igualmente favorável foi, entre 2003 e 2018, a evolução do **índice de Gini**²⁶ (Figura 60).

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 2020 (42)

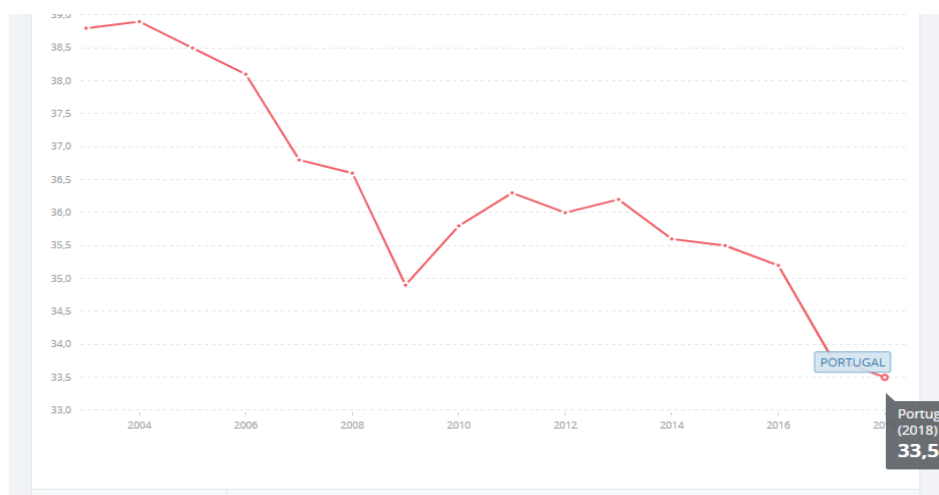


Figura 60. Evolução do índice de Gini em Portugal, 2003-2018

Fonte: Banco Mundial, 2020 (49)

A Figura 61 permite comparar alguns itens de privação material, em Portugal, entre 2019 e 2020, consistente com a evolução dos indicadores de privação material acima referidos.

²⁶ O índice de Gini é um indicador de desigualdade na distribuição do rendimento.

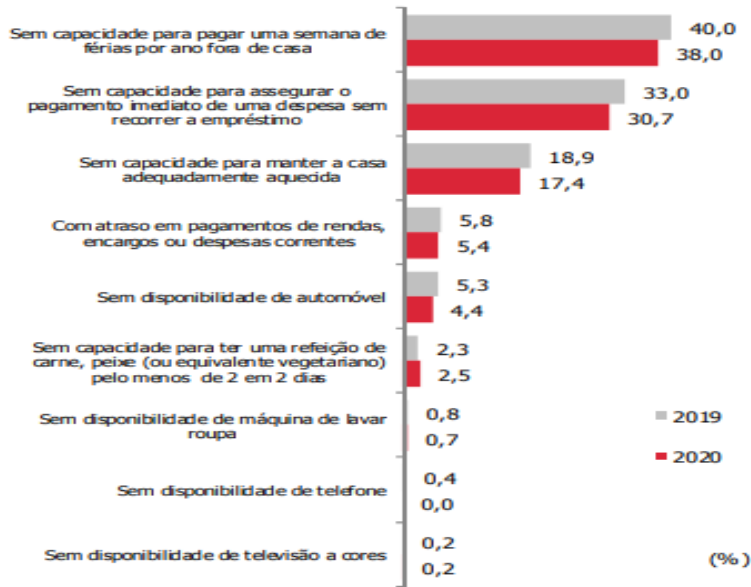
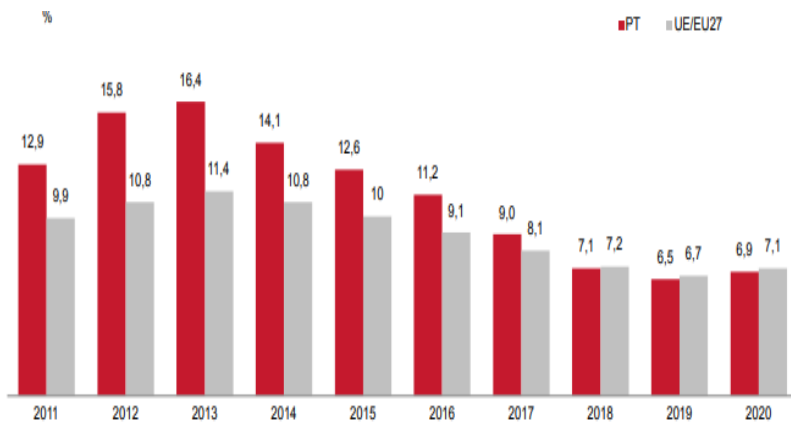


Figura 61. Distribuição percentual da população por itens de privação, material, em Portugal 2019-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (42)



A taxa de desemprego em Portugal, em 2020, foi de 6,9 %, tendo-se observado, à exceção de uma subida de 0,4 % em 2020, um decréscimo consistente desde 2013, aproximando-se do valor médio da UE (Figura 62).

PT – Portugal

UE/EU27 – União Europeia/European Union (27 Estados-membros)

Figura 62. Taxa (%) de desemprego da população com 15 a 74 anos, em Portugal e União Europeia, 2011-2020

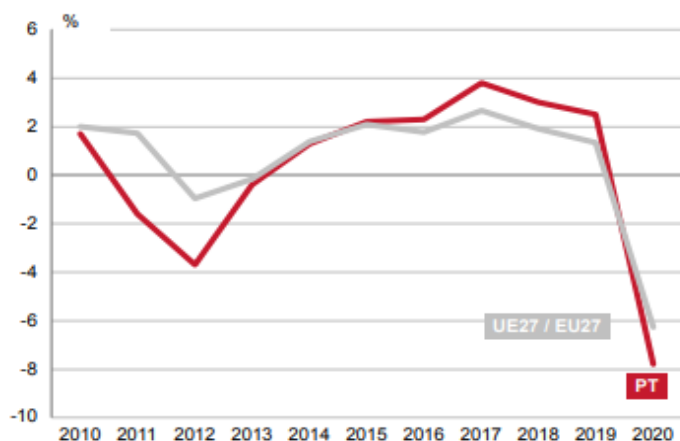
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (18)

Na Figura 63 pode observar-se que o **desemprego jovem** (dos 15 aos 24 anos de idade) continuou a predominar na última década. No mesmo período, a taxa de desemprego foi ligeiramente superior no sexo feminino em relação ao sexo masculino, sobretudo, desde 2014.



Figura 63. Taxa (%) de desemprego por grupo etário (à esquerda) e por sexo (à direita), em Portugal, 2011-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (18)



Relativamente à evolução da **taxa de variação anual do PIB real per capita** (Figura 64), segundo o INE, verifica-se que, após valores positivos entre 2014 e 2019, regressou abruptamente a valores negativos em 2020 (-8,0 %), à semelhança do observado na UE.

PIB – Produto Interno Bruto

Figura 64. Taxa (%) de variação anual do PIB real *per capita*, Portugal e UE, 2010-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (18)

De acordo com o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, em 2015-2016 a **insegurança alimentar** em Portugal atingiu 10,1 % da população, com uma distribuição geográfica heterogénea, de um mínimo de 5,8 % da população no Algarve, até um máximo de 13,4 % da população na RA dos Açores (Figura 65) (50). Segundo o estudo HBSC (2018), 11 % dos adolescentes inquiridos referiram ir para a escola ou para a cama com fome “por não haver comida suficiente em casa” (26).

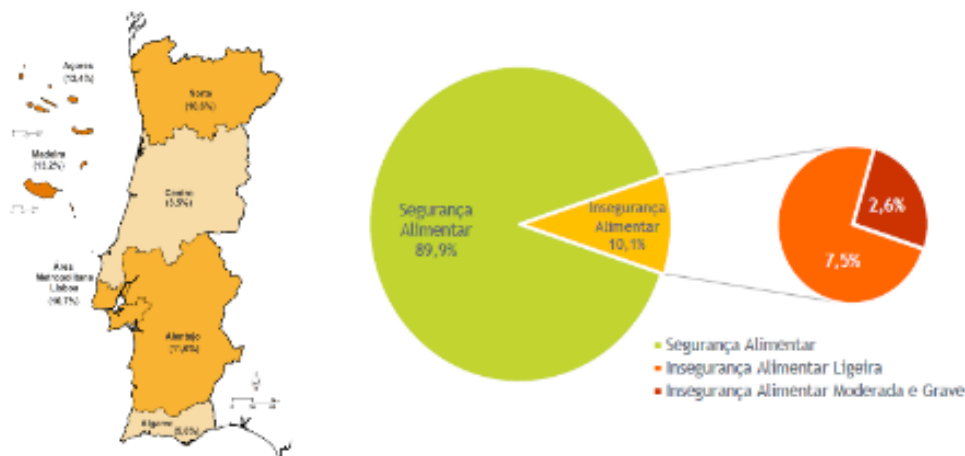
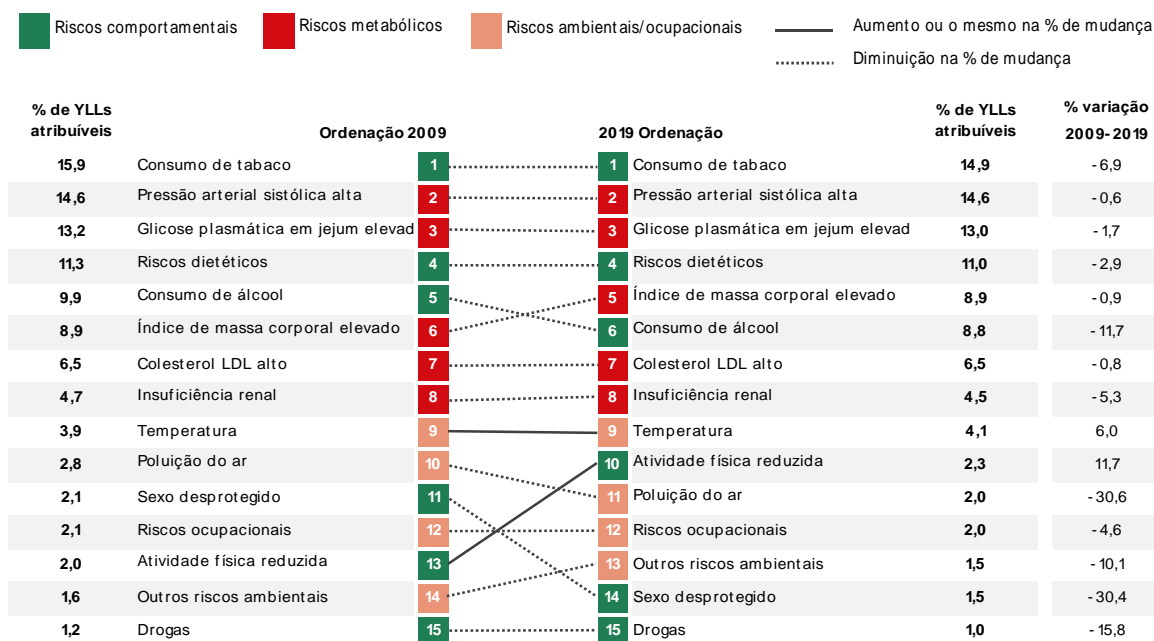


Figura 65. Prevalência (%) de Insegurança Alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa, em Portugal e NUTS II, 2015-2016

Fonte: Universidade do Porto, Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016) (50)

Ao comparar, entre 2009 e 2019, os **anos de vida perdidos por mortalidade prematura (YLLs - Years of Life Lost)** atribuíveis aos **principais fatores determinantes biológicos, comportamentais e ambientais** (Figura 66), em Portugal, tendo em conta a variação da taxa de YLLs, salienta-se:

- a variação percentual **favorável** da poluição do ar (-30,6 %), do sexo desprotegido (-30,4 %), do consumo de drogas (-15,8 %), do consumo de álcool (-11,7 %) e do consumo de tabaco (-6,9 %), entre outros;
- a variação percentual **desfavorável** da baixa atividade física (11,7 %) e das temperaturas adversas (6,0 %);
- a variação praticamente nula da taxa de YLLs atribuível à hipertensão arterial (HTA), hiperglicemia, índice de massa corporal (IMC) elevado e colesterol LDL elevado (o que também é, por si, um comportamento **desfavorável**).



LDL – Lipoproteínas de baixa densidade

% variação 2009-2019 – variação percentual da taxa de YLLs por 100.000 habitantes entre 2009 e 2019

Figura 66. Ordenação dos principais fatores de risco de morte prematura (YLLs) e variação percentual, por fator, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLLs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation, GBD Compare*. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

O aumento da relevância das doenças não transmissíveis (DNT) tem estado associado ao aumento da prevalência de determinantes de saúde comportamentais modificáveis (designadamente, o consumo de tabaco, a inatividade física, o consumo nocivo de álcool e a alimentação não saudável, entre outros) e a determinantes de saúde biológicos (designadamente, a hipertensão arterial, o excesso de peso/obesidade, a hiperglicemia e o colesterol LDL plasmático elevado, entre outros). As Figuras 56, 57 e 66 evidenciam o peso crescente de determinantes modificáveis de risco de morte prematura, doença e incapacidade.

Para além dos determinantes comportamentais e biológicos, diversos estudos têm vindo a evidenciar a importância de determinantes de outras categorias no desenvolvimento de DNT,

nomeadamente, os determinantes ambientais, como a exposição a poluentes ocupacionais e a microplásticos (Anexo 2.40) (51), entre outros.

Os resultados do INSEF (2015), que, associa ao autorreporte o exame físico e alguns exames bioquímicos, permitem estimar, com um maior grau de precisão, a prevalência de vários **determinantes de saúde biológicos e comportamentais** (52) importantes na população adulta, bem como analisar **desigualdades** por sexo, grupo etário, regiões e sociais, podendo encontrar-se, em anexo, alguns exemplos (Anexos 2.34 a 2.38). Ainda em anexo (Anexos 2.41 a 2.45), poderão ser analisados alguns resultados dos últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (2014 e 2019) neste âmbito.

Assim, de acordo com o INSEF, a prevalência estimada de **hipertensão arterial** (HTA) na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 36,0 % (39,6 % no sexo masculino) (Anexo 2.34). O valor médio observado na UE, a partir dos resultados do *European Health Interview Study* (EHIS) de 2014, foi inferior (21 %) (53).

Também segundo o INSEF, para a mesma população e mesmo ano, a prevalência estimada de **colesterol total** elevado foi de 63,3 %, a qual não diferiu substancialmente entre os sexos feminino e masculino (Anexo 2.35).

Em 2015 e de acordo com o INSEF, cerca de dois terços da população adulta portuguesa (67,6 %) sofria de **excesso de peso** [Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 25 e <30] ou **obesidade** (IMC ≥ 30). A prevalência de obesidade foi de 28,7 % e a de excesso de peso foi de 38,9 %. O sexo masculino apresentava uma prevalência mais elevada de excesso de peso (45,4 %), comparativamente com o sexo feminino (33,1 %), verificando-se o oposto em relação à prevalência de obesidade (sexo masculino: 24,9 %; sexo feminino: 32,1 %). Enquanto a prevalência de obesidade aumentou com a idade, a prevalência de excesso de peso apresentou os seus valores mais elevados no grupo etário 45-54 anos, seguido do grupo etário 55-64 anos. A RA dos Açores e o Norte apresentaram, respetivamente, os valores mais elevados de prevalência de obesidade e excesso de peso (Anexos 2.36 e 2.37). Na UE (2019), segundo o EHIS (2014), a prevalência de excesso de peso ou obesidade era de 52,7 % (53).

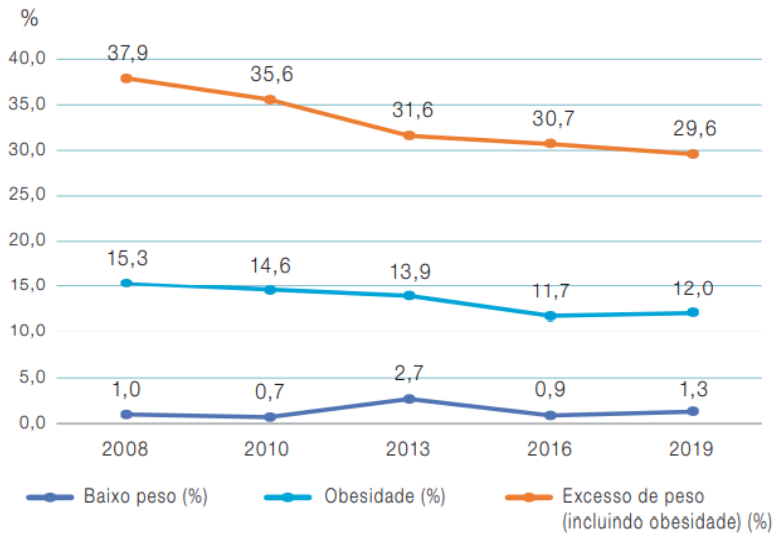
ODS 2: Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável

Objetivo 2.1 - *Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os mais pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a uma alimentação de qualidade, nutritiva e suficiente durante todo o ano*

- Prevalência (%) da obesidade no adulto (idade igual ou superior a 18 anos)
- **Média da UE (2017): 14,9 %** (54)
- **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho – Mundo): **2,8 %** (14)

Segundo o estudo HBSC de 2018 (26), de acordo com o valor do Índice de Massa Corporal (IMC), 3,1 % dos adolescentes escolarizados apresentavam obesidade e 15,8 % excesso de peso.

De acordo com o estudo *Childhood Obesity Surveillance Initiative* (COSI) (55), no período entre 2008 e 2019 e relativamente às **crianças escolarizadas entre os 6 e os 8 anos de idade**, Portugal apresentou uma **tendência decrescente** da prevalência de excesso de peso (IMC \geq 25) e obesidade



(IMC \geq 30) infantil, tendo esta sido mais acentuada entre 2008 e 2013. Verificou-se, de 2008 para 2019, uma redução de 21,9 % na prevalência de excesso de peso infantil e de 21,6 % na prevalência da obesidade infantil (Figura 67).

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

Figura 67. Prevalência (%) de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade) e obesidade (6-8 anos de idade) nas diferentes rondas do estudo COSI Portugal, 2008 a 2019

Fonte: Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI PORTUGAL 2019 (55)

Os resultados da ronda de 2019 do estudo COSI apontam para o aumento da prevalência de obesidade infantil com a idade, à semelhança do verificado nas rondas anteriores (Anexo 2.46). Foi, também, superior nas crianças do sexo masculino (13,4 %), em relação às crianças do sexo feminino (10,6 %). A região do Algarve foi a que apresentou menor prevalência de excesso de peso infantil (21,8 %) e a Região Autónoma (RA) dos Açores a que apresentou a maior prevalência (35,9 %). A região do Alentejo foi a que apresentou menor prevalência de obesidade infantil (9,7 %) e a RA dos Açores a maior (18,0 %). Em anexo podem ser encontradas, com maior detalhe, as desigualdades geográficas observadas no âmbito deste estudo (Anexos 2.47 e 2.48) (55).

No que diz respeito ao **consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e outras dependências** (como a dependência da *internet* e do jogo a dinheiro), na população adulta (entre os 15 e os 74 anos de idade) residente em Portugal, o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de Portugal (INPG), realizado em 2016/17 (56),

atualizou os resultados decorrentes de estudos semelhantes efetuados em 2001, 2007 e 2012. Como medidas de prevalência de consumos foram utilizadas as medidas europeias²⁷ de **prevalência ao longo da vida (PLV)**, **prevalência nos últimos 12 meses (P12M)** e **prevalência nos últimos 30 dias (P30D)**.

Os resultados das quatro edições de INPG indicam que o **álcool** é a substância psicoativa mais consumida em Portugal, sendo que, na última edição, 85,3 % da população com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos indicou ter tido pelo menos uma experiência de consumo na vida, 58,3 % declarou consumos recentes (nos últimos 12 meses), e 48,5 % declarou consumos atuais ou correntes (portanto, nos últimos 30 dias) (56).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.a – Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado

- Proporção (%) de fumadores com 15 ou mais anos relativamente ao total da população com 15 ou mais anos
 - Média da UE (2017): 26,0 % (21)
 - Média da OCDE (2017): 16,5 % (19)
 - Melhor valor dos Países da OCDE (2017): 7,6 % (19)
 - Objetivo a longo prazo: 0 % (19)

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.5 – Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas e o uso nocivo do álcool

- Consumo de litros de álcool puro per capita (pessoas com 15 ou mais anos) por ano (19)
 - Média da OCDE (2017): 8,0
 - Melhor valor dos países da OCDE: 1,3
 - Objetivo a longo prazo: 6,0

Quanto ao tabaco, a segunda substância mais consumida de acordo com os quatro INPG realizados, em 2016/2017, 46,7 % da população declarou um consumo experimental de tabaco, diminuindo esta prevalência para 29,1 % e 28,0 %, respetivamente, quando consideramos os consumos recentes e correntes (56).

No estudo de 2016/2017, a prevalência de consumo de **qualquer substância psicoativa ilícita** foi de 10,4 % ao longo da

vida, 4,8 % nos últimos 12 meses e 3,9 % nos últimos 30 dias. A substância mais consumida foi a canábis, segundo todos os INPG realizados (56).

As prevalências de consumo entre a população geral são superiores entre os inquiridos do **sexo masculino**, independentemente da substância psicoativa considerada, **diferenças** particularmente evidentes nos consumos dos últimos 12 meses e últimos 30 dias de bebidas alcoólicas, e no consumo de tabaco ao longo da vida. O consumo de substâncias psicoativas

²⁷ A prevalência ao longo da vida (PLV) traduz o consumo experimental de substâncias psicoativas, a prevalência nos últimos 12 meses (P12M) traduz o consumo recente e prevalência nos últimos 30 dias (P30D) traduz o consumo atual ou corrente de substâncias psicoativas.

ilícitas em Portugal nos últimos 12 meses situa-se **abaixo do valor médio** das prevalências observadas num conjunto de 25 países europeus com informação comparável (56).

Do total da população estudada em 2016/2017, 60,4 % utilizavam a *internet*, dos quais 40,9 % eram utilizadores diários. A dependência moderada ou elevada de *internet* foi mais prevalente nos mais jovens (15-24 anos) e na população masculina (56).

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD/CAD)²⁸ (57), dirigido aos alunos do ensino público **entre os 13 e os 18 anos** tem sido realizado periodicamente, a cada quatro anos, desde 2003, tendo a sua última edição ocorrido em 2019 (Figuras 68 e 69) (57).

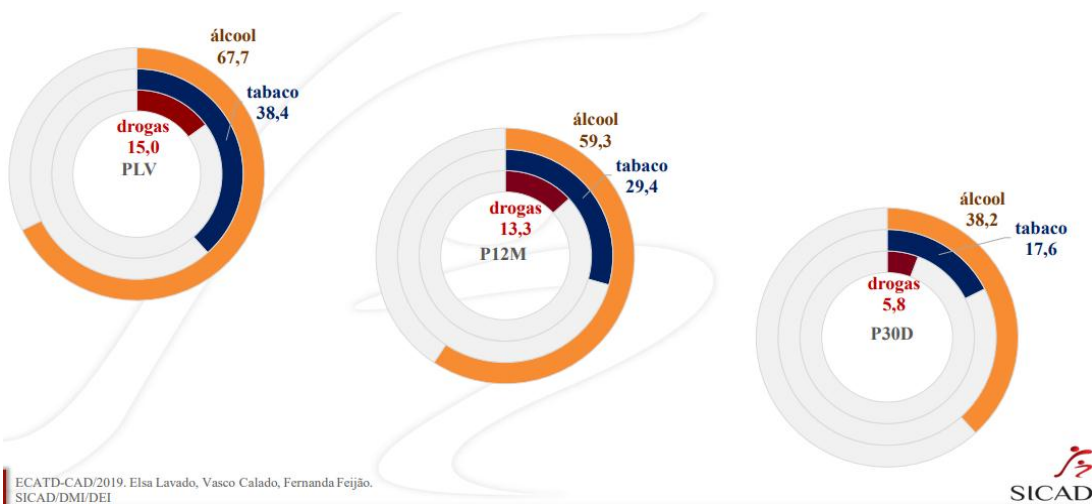
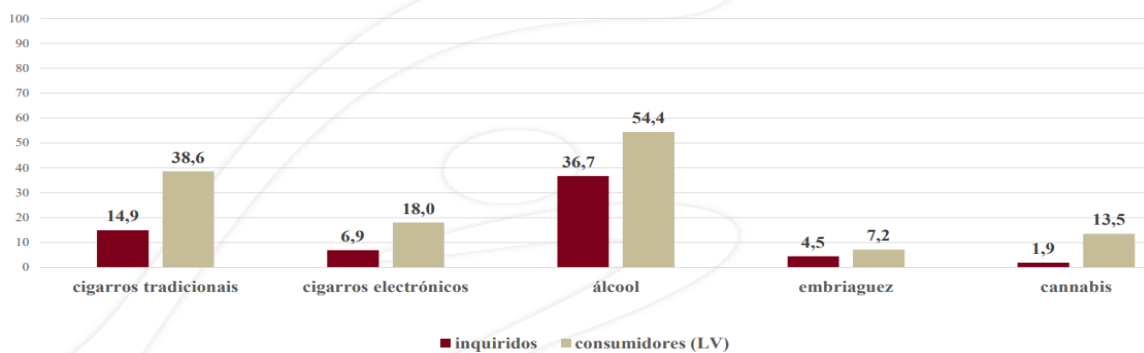


Figura 68. Prevalências (%) ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D) de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)



Inquiridos – toda a população estudada
consumidores (LV) – população consumidora

Figura 69. Prevalências (%) de início de consumos com idade igual ou inferior a 13 anos, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)

²⁸ Este estudo utiliza o questionário do *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) (58).

Tal como o verificado no INPG (população adulta), nos adolescentes escolarizados o **álcool** é a principal substância consumida, sendo percecionada como a de mais fácil acesso (superior ao tabaco). De acordo com os resultados do ECATD/CAD (2019), 36,7 % dos inquiridos declararam ter consumido uma bebida alcoólica antes dos 14 anos de idade e as bebidas mais consumidas foram as destiladas (28,2 %), apesar de 63 % dos alunos considerarem fácil ou muito fácil o acesso a cerveja, seguida dos *alcopops*²⁹, com 60,2 %. A **prevalência de consumo atual** ou corrente (P30D) de álcool foi de 38,2 %, a de embriaguez de 9,2 % e a de *binge drinking*³⁰ de 19,8 %. A P30D de consumo de álcool e de embriaguez foi muito semelhante em ambos os sexos, e a P30D de *binge drinking* superior no sexo masculino (21,7 %) em relação ao sexo feminino (18,3 %).

Também à semelhança do verificado no INPG, os resultados do ECATD/CAD mostraram que o **tabaco** é a segunda substância psicoativa mais consumida nos adolescentes escolarizados, tendo, no estudo de 2019, 38,4 % declarado que fumaram tabaco alguma vez na vida, 29,4 % no último ano e 17,6 % no último mês (consumo atual ou corrente). A prevalência de consumo atual de tabaco foi superior no sexo masculino (19,3 %), em relação ao sexo feminino (16,0 %). Foi evidenciado o aumento do uso de cigarros eletrónicos, contrariamente ao observado com os cigarros ditos tradicionais, apesar destes ainda serem os mais utilizados. No estudo ESPAD³¹ (2019) (58) também se observou essa *tendência*, encontrando-se, contudo, a proporção de utilização de cigarros eletrónicos em Portugal abaixo da média dos países europeus que integraram este estudo (57).

As prevalências declaradas de consumo experimental e atual de **drogas ilícitas** foram, respetivamente, de 15,0 % e 5,8 %, tendo sido a canábica a substância mais consumida. A prevalência de consumo atual foi superior no sexo masculino (7,1 %), em relação ao sexo feminino (4,7 %) (57).

De acordo com o ECATD/CAD (57), a prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas aumenta com a idade (Anexos 2.49 e 2.50). Contudo, e de acordo com o ESPAD (2019) (58), aos 13 ou menos anos de idade: 17 % dos inquiridos já tinham fumado cigarros (a média europeia³² era de 18 %), declarando 2,7 % um consumo diário dos mesmos, e 41 % já tinham consumido álcool (a média europeia era de 33 %). A quantidade de álcool consumido pelos inquiridos na última ocasião de consumo foi de 5,2 cl de etanol (5,4 cl no sexo feminino e 5,0 cl no sexo masculino), igualmente superior à média europeia (4,6 cl).

²⁹ Bebidas alcoólicas aromatizadas.

³⁰ Consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião.

³¹ Inclui alunos escolarizados entre os 15 e os 16 anos de idade.

³² Os países que integraram este estudo vão para além dos países que integram a UE.

Segundo o ECATD/CAD, entre 2015 e 2019 a prevalência dos consumos experimental, recente e atual, para todas as idades em estudo, de tabaco e drogas ilícitas, diminuiu (Figura 70). Esta redução foi menor no que diz respeito à prevalência do consumo de álcool. Neste período e ainda no que diz respeito ao consumo de álcool, a **prevalência de embriaguez diminuiu** (de 27,4 % para 25,3 %), mas a **prevalência de binge drinking aumentou** (de 19,3 % para 19,9 %), à custa do sexo feminino (aumento de 17,2 % para 18,3 %). A prevalência de consumo experimental e recente de álcool no sexo feminino também sofreu um ligeiro aumento no período em estudo (Anexo 2.51).

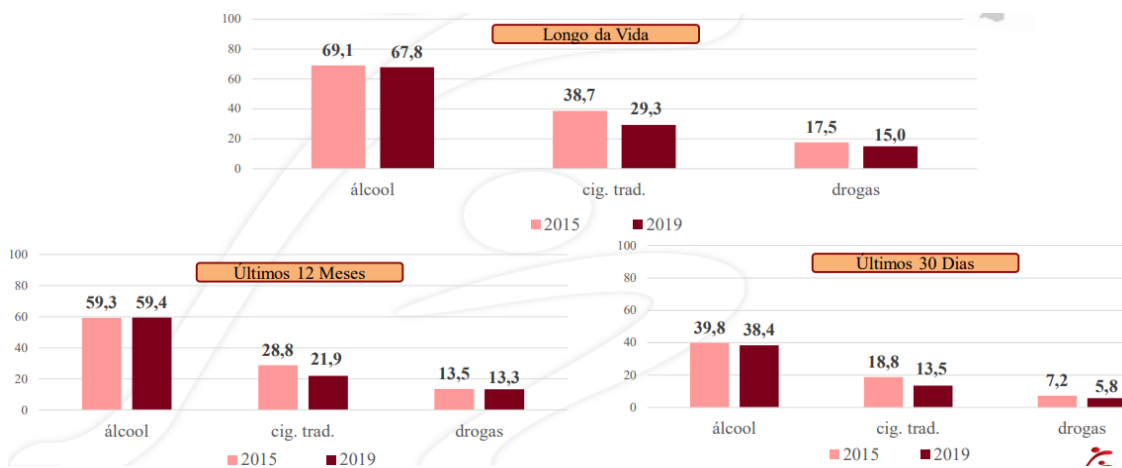


Figura 70. Prevalências de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, no Continente (Portugal), 2015 e 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)

Ainda de acordo com o mesmo estudo (ECATD/CAD (2019) e relativamente a **outras dependências**, 32,1 % dos inquiridos declararam ter acedido a redes sociais e 11,4 % ter jogado jogos eletrónicos durante quatro horas ou mais, num dia de escola. Em relação a jogos a dinheiro, 12,9 % dos alunos admitiram tê-lo feito no último ano (8,5 % em 2015) (57).

No que diz respeito a determinantes modificáveis protetores de saúde, de acordo com os resultados do INSEF (2015), na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, a prevalência pelo menos uma vez por semana, de prática de alguma **atividade física** regular, foi de 34,2 % (Anexo 2.38), valor ligeiramente superior ao observado no último INS (2019) (32,6 %) (Anexo 2.52). Em ambos os inquéritos (INSEF e INS 2019), a prevalência da prática de exercício físico foi superior no sexo masculino (39,7 % e 36,2 %, respetivamente) em relação ao sexo feminino (29,2 % e 29,5 %, respetivamente). De acordo com o INS 2019, mais de um terço da população com 15 ou mais anos (33,3 %) deslocava-se a pé diariamente; a maior parte, em deslocações com duração média inferior a 30 minutos (Anexo 2.53). Segundo o

estudo HBSC (2018) (26), 43,1 % dos adolescentes referiram que praticaram atividade física mais de 3 dias nos últimos 7 dias e 18,5 % referiram que nunca praticaram desporto.

Segundo o INSEF, a prevalência de declaração de **consumo diário de fruta** foi de 79,3 %, tendo a mesma sido superior no sexo feminino (83,7 %), em relação ao sexo masculino (74,4 %) (52). De acordo com os resultados do INS (2019), a mesma prevalência (excluindo sumos) foi de 66,4 %, sendo que 5,4 % da população declarou consumir fruta menos de um dia por semana e 2,3 % nunca o fazer (40).

Quanto à prevalência de declaração de **consumo diário de legumes ou salada** (incluindo sopas), a mesma foi de 73,3 %, tendo sido também superior no sexo feminino (80,1 %), em relação ao sexo masculino (65,8 %) (52). Segundo o INS (2019) esta prevalência (excluindo sopas) foi de 41,7 %, sendo que 33,7 % dos jovens dos 15 aos 24 anos consumiam diariamente legumes ou saladas (40). De acordo com o estudo HBSC (2018) (26) 11,5 % dos adolescentes escolarizados referiram raramente ou nunca comer fruta e 17,8 % referiram raramente ou nunca comer vegetais.

No âmbito de outros determinantes de saúde comportamentais, nomeadamente, no que diz respeito a **comportamentos preventivos de saúde oral** na população adulta, num estudo publicado em 2017 (59) observou-se que: a grande maioria dos inquiridos (97,6 %) escovavam os dentes diariamente; 70,3 % tinham perdido dentes permanentes e 6,4 % eram desprovidos de dentes; a perda de dentes permanentes foi estatisticamente associada a hábitos inadequados de higiene oral; 47,4 % não iam ao dentista há mais de um ano e 29,5 % não iam de todo ou apenas procuravam tratamento de urgência ou por causa de dor. As questões financeiras foram apontadas como o principal motivo do não acesso a cuidados de saúde oral (60 %).

De acordo com os resultados do estudo HBSC (2018), 69,4 % dos adolescentes escolarizados referiram lavar os dentes mais do que uma vez por dia (26).

No que diz respeito a **outros determinantes de saúde comportamentais** com relevo **nos adolescentes**, abordados no estudo HBSC (2018) (26), importa destacar:

- 56,3 % referiram usar protetor solar sempre que vão à praia, mas 22 % referiram que raramente ou nunca o utilizam;
- 39,2 % referiram dormir menos de 8 horas por dia durante a semana;
- 19,6 % referiram ter tido comportamentos autolesivos (automutilação) pelo menos uma vez no último ano;
- 10% referiram ter provocado *bullying* e 18,8 % declararam terem sido vítimas de *bullying* nos últimos dois meses;
- 11,5 % referiram ter tido relações sexuais, tendo a idade de início sido 14 ou mais anos (63,2%), sendo que 34 % não usaram preservativo na última relação sexual, nem pílula contraceptiva (66,2

ODS 11: Tornar as cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis

Objetivo 11.6 - Até 2030, reduzir o impacto ambiental negativo per capita nas cidades, incluindo prestar especial atenção à qualidade do ar, à gestão de resíduos municipais e de outros resíduos

- Concentração média anual ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) de partículas PM_{2,5}
- **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho - Mundo): **6,3 $\mu\text{g}/\text{m}^3$** (14)

%) e 17,1 % dos adolescentes que já tiveram relações sexuais, referiram uma associação ao consumo de álcool ou drogas;

- 14,7 % declararam beber pelo menos 2 litros de água por dia e 7,2 % referiram que nunca ou quase nunca bebem água;

- 34,6 % referiram “gostar de comida com muito sal”, 29,7 % adicionam sal a quase todos os pratos e 67,3 % gostam de “petiscar coisas salgadas”.

No grupo dos **determinantes ambientais**, começamos por destacar as **baixas temperaturas**. Em 2020, segundo o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 17,4 % da população (18,9 % em 2019) não apresentava capacidade para **manter a habitação adequadamente aquecida** (Figura 61) (42). A análise da proporção de população incapaz de manter a habitação devidamente aquecida em vários países europeus, em 2014 e 2019 (Anexo 2.54) (54), é compatível com a variação favorável encontrada no referido inquérito, mostrando, contudo, que os valores nacionais se mantêm acima da média da UE.

ODS 7: Garantir o acesso a fontes de energia fiáveis, sustentáveis e modernas para todos

Objetivo 7.1 - Até 2030, assegurar o acesso universal, de confiança, moderno e a preços acessíveis aos serviços de energia

- Percentagem (%) da população incapaz de manter a habitação devidamente aquecida
- **Média da UE (2019): 6,9 %** (54)

De acordo com o INE, citando como fonte a Agência Portuguesa do Ambiente (APA), a concentração média anual de **partículas PM_{2,5} e PM₁₀** (indicador *proxy* do nível médio anual de partículas inaláveis com diâmetro inferior a 2,5 e 10 μm , respetivamente, nas cidades) têm-se mantido, em Portugal, abaixo dos valores-limite legalmente definidos (18). Para as partículas PM_{2,5}, os valores nacionais (inferiores a 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) (18) têm sido, também, inferiores ao valor médio estimado para a UE, colocando Portugal no 7º lugar entre os Países da UE com valores mais reduzidos (54). Segundo um estudo da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2017 os **custos devidos à poluição do ar**, que englobam a mortalidade prematura, as perdas de qualidade de vida, os custos relativos à prestação de cuidados de saúde e a perda de produtividade, traduziram-se em 600 mil milhões de euros na Europa a 27 (4,9 % do PIB da UE), tendo em Portugal representado 9,04 mil milhões de euros (5,03 % do PIB de Portugal) (23).

Segundo o INE (18), a evolução da **qualidade da água para consumo humano** distribuída pelos sistemas públicos urbanos (indicador “água segura”) em Portugal, tem sido favorável, evidenciando, em 2019, valores da ordem dos 99 % em todas as regiões NUTS II. A **proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água**, no Continente, entre 2016 e 2019, tem-se mantido nos 96 %. Embora com evolução favorável (Anexo 2.55), este indicador tem-se situado abaixo da média nacional na região Norte (valor na ordem dos 94 % desde 2018) e nas regiões do Alentejo e do Algarve (ambas com 91 %, desde 2015 e 2017, respetivamente). O valor ascende a 100 % na Área Metropolitana de Lisboa.

Dados do INE evidenciam uma proporção de alojamentos servidos por **drenagem de águas residuais** de 86,0 % no Continente, em 2019, traduzindo uma evolução favorável desde 2011 (80,0 %). Com a exceção do observado na Área Metropolitana de Lisboa (98,0 %, em 2019), o indicador apresentou, em 2019, valores inferiores ao valor médio do Continente em todas as respetivas regiões NUTS, salientando-se a RA da Madeira, onde se observou o valor mais baixo (67,5 %) (Quadro 9) (18).

ODS 6: Garantir a disponibilidade e a gestão sustentável da água potável e do saneamento para todos

Objetivo 6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável para todos, a preços acessíveis.

- Proporção (%) de alojamentos servidos por abastecimento de água
- **Objetivo: 100 % (18)**

Objetivo 6.2 - Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos.

- Proporção (%) de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais
- **Objetivo: 100 % (19)**

Quadro 9. Proporção (%) de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais nas regiões NUTS II, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Portugal	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Norte	73	74	75	76	77	79	80	81	82
Centro	72	73	75	75	77	78	79	79	80
AM de Lisboa	96	97	97	97	97	97	97	97	98
Alentejo	74	76	76	77	78	79	80	82	82
Algarve	77	79	80	80	81	82	83	83	84
RA Açores	x	x	X	x	X	x	x	x	x
RA Madeira	66,1	66,5	66,6	66,6	± 67,1	67,0	67,1	67,4	67,5

± Quebra de série/comparabilidade

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

X: dados não disponíveis

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Estima-se que, em 2019, a **geração de resíduos perigosos por habitante** em Portugal tenha sido de 103,6 kg/habitante. Como principais categorias destacam-se os: resíduos químicos (17,5 %), veículos fora de uso (10,3 %) e óleos usados (6,9 %). Esse valor tem vindo a aumentar desde 2010, embora com oscilações (108,4 kg/habitante, em 2018) (18).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.9 - Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças devido a químicos perigosos, contaminação e poluição do ar, água e solo

- Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada atribuída a poluição ambiente e doméstica do ar
 - Média da OCDE (2016): 17,5 por 100.000 (19)
 - Melhor valor dos países da OCDE (2016): 7,0 por 100.000 (19)
 - Objetivo a longo prazo: 0 (14)

ODS 13: Adotar medidas urgentes para combater as alterações climáticas e os seus impactos

Objetivo 13.2 - Integrar medidas relacionadas com alterações climáticas nas políticas, estratégias e planos nacionais

- Emissões totais de Gases com Efeito de Estufa (GEE) por ano
 - **Objetivo nacional a 2030: reduzir 45 % a 55 %** (em relação a 2005) (18)
 - **Objetivo nacional a 2050: atingir a neutralidade carbónica** (18)

As **emissões de gases com efeito de estufa** em Portugal, incluindo as emissões indiretas de CO₂ mas sem contabilização das emissões de alteração do uso do solo e florestas, refletem um decréscimo de 25,9 % face a 2005 e um aumento de 8,1 % face a 1990 (Anexo 2.56) (18).

O grupo dos **determinantes de saúde relacionados com o sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde** tem

assumido particular e crescente relevo, nomeadamente, no atual contexto de pandemia e subsequente ou concomitante processo de recuperação da mesma.

Em Portugal, o **índice de cobertura universal em saúde** foi de 83,5 % em 2019, valor superior ao estimado nas décadas anteriores (79,2 % em 2010; 60,8 % em 1990) (Anexo 2.57) (60). Na sua análise por áreas de prestação de cuidados, Portugal obteve uma **pontuação mais baixa** no tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC), da epilepsia e da doença renal crónica. Pelo contrário, as áreas que obtiveram **melhor pontuação** foram as da vacinação, cuidados de saúde materna, tratamento do cancro e tratamento antirretroviral da infeção por VIH, entre outras (61).

Na análise da cobertura universal em saúde, a OCDE recomenda incluir os dados recolhidos pelo *Gallup World Poll* no âmbito da **qualidade dos serviços disponibilizados** (23), os quais mostram que, em 2020, em Portugal, a percentagem da população satisfeita com a disponibilidade de serviços de saúde com qualidade na área de residência foi de 67,0 %, (média da OCDE: 71,0 %) (23) (Anexo 2.58).

Quanto à **extensão da cobertura de cuidados de saúde**³³ em 2019, em Portugal, a cobertura da totalidade dos serviços foi estimada em 61 % (média da OCDE: 74 %), sendo particularmente baixa nos **cuidados médicos em ambulatório** (incluindo os cuidados de reabilitação e excluindo os cuidados de saúde dentária) (Portugal: 57 %; média da OCDE: 77 %) (23).

Segundo o Eurostat, em 2019, 1,7 % da população de idade igual ou superior a 16 anos reportou, em Portugal, **necessidades não satisfeitas de cuidados médicos**, valor igual ao estimado para a média dos países da UE (21) e inferior à média da OCDE (2,6 %) (23). Contudo, dados de 2021 mostram que, durante os primeiros 12 meses da pandemia de COVID-19, a proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos terá aumentado em Portugal e na maioria dos países da OCDE, estimando-se, em Portugal, para os primeiros doze meses da pandemia, uma percentagem de 34 %, superior à média da OCDE (22 %) (Anexo 2.59) (23).

De salientar, que os estudos disponíveis sobre a proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos por rendimento mostram o **elevado desvio** (*gap*) entre os resultados declarados pela população de baixo e de elevado rendimento, sendo superior nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo (Anexo 2.60) (22,62).

Dados provisórios do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (42), indicam, também, o aumento da proporção de **necessidades não satisfeitas de consultas médicas** em 2020, contrariando a tendência decrescente dos cinco anos anteriores.

No âmbito da **acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários** (CSP), destaca-se a proporção de utentes inscritos com e sem médico de família atribuído e as respetivas variações ao longo do tempo e entre regiões administrativas de saúde. No Continente, a proporção de utentes com médico aumentou de 82,1 % em 2010, para 93,0 % em 2018, voltando a reduzir desde então para 91,6 % em 2020, correspondendo, no final de 2020, a 835.658 utentes inscritos sem médico de família atribuído (63) (Figura 71).

³³ Conjunto de serviços incluídos num pacote de benefícios definidos publicamente e a proporção de custos cobertos.

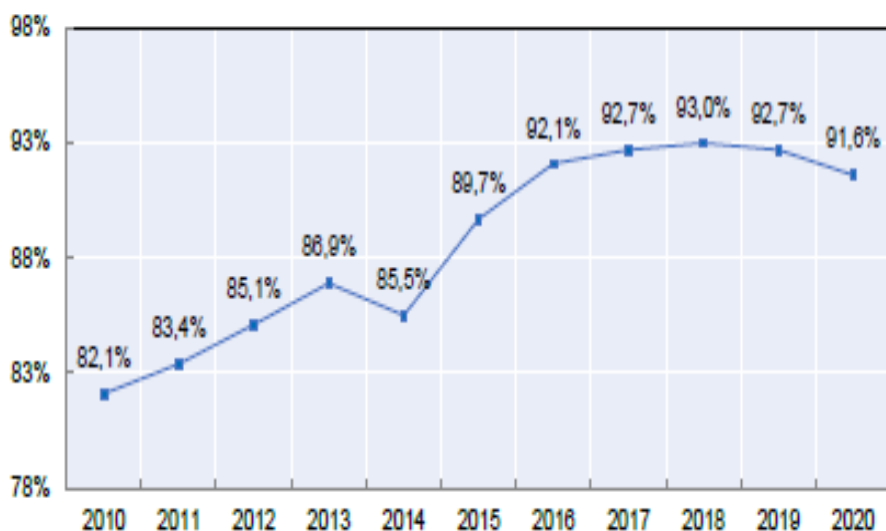


Figura 71. Evolução da proporção (%) de utentes inscritos com médico de família no Continente (Portugal), 2010-2020

Fonte: Administração Central de Sistemas de Saúde, 2021 (63)

A análise da **cobertura por médico de família** nas cinco Administrações Regionais de Saúde (ARS) do Continente (Quadro 10), mostra uma redução entre 2019 e 2020 em todas as ARS, com a exceção da ARS do Algarve, e expõe as diferenças entre ARS no intervalo 2010-2020. Em 2020, a ARS de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT) foi a região administrativa com proporção de utentes com médico de família atribuído mais baixa (85,2 %). Por ordem de menor cobertura em 2020, segue-se a ARS do Algarve (86,7 %). A ARS Norte apresentou a proporção de utentes com médico de família atribuído mais elevada entre as cinco ARS desde 2013. Nas ARS do Centro e do Alentejo a cobertura com médico de família foi superior a 90 % em todos os anos em análise (63).

Quadro 10. Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído por Administração Regional de Saúde, no Continente (Portugal), 2010-2020

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	% Var 2019/2020
ARS Norte	8	90,8 %	92,0 %	94,9 %	95,5 %	97,1 %	98,7 %	98,2 %	99,0 %	98,4 %	96,8 %	-1,6 %
ARS Centro	94,8 %	91,4 %	92,1 %	93,0 %	92,4 %	94,4 %	97,2 %	97,4 %	97,1 %	96,8 %	95,2 %	-1,6 %
ARS Lisboa e Vale do Tejo	75,4 %	73,5 %	77,6 %	81,6 %	77,5 %	79,9 %	83,3 %	85,4 %	85,1 %	85,6 %	85,2 %	-0,4 %
ARS Alentejo	95,2 %	95,9 %	93,5 %	92,7 %	91,9 %	92,6 %	96,5 %	96,4 %	95,5 %	93,9 %	93,0 %	-0,9 %
ARS Algarve	72,3 %	68,9 %	69,2 %	68,9 %	65,0 %	77,0 %	84,1 %	85,5 %	88,6 %	86,7 %	86,7 %	0,0 %
Total	82,1 %	83,4 %	85,1 %	86,9 %	85,5 %	89,7 %	92,1 %	92,7 %	93,0 %	92,7 %	91,6 %	-1,1 %

ARS – Administração Regional de Saúde
% Var - variação percentual

Fonte: Administração Central de Sistemas de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em 2020, a proporção de **utentes inscritos nos CSP com enfermeiro de família** atribuído foi de 86,3 %, seguindo uma evolução ascendente desde 2015 (69,9 %) (63).

Tendo em conta as diferenças em termos de acessibilidade entre os modelos de organização e prestação de cuidados dos três tipos de unidades funcionais de medicina geral e familiar nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) – UCSP³⁴, USF modelo A e USF modelo B³⁵ -, destaca-se que, em 2020, das 581 USF em atividade, 47,2 % eram de modelo B, e que a proporção de população inscrita nos CSP coberta por USF (A e B) era de 64,2 % (63).

A proporção de população residente no Continente coberta por uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), era de 96,6 %, em 2020 (63).

Entre 2011 e 2019, a proporção de **nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado** foi de 99,9 % em Portugal, variando entre 99,7 % e 100 % nas regiões NUTS II. Em 2020, a média nacional baixou para 98,6 %, refletindo uma redução em todas as regiões. O valor mais baixo foi observado na Área Metropolitana de Lisboa (98,0 %, correspondendo a 569 nados-vivos) (Quadro 11).

Quadro 11. Proporção (%) de nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado por local de residência da mãe, nas regiões NUTS II, 2011-2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Portugal	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	98,6
Norte	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	98,9
Centro	99,9	99,8	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	98,8
AM Lisboa	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	98,0
Alentejo	99,8	99,7	99,9	99,9	99,7	99,9	99,8	99,9	99,8	99,3
Algarve	99,9	99,9	99,9	99,9	99,8	99,8	99,8	99,9	99,8	99,3
RA Açores	100,0	100,0	100,0	99,7	99,7	99,9	99,9	99,9	99,9	99,2
RA Madeira	100,0	99,8	99,9	99,9	99,9	100,0	99,9	99,9	100,0	99,7

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Em 2020, a **pandemia de COVID-19** implicou a reorganização dos serviços prestadores de cuidados de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários e hospitalares, com consequências no volume e na prestação da atividade assistencial, bem como na reorganização dos espaços e das rotinas de trabalho (63), cujo impacto no estado de saúde dos portugueses não é, ainda, possível avaliar nem projetar ou prever em toda a sua plenitude.

³⁴ UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

³⁵ As USF (Unidades de Saúde Familiar) são organizadas nos ACES segundo 2 modelos, A e B. Entre os dois, a USF modelo B corresponde ao modelo de nível mais elevado de desenvolvimento.

Nos **CSP**, em 2020 e em comparação com o ano anterior, os indicadores de movimento assistencial disponíveis evidenciam um decréscimo do volume de consultas médicas presenciais (-38,5 %) e domiciliárias (-37,0 %), de consultas de enfermagem (-14,4 %) e de consultas de outros técnicos de saúde (-18,8 %). Pelo contrário, observou-se a duplicação de consultas não-presenciais (63).

Nos **hospitais do SNS**, comparação semelhante dos indicadores de atividade assistencial disponíveis evidencia um decréscimo generalizado do volume de cuidados prestados (-10,4 % de consultas externas; -19,0 % de intervenções cirúrgicas programadas; -34,9 % do volume de referências para primeiras consultas hospitalares no âmbito da Consulta a Tempo e Horas) e um agravamento do cumprimento dos TMRG (Tempos Máximos de Resposta Garantidos) (63).

ODS 3: Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades

Objetivo 3.c – Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento e a preços acessíveis

- Intensidade de médicos por 1.000 habitantes (19)
- **Objetivo a longo prazo: 4,3 por 1.000**

A mediana do **tempo de espera até à realização da primeira consulta hospitalar** no âmbito da Consulta a Tempo e Horas (CTH) foi de 100,2 dias, em 2020 (83,6 dias em 2019; 80,1 dias em 2010). Por ARS, o valor mais elevado observou-se na ARS Norte (107,9) e o mais baixo na ARS do Alentejo (68,9). Nas entidades fora do SNS foi de 82,6 dias (74,8 dias em 2019) (63).

Também o **transporte não urgente de doentes** sofreu uma redução em comparação com 2019, quer no número de utentes transportados (-30,6 %), quer no número de transportes de doentes (-43,7 %) (63).

Entre 2020 e 2019 observou-se, ainda, um decréscimo da capacidade de resposta dos **cuidados continuados integrados** e dos **cuidados paliativos** (63).

De acordo com o INE, em Portugal, o **número de médicos** inscritos na Ordem dos Médicos, em 2019, era de 5,4 por 1.000 habitantes (18). Este valor refere-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação³⁶ quando comparado com os dados de outros países que dizem apenas respeito aos médicos efetivamente em exercício de prática clínica (média da UE de 3,9 por 1.000 habitantes) (22). Em relação aos recursos humanos de enfermagem, salientamos que não obstante o aumento registado na última década, o **número de enfermeiros por habitante** em Portugal (7,1 por 1.000 habitantes em 2019) situava-se abaixo da média da UE (8,4 por 1.000) (22).

³⁶ superior a 30 %, segundo o EUROSTAT (22)

Olhando exclusivamente para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (64), em 2018, no SNS, os médicos totalizavam 29.291 profissionais (2,9 médicos por 1.000 habitantes) (correspondendo cerca de dois terços a médicos especialistas e um terço a médicos-internos), o pessoal de enfermagem correspondia a 44.932 profissionais (4,4 enfermeiros por 1.000) e o pessoal assistente operacional era de 26.740 profissionais. A média de idade por grupo profissional variou, em 2018, entre os 41 anos (idade média dos enfermeiros) e os 50 anos (idade média dos médicos especialistas). Mais de 75 % dos profissionais de saúde, no seu todo, era do sexo feminino (76,5 %) (64).

No SNS, em 2018, as regiões administrativas de saúde Norte e Lisboa e Vale do Tejo (LVT) concentraram o maior número de profissionais (74,5 % do total). Em LVT o número de médicos por habitante foi o mais elevado (3,0 médicos por 1.000 habitantes; média nacional de 2,9 por 1.000). A região Centro apresentava o número de enfermeiros por habitante mais elevado (4,8 enfermeiros por 1.000 habitantes) seguindo-se as regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve (4,5 por 1.000) (média nacional de 4,4 por 1.000). A razão enfermeiro por médico foi de 1,53 enfermeiros por cada médico (64).

No SNS, a taxa de absentismo aumentou progressivamente desde 2013, fixando-se nos 11,4 % em 2018, sendo a doença e a parentalidade os principais motivos indicados (representando 46,7% e 31,5%, respetivamente) (64).

Portugal tem sistematicamente apresentado valores de **despesas de saúde** como percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) e despesas de saúde *per capita* inferiores à média da UE. Em 2019, as despesas de saúde representaram 9,5 % do PIB, sendo a média da UE de 9,9 % e a média da OCDE39 de 8,8 % (23). Em 2020, a pandemia de COVID-19 implicou uma diminuição do PIB; contudo a despesa pública com a saúde aumentou para 10,1 % (23,65).

Segundo a OCDE, em 2019, Portugal gastou 2.314 EUR *per capita* no domínio da saúde, menos um terço do que a média da UE (3.521 EUR *per capita*) (22). A maior fatia das despesas de saúde em Portugal refere-se aos cuidados ambulatoriais, sendo o país com maior percentagem para esta categoria de despesas na UE (46 %, com um valor de 1.074 EUR *per capita*). Abaixo da média da UE ficaram as despesas com internamentos hospitalares (598 EUR *versus* 1.010 EUR *per capita*) e com produtos farmacêuticos (443 EUR *versus* 630 EUR *per capita*) (22). Em 2019, Portugal também apresentou valores inferiores à média da UE nas despesas com prevenção (41 EUR *per capita*, ou 2 % do total das despesas de saúde, sendo de 3 % na UE) e com cuidados continuados (111 EUR *per capita*, ou 5 % do total das despesas de saúde, sendo de 16 % na UE) (22).

No campo das **despesas diretas com a saúde**, Portugal apresenta dos valores mais elevados de despesas não reembolsadas dos países da OCDE (22,23,65), tendo-se verificado um aumento superior a cinco pontos percentuais desde 2010. Em 2019, as despesas não reembolsadas situavam-se nos 30,5 % das despesas em saúde (valor médio da UE de 15,4 %) (Anexo 2.61), representando a segunda maior fonte de receita do sistema de saúde em Portugal (22,65). As despesas das famílias em hospitais privados tem vindo a aumentar nos últimos anos (15,0 % em 2019). Contudo, o peso relativo da despesa não reembolsada em prestadores privados de cuidados de saúde em ambulatório manteve-se, em 2019, à semelhança dos anos anteriores, o mais elevado (39,3 %) (65).

Nas Figuras 72 e 73 podemos observar a **evolução do número de óbitos** por todas as causas e por COVID-19, entre a 10ª semana de 2020 e a 15ª semana de 2021 (66) e a distribuição geográfica, ao nível de município, da **incidência cumulativa** (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19³⁷, entre 12 de abril de 2020 e 5 de maio de 2021 (18). Da sua análise e no contexto da elaboração do PNS 2021-2030, torna-se evidente a necessidade de considerar o impacto, presente e futuro, da pandemia de COVID-19 na evolução do estado de saúde da população e seus determinantes, na prestação de cuidados de saúde e no desempenho quanto ao alcance dos ODS.

