PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021 - 2030

Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s

SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE
SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE
DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

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

Consultoria Técnica para a Comunicação
Centro de Estudos Comunicação e Sociedade (Universidade do Minho):
Ana Melo, Sara Balonas, Teresa Ruão
Marta Alves, Marta Ferreira

E-mail de contacto
pns21-30@dgs.min-saude.pt

copyright©DGS/Ministério da Saúde 2022. 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. Beneficiou, para além disso, dos contributos recebidos através da Consulta Pública que decorreu de 12 de abril a 7 de maio de 2022 e envolveu a participação de 114 entidades e cidadãos dos diferentes sectores da sociedade.

Comissão de Acompanhamento

Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto I–Santo Tirso/Trofa—Ana Maria Tato Aguiar; Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.—Sandra Brás; Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.—Departamento de Saúde Pública e Planeamento—José Alberto Noronha Marques Robalo; Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.—Departamento Saúde Pública e Planeamento—Ana Cristina Guerreiro; Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.: Departamento de Contratualização—Maurício Loureiro Alexandre; Departamento de Saúde Pública—João Pedro Travassos Pimentel; Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.: Departamento de Planeamento e Contratualização—Margarida Rato, Joana Gouveia (suplente) e Ana Albuquerque (suplente); Departamento de Saúde Pública- António Carlos Silva e Ana Dinis (suplente); Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.: Departamento Estudos e Planeamento- Fernando Tavares; Departamento de 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 de Municípios Portugueses-Alfredo Monteiro; Associação Portuguesa de Hospitalização Privada-Óscar Gaspar; Associação Portuguesa de Mutualidades- Vanessa Palma; Associação de Unidades de Cuidados na Comunidade-Silvana Ferreira Marques; Associação de Unidades de Saúde Familiar-Denise Alexandra Velho; Autoridade Nacional de Emergência e Proteção Civil-Ana Freitas; Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Alentejo-António Ceia da Silva; Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Algarve-Valentina Calixto; Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Centro-Isabel Damasceno; Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo-Tiago Cruz; Comissão de Coordenação de Desenvolvimento Regional do Norte-Raquel Meira; Comissão para a Igualdade Religiosa: Grupo de Trabalho Religiões/Saúde-Fernando Sampaio; Comissão Instaladora da Ordem dos Assistentes Sociais-Sónia Guadalupe; Comissão Instaladora da Ordem dos Fisioterapeutas-Isabel Sousa Guerra; Comissão Nacional dos Cuidados Paliativos-Rui Sousa Silva; Comissão Nacional de 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; Sílvia Alexandra Lopes Rodrigues (suplente); Organizações Sindicais-Dina Carvalho; 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 de Saúde Mental-António Leuschner; Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares-Luis Barreto Campos; Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários-João Nunes Rodrigues; Coordenadora da Equipa Regional de Acompanhamento da Administração Regional de Saúde do Algarve - Maria Manuela Reis Raposo Fernandes; Coordenadora da Unidade de Saúde Pública do Agrupamento de Centros Saúde Almada-Seixal-Lina Hernández; Direção-Geral da Saúde: Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco; Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil-Bárbara Menezes; Departamento de Qualidade em Saúde-Valter Fonseca; Direção de Serviços de Informação e Análise-Pedro Pinto Leite; Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde-Benvinda Santos; Direção de Serviços e Relações Internacionais-Carlota Pacheco Vieira; Divisão de Comunicação-Diana Mendes; Divisão de Cooperação-Ana Carla Correia; Envelhecimento Ativo-Andreia Jorge Silva; Núcleo Género e Equidade em Saúde-Vasco Prazeres; Programa Nacional de Promoção da Atividade Física-Marlene Nunes Silva; Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva-Dina Claúdia Oliveira; Programa Nacional de Vacinação-Teresa Fernandes; Carla Matos; Programa Nacional VIH/SIDA-Margarida Tavares; Programa Nacional Hepatites Virais-Rui Tato Marinho; Programa Nacional Literacia, Saúde e Bem-Estar; Programa Nacional para a Prevenção dos Acidentes—Miguel Telo Arriaga; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Diabetes-Sónia do Vale; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo-Emília Nunes; Programa Nacional para a Saúde Mental-Miguel Xavier; Programa Nacional para as Doenças Cerebrocardiovasculares-Filipe Macedo; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas-José Dinis; Programa Nacional para as Doenças Respiratórias-Cristina Bárbara Caetano; Programa Nacional para Tuberculose-Isabel Carvalho; Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo Vida-Daniela Machado; Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor-Ana Cristina Janela Basto; Coordenador do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor-José Manuel Romão; Programa Nacional para a Prevenção dos Acidentes—Miguel Telo Arriaga; Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável-Maria João Gregório; Programa Nacional da Saúde da Visão-Augusto Magalhães; Programa Nacional de Saúde Escolar-Benvinda Santos; Programa

Nacional de Saúde Ocupacional-José Manuel Rocha Nogueira; Programa Nacional de Saúde Oral-António Mano Azul; Programa de Prevenção e Controlo das Infeções e Resistência aos Antimicrobianos-José Artur Paiva; Direção Regional de Saúde dos Açores-Ana Maria da Rocha e Silva Soares; Isabel Mafalda Bretão; Diretor Clínico do Hospital dos SAMS- Faustino Ferreira; Estratégia Nacional para as Pessoas em Situação de Sem-Abrigo-Henrique Joaquim; Guarda Nacional Republicana-Nuno Augusto Teixeira Pires da Silva; Instituto Nacional de Emergência Médica-Fátima Rato; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge-Teresa Caldas de Almeida; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Departamento de Alimentação e Nutrição-Isabel Castanheira; Departamento de Doenças Infeciosas- Jorge Machado; Departamento de Epidemiologia - Carlos Matias Dias; Departamento de Genética Humana- Glória Isidro; Departamento de Promoção da Saúde-Astrid Vicente; Departamento de Saúde Ambiental-Helena Rebelo; Museu da Saúde-Helena Rebelo Andrade; Instituto Português do Desporto e Juventude-Vítor Pataco; Instituto Português do Sangue-Alberto Matias; Médico Interno de Saúde Pública-Duarte Brito; Ministério da Administração Interna - Karole Agrela;; Ministério da Agricultura-Isabel Palma; Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: Catarina Resende de Oliveira; Filipa Abreu (suplente); Ministério da Coesão Territorial-António Ramos; Ministério da Cultura: Aura Duarte; Alexandra Botelho (suplente); Ministério da Defesa Nacional-DGRDN: Joaquim Machado Caetano; Sílvia Sousa (suplente); Ministério da Defesa Nacional-EMGFA/Hospital das Forças Armadas: António Anão; Maria Tatá; Ministério da Economia e Transição Digital: Ana Lemos Gomes; Catarina Oliveira (suplente); Ministério do Estado e da Presidência: Nuno Oliveira; Patrícia São João (suplente); Ministério das Infraestruturas e Habitação: Nuno Serra; Ministério da Justiça: Fátima Consciência; Diana Andrade (suplente); Ministério da Modernização do Estado e da Administração Pública-Dalila Romão; Ministério do Planeamento-Leonor Trindade; Ministério da Trabalho, Solidariedade e Segurança Social: Sónia Almeida; Joana Costa (suplente); Ministério do Ambiente e Ação Climática: Ana Teresa Perez; Teresa Núncio (suplente); Ministério dos Negócios Estrangeiros: Hugo Melo Palma; Maria Manuela Correia (suplente); 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 de Centros de 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 de Coimbra-Vítor José Lopes Rodrigues; Professor no Instituto de Saúde Ambiental da Universidade de Lisboa-Osvaldo Santos; Professor no Instituto de 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 do 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 do 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 ... 13
1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA ... 14
   População residente e densidade populacional ... 14
   Natalidade ... 21
   Mortalidade ... 23
   Migrações ... 30
   Projeções demográficas ... 32
2. INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA ... 34
   Esperança de vida ... 34
   Mortalidade ... 37
   Disability Adjusted Life Years - DALYs ... 50
   Morbilidade e incapacidade ... 51
   Determinantes de saúde ... 65
   Desigualdades em saúde em Portugal ... 98
   Um breve olhar sobre a pandemia de COVID-19 e o seu impacte ... 106
3. O DESEMPENHO DE PORTUGAL EM RELAÇÃO AOS ODS ... 108
4. O QUE NOS DIZEM OS *STAKEHOLDERS* ... 112
5. NECESSIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL ... 114
Referências bibliográficas ... 119
ANEXOS ... 125
   Anexo 1. População residente: distribuição por grupo etário ... 126
   Anexo 2. Natalidade: evolução e distribuição geográfica de alguns indicadores ... 128
   Anexo 3. Taxa de mortalidade padronizada pela idade: evolução e distribuição geográfica ... 131
   Anexo 4. Mortalidade proporcional por grandes causas de morte e por sexo ... 132
   Anexo 5. Mortalidade por grandes grupos de causa de morte, por idade e por sexo ... 134
   Anexo 6. Mortalidade por tumores malignos ... 135
   Anexo 7. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório ... 138
   Anexo 8. Mortalidade por doenças do aparelho respiratório ... 141
   Anexo 9. Mortalidade por causas externas ... 144
   Anexo 10. Taxa de mortalidade padronizada pela idade por causa de morte e por sexo 147
   Anexo 11. Taxa de anos de vida potenciais perdidos por sexo ... 151
   Anexo 12. *Healthiest teeth index* ... 153
   Anexo 13. Práticas religiosas em países da Europa Ocidental ... 154
   Anexo 14. Efeitos dos micro e nanoplásticos na saúde humana ... 155
   Anexo 15. Prevalência de determinantes de saúde biológicos ... 156
   Anexo 16. Prevalência de determinantes de saúde comportamentais ... 163
   Anexo 17. Indicadores de determinantes de saúde ambientais ... 169
   Anexo 18. Indicadores de determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde ... 172

Índice de Quadros

Quadro 1. Estimativas da população residente em Portugal, distribuição por sexo e grupo etário, 2019 14
Quadro 2. Evolução de indicadores de natalidade em Portugal, 2011-2019 22
Quadro 3. Evolução de indicadores de mortalidade em Portugal, 2011-2019 24
Quadro 4. Evolução dos óbitos infantis e componentes, perinatais e fetais tardios em Portugal, 2011-2019 28
Quadro 5. Taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e fetal tardia em Portugal, nos triénios 2011-2013 a 2018-2020 28
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 55
Quadro 7. Posição religiosa segundo o estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal (IRP) e os Censos 2011 71
Quadro 8. Indicadores de privação material na população total, Portugal, 2017-2020 . . 72
Quadro 9. Proporção (%) de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais nas regiões NUTS II, 2011-2019 88
Quadro 10. Evolução percentual de utentes inscritos com médico de família atribuído por Administração Regional de Saúde, no Continente (Portugal), 2010-2020 91
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 92
Quadro 12. Desigualdades em saúde em Portugal: destaques da mortalidade 103
Quadro 13. Desigualdades em saúde em Portugal: outros destaques (1/2) 104
Quadro 14. Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por ordem de relevância 112
Quadro 15. Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos stakeholders da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030, por grau de impacte da pandemia de COVID-19 113

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição das estimativas da população residente por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, 2019 15
Figura 2. Distribuição proporcional das estimativas da população residente em Portugal por NUTS II, 2019 15
Figura 3. Densidade populacional (habitantes/km2) em Portugal por município, 2019 . . 16
Figura 4. Evolução do número de nados-vivos e óbitos, e do saldo natural em Portugal, 2011-2019 16
Figura 5. Evolução dos saldos natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019 17
Figura 6. Evolução das taxas (%) de crescimento natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019 17
Figura 7. Pirâmides etárias, Portugal, 2009 e 2019 18
Figura 8. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (gráfico à direita) 19
Figura 9. Índices de dependência (de jovens, de idosos e total) (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução dos índices de dependência (por 100) em Portugal, 2011-2019 (gráfico à direita) 20
Figura 10. Índice de longevidade (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução do índice de longevidade (por 100) em Portugal, 2011-2019 (gráfico à direita) 20
Figura 11. 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) 21
Figura 12. 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 23
Figura 13. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) por sexo . . . 24
Figura 14. 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 25
Figura 15. Distribuição da média anual de óbitos por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, no triénio 2017-2019 26
Figura 16. 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 27
Figura 17. 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 29
Figura 18. 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 (11-13) e 2018-2020 (18-20) 29
Figura 19. Evolução do número de emigrantes permanentes e de imigrantes 30

Figura 20. Distribuição do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes por grupo etário em Portugal, 2019 31
Figura 21. Estimativas e projeções por cenários da população residente em Portugal, 1991-2080 32
Figura 22. Estimativas e projeções (cenário central) da população residente nas regiões NUTS II, 1991-2080 32
Figura 23. Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários) 33
Figura 24. Evolução da esperança de vida à nascença (gráfico em cima) e aos 65 anos (gráfico em baixo) em Portugal, 1999-2001 a 2018-2020, por sexo (gráficos à esquerda), e em Portugal e NUTS II, 1999-2001 e 2018-2020 (gráficos à direita) 34
Figura 25. Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo (masculino à esquerda e feminino à direita), Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019 36
Figura 26. Anos de vida saudável à nascença: total, sexo masculino e sexo feminino, Portugal e União Europeia 37
Figura 27. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019 38
Figura 28. Mortalidade proporcional (%) prematura (idade inferior a 75 anos) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019 38
Figura 29. Distribuição percentual dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019 39
Figura 30. Evolução do número de óbitos maternos e da taxa de mortalidade materna por 100.000 nados-vivos em Portugal, 2002-2019 40
Figura 31. 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 40
Figura 32. 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 41
Figura 33. 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 44
Figura 34. 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 45
Figura 35. 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 47
Figura 36. Principais causas de mortalidade prematura evitável, Portugal, 2018 48
Figura 37. Principais causas de mortalidade prematura tratável, Portugal, 2018 49
Figura 38. Principais causas evitáveis e tratáveis de mortalidade na União Europeia e respetivos países membros 49
Figura 39. 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 50