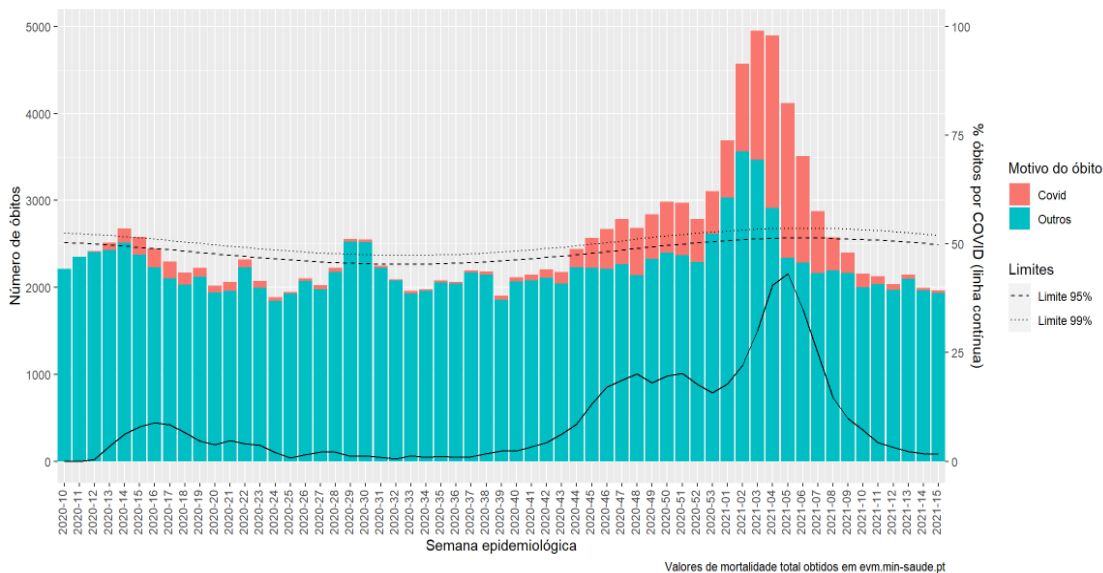


Figura 72. Número de óbitos por todas as causas e por COVID-19 e proporção (%) de óbitos por COVID-19, em Portugal, em Portugal, entre a 10ª semana de 2020 e a 15ª semana de 2021

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2021 (66)

³⁷ A incidência cumulativa a 14 dias corresponde ao quociente entre o número de novos casos de COVID-19 confirmados nos 14 dias anteriores e a população residente estimada para 2019, expresso por 100.000 habitantes (18).

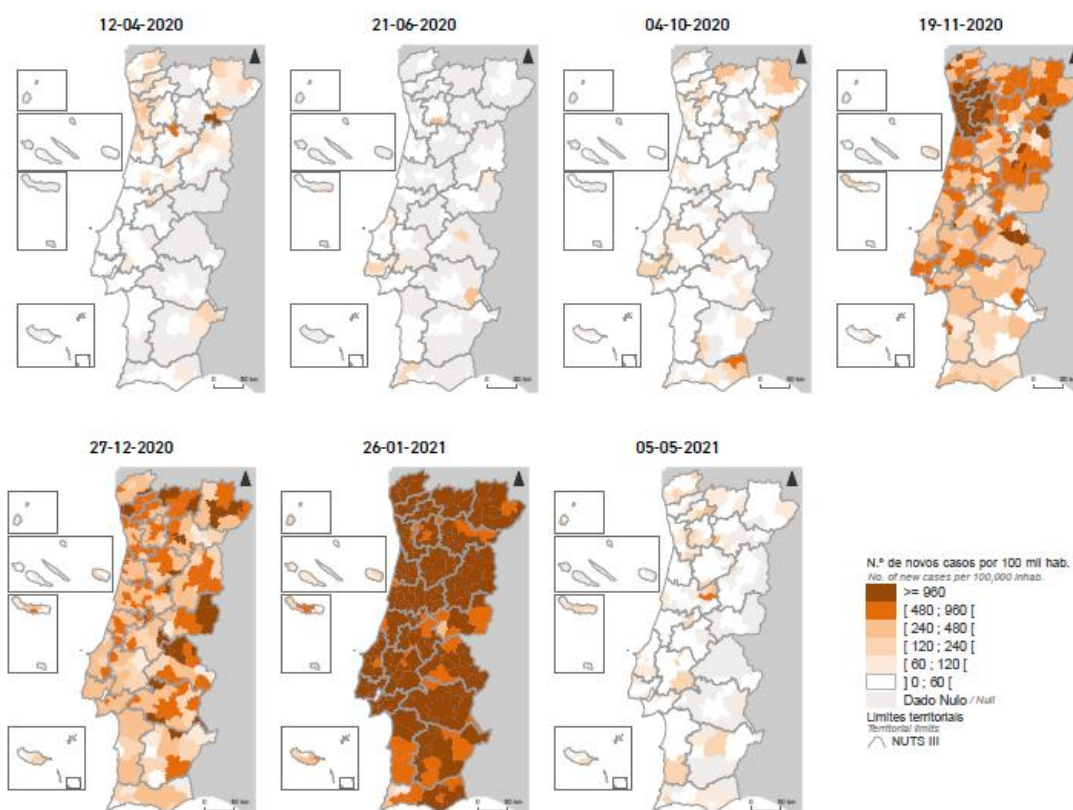


Figura 73. Incidência cumulativa (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19 por município, em Portugal, entre 12-04-2020 e 05-05-2021

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (18)

Importa, desde já, referir o **impacte da pandemia de COVID-19 na saúde mental**, em Portugal, em relação ao qual se encontram disponíveis alguns dados objetivos. Assim, segundo o estudo “Saúde Mental em tempos de pandemia” (67), publicado em 2021, 34 % da população apresenta sintomas de sofrimento psicológico (45 % nos profissionais de saúde), valor este superior ao encontrado, em 2013, no “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental” (23 %) (68).

Para além dos profissionais de saúde, as mulheres, os jovens adultos (entre os 18 e os 29 anos), os desempregados, as pessoas com mais baixo rendimento e os indivíduos que indicaram estar ou ter estado em quarentena, em isolamento ou já recuperados da COVID-19, bem como os indivíduos infetados que estiveram em internamento hospitalar ou em cuidados intensivos, são os que apresentam maior sofrimento psicológico (65). Por outro lado, a resiliência, bem como a manutenção de passatempos/*hobbies*, de rotinas diárias e/ou de atividade física, têm um efeito protetor do bem-estar psicológico e estão associadas a um risco diminuído de sintomas de ansiedade, depressão ou stress pós-traumático (67).

Nas últimas **projeções de recuperação do PIB** da OCDE (2021), Portugal apresenta-se como um dos países de elevado consumo que mais tempo vai demorar a regressar aos níveis pré-pandémicos (Figura 74). As previsões, em dezembro de 2021, apontavam para um crescimento

ODS 8: Promover o crescimento económico inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho digno para todos

Objetivo 8.8 - Proteger os direitos do trabalho e promover ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores, incluindo os trabalhadores migrantes, em particular as mulheres migrantes, e pessoas em empregos precários

- Taxa de incidência de acidentes de trabalho não mortais por 100.000 empregados (18)
– **Média da UE (2018): 1.659,0 por 100.000**
- Taxa de incidência de acidentes de trabalho mortais por 100.000 empregados (18)
– **Média da UE (2018): 1,8 por 100.000**

da economia de 4,8 % em 2021, de 5,8 % em 2022 e de 2,8 % em 2023, prevendo-se que o PIB deverá voltar a superar os níveis anteriores à crise em meados de 2022. Contudo, o PIB recuperou mais do que o esperado no segundo e terceiro trimestres de 2021, impulsionado, sobretudo, pelo consumo privado. No entanto e ainda segundo a OCDE, 76% das pessoas em Portugal referem estar preocupadas com a capacidade para responder aos encargos financeiros (69).

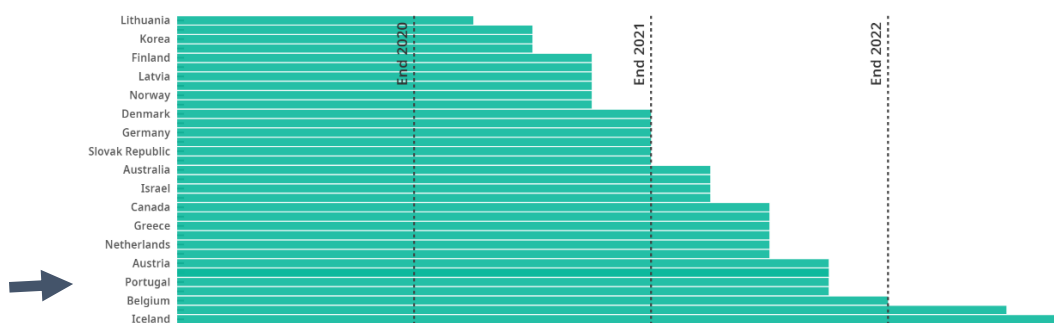


Figura 74. Projeções da recuperação do PIB nos países da OCDE, 2021

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021 (69)

Tendo o PNS 2021-2030 um foco claro na saúde sustentável, não pode deixar de se incluir, nesta etapa de Diagnóstico de Situação de Saúde, uma **análise sumária do desempenho de Portugal relativamente aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)**, a partir de dois sistemas de monitorização selecionados de entre os vários disponíveis: o painel de monitorização do *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* e o modelo GAPFRAME.

De acordo com o painel de **monitorização** dos ODS do **IHME** (70), que analisa o desempenho dos países quanto aos **ODS** que considera mais diretamente **relacionados com a saúde** (utilizando uma escala de 0 a 100), em Portugal observou-se, em 2017, o **pior desempenho** em relação aos seguintes problemas e determinantes de saúde³⁸: prevalência de consumo de álcool (6,2); incidência de infeção por VIH (28,2); prevalência de consumo de tabaco (37,3); excesso de peso e obesidade nas crianças (46,8); morte prematura, doença e incapacidade atribuídas a

³⁸ O valor que se segue a cada problema e determinante de saúde corresponde à classificação do desempenho do respetivo indicador de medida (escala de 0 a 100) de acordo com o painel de monitorização dos ODS do IHME (70).

riscos ocupacionais (57,5); mortalidade causada por lesões autoprovocadas (58,9); e prevalência de violência sexual entre os 18 e os 29 anos (59,3).

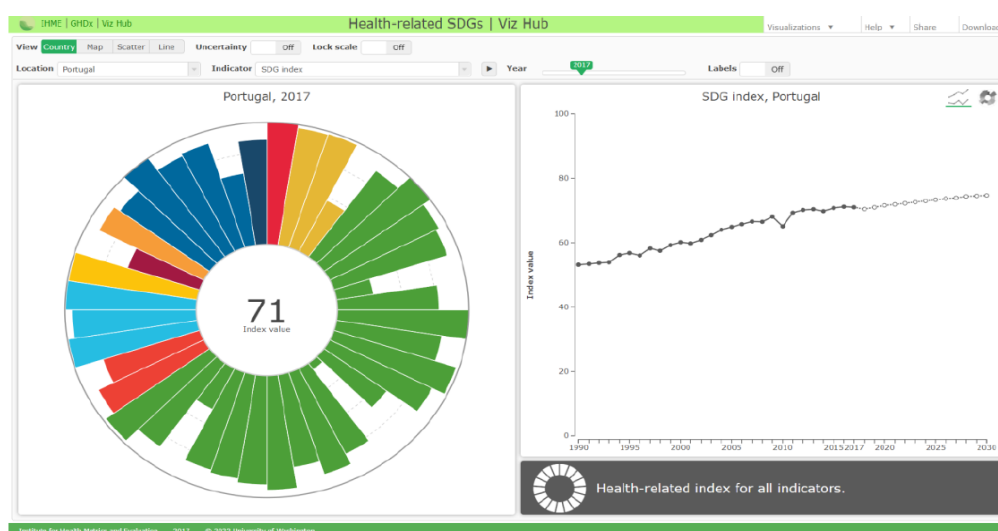
Exemplos de **bom desempenho** foram a qualidade da água (99,0); qualidade do ar interior (98,8 %); saneamento das águas residuais (94,6); mortalidade neonatal (90,6); mortalidade materna (87,2) e cobertura vacinal para sete vacinas selecionadas (84,4), entre outros (70).

De salientar, ainda, que a evolução do *SDG index score*³⁹ tem sido **favorável** (Figura 75).

ODS 5: Alcançar a igualdade de género e empoderar todas as mulheres e raparigas

Objetivo 5.2 - Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos

- Proporção (%) de mulheres e raparigas de 15 anos de idade ou mais que foram objeto de violência física, sexual ou psicológica por um parceiro atual ou ex-parceiro nos últimos 12 meses, por forma de violência e por idade
- **Objetivo a longo prazo: 0 % (19)**



IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

Figura 75. Objetivos mais diretamente relacionados com a saúde (segundo o IHME) e *SDG Index score*, em Portugal, 2017 (à esquerda) e evolução do *SDG Index score* entre 1990-2017 e projeção para 2030 (à direita), em Portugal

Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2017 (70)

ODS 16: Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas a todos os níveis

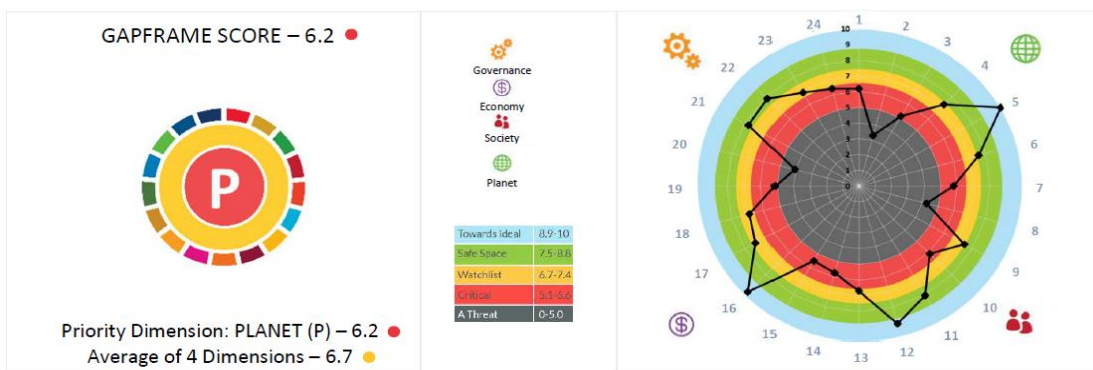
Objetivo 16.1 - Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionadas, em todos os lugares

- Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada por homicídio voluntário
- **Média da UE (2017): 0,68 por 100.000 (21)**
- Proporção (%) de população que se sente segura quando caminha sozinha na área onde vive
- **Objetivo a longo prazo: 100 % (19)**

³⁹ O *SDG Index score* corresponde à classificação (escala de 0 a 100) atribuída ao desempenho dos indicadores de medida de todos os ODS relacionados com a saúde, de acordo com o IHME.

O modelo **GAPFRAME**⁴⁰ permite identificar e comparar questões de sustentabilidade relevantes com um estado ideal que identifica como necessário para a vida dentro dos limites do planeta. Para tal, pontua, através de uma escala de 0 a 10, quatro dimensões (planeta, sociedade, economia e governação), 24 questões específicas e 68 indicadores de sustentabilidade (71).

A avaliação mais recente disponível (2016) posiciona a dimensão **Planeta** (que corresponde ao pilar Ambiente da matriz de desenvolvimento sustentável) como a **dimensão a exigir intervenção prioritária** em Portugal (Figura 76), na qual as questões específicas de sustentabilidade com **pior desempenho** foram o quociente de carbono (pontuação de 3,3), o tratamento de resíduos sólidos (resíduos sólidos urbanos recolhidos e reciclados, que obteve a pontuação de 1,5), a energia limpa (energia renovável com a pontuação de 2,1), sendo também de assinalar, na questão Terra e Floresta, a agricultura biológica (pontuação de 3,0), todas elas relacionadas com relevantes determinantes da saúde. Com **pontuação máxima** (10,0), é de assinalar a questão “ar limpo”.



GapFrame Score e respetivas dimensões, Portugal, 2016

Figura 76. GAPFRAME score e resultados da monitorização das dimensões de sustentabilidade, em Portugal, 2016

Fonte: Muff K, et al, 2017 (71)

“Procuro o que une e não o que cinde.”

(Natália Correia)

As **desigualdades em saúde**, quer ao nível dos problemas de saúde, quer ao nível dos seus determinantes, podem ter na sua génese e/ou ser agravadas pelas desigualdades sociais. A título de exemplo, é bem conhecido o chamado “**gradiente social da saúde**”, segundo o qual as populações ou grupos das populações social e economicamente mais desfavorecidas apresentam piores resultados de saúde (vidas menos longas e menos saudáveis) do que as mais favorecidas. Dentro

⁴⁰ O GAPFRAME traduz os ODS em quatro dimensões de sustentabilidade, apresentando o desvio ou *gap* entre o estado atual do mundo e um estado ideal futuro (é considerado um “espaço seguro” quando o GAPFRAME score é superior a 7,5).

das desigualdades em saúde interessam-nos, sobretudo, aquelas que são evitáveis e injustas, ou seja, as **iniquidades em saúde**. Assim, o conhecimento das desigualdades sociais, como determinantes de saúde, pela sua ação transversal e multifatorial, é essencial à compreensão do universo multidimensional no qual problemas de saúde, necessidades de saúde e determinantes de saúde se desenvolvem, interagem e potenciam (72,73).

O foco principal do PNS 2021-2030 na saúde sustentável, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, elege como um dos princípios fundamentais “não deixar ninguém para trás”, o que realça a importância do diagnóstico das desigualdades em saúde.

Com a **pandemia de COVID-19**, este problema tornou-se particularmente relevante, nomeadamente, quando, em Portugal, se procurou, entre outros, que o acesso à vacinação fosse o mais equitativo possível, ou quando foram tomadas medidas excecionais para procurar diminuir o impacto social e económico da pandemia. O **relatório recente da OMS sobre o impacto da pandemia nas desigualdades sociais** (74) conclui que, com base na evidência disponível, as amplas iniquidades observadas em todo o mundo nas taxas de infeção, hospitalização e mortalidade por COVID-19 entre grupos populacionais são principalmente impulsionadas por **fatores sociais, que se sobrepõem aos riscos biológicos**. Assim, os grupos que experimentaram taxas aumentadas de morbidade e mortalidade por COVID-19 incluem: pessoas mais pobres, minorias étnicas marginalizadas, incluindo povos indígenas, trabalhadores essenciais mal pagos, migrantes, reclusos, pessoas sem-abrigo e populações afetadas por emergências, incluindo conflitos.

ODS 1: Erradicar a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares

Objetivo 1.5 - Até 2030, aumentar a resiliência dos mais pobres e em situação de maior vulnerabilidade, e reduzir a exposição e a vulnerabilidade destes aos fenómenos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres económicos, sociais e ambientais

- Taxa de pessoas falecidas, pessoas desaparecidas e pessoas diretamente afetadas devido a desastres por 100.000 habitantes
– **Objetivo a longo prazo: 0** (70)

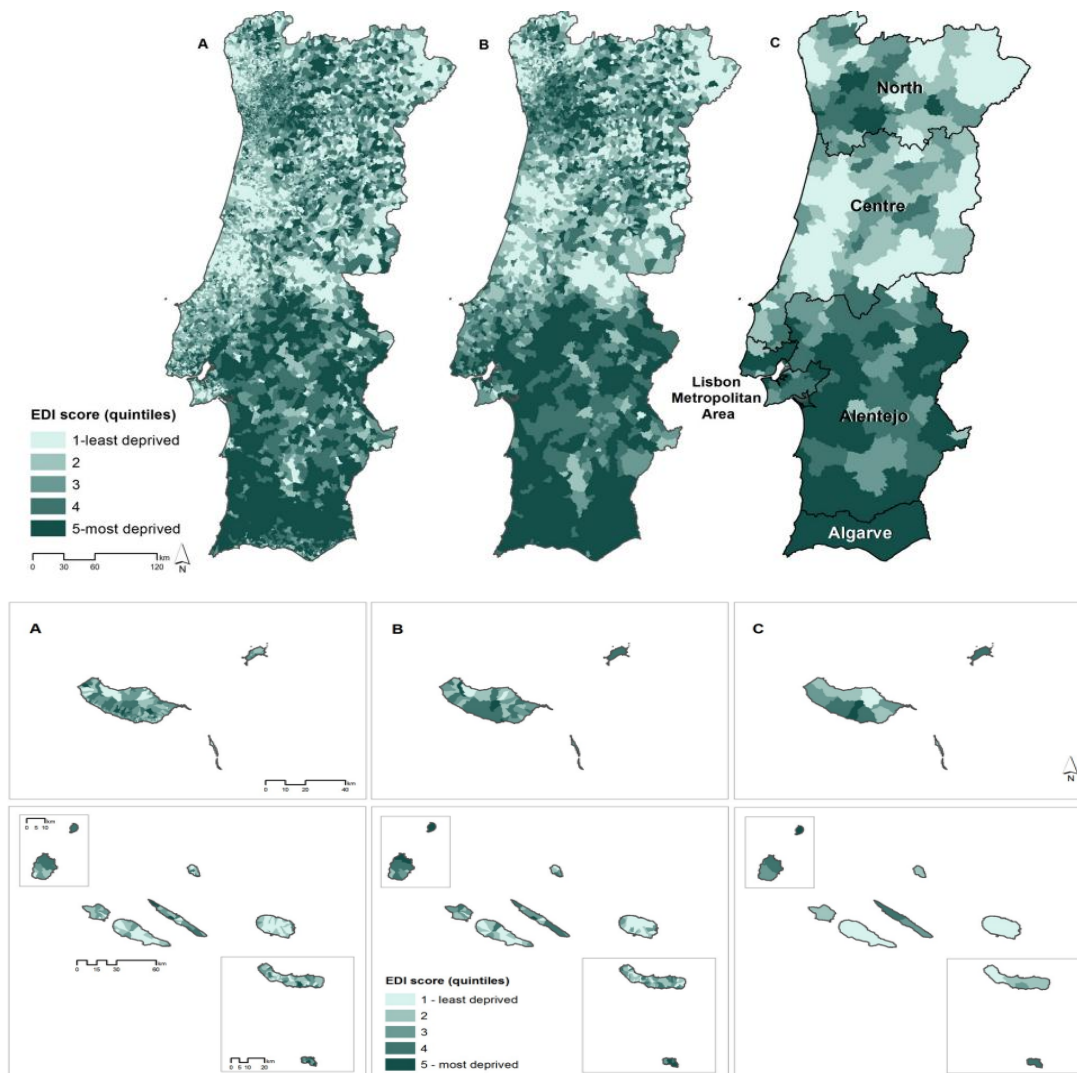
Os **determinantes sociais específicos** que impulsionaram essas desigualdades incluem: pobreza e privação; mobilidade imposta de trabalhadores mal remunerados em empregos precários; falta de proteção social; habitação sobrelotada; má proteção no trabalho e baixos padrões de saúde ocupacional; desigualdade de estatuto legal ou residencial; estigmatização; acesso desigual a informações de saúde pública aceitáveis; acesso desigual a tratamento, prevenção e vacinação.

a. Principais desigualdades sociais em Portugal

A última versão do **Índice de Privação Europeu (IPE) adaptado para Portugal** (2018) (75) engloba oito indicadores, designadamente, proporção de residentes: em habitação arrendada, em habitação sem retrete interior, em habitação com cinco ou menos divisões, trabalhadores manuais,

com baixo nível educacional (inferior ou igual a seis anos), trabalhadores por conta de outrem, desempregados à procura de emprego e estrangeiros. Os resultados da aplicação deste índice à população residente em Portugal (de acordo com o censo 2011) mostraram que o primeiro quintil (de menor privação) abrangia 20,7 % da população nacional e o quinto quintil (de maior privação) abrangia 17,9 %, resultados semelhantes aos obtidos a partir do Censos 2001.

Na Figura 77 pode observar-se que o IPE apresenta um claro **padrão geográfico**, encontrando-se as áreas mais carenciadas (com maior índice de privação) no Sul, enquanto as áreas menos carenciadas (com menor índice de privação) se localizam no Norte e Centro⁴¹.



Centre – Centro; EDI score – pontuação do Índice de Privação Europeia (*European Deprivation Index*); Lisbon Metropolitan Area – Área Metropolitana de Lisboa; North – Norte; quintiles – quintis; 1-least deprived – áreas com o menor índice de privação; 5-most deprived – áreas com o maior índice de privação

Figura 77. Distribuição espacial do Índice de Privação Europeia para pequenas áreas, em Portugal (A: grupos de blocos censitários; B: Freguesias; C: Municípios), 2011

Fonte: Ribeiro AI, et al, 2018 (75)

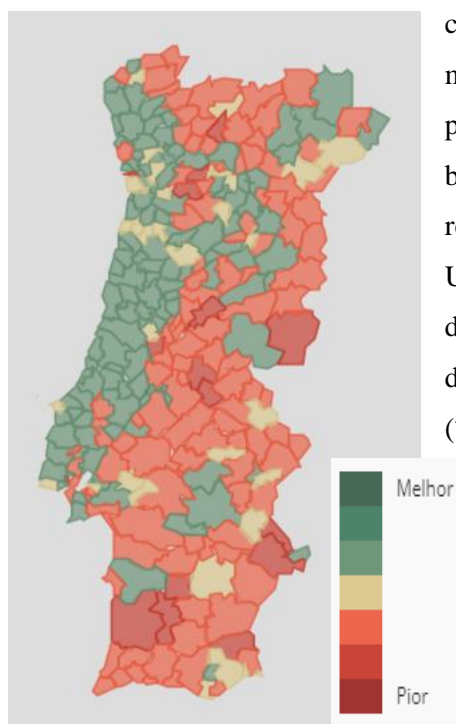
⁴¹ Entre os dois Censos (2001 e 2011), pelos resultados da aplicação do IPE, pode concluir-se que atenuaram as diferenças observadas entre o litoral e o interior.

b. Principais desigualdades em saúde em Portugal

No estudo de aplicação do IPE à população de Portugal (segundo os censos de 2011) (75) observou-se, ainda, uma **associação entre o IPE e a taxa de mortalidade padronizada por todas as causas**, obedecendo esta a um gradiente, ou seja: quanto maior o IPE, maior a taxa de mortalidade.

Importantes desigualdades sociais em saúde foram igualmente identificadas quando analisados os resultados do **Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF)** (52). Assim, na análise após padronização por sexo e grupo etário, verificou-se que, por exemplo, quanto mais baixo o nível de escolaridade, maior a prevalência de: diabetes *mellitus* (Figura 55), hipertensão arterial (Anexo 2.34), colesterol total elevado, excesso de peso e obesidade, e baixa atividade física (52), conforme já referido.

O **Índice de Saúde da População**⁴² (INES) (76), desenvolvido no âmbito do **projeto GeoHealthS** (77), também procurou identificar desigualdades em saúde ao nível do território, neste caso, dos municípios do Continente, entre 1991 e 2011. Segundo os principais resultados da aplicação deste índice, apesar das assimetrias entre municípios terem diminuído ao longo dos 20 anos em análise,



continuaram a verificar-se desigualdades geográficas, maioritariamente relacionadas com a densidade populacional e as dinâmicas urbanas, com os municípios de baixa densidade populacional, mais envelhecidos e rurais, a registarem os piores valores do referido índice (Figura 78). Uma evolução desfavorável do INES foi observada em 30% dos municípios, sobretudo relacionada com determinantes de saúde económicos e sociais, mas também ambientais (77).

De acordo com dados da OCDE, em Portugal, a proporção de pessoas com autoperceção positiva do estado de saúde é consideravelmente inferior nas pessoas de baixo rendimento em relação às de alto rendimento, desigualdade com tendência para aumentar (14).

Figura 78. Distribuição espacial do Índice de Saúde da População para os municípios do Continente, 2011

Fonte: Santana P, et al, 2015 (77)

⁴² Este índice integra vários componentes relacionados, quer com a morbilidade e mortalidade, quer com os determinantes de saúde, e pode ser consultado em saude.municipio.uc.pt (76)

Do mesmo modo, a análise das desigualdades de acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde evidencia, como já referido, a elevada proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo (Anexo 2.60) (22,62).

Os resultados de um estudo de 2018, no âmbito da prestação de cuidados de saúde a doentes com tuberculose imigrantes em Portugal (78), mostrou que uma proporção considerável destes doentes chega aos serviços de saúde em estadios avançados da doença. Para além de recursos socioeconómicos limitados, foram identificadas outras barreiras ao acesso e utilização dos serviços prestadores de cuidados de tuberculose, designadamente, a burocracia complexa do processo de inscrição nos serviços de saúde (78).

Mas, quando estudamos as desigualdades em saúde, para além das desigualdades sociais encontramos também **desigualdades por sexo, por grupo etário e geográficas**.

Nos Quadros 12 e 13 destacam-se algumas das desigualdades em saúde por sexo, grupo etário e geográficas, que foram sendo descritas ao longo do capítulo 3.

Quadro 12. Desigualdades em saúde em Portugal: destaques da mortalidade

Grandes Grupos de Causas	Desigualdades por Sexo/ Sexo e Grupo Etário		Desigualdades por Grupo Etário	Desigualdades Geográficas
	♀	♂		
Todas as causas (todas as idades e prematura)	-----	Mais de 50 % dos óbitos prematuros	-----	Melhor que PT: Norte e Centro Pior que PT: Alentejo, Algarve, Região Autónoma dos Açores (RAA) e Região Autónoma da Madeira (RAM)
Causas Externas (CE)	-----	60,9 % dos óbitos por CE 15-34 anos: ≈50 % OT 20-24 anos: ≈65 % OT	>: 15-39 anos	Melhor que PT: Norte e Área Metropolitana de Lisboa (AML) Pior que PT: Centro, Alentejo, Algarve e RAM
Doenças Aparelho Circulatório	-----	-----	Peso proporcional aumenta com a idade: sobretudo após os 60 anos	Melhor que PT: Norte e Centro Pior que PT: Alentejo, RAA e RAM; Algarve (apenas mortalidade prematura)
Doenças Aparelho Respiratório	-----	-----	Peso proporcional aumenta com a idade: sobretudo, após os 60 anos	Melhor que PT: AML Pior que PT: Centro, Alentejo, RAA e RAM
Tumores Malignos (TM)	30-64 anos (35-64 anos: 50 % ou mais dos OT) 5-9 anos: ≈30 % OT TM da mama: 1ª causa morte prematura TM da traqueia, brônquios e pulmão: 3ª causa morte prematura; aumento acentuado	59,6 % dos óbitos por TM 50-64 anos: ≈50 % OT 5-9 anos: ≈40 % OT TM da traqueia, brônquios e pulmão 1ª causa morte prematura TM fígado e TM pâncreas: aumento acentuado	>: 5-9 anos; 40-74 anos ≈50 % dos óbitos por TM são prematuros	Melhor que PT: Norte e Centro Pior que PT: AML, RAA e RAM; Algarve (apenas mortalidade prematura)

AML – Área Metropolitana de Lisboa; CE – Causas Externas; OT – óbitos totais; PT – Portugal; RAA – Região Autónoma dos Açores; RAM – Região Autónoma da Madeira; TM – Tumores Malignos; > - maior; ≈ - aproximadamente igual
Nota: Melhor que PT – estimativa pontual superior ao valor médio nacional | Pior que PT – estimativa pontual inferior ao valor médio nacional

Fonte: PNS 2021-2030. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Quadro 13 – Desigualdades em saúde em Portugal: outros destaques (1/2)

Indicadores	Desigualdades por Sexo/ Sexo e Grupo Etário		Desigualdades por Grupo Etário	Desigualdades Geográficas
	♀	♂		
Esperança média de vida à nascença	83,7 anos	78,1 anos	-----	Melhor que PT: Norte e Centro Pior que PT: Alentejo, Algarve, Região Autónoma da Madeira (RAM) e Região Autónoma dos Açores (RAA)
Anos de vida saudável aos 65 anos	6,9 anos	7,9 anos	-----	União Europeia (UE): 10,4 anos e 10,2 anos, respetivamente
DALYs (2009/2019)	Seis principais causas (ordem decrescente, 2019): AVC, dor lombar, diabetes <i>mellitus</i> , doenças isquémicas do coração, depressão, doença de Alzheimer Aumento acentuado do “peso” dos DALYs por quedas	Seis principais causas (ordem decrescente, 2019): AVC, doenças isquémicas do coração, TM do pulmão, dor lombar, DPOC, TM do cólon e reto	-----	-----
Prevalência de diabetes <i>mellitus</i> *	7,7 %	12,1 %	Pior que PT: 55-74 anos Aumenta com a idade	Melhor que PT: Algarve, Centro e RAM Pior que PT: Alentejo, LVT e RAA
Prevalência de HTA*	32,7	39,6 %	Pior que PT: 55-74 anos Aumenta com a idade	Melhor que PT: Algarve, RAA, RAM e LVT Pior que PT: Alentejo e Norte
Prevalência de consumo de tabaco (P30D)**	22,0 %	43,4 %	Diminui a partir dos 35 anos “Pico” aos 25-34 anos	Melhor que PT: RAM e Centro Pior que PT: RAA, Algarve e AML
Prevalência de consumo de álcool (P30D)**	37,1 %	60,7 %	Pior que PT :35-64 anos “Pico” aos 45-54 anos	Melhor que PT: Norte, RAM, Alentejo e Centro Pior que PT: Algarve, AML e RAA

*INSEF, 2015 (população 25-74 anos)

**IV INPG, 2017 (população 15-74 anos)

AML – Área Metropolitana de Lisboa (NUTS II); AVC – Acidente Vascular Cerebral; DALY – *Disability Adjusted Life Years* (carga de morte prematura, doença e incapacidade); DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; LVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; P30D – Prevalência de consumo nos últimos 30 dias (indicador de consumo atual ou corrente); PT – Portugal; RAA – Região Autónoma dos Açores; RAM – Região Autónoma da Madeira; TM – Tumor Maligno

Nota: Melhor que PT – estimativa pontual superior ao valor médio nacional | Pior que PT – estimativa pontual inferior ao valor médio nacional

Fonte: PNS 2021-2030. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Quadro 13. Desigualdades em saúde em Portugal: outros destaques (2/2)

Indicadores	Desigualdades por Sexo/ Sexo e Grupo Etário		Desigualdades por Grupo Etário	Desigualdades Geográficas
	♀	♂		
Prevalência de colesterol elevado*	62,8 %	63,8 %	Pior que PT: 45-74 anos “Pico” aos 55-64 anos	Melhor que PT: Lisboa e Vale do Tejo (LVT), Algarve e Região Autónoma da Madeira (RAM) Pior que PT: Centro, Região Autónoma dos Açores (RAA) e Alentejo
Prevalência de excesso de peso*	33,1 %	45,4 %	Pior que PT: 45-74 anos “Pico” aos 45-54 anos	Melhor que PT: LVT, Algarve e RAA Pior que PT: Norte, RAM e Centro
Prevalência de obesidade*	32,1 %	24,9 %	Pior que PT: 45-74 anos Aumenta com a idade	Melhor que PT: Algarve Pior que PT: RAA, Alentejo, LVT, Centro e RAM
Prevalência de atividade física*	39,7 %	29,2 %	Diminui com a idade “Pico” aos 25-34 anos	Melhor que PT: LVT, Algarve e RAM Pior que PT: Centro e Norte
Prevalência consumo de fruta*	83,7 %	74,4 %	Aumenta com a idade “Pico” aos 65-74 anos	Melhor que PT: Alentejo, Centro, Algarve e LVT Pior que PT: RAA, Norte e RAM
Prevalência consumo de vegetais e saladas*	80,1 %	65,8 %	Aumenta com a idade “Pico” aos 65-74 anos	Melhor que PT: Centro e Norte Pior que PT: RAA, RAM, LVT, Algarve e Alentejo

*INSEF, 2015 (população 25-74 anos)

LVT – Lisboa e Vale do Tejo; PT – Portugal; RAA – Região Autónoma dos Açores; RAM – Região Autónoma da Madeira

Nota: Melhor que PT – estimativa pontual superior ao valor médio nacional | Pior que PT – estimativa pontual inferior ao valor médio nacional

Fonte: PNS 2021-2030. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

3.2.2. O que nos dizem os *stakeholders*?

Os **principais resultados** do estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento (CA) do PNS 2021-2030 encontram-se resumidos nos Quadros 14 e 15.

Quadro 14. Necessidades de saúde sentidas ou percebidas pelos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por ordem de prioridade

Ordenação das 12 primeiras Necessidades de Saúde:	
que partem dos problemas de saúde	que partem dos determinantes de saúde
1º Enfarte agudo do miocárdio	1º Oferta e acessibilidade a medicamentos
2º Tumor maligno do cólon e reto	2º Financiamento da saúde
3º Acidente vascular cerebral	3º Cobertura universal
4º Tumor maligno da mama feminina	4º Acesso a cuidados na doença
5º Tumor maligno do pulmão	5º Acesso a cuidados paliativos
6º Emergências em saúde pública	6º Acesso a cuidados de saúde mental
7º Depressão	7º Acesso a cuidados continuados
8º Tumor maligno do cérebro	8º Qualidade da prestação de cuidados
9º Tumor maligno do estômago	9º Governança
10º Tumor Maligno da próstata	10º Despesa pública com serviços essenciais
11º Tumor maligno do pâncreas	11º Pobreza nas crianças
12º Outras demências	12º Excesso de peso e obesidade

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

Com base nas suas perceções, os *stakeholders* da CA atribuíram o **grau máximo de prioridade** à redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e/ou de incapacidade provocadas por **doenças do aparelho circulatório** e por **tumores malignos**, seguindo-se, por ordem de prioridade, as necessidades que partem das emergências em saúde pública, transtornos mentais e do comportamento, e doenças neurológicas. Especificamente, e para cada grande grupo de patologias, salienta-se a prioridade dada às necessidades decorrentes do enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral; dos tumores malignos do cólon e reto, da mama feminina e do pulmão; da depressão e das demências (Quadro 14).

No que respeita às necessidades de saúde que partem dos determinantes de saúde, salienta-se a prioridade atribuída às decorrentes de **determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde**. As questões da acessibilidade foram dominantes, especificamente as do acesso a cuidados de saúde (na doença em geral, na saúde mental, paliativos e continuados) e a medicamentos, bem como as relacionadas com a cobertura universal e o financiamento da saúde. Priorizadas nas doze primeiras, encontram-se, também, as necessidades relacionadas com a qualidade da prestação de cuidados e a governança. No âmbito de outros grupos de determinantes, as prioridades mais elevadas foram para os demográficos e sociais (especificamente, a pobreza nas crianças) e os comportamentais (excesso de peso e obesidade) (Quadro 14).

Quadro 15. Necessidades de saúde sentidas ou percebidas pelos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por grau de impacto da pandemia de COVID-19

Grau de impacto da pandemia de COVID-19 nas Necessidades de Saúde:	
que partem dos problemas de saúde	que partem dos determinantes de saúde
1º Ansiedade	1º Cobertura universal de cuidados de saúde
2º Depressão	2º Acesso à prestação de cuidados na doença
3º Emergências em saúde pública	3º Desemprego
4º Dependência do álcool	4º Despesa pública com serviços essenciais
5º Tumor maligno do cólon e reto	5º Emprego precário
6º Infecções respiratórias baixas	6º Financiamento da saúde
7º Tumor maligno da mama feminina	7º Uso excessivo/abuso da <i>internet</i>
8º Suicídio	8º Isolamento social
9º Doença de Alzheimer	9º PIB (Produto Interno Bruto) <i>per capita</i>
10º Acidente vascular cerebral	10º Resiliência do sistema económico
11º Tumor maligno do cérebro	11º Governação
12º Doença pulmonar obstrutiva crónica	12º Qualidade da prestação de cuidados

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

Segundo as percepções dos *stakeholders* que integram a CA do PNS 2021-2030, quanto ao grau de **impacte negativo** da pandemia de COVID-19, as necessidades de saúde que sofrem, ou poderão vir a sofrer, maior agravamento pela pandemia são as que decorrem da **ansiedade, depressão e dependência do álcool**, para além das que partem das **emergências em saúde pública**. Entre as doze necessidades de saúde que percecionam de maior vulnerabilidade aos efeitos negativos da pandemia, foram, contudo, também indicadas necessidades cujo impacto será menos direto, designadamente as decorrentes de alguns tumores malignos (Quadro 15).

Quanto às necessidades por determinantes de saúde, segundo os *stakeholders* que integram a CA, as mais agravadas pela pandemia de COVID-19 são, ou virão a ser as decorrentes de **determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde** e de determinantes **demográficos e sociais**, com destaque, respetivamente, para a cobertura universal de cuidados de saúde, o acesso e a despesa pública com serviços essenciais, e o desemprego, emprego precário e o isolamento social. Foi ainda incluído nas doze necessidades percebidas como mais vulneráveis, o grupo dos determinantes comportamentais, sendo especificamente apontado o uso excessivo/abuso da *internet* (Quadro 15).

Cruzando os resultados de ambas as questões, em relação às necessidades de saúde que partem de problemas de saúde foi possível isolar necessidades simultaneamente percebidas como de **elevada prioridade** e **altamente agravadas pela pandemia** de COVID-19, destacando-se as

decorrentes da depressão, emergências em saúde pública, acidente vascular cerebral, tumor maligno do cólon e reto, tumor maligno da mama feminina e demências.

O estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* que integram a CA do PNS 2021-2030 permitiu, ainda, recolher propostas quanto a problemas de saúde específicos percecionados como prioritários, designadamente, as patologias do sono e comorbilidades, doenças genéticas e alguns tumores malignos, como os do foro hematológico e os pediátricos, e quanto a determinantes de saúde específicos, tais como o acesso a cuidados de reabilitação, incluindo a respiratória, literacia em saúde, prescrição racional de medicamentos, qualidade da formação em saúde, qualidade e acesso a informação em saúde, e tendência decrescente da natalidade, entre outros.

3.2.3. Necessidades de Saúde em Portugal: conclusões

Da análise da informação epidemiológica sobre o risco de morrer, de adoecer e de sofrer incapacidade em Portugal e sobre a frequência dos respetivos determinantes, bem como da informação qualitativa relativa à perceção e expectativas dos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento (CA) do PNS 2021-2030 sobre as principais necessidades de saúde em Portugal e do potencial impacte da pandemia de COVID-19 nas mesmas, tendo como pano de fundo os ODS, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os seus princípios, chegamos à **identificação e priorização finais das necessidades de saúde da população residente em Portugal**.

Salientamos, desde já, o elevado grau de concordância entre as necessidades técnicas identificadas e priorizadas, e as necessidades sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* da CA.

a. Prioridades de saúde:

- O **grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude**, quer em termos de **carga de mortalidade**, quer em termos de **carga de doença e incapacidade**, continua a ser dominado por:
 - o **doenças do aparelho circulatório**, sobretudo, AVC, doenças isquémicas do coração, em particular o enfarte agudo do miocárdio, salientando-se, também, o peso crescente da insuficiência cardíaca e da doença cardíaca hipertensiva ;
 - o **tumores malignos**, sobretudo, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; do estômago e do cólon e reto, e, ainda, da mama no sexo feminino, não esquecendo o peso crescente do tumor maligno do fígado e do tumor maligno do pâncreas;

- **doenças do aparelho respiratório**, sobretudo, as doenças respiratórias crónicas, designadamente, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), e as infeções respiratórias inferiores, como as pneumonias;
- **doenças do aparelho digestivo**, nomeadamente, a cirrose hepática;
- **doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas**, nomeadamente, a diabetes *mellitus*.

Contudo, quando considerada em exclusivo a **carga de doença e incapacidade**, assumem uma dimensão muito elevada **outros grupos nosológicos**, destacando-se:

- **doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo**, designadamente, as artroses, osteoartrites, dor crónica lombar ou cervical, entre outras;
- **transtornos mentais e do comportamento**, sobretudo, a depressão e a ansiedade, mas também a dependência do álcool;
- **doenças neurológicas**, especialmente a doença de Alzheimer e outras demências;
- **doenças dos órgãos dos sentidos**, nomeadamente, a perda ou diminuição da audição e da visão.

A **tuberculose e a infeção por VIH**, embora de incidência decrescente, apresentam ainda magnitude relevante, pelo que são problemas também incluídos neste grupo.

- ainda no que diz respeito ao **grupo dos problemas de saúde de elevada magnitude**, importa salientar o seu **comportamento sindémico**, ao agregarem-se em contextos (muitas vezes de base territorial) de desigualdade social e económica, exacerbando os efeitos adversos de cada um deles quando analisados ou considerados individualmente⁴³, o que constitui um dos principais desafios atuais do planeamento da intervenção em saúde e respetivo investimento;

- o **grupo dos problemas de saúde de baixa magnitude** mas com um **elevado potencial de risco** deve ser priorizado em função, principalmente, da elevada probabilidade de surgirem ou ressurgirem como problemas de alta magnitude a curto prazo, da elevada gravidade que frequentemente apresentam e do alto grau de prioridade que lhes é atribuído no quadro dos ODS, não esquecendo, ainda, a elevada pontuação atribuída pelos *stakeholders* da CA, no contexto da identificação e priorização das necessidades sentidas ou percecionadas de saúde. De acordo com a tipologia de problemas de saúde selecionada e atrás explicitada, em Portugal:

⁴³ Foi possível observar este tipo de comportamento em relação à pandemia de COVID-19, interagindo e agrupando-se com um conjunto de doenças não transmissíveis, dentro de grupos sociais e de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados nas nossas sociedades.

- No subtipo de problemas de elevada magnitude no passado e atualmente controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo, destacam-se sobretudo: a **mortalidade materna, mortalidade infantil e suas componentes, doenças alvo do Programa Nacional de Vacinação e doenças transmitidas pela água**;
 - No subtipo dos problemas de baixa (ou nula) magnitude com potencial de risco atualmente em fase de ascensão, devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, destacam-se: os **problemas associados às alterações climáticas**, designadamente, no grupo das **doenças transmissíveis**, algumas das infeções transmitidas por vetores (como a febre amarela, infeções pelo vírus zika, dengue, malária, entre outras) e as infeções virais com potencial pandémico; a **mortalidade evitável associada ao calor extremo e ao frio extremo**; e as **emergências em saúde pública**, como as catástrofes naturais.
- no que respeita aos **determinantes de saúde**, são priorizados, neste PNS, determinantes de todas as categorias ou grupos selecionados: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. Destacamos o **carácter transversal dos determinantes** dos grupos: **demográficos e sociais, económicos** e os **relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde**, uma vez que condicionam não só a ocorrência e prognóstico de todos os problemas de saúde, sejam os de elevada ou baixa magnitude, mas também a prevalência ou intensidade dos fatores incluídos nos demais grupos de determinantes (ambientais, biológicos e comportamentais). Para além desse aspeto, e reforçando-o, os determinantes de saúde de todos os grupos formam diversas **constelações de determinantes** que atuam e interagem de um modo sinérgico (e também *sindémico*), quer como fatores de risco, pelo aumento da probabilidade de morrer ou adoecer por várias doenças (e não apenas individualmente), quer como fatores protetores.

Um bom **exemplo** de uma constelação de determinantes é o **conjunto de determinantes biológicos e comportamentais, que interagem entre si e com determinantes sociais e económicos, das principais doenças crónicas, não transmissíveis**, nomeadamente: consumo de tabaco, inatividade física, alimentação não saudável, consumo de álcool, excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial, hiperglicemia e hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático).

A identificação e compreensão destas *constelações* de determinantes é fundamental para a abordagem integrada dos mesmos, o que também constitui um dos principais desafios atuais do planeamento da intervenção em saúde e respetivo investimento. É de salientar a baixa perceção dos determinantes de saúde ambientais manifestada pelos *stakeholders* da CA, que contrasta

com a elevada prioridade que lhes é atribuída pelos ODS e com o seu peso crescente, nomeadamente, no conjunto dos fatores de maior risco atribuível na análise da carga de morte prematura, doença e incapacidade (DALYs). Em sentido oposto é, também, de salientar a elevadíssima perceção e expectativa desses mesmos *stakeholders* em relação aos determinantes relacionados com o sistema de saúde, nomeadamente, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde e suas diferentes vertentes, e ao impacte nocivo da pandemia de COVID-19 no mesmo, em sintonia com a informação quantitativa disponível, designadamente, quanto à elevada proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, principalmente na população de baixo rendimento, e aos elevados valores de despesas em saúde não reembolsadas.

- Por último, é de salientar que, no processo de identificação de necessidades de saúde do PNS 2021-2030, foram selecionados **grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou risco** em função do diagnóstico de **desigualdades e iniquidades em saúde**, entre os quais destacamos, as populações de baixo nível de escolaridade, baixo rendimento, populações sem-abrigo, migrantes e refugiados, entre outros. Nestes grupos, as questões relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde são de elevada prioridade.

b. Necessidades de Saúde em Portugal:

De acordo com a definição de necessidade de saúde adotada no PNS 2021-2030, as **necessidades de saúde** identificadas à data em Portugal, correspondem à diferença entre a situação de saúde diagnosticada, para cada problema de saúde, e a situação de saúde considerada desejável e exequível em 2030, para o respetivo problema de saúde. **Aplicada aos determinantes de saúde**, as **necessidades de saúde** correspondem à necessária:

- redução dos fatores de risco de elevada prevalência ou de intensidade em ascensão;
- manutenção do controlo dos fatores de risco já controlados;
- aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores.

Assim, **para os problemas de saúde de elevada magnitude identificados como prioritários**, as **necessidades de saúde** são traduzidas pela:

- redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e/ou de incapacidade associadas, para cada problema de saúde;
- redução da prevalência ou intensidade dos respetivos fatores de risco e aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores, no que diz respeito aos determinantes de saúde.

Em relação aos **problemas de saúde de baixa magnitude**, as **necessidades de saúde** derivam diretamente dos fatores determinantes, e são traduzidas pela:

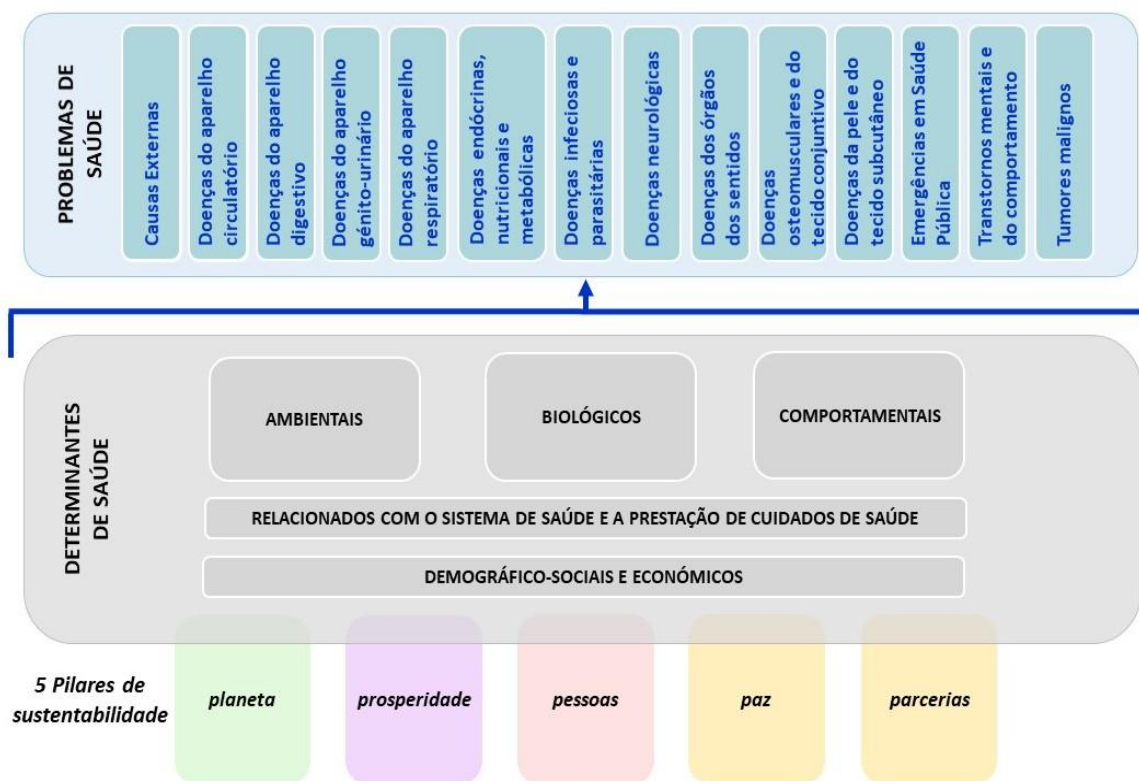
- manutenção do controlo dos fatores de risco já controlados;

- redução de fatores de risco em ascensão;
- continuidade do investimento nos fatores protetores.

Segundo o modelo lógico do modelo de planeamento seguido no PNS 2021-2030, as **necessidades de saúde** identificadas têm a grande função de **orientar a seleção das estratégias de intervenção**, como se poderá observar no respetivo capítulo deste Plano.

A Figura 79, detalhada nas Figuras 80 e 81, pretende apresentar, de um modo lógico, dinâmico e relacional, a relação entre o quadro geral das necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde e por determinantes de saúde, enquadrando-os nos cinco pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável: planeta, prosperidade, pessoas, paz e parcerias. Embora a representação gráfica, bidimensional, não consiga captar, nem expressar plenamente, as múltiplas relações e interações existentes entre problemas de saúde, determinantes de saúde e respetivas “constelações”, as mesmas deverão ser consideradas como implicitamente presentes.

Note-se que, embora as necessidades de saúde identificadas exijam abordagens e níveis de investimento diferentes (como se verá no capítulo relativo às estratégias de intervenção) encontram-se, em *clusters*, num mesmo patamar de relevância para a intervenção, respeitando o princípio de “não deixar ninguém para trás”.