Figura 40. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por grau de satisfação com a vida, em Portugal, 2014 e 2019 (gráfico à esquerda), e por sexo, em Portugal, 2019 (gráfico à direita) 51
Figura 41. 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 52
Figura 42. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por tipo de doença crónica autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019 (gráfico à esquerda) e por sexo, em Portugal, 2019 (gráfico à direita) 53
Figura 43. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) bruta de incidência por tumores malignos selecionados, em Portugal, 2017 55
Figura 44. Sobrevida (número de anos e percentual) a cinco anos para tumores malignos selecionados diagnosticados em 2013, em Portugal 56
Figura 45. 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 57
Figura 46. 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 57
Figura 47. 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 58
Figura 48. Distribuição percentual das Doenças (Transmissíveis) de Notificação Obrigatória (DNO) por grandes grupos, Portugal, todas as idades, ambos os sexos, 2015-2018 60
Figura 49. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de notificação de tuberculose em Portugal, 2000-2019 60
Figura 50. 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 62
Figura 51. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade com pelo menos uma limitação (incapacidade) motora (gráfico à esquerda) ou sensorial (gráfico à direita) autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019, total, por sexo e por grandes grupos etários 64
Figura 52. 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 64
Figura 53. 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 66
Figura 54. DALYs atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, por sexo, em Portugal, 2019 67
Figura 55. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à

esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (gráfico à direita) 68
Figura 56. Taxa (%) de desemprego da população com 15 a 74 anos, em Portugal e União Europeia, 2011-2020 69
Figura 57. Taxa (%) de desemprego por grupo etário (gráfico à esquerda) e por sexo (gráfico à direita), em Portugal, 2011-2020 70
Figura 58. Distribuição percentual das pessoas sós em Portugal, por grupo etário e por sexo, 2011 71
Figura 59. Evolução do índice de Gini em Portugal, 2003-2018 73
Figura 60. Distribuição (%) da população por itens de privação material, em Portugal, 2019-2020 73
Figura 61. Taxa (%) de variação anual do PIB real per capita, Portugal e UE, 2010-2020 . 74
Figura 62. Prevalência (%) de Insegurança Alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa, em Portugal e NUTS II, 2015-2016 74
Figura 63. 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 75
Figura 64. Prevalência (%) de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade 77
Figura 65. 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 81
Figura 66. 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 81
Figura 67. 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 83
Figura 68. Evolução da proporção (%) de utentes inscritos com médico de família no Continente (Portugal), 2010-2020 90
Figura 69. Problemas de saúde de elevada magnitude e respetivos determinantes de saúde em Portugal 96
Figura 70. Problemas de saúde de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco e respetivos determinantes de saúde em Portugal 97
Figura 71. Distribuição espacial do Índice de Privação Europeu para pequenas áreas, Portugal (A: grupos de blocos censitários; B: Freguesias; C: Municípios), 2011 100
Figura 72. Distribuição espacial do Índice de Saúde da População por municípios, Continente, 2011 101
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 106
Figura 74. Projeções da recuperação do PIB nos países da OCDE, 2021 107
Figura 75. Objetivos mais diretamente relacionados com a saúde (segundo o IHME) e SDG Index score, em Portugal, 2017 (gráfico à esquerda) e evolução do SDG Index score entre 1990-2017 e projeção para 2030 (gráfico à direita), em Portugal 109
Figura 76. GAPFRAME score e resultados da monitorização das dimensões de sustentabilidade, em Portugal, 2016 111

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*
EMV – Esperança média de vida
EV – Esperança de vida
HBSC – *Health Behaviour in School aged Children*
HTA – Hipertensão Arterial
I&D – Investigação e Desenvolvimento
IC95 - Intervalo de confiança a 95 %
IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*
IMC – Índice de Massa Corporal
INE – Instituto Nacional de Estatística
INES – Índice de Saúde da População
INPG - Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de Portugal
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 – Infeções 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*

PNS 2021-2030: SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

Nota Prévia

O **Plano Nacional de Saúde 2021-2030** (PNS 2021-2030) é o primeiro a abranger o horizonte temporal de uma década, tendo por foco a saúde sustentável, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

O **PNS 2021-2030** surge num contexto de acelerada mudança e grande incerteza, onde o planeamento constitui, por si só, um desafio para os organismos governamentais e para a sociedade em geral.

O presente documento é parte integrante do processo de construção do Plano Nacional de Saúde 2021-2030, apresentando de forma desenvolvida e aprofundada o **diagnóstico da situação de saúde em Portugal**.

Descreve a caracterização demográfica e um diagnóstico epidemiológico de saúde da população em Portugal, bem como os resultados do estudo de identificação de necessidades sentidas e percecionadas junto dos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030. Da integração das necessidades técnicas e sentidas, identifica as **necessidades de saúde** da população presente em Portugal.

Ao longo do documento, intercaladas com a informação epidemiológica nacional, constam "caixas" coloridas que pretendem apoiar a leitura quanto à posição relativa de Portugal em relação aos valores e objetivos definidos na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas[1] e outros referenciais internacionais de monitorização dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)[2].

O PNS 2021-2030 é apresentado através de um documento principal **"Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s"** e de três tomos designados: "PNS 2021-2030 – Metodologia**"; "PNS 2021-2030: Saúde da população em Portugal"** e "PNS 2021-2030: Projeções e prognóstico".

[1] Cada "caixa" diz respeito a um Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e um dos respetivos objetivos específicos. Para cada objetivo específico constam, ainda, pelo menos: um indicador de monitorização e/ou avaliação[1] e um resultado que traduza a média dos resultados alcançados por grupos de países, de acordo com pelo menos um dos referenciais internacionais de monitorização dos ODS.

[2] A notação colorida das "caixas" foi inspirada na sinalética colorida das quatro dimensões (planeta, sociedade, economia e governação) do modelo GAPFRAME (1).

1. CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

População residente e densidade populacional

De acordo com os resultados preliminares do XVI Recenseamento Geral da População e VI Recenseamento Geral da Habitação - Censos 2021 (2), 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 (2).

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

	Estimativas da população residente			Percentagem por grupo etário		
Grupo etário (anos)	**Total**	**Feminino** (% Total)	**Masculino** (% Total)	**Total**	**Feminino**	**Masculino**
Total	**10.295.909**	**5.435.932** (52,8 %)	**4.859.977** (47,2 %)			
0 - 14	1.396.985	683.508 (48,9 %)	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 322.609) 67,5 % eram do sexo feminino (Figura 1).

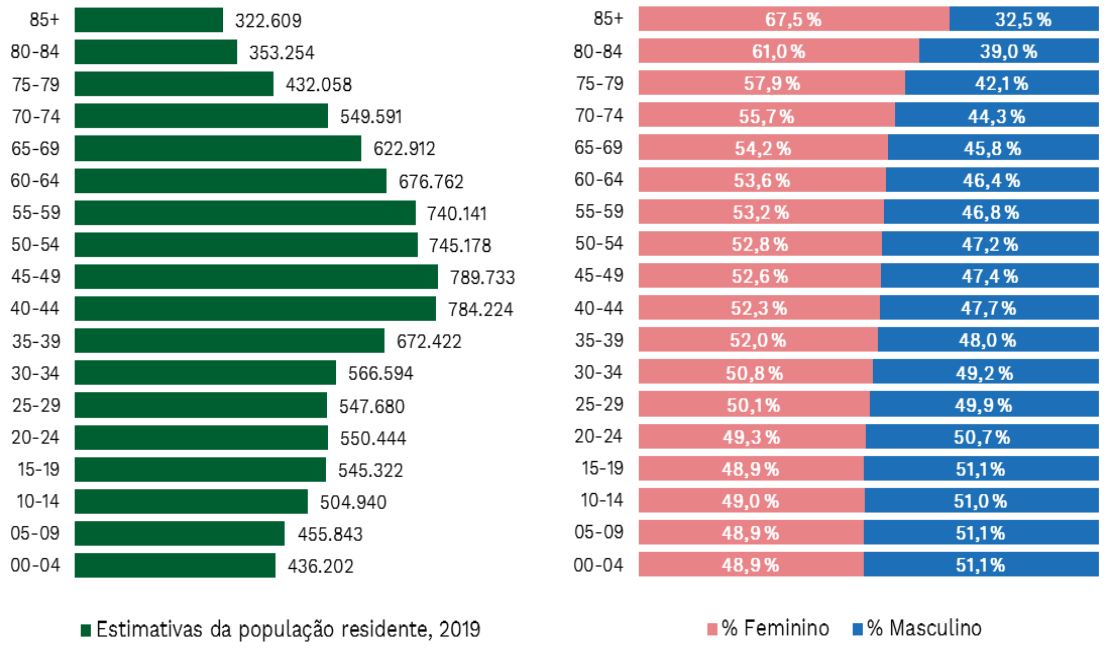
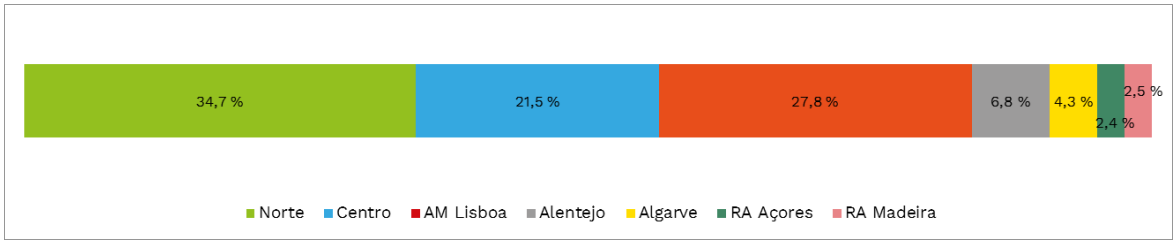


Figura 1. Distribuição das estimativas da população residente por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, 2019

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 2).



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

Figura 2. 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).

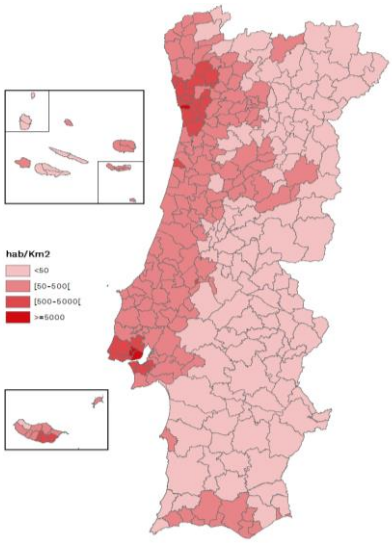


Figura 3. Densidade populacional (habitantes/km2) em Portugal por município, 2019
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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 3).

O decréscimo da população entre 2011 e 2019 (-2,0 %) deveu-se a um **saldo natural** persistentemente **negativo** (Figura 4), 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 5 e 6).

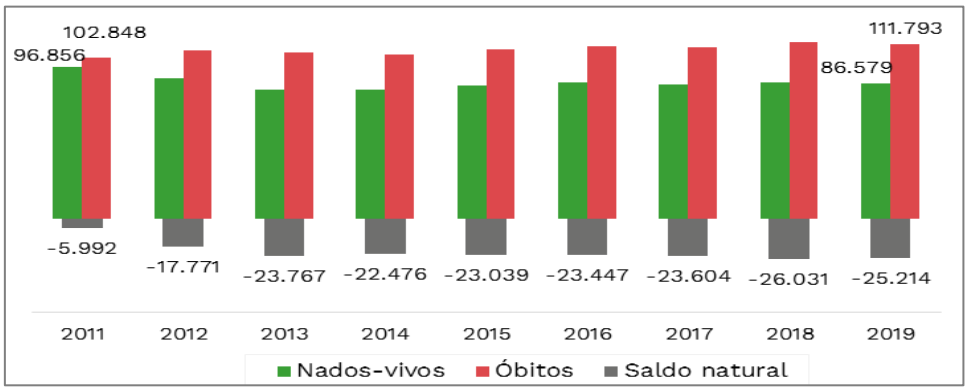


Figura 4. Evolução do número de nados-vivos e óbitos, e do saldo natural em Portugal, 2011-2019
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

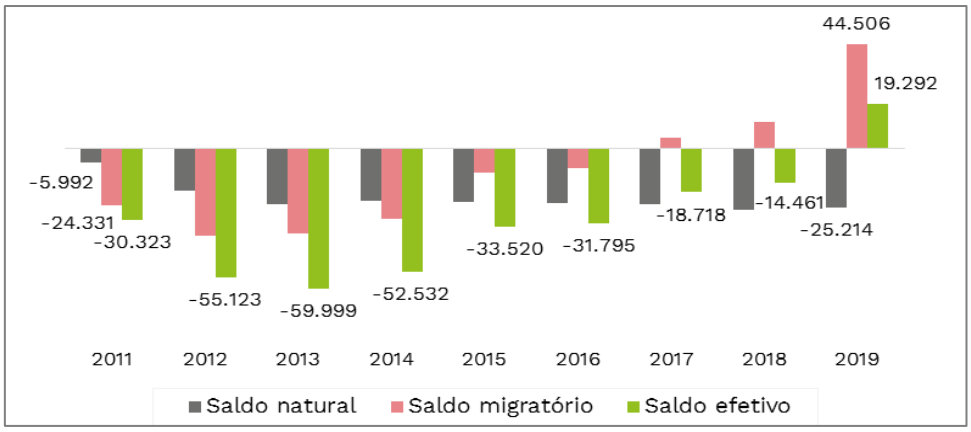


Figura 5. Evolução dos saldos natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

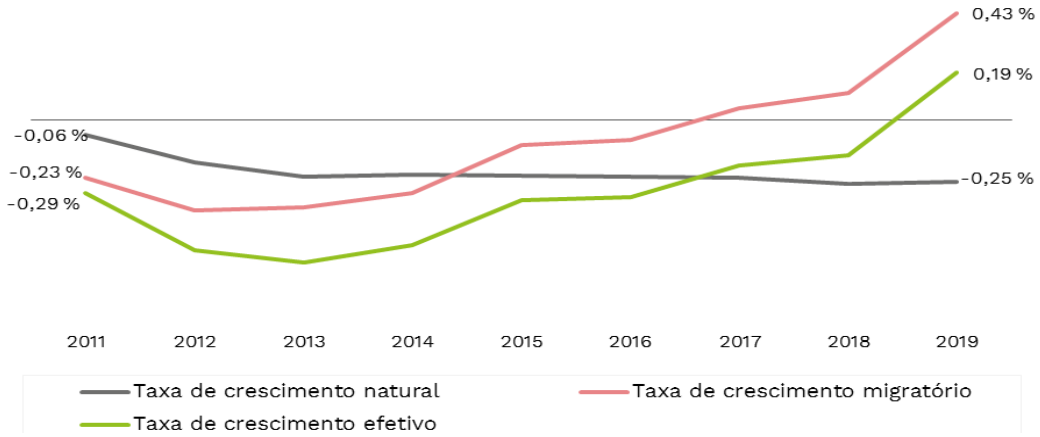


Figura 6. Evolução das taxas (%) de crescimento natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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 7).

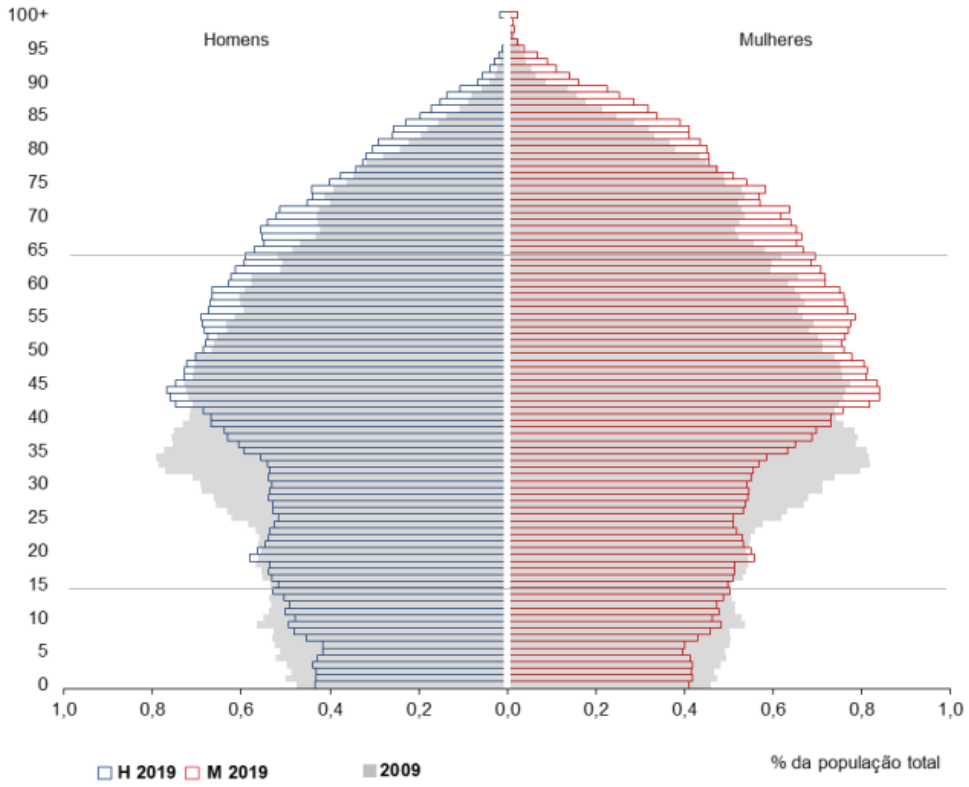
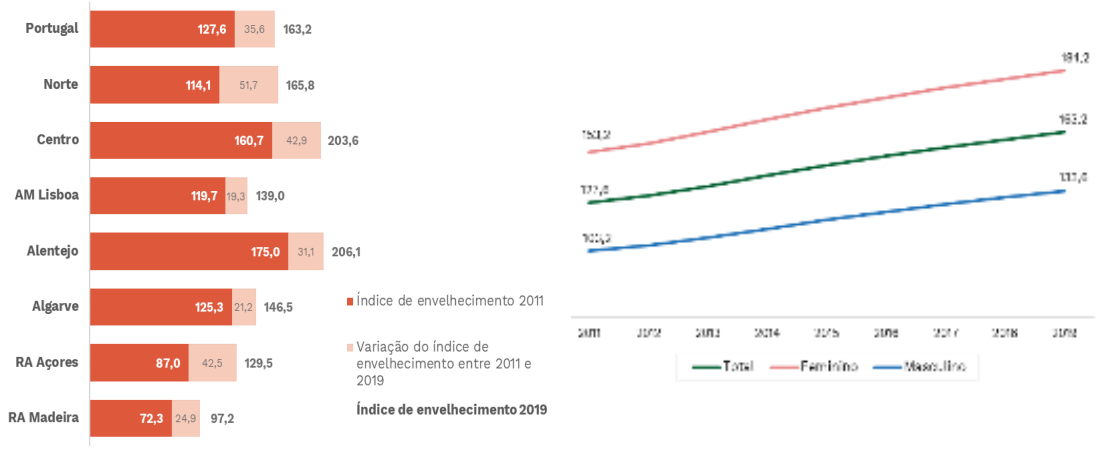


Figura 7. Pirâmides etárias, Portugal, 2009 e 2019

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 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 8).



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

Figura 8. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (gráfico 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 tem gerado pressão demográfica 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 9).

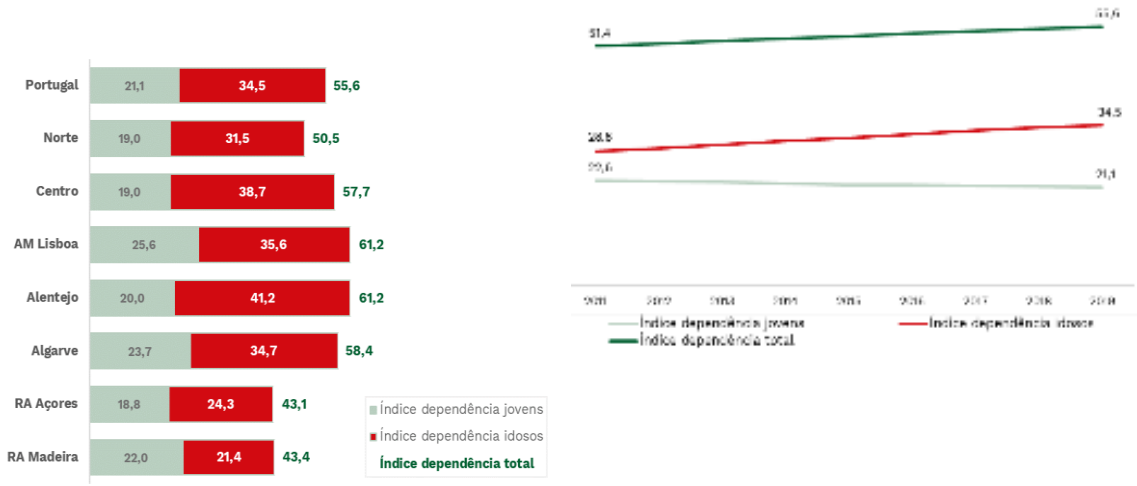


Figura 9. Índices de dependência (de jovens, de idosos e total) (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução dos índices de dependência (por 100) em Portugal, 2011-2019 (gráfico à direita)

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 apresentavam 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 à média nacional, 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 10).

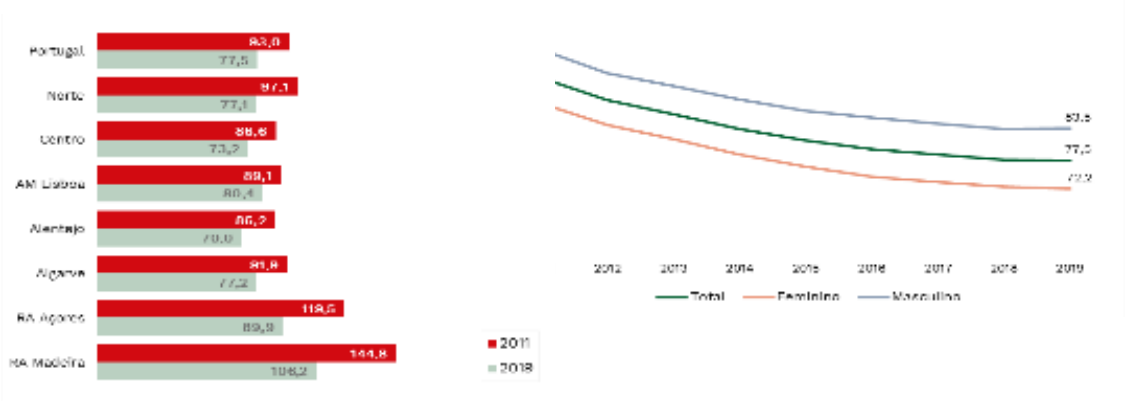
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
RA Açores – Região Autónoma dos Açores
RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

Figura 10. Índice de longevidade (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução do índice de longevidade (por 100) em Portugal, 2011-2019 (gráfico 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 11).



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

Figura 11. 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 (Anexo 1).

Natalidade

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 2). O **índice sintético de fecundidade** (ISF) cresceu (sendo de 1,42 em 2019), realçando-se o aumento de 19,4 % 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 %) (Anexo 1).

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 %	-36,8 %
% NV mulheres ≥ 35 anos	23,9 %	24,8 %	26,3 %	28,4 %	29,6 %	31,5 %	32,1 %	32,8 %	33,3 %	39,3 %
% nascimentos prematuros	7,4 %	7,8 %	7,8 %	7,7 %	8,0 %	7,8 %	8,1 %	8,0 %	8,0 %	8,1 %
% NV baixo peso nascença	8,4 %	8,5 %	8,7 %	8,7 %	8,9 %	8,7 %	8,9 %	9,0 %	8,9 %	5,9 %
% NV estrangeiros	10,3 %	9,8 %	8,9 %	8,7 %	8,4 %	8,8 %	9,7 %	10,8 %	12,3 %	19,4 %
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).

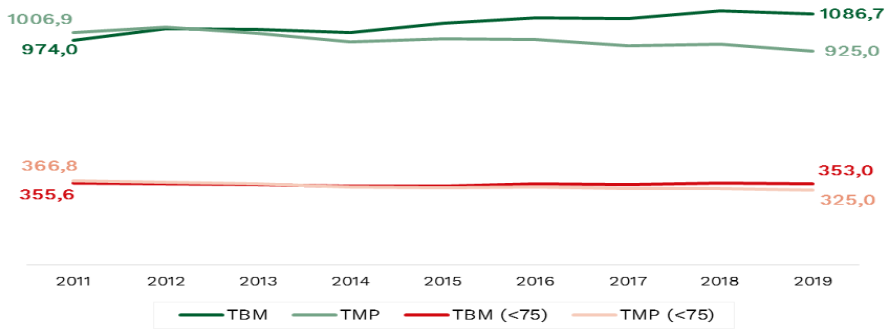
É, também, de assinalar, no período entre 2011 e 2019, a diminuição, de 3,8 % para 2,4 %, da proporção de **nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos**, sendo de salientar a Região Autónoma dos Açores que, apesar de ser a que registou uma maior diminuição deste indicador (de 8,2 % em 2011 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 2).

No mesmo período, é de salientar o crescimento (de 8,1 %) 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 (5,9 %) da proporção de **NV com baixo peso à nascença** (média nacional de 8,0 % em 2019), com a RA dos Açores e o Alentejo a apresentarem 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 (Quadro 2 e Anexo 1).

Mortalidade

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 12 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 12 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 12. 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	1149,4
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 e 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 **taxa bruta de mortalidade** 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 14).

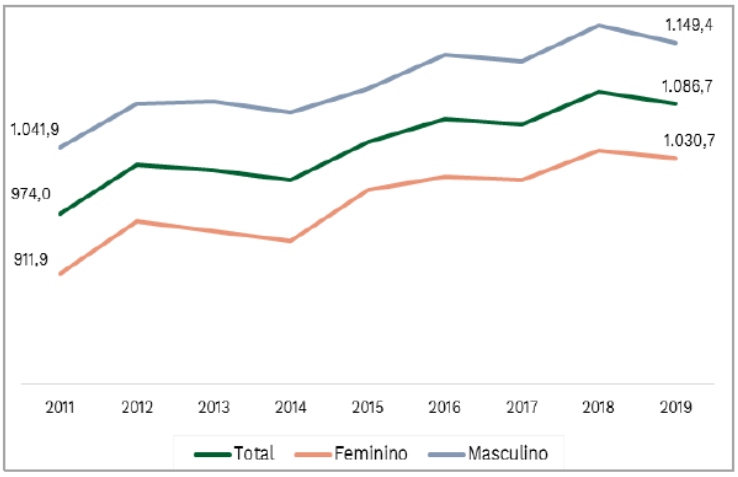


Figura 13. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) por sexo
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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 14).

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 15).