Nota: os grupos de problemas de saúde encontram-se por ordem alfabética

Figura 79. Representação gráfica das necessidades de saúde da população em Portugal, por grandes grupos de problemas de saúde e por grupos de determinantes de saúde, e os cinco pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável

Fonte: PNS 2021-2030

DETERMINANTES DE SAÚDE

- **Demográficos e Sociais; Económicos** (envelhecimento da população; nível de escolaridade; profissão); literacia; nível económico; situação perante o emprego; isolamento social; suporte social; resiliência do sistema económico)
- **Biológicos** (estado imunitário; estado nutricional; peso; tensão arterial; glicémia; perfil lipídico; densidade mineral óssea; função renal; antecedentes genéticos)
- **Comportamentais** (atividade física; consumo de álcool; consumo de tabaco; consumo de drogas ilícitas; padrão alimentar; padrões de produção e de consumo sustentáveis; gestão do stress; uso excessivo/abuso da internet; violência interpessoal; padrão de utilização dos serviços de saúde)
- **Ambientais** (qualidade do ar; qualidade da água; controlo e gestão de resíduos e águas residuais; controlo de radiações ionizantes; qualidade da habitação; riscos ocupacionais; alterações climáticas; transportes seguros; temperaturas adversas /extremas)
- **Relacionados com o Sistema de Saúde e a Prestação de Cuidados de Saúde** (cobertura universal de cuidados de saúde; acessibilidade a cuidados de vigilância em saúde ao longo do ciclo da vida; acessibilidade aos serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência; acessibilidade a cuidados de saúde em áreas específicas (cuidados continuados; cuidados paliativos; controlo da dor; saúde da audição; saúde da visão; saúde mental; saúde oral; cuidados de reabilitação); oferta e acessibilidade a medicamentos essenciais; qualidade da prestação de cuidados; racionalidade da prescrição de medicamentos; qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica de doenças e fatores de riscos; qualidade dos processo de planeamento, avaliação e governação estratégica; financiamento da saúde; resiliência do sistema de saúde)

PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE

Causas Externas: lesões e envenenamentos acidentais, lesões provocadas por violência interpessoal, suicídio e outras lesões auto-provocadas

Doenças do aparelho circulatório: doença cardíaca hipertensiva, doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas do coração, insuficiência cardíaca

Doenças do aparelho digestivo: cirrose hepática, doença hepática alcoólica, doenças da boca e dentes, outras doenças crónicas do fígado

Doenças do aparelho génito-urinário: doenças da próstata, doença renal crónica, incontinência urinária

Doenças do aparelho respiratório: asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças respiratórias agudas e sequelas, infeções respiratórias baixas

Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: diabetes *mellitus*

Doenças infecciosas e parasitárias: doença dos legionários, hepatites víricas, infeção por VIH, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose

Doenças neurológicas: doença de Alzheimer, outras demências

Doenças dos órgãos dos sentidos: perda de audição, perda de visão

Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo: artroses, dor crónica cervical, dor crónica lombar, osteoartrites

Doenças da pele e do tecido subcutâneo: psoríase

Transtornos mentais e do comportamento: ansiedade, dependência do álcool, dependência de drogas ilícitas, dependência do tabaco, depressão

Tumores malignos (TM): TM do cólon, TM do estômago, TM do fígado, TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, TM da mama, TM do pâncreas, TM da próstata, TM do tecido linfático e hematopoiético

Notas: os grupos de problemas de saúde e respetivos problemas encontram-se por ordem alfabética; VIH - vírus de imunodeficiência humana; TM – tumor maligno

Figura 80. Necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde de elevada magnitude, e respetivos determinantes de saúde

Fonte: PNS 2021-2030

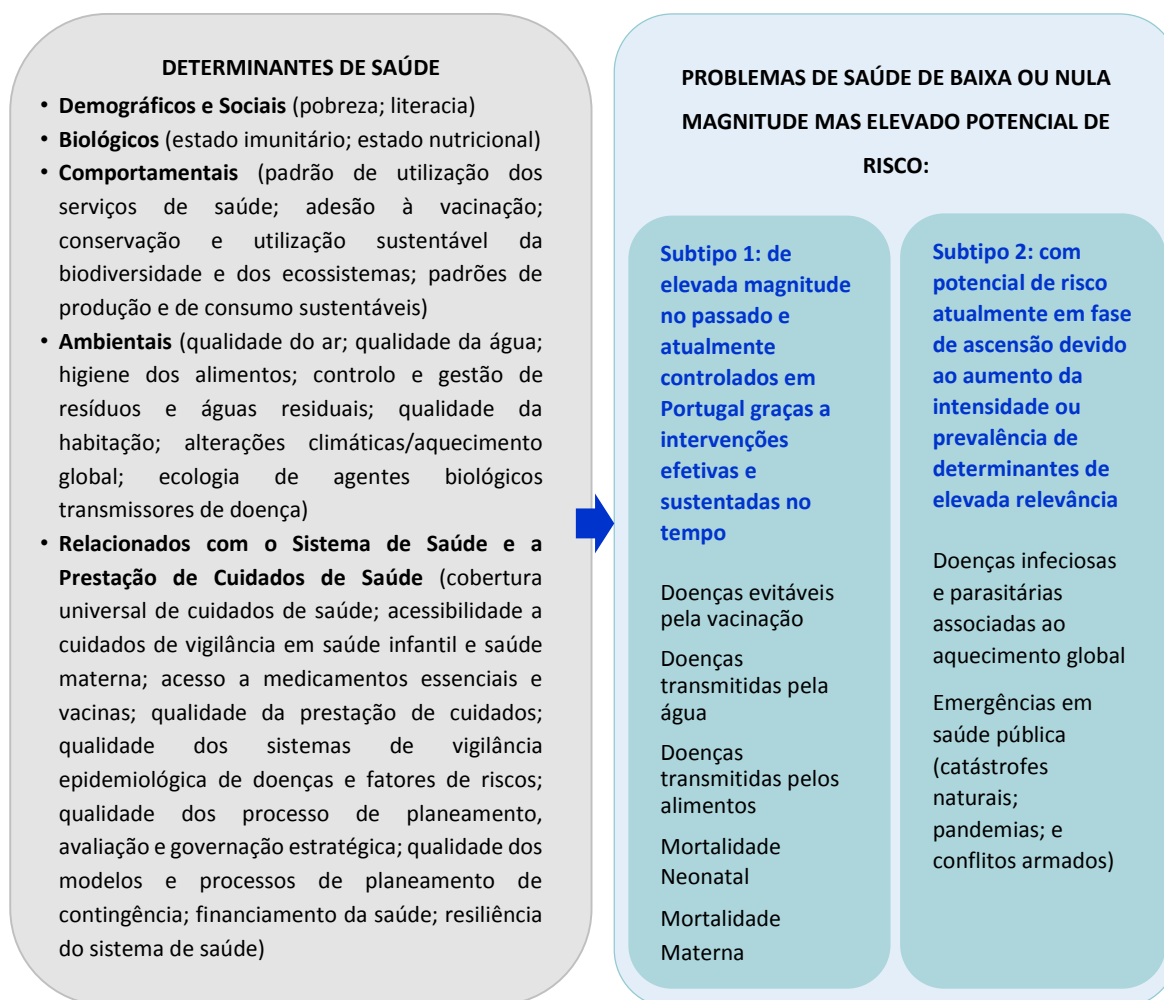


Figura 81 Necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde de baixa ou nula magnitude mas elevado potencial de risco, e respetivos determinantes de saúde

Fonte: PNS 2021-2030



4. Projeções e Prognóstico

4. PROJEÇÕES E PROGNÓSTICO

4.1. Nota Introdutória

Em planeamento estratégico em saúde, as **projeções** dos problemas e determinantes de saúde identificados no diagnóstico de situação podem apresentar elevado **potencial prognóstico**. Contudo, tratando-se da extrapolação de medidas ao longo de uma linha de tendência para prever o que poderá acontecer no futuro, é obrigatório ter em conta os pressupostos metodológicos e as limitações decorrentes.

No âmbito do PNS 2021-2030, foram efetuadas as **projeções para 2030 da mortalidade dos principais problemas de saúde de elevada magnitude** identificados no diagnóstico de situação de saúde, bem como da **incidência de tuberculose e da infeção por VIH**. Para cada problema, foram usados os últimos valores disponíveis nas fontes de dados consultadas, sendo **2019** o ano mais recente considerado. A metodologia utilizada, conforme desenvolvido no respetivo capítulo, assenta na premissa de que os padrões observados no passado continuarão no futuro, e que são padrões regulares e passíveis de ser medidos. À luz deste pressuposto, o passado é um bom preditor do futuro. Contudo, principalmente para longos períodos temporais, as inevitáveis alterações com impacte pontual importante no fenómeno em análise condicionam o **valor prognóstico das projeções** e a sua **utilidade** em termos estratégicos. No âmbito do PNS 2021-2030, o intervalo de tempo entre o último valor da série temporal disponível e 2030 (mais de uma década) é suficientemente longo para implicar, por si só, uma elevada probabilidade de ocorrência de situações à data impossíveis de sinalizar e com consequências diretas ou indiretas no estado de saúde da população. Contudo, estão também já sinalizadas variáveis contextuais externas à série temporal em análise com potencial para alterar a evolução do estado de saúde na próxima década (com destaque para a **pandemia de COVID-19**), para as quais **não foi possível quantificar e incluir nos modelos de projeção a incerteza associada**, face à escassez, à data, de dados e informação adequados.

De entre as **situações com impacte potencial no valor das projeções de mortalidade e de morbilidade**, bem como nos prognósticos efetuados, salientamos, desde já, as seguintes:

- O **envelhecimento da população**, que se traduzirá em maior carga bruta de doença e morte causadas por doenças associadas à idade. As diferenças da estrutura etária da população ao longo do tempo foram anuladas nas projeções de mortalidade que apresentamos, pela opção em se utilizar taxas de mortalidade padronizadas pela idade. Contudo, em termos de magnitude, as questões do envelhecimento da população devem ser consideradas em termos prognósticos.

- É expectável que o **impacte positivo e sinérgico das estratégias de saúde e medidas de prevenção primordial e primária** iniciadas nas últimas décadas em Portugal (e.g. políticas de

saúde no âmbito do tabagismo, alcoolismo, alimentação saudável, promoção da atividade física, entre outros exemplos) seja cada vez mais relevante na redução da mortalidade a longo prazo. Contudo, à data, não foi possível ter em conta as previsíveis sinergias nas projeções efetuadas. A realização de estudos de avaliação de impacto na saúde a longo prazo terá grande utilidade no ajustamento futuro de projeções desta natureza.

- Embora ainda com elevada margem de desconhecimento e incerteza, diversos estudos permitem afirmar desde já que **a pandemia de COVID-19**, com cerca de dois anos de evolução, se encontra a condicionar negativamente a evolução e prognóstico de uma série de doenças, designadamente de algumas das doenças crónicas de maior magnitude, em Portugal e no Mundo.

- Em Portugal, o aumento da **esperança média de vida à nascença** tem sido cada vez menos acentuado desde há vários anos, o que, por si só, deve ser tido em consideração na análise das projeções de mortalidade. De salientar que as consequências da pandemia de COVID-19 obrigam a uma maior atenção à evolução desse indicador.

- A **evolução dos determinantes demográficos e sociais, económicos e relacionados com a prestação de cuidados de saúde**, que devem ser considerados transversalmente na análise das projeções e seu valor prognóstico.

Este capítulo encontra-se organizado de acordo com a tipologia de problemas de saúde selecionada para o PNS 2021-2030:

- Problemas de elevada magnitude e respetivos determinantes *major*;
- Problemas de baixa magnitude mas elevado potencial de risco, de dois subtipos:
 - De elevada magnitude no passado e atualmente controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo;
 - Com potencial de risco atualmente em fase de ascensão devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância.

4.2. Projeções - Problemas de elevada magnitude e respetivos determinantes major

No âmbito do PNS 2021-2030 foram efetuadas **projeções de incidência da infeção por VIH e de incidência de tuberculose, e projeções de mortalidade** (usando como indicador a taxa de mortalidade padronizada para a idade – TMP) por todas as causas de morte e pelas causas específicas seguintes: doenças do aparelho circulatório (todas as doenças do aparelho circulatório; doenças cerebrovasculares e doenças isquémicas do coração); tumores malignos

(todos os tumores malignos; tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; e tumor maligno da mama no sexo feminino); doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho digestivo; lesões externas e diabetes *mellitus*.

Foram, ainda, calculadas as **projeções da mortalidade atribuível do conjunto das patologias seguintes: doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crônicas respiratórias** (usando como indicador a respectiva taxa bruta de mortalidade atribuível na população dos 30 aos 70 anos - indicador n.º 0009100 do INE), a fim de possibilitar a monitorização do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável número 3.4 (ODS 3.4).

Para além da **projeção pontual para 2030**, o nível de confiança nas estimativas das projeções é expresso através de **intervalos de predição (*prediction intervals*)** para cada projeção efetuada. Os intervalos traduzem a incerteza associada à metodologia utilizada na projeção, mas não a associada às variáveis contextuais externas à série temporal em análise, conforme já referido.

Para todos os problemas de saúde foram calculadas as projeções para **todas as idades**. Para alguns, foram igualmente calculadas as projeções para pessoas de idade **inferior a 75 anos** (mortalidade prematura) e as projeções **por sexo**. De referir, desde já, que, de uma forma geral, o nível de mortalidade é superior no sexo masculino para os principais grupos de causas de morte.

4.2.1. Projeções de mortalidade

4.2.1.1. Todas as causas de morte

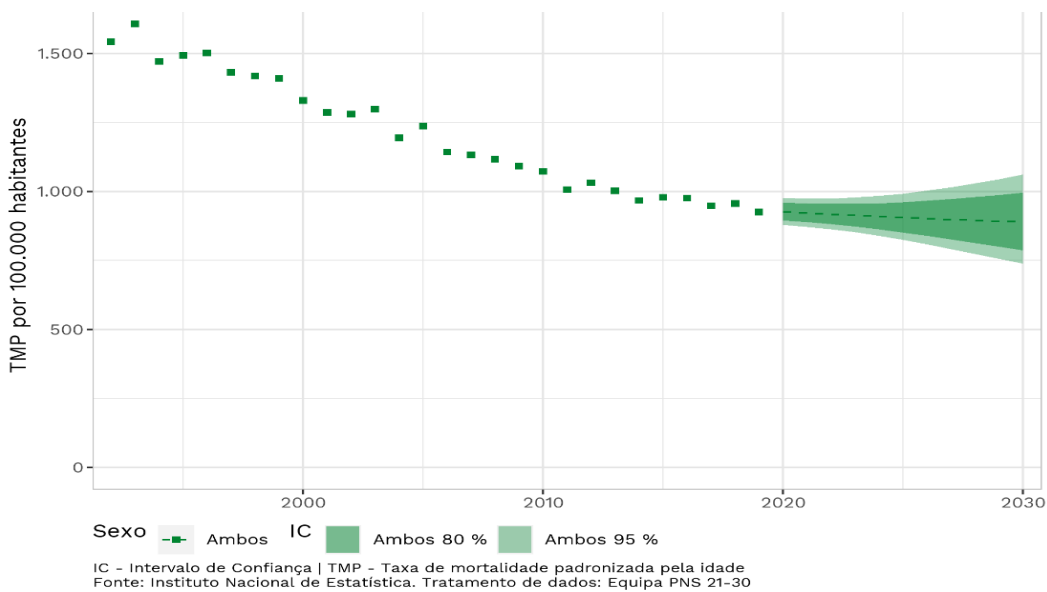
Pela análise da **evolução da mortalidade geral**, verifica-se uma redução da mortalidade durante todo o período da série temporal (1992-2019). No entanto, a redução média anual observada no passado mais distante (entre 1992 e 2010) foi de 29 óbitos por 100.000 habitantes, enquanto a redução média observada no passado mais recente (entre 2011 e 2019) foi de 11 óbitos por 100.000 habitantes. Não é claro se o observado após 2011 corresponde a um “novo normal”, ou a uma situação transitória que se corrigirá no futuro.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada geral** de 889,2 óbitos por 100.000 habitantes (Intervalo de confiança a 95 % ou IC95: 738,4-1.061,7), 706,6 por 100.000 (IC95: 584,3-846,8) no sexo feminino e 1.133,0 por 100.000 (IC95: 941,9-1.351,4) no sexo masculino (Figura 82 e Quadro 16).

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada de 315,0 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 250,5-391,1), 196,4 por

100.000 (IC95: 152,6-249,0) no sexo feminino e 458,0 por 100.000 (IC95: 366,3-565,6) no sexo masculino (Figura 83 e Quadro 17).

Como **eventos externos de potencial impacte na mortalidade**, realçamos a crise financeira em Portugal entre 2010 e 2014, que poderá ter impacte negativo direto na mortalidade, ou impacte indireto, mais tardio, através do agravamento de determinantes de risco, incluindo os relacionados com a prestação de cuidados de saúde, e a pandemia de COVID-19, cujo impacte direto e indireto a médio e longo prazo não é, ainda, possível de estimar em toda a sua plenitude, conforme já referido.



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	889,2	[786,3-997,0]	[738,4-1.061,7]

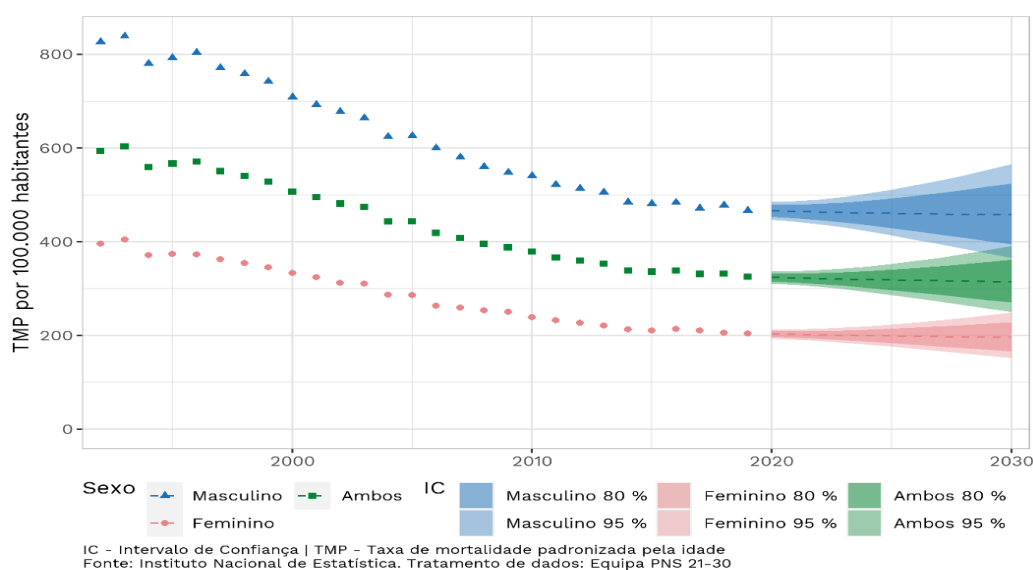
Figura 82. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por todas as causas de morte, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 16. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por todas as causas de morte, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Ainda no cálculo das projeções da mortalidade por todas as causas, foi usado um modelo demográfico Lee-Carter para a mortalidade geral para **estimar as diferenças na redução da mortalidade por grupo etário**. A redução da mortalidade foi mais acentuada nos grupos etários abaixo dos 30 anos, entre 1992 e 2019, mas muito reduzida nos grupos etários próximos dos 50 anos de idade. Observa-se um outro pico de redução da mortalidade, de magnitude inferior, nos grupos etários próximos dos 70 anos. Não está disponível uma explicação cabal para o fenómeno de “afunilamento” da redução da mortalidade em torno dos 50 anos. Um dos fatores

que poderá contribuir para explicar este fenómeno é o facto de ser nesta idade que se verifica a manifestação mais acentuada de consequências fatais de fatores de risco que se foram acumulando ao longo da vida (e.g. por AVC, enfarte agudo do miocárdio, tumores malignos). Este fenómeno foi mais acentuado no sexo masculino, que é também o sexo habitualmente com acompanhamento mais irregular nos cuidados de saúde. É do nosso entendimento que este fenómeno é **uma das necessidades de investigação prioritárias no horizonte do PNS 2021-2030**.



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	315,0	[270,5-362,1]	[250,5-391,1]
Feminino	196,4	[166,1-228,8]	[152,6-249,0]
Masculino	458,0	[394,9-524,7]	[366,3-565,6]

Figura 83. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por todas as causas de morte, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 17. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por todas as causas de morte, por sexo, em Portugal, para 2030

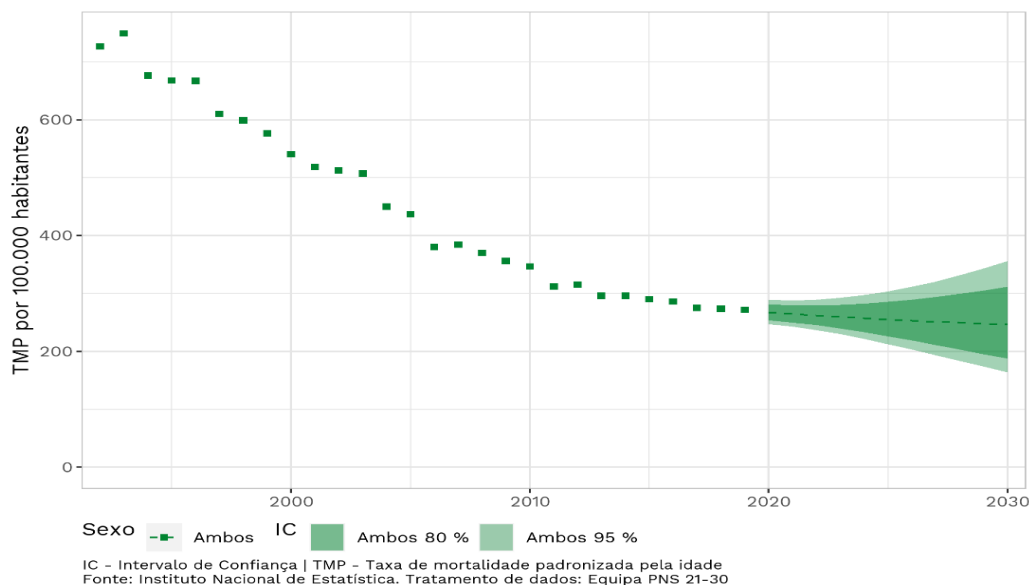
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.2. Doenças do aparelho circulatório

4.2.1.2.1. Todas as doenças do aparelho circulatório

O grupo das doenças do aparelho circulatório é responsável por aproximadamente um terço de todos os óbitos em Portugal, e pela maior carga de mortalidade acima dos 80 anos. Na análise da **evolução da mortalidade por todas as doenças do aparelho circulatório** observou-se um padrão semelhante ao da mortalidade por todas as causas: redução acentuada no passado mais distante e redução mais ligeira no passado mais recente.

Projeta-se para **2030** uma taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório para todas as idades, de 246,5 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 164,0-356,4) (Figura 84 e Quadro 18).



Sexo	Projeção 2030	Intervalo de confiança	
	Média	80 %	95 %
Ambos	246,5	[187,6-311,6]	[164,0-356,4]

Figura 84. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho circulatório, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

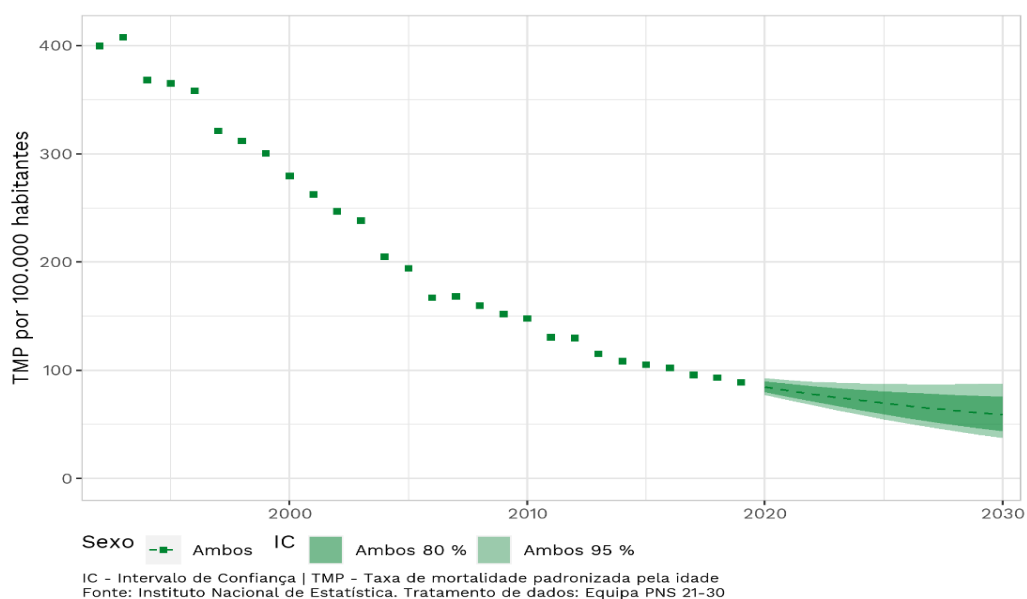
Quadro 18. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho circulatório, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.2.2. Doenças cerebrovasculares

Da análise da **evolução da mortalidade por doenças cerebrovasculares**, salienta-se a redução sustentada da mortalidade nas últimas três décadas, mais acentuada no passado mais distante, até 2006, e mais ligeira a partir de então.

Projeta-se para **2030** uma taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares de 58,9 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 37,7-87,9) (Figura 85 Quadro 19).



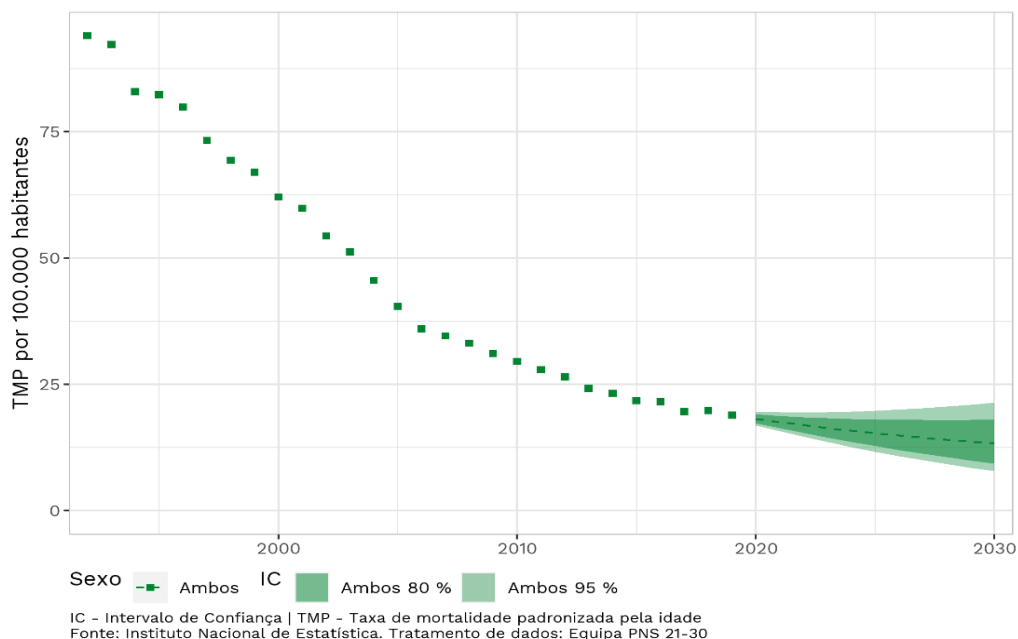
Sexo	Projeção 2030	Intervalo de confiança	
	Média	80 %	95 %
Ambos	58,9	[43,7-76,0]	[37,7-87,9]

Figura 85. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 19. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por doenças cerebrovasculares de 13,4 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 7,8-21,4) (Figura 86 e Quadro 20).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	13,4	[9,3-18,0]	[7,8-21,4]

Figura 86. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 20. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças cerebrovasculares, em Portugal, para 2030

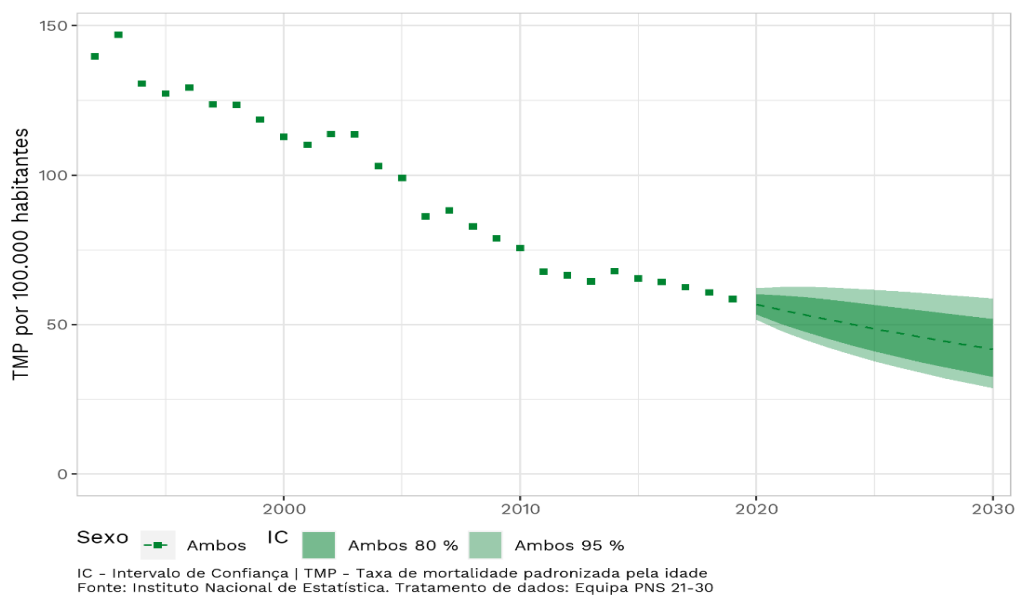
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.2.3. Doenças isquémicas do coração⁴⁴

Nas últimas três décadas verificou-se uma redução acentuada da **mortalidade por doenças isquémicas do coração**, com um padrão semelhante à evolução da mortalidade por doenças cerebrovasculares.

Projeta-se para **2030** uma taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração de 41,8 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 28,8-58,7) (Figura 87 e Quadro 21).

⁴⁴ Nos cálculos das projeções da mortalidade por doenças isquémicas do coração foi necessário efetuar uma correção do valor da TMP nos anos anteriores a 2014, de 5,197 na TMP para todas as idades e de 5,389 na TMP nas idades inferiores a 75 anos, por ter sido identificada uma **quebra de série** com alteração do nível de mortalidade nesse ano.



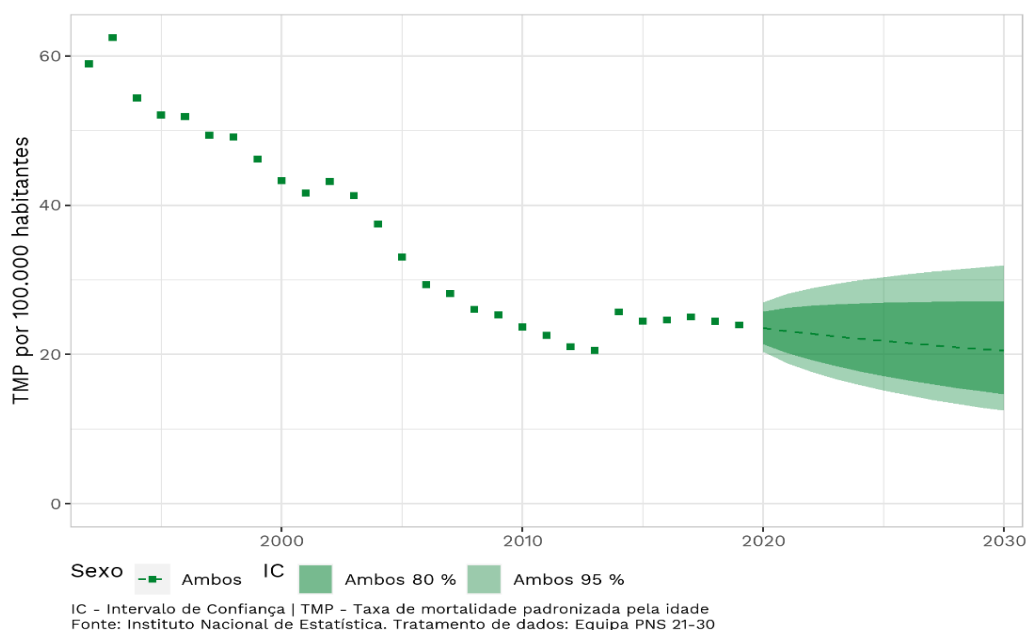
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	41,8	[32,5-51,9]	[28,8-58,7]

Figura 87. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 21. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por doenças isquémicas do coração de 20,5 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 12,5-31,9) (Figura 88 e Quadro 22).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	20,5	[14,7-27,2]	[12,5-31,9]

Figura 88. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 22. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças isquémicas do coração, em Portugal, para 2030

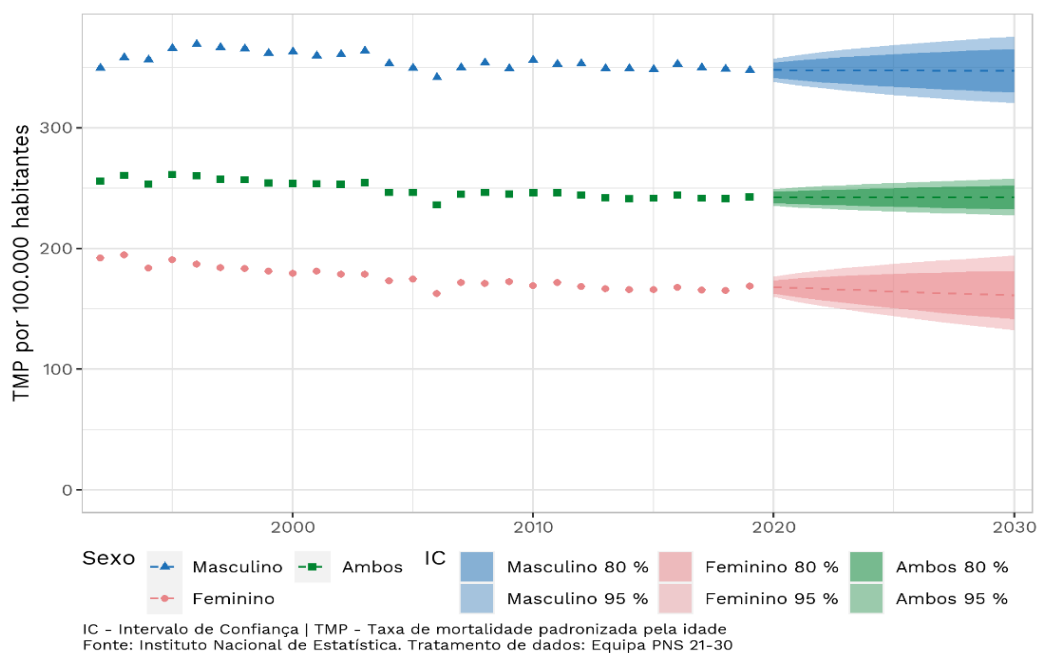
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.3. Tumores malignos

4.2.1.3.1. Todos os tumores malignos

O grupo dos óbitos por tumores malignos representa a maior **carga de mortalidade** entre os 30 e os 80 anos. As **projeções para todas as idades** indicam uma redução esperada de 0,5 óbitos por 100.000 habitantes, totalmente à custa de uma redução no sexo feminino, uma vez que as projeções para o sexo masculino são de estabilização perto dos valores atuais de 347,6 óbitos por 100.000 habitantes.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, para todas as idades**, de 242,4 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 227,6-258,0), 161,2 por 100.000 (IC95: 132,5-194,2) no sexo feminino e 347,2 por 100.000 (IC95: 320,4-375,5) no sexo masculino (Figura 89 e Quadro 23).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	242,4	[232,6-252,4]	[227,6-258,0]
Feminino	161,2	[141,5-181,8]	[132,5-194,2]
Masculino	347,2	[329,3-365,4]	[320,4-375,5]

Figura 89. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumores malignos, todas as idades, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

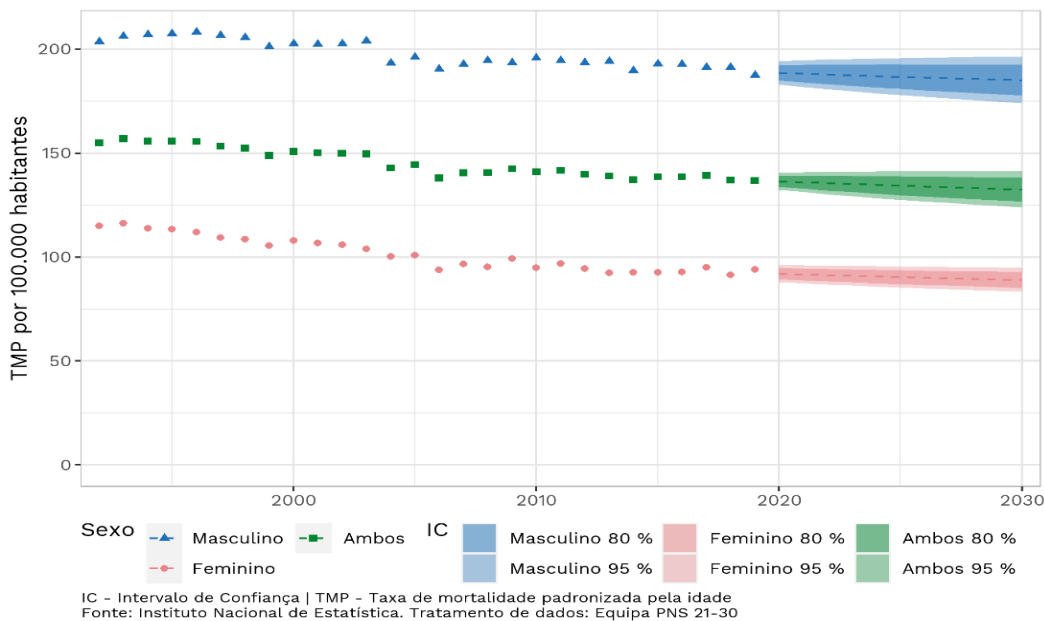
Quadro 23. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumores malignos, todas as idades, por sexo, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para **2030** uma taxa de mortalidade prematura padronizada por tumores malignos de 132,4 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 124,0-141,3), 89,0 por 100.000 (IC95: 83,4-94,9) no sexo feminino e 185,1 por 100.000 (IC95: 174,1-195,6) no sexo masculino (Figura 90 e Quadro 24).

Na **mortalidade prematura** projeta-se uma redução da mortalidade em ambos os sexos (redução de 0,63 óbitos por 100.000 no sexo feminino e de 0,36 óbitos por 100.000 no sexo masculino). Salientamos, contudo, que como **consequência da pandemia de COVID-19** pode ter ocorrido um atraso no diagnóstico de tumores com potencial maligno, condicionando uma redução menos acentuada (ou até aumento) da mortalidade por esta causa nos próximos anos. Por outro lado, é admissível esperar alguma “compensação” em termos previsionais do impacte negativo da pandemia de COVID-19 na carga de morte por neoplasias malignas através do

esperado impacte positivo na saúde a médio e longo prazo decorrente das políticas de saúde que têm sido implementadas nos últimos anos.



Sexo	Projeção 2030	Intervalo de confiança	
	Média	80 %	95 %
Ambos	132,4	[126,8-138,1]	[124,0-141,3]
Feminino	89,0	[85,3-92,8]	[83,4-94,9]
Masculino	185,1	[177,8-192,5]	[174,1-195,6]

Figura 90. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumores malignos, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 24. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumores malignos, por sexo, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

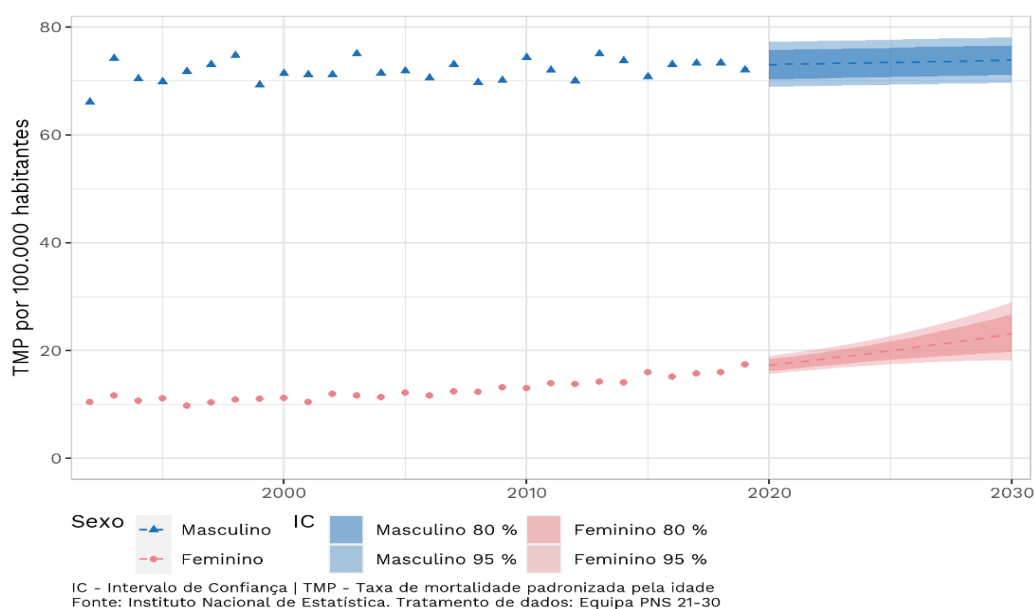
4.2.1.3.2. Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão

Destacamos o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (TMLTBP), atendendo a que a maior parte dos óbitos por TMLTBP é atribuível ao consumo de tabaco. O tabagismo é um dos fatores de risco que condiciona maior risco de morrer em Portugal e foi responsável por mais de 10 % do número total de óbitos verificados em Portugal em 2019, de acordo com as estimativas da carga global de doença (GBD – *Global Burden of Disease*) do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). De salientar, ainda, que o padrão de mortalidade é muito diferente entre os sexos, implicando uma análise específica e separada por sexo.

Na análise da mortalidade por **TMLTBP em todas as idades**, projeta-se um aumento em ambos os sexos, mais acentuado no sexo feminino, que é compatível com o estadio 3 da epidemia

tabágica em que Portugal se encontra. No caso da mortalidade prematura projeta-se um aumento no sexo feminino, mas ligeira diminuição no sexo masculino.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão** de 23,2 por 100.000 habitantes (IC95: 18,3-29,0) no sexo feminino e de 73,9 por 100.000 (IC95: 69,8-78,1) no sexo masculino (Figura 91 e Quadro 25).



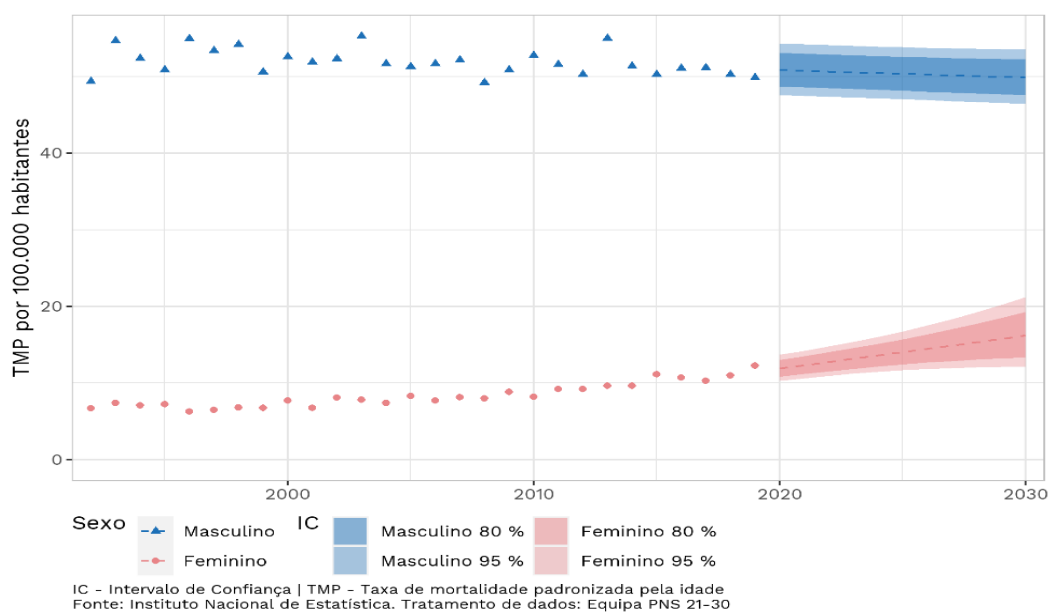
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Feminino	23,2	[19,8-26,8]	[18,3-29,0]
Masculino	73,9	[71,1-76,6]	[69,8-78,1]

Figura 91. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 25. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, por sexo, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão de 16,2 por 100.000 habitantes (IC95: 12,1-21,2) no sexo feminino e de 49,9 por 100.000 (IC95: 46,4-53,5) no sexo masculino (Figura 92 e Quadro 26).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Feminino	16,2	[13,4-19,3]	[12,1-21,2]
Masculino	49,9	[47,6-52,2]	[46,4-53,5]

Figura 92. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, por sexo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

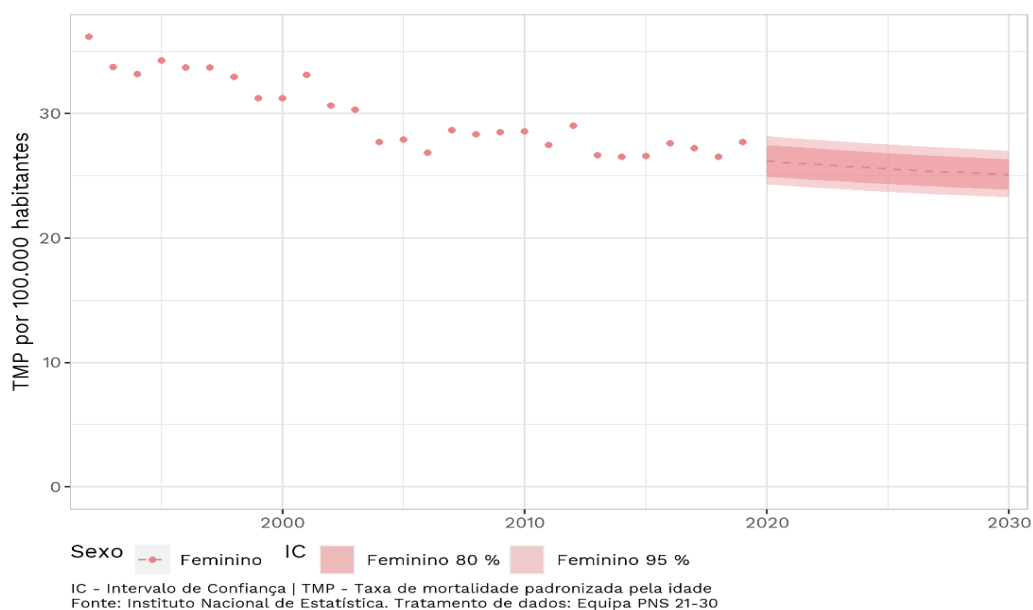
Quadro 26. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, por sexo, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.3.3. Tumor maligno da mama no sexo feminino

Destacam-se as projeções da mortalidade por tumor maligno da mama no sexo feminino, pela sua relevância neste sexo.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama** no sexo feminino de 25,1 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 23,3-27,0) (Figura 93 e Quadro 27).



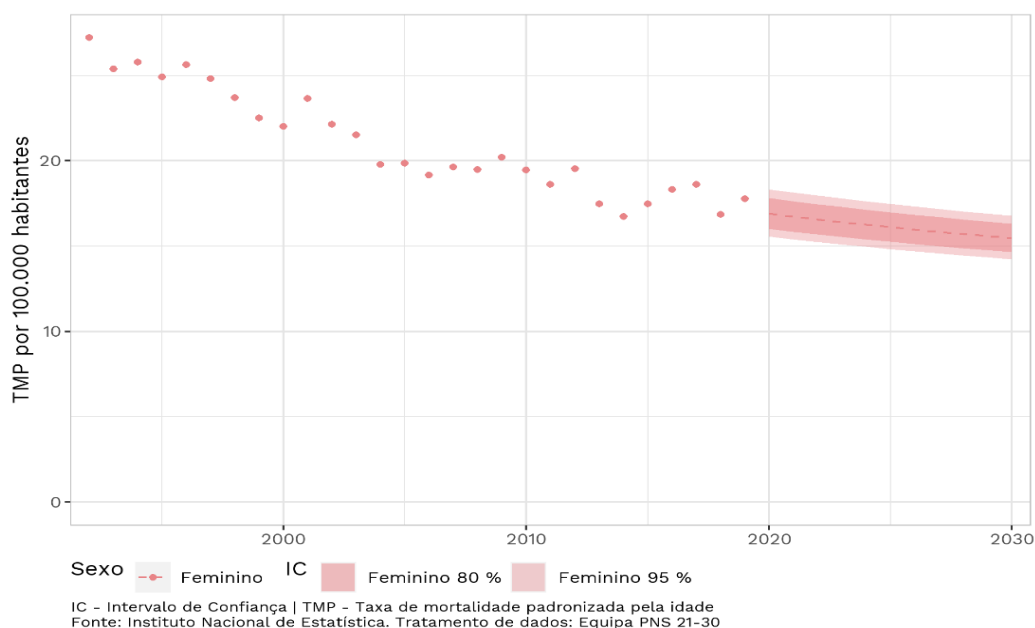
Sexo	Projeção 2030	Intervalo de confiança	
	Média	80 %	95 %
Feminino	25,1	[23,9-26,3]	[23,3-27,0]

Figura 93. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 27. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por tumor maligno da mama no sexo feminino de 15,5 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 14,2-16,8) (Figura 94 e Quadro 28).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Feminino	15,5	[14,7-16,3]	[14,2-16,8]

Figura 94. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 28. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por tumor maligno da mama no sexo feminino, em Portugal, para 2030

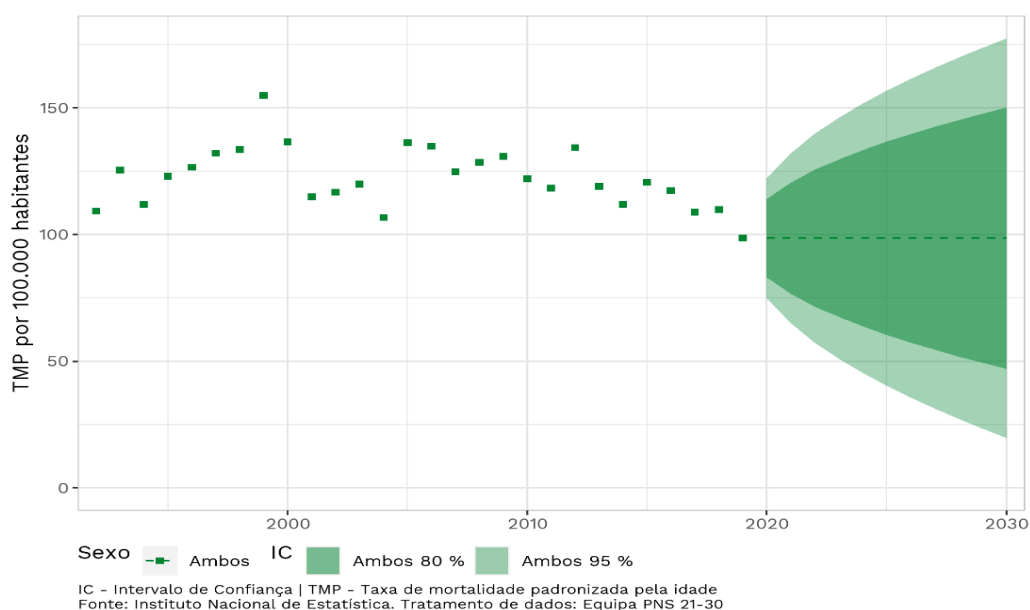
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.4. Doenças do aparelho respiratório

Analisando a série temporal dos últimos 30 anos, não se identifica um claro padrão de aumento ou diminuição da mortalidade por doenças do aparelho respiratório, na análise da população total. Verifica-se a existência de oscilações consideráveis, para as quais não temos uma explicação cabal. Admite-se, contudo, que possam estar relacionados com anos de maior intensidade de atividade gripal.

Para a população total, a melhor estimativa que se pode efetuar é de que o nível de mortalidade por doenças do aparelho respiratório se irá manter, com um **grau de incerteza muito elevado**, traduzido pelos amplos intervalos de confiança (Figura 95 e Quadro 29).

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório** de 98,6 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 19,7-177,4) (Figura 95 e Quadro 29).



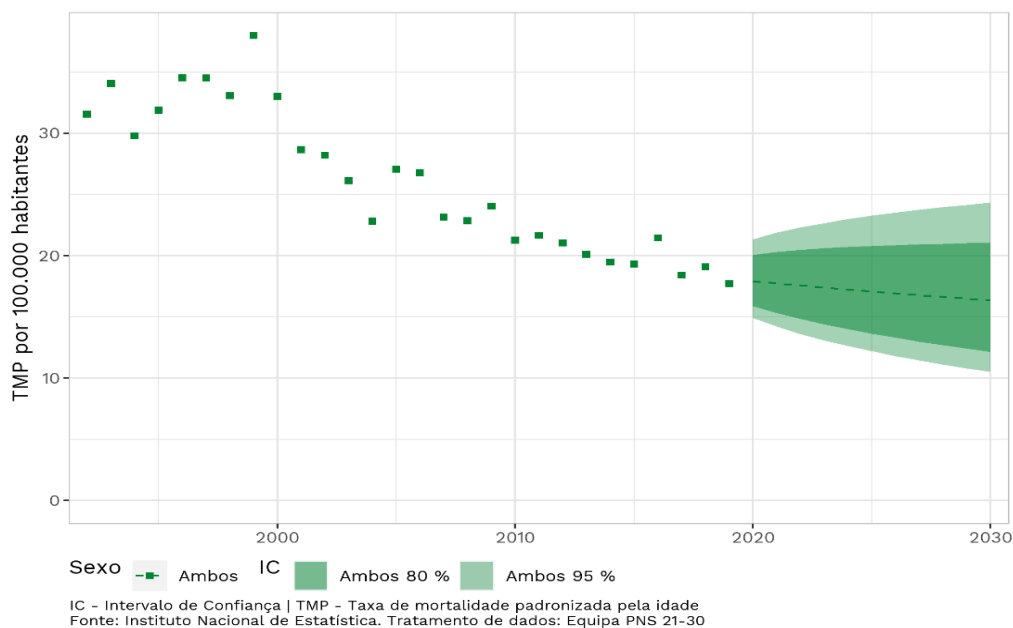
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	98,6	[47,0-150,1]	[19,7-177,4]

Figura 95. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 29. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por doenças do aparelho respiratório de 16,4 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 10,5-24,3) (Figura 96 e Quadro 30).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	16,4	[12,2-21,1]	[10,5-24,3]

Figura 96. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

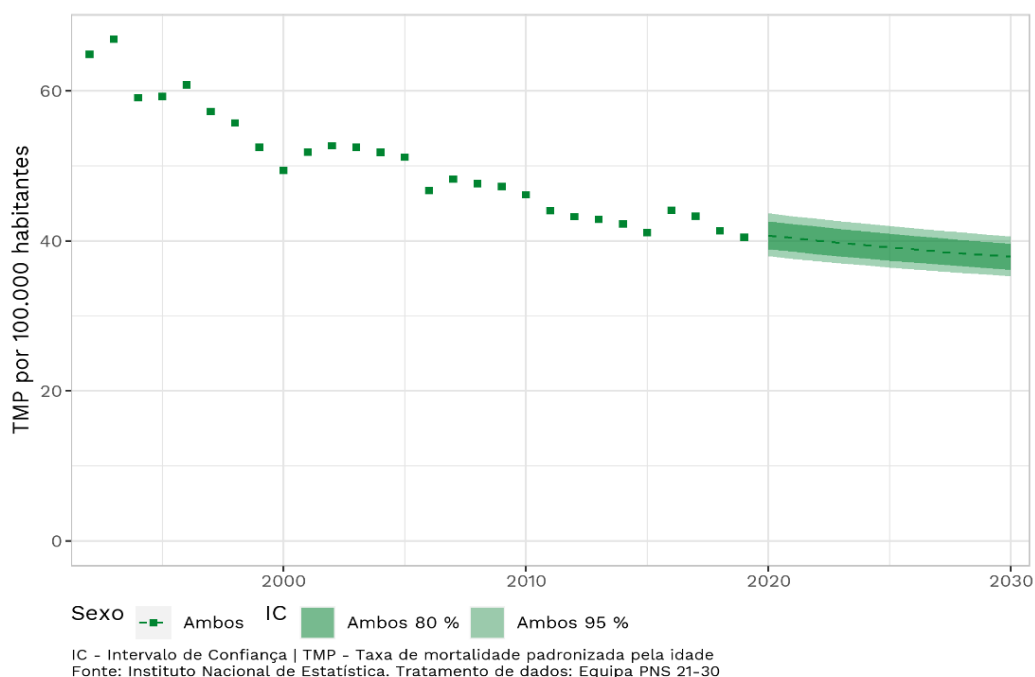
Quadro 30. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho respiratório, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.5. Doenças do aparelho digestivo

Nos últimos 30 anos, verificou-se uma redução da mortalidade por doenças do aparelho digestivo, com padrão sobreponível aos padrões de evolução da mortalidade geral e da mortalidade prematura. A redução absoluta de mortalidade foi, na série temporal estudada, mais acentuada no sexo masculino do que no sexo feminino.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho digestivo** de 37,9 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 35,3-40,7) (Figura 97 e Quadro 31).



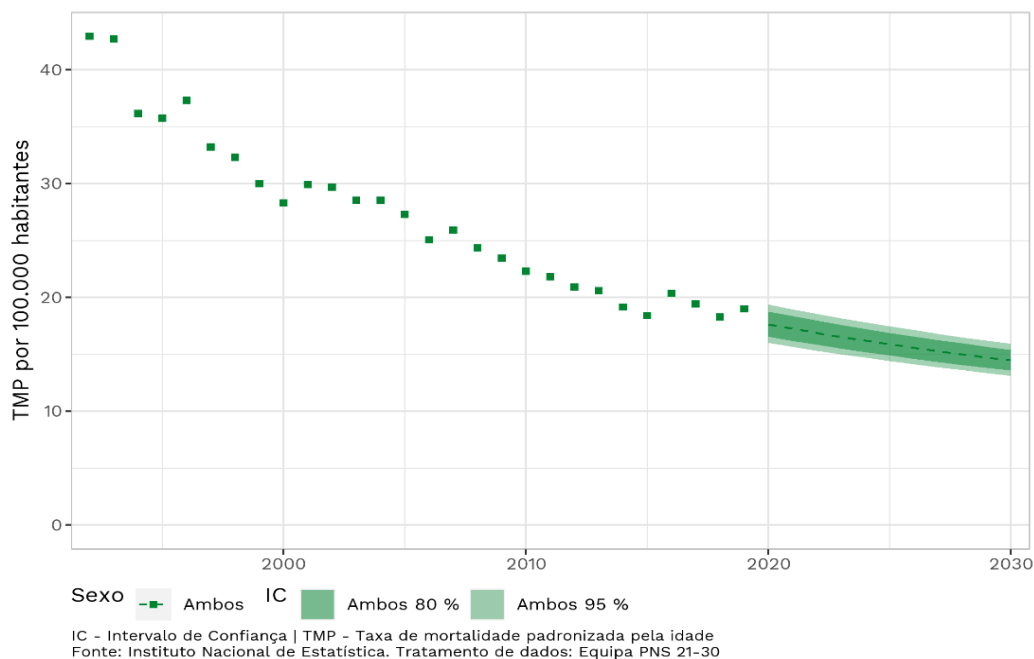
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	37,9	[36,2-39,7]	[35,3-40,7]

Figura 97. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 31. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por doenças do aparelho digestivo de 14,5 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 13,1-15,9) (Figura 98 e Quadro 32).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	14,5	[13,6-15,4]	[13,1-15,9]

Figura 98. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

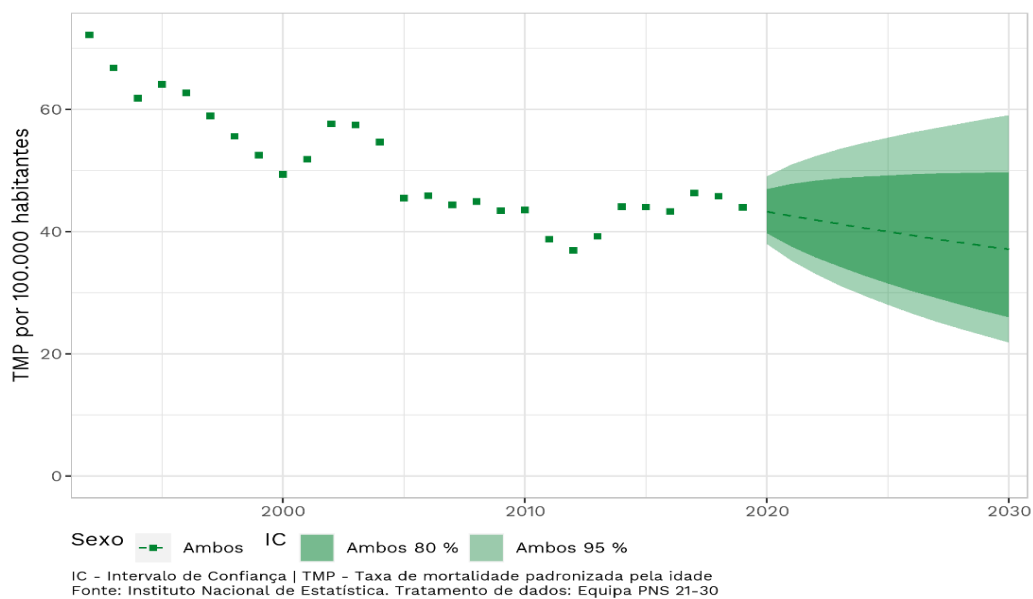
Quadro 32. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por doenças do aparelho digestivo, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.6. Causas externas

O grupo das causas externas é o responsável pela maior carga de mortalidade entre os 15 e os 30 anos. O padrão de evolução da mortalidade neste grupo de causas de morte reveste-se de alguma variabilidade nas últimas três décadas, sendo que a tendência global tem sido de diminuição. De salientar, contudo, que desde 2013 se verificou uma inversão dessa tendência.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por causas externas** de 37,1 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 21,9-59,1) (Figura 99 e Quadro 33).