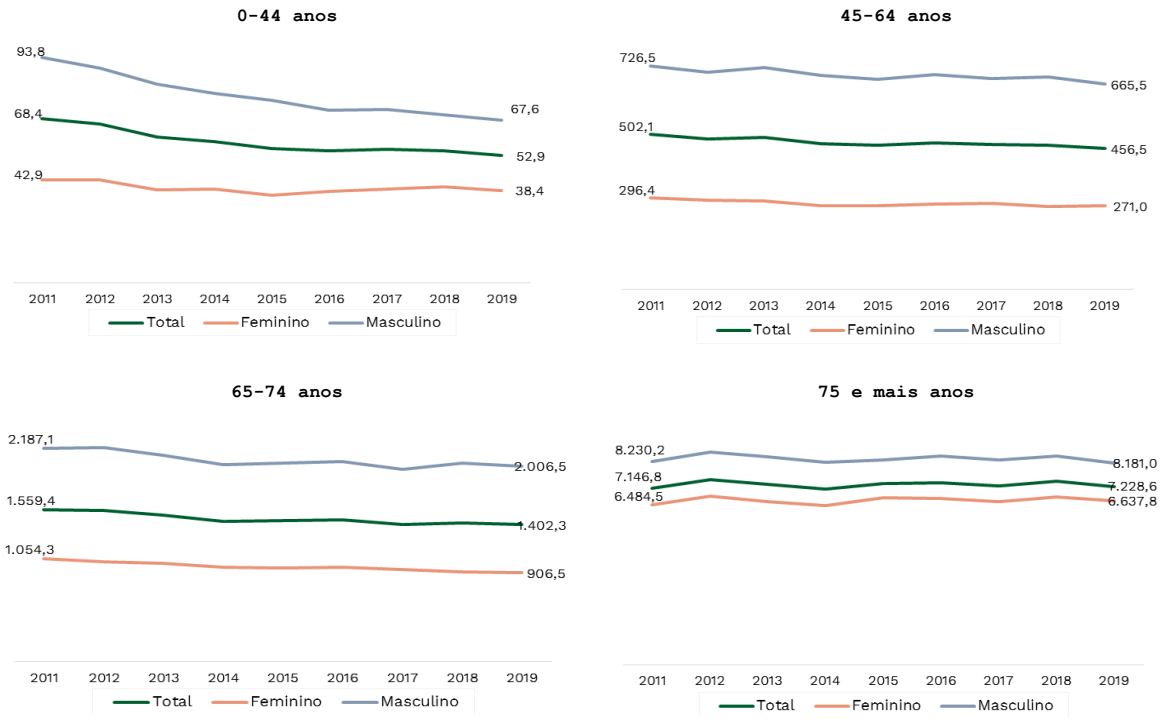


Figura 14. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) específica por grupos etários (0-44 anos, 45-64 anos, 65-74 anos e 75 e mais anos) em Portugal, por sexo, 2011-2019

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

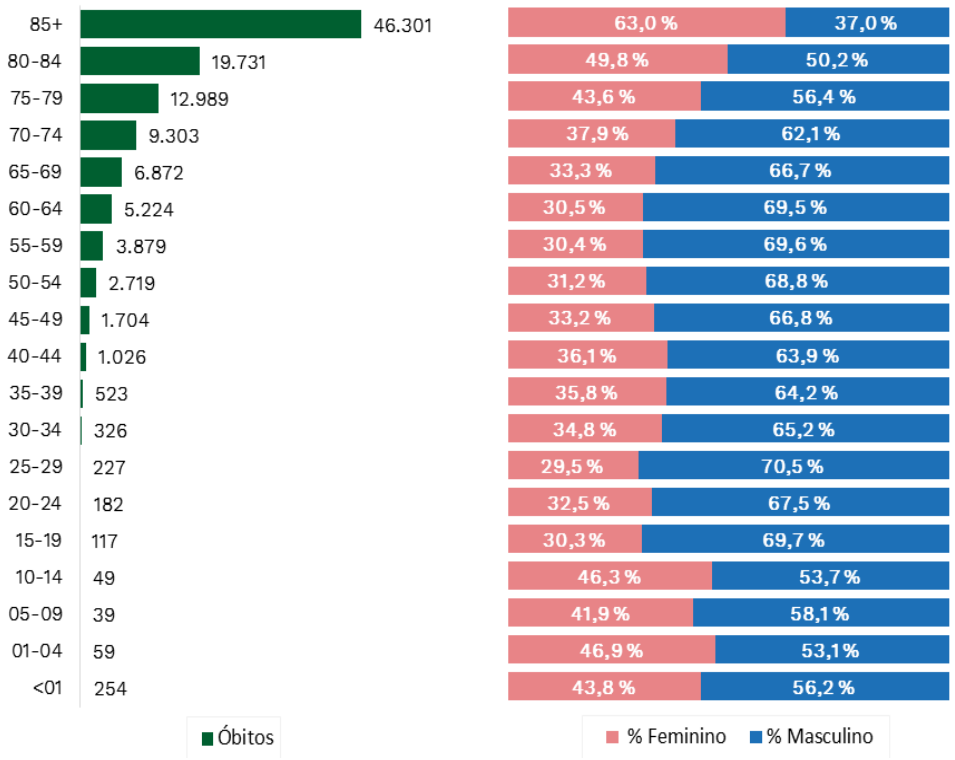


Figura 15. Distribuição da média anual de óbitos por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, no triénio 2017-2019

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 16 e Anexo 3). 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 16). 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 16).

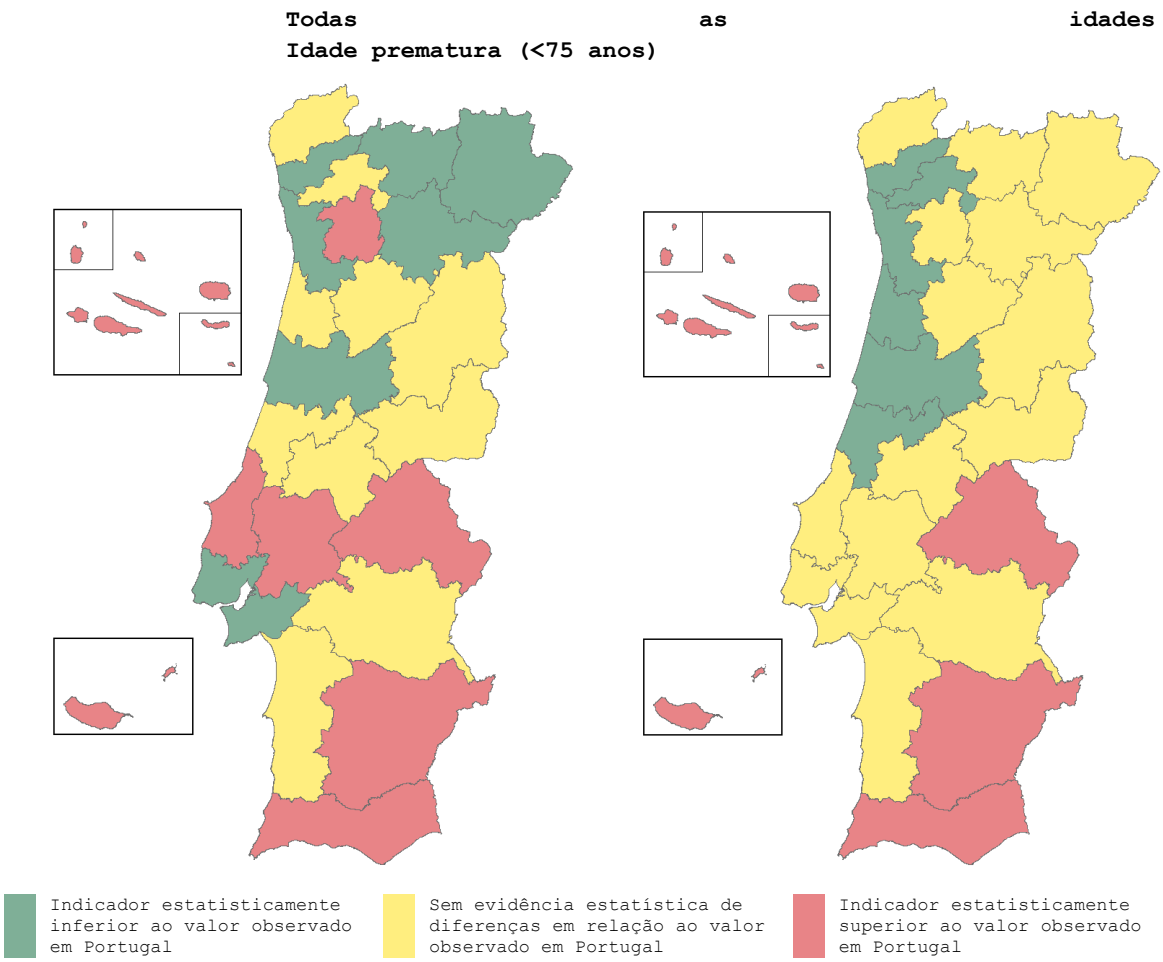


Figura 16. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), todas as idades e idade prematura (inferior a 75 anos), nas NUTS III de Portugal Continental, ambos os sexos, triénio 2017-2019

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 (Anexo 3).

Em relação à **mortalidade infantil**, 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 2011 e 2019 - 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** entre os triénios 2011-2013 e 2018-2020 mostra uma diminuição em todas as componentes do período **infantil,** bem como da **taxa perinatal** (Figura 17 e Quadro 5)**.** A taxa de mortalidade fetal tardia, após pequenas oscilações, mantém o valor de 2011-2013 no último triénio em análise (Quadro 5).

Assim, entre os triénios 2011-2013 e 2018-2020 a **taxa de mortalidade (TM) infantil** diminuiu 6,5 %, 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 (-13,6 %), a pós-neonatal (-10,0 %) e a neonatal precoce (-7,1 %) (Quadro 5).

Quadro 5. Taxas de mortalidade infantil, neonatal, perinatal e fetal tardia em Portugal, nos triénios 2011-2013 a 2018-2020

	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	-6,5 %
Taxa de mortalidade neonatal (‰)	2,2	2,1	2,0	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	-13,6 %
Taxa de mortalidade neonatal precoce (‰)	1,4	1,4	1,4	1,5	1,3	1,4	1,3	1,3	-7,1 %
Taxa de mortalidade pós neonatal (‰)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	-10,0 %
Taxa de mortalidade fetal tardia (‰)	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,4	2,3	2,4	0,0 %
Taxa de mortalidade perinatal (‰)	3,9	3,9	3,8	4,0	3,7	3,8	3,7	3,7	-5,1 %

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

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

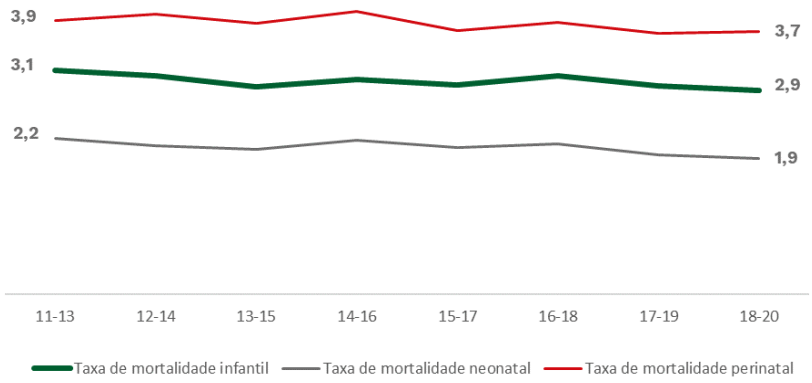
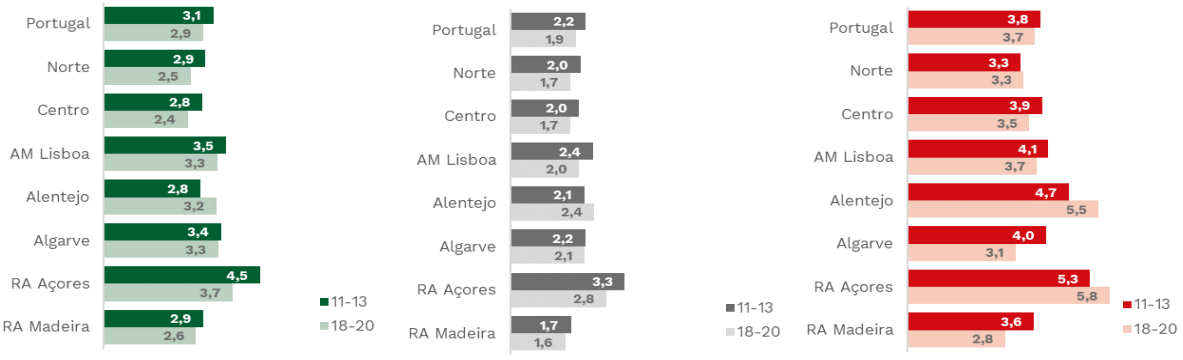


Figura 17. Evolução das taxas (por 1.000 nados-vivos) de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal, 2011-2013 a 2018-2020

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 18).



Taxa de mortalidade infantil
Taxa de mortalidade perinatal

Taxa de mortalidade neonatal

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

Figura 18. 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 (11-13) e 2018-2020 (18-20)

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

CAIXA 1

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** (3)

- Taxa de mortalidade neonatal

– **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho – Mundo): **1,1 por 1.000 NV** (3)

Migrações

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 19).

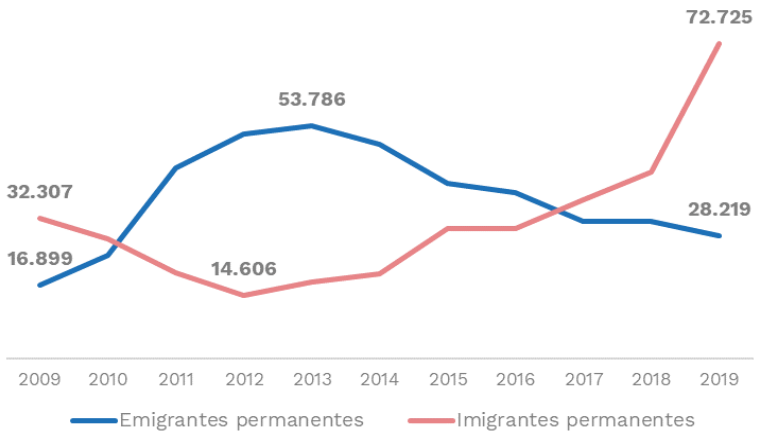


Figura 19. Evolução do número de emigrantes permanentes e de imigrantes
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

A Figura 20 apresenta a distribuição etária dos migrantes em 2019, destacando-se, como esperado, o predomínio da população em idade ativa, especialmente, dos grupos mais jovens.

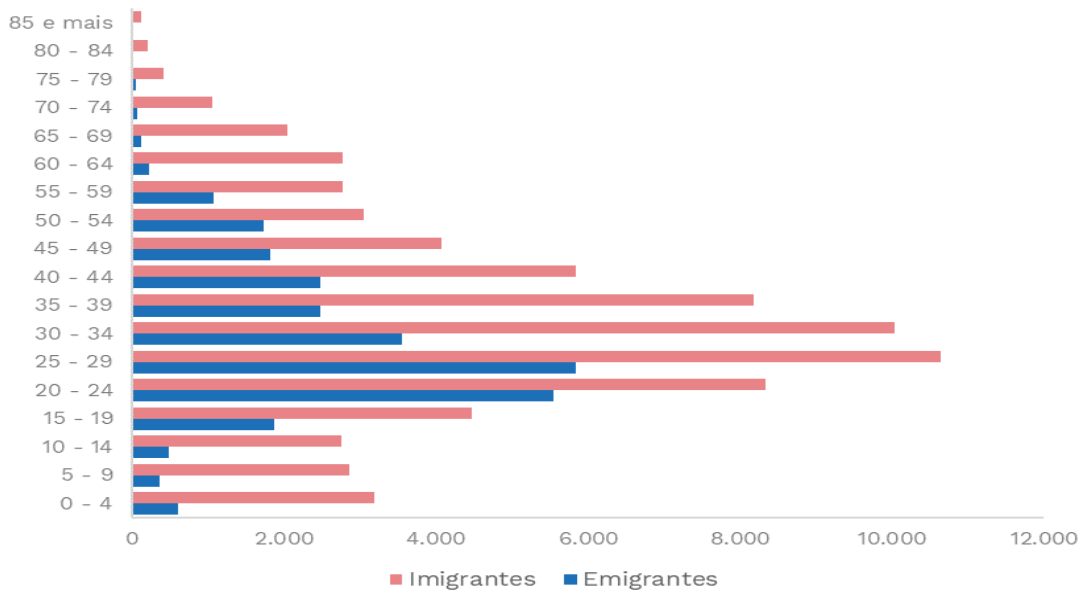


Figura 20. Distribuição do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes por grupo etário em Portugal, 2019

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), e 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 (4).

Projeções demográficas

De acordo com as **projeções demográficas** efetuadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (5), Portugal perderá população **até 2080**, passando de 10,3 milhões em 2019, para 8,2 milhões de residentes em 2080 (**cenário central**) (Figura 21).

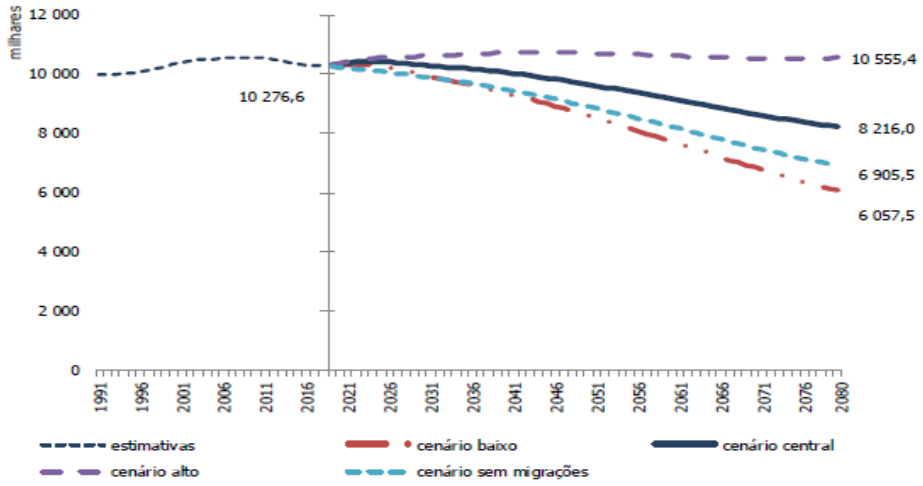


Figura 21. Estimativas e projeções por cenários da população residente em Portugal, 1991-2080
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

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 22) (5).

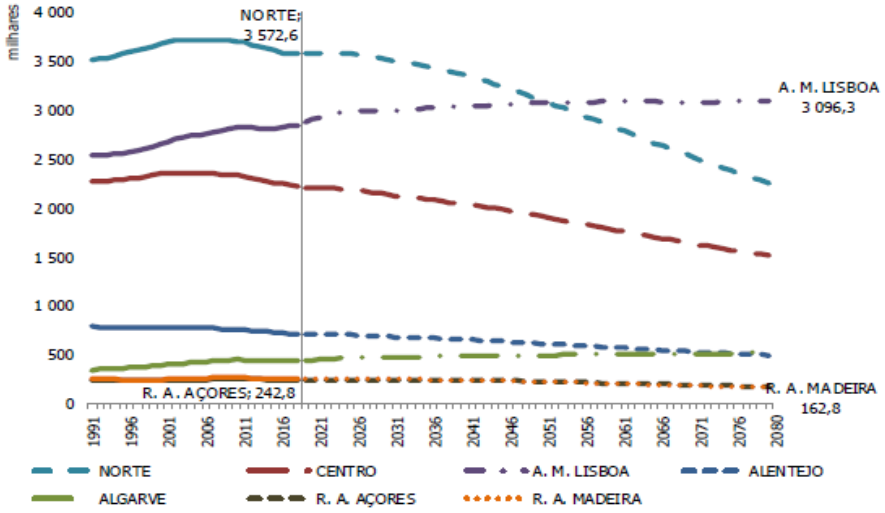


Figura 22. Estimativas e projeções (cenário central) da população residente nas regiões NUTS II, 1991-2080
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

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) (5).

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 23).

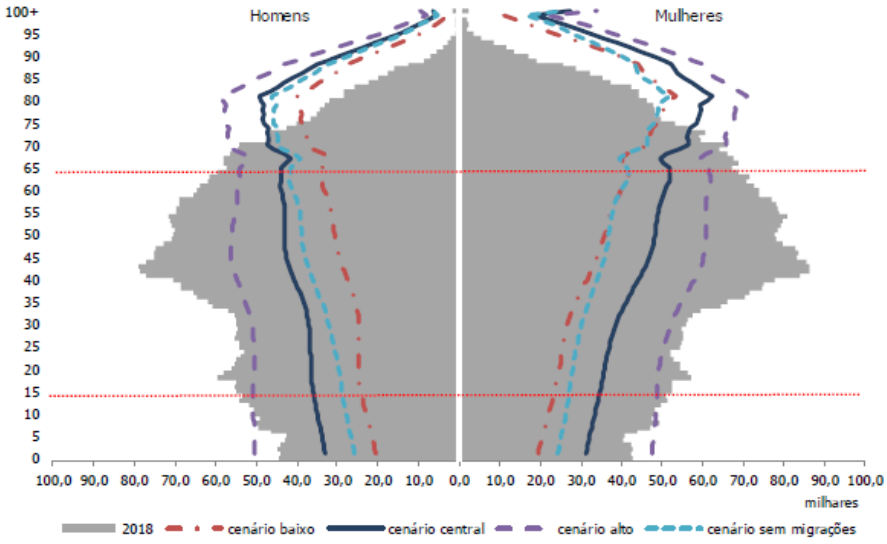


Figura 23. Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

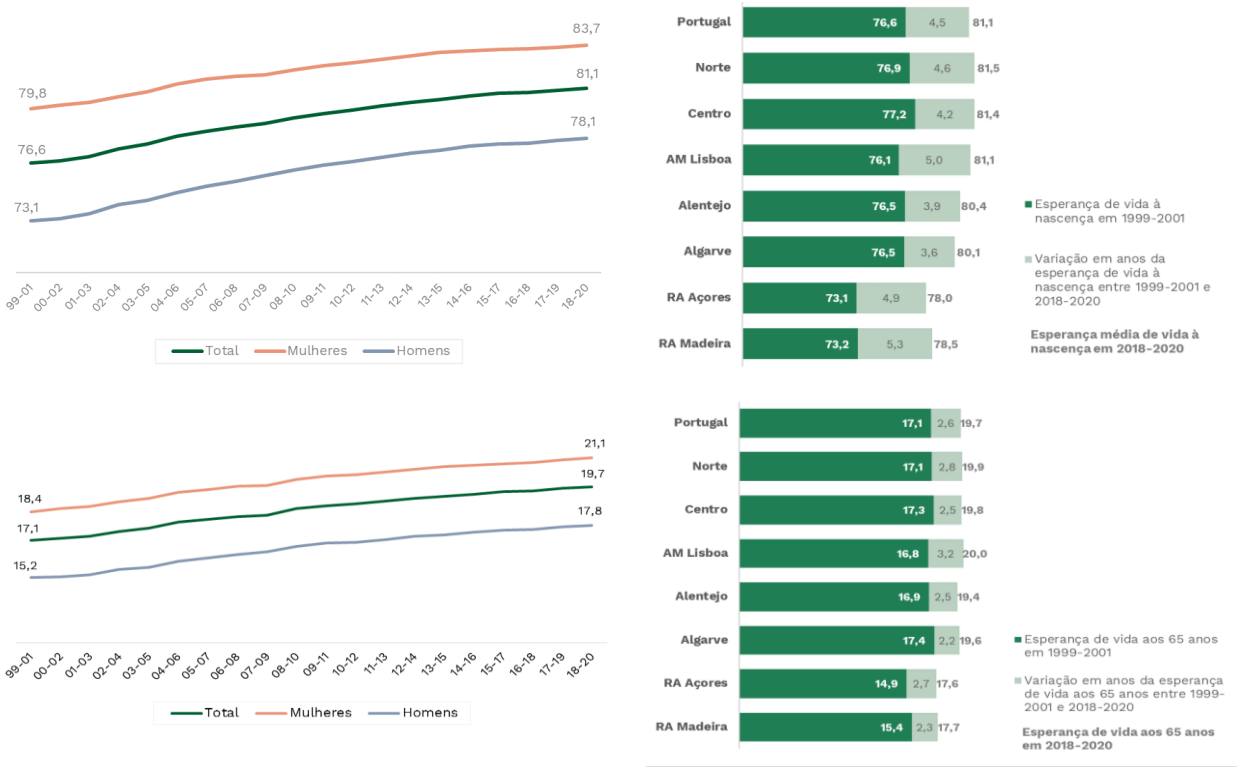
2. INFORMAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

"Passemos, tu e eu, devagarinho,
Sem ruído, sem quase movimento,
Tão mansos que a poeira do caminho
A pisemos sem dor e sem tormento."
(Reinaldo Ferreira)

Esperança de vida

Nas últimas duas décadas a **esperança média de vida** (EMV) à nascença aumentou 4,5 anos, apresentando o valor de 81,1 anos no triénio 2018-2020. No mesmo período, a EMV aos 65 anos cresceu 2,6 anos, sendo o seu valor de 19,7 anos no referido triénio (Figura 24).

Mais elevada no sexo feminino face ao masculino (83,7 anos e 78,1 anos respetivamente, no triénio 2018-2020), o aumento da EMV 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 24).



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

Figura 24. Evolução da esperança de vida à nascença (gráfico em cima) e aos 65 anos (gráfico em baixo) em Portugal, 1999-2001 a 2018-2020, por sexo (gráficos à esquerda), e em Portugal e NUTS II, 1999-2001 e 2018-2020 (gráficos à direita)

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

No que respeita à EMV 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 24).

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. 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 (81,5 anos) (Figura 24).

Em 2019, os valores do indicador **anos de vida saudável aos 65 anos**[3] 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 25). 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 25).

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 26). 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), desigualdade esta observada ao longo de todo o período em estudo (2004-2019), contrariamente à média da UE (Figura 26).

CAIXA 2

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 (6)

- Anos de vida saudável à nascença por sexo
  - **Média da UE (2019)** (7): **Homens: 64,2 anos** | **Mulheres: 65,1 anos**

[3] 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.