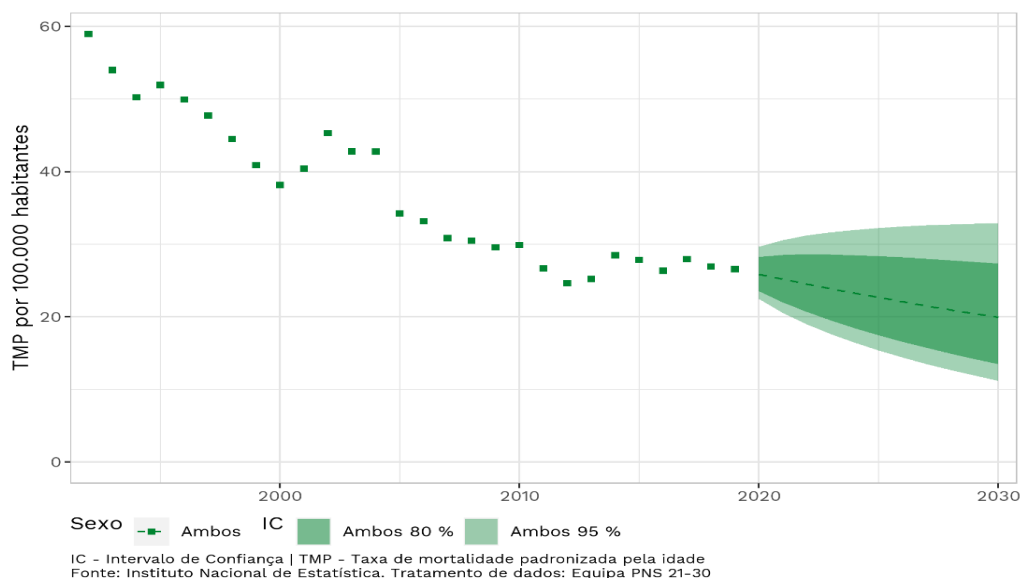
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	37,1	[26,0-49,7]	[21,9-59,1]

Figura 99. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por causas externas, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 33. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por causas externas, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por causas externas de 19,9 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 11,2-32,9) (Figura 100 e Quadro 34).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	19,9	[13,5-27,3]	[11,2-32,9]

Figura 100. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por causas externas, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

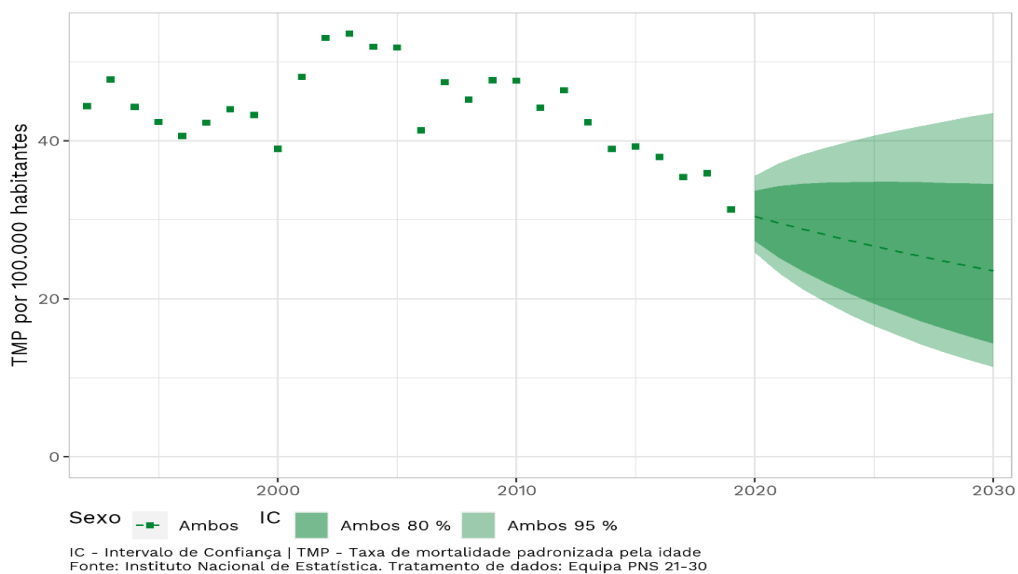
Quadro 34. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por causas externas, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.7. Diabetes *mellitus*

Apesar da redução da mortalidade por diabetes *mellitus* observada principalmente na última década, a diabetes *mellitus* e suas complicações, incluindo a morte prematura, continuam a ser uma prioridade em Portugal.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus*** de 25,6 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 12,1-48,0) (Figura 101 e Quadro 35).



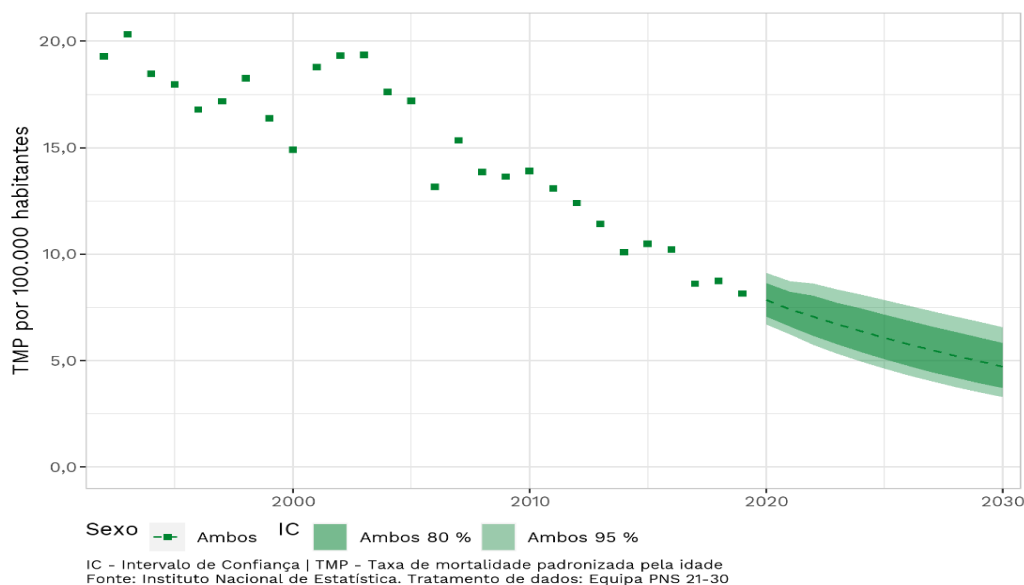
Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	25,6	[14,3-34,5]	[12,1-48,0]

Figura 101. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por diabetes *mellitus*, todas as idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 35. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade por diabetes *mellitus*, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No que respeita à **mortalidade prematura**, projeta-se para 2030 uma taxa de mortalidade prematura padronizada por diabetes *mellitus* de 4,7 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 3,6-6,6) (Figura 102 e Quadro 36).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	4,7	[3,7-5,8]	[3,3-6,6]

Figura 102. Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade por diabetes *mellitus*, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 36. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada por diabetes *mellitus*, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.1.8. Mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias⁴⁵

A fim de possibilitar a monitorização do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3.4 – “Até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar” - foram calculadas as projeções da taxa bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias, na população dos 30 aos 70 anos.

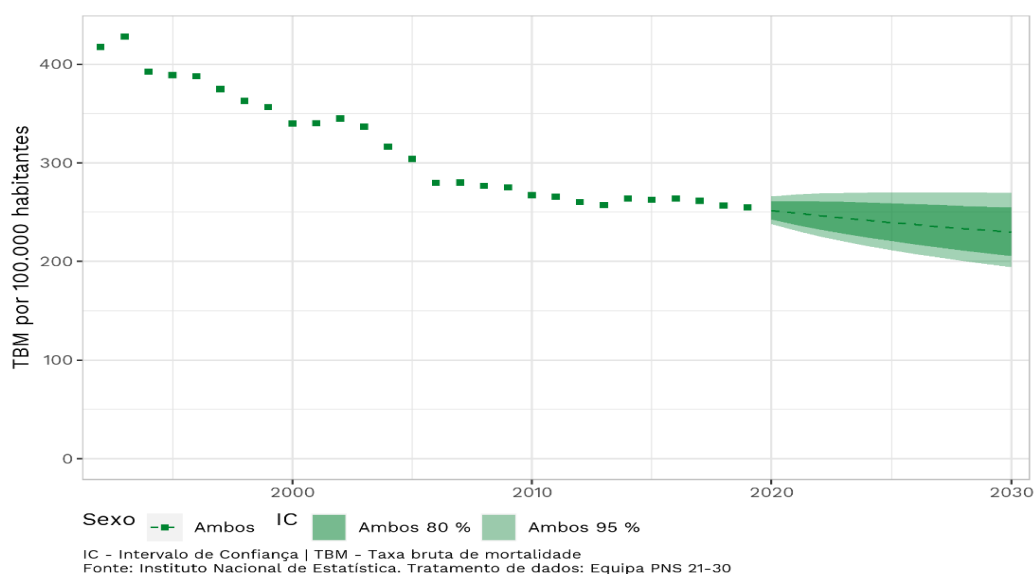
A evolução deste indicador ao longo do tempo é explicada pelas suas componentes, particularmente a doença cardiovascular e tumores malignos, que apresentam maior carga de mortalidade do que a diabetes *mellitus* e as doenças respiratórias crónicas.

No que respeita às projeções calculadas, salienta-se a **elevada incerteza** associada.

Projeta-se para **2030** uma **taxa bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias, na**

⁴⁵ Nos cálculos das projeções da mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias na população dos 30 aos 70 anos, foi necessário efetuar a correção de 13,0 ao valor da referida taxa nos anos anteriores a 2014, por ter sido identificada uma **quebra de série** com alteração do nível de mortalidade nesse ano.

população dos 30 aos 70 anos, de 229,8 óbitos por 100.000 habitantes (IC95: 194,5-269,7) (Figura 103 e Quadro 37).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	229,8	[205,8-254,8]	[194,5-269,7]

Figura 103. Taxa (por 100.000 habitantes) bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias, dos 30 aos 70 anos, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 37. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) bruta de mortalidade atribuível a doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças crónicas respiratórias, dos 30 aos 70 anos, em Portugal, para 2030

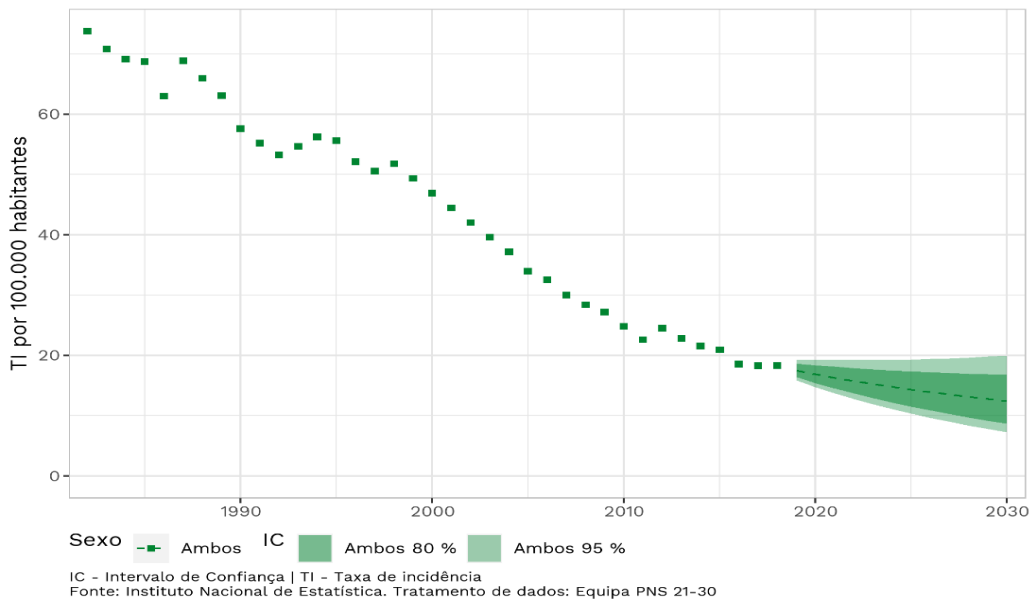
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.2. Projeções de incidência

4.2.2.1. Tuberculose

A incidência de tuberculose tem diminuído sistematicamente em Portugal.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de incidência de tuberculose** de 12,1 por 100.000 habitantes (IC95: 7,3-18,9) (Figura 104 e Quadro 38).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	12,1	[8,7-16,8]	[7,3-18,9]

Figura 104. Taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de tuberculose, todas idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

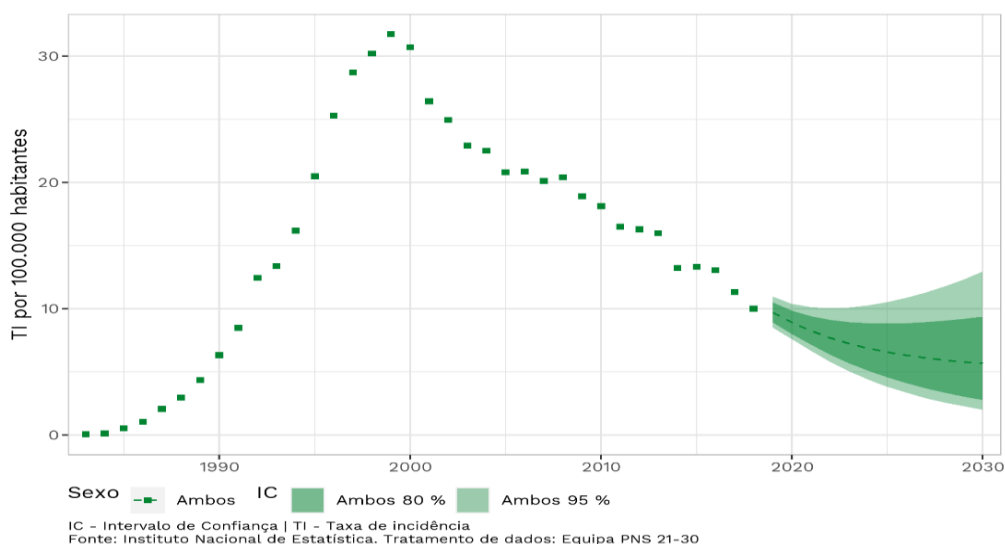
Quadro 38. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de tuberculose, todas as idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.2.2. Infecção por VIH (vírus de imunodeficiência humana)

Desde 1999 que a incidência de infecção pelo VIH tem diminuído sustentadamente em Portugal.

Projeta-se para **2030** uma **taxa de incidência de infecção por VIH** de 5,7 por 100.000 habitantes (IC95: 2,0-13,0) (Figura 105 e Quadro 39).



Projeção 2030		Intervalo de confiança	
Sexo	Média	80 %	95 %
Ambos	5,7	[2,8-9,4]	[2,0-13,0]

Figura 105. Taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH), todas idades, em Portugal, 1992-2019. Projeções para 2020-2030

Quadro 39. Estimativa pontual e intervalos de confiança a 80 e 95 % para a projeção da taxa (por 100.000 habitantes) de incidência de infecção por vírus de imunodeficiência humana (VIH), todas idades, em Portugal, para 2030

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

4.2.3. Projeções de fatores determinantes major de problemas de saúde de elevada magnitude

No que respeita aos fatores determinantes de saúde, não se encontram disponíveis em Portugal dados em quantidade e distribuídos ao longo do tempo em séries de dimensão e qualidade adequadas ao cálculo de projeções pela metodologia utilizada no PNS 2021-2030.

Contudo, a metodologia usada no **estudo da carga global de doença (GBD – Global Burden of Disease)** da responsabilidade do IHME, permite calcular as **projeções para 2030 da mortalidade atribuível a vários fatores de risco** por fator.

Assim, de acordo com as **projeções do IHME para 2030 (79)**, em Portugal, do total de óbitos projetados para 2030, a **percentagem projetada de óbitos**:

- atribuível à **hipertensão arterial sistólica** será de 15,27 % (IC95: 12,28-18,64);
- atribuível a **erros alimentares** será de 13,84 % (IC95: 9,99-17,98);
- atribuível ao **consumo de álcool e outras substâncias psicoativas** será de 12,42 % (IC95: 9,48-15,65);
- atribuível a **excesso de peso e obesidade** será de 11,99 % (IC95: 7,40-17,80);

- atribuível ao **tabagismo** será de 11,07 % (IC95: 9,37-12,87);
- atribuível a **hiperglicemia em jejum** será de 10,21 % (IC95: 7,24-14,34);
- atribuível a **hipercolesterolemia** será de 5,62 % (IC95: 3,30-8,82).

Segundo as projeções do IHME, os fatores determinantes acima mencionados deverão continuar a merecer uma atenção particular na próxima década.

4.3. Prognóstico - Problemas de baixa magnitude mas elevado potencial de risco

Conforme anteriormente mencionado, o foco do PNS 2021-2030 na saúde sustentável exige uma **nova tipologia de problemas de saúde**, mais abrangente e que inclua e especifique problemas atualmente de baixa magnitude em Portugal (ou magnitude nula) mas de elevado potencial de risco. O elevado risco potencial gera necessidades de saúde formuladas a partir dos respetivos fatores determinantes. Assim, são tecidas neste capítulo algumas considerações de cariz prognóstico em Portugal, relativamente a tais problemas de saúde e respetivos determinantes *major*, distribuídos pelos dois subtipos selecionados no PNS 2030, conforme referido nos capítulos anteriores.

4.3.1. Problemas de saúde que tiveram, no passado, uma elevada magnitude, atualmente controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo

A **mortalidade materna, a mortalidade infantil e suas componentes, doenças alvo do Programa Nacional de Vacinação e doenças transmitidas pela água**, são, conforme já referido, alguns dos exemplos de problemas de saúde de elevada magnitude no passado, em Portugal, mas que, graças à implementação de intervenções efetivas e sustentadas no tempo, foi possível controlar.

Apresentando atualmente baixa ou muito baixa magnitude, a continuidade de uma evolução favorável é variável dependente da continuidade da implementação das referidas intervenções ou, se possível, de intervenções que se venha a demonstrar apresentem ainda maior efetividade. Portanto, o prognóstico favorável da prevenção e controlo deste tipo de problemas de saúde depende do **investimento permanente e atento no controlo dos determinantes de saúde associados**, dos quais se destacam como absolutamente críticos os relacionados com o **sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde** (Figura 81).

4.3.2. Problemas de saúde de baixa ou nula magnitude com potencial de risco atualmente em fase de ascensão devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância

Neste subgrupo de problemas de saúde, o PNS 2021-2030 destaca **problemas associados às alterações climáticas** cuja magnitude é, à data, nula ou reduzida em Portugal, mas cujo risco de ocorrência se encontra em fase de ascensão em função do aumento de intensidade dos respetivos determinantes.

Para além de se comportarem como determinantes de risco de problemas de saúde de elevada magnitude, anteriormente abordados neste PNS (com destaque para as doenças respiratórias crónicas, as doenças do aparelho circulatório, os tumores malignos, as doenças alérgicas, entre outras), as alterações climáticas em curso são responsáveis pelo risco crescente de aparecimento de “novos” problemas de saúde em Portugal e no Mundo.

O aumento da temperatura do ar, os fenómenos meteorológicos extremos, a subida do nível da água do mar e o aumento dos níveis de CO₂ (dióxido de carbono) são algumas das consequências diretas *major* das **alterações climáticas**, provocando, por sua vez, alterações relevantes com impacte na saúde. **Alterações da ecologia de agentes biológicos transmissores de doença** aumentam o risco de ocorrência de doenças transmissíveis, seja de infeções transmitidas por vetores (febre amarela, infeções pelo vírus zika, dengue, malária, entre outras) ou de infeções virais com potencial pandémico. O aumento de frequência de períodos de calor extremo (ondas de calor) ou frio extremo (ondas de frio), bem como de catástrofes naturais, são outros exemplos de determinantes decorrentes das alterações climáticas com elevado impacte negativo na saúde das populações, direto (designadamente na mortalidade) ou indireto, pelos impactes negativos aos níveis social, económico e da resiliência dos sistemas de saúde. De salientar, ainda, que são as **pessoas mais frágeis**, do ponto de vista dos seus antecedentes de saúde pessoais, mas também sociais e económicos, que estarão entre os mais adversamente afetados e menos capazes de lidar com as consequências negativas nos sistemas sociais, económicos e naturais.

De acordo com o Conselho da União Europeia e o Conselho Europeu (80), um dos principais resultados da Conferência das Nações Unidas sobre Alterações Climáticas (COP26), realizada em Glasgow, em novembro de 2021, é que o Pacto de Glasgow sobre o Clima deixa margem para a concretização de novos esforços nos próximos anos a fim de alcançar o objetivo de **limitar o aumento da temperatura média global em 1,5°C até ao final do século**. As consequências far-se-ão sentir em todo o Planeta. No que respeita a Portugal, o Instituto Português do Mar e da Atmosfera afirma que as alterações climáticas previstas a nível global

irão ter um impacto importante em Portugal, tanto no Continente como nas Regiões Autónomas (81).

O prognóstico da evolução dos problemas de saúde associados às alterações climáticas é variável, e depende da evolução das mesmas. Mantendo-se a necessidade de contrariar, e de forma mais efetiva e rápida, a tendência para o aumento do aquecimento global, os **determinantes de saúde decorrentes das alterações climáticas e suas consequências na saúde** devem merecer atenção particular no horizonte temporal do PNS 2021-2030.



5. Objetivos para o Alcance de Saúde Sustentável

5. OBJETIVOS PARA O ALCANCE DE SAÚDE SUSTENTÁVEL

Foram fixados para **2030 objetivos relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude e objetivos relativos a problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco.**


No que respeita aos **objetivos por necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude**, a quantificação de cada objetivo corresponde à estimativa pontual da projeção do respetivo problema de saúde, apesar das limitações já mencionadas. A limitação de maior relevância prende-se com a impossibilidade de quantificar e incluir nos modelos de projeção a incerteza associada às variáveis contextuais externas à série temporal analisada com potencial para alterar a evolução do estado de saúde na próxima década. Particular destaque deve ser dado, neste âmbito, ao impacto na saúde da **pandemia de COVID-19**. Tendo-se iniciado em 2020, o seu impacto direto não se encontra, naturalmente, expresso nas projeções calculadas (cuja série temporal termina em 2019). Contudo, a escassez, à data, de dados e informação, suficientes e adequados, impediram o posterior ajustamento das estimativas pontuais das projeções, em função da influência que o admissível impacto da pandemia de COVID-19 (direto e indireto; a curto, médio e longo prazo) possa vir a ter no curso dos problemas de saúde até 2030.

Consultados, como peritos, os Diretores dos **Programas de Saúde Nacionais**, a quase totalidade dos respondentes propôs, como quantificação dos objetivos de saúde, valores iguais ou muito próximos das estimativas pontuais das projeções, o que reforçou a decisão tomada nesse sentido.

Conforme já mencionado, não foi possível efetuar o cálculo de projeções de fatores determinantes *major* de problemas de elevada magnitude pela metodologia escolhida no âmbito do PNS 2021-2030, atendendo às limitações da quantidade, distribuição temporal e qualidade dos dados e informação disponíveis. Assim, **não foi possível fixar objetivos por determinantes *major* de problemas de elevada magnitude.**

No que diz respeito às **necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco**, foi apenas possível fixar os **objetivos por problemas de saúde que tiveram, no passado, uma elevada magnitude e atualmente se encontram controlados** graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo.

O amplo horizonte temporal até 2030 implica um risco não desprezível de inadequação dos objetivos formulados, pela elevada probabilidade de ocorrência de situações atualmente não previsíveis e com potencial para influenciar de forma relevante a evolução dos problemas e



determinantes de saúde. A esse risco, acresce o impacto da pandemia de COVID-19, o qual, sendo previsível, carece ainda de evidência útil ao ajustamento das projeções efetuadas, como atrás referido. Acrescem, também, outros efeitos na saúde, decorrentes, por exemplo, do potencial impacto positivo a longo prazo da implementação de estratégias em saúde e medidas de prevenção primordial e primária iniciadas nas últimas décadas em Portugal, e cuja efetividade é variável, dependente da duração e continuidade da intervenção. Cientes destas limitações, e atendendo à situação excecional da pandemia em curso, **os objetivos de saúde para 2030 serão revistos na primeira avaliação intercalar do PNS 2021-2030** (prevista para 2025, relativa ao primeiro triénio de implementação do Plano), admitindo-se, nessa data, a sua reformulação, em função da evidência até então disponibilizada.

O Quadro 39 lista os objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030 e o Quadro 40 os objetivos por problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco, que tiveram, no passado, uma elevada magnitude e atualmente se encontram controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo.

O Anexo 3 especifica as componentes dos objetivos fixados e elementos utilizados na sua formulação. Para os problemas de elevada magnitude são apresentadas as estimativas pontuais das projeções calculadas e respetivo intervalo de confiança a 95 % (expressando para esse nível de confiança, a incerteza associada à metodologia utilizada nas projeções).

Quadro 40. Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal (1/2)

Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal

1. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte em ambos os sexos para 315,0 por 100.000 habitantes.
2. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo masculino para 458,0 por 100.000 habitantes.
3. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo feminino para 196,4 por 100.000 habitantes.
4. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório em todas as idades e ambos os sexos para 246,5 por 100.000 habitantes.
5. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares em todas as idades e ambos os sexos para 58,9 por 100.000 habitantes.
6. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças cerebrovasculares em ambos os sexos para 13,4 por 100.000 habitantes.
7. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração em todas as idades e ambos os sexos para 41,8 por 100.000 habitantes.
8. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças isquémicas do coração em ambos os sexos para 20,5 por 100.000 habitantes.
9. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e ambos os sexos inferior ou igual a 242,4 por 100.000 habitantes.
10. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 347,2 por 100.000 habitantes.
11. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo feminino para 161,2 por 100.000 habitantes.
12. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos em ambos os sexos para 132,4 por 100.000 habitantes.
13. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo masculino para 185,1 por 100.000 habitantes.
14. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo feminino para 89,0 por 100.000 habitantes.
15. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 73,9 por 100.000 habitantes.
16. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo feminino inferior ou igual a 23,2 por 100.000 habitantes.
17. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo masculino inferior ou igual a 49,9 por 100.000 habitantes.

Quadro 40. Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal (2/2)

Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal

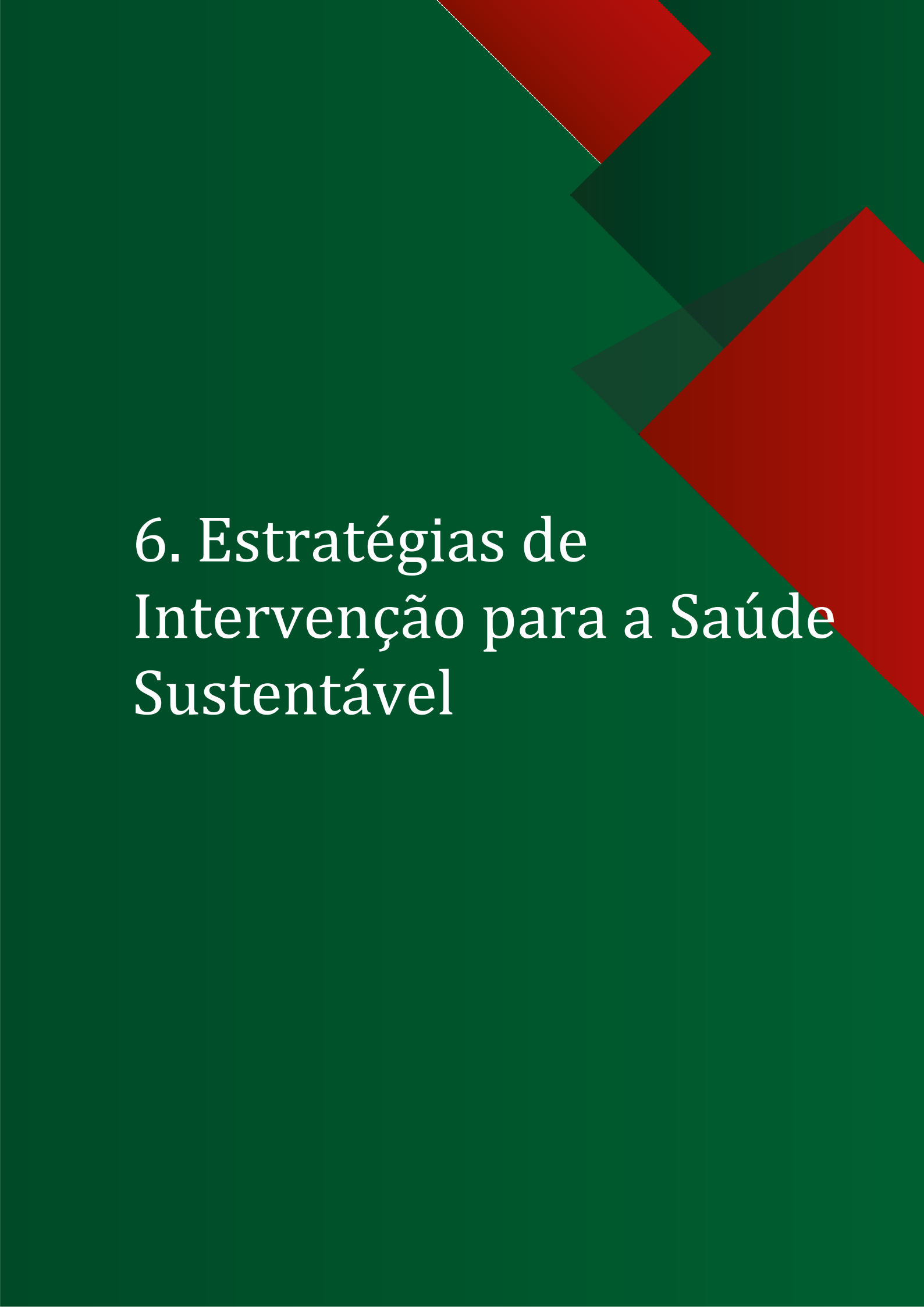
18. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo feminino inferior ou igual a 16,2 por 100.000 habitantes.
 19. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama em todas as idades no sexo feminino para 25,1 por 100.000 habitantes.
 20. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura por tumor maligno da mama no sexo feminino para 15,5 por 100.000 habitantes.
 21. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos igual ou inferior a 98,6 por 100.000 habitantes.
 22. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos para 16,4 por 100.000 habitantes.
 23. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus* em todas as idades e ambos os sexos para 25,6 por 100.000 habitantes.
 24. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por diabetes *mellitus* em todas as idades e ambos os sexos para 4,7 por 100.000 habitantes.
 25. Reduzir a taxa de incidência de tuberculose em todas as idades e ambos os sexos para 12,1 por 100.000 habitantes.
 26. Reduzir a taxa de incidência de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) em todas as idades e ambos os sexos para 5,7 por 100.000 habitantes.
-

Quadro 41. Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude* mas elevado potencial de risco fixados para 2030, em Portugal

Objetivos de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco* fixados para 2030, em Portugal

27. Assegurar uma taxa de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. (valor médio do triénio com melhor desempenho em Portugal nos últimos 6 anos com valores disponíveis)
28. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 1,1 por 1.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. [objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho, no Mundo (14)]
29. Assegurar uma taxa de mortalidade infantil inferior ou igual a 2,5 por 1.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. (objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho)
30. Reduzir a taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos para 2,6 por 1.000 nados-vivos. [objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho, no Mundo (14)]
31. Aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 99,5 % em todos as regiões tipo NUTS II.
32. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de sífilis congénita.
33. Manter nula a transmissão endémica do sarampo, de acordo com o estatuto de eliminação do sarampo.
34. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal.
35. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de rubéola congénita.
36. Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura em todas as regiões tipo NUTS II.
37. Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % em todos as regiões tipo NUTS II.

Legenda: *que tiveram, no passado, uma elevada magnitude e atualmente se encontram controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo



6. Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável

6. ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A SAÚDE SUSTENTÁVEL

6.1. Nota introdutória

As necessidades de saúde (NS) geram diferentes necessidades de intervenção, visando a sua satisfação ou redução, intervenção esta efetuada através da implementação de **estratégias específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade** e respetivos *stakeholders*, e não apenas pelo sector da saúde, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo, local), num processo cocriativo, e segundo uma abordagem multisectorial e multinível. O alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2030 exige que, neste processo, “ninguém fique para trás”, nem seja comprometido o alcance de objetivos de “melhor saúde” por parte das gerações futuras.

Assim, a relação direta e lógica entre: os problemas de saúde presentes e passíveis de ser prevenidos e/ou controlados, os determinantes de risco e/ou de proteção desses problemas e as estratégias com potencial para intervir nesses determinantes, por forma a minimizar ou anular os riscos, oferece a garantia da seleção de estratégias de intervenção adequadas à redução das necessidades de saúde e, assim, à melhoria do nível de saúde da população, após a respetiva implementação e operacionalização das intervenções decorrentes das estratégias selecionadas. Por outro lado, ao permitir a identificação de constelações de determinantes, conforme referido no capítulo 3.2.3, o modelo lógico utilizado permite a obtenção de **ganhos** não só **de efetividade**, mas também **de eficiência**, pela seleção de estratégias de intervenção dirigidas a grupos de determinantes, os quais, por sua vez, condicionam, em simultâneo, vários problemas de saúde.

A título de exemplo, vários peritos em doenças do aparelho circulatório referem que os efeitos da COVID-19 provavelmente influenciarão a saúde cardiovascular e as taxas de mortalidade por muitos anos, quer direta, quer indiretamente, como resultado da procura tardia de cuidados nos casos de AVC e enfarte agudo do miocárdio e do aumento dos riscos relacionados com o estilo de vida durante e após a pandemia (82).

O **contexto pandémico e o seu impacte** a curto, médio e longo prazo, cujos contornos são, ainda, pouco conhecidos, constitui um desafio acrescido no processo de seleção das estratégias de intervenção. Este exige não só **estratégias de recuperação e**, desejavelmente, **de melhoria** da capacidade de intervenção entretanto reduzida ou perdida (mas a preservar, devido à efetividade demonstrada), como também **estratégias inovadoras**, tanto as desenhadas a partir das existentes (pela necessidade de intervir de um modo diferente, face às mudanças organizacionais e de contexto, como é o caso da Saúde Digital, e da abordagem *One Health*⁴⁶), como “novas” estratégias, nomeadamente as dirigidas a necessidades de saúde de imposição recente (como é o caso, por exemplo, de estratégias de abordagem do chamado “COVID longo”, ou das consequências do agravamento do aquecimento global na saúde).

⁴⁶ *One Health* é uma abordagem colaborativa, multisectorial e transdisciplinar - trabalhando nos níveis local, regional, nacional e global - com o objetivo de alcançar resultados de saúde ideais, reconhecendo a interconexão entre pessoas, animais, plantas e o seu ambiente partilhado.

*O impulso da pandemia de COVID-19 tem sido usado para a aceleração da **transição digital**. Contudo, têm sido apontadas preocupações com o eventual agravamento das desigualdades, por diferente acesso da população aos recursos digitais, bem como por diferente literacia digital. Estes e outros **aspectos éticos** são abordados no recente documento da UE “European Ethical Principles for Digital Health” (“Princípios Éticos Europeus para a Saúde Digital”) (83).*

As estratégias selecionadas não se dirigem apenas às NS por **problemas de saúde de elevada magnitude**, mas também às NS por **problemas de saúde de baixa ou nula magnitude**, pelo seu elevado potencial de risco e/ou por este se encontrar em ascensão, o que constitui uma abordagem inovadora do processo de seleção das estratégias de saúde.

As estratégias de intervenção para a saúde sustentável apresentadas no PNS 2021-2030 decorrem, sobretudo, conforme o já descrito no capítulo da metodologia, das estratégias concretas (já em execução ou a implementar) propostas pelos peritos dos mais de vinte **Programas de Saúde Nacionais**, estratégias estas na sua maioria apoiadas pelos *stakeholders* que integram a **Comissão de Acompanhamento (CA)** do PNS 2021-2030, bem como de estratégias originalmente propostas pelos *stakeholders* da CA, e ainda das propostas de Conselheiros/as que integram o **Conselho Consultivo** do PNS 2021-2030 (84). Foram, também, tidos em

A Agenda da Juventude para a Saúde 2030 centra-se nas áreas que as crianças e jovens consideraram prioritárias para a sua saúde na próxima década: a promoção do bem-estar físico e psicológico, a educação para a sexualidade, a prevenção do tabagismo e de outros comportamentos aditivos, a promoção da alimentação saudável e da atividade física, e a prevenção da violência (incluindo o bullying e o cyberbullying). As estratégias de intervenção propostas centram-se em: acesso a informação e formação em saúde promotora de comportamentos saudáveis, garantia de acesso a cuidados de saúde, fomento de ambientes saudáveis e participação das crianças e jovens na definição e avaliação de intervenções em saúde (85).

conta os compromissos de Portugal (muitos deles já vertidos em “agendas”, estratégias e/ou planos de ação nacionais) com **estratégias europeias e outras estratégias internacionais**, para além da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, tais como: a Estratégia da UE de luta contra o cancro (*Europe’s Beating Cancer*); o Programa UE pela Saúde; a Garantia Europeia para a Infância; as iniciativas europeias (bem como as propostas por outras regiões internacionais) relativas às alterações climáticas; a Estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) Europa para a saúde dos refugiados e dos migrantes; a Estratégia da OMS para uma década de envelhecimento saudável, entre outros. Nos Anexos 4.1 e 4.2 poderá ser encontrada informação mais detalhada sobre estas e outras estratégias.

Contudo, as **estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes demográfico-sociais e económicos** carecem de um maior desenvolvimento, o qual se pretende concretizar posteriormente, já na fase de implementação do PNS 2021-2030, dando continuidade ao trabalho conjunto desenvolvido com os diferentes *stakeholders* da CA do PNS 2021-2030, e a desenvolver com outros que se queiram juntar a este esforço colaborativo e cocriativo para o alcance de mais saúde sustentável a 2030.

Particularmente desafiante e urgente é o desenvolvimento de **estratégias de intervenção dirigidas ao problema do envelhecimento da população**, que tende a agravar-se e para o qual, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2021*, da OCDE (23), não existem, ainda, respostas suficientemente planeadas ou implementadas, tendo em vista as necessidades atuais e futuras, pois o aumento da longevidade não tem sido acompanhado do desejado aumento dos anos de vida saudáveis aos 65 anos. Recorde-se que, segundo o referido relatório e a título de exemplo, em Portugal a proporção de pessoas com 65 e mais anos que beneficiavam, em 2019, de cuidados continuados e, dessas, as que beneficiavam de cuidados no domicílio, era inferior à média da OCDE. Conclui-se pela imperiosidade de continuar a investir na rede de cuidados continuados, na integração de cuidados e em profissionais habilitados, mas também de inovar, com mais respostas na comunidade e criação de condições que permitam promover a saúde dos idosos no seio da família, recuperando o valor social dos mesmos na sociedade, bem como capacitando, valorizando e premiando os seus cuidadores informais.

6.2. Mecanismos de suporte das estratégias de intervenção

A implementação das estratégias de intervenção (EI) propostas no PNS 2021-2030 obriga a que sejam assegurados mecanismos considerados essenciais, que designamos por **Mecanismos de Suporte** (Quadro 42).

Quadro 42. Alguns mecanismos de suporte da implementação das Estratégias de Intervenção

Desafios	MECANISMOS DE SUPORTE
Cocriar	Parcerias internas e externas – manter, reforçar ou estabelecer
Partilhar Comunicar Inovar	Informação e conhecimento – sobre problemas e determinantes de saúde, e desigualdades em saúde; efetividade das estratégias de intervenção; análise do impacte na saúde; saúde pública de precisão; sistema de informação de saúde integrado e multidimensional; transição digital; redução do <i>gap</i> entre conhecimento científico e <i>praxis</i> (tomada de decisão e intervenção); plano de comunicação estratégica
Agir Incluir	Universalismo proporcional – adequação do processo de implementação das estratégias de intervenção, financiamento das respetivas atividades e alocação de recursos à informação e conhecimento disponíveis sobre desigualdades - de sexo, grupo etário, geográficas, sociais e de acesso -, e populações vulneráveis [e.g. pessoas com vulnerabilidade socioeconómica, portadoras de deficiência, doenças raras, institucionalizadas, sem-abrigo, migrantes, refugiados, minorias étnicas e religiosas, e reclusos], com ganhos em eficiência e efetividade
Assegurar Investir Antecipar	Qualidade do Planeamento em Saúde , desde o planeamento estratégico, de base populacional, até ao planeamento tático e operacional (incluindo o planeamento de contingência), abrangendo as Infraestruturas e Recursos Humanos (RH) de saúde – garantia da qualidade do planeamento e governação em saúde, do nível nacional ao local; infraestruturas da saúde adequadas e sustentáveis; estudo prospetivo dos RH da saúde (enfoque no investimento dos CSP, cobertura universal e saúde pública); satisfação profissional e prevenção do <i>burnout</i> ; reserva de RH para situações de emergência em saúde pública
Alinhar	Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável Outros documentos, orientações ou estratégias de referência europeus e internacionais

Fonte: Programas de Saúde Nacionais (PSN) e Equipa PNS 21-30/DGS

Grande parte dos PSN preveem a existência de **parcerias** (internas, externas, inter e multisectoriais) como um dos **mecanismos de suporte** à implementação das respetivas estratégias de intervenção⁴⁷. Tal é, também, consentâneo com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que considera as Parcerias como um dos seus cinco pilares e consagra o ODS 17 (estabelecimento de parcerias) como sendo chave para o alcance dos restantes 16 ODS.

O estabelecimento de parcerias e a sua manutenção é um processo exigente, que implica a **partilha de informação e conhecimento**, quer sobre os problemas e necessidades de saúde e o modo como estes se distribuem na população (ou em grupos populacionais específicos) e territórios, quer sobre as estratégias de intervenção e a sua monitorização e avaliação.

“Artigo 4º:

f) Reforço da utilização e reutilização de dados sobre saúde para a prestação de cuidados de saúde e para a investigação e inovação, promoção da adoção de ferramentas e serviços digitais, bem como a transformação digital dos sistemas de saúde, nomeadamente através do apoio à criação de um espaço europeu de dados sobre saúde (...)”

[Programa UE pela Saúde para o período do

Por sua vez, o uso de dados de melhor qualidade, com um maior nível de desagregação, apoiado pelo recurso a *big data*, *machine learning* e modelos de análise preditiva, permite intervenções mais precisas e, portanto, mais custo-efetivas, nas populações ou grupos-alvo da população que mais delas beneficiam, melhorando, assim, a saúde e a equidade. A implementação das estratégias de intervenção de modo uniforme em todo o País, com a mesma direção e

intensidade, não é apoiada pela evidência. Importa, por isso, desenvolver uma **saúde pública de precisão**, que permita implementar “a estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa” (86).

Deve, pois, ser dada especial prioridade à construção de um **sistema de informação de saúde integrado, multidimensional**⁴⁸, aproveitando a conjuntura europeia favorável a este investimento, como **mecanismo de suporte** essencial à implementação das EI, para um efetivo e atempado apoio à tomada de decisão, quer em situação de crise, quer em situação corrente.

A geração responsável pela cobertura nacional em Medicina Geral e Familiar, que se desenvolveu após o serviço médico à periferia nos anos 70, está prestes a reformar-se, o que coloca em risco o compromisso da Cobertura de Saúde Universal, centrada nos Cuidados de Saúde Primários, tornando-se urgente encontrar respostas inovadoras para esta situação. É, igualmente, de salientar, conforme já referido no capítulo 3.2, o número de enfermeiros por 1.000 habitantes inferior à média da UE, não obstante o seu aumento na última década e a idade média mais jovem em comparação com a dos médicos especialistas.

⁴⁷ A **pandemia de COVID-19** veio demonstrar de um modo muito claro a importância vital das múltiplas **parcerias**, a todos os níveis, que deveriam, na medida do possível, ser preservadas, reforçadas ou redirecionadas, quer em contexto de recuperação, quer em contexto inter-pandémico.

⁴⁸ O atual **sistema de informação de saúde** carece de uma abordagem holística da sua arquitetura, uma vez que integra quase exclusivamente informação relativa às atividades inerentes à prestação de cuidados de saúde, não permitindo abordagens integrais e integradas dos problemas e determinantes de saúde.

Relativamente às **infraestruturas de saúde**, os serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deveriam passar a ser referência em termos, por exemplo, de eficiência energética, utilização de energias renováveis, recolha, tratamento e reciclagem de resíduos sólidos, e qualidade do ar interior, entre outros.

Quanto aos **recursos humanos da saúde**, deverá ser garantido o seu planeamento adequado e atempado, quer de acordo com a sua análise prospetiva, quer com os desafios decorrentes da nova

É urgente o fortalecimento da capacidade dos serviços de Saúde Pública, dos níveis local ao nacional, beneficiando da rede existente em Portugal, integrada no SNS, bem como a criação de uma reserva de recursos humanos de saúde, com treino específico, a serem rapidamente mobilizados em situações de crise, aproveitando as boas experiências e recursos que foram treinados no âmbito da resposta à pandemia de COVID-19 (e rejeitando ou corrigindo eventuais más experiências ou práticas).

abordagem dos problemas e determinantes de saúde, e das orientações estratégicas propostas, exigindo um investimento contínuo na qualidade, formação, capacitação e condições de trabalho dos profissionais de saúde, de modo a obter níveis elevados de satisfação profissional e a diminuir ou prevenir as situações de *burnout* e abandono.

Outros mecanismos de suporte encontram-se, também, previstos pelos PSN, como sejam, a capacitação de profissionais de áreas conexas à saúde, a organização do trabalho em equipas multiprofissionais e multidisciplinares, e o financiamento adequado. A estes poderíamos, ainda, acrescentar outros mecanismos de suporte relacionados com o sistema de saúde e a organização e financiamento da prestação de cuidados de saúde, de entre os quais destacamos o investimento na melhoria contínua da organização dos CSP, a procura de soluções que assegurem processos céleres de referenciação hospitalar, e o aperfeiçoamento dos modelos de contratualização em saúde no sentido da maior coerência e alinhamento com os planos de saúde de base populacional (sobretudo, os Planos Locais de Saúde), especialmente no que se refere às necessidades de saúde identificadas e às estratégias de intervenção propostas.

6.3. Estratégias de intervenção para a saúde sustentável

Considerando os grupos de necessidades de saúde (por problemas e por determinantes de saúde) identificados no **capítulo 3.2.3**, a **abordagem da seleção das estratégias de intervenção** (Quadro 43) centra-se em **quatro grandes linhas de orientação estratégica**:

❖ **Promover saúde:**

De natureza multisectorial e transdisciplinar, é transversal a todas as estratégias de intervenção e necessidades de saúde identificadas, e permite intervir sobre todos os determinantes de saúde. Implica reforçar e/ou implementar as estratégias de promoção da saúde avaliadas como mais custo-efetivas e rever as abordagens estratégicas habitualmente utilizadas em contextos

particularmente impactados pelo contexto pandémico⁴⁹. Implica também instituir a **análise** sistemática das políticas e estratégias de intervenção dos diferentes sectores, quanto ao seu **impacte na saúde**. É de salientar o papel fundamental, a nível local, dos **Municípios ou grupos de Municípios**, centrado na dinamização e coordenação das iniciativas e ações inter e multisectoriais promotoras de saúde, orientadas pelas necessidades e prioridades de saúde identificadas ao nível local/subnacional sob a coordenação técnica dos serviços de saúde pública, em articulação com o nível nacional e, sempre que relevante, com o sector da academia e ciência.

❖ **Manter ou reforçar as estratégias que funcionam:**

Em relação às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco que, à data, em Portugal, se encontram controladas devido à implementação sustentada e persistente de **estratégias bem dominadas e efetivas**, é necessário **continuar a assegurar**, ou **a reforçar, se possível, a implementação das estratégias** em causa. É igualmente necessário continuar a assegurar as estratégias que se têm demonstrado efetivas na redução de necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude.

❖ **Recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde:**

Esta linha de orientação estratégica, particularmente relevante em relação às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude, decorre, fundamentalmente, do atual contexto pandémico e respetivas consequências a curto, médio e longo prazo, tal como o já descrito no início deste capítulo, constituindo ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade. Assim, tomando em especial atenção as populações ou grupos da população mais vulneráveis, implica **rever as estratégias de intervenção adotadas e sua implementação**, e, se necessário, **desenhar/selecionar novas estratégias**, adotando abordagens inovadoras, **ou colmatar eventuais pontos críticos na sua implementação**, quer no sentido da recuperação (por exemplo, do acesso aos serviços e cuidados de saúde), quer no sentido da sua melhoria e/ou inovação.

❖ **Preparar e antecipar o futuro:**

Em relação às necessidades de saúde por problemas de saúde atualmente de baixa ou, até, nula magnitude, mas com potencial de risco em ascensão, importa **efetuar a definição e priorização claras das estratégias que assegurem tanto as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta** às emergências em saúde pública, que inclua os principais *stakeholders*

⁴⁹ Em particular, o contexto “escola”, sendo urgente uma reflexão sobre “que saúde escolar para esta década”, sobretudo, no período “pós-pandemia”.

e a população, **como a própria resposta, de um modo integrado, não esquecendo a abordagem *One Health*.**

No Quadro 43 podem ser encontradas várias estratégias de intervenção para a saúde sustentável, selecionadas tendo em vista os principais grupos de necessidades de saúde identificadas.

Quadro 43. Seleção de estratégias de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas (1/2)

<p>GRANDES LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA, FACE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE (NS) IDENTIFICADAS</p>	<p>ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO (dirigidas aos determinantes de saúde)</p>
<p>PROMOVER SAÚDE</p> <p>[transversal a todas as estratégias de intervenção e necessidades de saúde identificadas; transdisciplinar e multisectorial]</p>	<p>Promoção da saúde mental na população, ao longo do ciclo de vida</p> <p>Promoção da literacia em saúde</p> <p>Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos “primeiros anos”)</p> <p>Promoção da saúde no local de trabalho</p> <p>Promoção da saúde nos espaços de arte, diversão e lazer</p> <p>Dinamização de ambientes promotores de saúde</p> <p>Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde (“cada contacto conta” – fazer de cada contacto uma oportunidade de promoção da saúde, quer em contexto de CSP, quer em contexto hospitalar ou outro)</p> <p>Promoção da saúde sexual e reprodutiva</p> <p>Promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade</p> <p>Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade (e.g. pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica, portadoras de deficiência, doença rara, institucionalizadas, sem-abrigo, refugiadas, migrantes e pertencentes a minorias étnicas e religiosas e pessoas com diferente orientação sexual e identidade de género)</p> <p>Reforço da rede de suporte social e do capital social ao longo do ciclo de vida</p> <p>Estratégias para a abordagem da violência ao longo do ciclo de vida, nas suas diversas formas</p> <p>Aumento da segurança e prevenção da criminalidade</p> <p>Promoção dos direitos humanos</p>
<p>NS POR PROBLEMAS DE BAIXA MAGNITUDE MAS ELEVADO POTENCIAL DE RISCO</p> <p>MANTER OU REFORÇAR AS ESTRATÉGIAS QUE FUNCIONAM</p> <p>RECUPERAR E MELHORAR O ACESSO E A INTERVENÇÃO</p>	<p>Vacinação</p> <p>Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de baixa magnitude (e.g. doenças evitáveis pela vacinação)</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ambientais</p> <p>Intervenção atempada na prevenção e controlo de riscos ambientais</p> <p>Vigilância de saúde: na gravidez, parto e puerpério; infantil e juvenil</p> <p>Iniciativas legislativas e/ou medidas fiscais (e.g. para modificar os consumos, como sejam, do sal, açúcar e gorduras saturadas, bem como de tabaco e álcool; regular a rotulagem e a oferta dos respetivos produtos)</p> <p>Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (e.g. tuberculose, VIH/SIDA)</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ambientais</p> <p>Intervenção atempada na prevenção e controlo de riscos ambientais</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ocupacionais</p> <p>Intervenção atempada na prevenção e controlo de riscos ocupacionais</p> <p>Controlo dos fatores de risco modificáveis (e.g. HTA, dislipidemias, prescrição de atividade física e alimentação saudável, consultas de cessação tabágica e intervenções rápidas)</p> <p>Prevenção do início de consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilícitas nos adolescentes e jovens (incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias)</p> <p>Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento no âmbito da saúde infantil e juvenil</p> <p>Deteção precoce (rastreios e diagnóstico precoce oncológicos; diagnóstico precoce de: doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crónica nos CSP, cancro oral na população de risco, nos CSP, e cirrose em doentes com hepatite vírica, considerando o seu potencial oncológico, entre outros; deteção precoce da infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis)</p> <p>Abordagem integrada de entidades nosológicas com determinantes <i>major</i> comuns (como é o caso das principais doenças crónicas, não transmissíveis), bem como dos respetivos doentes, contrariando a abordagem fragmentada ainda predominante</p>

Quadro 43. Seleção de estratégias de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas (2/2)

GRANDES LINHAS DE ORIENTAÇÃO ESTRATÉGICA, FACE ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE (NS) IDENTIFICADAS	ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO (dirigidas aos determinantes de saúde)
<p style="text-align: center;">NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE</p> <p style="text-align: center;">RECUPERAR E MELHORAR O ACESSO E A INTERVENÇÃO</p>	<p>Abordagem integrada da carga de doença por doenças transmissíveis e não transmissíveis (caso já conhecido da relação entre a infeção por vírus do papiloma humano e o tumor maligno do colo do útero, e, mais recentemente e de contornos ainda não totalmente conhecidos, da infeção por SARS-CoV-2 e a sua interação com doenças não transmissíveis de elevada magnitude e o “COVID longo”), bem como dos respetivos doentes, contrariando a abordagem fragmentada vigente.</p> <p>Integração dos cuidados de saúde mental nos diferentes níveis de cuidados</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso: aos cuidados de vigilância de saúde no ciclo de vida; aos serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verdes do AVC e do EAM</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso ao tratamento precoce e aos rastreios oncológicos, abrangendo toda(s) a(s) população(ões)-alvo</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso aos cuidados continuados integrados, incluindo os de longa duração</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso aos cuidados paliativos</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento da obesidade</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso aos cuidados de saúde oral (incluindo os preventivos)</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso aos cuidados de saúde em meio prisional e da articulação com os Agrupamentos de Centros de Saúde e Hospitais/Centros Hospitalares do SNS</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso aos cuidados de saúde (inclui os cuidados preventivos) por parte de grupos da população de maior vulnerabilidade (e.g. pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica, portadoras de deficiência, doença rara, institucionalizadas, sem-abrigo, refugiadas, migrantes e pertencentes a minorias étnicas e religiosas), adotando soluções inovadoras</p> <p>Prevenção de complicações ou agudização de doença crónica (e.g. atribuição de dispositivos de monitorização contínua da glicemia, prevenção e tratamento do pé diabético; prevenção das infeções respiratórias nos doentes respiratórios crónicos; programas de reabilitação pós-EAM e pós-AVC; redução do impacto da doença mental)</p> <p>Educação para a (Auto)Gestão da doença crónica (incluindo a dor crónica)</p> <p>Inovação de medicamentos e dispositivos médicos com garantia do acesso equitativo aos mesmos</p>
<p style="text-align: center;">NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE BAIXA OU NULA MAGNITUDE, MAS COM POTENCIAL DE RISCO EM ASCENSÃO</p> <p style="text-align: center;">PREPARAR E ANTECIPAR O FUTURO</p>	<p>Definição e priorização claras das estratégias que assegurem as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em Saúde Pública, e a própria resposta, de um modo integrado, envolvendo todos os sectores da sociedade e não esquecendo a abordagem <i>One Health</i></p> <p>Reforço das estratégias de Vacinação, não só nas suas componentes técnica e científica, como na literacia em saúde</p> <p>Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis de baixa ou nula magnitude (e.g. doenças transmitidas por vetores, como infeções pelo vírus zika, dengue, febre amarela e malária)</p> <p>Intervenção atempada na prevenção e controlo de riscos ambientais de intensidade crescente</p> <p>Investimento na segurança do doente (incluindo a prevenção de [novas] resistências aos antimicrobianos, e a evicção da polimedicação, principalmente nos idosos, e do uso excessivo de medicação do foro da saúde mental, entre outros)</p>

Legenda: AVC – Acidente Vascular Cerebral; CA – Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030; COVID-19 – Doença causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (*Coronavirus Disease* 2019); CSP – Cuidados de Saúde Primários; EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio; e.g. – por exemplo; HTA – Hipertensão Arterial; NS – Necessidades de Saúde; PSN – Programas de Saúde Nacionais; SARS-CoV-2 - Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2; SNS – Serviço Nacional de Saúde; VIH/SIDA – Infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, a partir dos contributos dos PSN e CA do PNS 2021-2030

Conclui-se este capítulo lembrando Hans Kluge, Diretor da OMS-Europa [*webinar on Health system resilience and COVID-19: Lessons and strategies for building back better*, 2021 (88)], ao afirmar que, **subjacentes às prioridades atuais dos sistemas de saúde europeus** devem estar **quatro “I”**:

- **Investir:**

Na saúde sustentável, investindo na promoção da saúde e na prevenção primária, intervindo sobre os principais determinantes da saúde, obtendo, assim, “*more health for the money*” (“mais saúde para o dinheiro [investido]”);

- **Incluir:**

Implementando a Cobertura de Saúde Universal, centrada nos Cuidados de Saúde Primários e na comunidade, “*leaving no one behind*” (“não deixando ninguém para trás”);

- **Inovar:**

Sobretudo, nos CSP e na comunidade, através da Saúde Digital e da Transformação Digital;

- **Implementar:**

Através de uma abordagem “*whole of society*” (“de toda a sociedade”) e de “*health in all policies*” (“saúde em todas as políticas”) e “*all policies in health*” (“todas as políticas na saúde”), aproveitando e prolongando o *momentum* gerado pela pandemia, que, tal como o professor Mario Monti enfatizou nessa mesma ocasião, “sentou a saúde à mesa” dos decisores políticos, intersetando os diferentes sectores da sociedade.