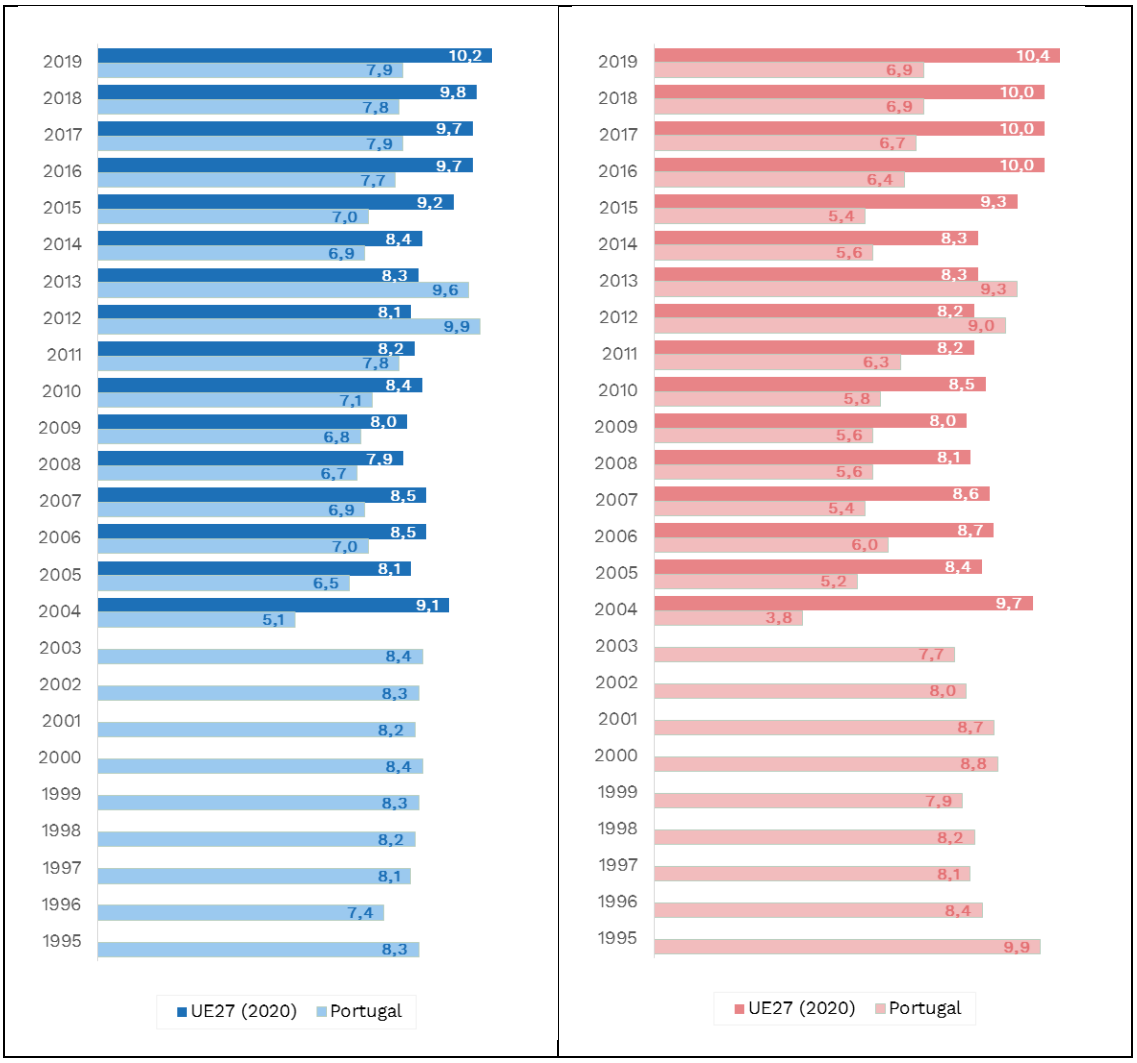


Figura 25. Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo (masculino à esquerda e feminino à direita), Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019

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

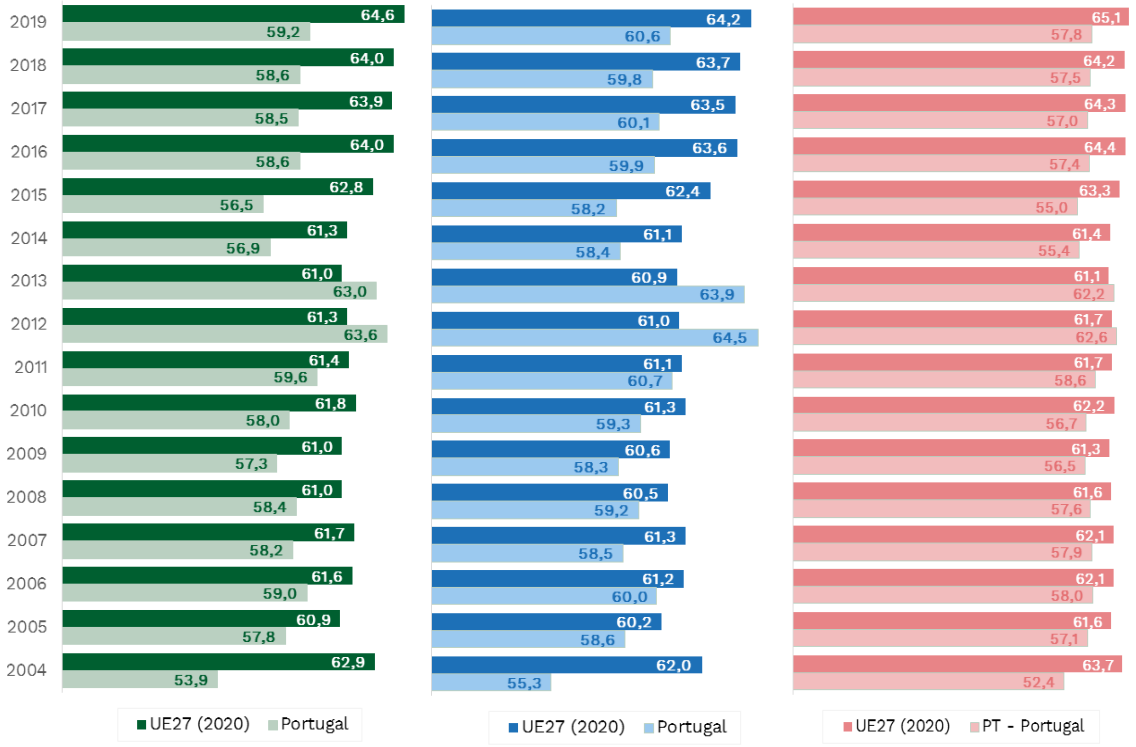


Figura 26. Anos de vida saudável à nascença: total, sexo masculino e sexo feminino, Portugal e União Europeia
Fonte: PORDATA, 2021. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

"Tudo quanto vive, vive porque muda; muda porque passa;
e, porque passa, morre..."
(*Fernando Pessoa*)

Mortalidade

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 27 e 28 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 4 podem ser encontradas as respetivas análises por sexo.

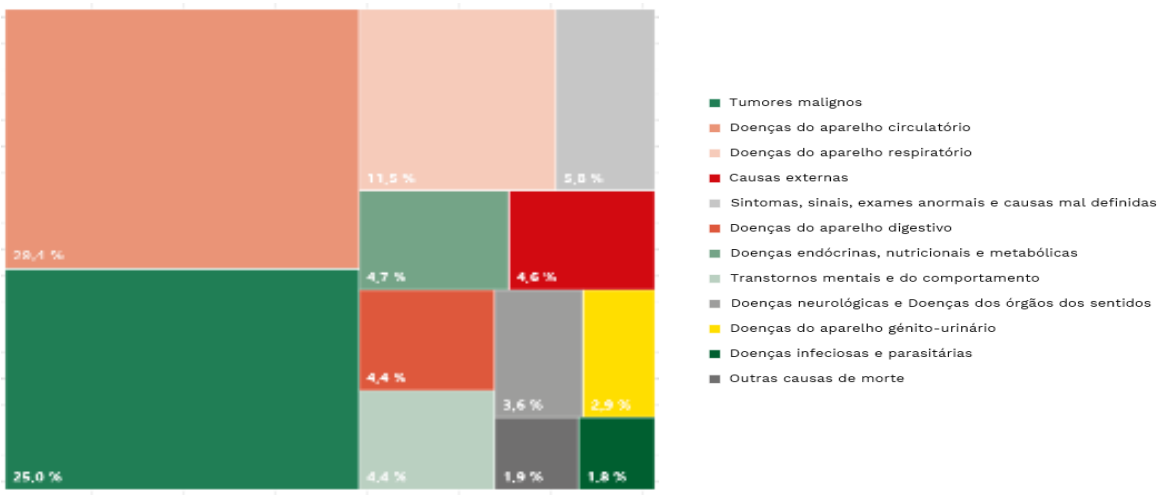


Figura 27. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019

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

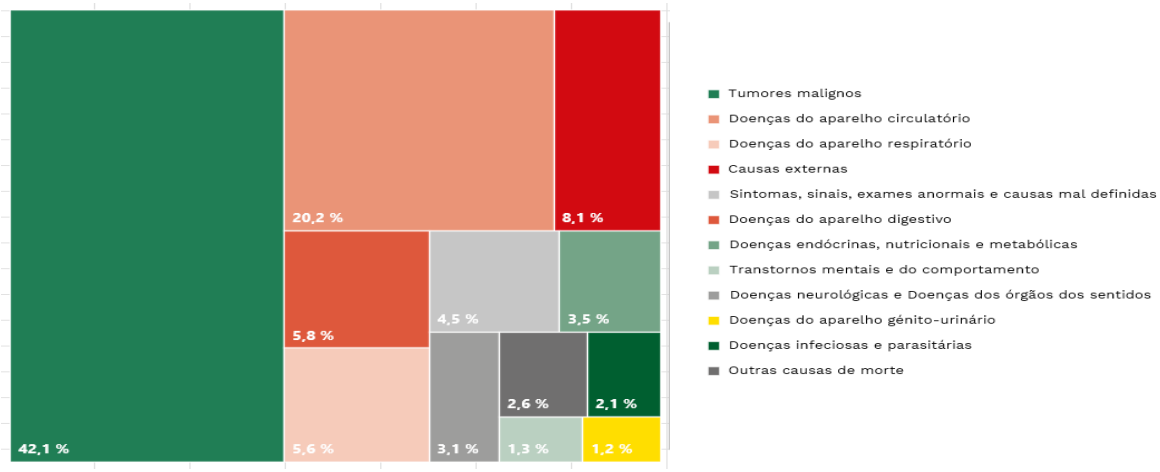


Figura 28. Mortalidade proporcional (%) prematura (idade inferior a 75 anos) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

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 53,4 % 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 (28,4 %), 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 29 e Anexo 5), 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.

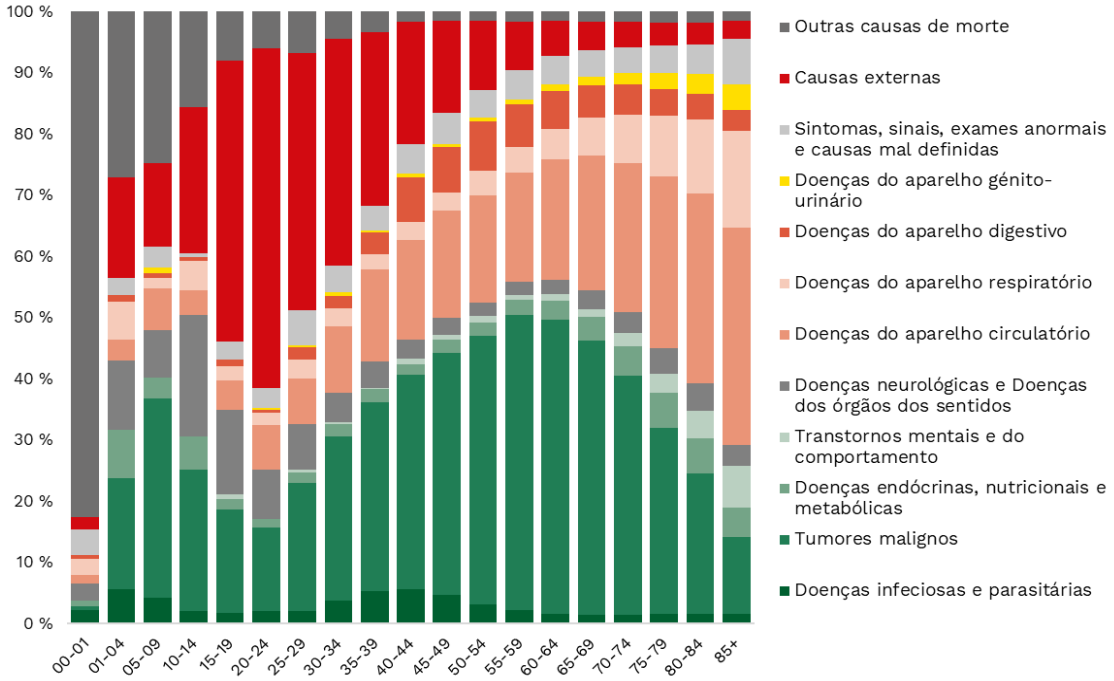


Figura 29. Distribuição percentual dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

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

CAIXA 3

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** (3)
- Proporção de nascimentos (nados-

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 (a taxa de mortalidade materna variou 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 30).

Figura 30. 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

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 31) e idade prematura (Figura 32) 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 31). Em relação à mortalidade prematura, é de assinalar a redução da TMP prematura por causas externas (Figura 32).