Aos **quatro “I”**, acrescentamos o “**C**”: **comunicar, comunicar, comunicar**.



7. Recomendações para a Implementação

7. RECOMENDAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO

7.1. Nota Introdutória

Implementar o PNS 2021-2030 significa colocar no centro das agendas pessoais, dos diversos sectores e instituições da sociedade (organizada e não organizada; do sector da saúde e dos sectores externos à saúde), políticas, do governo e do poder local, a criação das condições para que tod@s, individual e coletivamente, possam alcançar o seu potencial máximo de saúde e bem-estar, sem “deixar ninguém para trás” e sem comprometer a capacidade de as gerações futuras perpetuarem essa aspiração. Tal é crucial para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) a 2030, conforme o universalmente assumido na Declaração de Shangai (89), e implica intervir sobre todos os determinantes de saúde, de acordo com as necessidades de saúde identificadas, os objetivos fixados, as estratégias selecionadas e outras, cujo desenvolvimento durante a implementação do PNS 2021-2030 se revele vir a ser necessário, nomeadamente, as decorrentes do processo de planeamento estratégico em saúde de base populacional a nível subnacional (sobretudo, local).

Nunca a saúde teve um valor social tão elevado, como determinante e determinada, respetivamente, do e pelo desenvolvimento social, económico, ambiental e humano. No âmbito da “Conferência sobre o Futuro da Europa” (90) foi realizado um inquérito entre setembro e outubro de 2021, nos 27 Estados-membros da UE. De acordo com os seus resultados, 66 % dos portugueses consideraram **as questões relacionadas com a saúde como o principal desafio global para o futuro da UE**, seguidas das alterações climáticas (56 %).

O extenso e profundo diagnóstico de saúde da população efetuado neste PNS 2021-2030, nas suas componentes quantitativa e qualitativa, bem como os dados de prognóstico (apesar do grau de incerteza de que se revestem, por força da pandemia de COVID-19), apontam as expectativas dos portugueses no mesmo sentido, ou seja, é necessária uma abordagem mais abrangente e integrada dos problemas de saúde e seus determinantes, que deverá ser central em todos os processos de decisão em saúde, do individual ao político. Já não basta, portanto, apresentar aos decisores listas *prêt-à-porter* de problemas de saúde, ordenados segundo metodologias de priorização criadas para abordagens mais simplistas e unidimensionais dos problemas de saúde e seus determinantes. O planeamento do investimento (direto e indireto) na saúde e áreas conexas para esta década exige a utilização de metodologias inovadoras, que auxiliem os decisores a adotarem uma abordagem mais holística e interdependente da saúde e seus determinantes, cuja ação e investimento terão, necessariamente, de ultrapassar o âmbito das ações do Ministério da Saúde ou do sector da saúde, em coerência, aliás, com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas.

No processo de elaboração do PNS 2021-2030, foi já efetuado, em conjunto com as equipas dos Programas de Saúde Nacionais, bem como com os *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-

2030, um **esforço de integração de estratégias de intervenção** muitas vezes paralelas, frequentemente independentes e dispersas, com perdas de eficiência e de efetividade. No PNS, foram, também, definidos vários **mecanismos de suporte essenciais à implementação das estratégias selecionadas**, desde parcerias internas e externas reforçadas, um sistema de informação de saúde integrado e a transição digital, a melhoria contínua da qualidade do planeamento em saúde e a abordagem do mesmo e do investimento de acordo com as desigualdades, até ao financiamento, planeamento e investimento adequados aos recursos humanos e infraestruturas, entre outros.

Portanto, o capítulo das “Recomendações” deste Plano assume como pressuposto que o esforço de implementação do PNS 2021-2030 exige uma base social alargada para além do sector da saúde, pela importância fundamental da ação dos outros setores sociais e dos setores económico e ambiental, que, sendo externos à saúde, são, contudo, essenciais à saúde e bem-estar humanos, conforme evidenciado pelo diagnóstico da situação de saúde em Portugal (Capítulo 3).

Em anexo (Anexo 5) poderá ser encontrada uma **síntese das recomendações (gerais e específicas) efetuadas por Conselheiros/as do Conselho Consultivo (CC) do PNS 2021-2030** durante o período de elaboração do PNS, efetuada a partir do respetivo relatório síntese (84). As recomendações específicas encontram-se enquadradas em quatro grandes áreas - território, economia e sociedade, educação e ambiente. As recomendações selecionadas dirigem-se a problemas e determinantes de saúde identificados no PNS 2021-2030, com especial atenção ao impacto da pandemia de COVID-19 e às desigualdades sociais e económicas em saúde, e **são da exclusiva responsabilidade dos/as respetivos/as proponentes**.

Em seguida apresentam-se, também em síntese, algumas recomendações recentes de organismos internacionais dirigidas a Portugal, que contribuem, direta ou indiretamente, para a resposta a várias necessidades de saúde identificadas neste PNS.

7.2. Algumas recomendações específicas de organismos internacionais, dirigidas a Portugal

Em dezembro de 2021, o **relatório económico da OCDE sobre Portugal** (91), **concluiu que**: Portugal está a recuperar da crise decorrente da pandemia de COVID-19, com o apoio das **políticas económicas**; para que a recuperação seja sustentável, é necessário **reduzir as vulnerabilidades macroeconómicas** que ainda persistem; tornar a **transformação digital acessível a todos** é fundamental para aumentar o potencial económico de Portugal; as políticas públicas devem **prevenir um aumento das desigualdades** e dar **resposta aos desafios ambientais**. Assim, **a OCDE recomendou para Portugal**, como prioritário:

- ✓ o reforço das políticas na área da saúde, do mercado de trabalho e da resposta aos desafios ambientais – a perda de emprego continua concentrada nos jovens e trabalhadores temporários e a escassez de profissionais na área da saúde e dos cuidados continuados é considerada notória; foi recomendado

especificamente melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, dinamizar o investimento na mobilidade elétrica e nos transportes públicos, aumentar progressivamente a cobertura do imposto sobre o carbono e, ao mesmo tempo, conceder apoios financeiros à população, para que adote comportamentos mais ecológicos, e continuar a aumentar o investimento em infraestruturas hidráulicas

- ✓ uma aplicação rápida e eficaz do Plano de Recuperação e Resiliência;
- ✓ uma maior adesão às tecnologias digitais, através da melhoria das infraestruturas e do desenvolvimento das competências – mais especificamente, foi recomendado alargar a cobertura dos programas para que as pequenas empresas possam receber formação digital;
- ✓ a dotação da população de competências digitais e de base, de modo a poder aproveitar os benefícios da transição digital, sem deixar ninguém para trás – foi recomendado especificamente dinamizar e alargar a disponibilização de recursos digitais adequados às escolas e aos professores;
- ✓ a promoção do investimento e da inovação nas pequenas empresas – foi recomendado considerar a criação de uma conta pessoal de formação profissional para adultos, com vales mais generosos para os trabalhadores pouco qualificados.

Por sua vez, no âmbito da UE e, mais especificamente, da **Comissão Europeia (92)**, o **Conselho Europeu recomendou a Portugal:**

- ✓ a adoção de todas as medidas necessárias para combater eficazmente a pandemia, sustentar a economia e apoiar a recuperação subsequente;
- ✓ a prossecução das políticas orçamentais destinadas a alcançar situações orçamentais prudentes a médio prazo e a garantir a sustentabilidade da dívida pública, reforçando, simultaneamente, o investimento, quando as condições económicas o permitirem;
- ✓ o reforço da resiliência do sistema de saúde e a garantia da igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde e dos cuidados continuados (incluindo os de longa duração);
- ✓ o apoio ao emprego e a atribuição de prioridade às medidas que visem preservar os postos de trabalho;
- ✓ a garantia de uma proteção social suficiente e eficaz, bem como o apoio aos rendimentos;
- ✓ o apoio à utilização das tecnologias digitais, a fim de assegurar a igualdade de acesso a um ensino e formação de qualidade e reforçar a competitividade das empresas;
- ✓ a implementação de medidas temporárias destinadas a proporcionar o acesso à liquidez por parte das empresas, em especial pequenas e médias empresas;
- ✓ a antecipação da realização de projetos de investimento público robustos, cujos resultados possam ser visíveis a curto prazo, e promoção do investimento privado para estimular a recuperação económica;
- ✓ focalização do investimento na transição ecológica e digital, em especial na produção e utilização eficientes e não poluentes da energia, bem como nas infraestruturas ferroviárias e na inovação;
- ✓ aumento da eficiência dos tribunais administrativos e fiscais.

A Comissão Europeia, quando aprovou o **Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) de Portugal** (93), concluiu que este consagra 38 % da sua dotação total a medidas que apoiam os **objetivos climáticos**. Foi, como exemplo, sublinhado que Portugal propôs a disponibilização de 610 milhões de euros para renovar edifícios públicos e privados através da melhoria do seu desempenho energético, o que se espera que resulte na **redução da fatura energética de Portugal, das emissões de gases com efeito de estufa e da dependência energética**, bem como na **redução da pobreza energética**.

A Comissão considerou, ainda, que o plano de Portugal consagra 22 % da sua dotação total a medidas de apoio à **transição digital**. Inclui, também, um conjunto alargado de reformas e investimentos que contribuem para dar resposta a praticamente todos os desafios económicos e sociais delineados nas recomendações específicas por país dirigidas a Portugal pelo Conselho Europeu, nomeadamente, nas **áreas da acessibilidade e resiliência dos serviços sociais e do sistema de saúde, mercado de trabalho, educação e competências, I&D (investimento e desenvolvimento) e inovação, clima e transição digital, ambiente empresarial, qualidade e sustentabilidade das finanças públicas, e eficiência do sistema de justiça**.

7.3. Dez recomendações do PNS 2021-2030 para a Década

Apresentam-se, em seguida, dez recomendações para a implementação do PNS 2021-2030, sendo de salientar que a 10^a recomendação tem um carácter transversal, que se considera fundamental para a operacionalização de todas as restantes.

O PNS 2021-2030 recomenda:

1. A sua implementação através da participação e das ações “de tod@s para tod@s”.
2. A sua utilização como um instrumento de alinhamento e de governação em saúde.
3. A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional.
4. A adoção de uma nova tipologia de problemas de saúde.
5. A aplicação de um novo paradigma na abordagem dos problemas de saúde e na intervenção em saúde [decorrente da recomendação 4].
6. A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação.
7. A ação trans e multisectorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável.
8. O reforço do investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.
9. O desenvolvimento de uma nova abordagem ao financiamento e contratualização em saúde.
10. A construção de um “Pacto Social para a Década”, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde.

O PNS 2021-2030 recomenda:

1 A sua implementação através da participação e das ações “de tod@s para tod@s”

... o PNS 2021-2030 é implementado através de atividades ou ações específicas (integradas ou não em planos de atividades, programas ou projetos formais, devidamente orçamentados), a serem concretizadas, e devidamente articuladas e desenvolvidas, por tod@s (individual e coletivamente), desde o governo, municípios e a sociedade organizada, no sector da saúde e nos sectores externos à saúde, até aos cidadãos e demais residentes em Portugal, orientadas pelas necessidades de saúde, estratégias e recomendações para a intervenção, aos níveis nacional e subnacional.

2 A sua utilização como um instrumento de alinhamento e de governação em saúde

... uma vez que privilegia e possibilita uma abordagem “de todo o governo” (e não apenas do ministério da saúde) e de “toda a sociedade” (e não apenas do sector da saúde), multinível, imprescindível ao alcance de mais e melhor saúde sustentável – de tod@s para tod@s (apesar da sua elaboração, implementação e avaliação se encontrarem sob a coordenação técnica do Ministério da Saúde), bem como o alinhamento das opções estratégicas das organizações e serviços de saúde com os planos de saúde de base populacional, designadamente no que se refere às necessidades de saúde identificadas, mecanismos de suporte recomendados e estratégias de saúde selecionadas, aos níveis nacional e subnacional.

3 A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional

... pois defende a utilização do mesmo modelo de planeamento em saúde de base populacional aos diferentes níveis (do nacional ao local), possibilitando o alinhamento, a articulação e a integração multinível dos respetivos planos de saúde, essencial para a valorização adequada, a nível nacional, das necessidades de saúde específicas identificadas e das estratégias de intervenção selecionadas a nível subnacional (sobretudo, local) pelos profissionais de saúde, em conjunto com os restantes parceiros sociais, com especial relevo para o papel dos municípios, com a coordenação técnica dos serviços de saúde pública.

O PNS 2021-2030 recomenda:**4** A adoção de uma nova tipologia de problemas de saúde

... que, não deixando de dar a devida importância aos problemas de saúde de elevada magnitude e respetivos determinantes *major*, realça a prioridade dos problemas atualmente de baixa ou nula magnitude, mas cujo potencial de risco é elevado, e dos fatores determinantes relevantes que se encontram em ascensão permitindo, assim, aos diferentes planeadores e decisores: organizar a resposta aos problemas responsáveis pela maior carga de doença, incapacidade e morte prematura; manter controlados os problemas de saúde que já se encontram sob controlo; assegurar a preparação atempada e adequada da resposta a ameaças emergentes ou futuras, com a menor perturbação humana, social e económica possível, em conjunto com os diferentes sectores e envolvendo precocemente a população, aumentando a sua literacia, o sentimento de autoeficácia e a capacidade para lidar com situações extremas e/ou inesperadas.

5 A aplicação de um novo paradigma na abordagem dos problemas de saúde e na intervenção em saúde [decorrente da recomendação 4]

... ao colocar num mesmo patamar de relevância para a intervenção as doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis, as emergências em saúde pública e respetivos determinantes ambientais, biológicos, comportamentais, demográfico-sociais e económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, reconhecendo a sua teia intrincada e complexa de relações, e adotando uma abordagem abrangente, multisectorial e integrada, “sem deixar ninguém para trás”, do nível nacional ao nível local.

6 A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação

... para além de, ele próprio, oferecer um diagnóstico holístico e profundo da situação de saúde da população em Portugal, propõe a construção de um sistema de informação de saúde no contexto do investimento na inovação e transição digital, a utilização de um manual de boas práticas em comunicação estratégica em saúde, disponibilizado como instrumento de apoio à sua implementação, e convida as comunidades académica e científica, e as entidades que financiam e apoiam a investigação, a alinharem as suas agendas com os objetivos de alcance de mais e melhor saúde sustentável até 2030 e as necessidades de investigação daí decorrentes.

O PNS 2021-2030 recomenda:

7 A ação trans e multissetorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável

... pois são transversais, encontram-se a montante de todos os problemas de saúde e demais determinantes de saúde, exercem a sua influência em todo o ciclo de vida, desde a conceção até à morte, e são vulneráveis à intervenção tecnicamente adequada, da qual resultam sempre ganhos em saúde, de acordo com o investimento efetuado.

8 O investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde

... pois, como a história recente o tem demonstrado, o seu valor social tem aumentado exponencialmente, assim como a sua importância enquanto determinantes transversais, encontrando-se a montante de todos os problemas de saúde e outros determinantes de saúde, e exercendo, também, a sua influência em todo o ciclo de vida, desde a conceção até à morte, pelo que se torna necessário: um investimento adequado e continuado nos seus recursos, que tome em linha de conta os desafios demográficos (envelhecimento dos recursos humanos; duplo envelhecimento da população); uma maior articulação e integração de recursos e cuidados; ganhos crescentes de eficiência e efetividade; e um investimento também ele adequado no aumento da literacia da população, visando uma maior capacitação na gestão da sua saúde, bem como a maior adequação da procura e utilização dos serviços de saúde.

9 O desenvolvimento de uma nova abordagem ao financiamento e contratualização em saúde

... decorrente da nova tipologia e da abordagem integrada dos problemas e determinantes de saúde (conforme as recomendações 4 e 5), bem como da consideração das desigualdades em saúde, sobretudo das iniquidades, e das populações vulneráveis nos processos de financiamento e alocação de recursos, e de contratualização em saúde.

10 A construção de um Pacto Social para a Década, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde

... pois reconhece que esse é o caminho que permite harmonizar as necessidades de saúde e as necessidades de recuperação e de desenvolvimento social, económico e humano, preservando o planeta, num contexto de crescente incerteza e complexidade, quer em Portugal, quer no Mundo Global, a curto, médio e longo prazo. [continua]

1 Recomendação que se assume como 1 Desafio para a Década

[continuação]

... A construção de um Pacto Social, com uma base alargada, para o alcance, a 2030, de mais e melhor saúde sustentável - de tod@s para tod@s -, começando pelos mais de cem *stakeholders*, dentro e fora do sector da saúde, que fazem parte da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030. Dá-se, assim, continuidade à participação dos mesmos no processo de elaboração do PNS, multisectorial e cocriativo, através da assunção explícita de ações concretas, dirigidas aos determinantes de saúde que contribuem diretamente para a implementação do PNS, dentro da sua área ou sector de intervenção específico. As áreas a serem abrangidas por este Pacto para a Década são as decorrentes da abordagem abrangente, multisectorial e integrada das necessidades de saúde da população em Portugal, por problemas de saúde e por determinantes de saúde, respetivas linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção, bem como outras eventualmente decorrentes do processo de planeamento estratégico em saúde de nível subnacional, nomeadamente, local. Num contexto de incerteza e complexidade crescentes, é tempo de Portugal dar um “passo em frente”, rumo à saúde sustentável, aceitando este Desafio para a Década, com tod@s, para tod@s.



8. Plano de Monitorização e Avaliação

8. PLANO DE MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO

8.1. Nota introdutória

O plano de Monitorização e Avaliação (M&A) do PNS 2021-2030 tem por finalidade proporcionar informação que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos fixados, ou a outras medidas estimadas.

8.2. Elaboração do Plano de M&A

O plano de M&A do PNS 2021-2030 inclui três componentes principais, dirigidos respetivamente à:

- obtenção de dados e informação;
- análise de dados;
- comunicação e utilização dos resultados.

No que respeita à **obtenção de dados e informação**, salienta-se que, sempre que adequado, os indicadores de avaliação dos objetivos de saúde serão, igualmente, utilizados na monitorização durante o período de implementação do PNS 2021-2030. Na monitorização do processo de implementação do PNS serão, também, usados indicadores adequados à medição das ações que os *stakeholders* internos e externos se comprometeram desenvolver durante o horizonte temporal do Plano, tendo em vista a redução ou satisfação das necessidades de saúde, ou a manutenção do controlo dos problemas de saúde.

Como **fontes de dados** selecionadas para a monitorização e avaliação do PNS 2021-2030, destacamos os sistemas de informação em saúde e respetivos dados e indicadores disponíveis, e os resultados de estudos de âmbito nacional realizados nesse horizonte. De entre estes, salientamos o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), o Inquérito Serológico Nacional e o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, entre outros. Serão, também, realizados estudos avaliativos específicos nas situações em que não estejam disponíveis os dados necessários para a avaliação. Será uma avaliação que inclui componentes quantitativos e qualitativos.

No Quadro 44 constam os **indicadores** de monitorização e avaliação selecionados de acordo com os objetivos de saúde fixados, relativos às necessidades de saúde por problemas de elevada magnitude e relativos a problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco. No Quadro 44 especifica-se, ainda, a fonte de dados utilizada para cada um dos indicadores, último valor disponível e resultado esperado em 2030 (quantificação do objetivo).

Prevê-se efetuar a **avaliação em três momentos**: duas avaliações intercalares, em 2025 e 2028, relativas aos triénios de execução do Plano 2022-2024 e 2025-2027, respetivamente, e a avaliação final em 2031. A **monitorização** será efetuada ao longo de todo o período de vigência do PNS (2022 a 2030). Caso surja a

necessidade de esclarecer os resultados obtidos, proceder-se-á a uma análise descritiva, sob a forma de um relatório.

Será efetuada a **avaliação do processo de implementação do PNS** e a **avaliação de resultados e impacte**, em função do grau de alcance dos objetivos de saúde.

Ao plano de M&A estará subjacente uma **estratégia de comunicação** da informação, com o compromisso de uma notificação periódica dos resultados a todos os intervenientes na elaboração e implementação do PNS 2021-2030, dentro e fora do setor da saúde.

Quadro 44. Plano de Monitorização e Avaliação (1/4)

INDICADORES	Sexo	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO						OBSERVAÇÕES
			ÚLTIMO VALOR PT (/10 ⁵ habitantes)	ANO	VALOR A ATINGIR (/10 ⁵ habitantes)	RESULTADOS			
						2025	2028	2031	
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE									
Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos	HM	INE	325,0	2019	315,0				
	H		466,1		458,0				
	M		204,7		196,4				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, todas as idades	HM	INE	271,7	2019	246,5				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, todas as idades	HM	INE	88,7	2019	58,9				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, idade inferior a 75 anos	HM	INE	18,9	2019	13,4				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, todas as idades	HM	INE	58,6	2019	41,8				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, idade inferior a 75 anos	HM	INE	23,9	2019	20,5				
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades	HM	INE	242,6	2019	242,4				
	H		347,6		347,2				
	M		169,0		161,2				

Quadro 44. Plano de Monitorização e Avaliação (2/4)

INDICADORES	Sexo	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO						OBSERVAÇÕES
			ÚLTIMO VALOR PT (/10 ⁵ habitantes)	ANO	VALOR A ATINGIR (/10 ⁵ habitantes)	RESULTADOS			
						2025	2028	2031	
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE									
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, idade inferior a 75 anos	HM	INE	136,9	2019	132,4				
	H		187,6		185,1				
	M		94,2		89,0				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades	H	INE	72,1	2019	73,9				
	M		17,4		23,2				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos	H	INE	49,8	2019	49,9				
	M		12,3		16,2				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, todas as idades	M	INE	27,7	2019	25,1				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, idade inferior a 75 anos	M	INE	17,8	2019	15,5				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, todas as idades	HM	INE	98,6	2019	98,6				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, idade inferior a 75 anos	HM	INE	17,7	2019	16,4				

Quadro 44. Plano de Monitorização e Avaliação (3/4)

INDICADORES	Sexo	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO						OBSERVAÇÕES
			ÚLTIMO VALOR PT (/10 ⁵ habitantes)	ANO	VALOR A ATINGIR (/10 ⁵ habitantes)	RESULTADOS			
						2025	2028	2031	
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE									
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , todas as idades	HM	INE	31,3	2019	25,6				
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , idade inferior a 75 anos	HM	INE	8,1	2019	4,7				
Taxa de incidência de tuberculose	HM	DGS	16,5	2019	12,1				
Taxa de incidência de infeção VIH	HM	DGS/INSA	7,6	2019	5,7				

Legenda: DGS – Direção-Geral da Saúde; H – sexo masculino; HM – sexos feminino e masculino; INE – Instituto Nacional de Estatística; INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; M – sexo feminino; NS – Necessidades de Saúde; PT – Portugal; VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana; /10⁵ habitantes – por 100.000 habitantes

Quadro 44. Plano de Monitorização e Avaliação (4/4)

INDICADORES	Sexo	FONTE DE DADOS	MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO						OBSERVAÇÕES
			ÚLTIMO VALOR PT / NUTS II de valor menos favorável	ANO / período de tempo	VALOR A ATINGIR	RESULTADOS			
						2025	2028	2031	
PROBLEMAS DE SAÚDE DE BAIXA MAGNITUDE MAS ELEVADO POTENCIAL DE RISCO									
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nados-vivos)	M	INE	13,5	2017-2019	7,1				
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nados-vivos)	HM	INE	1,9	2018-2020	1,1				
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nados-vivos)	HM	INE	2,9	2018-2020	2,5				
Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (por 1.000 nados-vivos)	HM	INE	3,0	2020	2,6				
Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	HM	INE	98,6 / 98,0 (PT / AML)	2020	99,5				
Número absoluto de casos de sífilis congénita	HM	SINAVE	7	2018	0				
Número absoluto de casos autóctones de sarampo	HM				0				
Número absoluto de casos de tétano neonatal	HM	SINAVE	0	2018	0				
Número absoluto de casos de rubéola congénita	HM	SINAVE	0	2018	0				
Indicador de água segura (%)		INE	98,8 / 98,2 (PT / RAM)	2020	99,0				
Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)		INE	n.d. / 67,5 (PT / RAM)	2019	98,0				



9. Plano de Comunicação Estratégica

9. PLANO DE COMUNICAÇÃO ESTRATÉGICA: ALGUNS DESTAQUES⁵⁰

9.1. Nota introdutória

A definição de estratégias de comunicação de suporte ao Plano Nacional de Saúde 2021-2030 é um imperativo nas diferentes etapas do processo, constituindo um suporte fundamental, quer para a sua elaboração, quer para a sua implementação. As presentes recomendações centram-se em linhas orientadoras de âmbito macro, emergentes dos princípios que definem a essência constitutiva do PNS 2021-2030. Deverão ser obrigatoriamente atualizadas e aprofundadas na sua vertente estratégica e operacional face à definição de objetivos de saúde concretos e de estratégias de intervenção dependentes do processo em desenvolvimento.

Tendo em conta que o Plano Nacional de Saúde é um instrumento estratégico constituído por orientações e recomendações que visam o alinhamento das políticas de saúde, sublinha-se, aqui, o papel central da comunicação estratégica em saúde e o seu potencial como elemento facilitador desse processo.

Face ao diagnóstico realizado, as presentes orientações de comunicação focam-se em **práticas de comunicação participativa e colaborativa**, pautadas pelos princípios da **cocriação e implicação de multistakeholders**. Desta forma, será possível responder às expectativas de comunicação de um plano estratégico, que se assume como mais do que um documento, um processo, definido pelo seu carácter participativo e coprodutivo e que procura, em última instância, uma **corresponsabilização** social conducente a mudanças efetivas

9.2. Desafios/objetivos de comunicação

As expectativas emergentes da auditoria de comunicação ao PNS 2021-2030 sintetizam-se nos seguintes **objetivos de comunicação**: informar, motivar, envolver, participar e avaliar (Quadros 45 e 46).

⁵⁰ Decorrentes da elaboração dos seguintes documentos:

- *Estratégia de Comunicação para apoio à construção do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030*
- *Guia de Comunicação em Saúde: Boas Práticas*
- *Guia de Comunicação em Saúde: Áreas Especializadas*

Quadro 45. Objetivos de comunicação

Desafio	Âmbito
Informar	Informar sobre a existência do PNS, natureza e linha de atuação
Motivar	Motivar os diferentes intervenientes, incluindo-os plenamente em todas as fases
Envolver	Envolver os diferentes <i>stakeholders</i> através de ferramentas concretas de participação
Avaliar	Avaliar o progresso para garantir a natureza cíclica e evolutiva do PNS

Fonte: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS)/ Universidade do Minho (UM)

Os desafios resumidos no Quadro 45 encontram-se refletidos nos principais **propósitos** do PNS 2021-2030 (Quadro 46).

O processo de resposta aos referidos desafios baseou-se, numa fase inicial, na **criação de estruturas identitárias e comunicacionais prévias**. Neste âmbito, o trabalho de criação de uma identidade de marca (motivação e envolvimento) e um *website* (informação e envolvimento) capaz de tornar tangível esta marca, foram dois marcos significativos no enquadramento estratégico do PNS 2021-2030.

Quadro 46. Propósitos do PNS 2021-2030 e Objetivos de Comunicação

Propósito(s) do PNS	Desafio	Objetivo(s) de Comunicação
<i>Fazer as melhores escolhas, focando no que é mais importante</i>	Informar e motivar	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação
		Dar a conhecer o estado de saúde da população e estratégias de intervenção
		Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde como um compromisso social
		Criar redes colaborativas e relações de confiança
<i>Alinhar cada parte interessada, no sentido do trabalho conjunto, orientando e facilitando a construção de um compromisso social</i>	Motivar e envolver	Mobilizar interna e externamente através de oportunidades de participação
		Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa através da participação
		Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i> (colaboração)
<i>Potencializar o PNS para a governação em saúde</i>	Informar e envolver	Ativar e enraizar o sentimento de pertença
		Partilhar conhecimento para resiliência comunitária
		Avaliar o progresso

Fonte: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS)/ Universidade do Minho (UM)

9.3. Públicos-alvo

Os públicos-alvo deste plano de comunicação encontram-se alinhados com os destinatários do próprio PNS (Quadro 47).

Quadro 47. Públicos-alvo do PNS 2021-2030

Segmentação	Públicos-alvo
Internos	Ministra da Saúde e respetivo Gabinete Diretora-Geral da Saúde Diretora Executiva do PNS Coordenação técnica da estratégia e do PNS Equipa de Apoio
Externos	Stakeholders dentro do sector da saúde (profissionais, alunos e organizações no sector da saúde, tais como a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), ARS, hospitais, institutos nacionais, comissões/conselhos nacionais, instituições de ensino superior, associações especializadas, instituições internacionais) Stakeholders fora do sector da saúde (organizações diversas tais como misericórdias, autarquias, Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR), comissões/conselhos nacionais, institutos nacionais, forças de segurança pública, governo, instituições de ensino médio e superior, associações diversas) Comunidade local (setor público, privado e social) População em geral Média (local, nacional, internacional e de especialidade) Entidades externas (relação com ODS e OMS)

ACSS - Administração Central dos Sistemas de Saúde; ARS – Administração Regional de Saúde; CCDR – Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional; ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; OMS – Organização Mundial de saúde; PNS – Plano Nacional de Saúde

Fonte: CECS/UM

9.4. Eixos de comunicação

A conjugação dos elementos estratégicos esmiuçados anteriormente permite discernir um conjunto de eixos de comunicação, capazes de indicar possíveis caminhos de ação:

- Processo colaborativo;
- Inclusão;
- Participação;
- Integração;
- Responsabilidade;
- Compromisso.

A partir destes eixos gerais deverá haver uma declinação temática em função das necessidades de saúde e das respetivas estratégias de intervenção selecionadas. Neste âmbito, destacam-se eixos temáticos relacionados com a **promoção e prevenção** (por exemplo, de doenças determinadas pelo estilo de vida); **qualidade** (cobertura, acesso e prestação de cuidados) e **consciencialização** (por exemplo, relacionada com a saúde mental). Tudo isto enquadrado pelos princípios da **saúde sustentável** e da **intervenção multisectorial** (ODS).

As eventuais derivações temáticas devem ter uma estratégia de comunicação própria em função dos respetivos objetivos e públicos-alvo a definir posteriormente.

9.5. Mensagens-chave

Os eixos de comunicação encontram sustentação e legitimidade num conjunto de mensagens-chave, associadas ao PNS 2021-2030 e que devem ser amplamente transmitidas, como por exemplo:

- *O PNS é um processo colaborativo em construção, mesmo durante a sua implementação;*
- *É um instrumento que orienta e influencia as políticas públicas;*
- *Participar no PNS é poder influenciar o estado da saúde em Portugal nos próximos 10 anos;*
- *Todos somos atores de saúde e temos a possibilidade e a responsabilidade de participar na sua construção;*
- *A participação de todos é essencial para alcançar ‘Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s’.*

9.6. Mix de Comunicação

A concretização dos eixos de comunicação (e mensagens-chave) encontrados poderá contar com o apoio das seguintes modalidades comunicativas (e respetivos canais) (Quadro 48).

Quadro 48. Mix de comunicação

Mix de comunicação	Canais
Digital	Website PNS Websites institucionais (DGS, Governo/Ministério da Saúde) Redes Sociais de entidades parceiras (Ex: Direção-Geral da Saúde) E-mail (<i>Mailing Lists</i>) Plataformas complementares (<i>apps</i> e <i>newsletter</i> digitais)
Relações Públicas	Eventos (lançamento, ações de formação, <i>workshops</i> , encontros, etc.) Reuniões gerais e bilaterais Assessoria de Imprensa Pontos de contacto
Publicidade Institucional	Cartazes <i>Flyers</i> <i>Newsletter(s)</i> <i>Display Systems</i> (parceiros)

DGS – Direção-Geral da Saúde; PNS – Plano Nacional de Saúde

Fonte: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS)/ Universidade do Minho (UM)

9.7. Etapas/ *Outputs*(ações) de Comunicação

A preocupação de dotar este documento instrumental com uma dinâmica envolvente e agregadora confluiu no desenho de um conjunto de ações e *outputs* de comunicação que se dividem pelas três etapas fundamentais: **construção, lançamento e implementação** (Quadro 49).

Após a conclusão de cada uma destas etapas torna-se fundamental a existência de um **momento de avaliação** de resultados e da estratégia comunicacional adotada. Esta etapa pode ser implementada através da recolha de *feedback* dos diferentes públicos-alvo e acompanhamento dos resultados de forma faseada e sistemática ao longo do processo.

Quadro 49. Etapas/*Outputs* (ações) de comunicação

Etapa	Objetivo de comunicação	Output (ação)
<i>Construção</i>	Ativar e enraizar o sentimento de pertença	Criação da identidade de marca do PNS 2021-2030
	Mobilizar interna e externamente	
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa	Website PNS 2021-2030
	Ativar e enraizar o sentimento de pertença	
	Partilhar conhecimento para resiliência comunitária	
	Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde pública como um compromisso social	Vídeo de Apresentação PNS 2021-2030 (Assessoria estratégica)
	Criar redes colaborativas e relações de confiança	
	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	
	Mobilizar interna e externamente	Reuniões e contactos periódicos com os principais <i>stakeholders</i> (assessoria estratégica)
	Criar redes colaborativas e relações de confiança	
	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	
	Partilhar conhecimento para resiliência comunitária	
<i>Lançamento</i>	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação	Evento de lançamento (organização e assessoria)
	Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde como um compromisso social	
	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	
	Ativar e enraizar o sentimento de pertença	Evento de lançamento (relações mediáticas) – <i>Press Kit</i>
	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação	
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa	
<i>Implementação</i>	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Kit PNS – ‘aqui, implementamos o PNS todos os dias’
	Ativar e enraizar o sentimento de pertença	
	Criar redes colaborativas e relações de confiança	
	Partilhar conhecimento para resiliência comunitária	Website (alimentação de conteúdos)
	Dar a conhecer o estado de saúde da população e as estratégias de intervenção selecionadas	
	Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde pública como um compromisso social	Eventos temáticos bilaterais (oportunidade de participação e estratégias de intervenção)
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa através da participação	
	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	
	Mobilizar interna e externamente	Pontos de situação da evolução (valorização e responsabilização)
	Criar redes colaborativas e relações de confiança	
	Avaliar o progresso	
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa	Guia de Boas Práticas (comunicação e implementação)
	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	
	Ativar e enraizar o sentimento de pertença	
	Criar redes colaborativas e relações de confiança	

PNS – Plano Nacional de Saúde

Fonte: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS)/ Universidade do Minho (UM)

Referências Bibliográficas

1. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde, um compromisso: uma estratégia para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde; 1999. 2.
2. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2004.
3. Portugal. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2012.
4. Portugal. Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República nº 169/2019, Série I; 2019.
5. Portugal. Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde. Termos de Referência para o processo de construção e implementação do PNS 2021-2030. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2020.
6. United Nations. Report of the Capacity Building Workshop and Expert Group Meeting on Integrated Approaches to Sustainable Development Planning and Implementation. New York: United Nations; 2015.
7. Organization for Economic Co-operation and Development. Policy coherence for sustainable development 2018: towards sustainable and resilient societies. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2018.
8. WHO/Europe | Sustainable Development Goals. E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development - Resources and tools for policy development and implementation. Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe; 2021.
9. Crisp N. Health planning – a global perspective. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical 2017;16(Supl. 1):9-15.
10. United Nations. Transforming our world: The 2030 Agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015.
11. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. Ciência & Saúde Coletiva 2017;22(3):701-711.
12. Georgina A. PHEindicator methods: Common Public Health Statistics and their Confidence Intervals. R package version 1.3.2; 2020 [acedido em 24-10-2021]. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=PHEindicator methods>.
13. O'Hara-Wild M, Hyndman R, Wang E. fable: Forecasting Models for Tidy Time Series. R package version 0.3.1.; 2021 [acedido em 24-10-2021]. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=fable>.
14. Sachs J, Kroll C, Lafortune G, Fuller G, Woelm F. The Decade of Action for the Sustainable Development Goals: Sustainable Development Report 2021. Cambridge: Cambridge University Press; 2021. doi: 10.1017/9781009106559.
15. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Destaque: CENSOS 2021 – divulgação dos resultados provisórios (versão retificada em 21 de dezembro de 2021). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal; 16 de dezembro de 2021.
16. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. População estrangeira com estatuto legal de residente [base de dados]. [acedido em 20-10-2021]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
17. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Destaque: Projeções de População Residente 2018-2080. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal; 31 de março de 2020.
18. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Objectivos de desenvolvimento sustentável - Agenda 2030. Indicadores para Portugal - 2010/2020. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal; 2021.
19. Organization for Economic Co-operation and Development. Measuring Distance to the SDG Targets 2019: An Assessment of Where OECD Countries Stand. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing; 2019 [acedido em 20-10-2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/a8caf3fa-en>.
20. Gouveia M, Ascensão R, Fiorentino F, Costa J, Caldeira D, Broeiro-Gonçalves P, et al. The current and future burden of heart failure in Portugal. ESC Heart Failure. 2019;6(2):254–61.
21. European Commission. EUROSTAT. Your key to European statistics [dataset]. [acedido em 10-11-2021]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/main>.

22. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/ Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na EU. OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas; 2021.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2021 [acedido em 20-11-2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
24. World Health Organization. World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.
25. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare | Viz Hub. [acedido em 02-09-2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
26. Gaspar de Matos M. Equipa Aventura Social. Relatório do estudo HBSC 2018: A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão – Dados nacionais do estudo HBSC 2018. Lisboa: Editora Equipa Aventura Social, Faculdade de Motricidade Humana/Universidade de Lisboa; 2018.
27. Sítio oficial da Comissão Europeia. ECIS - European Cancer Information System. [acedido em 20-11-2021]. Disponível em: <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>.
28. Barreto M, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2016.
29. European Commission. EUROSTAT. Chronic diabetes affects millions of people in the EU [dataset]. [acedido em 10-08-2021]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/product?code=EDN-20171113-1>
30. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2020 [acedido em 20-11-2021]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_4faf4e43-en.
31. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral. III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais 6, 12, 18, 35-44 e 65- 74 anos. Relatório. Apresentação de Resultados. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2015.
32. Malmö University/WHO, Oral Health Country/Area Profile Project - Portugal. [acedido em 05-06-2021]. Disponível em: <https://capp.mau.se/country-areas/portugal/>.
33. Healthiest_teeth_index_Quomedical; 2020 [acedido em 05-06-2021]. Disponível em: [*Healthiest Teeth Index*](#).
34. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório de Vigilância e Monitorização da Tuberculose em Portugal. Dados definitivos 2018/19. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2020.
35. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2021.
36. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2020.
37. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. J Pain. 2012 Aug;13(8):773-83. doi: 10.1016/j.jpain.2012.05.012
38. Breivik H, Eisenberg E, O'Brien T. The individual and societal burden of chronic pain in Europe: the case for strategic prioritisation and action to improve knowledge and availability of appropriate care. BMC Public Health. 2013 Dec;13:1229. doi: 10.1186/1471-2458-13-1229.
39. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. The economic impact of chronic pain: a nationwide population-based cost-of-illness study in Portugal. Eur J Health Econ. 2016 Jan;17(1):87-98. doi: 10.1007/s10198-014-0659-4.
40. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Inquérito Nacional de Saúde 2019. Destaque de 26 de junho de 2020. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2020 [retificado em 6-08-2020; acedido em 12-04-2021]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_acciao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modulo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=obesidade&frm_modulo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_

data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Destaques&xlang=pt.

41. World Health Organization (WHO) – Regional Office for Europe. Healthy, Prosperous Lives for All: The European Health Equity Status Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

42. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Rendimento e Condições de Vida 2020 (Dados provisórios). Destaque de 19 de fevereiro de 2021. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 [acedido em 20-04-2021].

Disponível em:

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=482413323&att_display=n&att_download=y.

43. European Commission. EUROSTAT. People at risk of poverty or social exclusion by age and sex - new definition [database]. [acedido em 10-11-2021].

Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_peps01n/default/table?lang=en.

44. Delgado A, Wall K. Famílias nos censos 2011: diversidade e mudança. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; Instituto de Ciências Sociais. Imprensa de Ciências Sociais; 2014.

45. Chen Y, VanderWeele TJ. Associations of Religious Upbringing With Subsequent Health and Well-Being From Adolescence to Young Adulthood: An Outcome-Wide Analysis. *American Journal of Epidemiology* 2018 Nov [acedido em 12-10-2021];187(11):2355-2364. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/aje/kwy142>.

46. Teixeira, A (coord.). Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas. Relatório, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa: CESOP e CERC; 2012.

47. Sítio do Pew Research Center. Being Christian in Western Europe. Washington, United States; 2018 [acedido em 12-10-2021]. Disponível em: <https://www.pewforum.org/2018/05/29/being-christian-in-western-europe/>.

48. Vilaça, H. Novas paisagens religiosas em Portugal: do centro às margens. *Didaskalia* 2013;XLIII(1):81-114.

49. Banco Mundial. Índice de Gini – Portugal [dataset]. [acedido em 20-10-2021].

Disponível em: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=PT>.

50. Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al, Consórcio IAN-AF. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico. Universidade do Porto; 2017.

51. Campanale C, Massarelli C, Savino I, Locaputo V, Uricchio VF. A Detailed Review Study on Potential Effects of Microplastics and Additives of Concern on Human Health. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(4):1212. doi:10.3390/ijerph17041212.

52. Namorado S, Santos J, Antunes L, Kislaya I, Santos AJ, Castilho E, et al. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Determinantes de Saúde. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP; 2017.

53. European Commission. EUROSTAT. European Health Interview Survey (EHIS) [dataset]. [acedido em 10-11-2021]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey>.

54. European Union. Sustainable Development in the European Union – Monitoring Report on Progress Towards the SDGs in an EU Context – 2021 edition. 5th ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.

55. Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI Portugal 2019 [acedido em 3-11-2021]. Disponível em: https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/07/COSI2019_FactSheet.pdf.

56. Balsa C, Vital C, Urbano C. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral. Portugal 2016/17. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2018.

57. Lavado E, Calado V, Feijão F. ECATD-CAD: Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco, droga e outros comportamentos aditivos e dependências. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2019.

58. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA Joint Publications. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

59. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. *International Dental Journal* 2017;67(3):139-147.

60. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Portugal profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington; 2021 [acedido em 30-12-2020].

Disponível em: <http://www.healthdata.org/>

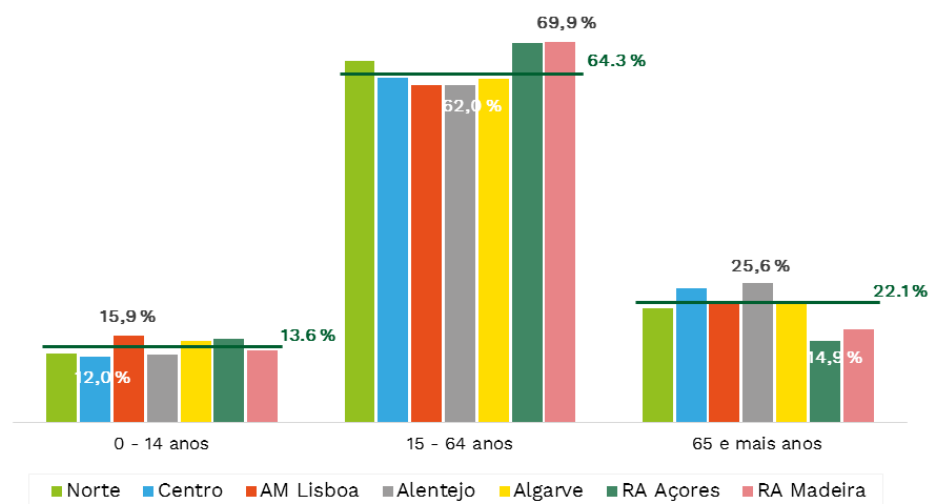
61. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Aug;396(10258):1250-1284. doi:10.1016/S0140-6736(20)30750-9.
62. European Commission. *The State of Health in the EU: Companion Report 2021*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2021.
63. Portugal. Ministério da Saúde. *Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2020 - Relatório anual*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021.
64. Portugal. Ministério da Saúde. *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde; 2019.
65. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. *Recomposição da despesa corrente em saúde com o reforço da despesa pública e redução da despesa privada no contexto da pandemia. Destaque de 1 de julho de 2021 - Conta Satélite da Saúde 2000-2020Pe* [acedido em 30-10-2021].
Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=473139200&DESTAQUE_Smodo=2
66. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. *Vigilância de mortalidade (eVM)*. [acedido em 03-05-2021].
Disponível em: <https://evm.min-saude.pt/>.
67. Caldas de Almeida T, Heitor MJ, Santos O, Costa A, Virgolino A, Rasga C, et al. *Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge IP; 2020.
68. Caldas de Almeida JM, Xavier M. *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1º relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 2009 [citado em 17-09-2021].
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/278786138_Estudo_Epidemiologico_Nacional_de_Saude_Mental_1_Relatorio
69. Organization for Economic Co-operation and Development. *Global prospects are improving but performance diverges strongly across countries* [data Insights]. [acedido em 20-12-2021].
Disponível em:
<https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/eo-2021-05-global-prospects-are-improving-but-performance-diverges-strongly-across-countries>.
70. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *Health-related SDGs | Viz Hub*. [acedido em 02-09-2021].
Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.
71. Muff K, Kapalka A, Dyllick T. *The Gap Frame - Translating the SDGs into relevant national grand challenges for strategic business opportunities*. *The International Journal of Management Education* 2017;15:363-383.
72. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P. *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. London: Institute of Health Equity; 2020.
73. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. *WHO European review of social determinants of health and the health divide*. *Lancet* 2012;380:1011-29.
doi: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
74. World Health Organization. *COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief*. Geneva: World Health Organization; 2021.
75. Ribeiro AI, Launay L, Guillaume E, Launoy G, Barros H. *The Portuguese version of the European Deprivation Index: Development and association with all-cause mortality*. *PLoS ONE* 2018;13(12): e0208320.
Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208320>.
76. Universidade de Coimbra. *Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT). Ines – Índice de Saúde da População*. [acedido em 03-12-2021].
Disponível em: saudemunicipio.uc.pt.
77. Santana P (coordenador). *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental*. Coimbra: Centro de Estudos de Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT), Universidade de Coimbra; 2015. [acedido em 03-12-2021].
Disponível em: <https://www.uc.pt/fluc/gigs/GeoHealthS/ebook>.
78. Tavares AM, Garcia AC, Gama A, Abecasis AB, Viveiros M, Dias S. *Tuberculosis care for migrant patients in*

- Portugal: a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res.* 2019 Apr;18;19(1).233. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4050-0>.
79. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Foresight Data. [acedido em 02-09-2021]. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight>.
80. Sítio oficial do Conselho da União Europeia e do Conselho Europeu. [acedido 20-11-2021]. Disponível em: <https://www.consilium.europa.eu/pt/meetings/international-summit/2021/11/01>.
81. Sítio oficial do Instituto Português do Mar e da Atmosfera (IPMA). Lisboa, Portugal; 2021. [acedido 15-12-2021]. Disponível em: <https://www.ipma.pt/pt/oclima/servicos.clima/index.jsp?page=cenarios21.clima.xml>.
82. Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, Alonso A, Beaton AZ, Bittencourt MS, et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation.* 2022 Jan;145(8):e153–e639. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001052>.
83. French Presidency of the Council of the European Union. European Ethical Principles for Digital Health. European Union; 2022.
84. Portugal. Ministério da Saúde. Conselho Consultivo do PNS 2021-2030. Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Contributos do Conselho Consultivo – Relatório Síntese. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2021.
85. Portugal. Conselho Nacional de Saúde, Federação Nacional das Associações Juvenis, Direção-Geral de Educação. Agenda da Juventude para a Saúde 2030. Lisboa: Conselho Nacional de Saúde; 2021.
86. Arnold C. Is precision public health the future — or a contradiction? *Nature.* 2022;601:18-20. Disponível em <https://doi.org/10.1038/d41586-021-03819-2>.
87. Parlamento Europeu, Conselho da União Europeia. Regulamento (UE) 2021/522 que cria um programa de ação da União no domínio da saúde («Programa UE pela Saúde») para o período 2021-2027. [acedido em 14-12-2021]. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32021R0522&from=PT>
88. European Observatory on Health Systems and Policies. Health system resilience and COVID-19: Lessons and strategies for building back better [webinar]. 16 de novembro de 2021 [acedido em 30-11-2021]. Disponível em: <https://eurohealthobservatory.who.int/news-room/events/item/2021/11/16/default-calendar/health-systems-resilience>.
89. World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/NMH/PND/17.5).
90. Parlamento Europeu, Conselho Europeu, Comissão Europeia. Declaração comum sobre a Conferência sobre o Futuro da Europa. Diálogo com os cidadãos pela democracia – Construir uma Europa mais resiliente. União Europeia; 2020.
91. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE). Estudo económico da OCDE sobre Portugal (dezembro 2021). [acedido em 14-01-2022]. Disponível em: [Retrato económico de Portugal - OECD](#).
92. Conselho Europeu. Recomendação do Conselho relativa ao Programa Nacional de Reformas de Portugal de 2020. Bruxelas: Comissão Europeia; 2021. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0522&from=EN>.
93. Sítio oficial da União Europeia. NextGenerationEU: European Commission endorses Portugal's €16.6 billion recovery and resilience plan. [acedido em 28-09-2021]. Disponível em: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_2985.