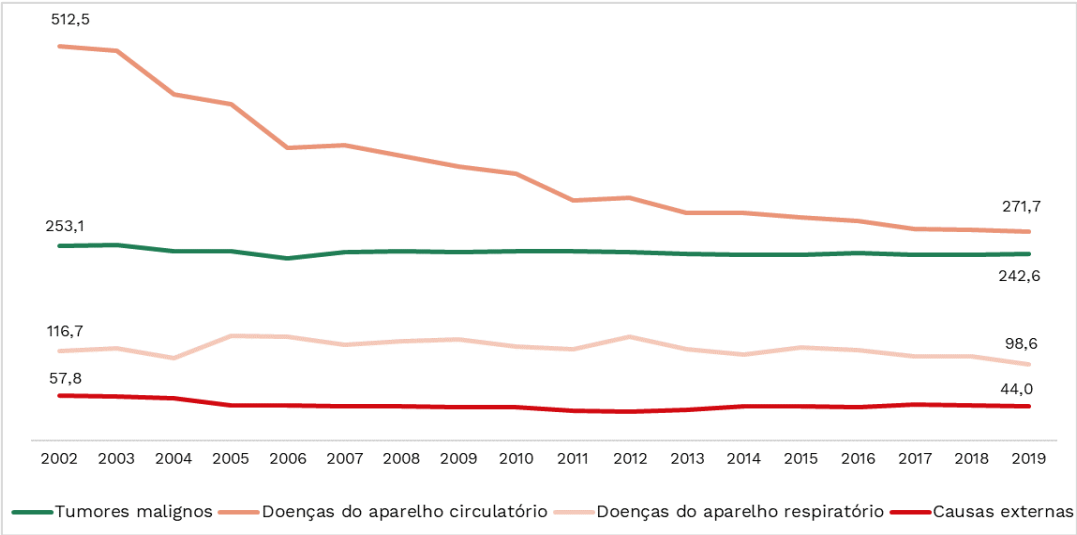


Figura 31. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2002-2019

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

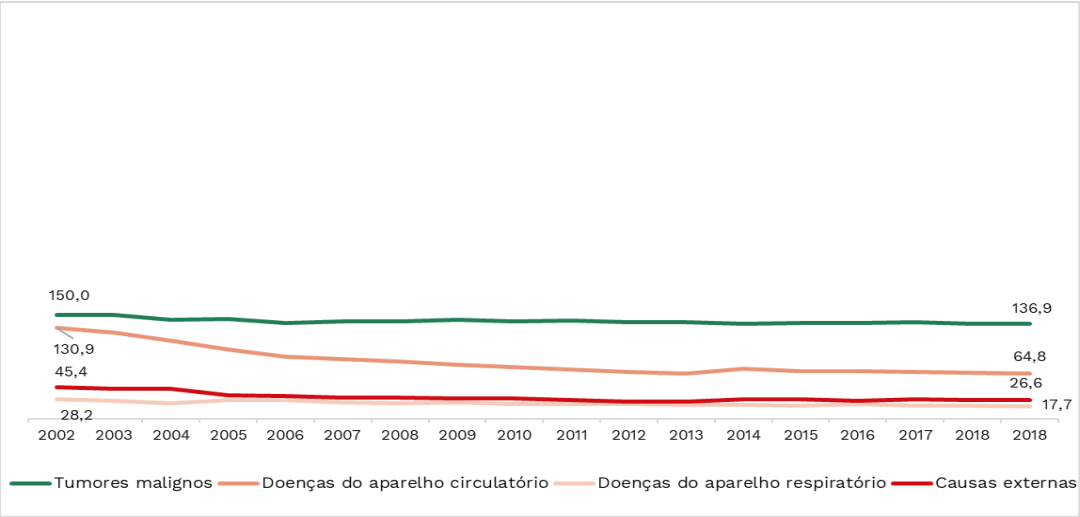


Figura 32. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2002-2019

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

Em anexo (Anexos 6 a 9) pode ser encontrada uma análise complementar da mortalidade pelos quatro grupos principais de causas de morte (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) (Anexo 6): Dos 28.464 óbitos por TM registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 276,7 por 100.000 habitantes[4]), 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). 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. 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,

[4] 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 (8).

observando-se o oposto em relação às regiões do Norte e do Centro. A análise por NUTS III, no triénio 2017-2019, reforça a análise anteriormente referida;

- **Doenças do aparelho circulatório** (DAC) (Anexo 7): 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). 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. 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. A análise por NUTS III mostra, contudo, algumas regiões no Norte e Centro com valores acima da média nacional;

- **Doenças do aparelho respiratório** (DAR) (Anexo 8): 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 analisado (2011-2019). 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 no sexo feminino. 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;

- **Causas externas** (CE) (Anexo 9): 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. 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. 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.

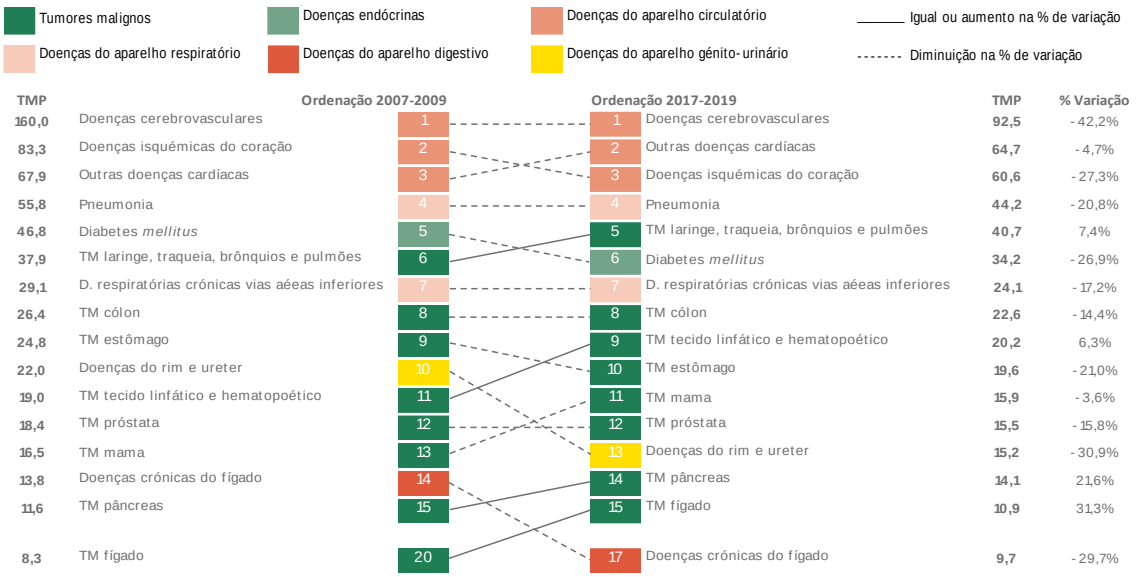
CAIXA 4

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 %** (3)
- Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) (2016) (9)
  - **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 (Figura 33), 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 do 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 33), particularmente no **sexo feminino** (-44,1 % e -37,1 %, respetivamente) (Anexo 10).



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

Figura 33. 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 10), 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 33). 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** (Anexo 10).

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 34), evidencia a importância dos tumores malignos enquanto 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** (Anexo 10).

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 34. 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 34). 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 (Anexo 10).

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 10).

É, ainda, de assinalar o aumento no **sexo feminino** da mortalidade padronizada prematura por suicídio (2,7 %) (Anexo 10) e no **sexo masculino** do TM do lábio, cavidade bucal e faringe (5,5 %) (Anexo 10).

Salienta-se, também, o grupo das "outras doenças cardíacas" como quinta causa de morte padronizada prematura (Figura 34) (sobretudo, à custa do **sexo masculino**, onde se

registou uma variação de mais 10,7 % (Anexo 10), admitindo-se, com base na literatura consultada, que possa ser devida ao aumento, em Portugal, da ocorrência de insuficiência cardíaca e de doença cardíaca hipertensiva (10).

É, por outro lado, de salientar, como **favorável**, a redução acentuada da mortalidade padronizada prematura por VIH/SIDA (infeção por vírus da imunodeficiência humana/ síndrome de imunodeficiência adquirida) (-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 34 e Anexo 10).

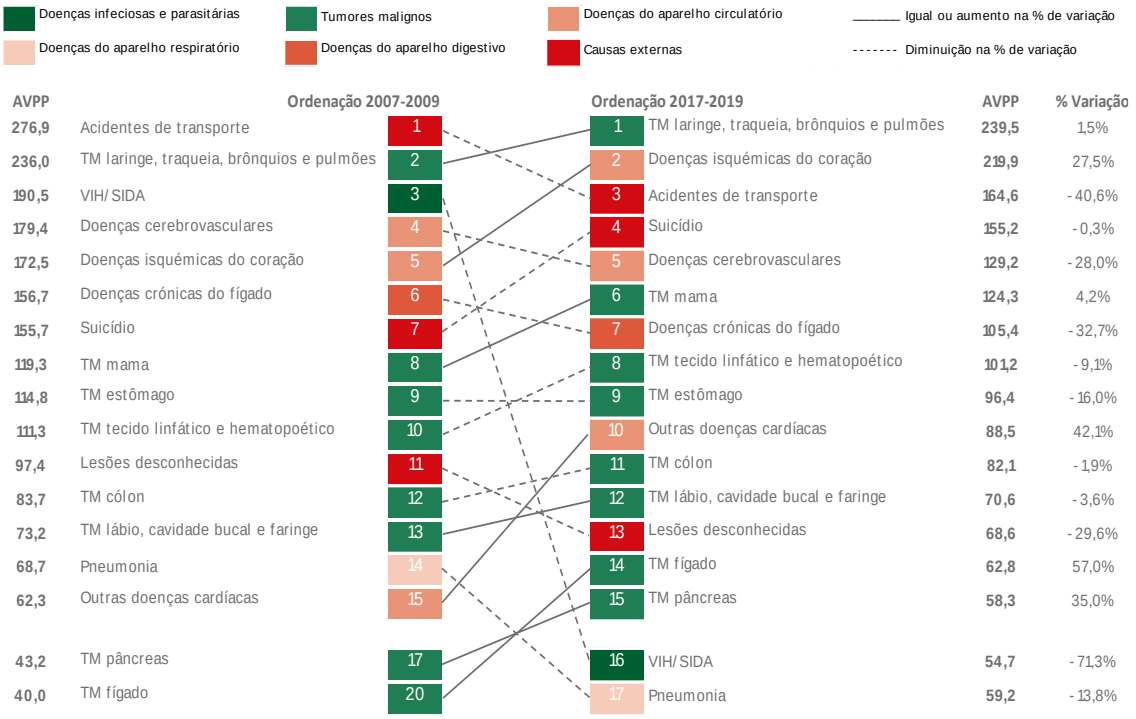
A Figura 35 e o Anexo 11 apresentam a **variação da taxa de anos de vida potenciais perdidos** (até aos 70 anos) entre os triénios 2007-2009 e 2017-2019, complementando a análise anteriormente efetuada.

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 2017-2019, a taxa de AVPP por TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (mais 1,5 %), tanto no **sexo masculino**, como no **feminino**, e por doenças isquémicas do coração (mais 27,5 %), sobretudo, no **sexo masculino** (Figura 35).

É de salientar, também, como desfavorável, 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 2017-2019 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 35 e Anexo 11).

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 11).

Em sentido **favorável**, é de destacar a variação de -71,3 % da taxa de AVPP por infeção VIH/SIDA (Figura 35).



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 35. 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

CAIXA 5

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** (7)
  - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho -Mundo): **3,2 por 100.000** (3)

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 **poderiam ter sido evitados**, correspondendo 25 % a **mortalidade tratável**[5] e 42 % a **mortalidade evitável**[6] (7).

[5] A mortalidade tratável corresponde aos óbitos que podem ser evitados principalmente através de cuidados de saúde, incluindo rastreios e tratamentos (11).
[6] A mortalidade evitável corresponde aos óbitos que seria possível evitar através, sobretudo, de medidas de saúde pública, designadamente de prevenção primária (11).

Em 2018, a taxa de **mortalidade prematura evitável padronizada pela idade** foi de 138,3 por 100.000 habitantes, tendo sido cerca de **3,7 vezes superior** no **sexo masculino** (227,0 por 100.000) em relação ao **sexo feminino** (61,9 por 100.000) (7). Alguns tumores malignos foram as **principais causas de mortalidade evitável**, entre eles, o tumor maligno do pulmão, que surge como primeira causa (Figura 36), seguido das doenças isquémicas cardíacas[7], das doenças cerebrovasculares, das doenças relacionadas com o álcool e da doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

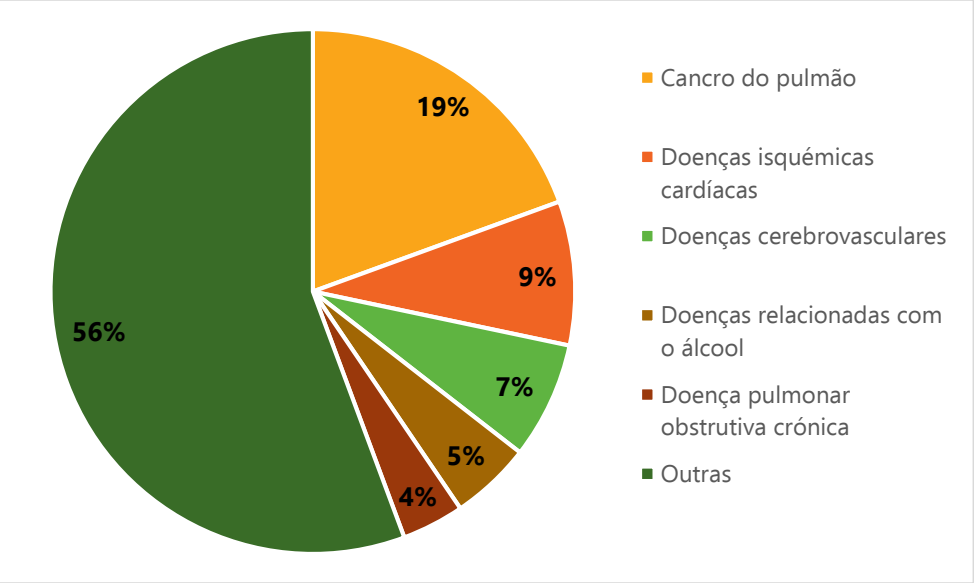


Figura 36. Principais causas de mortalidade prematura evitável, Portugal, 2018
Fonte: Eurostat, 2018. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

No mesmo ano, a taxa de **mortalidade prematura tratável padronizada pela idade** foi de 82,9 óbitos por 100.000 habitantes. Tal como observado na mortalidade tratável, a dimensão da mortalidade tratável foi superior no **sexo masculino** (100,9 por 100.000 habitantes, comparativamente com 67,8 por 100.000 habitantes, no **sexo feminino)** (7). 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 37).