Anexos

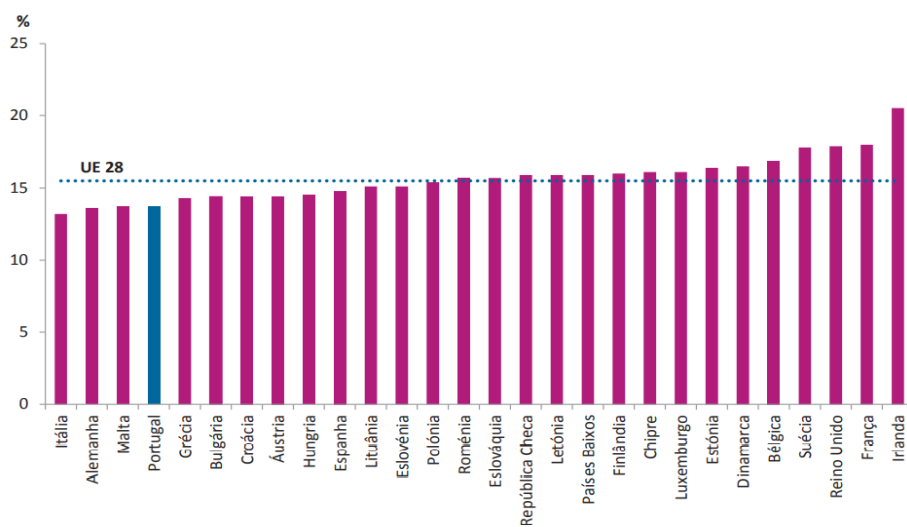
ANEXO 1. Caracterização Demográfica - Anexos



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

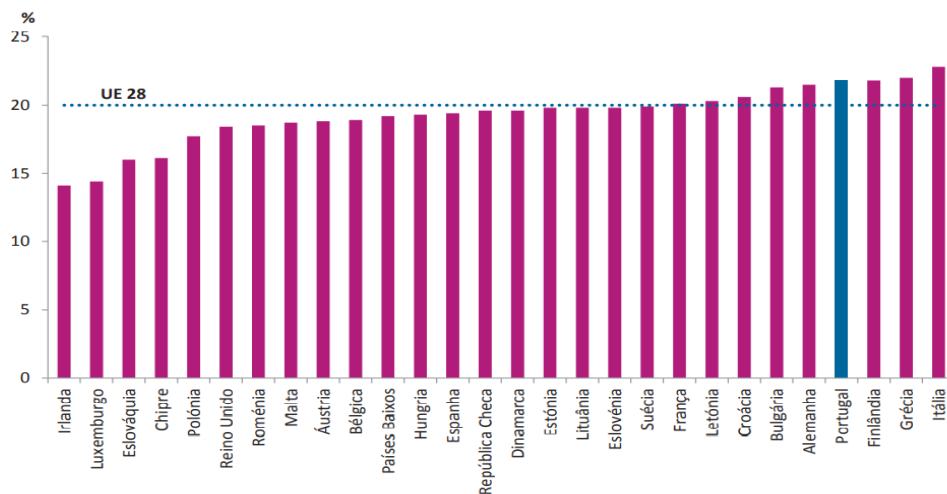
Anexo 1.1. Distribuição proporcional das estimativas da população residente por grupo etário em Portugal e regiões NUTS II, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



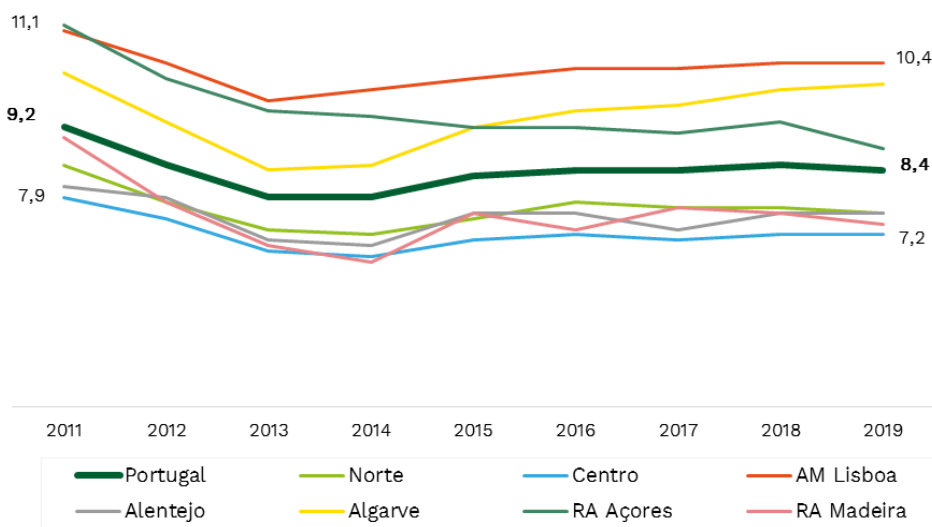
Anexo 1.2. Distribuição da proporção de jovens (idade inferior a 15 anos), União Europeia (UE28), 2018

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal



Anexo 1.3. Distribuição da proporção de idosos (idade igual ou superior a 65 anos), União Europeia (UE28), 2018

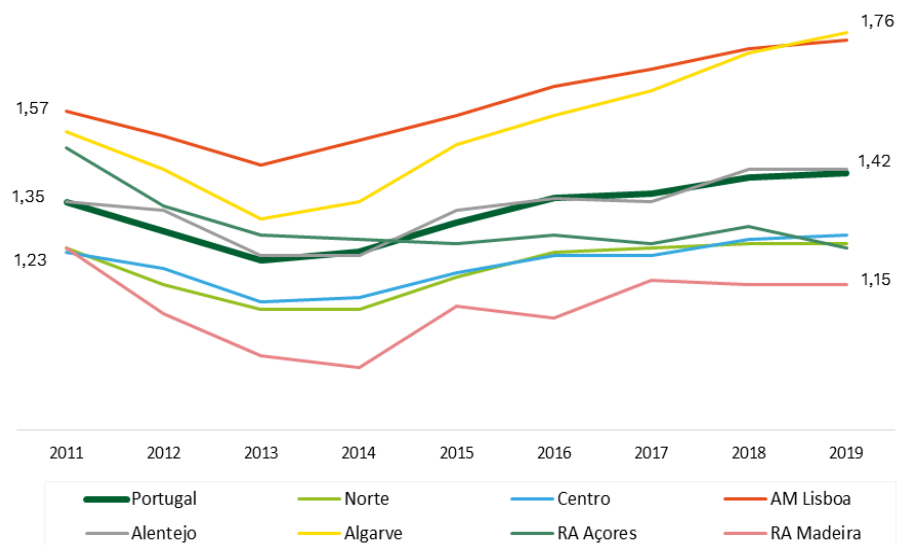
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Anexo 1.4. Evolução da taxa bruta de natalidade (por 100.000 habitantes) em Portugal e NUTS II, 2011-2019

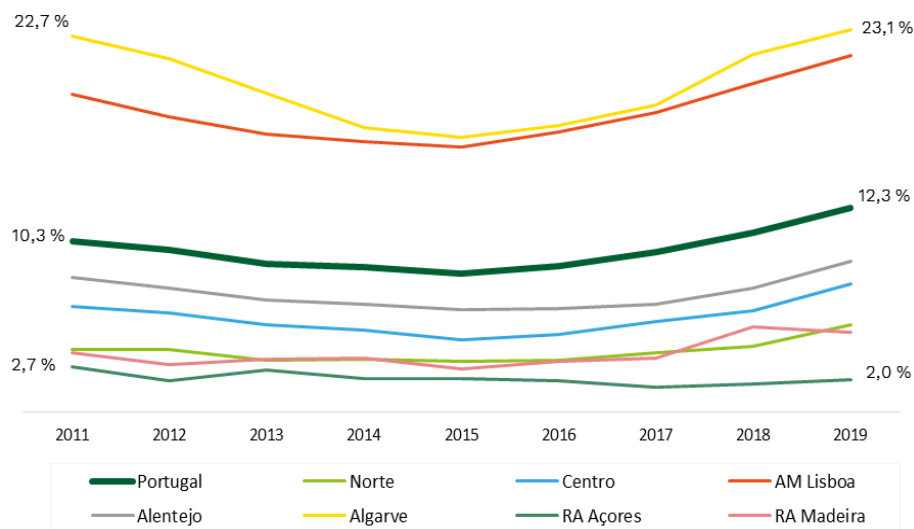
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Anexo 1.5. Evolução do índice sintético de fecundidade em Portugal e NUTS II, 2011-2019

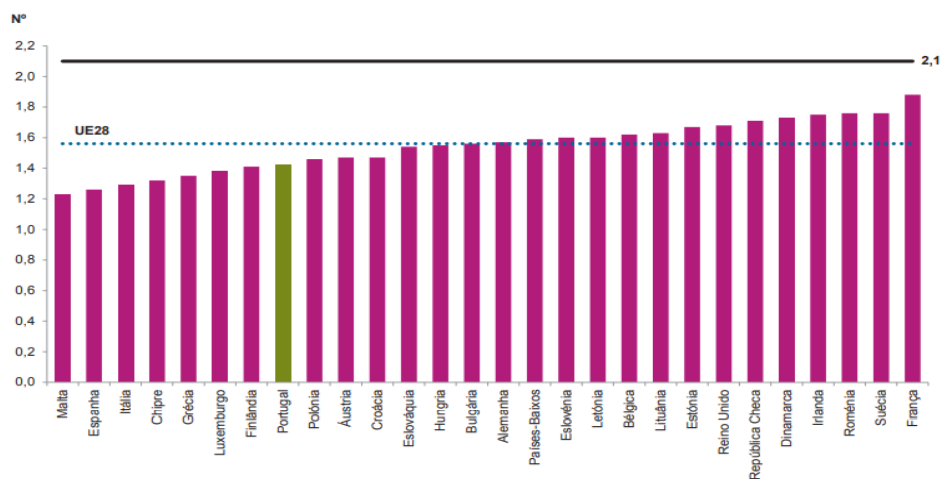
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

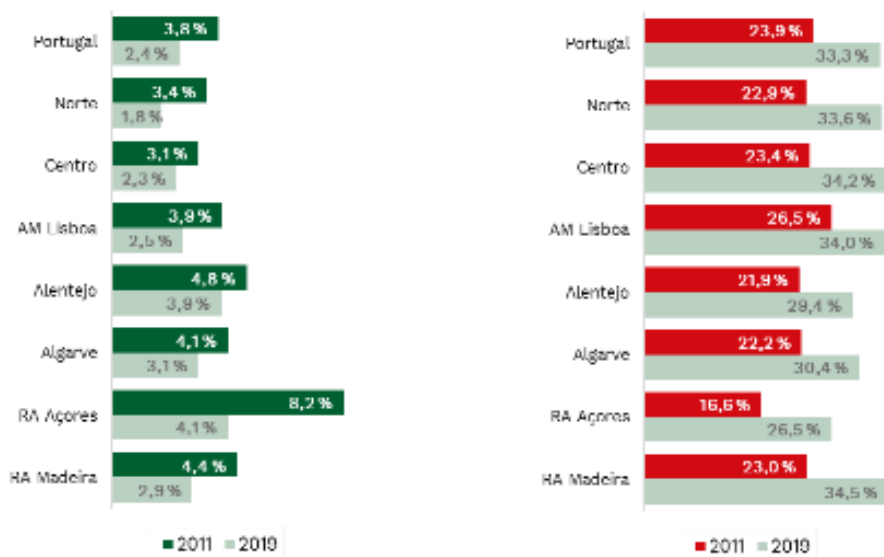
Anexo 1.6. Evolução da proporção de nascidos-vivos de nacionalidade estrangeira em Portugal e NUTS II, 2011-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 1.7. Índice sintético de fecundidade, União Europeia (UE28), 2018

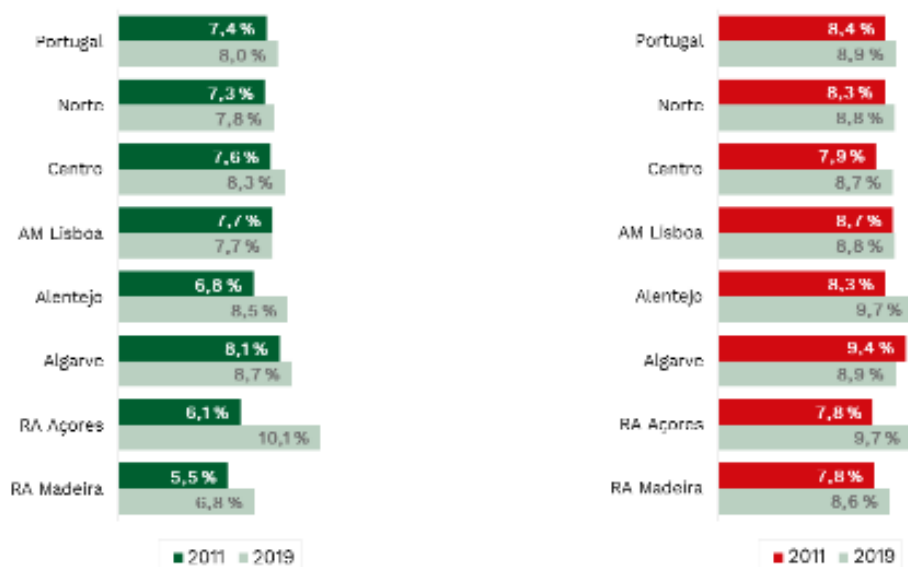
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Anexo 1.8. Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (à esquerda) e mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (à direita) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Anexo 1.9. Proporção de nados-vivos prematuros (à esquerda) e com baixo peso à nascença (à direita) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 1.10. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), Portugal e NUTS II, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Portugal	1.006,9	1.031,7	1.002,0	966,7	979,3	976,0	948,4	956,2	925,0	735,5	1.186,4
Norte	988,8	1013,6	987,2	944,7	956,4	944,6	926,9	915,9	884,2	704,5	1.130,1
Centro	995,3	1.043,5	1.004,2	958,7	971,3	973,0	958,2	946,4	918,2	730,8	1.171,7
AM Lisboa	960,8	972,7	950,0	922,5	938,4	925,6	892,8	903,1	872,6	698,4	1.120,5
Alentejo	1.088,1	1.106,1	1.065,1	1.030,5	1.070,1	1.074,9	1.013,3	1.023,9	1.013,6	798,2	1.294,1
Algarve	1.017,8	1.042,4	1.016,8	982,2	988,8	1.049,7	1.048,3	1.029,3	976,9	730,5	1.290,8
RA Açores	1.422,0	1.305,0	1.436,0	1.360,6	1.347,6	1.390,2	1.271,8	1.254,1	1.215,3	998,6	1.512,0
RA Madeira	1.289,3	1.330,0	1.235,0	1.386,7	1.309,8	1.277,4	1.196,0	1.277,5	1.216,5	956,9	1.690,1

TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal
 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal
 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) | M – sexo feminino | H – sexo masculino
 AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 1.11. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) em idade prematura (inferior a 75 anos), Portugal e NUTS II, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Portugal	366,8	360,1	353,2	338,8	336,2	338,5	331,4	331,6	325,0	204,7	466,1
Norte	351,9	347,6	334,2	325,2	319,4	320,0	313,4	311,7	305,5	189,1	441,6
Centro	350,9	348,7	343,4	323,5	321,3	325,5	328,2	312,2	313,3	195,3	448,8
AM Lisboa	365,9	356,7	353,5	337,3	338,3	335,8	325,7	332,9	317,1	208,6	449,5
Alentejo	396,6	382,5	377,8	355,1	367,6	372,6	359,7	353,2	369,6	226,6	526,5
Algarve	387,9	372,8	382,9	368,9	371,9	383,3	384,7	389,4	380,7	225,1	554,1
RA Açores	551,4	530,2	539,0	488,3	476,7	526,7	474,2	490,0	438,6	286,5	611,9
RA Madeira	483,2	485,8	467,6	498,3	444,6	446,9	423,8	442,8	439,5	277,4	653,2

■ TMP75 estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal

■ Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal

■ TMP75 estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

TMP75 – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), inferior a 75 anos

M – sexo feminino | H – sexo masculino

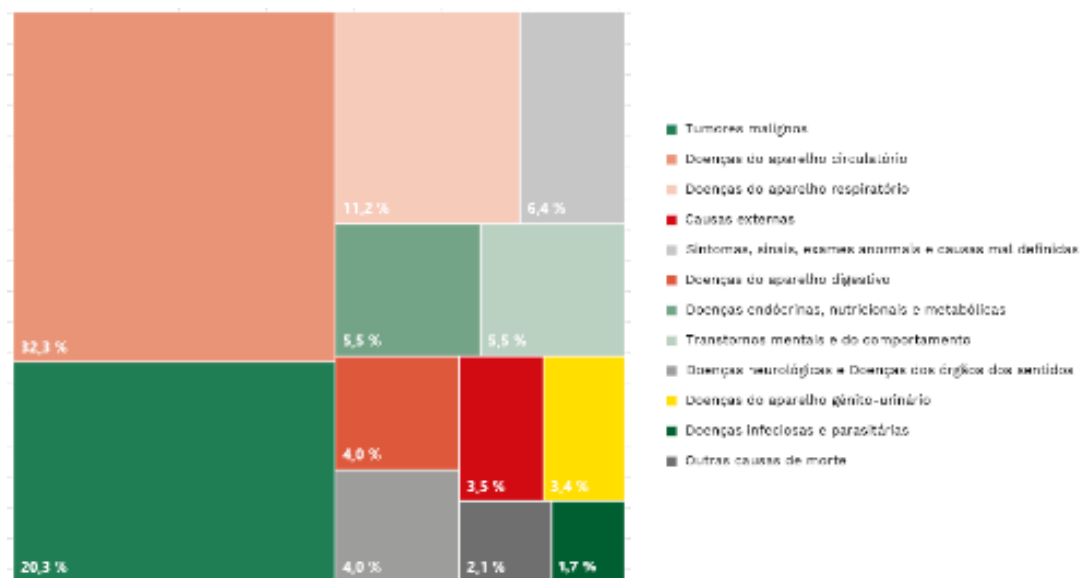
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

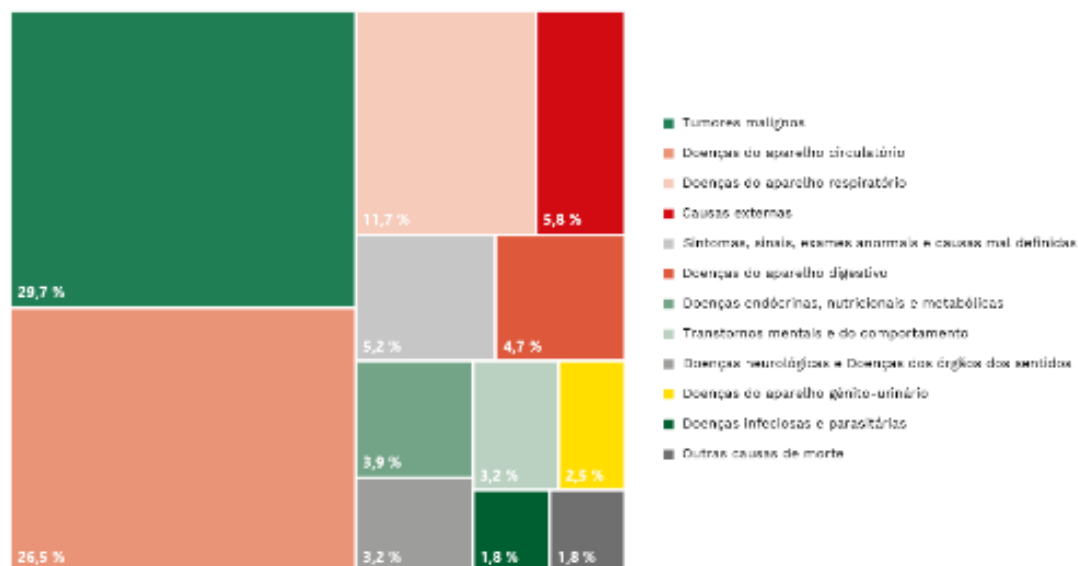
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

ANEXO 2. Informação epidemiológica - Anexos



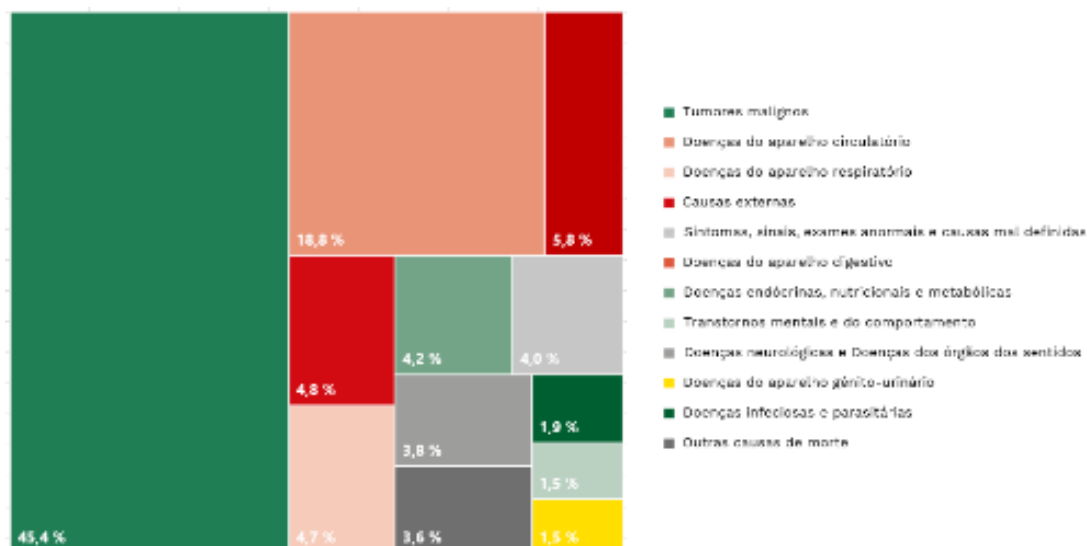
Anexo 2.1. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, sexo feminino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



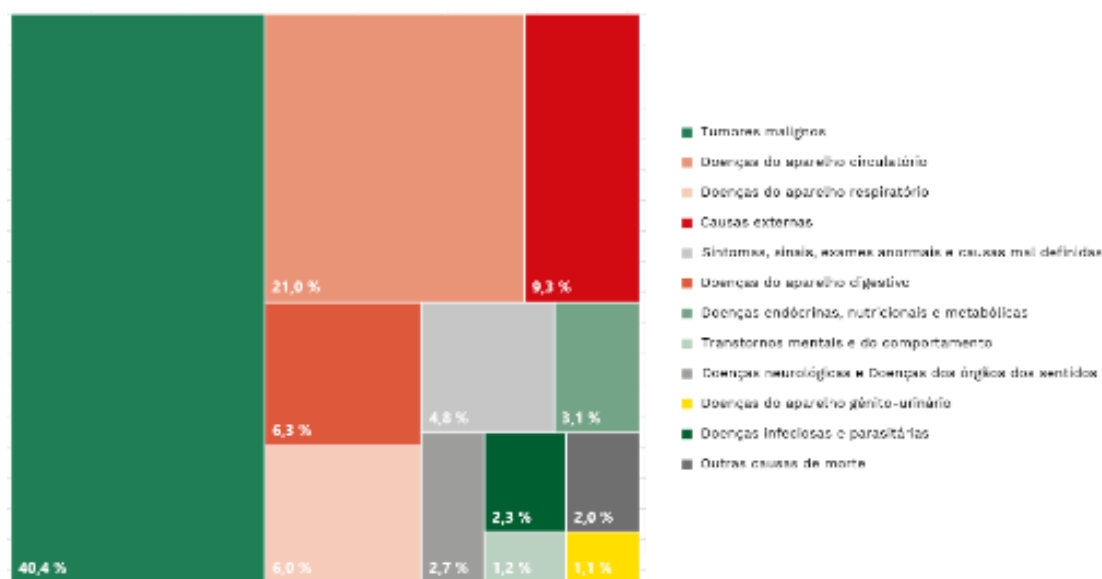
Anexo 2.2. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, sexo masculino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



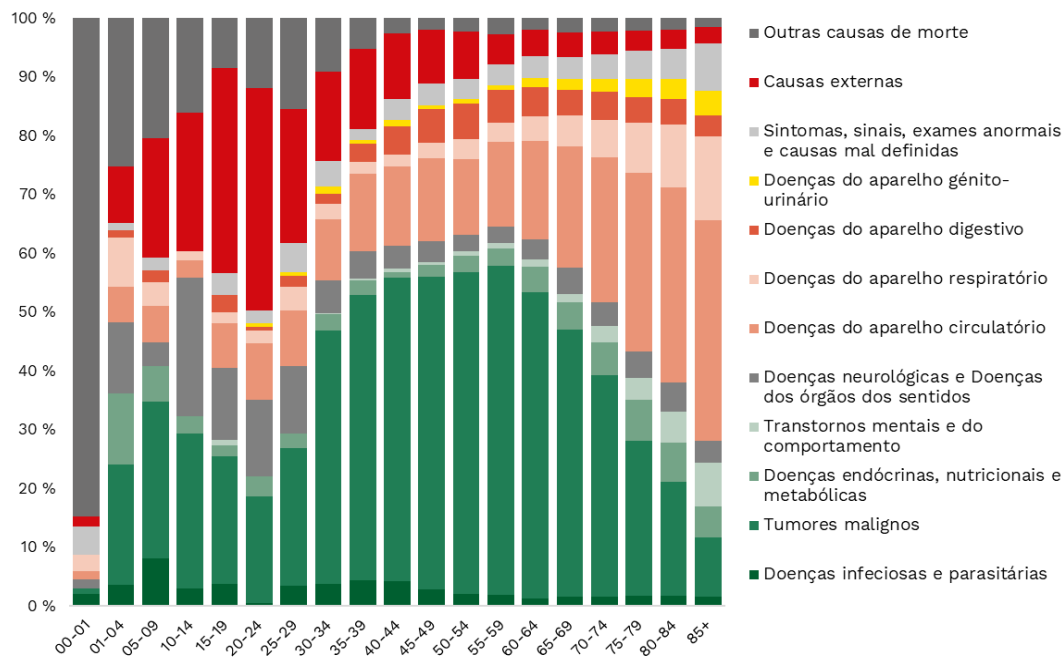
Anexo 2.3. Mortalidade proporcional em Portugal por grandes grupos de causas de morte, idade prematura (idade inferior a 75 anos), sexo feminino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



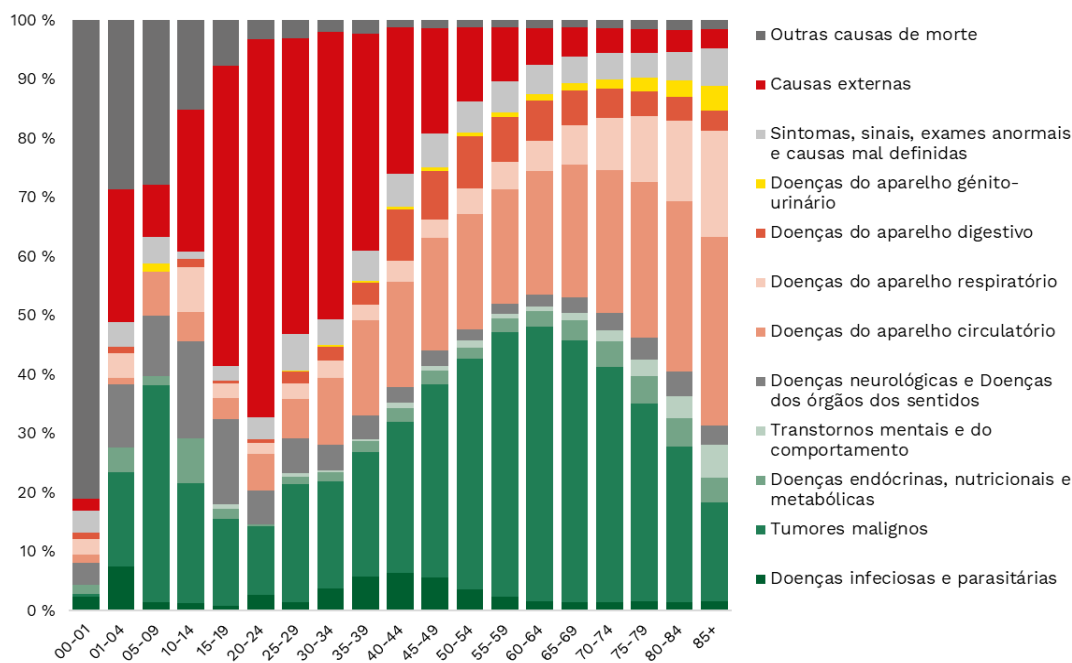
Anexo 2.4. Mortalidade proporcional em Portugal por grandes grupos de causas de morte, idade prematura (idade inferior a 75 anos), sexo masculino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.5. Distribuição percentual (%) dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, sexo feminino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.6. Distribuição percentual (%) dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, sexo masculino, 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.7. Evolução de indicadores de mortalidade por tumores malignos, Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Óbitos	25.536	25.690	25.860	26.165	26.593	27.306	27.434	27.849	28.464	11.649	16.815
M (%0000)	241,9	244,3	247,3	251,6	256,7	264,5	266,3	270,8	276,7	214,5	346,2
P (%0000)	246,2	244,3	242,1	241,3	241,6	244,2	241,8	241,5	242,6	169,0	347,6
Óbitos (<75)	13.163	13.069	13.085	13.007	13.268	13.446	13.669	13.623	13.753	5.086	8.667
% Óbitos (<75)	51,5 %	50,9 %	50,6 %	49,7 %	49,9 %	49,2 %	49,8 %	48,9 %	48,3 %	43,7 %	51,5 %
M (<75) (%0000)	137,2	137,1	138,4	138,7	142,4	145,0	148,0	148,0	149,7	107,0	195,4
P (<75) (%0000)	141,7	139,9	139,1	137,2	138,6	138,6	139,2	137,1	136,9	94,2	187,6
AVPP	117.078	114.921	112.653	112.080	111.111	110.442	113.990	109.180	109.337	45.441	63.896
Taxa de AVPP (%0000)	1.285,4	1.270,0	1.255,4	1.260,1	1.259,0	1.259,7	1.307,4	1.258,7	1.264,8	1.021,5	1.522,8

TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes)

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)

Óbitos (<75) – óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

% Óbitos (<75) – proporção de óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos) em relação ao total de óbitos pela causa de morte em estudo

TBM (<75) - taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

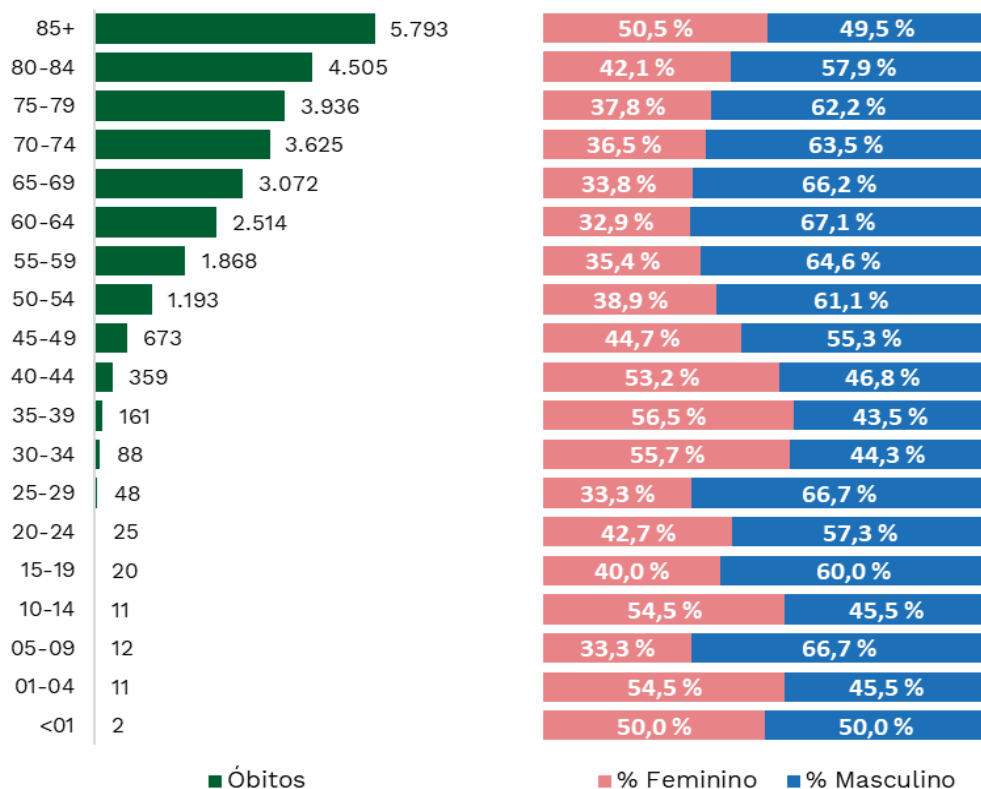
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos (por 100.000 habitantes)

AVPP – número de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos

Taxa de AVPP – taxa de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos (por 100.000 habitantes)

M – sexo feminino | H – sexo masculino

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.8. Distribuição da média anual de óbitos por tumores malignos, grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, Portugal, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.9. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por tumores malignos, Portugal e NUTS II, triénios de 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	245,9	245,6	244,2	242,6	241,7	242,4	242,5	242,5	242,0	166,7	348,7
Norte	239,7	239,0	237,6	237,3	236,8	237,6	235,4	234,4	232,6	155,5	339,7
Centro	231,2	232,2	232,6	229,2	227,8	227,6	232,7	233,6	234,4	162,7	334,9
AM Lisboa	261,5	259,5	256,2	253,9	253,8	254,2	253,0	250,3	247,3	177,6	350,9
Alentejo	243,6	244,9	241,0	239,0	239,5	243,9	243,8	243,1	242,1	163,1	349,9
Algarve	244,1	247,8	252,0	250,8	247,7	251,9	254,4	253,0	251,1	166,4	361,1
RA Açores	321,8	310,9	318,5	317,4	314,7	305,9	308,8	319,9	327,0	216,3	489,0
RA Madeira	261,7	271,3	260,4	270,3	258,5	260,7	254,1	260,2	264,2	191,2	396,3

 TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal	 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal	 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal
--	---	--

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.10. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por tumores malignos, idade prematura (idade inferior a 75 anos), Portugal e NUTS II, triénios de 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	141,8	140,9	140,2	138,7	138,3	138,1	138,8	138,3	137,7	93,5	190,1
Norte	137,9	137,0	136,3	135,6	135,3	134,8	133,7	133,0	132,5	84,4	189,4
Centro	129,0	129,6	130,6	128,1	127,6	126,7	130,0	129,2	129,7	88,6	177,5
AM Lisboa	152,6	149,3	147,6	145,0	145,3	144,6	145,6	144,2	142,3	103,9	189,7
Alentejo	136,8	139,5	135,2	134,0	134,5	139,3	140,8	139,3	139,0	94,7	188,8
Algarve	150,9	150,6	151,8	151,4	150,5	153,1	154,5	155,6	151,3	101,8	207,2
RA Açores	201,2	195,4	199,4	197,0	190,9	191,0	191,0	196,4	189,7	119,7	271,0
RA Madeira	155,4	159,5	157,6	165,9	157,1	152,4	146,0	148,6	151,6	104,3	215,8

 TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal	 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal	 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal
--	---	--

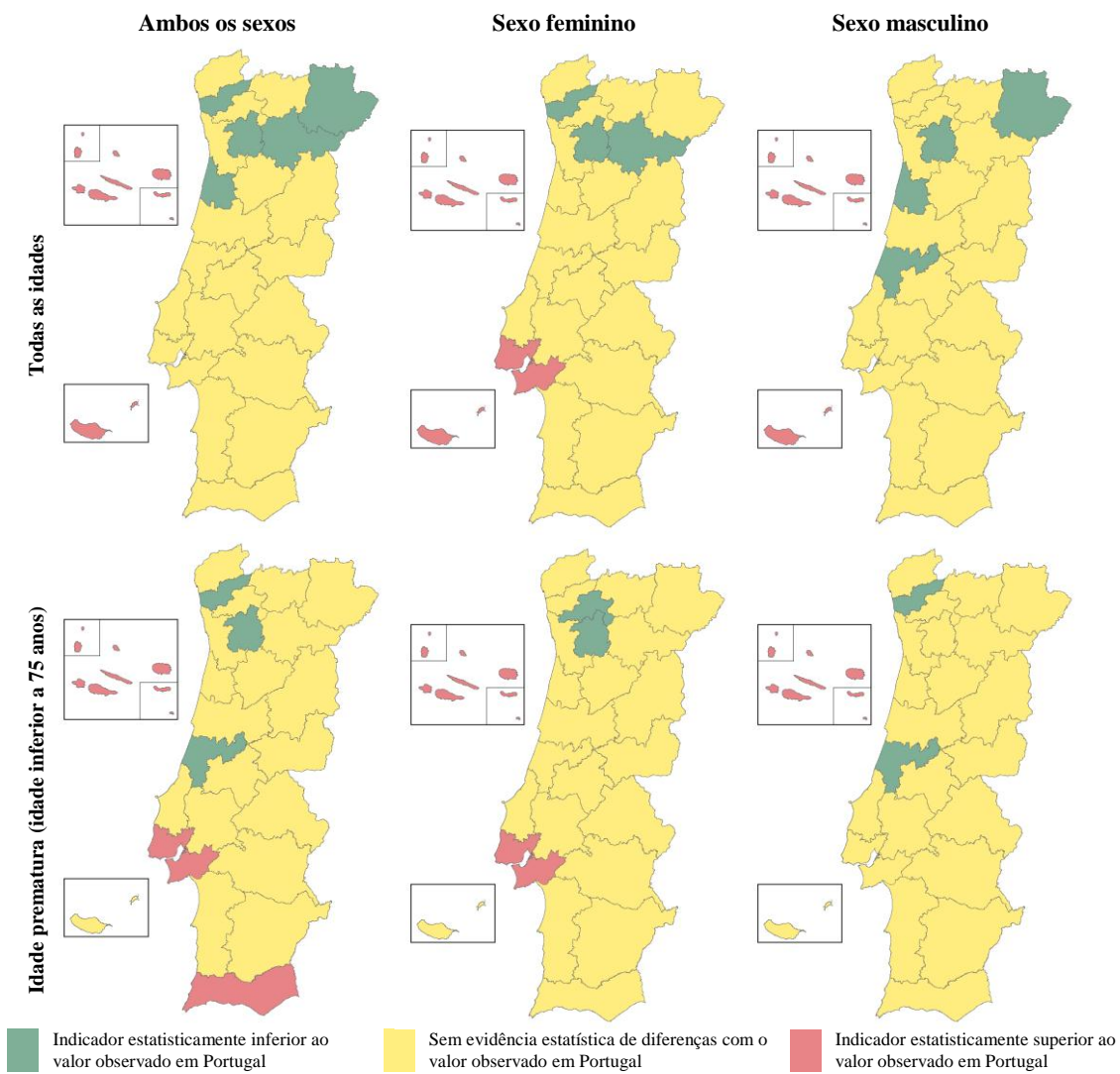
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.11. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por tumores malignos, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.12. Evolução de indicadores de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Óbitos	31.565	32.761	31.421	32.134	32.275	32.628	32.180	32.732	33.421	18.323	15.098
M (%00)	299,0	311,6	300,5	308,9	311,6	316,0	312,4	318,3	324,9	337,4	310,9
P (%00)	312,0	315,5	295,8	295,8	289,8	285,7	275,2	273,3	271,7	231,2	324,9
Óbitos (<75)	6.483	6.236	6.035	6.722	6.543	6.614	6.609	6.638	6.499	1.994	4.505
% Óbitos (<75)	20,5 %	19,0 %	19,2 %	20,9 %	20,3 %	20,3 %	20,5 %	20,3 %	19,4 %	10,9 %	29,8 %
M (<75) (%00)	67,6	65,4	63,8	71,7	70,2	71,3	71,6	72,1	70,7	42,0	101,6
P (<75) (%00)	70,6	67,7	65,0	71,7	68,8	68,6	67,6	66,9	64,8	36,6	97,9
PP	40.670	38.819	40.396	49.294	46.883	46.805	48.672	44.397	44.613	12.004	32.609
Taxa de AVPP (%00)	446,5	429,0	450,2	554,2	531,2	533,9	558,2	511,8	516,1	269,8	777,2

TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes)

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)

Óbitos (<75) – óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

% Óbitos (<75) – proporção de óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos) em relação ao total de óbitos pela causa de morte em estudo

TBM (<75) - taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

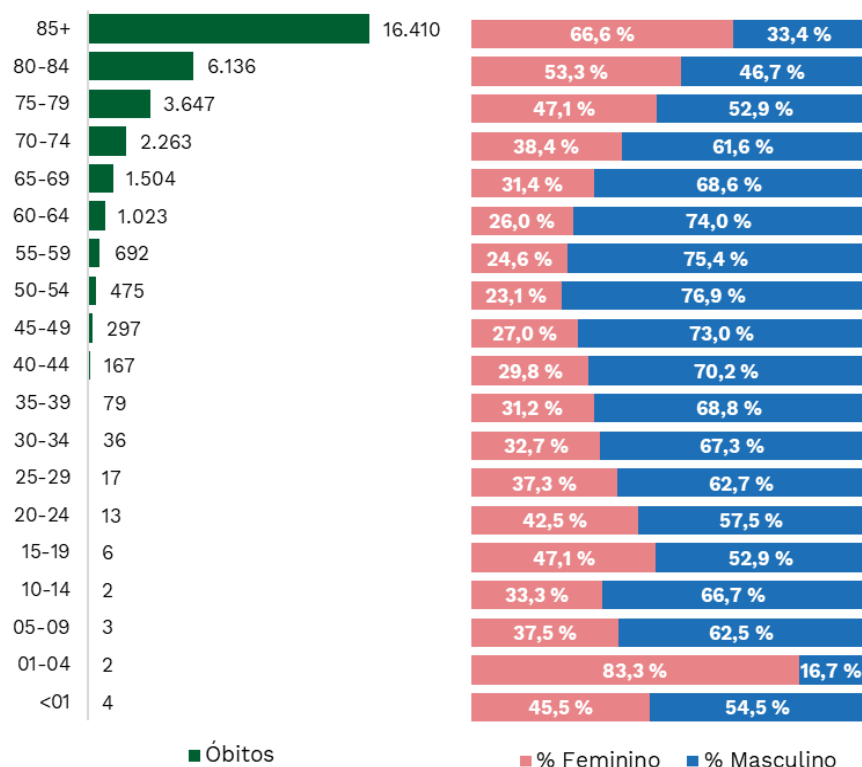
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

AVPP – número de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos

Taxa de AVPP – taxa de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos (por 100.000 habitantes)

M – sexo feminino | H – sexo masculino

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.13. Distribuição da média anual de óbitos por doenças do aparelho circulatório, grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, Portugal, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.14. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório, Portugal e NUTS II, triénios 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	338,2	324,7	307,8	302,4	293,8	290,5	283,6	278,0	273,4	233,7	325,7
Norte	315,3	305,7	294,6	294,0	287,2	281,3	275,3	267,4	260,5	225,7	306,2
Centro	321,8	312,8	299,1	294,8	281,9	276,7	271,1	267,0	264,4	227,2	312,5
AM Lisboa	361,0	338,8	314,0	304,0	296,2	294,3	285,6	277,3	269,3	229,5	323,2
Alentejo	376,8	363,5	341,8	328,1	319,2	317,1	307,9	300,5	296,2	249,0	357,2
Algarve	300,9	289,7	272,4	264,7	256,6	260,6	264,8	270,7	272,4	216,4	340,2
RA Açores	518,0	484,8	464,9	456,2	466,6	473,3	457,7	428,7	400,0	344,9	470,5
RA Madeira	386,9	376,1	355,2	371,6	376,1	387,3	362,4	360,7	361,4	298,6	474,5

 TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal	 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal	 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal
--	---	--

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.15. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório, idade prematura (idade inferior a 75 anos), Portugal e NUTS II, triénios 2009-2011 a 2017-2019

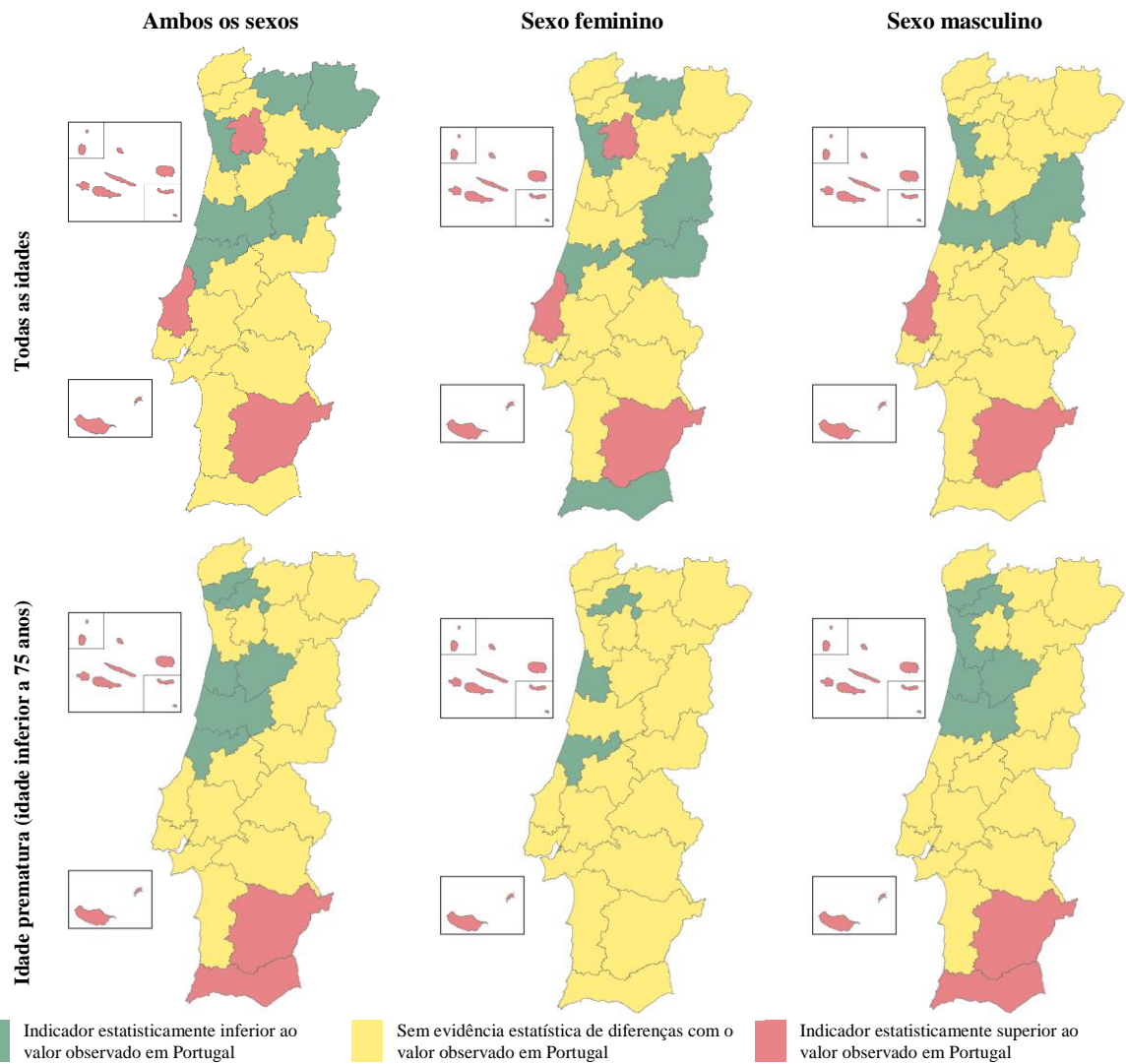
	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	74,5	70,9	67,8	68,1	68,5	69,7	68,4	67,7	66,4	38,6	99,2
Norte	63,9	61,6	59,6	61,5	63,5	65,0	64,5	63,2	61,9	37,0	91,0
Centro	65,0	63,0	61,4	62,3	61,7	62,7	61,8	61,1	59,3	33,6	89,0
AM Lisboa	83,0	77,5	72,4	71,6	71,0	72,1	70,1	69,3	67,1	39,0	101,1
Alentejo	92,7	87,8	84,4	81,0	80,9	78,6	75,5	73,9	75,3	44,1	110,3
Algarve	84,1	79,1	73,7	73,1	74,3	75,4	75,7	80,4	84,8	42,4	132,6
RA Açores	144,7	133,5	128,8	121,2	121,0	123,8	121,7	117,1	109,9	67,4	157,3
RA Madeira	95,0	93,1	86,5	93,4	94,3	103,8	97,4	100,0	96,1	56,2	150,0

 TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal	 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal	 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal
--	---	--

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.16. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho circulatório, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.17. Evolução de indicadores de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal,

2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Óbitos	11.917	13.893	12.612	12.149	13.447	13.448	12.803	13.276	12.218	5.966	6.252
TBM (‰)	112,8	132,1	120,6	116,8	129,8	130,2	124,3	129,1	118,8	109,9	128,7
TMP (‰)	118,4	134,3	119,0	112,0	120,5	117,3	108,9	109,8	98,6	74,0	137,5
Óbitos (<75)	1.988	1.926	1.856	1.815	1.824	2.061	1.792	1.886	1.775	475	1.300
% óbitos (<75)	16,7 %	13,9 %	14,7 %	14,9 %	13,6 %	15,3 %	14,0 %	14,2 %	14,5 %	8,0 %	20,8 %
TBM (<75) (‰)	20,7	20,2	19,6	19,4	19,6	22,2	19,4	20,5	19,3	10,0	29,3
TMP (<75) (‰)	21,7	21,0	20,1	19,5	19,3	21,5	18,4	19,1	17,7	8,8	28,5
AVPP	13.141	10.865	11.687	12.181	11.363	14.769	11.101	12.185	10.277	2.871	7.406
Taxa de AVPP (‰)	144,3	120,1	130,2	136,9	128,8	168,5	127,3	140,5	118,9	64,5	176,5

TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes)

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)

Óbitos (<75) – óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

% óbitos (<75) – proporção de óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos) em relação ao total de óbitos pela causa de morte em estudo

TBM (<75) - taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

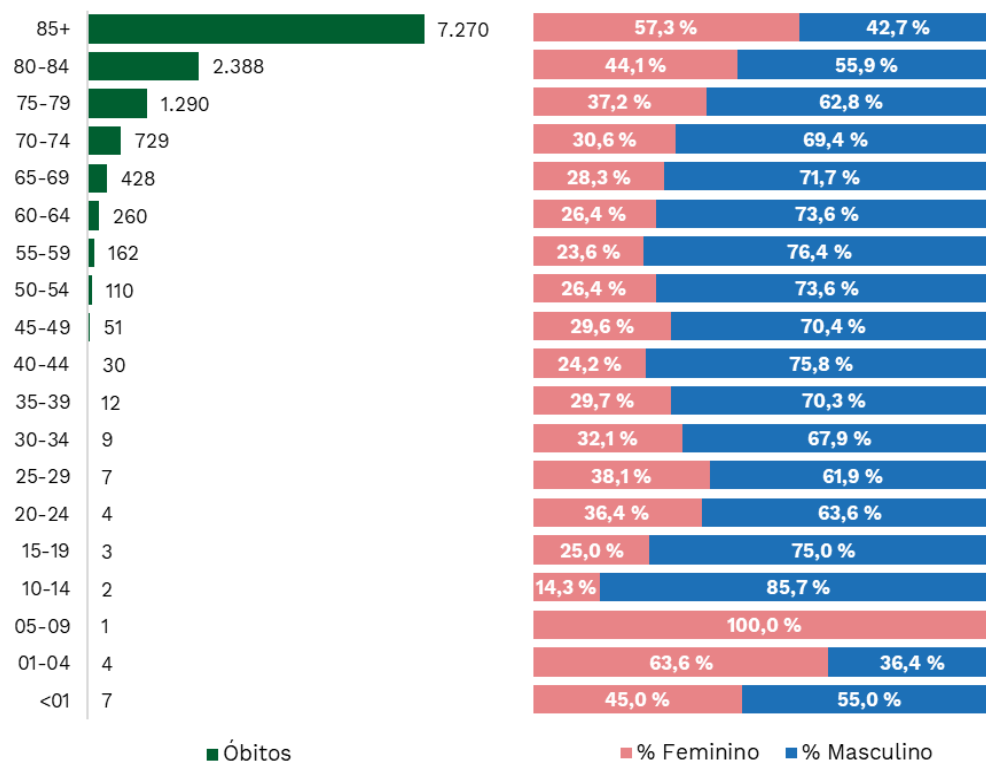
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos (por 100.000 habitantes)

AVPP – número de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos

Taxa de AVPP – taxa de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos (por 100.000 habitantes)

M – sexo feminino | H – sexo masculino

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.18. Distribuição da média anual de óbitos por doenças do aparelho respiratório, grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, Portugal, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.19. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, Portugal e NUTS II, triénios 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	123,7	124,9	123,9	121,8	117,2	116,6	115,6	112,0	105,8	79,5	148,1
Norte	127,9	129,0	125,2	120,4	115,5	115,1	116,6	112,2	108,2	81,2	151,2
Centro	125,8	128,7	130,6	128,4	124,0	121,7	120,0	116,1	109,6	84,8	148,7
AM Lisboa	104,4	103,4	101,1	98,5	93,5	93,0	91,0	87,4	81,8	60,2	118,2
Alentejo	120,2	124,8	128,1	132,1	128,2	130,5	128,3	124,0	112,2	83,1	156,9
Algarve	113,2	114,8	117,3	118,2	113,0	116,7	120,7	119,7	108,7	80,6	151,2
RA Açores	210,5	209,5	204,0	200,9	197,2	192,9	178,1	177,7	156,6	108,2	241,8
RA Madeira	256,3	249,1	253,7	267,6	275,7	280,1	268,0	256,2	234,3	182,2	347,0

TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal
 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal
 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

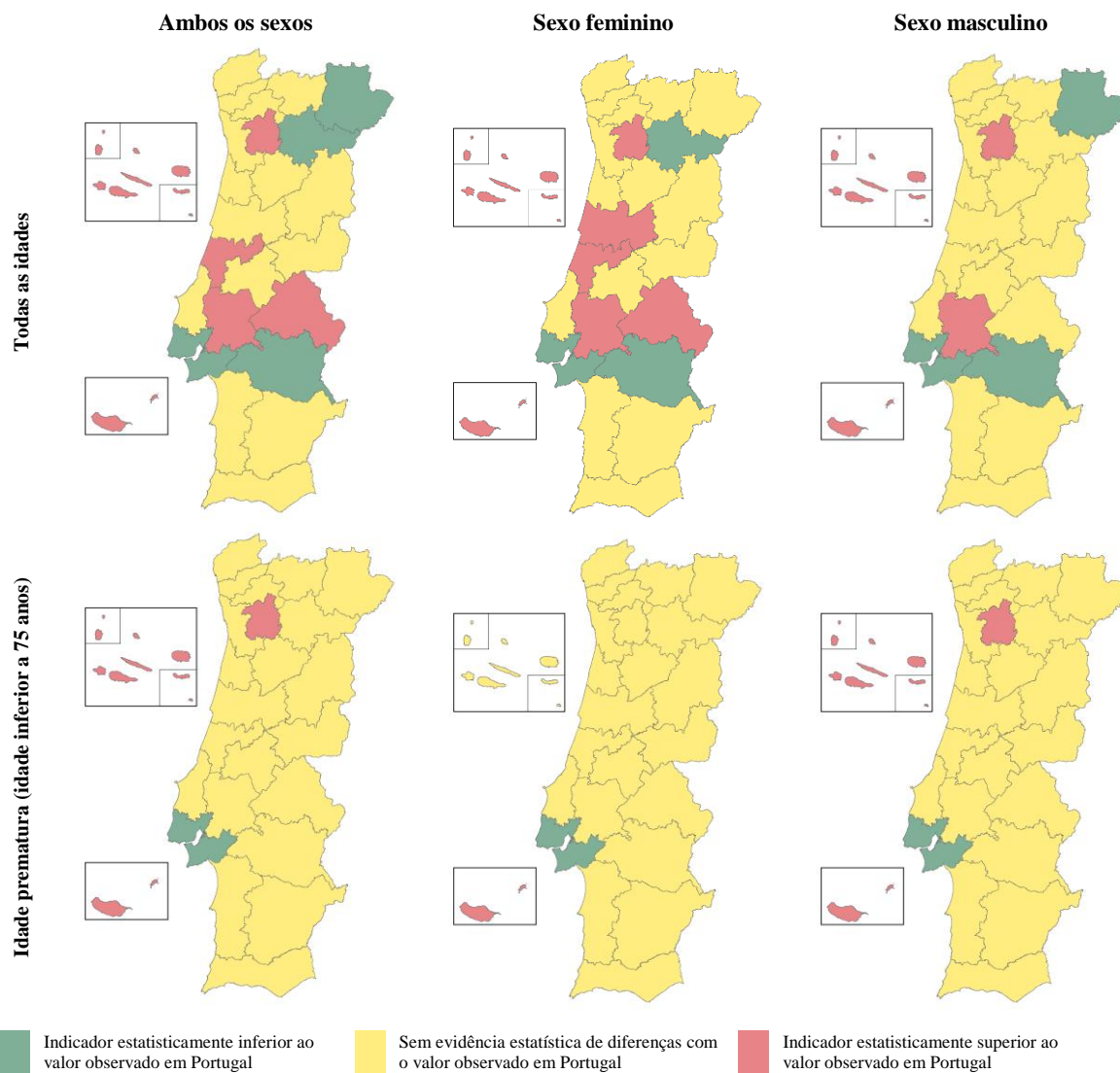
Anexo 2.20. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, idade prematura (idade inferior a 75 anos), Portugal e NUTS II, triénios 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	22,3	21,3	20,9	20,2	19,6	20,1	19,7	19,7	18,4	9,7	28,8
Norte	22,9	21,9	21,2	20,3	20,2	20,5	20,1	19,5	18,5	9,3	29,4
Centro	20,6	19,2	19,8	18,9	18,3	18,3	18,1	18,4	17,8	10,3	26,6
AM Lisboa	19,9	19,2	18,8	17,9	16,6	17,1	16,6	16,7	15,3	7,9	24,4
Alentejo	22,6	21,4	22,4	22,2	21,4	22,5	22,7	22,9	20,5	11,1	31,2
Algarve	19,5	20,6	19,2	18,7	18,8	21,3	21,5	21,7	19,2	11,6	27,9
RA Açores	44,8	45,0	42,5	39,8	36,0	36,3	35,1	36,2	32,7	13,7	55,8
RA Madeira	51,6	44,9	39,6	43,1	47,3	49,6	47,7	43,2	41,1	22,7	66,7

TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal
 Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal
 TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.21. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS Anexo 2.22. Evolução de indicadores de mortalidade por causas externas, Portugal, 2011-2019

Anexo 2.22. Evolução de indicadores de mortalidade por causas externas, Portugal, 2011-2019

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	M 2019	H 2019
Óbitos	4.062	3.909	4.188	4.751	4.801	4.783	5.191	5.216	5.077	1.962	3.115
TBM (% ₀₀₀)	38,4	37,1	40,0	45,6	46,3	46,3	50,3	50,7	49,3	36,1	64,0
TMP (% ₀₀₀)	38,8	36,9	39,2	44,1	44,0	43,3	46,3	45,8	44,0	27,4	64,6
Óbitos (<75)	2.557	2.357	2.404	2.721	2.659	2.529	2.690	2.604	2.577	641	1.936
% óbitos (<75)	62,9 %	60,3 %	57,4 %	57,3 %	55,4 %	52,9 %	51,8 %	49,9 %	50,8 %	32,7 %	62,2 %
TBM (<75) (% ₀₀₀)	26,6	24,7	25,4	29,0	28,5	27,3	29,1	28,3	28,0	13,5	43,6
TMP (<75) (% ₀₀₀)	26,7	24,6	25,2	28,5	27,8	26,4	28,0	26,9	26,6	12,3	42,5
AVPP	52.063	46.662	45.657	51.678	49.938	44.216	49.645	45.552	44.632	9.511	35.121
Taxa de AVPP (% ₀₀₀)	571,6	515,7	508,8	581,0	565,9	504,3	569,4	525,1	516,3	213,8	837,0

TBM – taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes)

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes)

Óbitos (<75) – óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos)

% óbitos (<75) – proporção de óbitos em idade prematura (idade inferior a 75 anos) em relação ao total de óbitos pela causa de morte em estudo

TBM (<75) - taxa bruta de mortalidade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

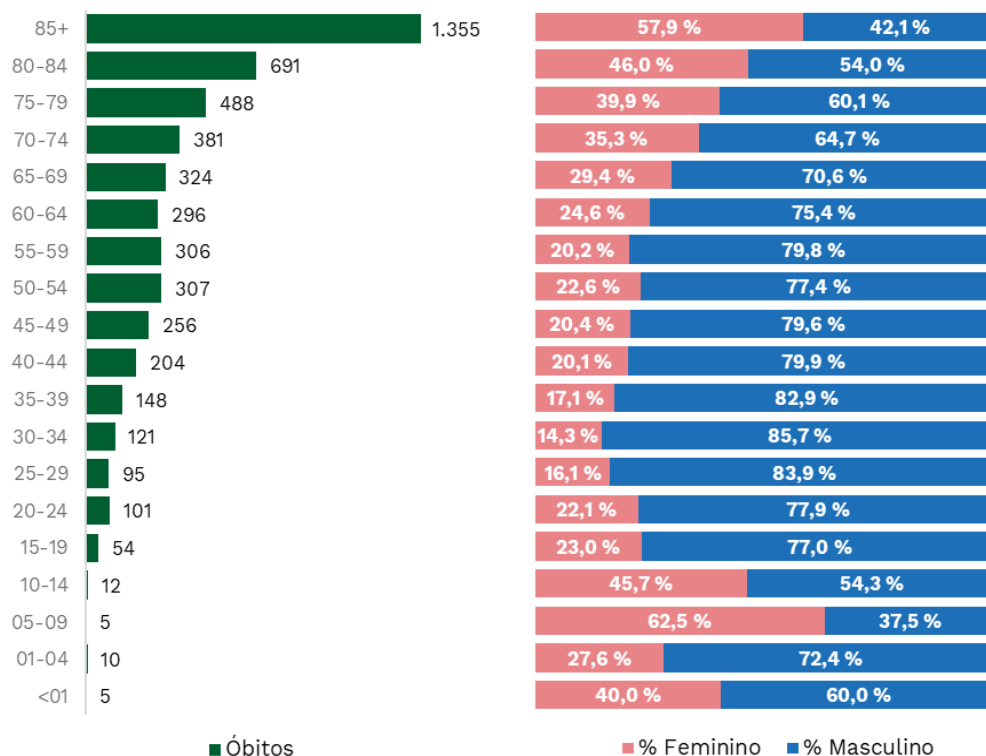
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

AVPP – número de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos

Taxa de AVPP – taxa de anos de vida potencialmente perdidos até aos 70 anos (por 100.000 habitantes)

M – sexo feminino | H – sexo masculino

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.23. Distribuição da média anual de óbitos por causas externas, grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, Portugal, triénio 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.24. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por causas externas, Portugal e NUTS II, triénios de 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	41,9	39,8	38,3	40,1	42,4	43,8	44,5	45,1	45,4	27,5	67,8
Norte	35,2	34,2	33,3	36,6	38,6	40,8	41,1	42,6	43,1	27,8	62,1
Centro	48,0	44,6	44,1	46,2	49,9	50,4	51,7	51,9	51,8	30,8	78,1
AM Lisboa	35,8	34,3	31,8	33,2	34,9	36,1	36,0	36,3	36,1	22,3	54,2
Alentejo	60,8	57,5	55,4	52,8	54,9	55,1	58,2	55,1	55,0	30,6	83,8
Algarve	53,0	48,8	46,6	46,0	49,3	51,1	53,8	55,2	57,4	30,7	89,3
RA Açores	47,5	47,1	47,5	48,7	49,8	53,4	51,1	50,5	46,8	25,2	70,2
RA Madeira	58,1	55,5	48,7	47,6	49,0	48,5	53,4	55,7	58,1	34,2	91,7

■ TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal

■ Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal

■ TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.25. Evolução da taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por causas externas, idade prematura (idade inferior a 75 anos), Portugal e NUTS II, triénios de 2009-2011 a 2017-2019

	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	28,7	27,1	25,5	26,1	27,2	27,6	27,4	27,1	27,2	12,3	43,7
Norte	23,0	21,9	20,5	22,3	23,4	24,8	24,0	24,3	24,6	11,5	39,2
Centro	34,7	32,2	30,8	31,4	33,1	32,4	32,4	31,8	31,5	14,4	50,4
AM Lisboa	23,9	22,7	21,1	21,3	22,1	22,5	22,3	22,0	21,7	10,3	34,8
Alentejo	43,2	41,1	39,3	36,7	37,2	36,3	38,2	34,9	34,9	14,0	56,8
Algarve	36,9	34,7	33,1	31,5	33,2	32,8	35,7	35,4	38,2	16,0	62,2
RA Açores	37,2	36,9	35,5	36,6	36,2	38,5	36,7	37,2	34,6	11,8	58,8
RA Madeira	44,1	41,0	35,5	36,5	37,3	34,6	34,9	35,6	37,8	16,4	63,0

■ TMP estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal

■ Sem evidência estatística de diferenças com o valor observado em Portugal

■ TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

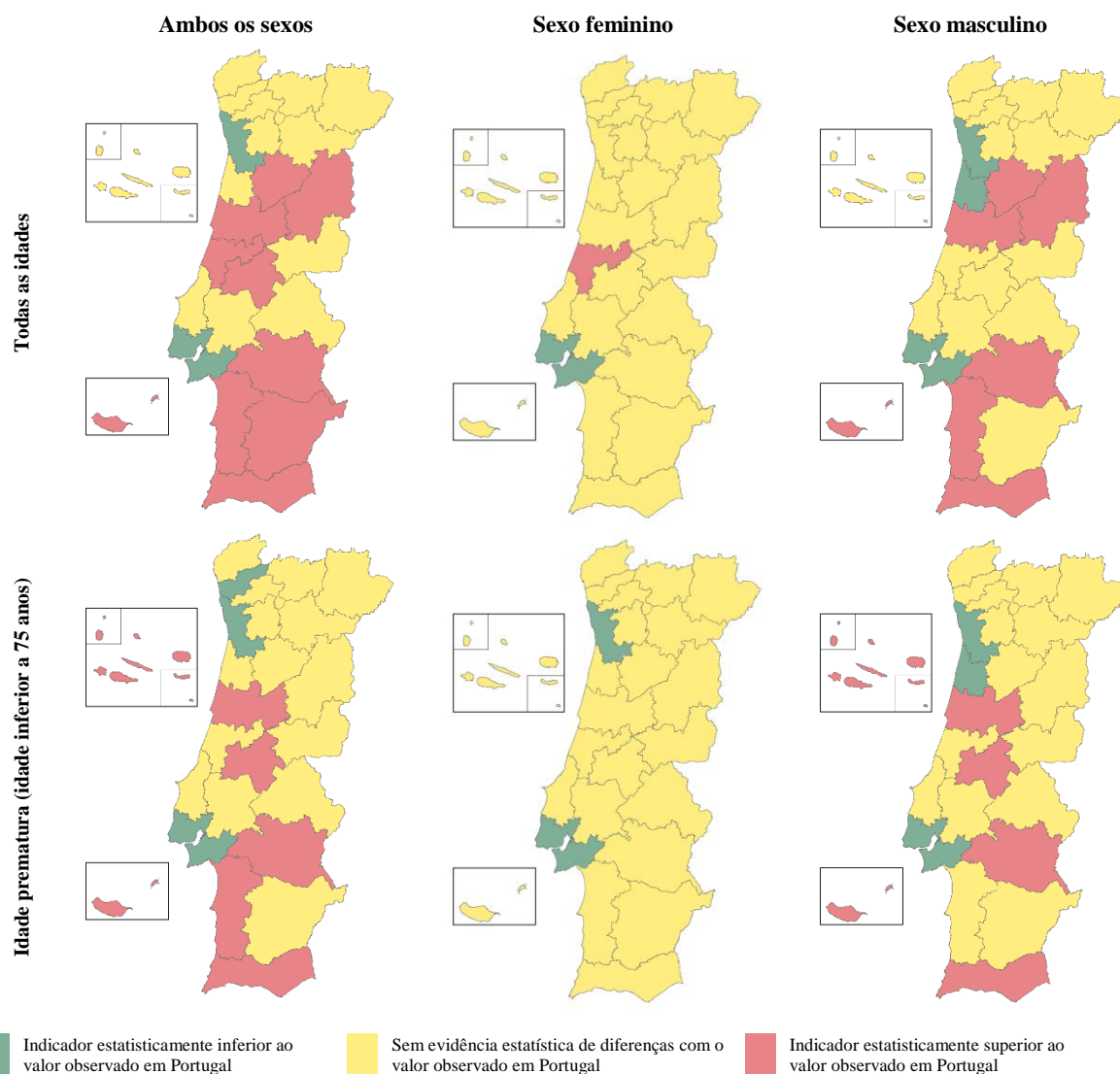
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

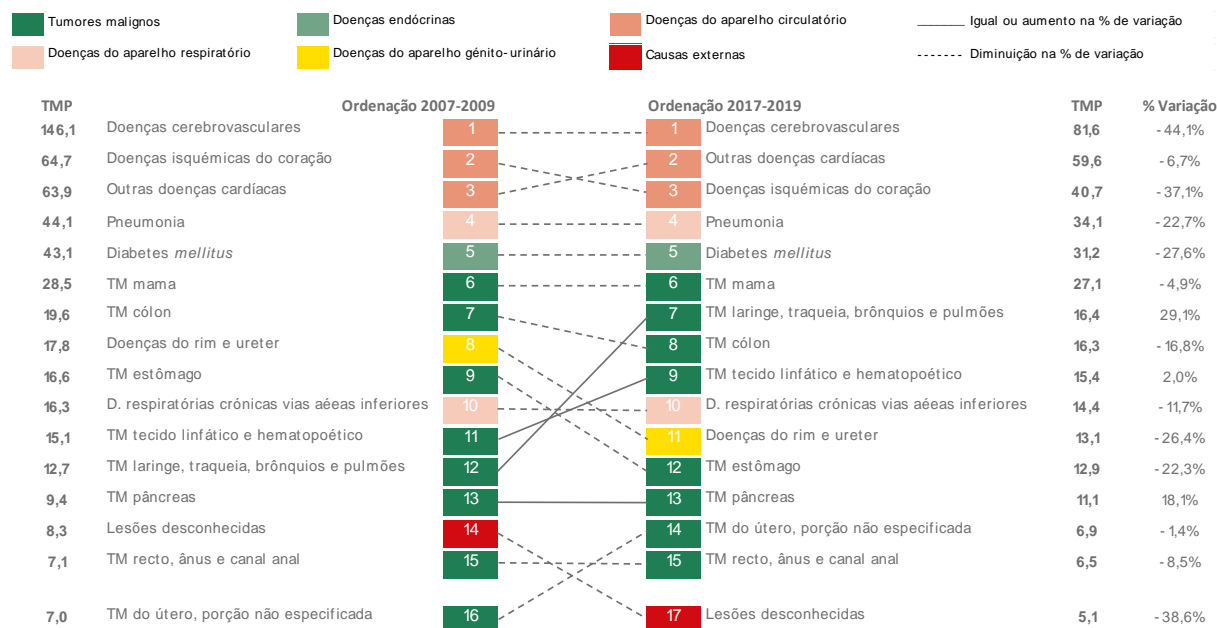
TMP – taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000) | M – mulheres | H – homens

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.26. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por causas externas, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019

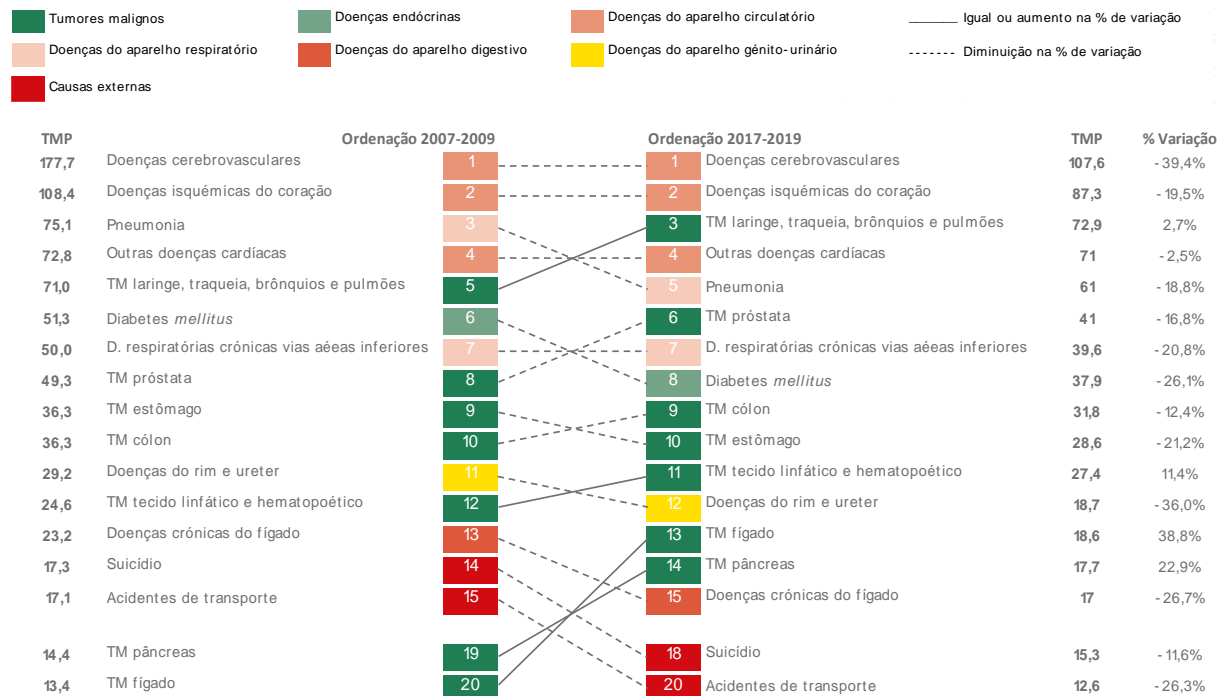
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



TMP - Taxa de mortalidade padronizada pela idade | TM - Tumor maligno | D. – Doenças
% variação – variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Anexo 2.27. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades, sexo feminino, 2007-2009 e 2017-2019

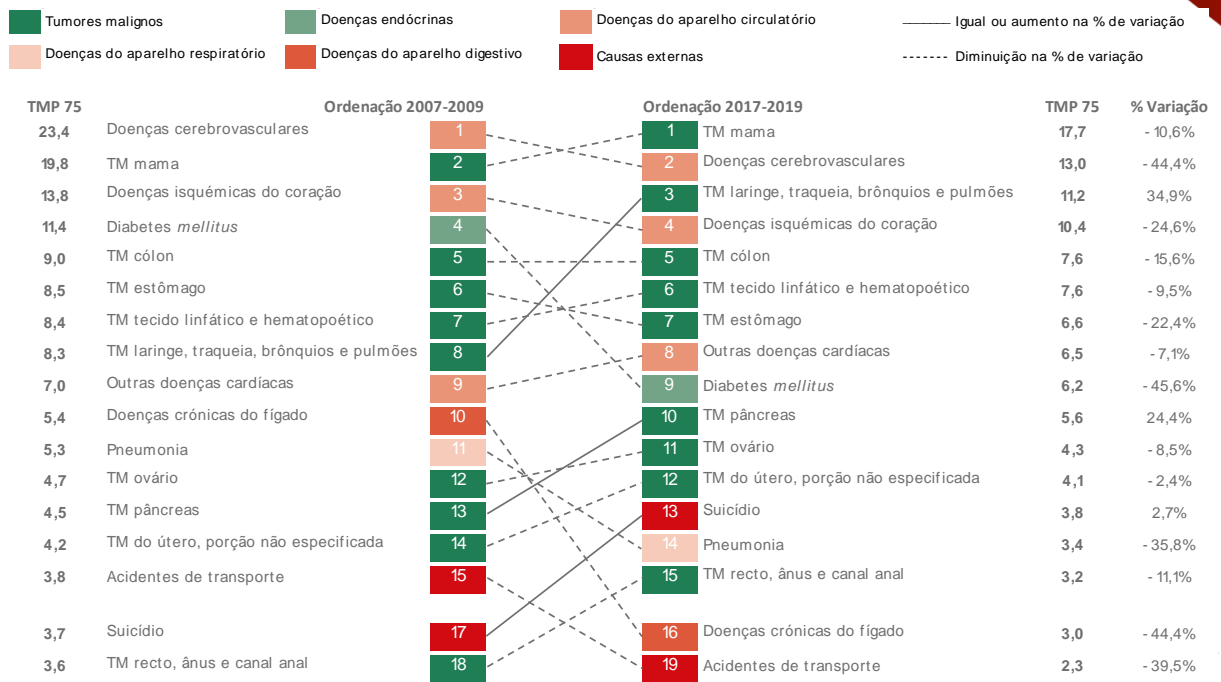
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



TMP - Taxa de mortalidade padronizada pela idade | TM - Tumor maligno | D. – Doenças
% variação – variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Anexo 2.28. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades, sexo masculino, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



TMP 75 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) | TM - Tumor maligno | D. - Doenças VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Anexo 2.29. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal, sexo feminino, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



TMP 75 - Taxa de mortalidade padronizada pela idade (idade inferior a 75 anos) | TM - Tumor maligno | D. - Doenças VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Anexo 2.30. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal, sexo masculino, 2007-2009 e 2017-2019

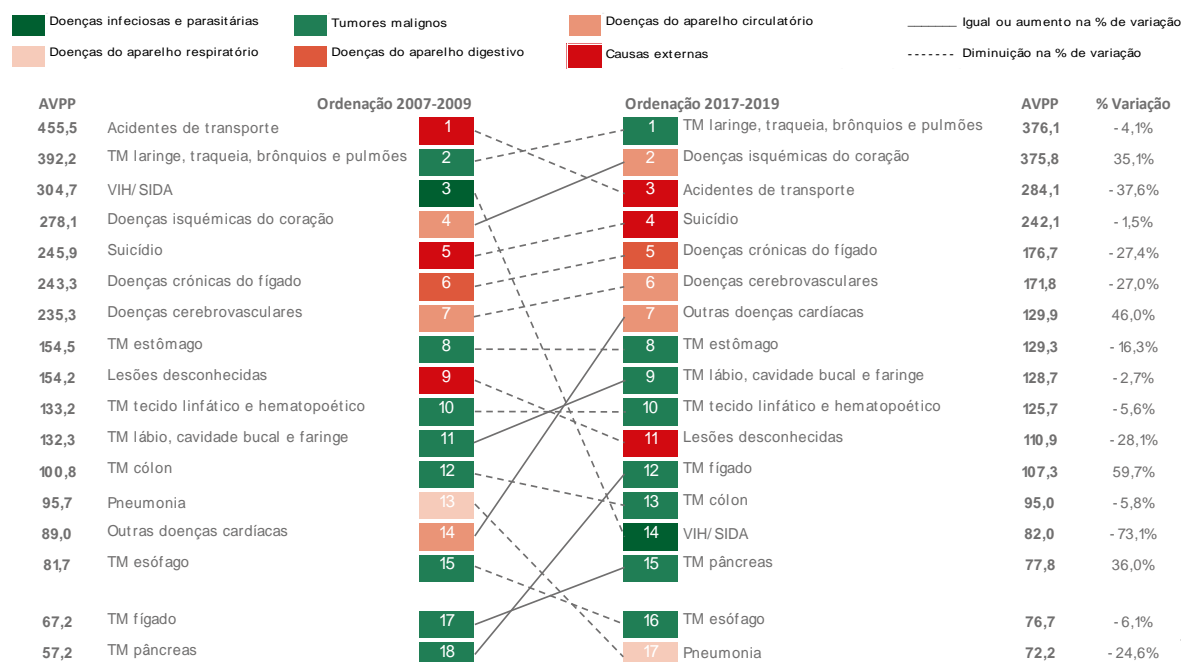
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AVPP - Taxa de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) por 100.000 habitantes | TM - Tumor maligno
VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

Anexo 2.31. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) em Portugal, sexo feminino, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



AVPP - Taxa de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) por 100.000 habitantes | TM - Tumor maligno
VIH - infeção por vírus de imunodeficiência humana | % variação - variação percentual entre 2007-2009 e 2017-2019

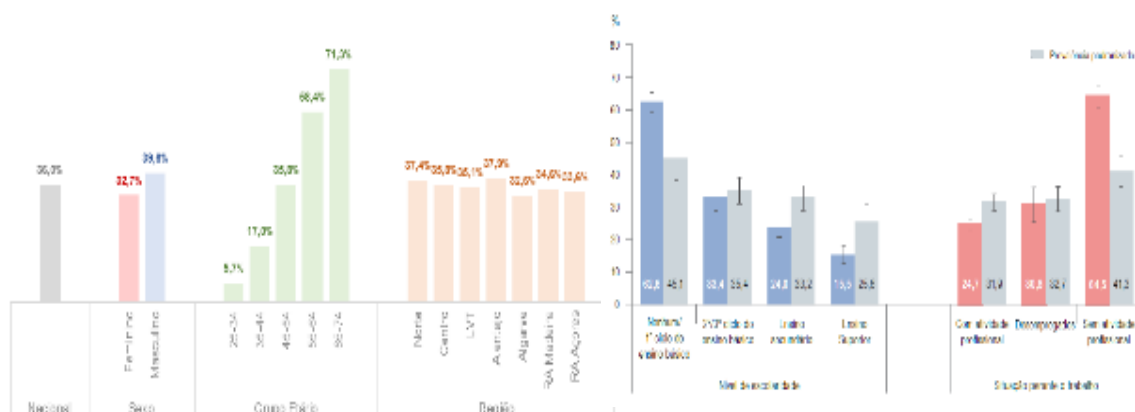
Anexo 2.32. Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) em Portugal, sexo masculino, 2007-2009 e 2017-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Anexo 2.33. Ordenação de 24 países da União Europeia, Reino Unido e Suíça, segundo o *healthiest teeth index* e respetivas componentes, 2020

Rank	Country	Dental Health		Dental Facilities		Negative influences on Dental Health				Final Score		
		Score (0-100; DMFT (12 years old) 100=excellent; 0=bad)	Score (0-100; 100=many; 0=few)	Alcohol consumption (litres per capita)	Smokers (ages 15+, % of adults)	Sugar consumption (kg per capita)	Community fluoridation (1=yes; 0=no)	Score (0-100; 100=less negative influences; 0=more n. i.)				
1	Italy	1,2	83,0	77,0	34	100,0	7,5	23,7%	27,2	1	100,0	100,0
2	Germany	0,5	97,9	81,6	30	94,9	13,4	30,6%	36,9	1	42,2	77,9
3	Spain	1,1	85,1	71,6	17	60,4	10	29,3%	23,4	1	80,5	73,8
4	Sweden	0,7	93,6	80,6	4	39,6	9,2	18,8%	36,5	1	87,5	71,4
5	Portugal	1,2	83,0	87,5	7	50,8	12,3	22,7%	23,6	1	78,6	67,6
6	United Kingdom	0,5	97,9	54,4	16	46,0	11,4	22,3%	39	1	65,6	66,2
7	Denmark	0,4	100,0	75,5	2	31,7	10,4	19,1%	41,3	1	74,2	64,6
8	France	1,23	82,3	65,1	16	53,7	12,6	32,7%	34,7	1	45,8	53,5
9	Slovenia	1,9	68,1	67,5	1	23,9	12,6	22,5%	18,5	1	83,4	50,6
10	Finland	0,7	93,6	72,0	4	33,4	10,7	20,4%	27,2	0	44,3	48,7
11	Belgium	0,9	89,4	74,0	5	36,9	12,1	28,2%	45	1	44,0	48,2
12	Hungary	2,4	57,4	60,1	4	24,9	11,4	30,6%	14,2	1	81,4	45,2
13	Ireland	1,6	74,5	61,4	2	21,6	13	24,3%	28,6	1	65,6	44,3
14	Malta	1,4	78,7	48,4	1	10,2	8,1	25,5%	48	1	68,0	42,1
15	Switzerland	0,9	89,4	51,6	4	18,8	11,5	25,7%	49,5	1	46,3	41,0
16	Greece	1,95	67,0	125,0	2	67,2	10,4	43,4%	24,6	0	8,9	35,8
17	Netherlands	0,8	91,5	50,1	3	15,6	8,7	25,8%	44,1	0	25,7	31,0
18	Romania	2,7	51,1	71,4	13	51,9	12,6	29,7%	20,5	0	25,3	28,9
19	Poland	2,8	48,9	33,2	10	18,1	11,6	28,0%	44,1	1	48,3	23,0
20	Austria	1,4	78,7	58,2	4	23,5	11,6	29,6%	41,1	0	6,0	19,8
21	Lithuania	2	66,0	89,8	2	42,0	15	28,8%	31,2	0	0,0	19,6
22	Estonia	2,7	51,1	94,2	1	43,0	11,6	31,3%	34,1	0	11,6	18,6
23	Bulgaria	3	44,7	28,3	3	0,0	12,7	37,0%	26,1	1	48,2	12,7
24	Latvia	3,4	36,2	70,9	1	26,3	12,9	37,0%	42,1	1	27,5	11,3
25	Slovakia	5,1	0,0	49,0	4	16,9	11,5	30,1%	34,8	1	56,5	3,8
26	Croatia	4,2	19,1	85,1	3	40,7	8,9	37,0%	43,7	0	5,4	0,0

Fonte: [Healthiest Teeth Index](#), 2020 (33)

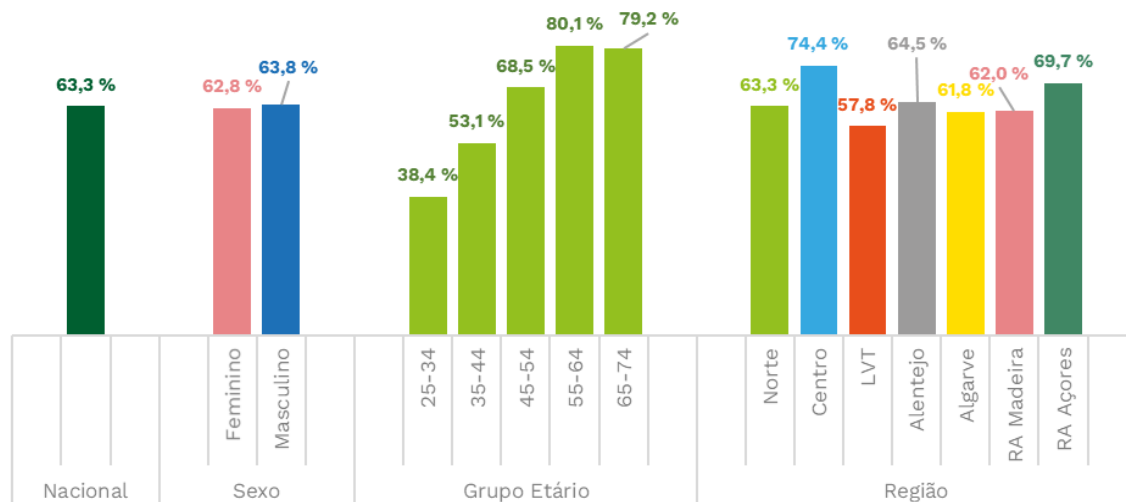


LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Anexo 2.34. Distribuição da prevalência de hipertensão arterial na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos,

em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde

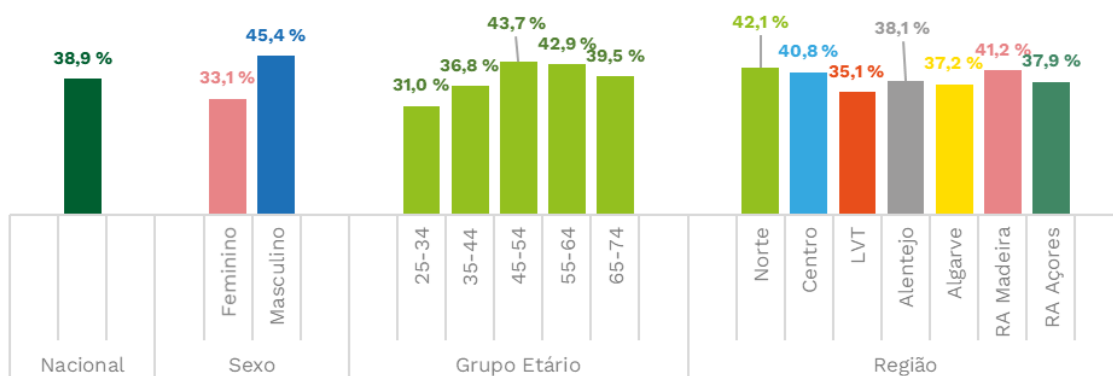
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Anexo 2.35. Distribuição da prevalência de colesterol total elevado na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde

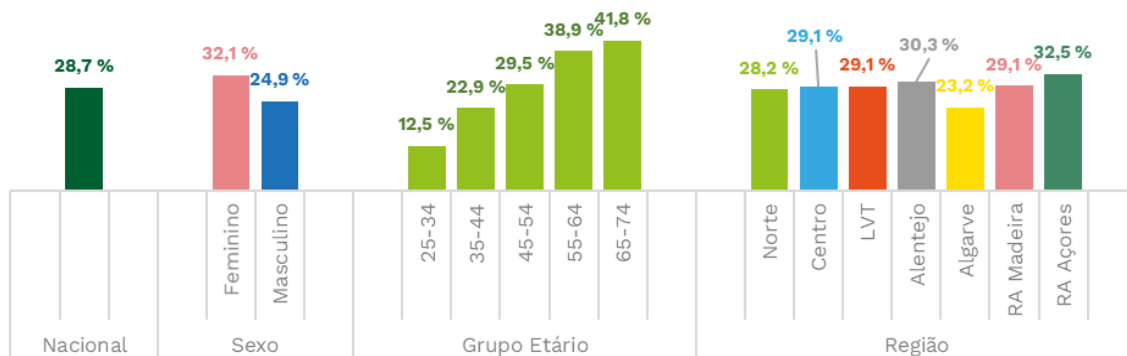
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Anexo 2.36. Distribuição da prevalência de excesso de peso na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde

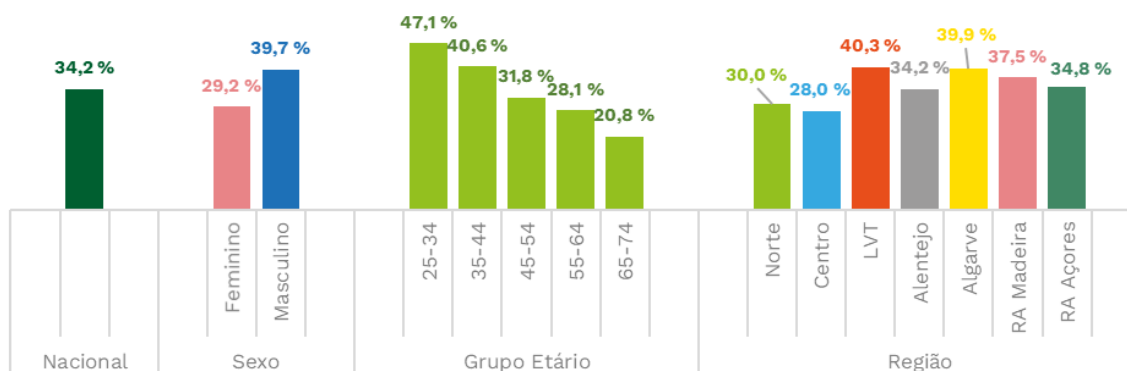
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Anexo 2.37. Distribuição da prevalência de obesidade na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde

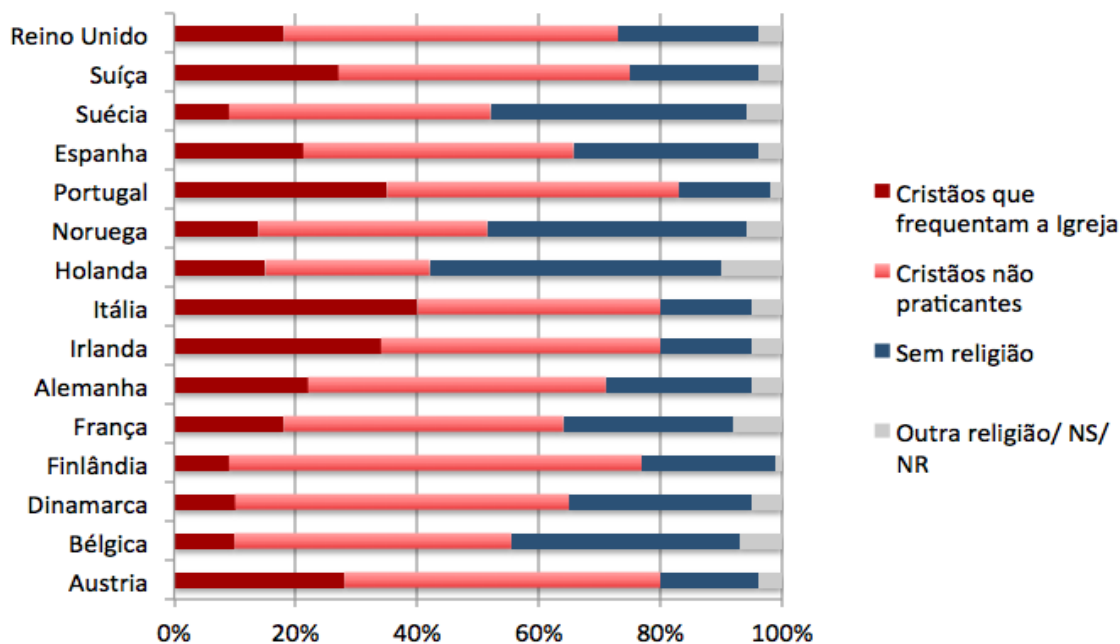
Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

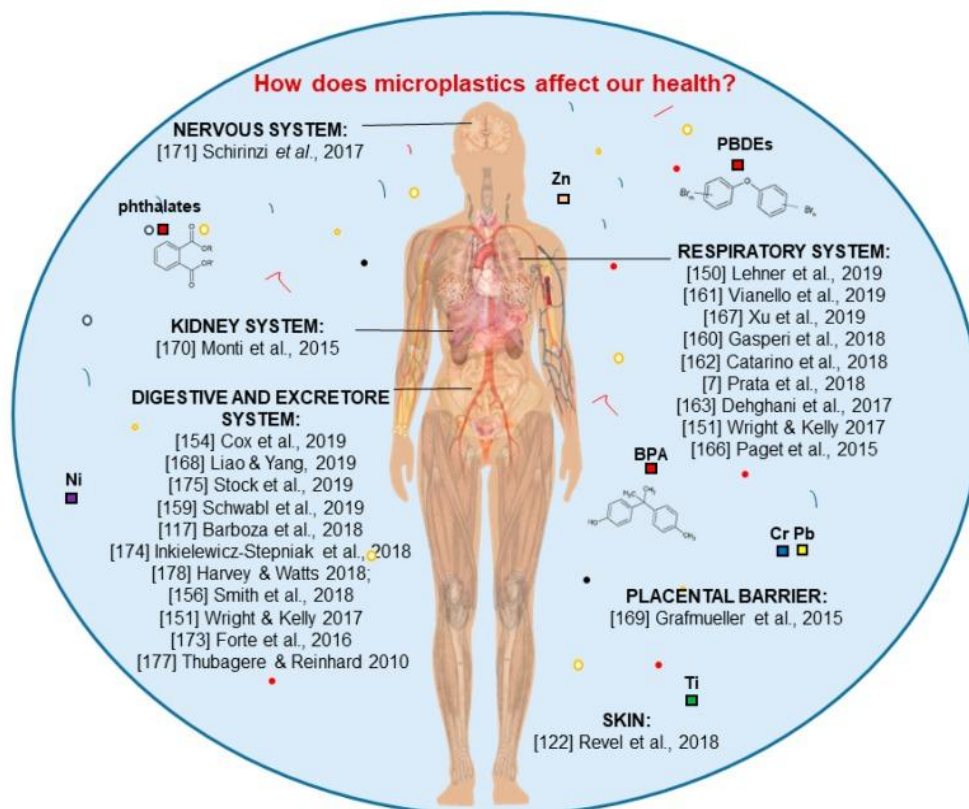
Anexo 2.38. Distribuição da prevalência de prática de exercício físico na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde

Fonte: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF). Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.39. Distribuição proporcional (%) de práticas religiosas em países da Europa Ocidental, 2018

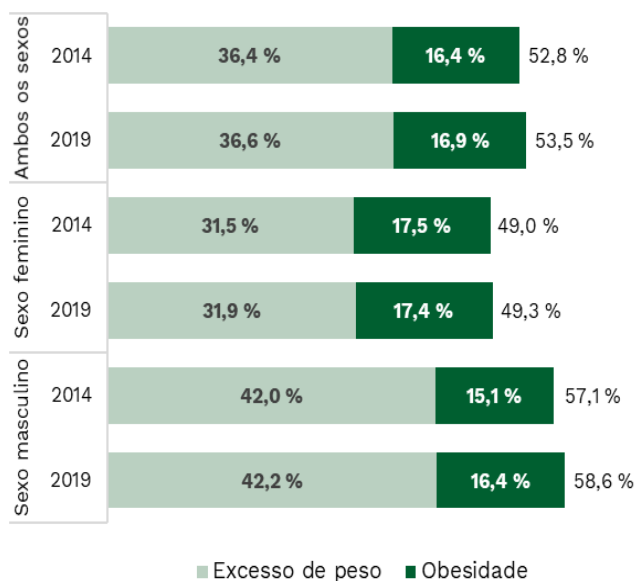
Fonte: Pew Research Center, 2018 (47)



Nota: Os quadrados coloridos representam os poluentes (orgânicos e inorgânicos) que podem estar presentes nas matrizes ambientais (livres ou associados a micro e nanoplasticos) e que podem entrar no corpo humano por diferentes vias de entrada.

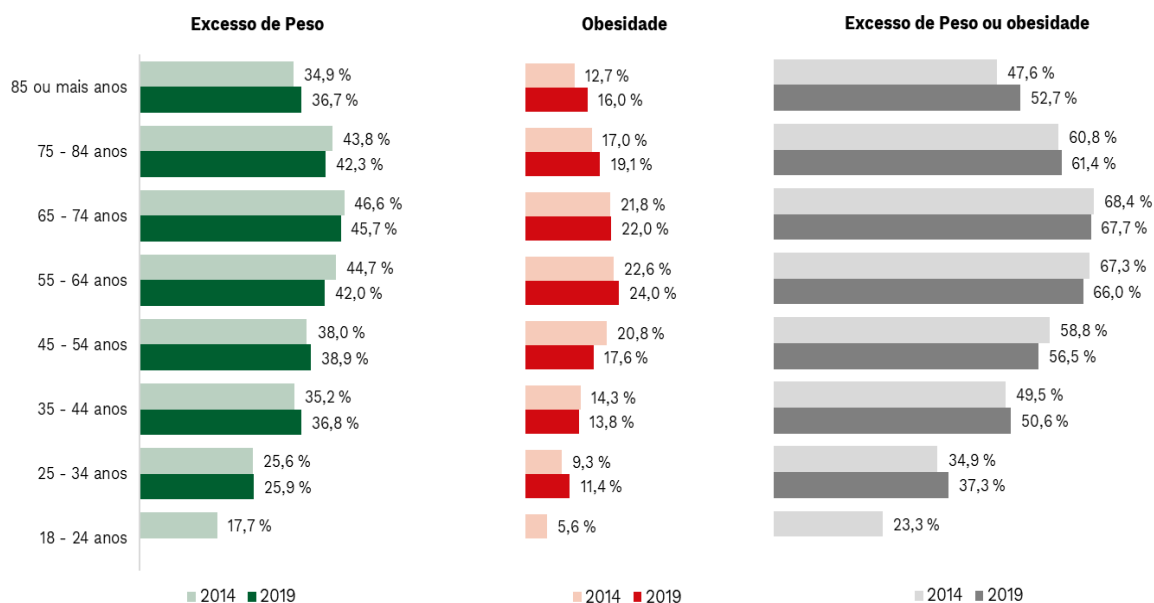
Anexo 2.40. Visão geral dos estudos científicos focados nos efeitos dos micro e nanoplasticos na saúde humana

Fonte: Campanale C, *et al.* 2020 (51)



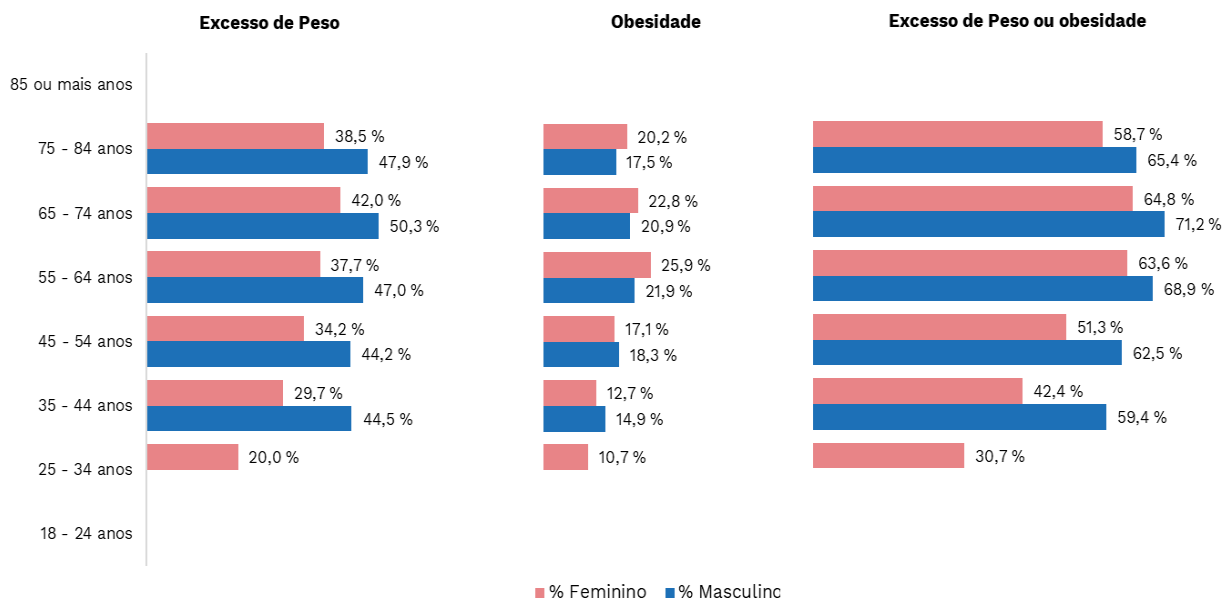
Anexo 2.41. Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal, por sexo, 2014 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS



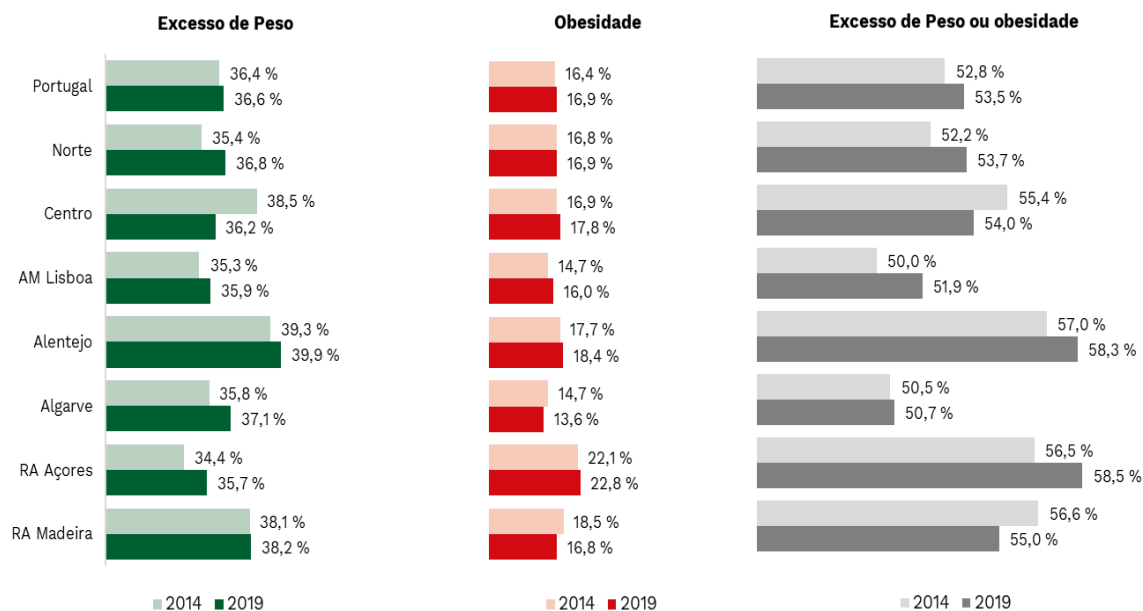
Anexo 2.42 Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal, por grupo etário, 2014 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS



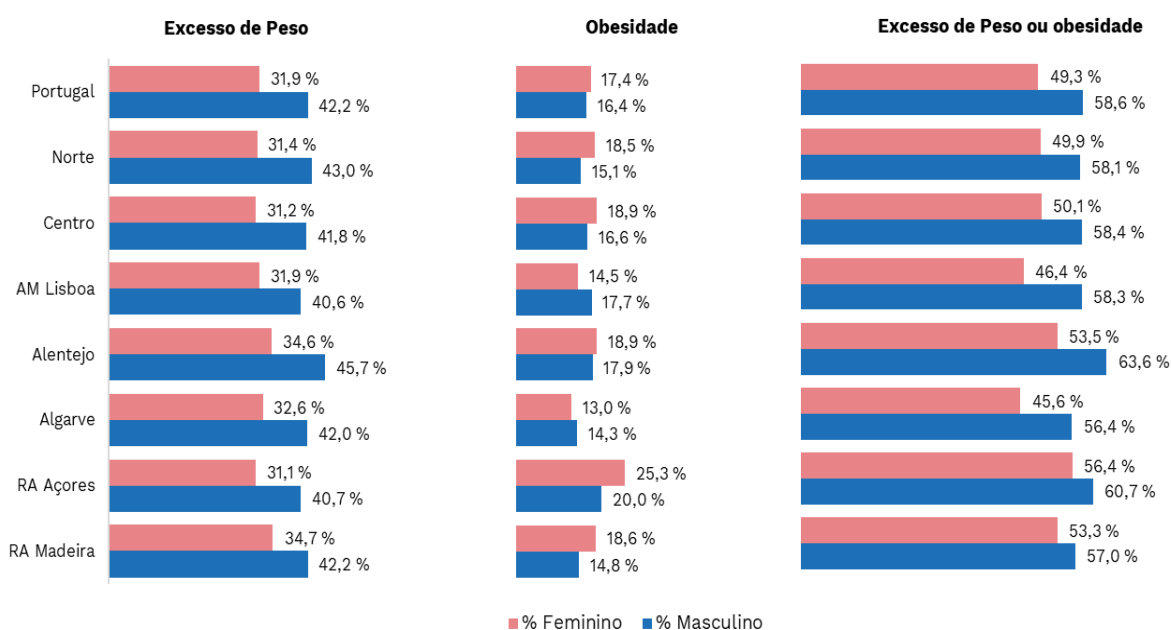
Anexo 2.43. Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal, por grupo etário e sexo, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS



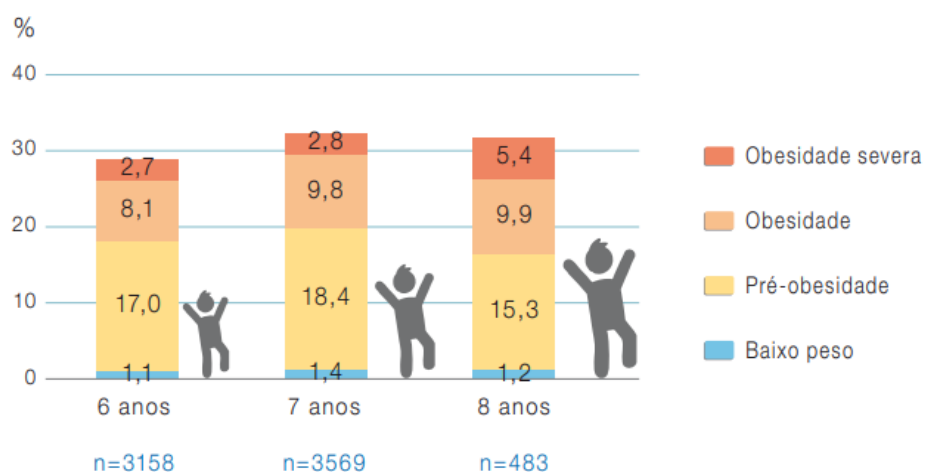
Anexo 2.44. Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal e NUTS II, 2014 e 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS



Anexo 2.45. Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal e NUTS II, por sexo, 2019

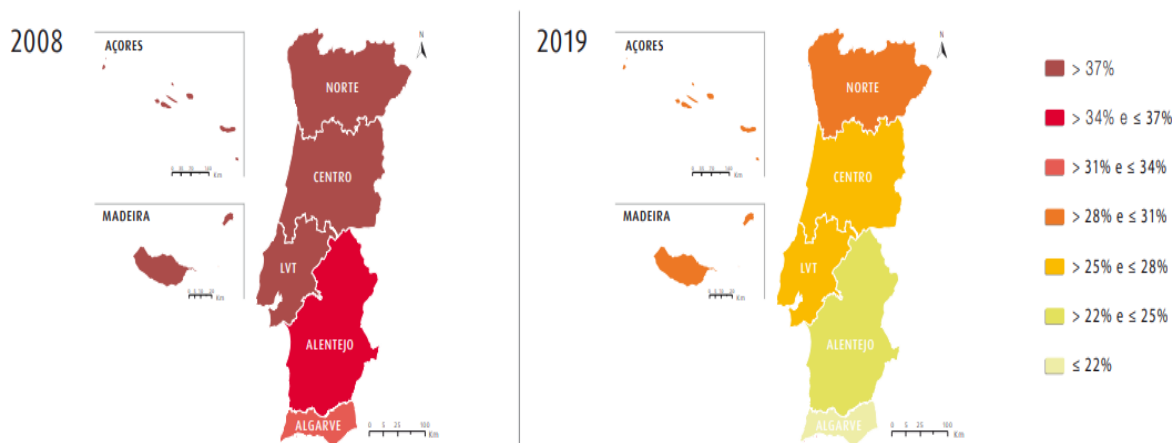
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS



COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

Anexo 2.46. Prevalência (%) do estado nutricional por idade, 6 a 8 anos, em Portugal, 2019

Fonte: Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI PORTUGAL 2019 (55)



COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

Anexo 2.47. Prevalência (%) de excesso de peso ou obesidade, entre os 6 e os 8 anos, em Portugal e região administrativa de saúde, em 2008 e 2019

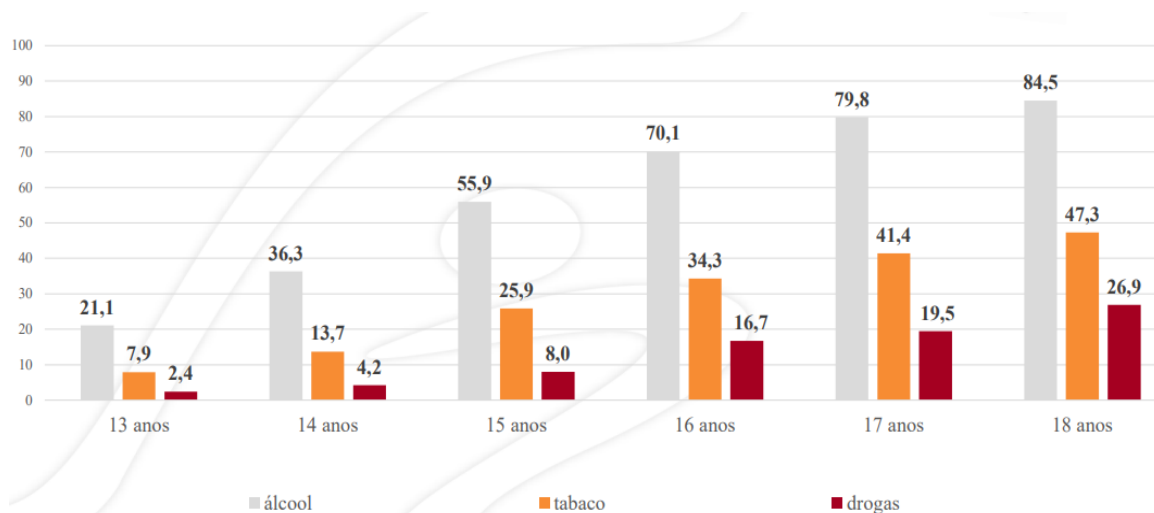
Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI PORTUGAL 2019 (55)

	Baixo peso (%)	Excesso de peso (%)	Obesidade (%)
Norte	0,7	31,1	12,4
Centro	0,8	28,9	13,5
LVT	1,7	29,5	10,6
Alentejo	0,9	23,9	9,7
Algarve	3,5	21,8	10,3
Açores	2,0	35,9	18,0
Madeira	1,0	31,6	13,6
Portugal	1,3	29,6	12,0

Anexo 2.48. Prevalência (%) do estado nutricional, entre os 6 e os 8 anos, em Portugal e região administrativa de saúde, em 2019

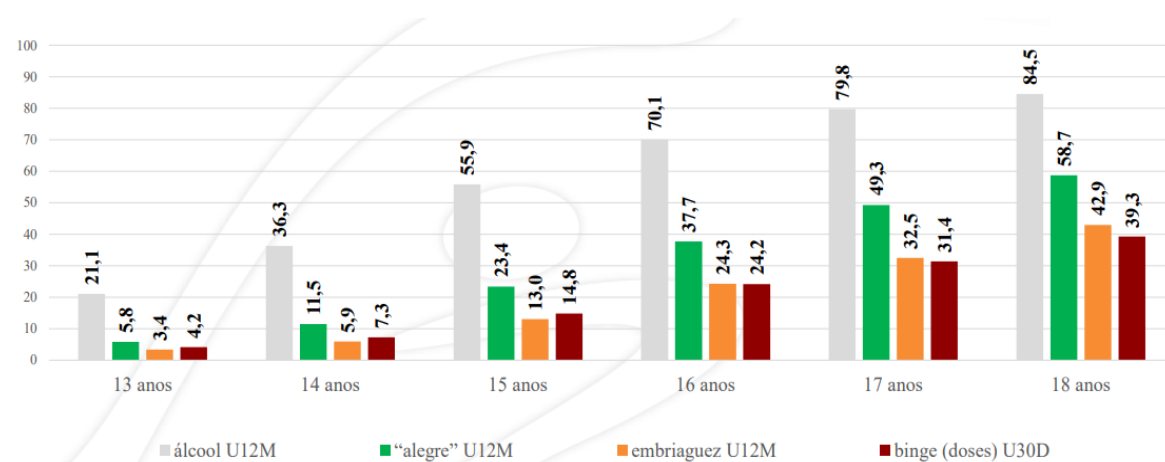
COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI PORTUGAL 2019 (55)



Anexo 2.49. Prevalências (%) de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos últimos 12 meses, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, por idade, no Continente (Portugal), 2019

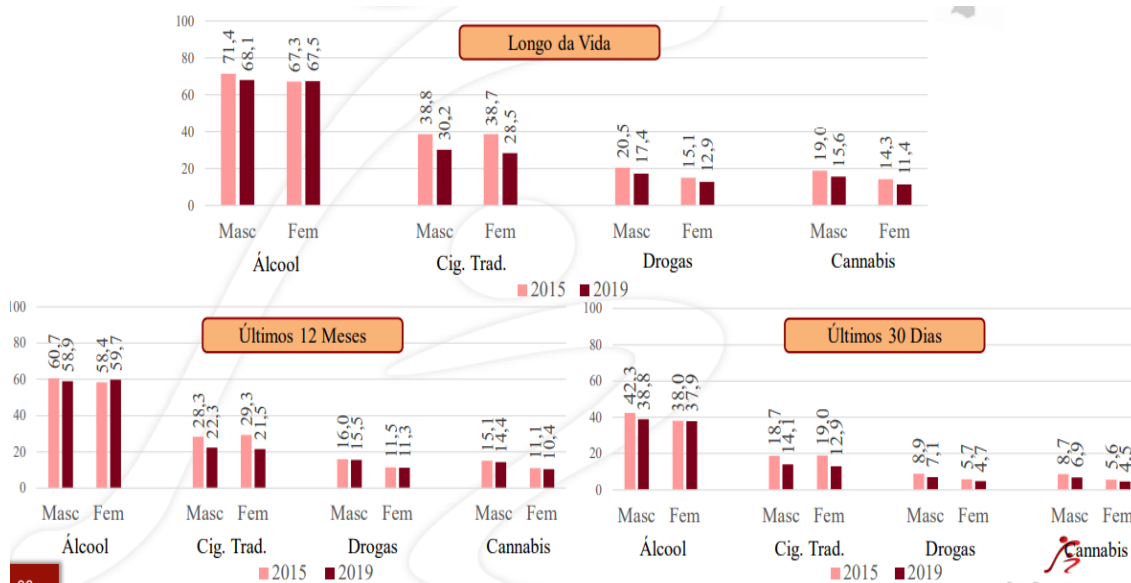
Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)



U12M – últimos 12 meses | U30D – últimos 30 dias

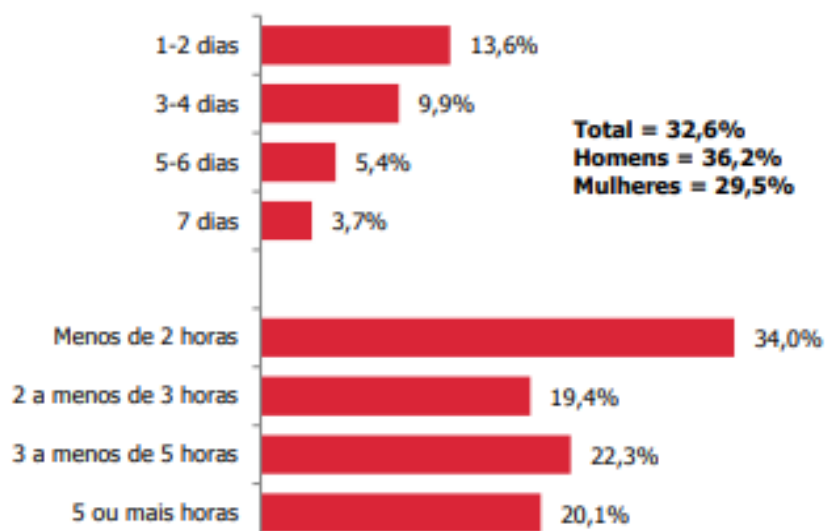
Anexo 2.50. Prevalências (%) de consumo de álcool, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, por idade, no Continente (Portugal), 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)



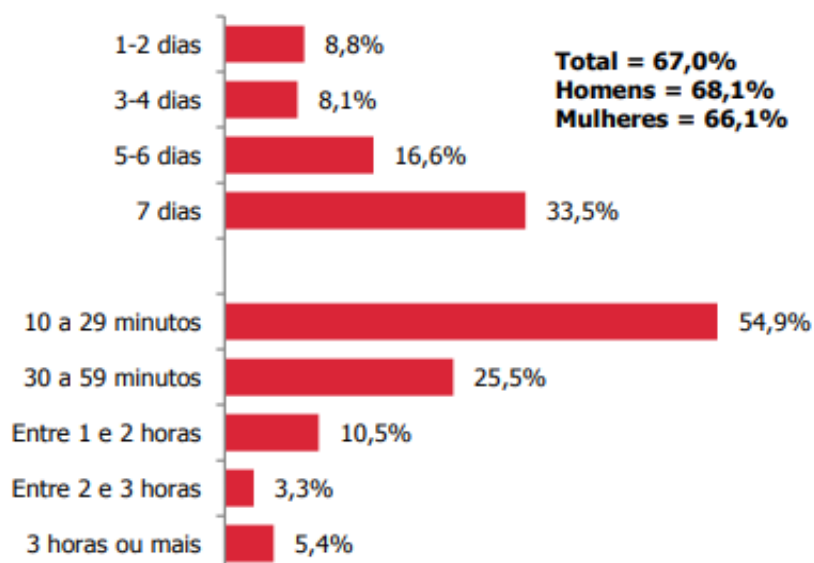
Anexo 2.51. Prevalências (%) de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, por sexo, no Continente (Portugal), 2015 e 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)



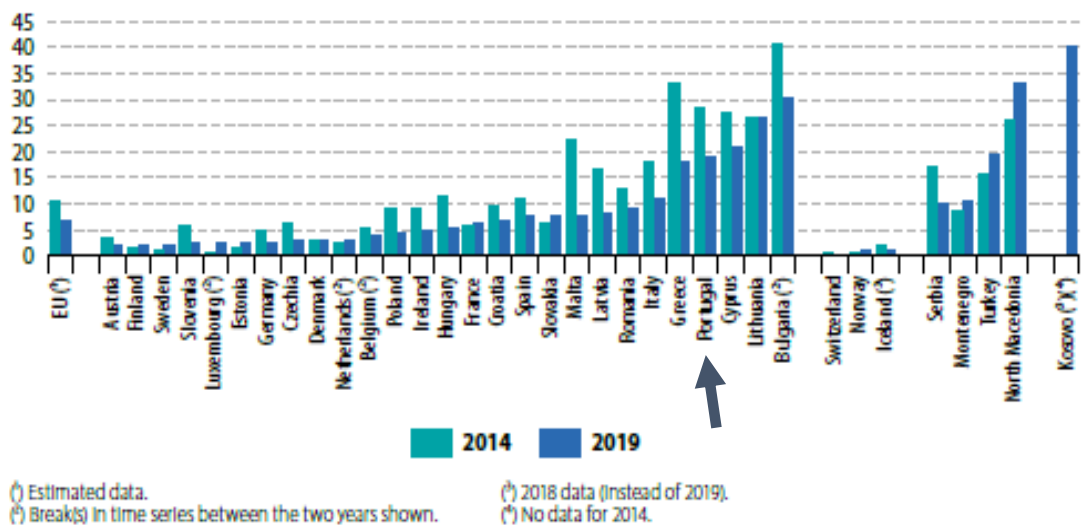
Anexo 2.52. Proporção (%) da população com 15 ou mais anos de idade que pratica exercício físico, por número de dias numa semana e tempo médio por semana, em Portugal, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Inquérito Nacional de Saúde, 2019 (40)



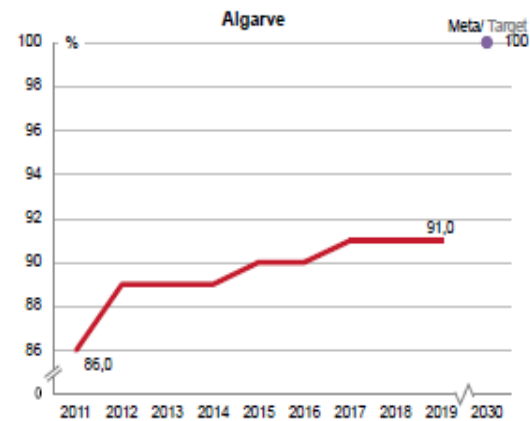
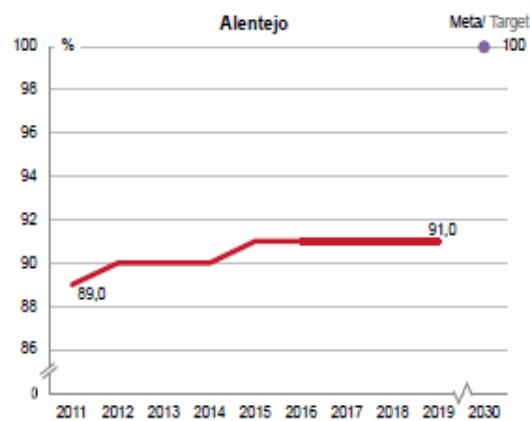
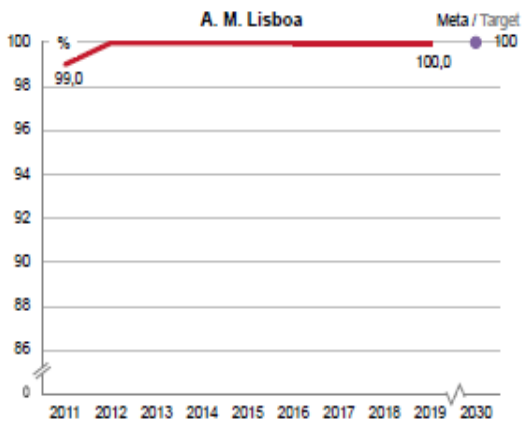
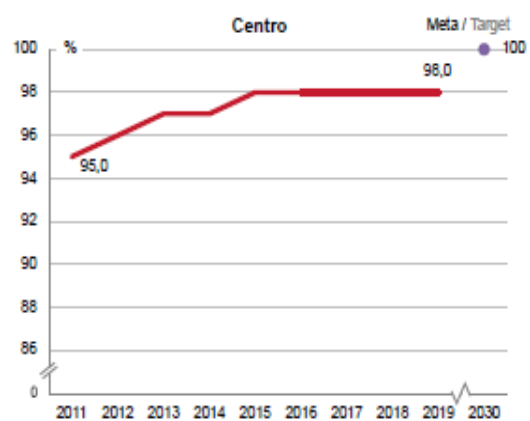
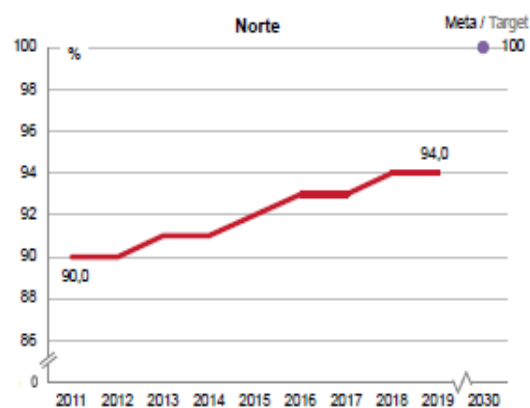
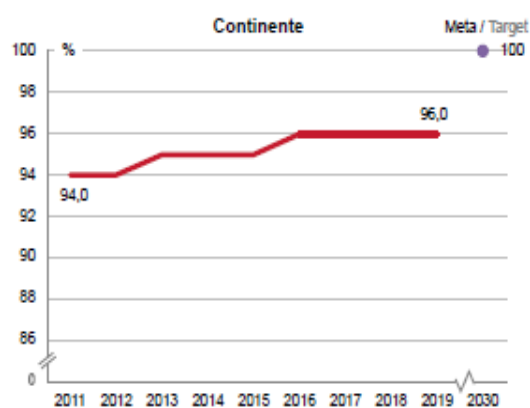
Anexo 2.53. Proporção (%) da população com 15 ou mais anos de idade que se desloca a pé, por número de dias numa semana e tempo médio por dia, em Portugal, 2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Inquérito Nacional de Saúde, 2019 (40)



Anexo 2.54. Proporção (%) da população incapaz de manter a habitação devidamente aquecida em Portugal, União Europeia e outros países europeus, 2014 e 2019

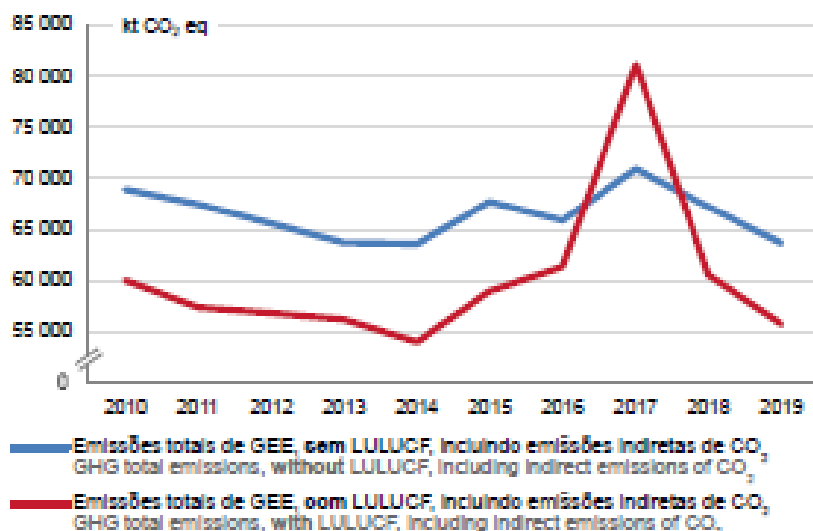
Fonte: *European Union*, 2021 (54)



A.M. Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

Anexo 2.55. Proporção (%) de alojamentos servidos por abastecimento de água no Continente e NUTS II do Continente (Portugal), 2011-2019

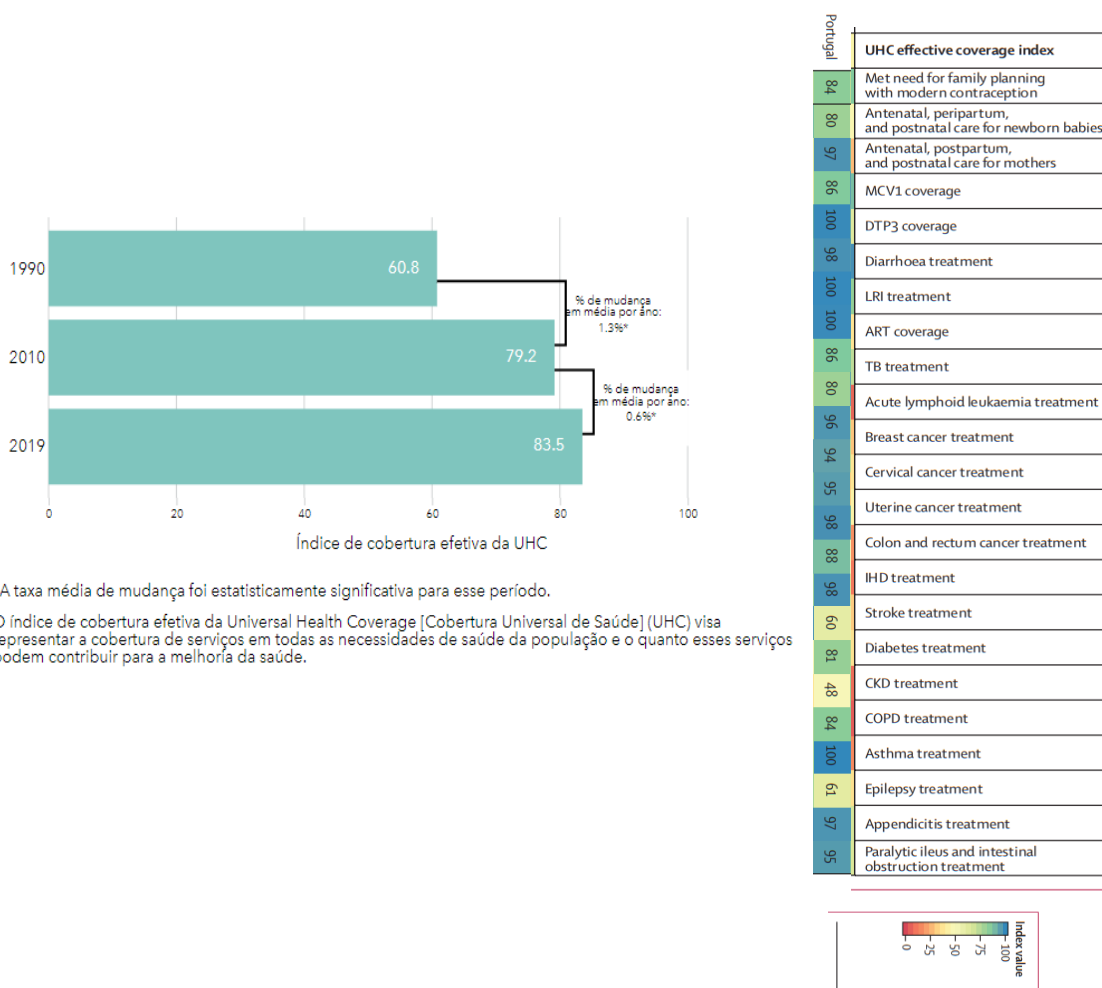
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal, 2021 (18)



GEE sem LULUCF – Gases com Efeitos de Estufa sem contabilização das emissões de alteração do uso do solo e florestas
 GEE com LULUCF – Gases com Efeitos de Estufa com contabilização das emissões de alteração do uso do solo e florestas

Anexo 2.56. Emissões totais (kt CO₂) de gases com efeito de estufa por ano em Portugal, 2010-2019

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal, 2021 (18)

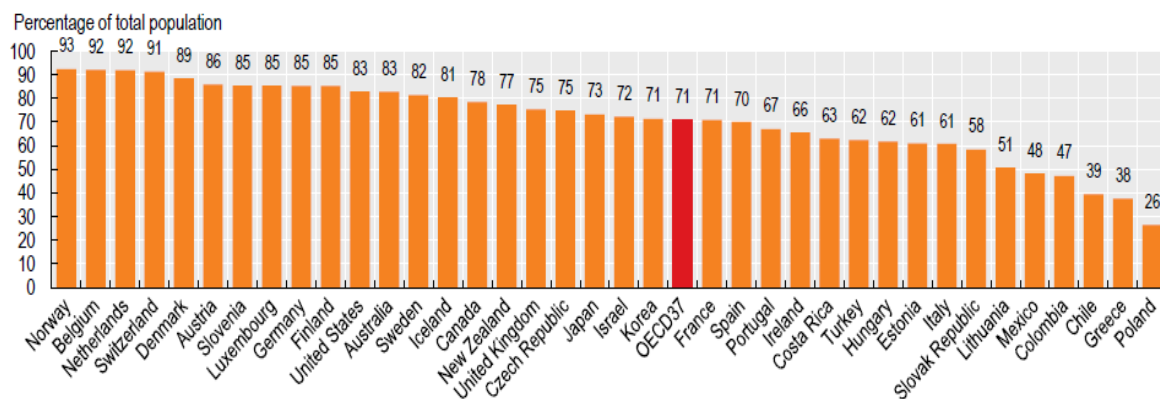


*A taxa média de mudança foi estatisticamente significativa para esse período.

O índice de cobertura efetiva da Universal Health Coverage [Cobertura Universal de Saúde] (UHC) visa representar a cobertura de serviços em todas as necessidades de saúde da população e o quanto esses serviços podem contribuir para a melhoria da saúde.

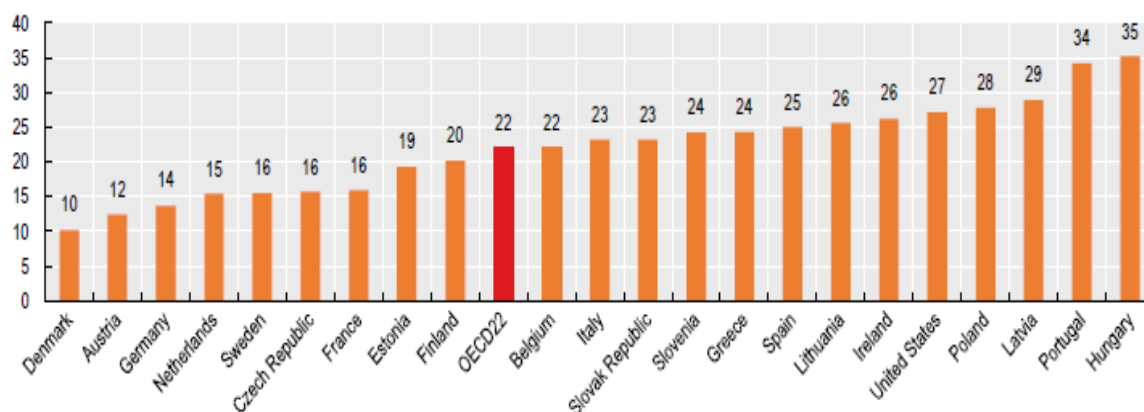
Anexo 2.57. Índice de Cobertura Universal de Saúde, em Portugal, 1990, 2010 e 2019

Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation, 2020 (60,61)



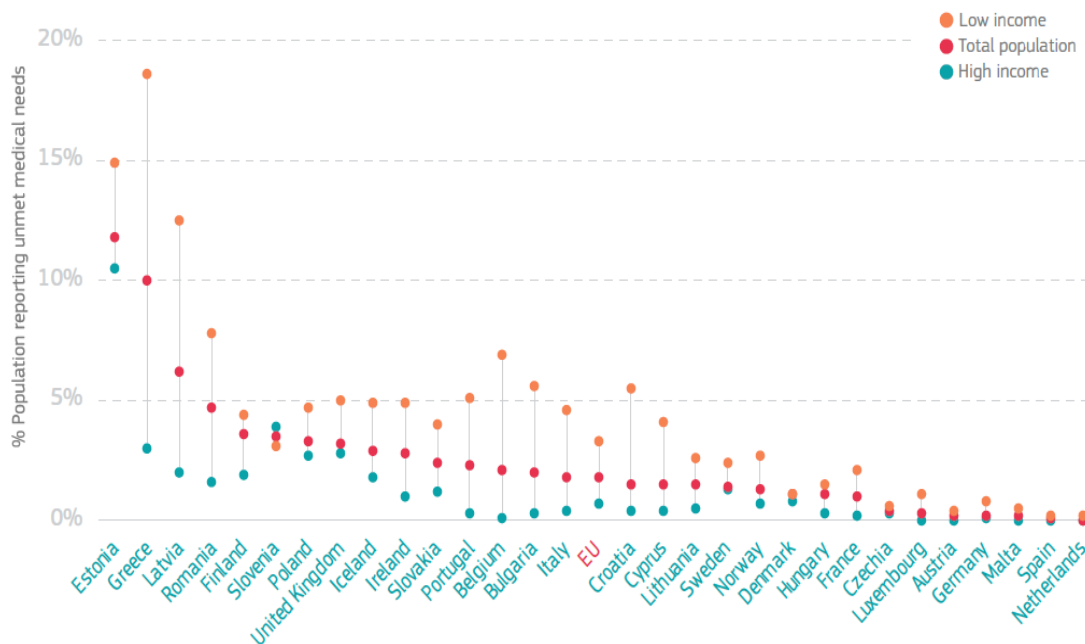
Anexo 2.58. Proporção (%) da população satisfeita com a disponibilidade de serviços de saúde com qualidade na área de residência nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2020

Fonte: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021 (23)



Anexo 2.59. Proporção (%) de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos durante os primeiros 12 meses da pandemia de COVID-19 nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), 2020-2021

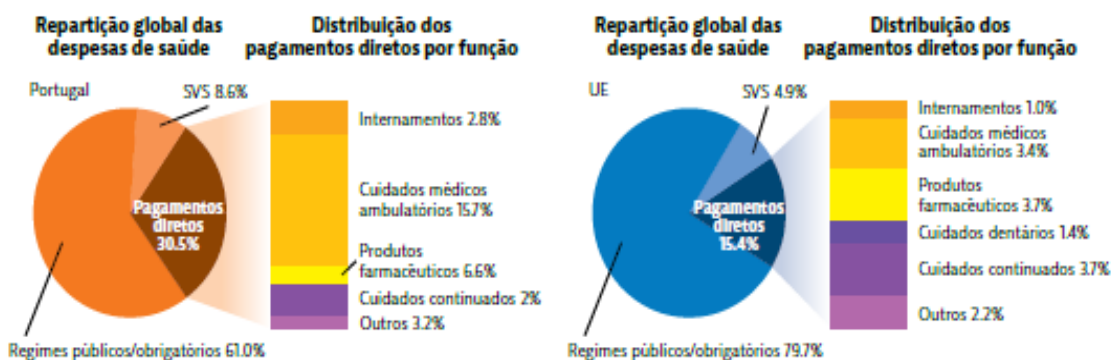
Fonte: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2021 (23)



EU – European Union

Anexo 2.60. Proporção (%) da população que reportou necessidades não satisfeitas de cuidados médicos na União Europeia, por país e por tipo de rendimento, 2017

Fonte: European Commission, 2021 (62)



SVS - Seguro Voluntário de Saúde

UE – União Europeia

Notas: A média da UE é ponderada. O SVS também inclui outros regimes de pagamento antecipado voluntário.

Anexo 2.61. Distribuição proporcional (%) das despesas com a saúde em Portugal e na União Europeia, 2019

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021 (22)

ANEXO 3. Indicadores e outros componentes relativos aos objetivos de saúde fixados no PNS 2021-2030

Indicadores dos Objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Projeções PT 2030 (/10 ⁵ habitantes)		Quantificação Objetivo (/10 ⁵ habitantes)	
		PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Estimativa pontual	(IC 95 %)	Ano	Valor
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE							
Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, inferior a 75 anos	HM	325,0	2019	315,0	[250,5-391,1]	2030	315,0
	H	466,1		458,0	[366,3-565,6]	2030	458,0
	M	204,7		196,4	[152,6-249,0]	2030	196,4
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, todas as idades	HM	271,7	2019	246,5	[164,0-356,4]	2030	246,5
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, todas as idades	HM	88,7	2019	58,9	[37,7-87,9]	2030	58,9
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, inferior a 75 anos	HM	18,9	2019	13,4	[7,8-21,4]	2030	13,4
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, todas as idades	HM	58,6	2019	41,8	[28,8-58,7]	2030	41,8
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, inferior a 75 anos	HM	23,9	2019	20,5	[12,5-31,9]	2030	20,5

Indicadores dos Objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Projeções PT 2030 (/10 ⁵ habitantes)		Quantificação Objetivo (/10 ⁵ habitantes)	
		PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Estimativa pontual	(IC 95 %)	Ano	Valor
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE							
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades	HM	242,6	2019	242,4	[227,6-258,0]	2030	242,4
	H	347,6		347,2	[320,4-375,5]	2030	347,2
	M	169,0		161,2	[132,5-194,2]	2030	161,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, inferior a 75 anos	HM	136,9	2019	132,4	[124,0-141,3]	2030	132,4
	H	187,6		185,1	[174,1-195,6]	2030	185,1
	M	94,2		89,0	[83,4-94,9]	2030	89,0
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades	H	72,1	2019	73,9	[69,8-78,1]	2030	73,9
	M	17,4		23,2	[18,3-29,0]	2030	23,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, inferior a 75 anos	H	49,8	2019	49,9	[46,4-53,5]	2030	49,9
	M	12,3		16,2	[12,1-21,2]	2030	16,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, todas as idades	M	27,7	2019	25,1	[23,3-27,0]	2030	25,1
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, inferior a 75 anos	M	17,8	2019	15,5	[14,2-16,8]	2030	15,5

Indicadores dos Objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Projeções PT 2030 (/10 ⁵ habitantes)		Quantificação Objetivo (/10 ⁵ habitantes)	
		PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Estimativa pontual	(IC 95 %)	Ano	Valor
NS POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE							
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, todas as idades	HM	98,6	2019	98,6	[19,7-177,4]	2030	98,6
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, inferior a 75 anos	HM	17,7	2019	16,4	[10,5-24,3]	2030	16,4
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , todas as idades	HM	31,3	2019	25,6	[12,1-48,0]	2030	25,6
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , inferior a 75 anos	HM	8,1	2019	4,7	[3,6-6,6]	2030	4,7
Taxa de incidência de tuberculose	HM	16,5	2019	12,1	[7,3-18,9]	2030	12,1
Taxa de incidência de infeção VIH	HM	7,6	2019	5,7	[2,0-13,0]	2030	5,7

Legenda: H – sexo masculino; HM – sexos feminino e masculino; IC – Intervalo de Confiança; M – sexo feminino; NS – Necessidades de Saúde; PT – Portugal; VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana; /10⁵ habitantes – por 100.000 habitantes

Indicadores dos Objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Quantificação Objetivo	
		PT / NUTS II de valor menos favorável	Ano/ período de tempo	Ano/ período de tempo	Valor
PROBLEMAS DE SAÚDE DE BAIXA MAGNITUDE MAS ELEVADO POTENCIAL DE RISCO					
Taxa de mortalidade materna (por 100.000 nados-vivos)	M	13,5	2017-2019	2028-2030	7,1
Taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nados-vivos)	HM	1,9	2018-2020	2028-2030	1,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1.000 nados-vivos)	HM	2,9	2018-2020	2028-2030	2,5
Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (por 1.000 nados-vivos)	HM	3,0	2020	2030	2,6
Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	HM	98,6 / 98,0 (PT / AML)	2020	2030	99,5
Número absoluto de casos de sífilis congénita	HM	7	2018	2030	0
Número absoluto de casos autóctones de sarampo	HM			2030	0
Número absoluto de casos de tétano neonatal	HM	0	2018	2030	0
Número absoluto de casos de rubéola congénita	HM	0	2018	2030	0
Indicador de água segura (%)		98,8 / 98,2 (PT / RAM)	2020	2030	99,0
Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)		n.d. / 67,5 (PT / RAM)	2019	2030	98,0

Legenda: AML – Área Metropolitana de Lisboa; H – sexo masculino; HM – sexos feminino e masculino; M – sexo feminino; n.d. – não disponível; NUTS II - Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos – nível 2; PT – Portugal; RAM – Região Autónoma da Madeira

ANEXO 4. Documentos de enquadramento do PNS 2021-2030

Anexo 4.1. Alguns documentos internacionais de enquadramento do PNS 2021-2030

<p>World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003, updated reprint 2004, 2005). Available from: WHO WHO Framework Convention on Tobacco Control</p>	<p>The WHO FCTC was developed in response to the globalization of the tobacco epidemic. The spread of the tobacco epidemic is facilitated through a variety of complex factors with cross-border effects, including trade liberalization and direct foreign investment. Other factors such as global marketing, transnational tobacco advertising, promotion and sponsorship, and the international movement of contraband and counterfeit cigarettes have also contributed to the explosive increase in tobacco use.</p>
<p>Universal health coverage. Joint Assessment of National Health Strategies and Plans. UHC2030; 2011. Available from: https://www.uhc2030.org/search/?query=Joint+Assessment+of+National+Health+Strategies+and+Plans</p>	<p>UHC2030's mission is to create a movement for accelerating equitable and sustainable progress towards universal health coverage (UHC).</p>
<p>World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO; 2013. Available from: https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/gmf</p>	<p>The WHO Global NCD Action Plan 2013-2020 follows on from commitments made by Heads of State and Government in the United Nations Political Declaration on the Prevention and Control of NCDs (resolution A/RES/66/2), recognizing the primary role and responsibility of Governments in responding to the challenge of NCDs and the important role of international cooperation to support national efforts</p>
<p>World Health Organization. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. WHO; 2013. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/ncd-gmf-indicator-definitions-and-specifications</p>	<p>In May 2013 the 66th World Health Assembly adopted the comprehensive global monitoring framework (GMF) for the prevention and control of noncommunicable diseases. The Global Monitoring Framework included a set of indicators capable of application across regions and country settings to monitor trends and assess progress made in the implementation of national strategies and plans on noncommunicable diseases.</p>
<p>World Health Organization. European Food and Nutrition: Action Plan 2015–2020. WHO Regional Office for Europe; 2014. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/253727/64wd14e_FoodNutAP_140426.pdf</p>	<p>The intention of the Action Plan is to significantly reduce the burden of preventable diet-related noncommunicable diseases, obesity and all other forms of malnutrition still prevalent in the WHO European Region. It calls for action through a whole-of-government, health-in-all-policies approach. Its priority actions will contribute to improving food system governance and the overall quality of the European population's diet and nutritional status.</p>
<p>Organização Mundial Saúde. Declaração de Minsk. OMS; 2015. 12 p. Available from: https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/the-minsk-declaration</p>	<p>Adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020</p>
<p>United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development - adopted at the United Nations Sustainable Development Summit on 25 September 2015. Available from: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development Department of Economic and Social Affairs (un.org)</p>	<p>This Agenda is a plan of action for people, planet and prosperity. It also seeks to strengthen universal peace in larger freedom. We recognize that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge and an indispensable requirement for sustainable development.</p>
<p>IPCC, 2018: Summary for Policymakers. In: Global Warming of 1.5°C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty [Masson-Delmotte, V., P. Zhai, H.-O. Pörtner, D. Roberts, J. Skea, P.R. Shukla, A. Pirani, W. Moufouma-Okia, C. Péan, R. Pidcock, S. Connors, J.B.R. Matthews, Y. Chen, X. Zhou, M.I. Gomis, E. Lonnoy, T. Maycock, M. Tignor,</p>	<p>This Summary for Policymakers (SPM) presents the key findings of the Special Report, based on the assessment of the available scientific, technical and socio-economic literature² relevant to global warming of 1.5°C and for the comparison between global warming of 1.5°C and 2°C above pre-industrial levels. The level of confidence associated with each key finding is reported using the IPCC calibrated language.³ The underlying scientific basis of each key finding is indicated by references provided to chapter elements. In the SPM, knowledge gaps are identified associated with the underlying chapters of the Report.</p>

and T. Waterfield (eds.)). World Meteorological Organization, Geneva, Switzerland, 32 pp	
World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. WHO; 2018 . Available from: 9789241514187-eng.pdf (who.int)	Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world – Regular physical activity is proven to help prevent and treat noncommunicable diseases (NCDs) such as heart disease, stroke, diabetes and breast and colon cancer. It also helps to prevent hypertension, overweight and obesity and can improve mental health, quality of life and well-being. The action plan was developed through a worldwide consultation process involving governments and key stakeholders across multiple sectors including health, sports, transport, urban design, civil society, academia and the private sector.
United Nations. Declaração política da 3ª Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis : resolução / aprovada pela Assembleia Geral. UN; 2018 . Available from: https://digitallibrary.un.org/search?f1=author&as=1&sf=title&so=a&rm=&m1=p&p1=UN.+General+Assembly.+High-Level+Meeting+of+Heads+of+State+and+Government+on+the+Prevention+and+Control+of+Non-Communicable+Diseases+%282018+%3A+New+York%29&ln=en	Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well-being of present and future generations
World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent high-level commission on noncommunicable diseases. World Health Organization; 2018 . Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/272710	The recommendations in this report are intended for Heads of State and Government and policymakers across government sectors, as well as other stakeholders, and as input towards the third High-level Meeting of the UN General Assembly on NCDs.
Ebi K, Campbell-Lendrum D, Wyns A. The 1.5 Health Report: synthesis on health & climate science in the IPCC SR1.5. World Health Organization; 2018 . Available from: https://www.who.int/publications/i/item/the-1.5-health-report	Climate change affects health through a range of different pathways: from extreme weather events to infectious disease, to water and food security. The actions that would be necessary to keep global warming below 1.5C, would themselves have effects on health, for example in reducing the intolerable death rate from air pollution. These diverse connections mean that information on the health implications of restricting global warming are scattered throughout the IPCC report. This synthesis does the valuable service of bringing them together in one place.
World Health Organization. Declaration of Astana. World Health Organization; 2018 . Available from: gcphc-declaration.pdf (who.int)ference/declaration	Declaration of Astana on Primary Health care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals
Mendenhall E, Singer M. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. - Lancet 2019; 393: 791–846 Published Online January 27, 2019. Available from: www.thelancet.com+Vol+393+February 2019	“Obesity, undernutrition, and climate change—represent The Global Syndemic that affects most people in every country and region worldwide. They constitute a syndemic, or synergy of epidemics, because they co-occur in time and place, interact with each other to produce complex sequelae, and share common underlying societal drivers”.
Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?. WHO Regional Office for Europe; 2019 . Available from: https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/what-is-the-evidence-on-the-role-of-the-arts-in-improving-health-and-well-being-a-scoping-review-2019	This report synthesizes the global evidence on the role of the arts in improving health and well-being, with a specific focus on the WHO European Region. Results from over 3000 studies identified a major role for the arts in the prevention of ill health, promotion of health, and management and treatment of illness across the lifespan. The beneficial impact of the arts could be furthered through acknowledging and acting on the growing evidence base; promoting arts engagement at the individual, local and national levels; and supporting cross-sectoral collaboration
European Commission. Reflection paper: Towards a sustainable Europe by 2030. European Commission; 2019 Jan. Available from: https://ec.europa.eu/info/publications/reflection-paper-towards-sustainable-europe-2030_en	The Multi-Stakeholder Platform on the implementation of the Sustainable Development Goals in the European Union – the “EU SDG multi-stakeholder platform” – was established in May 2017 to support and advise the European Commission and all stakeholders involved on the implementation of the SDGs at EU level. Achieving the Goals requires a comprehensive review, the identification of areas where changes are needed, and the development of coherent policies which produce lasting social, economic, governance and environmental co-benefits, recognizing and acting on interlinkages between all goals and

	targets. The recommendations of the Multi-Stakeholder Platform provide an ambitious and consensus-based contribution to this goal.
World Health Organization. Health Equity Policy Tool: A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2019 . Available from: https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/06/healthy.-prosperous-lives-for-all-in-the-european-region-high-level-conference-on-health-equity/documents/technical-and-policy-documents/health-equity-policy-tool.-a-framework-to-track-policies-for-increasing-health-equity-in-the-who-european-region-working-document-2019	The WHO Health Equity Policy Tool has been developed to support WHO Member States and partners to strengthen the implementation of these commitments and strategies through specific policy actions. To accelerate progress in reaching those being left behind because of poor health and in preventing others from falling behind, policy action is required that reaches not only the most vulnerable but also those disproportionately at risk of avoidable poor health.
Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrisonbuild J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review: The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England. Institute of Health Equity; 2020 . Available from: https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review	Build Back Better has become the mantra. Important, but we need to Build Back Fairer. The levels of social, environmental and economic inequality in society are damaging health and well-being. As the UK emerges from the pandemic it would be a tragic mistake to attempt to re-establish the status quo that existed before the pandemic – a status quo marked in England, over the past decade, by stagnation of health improvement that was the second worst in Europe and widening health inequalities.
Clark H, Coll-Seck et al. A future for the world’s children? A WHO–UNICEF–Lancet Commission. UNICEF; 2020 . Available from: https://gdc.unicef.org/resource/future-worlds-children	Despite dramatic improvements in survival, nutrition, and education over recent decades, today’s children face an uncertain future. Climate change, ecological degradation, migrating populations, conflict, pervasive inequalities, and predatory commercial practices threaten the health and future of children in every country. In 2015, the world’s countries agreed on the Sustainable Development Goals (SDGs), yet nearly 5 years later, few countries have recorded much progress towards achieving them. This Commission presents the case for placing children, aged 0–18 years, at the centre of the SDGs: at the heart of the concept of sustainability and our shared human endeavor.
United Nations General Assembly - United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Resolution adopted by the General Assembly - 44th plenary meeting 14 December 2020 Available from: A/RES/75/131 - E - A/RES/75/131 -Desktop (undocs.org)	Decides to proclaim 2021–2030 the United Nations Decade of Healthy Ageing, within existing structures and available resources to provide a work programme with voluntary policy options and strategies for use by Governments and other stakeholders, as appropriate, and notes that this is a living document developed through an inclusive, continuous, and collaborative process;
World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization; 2021 . Available from: https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan	The purpose of the action plan is to provide strategic direction for all stakeholders for eliminating avoidable harm in health care and improving patient safety in different practice domains through policy actions on safety and quality of health services, as well as for implementation of recommendations at the point of care. The action plan provides a framework for countries to develop their respective national action plans on patient safety, as well to align existing strategic instruments for improving patient safety in all clinical and health-related programmes.
European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European parliament and the council. European Commission; 2021 . Available from: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_342	Europe’s Beating Cancer Plan reflects a political commitment to leave no stone unturned to take action against cancer. Mobilizing the collective power of the EU to drive change to the benefit of our citizens, the Cancer Plan contains concrete, ambitious actions that will support, coordinate, and complement Member States’ efforts to reduce the suffering caused by cancer
Parlamento Europeu e do Conselho. - EU4Health Programme - Regulamento (UE) 2021/522. 2021 Mar. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX%3A32021R0522	Cria um programa de ação da União no domínio da saúde («Programa UE pela Saúde») para o período 2021-2027 e que revoga o Regulamento (UE) n.o 282/2014
European Commission. Proposal for a council recommendation establishing a European child guarantee. European Commission; 2021 . Available from: https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=10024&furtherNews=yes	The European Child Guarantee was approved unanimously by a Council Recommendation on 14 June 2021. The aim of the recommendation is to prevent and combat social exclusion of children in need by guaranteeing access to a set of key services, to combat child poverty and fostering equal opportunities.

<p>World Health Organization. Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development. WHO Regional Office for Europe; 2021 Set. Available from: https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development/publications/drawing-light-from-the-pandemic-a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development-2021</p>	<p>Over the past year, members of the Commission have reflected on what worked and, more often, what did not work in the COVID-19 response and in previous crises. In the Call to Action that we issued in March 2021 and in this final report, we have made a series of recommendations with the aim of achieving seven key objectives to prevent a catastrophe on the same scale from happening again.</p>
<p>Conselho União Europeia. Recomendação do Conselho (UE) 2021/1004 garantia europeia para crianças. UE; 2021 Jun. Available from: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.223.01.0014.01.ENG&toc=OJ%3AL%3A2021%3A223%3ATOC</p>	<p>This annotated outline aims to provide more detailed information on the content and structure of the National Action Plan (NAP) in order to support Member States, in particular the Child Guarantee coordinators, in the preparation of their NAPs. It follows the scope of the Council Recommendation (EU) 2021/1004 of 14 June 2021 establishing a European Child Guarantee</p>

Fonte: PNS 2021-2030

Anexo 4.2. Alguns documentos nacionais de enquadramento do PNS 2021-2030

<p>Conselho Ministros. Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas. Resolução do Conselho de Ministros n.º 25/2013. Available from: https://www.acm.gov.pt/documents/10181/52642/RCM_ENNIC.pdf/8384c0f4-7c96-4979-90ba-73e5f565fd0b</p>	<p>Trata-se do primeiro plano nacional que tem em vista a integração das comunidades ciganas, embora enquanto comunidades vulneráveis estejam abrangidas por uma série de outras medidas. Na elaboração da Estratégia Nacional trabalhou-se a articulação de políticas públicas existentes mas dispersas, que visam corrigir problemas e desigualdades sociais.</p>
<p>Grupo de Trabalho de Educação para a Cidadania (Despacho n.º 6173/2016, publicado no D.R., II.ª Série, n.º 90, de 10 de maio de 2016).Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania. Available from: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos_Curriculares/Aprendizagens_Essenciais/estrategia_cidadania_original.pdf</p>	<p>A Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC) integra um conjunto de direitos e deveres que devem estar presentes na formação cidadã das crianças e dos jovens portugueses, para que no futuro sejam adultos e adultas com uma conduta cívica que privilegie a igualdade nas relações interpessoais, a integração da diferença, o respeito pelos Direitos Humanos e a valorização de conceitos e valores de cidadania democrática.</p>
<p>Presidência Conselho Ministros. Plano acção economia circular. Resolução do Conselho de Ministros n.º 190-A/2017. Diário da República n.º 236/2017, 2º Suplemento, Série I de 2017-12-11. Available from: https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/190-a-2017-114337039</p>	<p>A economia circular, é um conceito estratégico que assenta na prevenção, redução, reutilização, recuperação e reciclagem de materiais e energia. Substituindo o conceito de «fim -de -vida» da economia linear por novos fluxos circulares de reutilização, restauração e renovação, num processo integrado, a economia circular é vista como um elemento -chave para promover a dissociação entre o crescimento económico e o aumento no consumo de recursos.</p>
<p>Gosseries A. Desafios sobre Justiça Intergeracional. Fundação Calouste Gulbenkian; 2018. Available from: https://gulbenkian.pt/de-hoje-para-amanha/publication/desafios-sobre-justica-intergeracional/</p>	<p>Todos os seres humanos – no passado, presente, ou futuro – merecem que a sua dignidade seja protegida e respeitada. Por outras palavras, o princípio de igual dignidade dos seres humanos deve aplicar-se não apenas aos homens e mulheres que vivem hoje, mas também aos que virão a existir.</p>
<p>Conselho de Ministros. Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento 2018 -2022 Resolução do Conselho de Ministros n.º 94/2018. Available from: https://dre.pt/dre/analise-juridica/resolucao-conselho-ministros/94-2018-115698904</p>	<p>A ENED 2018 -2022 vai ainda ao encontro das responsabilidades assumidas por Portugal no quadro da União Europeia (UE). O Novo Consenso Europeu sobre o Desenvolvimento «O Nosso Mundo, a Nossa Dignidade, o Nosso Futuro», aprovado pelo Parlamento Europeu, pela Comissão Europeia, pelo Conselho e pelos Estados- -Membros, em 7 de junho de 2017, prevê que a UE e os seus Estados -Membros devam apoiar as Organizações da Sociedade Civil (OSC) enquanto «promotores, executantes e agentes da mudança no âmbito da sensibilização e da Educação para o Desenvolvimento».</p>

<p>Conselho Ministros. Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030. Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018. Available from: https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/61-2018-115360036</p>	<p>Portugal é Estado Parte nos principais instrumentos internacionais vinculativos nestas matérias, sendo de destacar a Convenção das Nações Unidas sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Mulheres e a Convenção do Conselho da Europa para a Prevenção e o Combate à Violência contra as Mulheres e a Violência Doméstica (Convenção de Istambul). Portugal assumiu, também, em particular no quadro da Organização das Nações Unidas, do Conselho da Europa, da União Europeia e da CPLP, outros numerosos compromissos políticos nestes domínios, destacando-se a Declaração e Plataforma de Ação de Pequim e documentos de compromisso decorrentes das suas revisões; a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável; o Pacto Europeu para a Igualdade entre Homens e Mulheres 2011-2020 e o Compromisso Estratégico para a Igualdade de Género 2016-2019; o Plano Estratégico de Cooperação para a Igualdade de Género e Empoderamento das Mulheres (CPLP) de 2010 e o Plano de Ação para a Igualdade de Género e Empoderamento das Mulheres (CPLP 2017-2020); e a Recomendação CM/Rec(2010)5 do Comité de Ministros aos Estados-Membros do Conselho da Europa sobre medidas para o combate à discriminação em razão da orientação sexual ou da identidade de género</p>
<p>Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde -Estratégia da Saúde na Área das Demências. Despacho n.º 5988/2018 1709417101.pdf (dre.pt)</p>	<p>O documento discute, na linha das propostas internacionais, os pontos principais de uma estratégia da saúde para as demências em Portugal, bem como uma ordem de prioridade para estes pontos. Pretende -se colmatar uma lacuna existente em Portugal e criar condições para que se possam desenvolver políticas públicas no âmbito da saúde, traduzidas em planos e ações coerentes, nomeadamente através de um futuro Plano da Saúde para as Demências em Portugal.</p>
<p>Conselho Ministros. Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações. Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019. Available from: https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/resolucao-conselho-ministros/2019-158480690</p>	<p>O Pacto Global para as Migrações Seguras, Ordenadas e Regulares foi aprovado pela Assembleia -Geral das Nações Unidas, em 19 de dezembro de 2018 (Resolução A/73/L.66). Este Pacto baseia -se em 10 princípios orientadores que promovem uma visão centrada nas pessoas, a cooperação internacional, a soberania nacional, o Estado de Direito, o desenvolvimento sustentável, o respeito pelos direitos humanos, a igualdade de género, o superior interesse das crianças e a abordagem holística das migrações, envolvendo todos os níveis da Administração e da sociedade civil.</p>
<p>Assembleia da República. Carta para a Participação Pública em Saúde, (aprovada como anexo I, à Lei n.º 108/2019, de 9 de Setembro) https://data.dre.pt/eli/lei/108/2019/09/09/p/dre/pt/html</p>	<p>A Carta para a Participação Pública em Saúde pretende fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde da população, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública. A Carta pretende ainda promover e consolidar a participação pública a nível político e dos diferentes órgãos e entidades do Estado, em Portugal, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.</p>
<p>Conselho de Ministros. Plano Nacional Energia e Clima 2030 (PNEC 2030) - Resolução do Conselho de Ministros n.º 53/2020. Available from: https://www.portugalenergia.pt/setor-energetico/bloco-3/</p>	<p>O PNEC inclui uma caracterização da situação existente em Portugal em matéria de Energia e Clima, abrangendo as cinco dimensões do Regulamento (UE) 2018/1999 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de dezembro de 2018: descarbonização, eficiência energética, segurança de abastecimento, mercado interno da energia e investigação, inovação e competitividade, bem como a definição dos contributos nacionais e políticas</p>

	e medidas planeadas para o cumprimento dos diferentes compromissos globais da União, incluindo em termos de redução de emissões de gases com efeito de estufa, energias renováveis, eficiência energética e interligações
Conselho Nacional de Saúde. Agenda da juventude para a saúde 2030. CNS; 2021 . Available from: https://www.cns.min-saude.pt/category/publicacoes/relatorios/	A saúde das crianças e jovens é, não só um direito humano como um recurso fundamental para uma sociedade mais saudável e justa – agora e no futuro. Esta Agenda centra-se nas áreas que as crianças e jovens inquiridos consideraram prioritárias para a sua saúde na próxima década
Conselho Ministros. Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030 Resolução Conselho Ministros n.º 184/ 2021 . Available from: https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/184-2021-176714553	A decisão de elaborar uma Estratégia Nacional de Combate à Pobreza visa defender e promover a coesão e justiça social, sendo uma afirmação da vontade de mudança para tantas famílias e indivíduos em Portugal. A proposta que aqui se apresenta pretende lançar um desafio coletivo para que possamos afirmar-nos como país solidário, moderno e coeso. Só assim daremos corpo aos desígnios da justiça social e da igualdade.
Assembleia da República. Recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade Resolução da Assembleia da República n.º 195/2021 . Available from: https://files.dre.pt/1s/2021/07/13100/0002800030.pdf	Recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade
Conselho de Ministros. Estratégia Nacional para Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025 – 2021 . Available from: https://www.inr.pt/documents/11309/284924/ENIPD.pdf/5bce7969-0918-4013-b95d-2a5a35a870c5	A ENIPD 2021-2025 orienta-se pelos princípios fundamentais de respeito e garantia da dignidade humana da pessoa com deficiência, da sua autonomia, independência e autodeterminação, da participação em todos os domínios da vida, da promoção da igualdade e não discriminação nas suas diversas dimensões, incluindo discriminações múltiplas e pelo respeito pela diferença e diversidade.
Conselho Ministros. Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030 Resolução Conselho Ministros n.º 184/ 2021 . Available from: https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/184-2021-176714553	Instrumento de política pública, com um conjunto de ações coerentes e articuladas, que permitam reduzir de forma expressiva a incidência da pobreza. Os impactos socioeconómicos da pandemia, de magnitude ainda incerta, renovaram e reforçaram a pertinência da existência deste instrumento.
Pacto português para os plásticos http://www.smartwasteportugal.com/pt/atividades/pacto-portugues-para-os-plasticos/o-que-e/	O Pacto Português para os Plásticos é uma plataforma colaborativa que reúne os diferentes atores da cadeia de valor nacional do plástico, para alcançar um conjunto de metas ambiciosas até 2025. O Pacto Português para os Plásticos visa solucionar, na origem, os problemas associados ao plástico, em direção a uma economia circular dos plásticos.

Fonte: PNS 2021-2030

ANEXO 5. Síntese das recomendações efetuadas por Conselheiros/as do Conselho Consultivo do PNS 2021-2030

As recomendações selecionadas, a partir do relatório síntese dos contributos de Conselheiros/as do Conselho Consultivo do PNS 2021-2030 (84), dirigem-se a problemas e determinantes de saúde identificados no PNS 2021-2030, com especial atenção ao impacte da pandemia de COVID-19 e às desigualdades sociais e económicas em saúde, e **são da exclusiva responsabilidade dos/as respetivos/as proponentes.**

Algumas Recomendações Gerais:

- ✓ O modelo de governação do país deverá evoluir para abordagens trans-sectoriais, flexíveis e adaptativas - a saúde terá de estar presente em quase todas as políticas públicas e áreas de governação, que deverão ser coerentes com as prioridades de saúde e das políticas de saúde; para tal, é necessário desenvolver métodos operativos da trans-sectorialidade e evoluir do funcionamento em silos para a articulação territorial, numa perspetiva intersectorial, interinstitucional e transdisciplinar.
- ✓ Deverá ser progressivamente construída uma “consciência de saúde pública” transgeracional, ou seja, o que cada um pode fazer para o bem comum geral, mesmo não se percecionando um ganho direto, a curto prazo, a nível individual – aproveitando os ensinamentos da pandemia, bem como o que é possível aprender com o processo de construção da “consciência ambiental”, que demorou décadas a ser construída.
- ✓ O sector da Saúde deve ser estratégico na economia nacional - o investimento na investigação em saúde e na criação de um *cluster* de indústrias relacionadas com a saúde, contribuirão para tornar este sector uma referência na Europa.
- ✓ O SNS deve ser alvo de uma transformação profunda, bem como o sistema de saúde e a sua regulação, aproveitando a atual conjuntura - esta transformação deverá incluir: novas lógicas organizacionais; novos princípios e "algoritmos" de financiamento; uma estratégia de investimentos por prioridades de saúde a montante; uma governação estratégica multinível; uma política de recursos humanos da saúde integrada, motivacional e prospetiva; instrumentos de gestão do conhecimento e da mudança organizacional.
- ✓ A divulgação das causas de morbilidade e respetivos fatores de risco deveria ser fomentada através de sítios da *internet* de entidades da Saúde, assim como o impacto da prestação de cuidados na mesma – esta informação é importante para o planeamento da oferta de cuidados de saúde adequados às necessidades, bem como para o delineamento das estratégias de saúde locais, ajustadas às diferentes populações e respetivas necessidades de saúde.

- ✓ O sistema de saúde deve ser flexível, de modo a acomodar as alterações demográficas, inerentes a uma sociedade em constante mudança - a população portuguesa caracteriza-se por um envelhecimento acentuado e crescentes fluxos migratórios.
- ✓ Deverão ser adotadas medidas que reduzam as barreiras comunicacionais e culturais no acesso aos cuidados de saúde – por exemplo, relativamente à saúde da população de refugiados e imigrante.

Algumas Recomendações Específicas:

Relativas ao Território

- ✓ Reforço do papel dos municípios na harmonização de políticas e estratégias de âmbito territorial com o sector da saúde, com relevo para a Estratégia Municipal de Saúde, na articulação da implementação das políticas e processos entre os vários sectores e escalas de governação, aos níveis local, intermunicipal ou metropolitano.
- ✓ Promoção de alimentação adequada e sustentável e prevenção da insegurança alimentar nas comunidades intermunicipais, capacitando as pessoas, melhorando a acessibilidade das mesmas aos produtos locais e a deteção e intervenção precoces nas situações de vulnerabilidade alimentar.
- ✓ Criação de condições para a melhoria do acesso à prática desportiva ao longo do ciclo de vida, em contextos diversificados, sobretudo, nos territórios mais desfavorecidos.
- ✓ Investimento na criação, manutenção e rentabilização de espaços verdes através do ordenamento das florestas, e a promoção da sua utilização como espaço de lazer e prática desportiva.
- ✓ Melhoria da acessibilidade às novas tecnologias, especialmente fora dos centros urbanos, investindo na literacia informática dos adultos, com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde.
- ✓ Investimento no aumento da capacidade resolutiva dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sobretudo, fora dos grandes centros urbanos, com o acesso a teleconsultas de especialidade e realização dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) nos CSP, entre outros.
- ✓ Medidas de reforço das economias locais, nas áreas socialmente menos favorecidas (e.g. diminuição de impostos, portagens e custos com telecomunicações).
- ✓ Acesso remoto e desconcentração de serviços da Administração Pública, com a facilitação do acesso das pessoas infoexcluídas, através das Autarquias.
- ✓ Criação de mais sinergias com a rede de distribuição dos postos de colheitas dos laboratórios privados, mais próximos da comunidade do que, por exemplo, os grandes centros de referência hospitalares, na construção da resposta às desigualdades geográficas no acesso aos meios complementares de diagnóstico laboratorial.

- ✓ Maior capitalização da rede de farmácias em todo o território nacional, em favor da saúde da comunidade, desde a proteção e promoção da saúde, e da literacia em saúde, até à prevenção e deteção precoce da doença, e da agudização da doença crónica, entre outros.

Relativas à Economia e Sociedade

- ✓ Identificação de objetivos de saúde que cumpram os objetivos de natureza económica por parte de quem faz definição de políticas no campo do Ministério da Economia e o entendimento, por parte destes, das prioridades em Saúde.
- ✓ Criação de um Fórum Interministerial para alinhamento de objetivos.
- ✓ Definição de políticas que, baseadas em necessidades de saúde, premeiem ou favoreçam objetivos de criação de valor económico (e.g. *startups* de universidades com investigação nas áreas da saúde).
- ✓ Utilização de políticas que usam fundos estruturais com objetivos ligados a melhor saúde, através de:
 - a) transformação da estrutura produtiva, atendendo a objetivos de saúde;
 - b) efeitos em termos de menor absentismo e maior produtividade, via melhor saúde;
 - c) flexibilidade empresarial (entrada e saída) para responder a desafios de saúde, por exemplo, através de programas locais;
 - d) políticas de conciliação da vida profissional e vida pessoal.
- ✓ Maior articulação entre os sectores público, privado e social da saúde, através de uma resposta mais integrada na prestação de cuidados de saúde.
- ✓ Implementação de políticas de saúde pública regulatórias - limitação da publicidade ao tabaco e a alimentos com elevado teor de açúcar e sal, aumento do preço do álcool, taxas sobre gorduras trans e saturadas, e bebidas açucaradas, redução do preço de venda ao consumidor de frutas e produtos hortícolas, fluoretação da água, regulação do trânsito na estrada.
- ✓ Aumento da literacia alimentar e nutricional na lógica do ciclo de vida, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis da população.
- ✓ Reforço dos apoios sociais para redução das situações de pobreza - garantir um rendimento mínimo às famílias que permita manter um nível de vida adequado e que contribua para a dinamização da economia.
- ✓ Reforço dos apoios à habitação - apoio para melhoria das condições de habitação (isolamento, aquecimento, segurança) e rendas acessíveis.
- ✓ Regulação das condições de trabalho - decisões partilhadas entre trabalhadores e gestores, regulação dos horários e dos turnos, combate aos empregos precários.
- ✓ Construção de respostas específicas para as populações vulneráveis, como as crianças e jovens, e os idosos, nomeadamente:

a) crianças e jovens:

- maior capacitação da comunidade escolar para o uso das tecnologias digitais e investimento nos respetivos equipamentos;
- promoção de cursos técnico-profissionais com elevada empregabilidade;

b) idosos:

- adoção de uma abordagem inovadora, estruturada e trans-sectorial, multi financiada (segurança social, saúde, municípios, recursos alocados a projetos de desenvolvimento local / Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional) de "saúde residencial";
 - adoção de uma abordagem inovadora na organização e no financiamento da identificação e resposta às situações de idosos isolados, social e territorialmente – “Cuidar em Casa” (cuidados de proximidade) e “Cuidar Sempre” (integração das diferentes respostas sectoriais e continuidade de cuidados), integrando novas tipologias profissionais (cuidadores comunitários / agentes comunitários de saúde).
- ✓ criação de uma rede partilhada interinstitucional de registo de informação sobre necessidades identificadas e cuidados ou serviços disponibilizados.
 - ✓ promoção da dignidade, literacia e cidadania das pessoas idosas através de políticas proativas e adaptativas de trabalho que promovam a relação intergeracional - para mudar as narrativas e estereótipos negativos que envolvem a velhice e o envelhecimento.

Relativas à Educação

- ✓ Harmonização das políticas e processos entre os sectores da saúde e da educação - exige a construção de indicadores partilhados entre as duas áreas, designadamente, em todos os níveis de educação e qualificação.
- ✓ Criação de duas comissões intersectoriais permanentes: uma com a Educação e a outra com a Ciência e o Ensino Superior - de nomeação ministerial, com mandatos explícitos.
- ✓ Criação de Fóruns Nacionais, Regionais e Locais, virtuais e/ou presenciais, como oportunidade de convergência entre a Saúde e a Educação.
- ✓ Reforço do Conselho Nacional de Saúde com elementos da Educação representando os primeiros níveis letivos.
- ✓ Proposta de uma agenda comum de investigação à Fundação Ciência e Tecnologia, melhorando sinergias, a intersectorialidade e a utilidade da investigação.
- ✓ Identificação e intervenção precoces em relação aos alunos em situação de maior vulnerabilidade, que apresentam maior risco de abandono escolar.
- ✓ Garantia da existência de profissionais e estruturas de apoio, junto da comunidade escolar e das famílias, em estreita colaboração com os serviços de saúde, que permitam a identificação célere e a intervenção atempada em situações de risco (violência, stress, ansiedade, depressão, outros).

- ✓ Identificação sistemática de agregados familiares em situação de insegurança alimentar, sobretudo, moderada ou grave, com especial atenção aos alunos mais vulneráveis.
- ✓ Melhoria da alimentação nos estabelecimentos de ensino/educação – papel importante dos municípios.
- ✓ Promoção da literacia em saúde e dos estilos de vida saudáveis a partir dos primeiros anos de escolaridade.

Relativas ao Ambiente

- ✓ Promoção da literacia em saúde ambiental ao longo da vida – considerando "ambiente" numa perspetiva mais lata, enquanto ambiente físico, social e digital, e incluindo a questão da *awareness* (consciencialização), e que deverá:
 - favorecer o protagonismo das populações e a participação social;
 - promover o compromisso nacional para uma alimentação saudável e sustentável;
 - usar abordagens escolares (programas de alimentação escolar, hortas escolares e educação alimentar), de modo a incluir considerações acerca das alterações climáticas e a sua influência na saúde da população e do planeta;
 - incrementar a consciencialização sobre os benefícios da produção local de alimentos, e a sua relação com o desenvolvimento local, alterações climáticas e a saúde da população;
 - abordar a questão intergeracional e de justiça intergeracional, associada às questões da saúde ambiental;
 - caracterizar diversos "Ecossistemas de saúde e bem-estar", alinhados com os ODS, e definir determinantes protetores da saúde ambiental.