[7] 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".

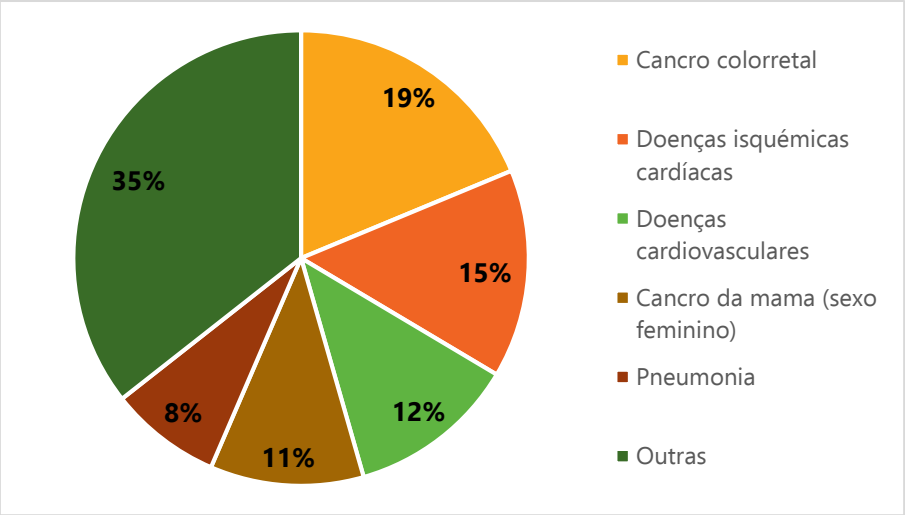


Figura 37. Principais causas de mortalidade prematura tratável, Portugal, 2018;
NOTA: Onde se lê "Doenças cardiovasculares" leia-se "Doenças cerebrovasculares"
Fonte: Eurostat, 2018. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS;

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal apresenta **valores de mortalidade evitável e tratável inferiores à média dos países da OCDE** (12). A Figura 38 resume as causas evitáveis e tratáveis da mortalidade por países da União Europeia (Figura 38).

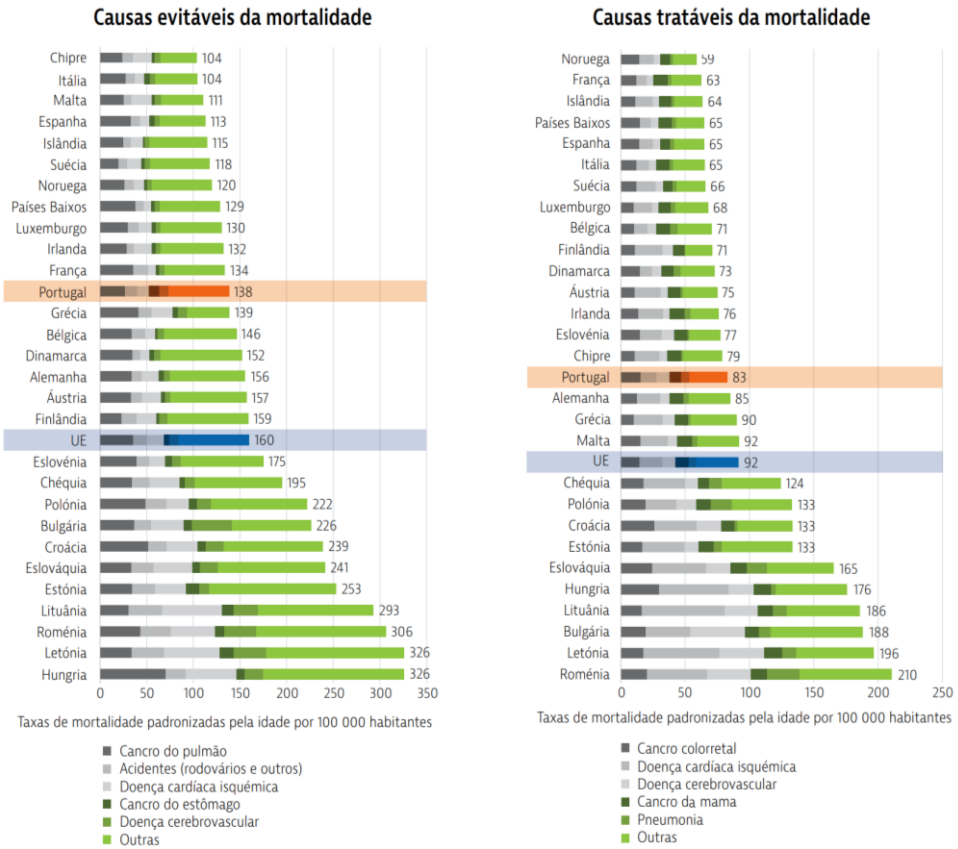


Figura 38. Principais causas evitáveis e tratáveis de mortalidade na União Europeia e respetivos países membros
Fonte: Eurostat, 2018 (à exceção da França, cujos dados se referem a 2016) (11)

Entrei numa livraria.
Pus-me a contar os livros que há para ler e os anos que terei de vida.
Não chegam!
Não duro nem para metade da livraria!
(Almada Negreiros)

Disability Adjusted Life Years - DALYs

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. A Figura 39 resume 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.

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

Figura 39. 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

Da sua análise constata-se um predomínio do grupo das doenças crónicas não transmissíveis, incluindo as doenças osteomusculares. A comparação entre os dois anos em estudo 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 (13)] 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 (13), diabetes *mellitus* (8,5 %) e quedas [7,1 % em ambos os sexos e 20,7 % no sexo feminino (13)].

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 %) (13).

"Os meus males, ninguém mos adivinha...
A minha Dor não fala, anda sozinha..."
(Florbela Espanca)

Morbilidade e incapacidade

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 40).

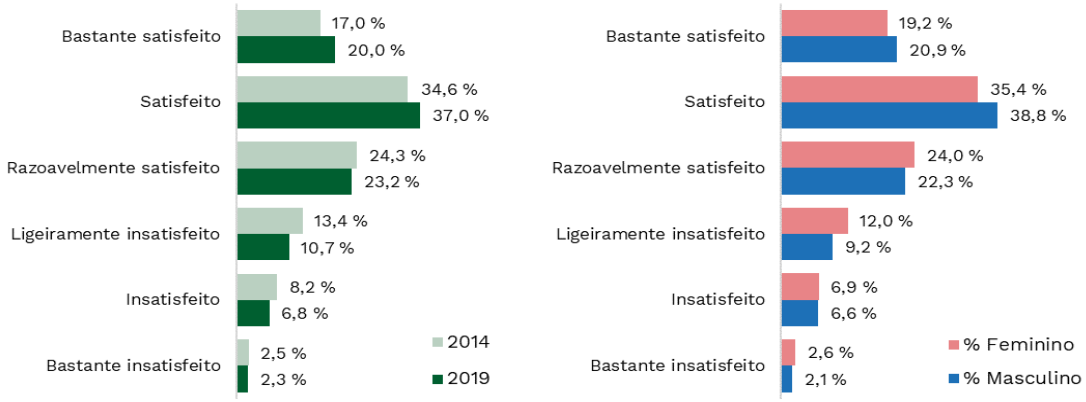


Figura 40. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por grau de satisfação com a vida, em Portugal, 2014 e 2019 (gráfico à esquerda), e por sexo, em Portugal, 2019 (gráfico à direita)

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

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 41), é consistente com a análise dos DALYs, 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. Por outro lado, a variação da respetiva taxa de YLDs por 100.000 foi de mais 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 42).

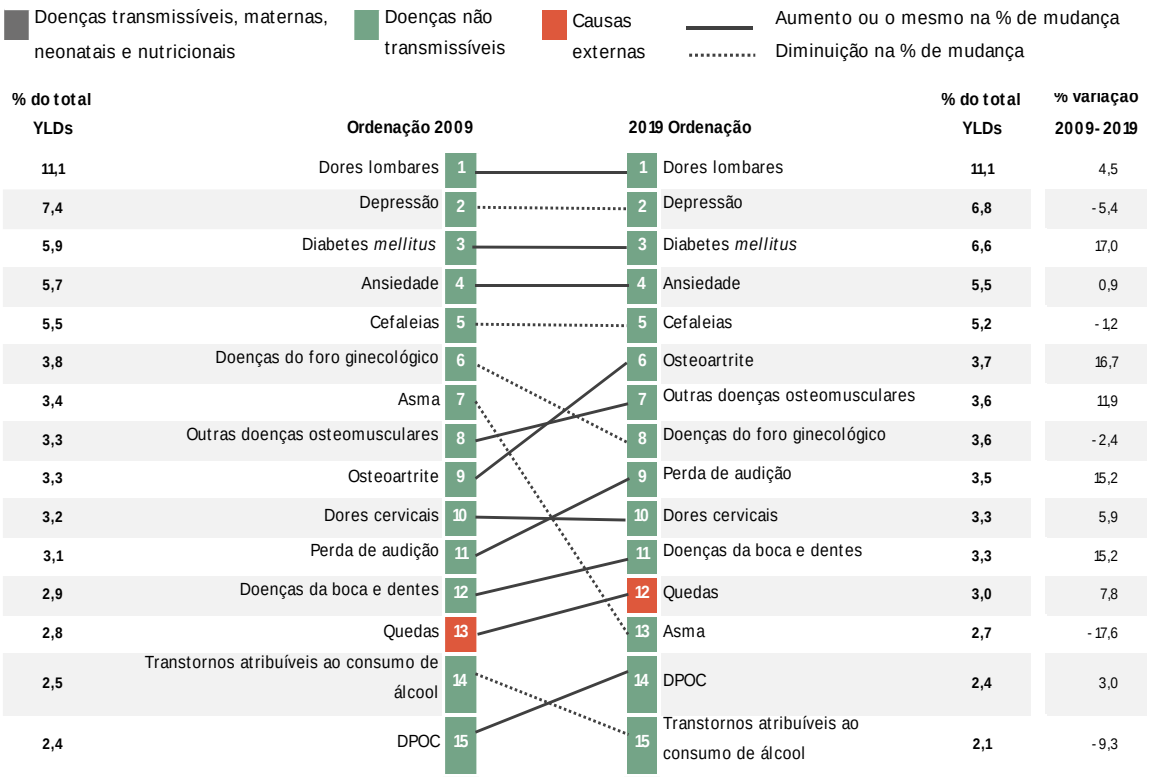


Figura 41. Ordenação das principais causas de carga de doença e incapacidade (YLDs) e variação percentual, por causa, da taxa (por 100.000 habitantes) de YLDs, ambos os sexos, em Portugal, 2009 e 2019

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

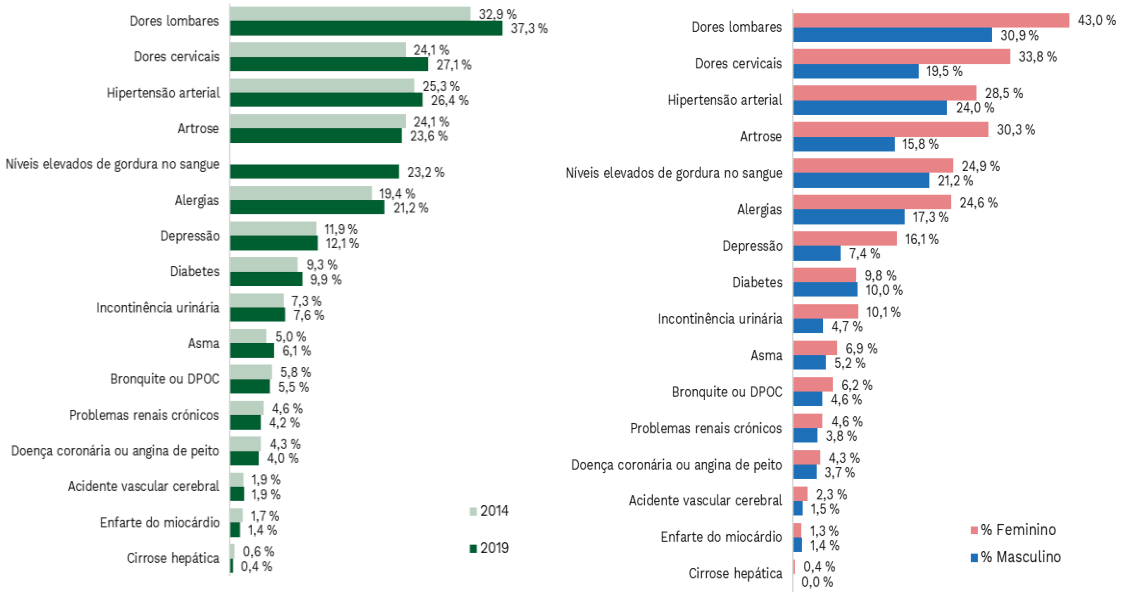


Figura 42. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por tipo de doença crónica autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019 (gráfico à esquerda) e por sexo, em Portugal, 2019 (gráfico à direita)

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 41).

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, na ronda de 2018, pela primeira vez, também do 12º ano de escolaridade, no ensino público (14), designadamente:

- apesar da grande maioria dos adolescentes se considerarem felizes (81,7 %) e satisfeitos com a vida, 27,6 % referiram sentir-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;

- 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”.

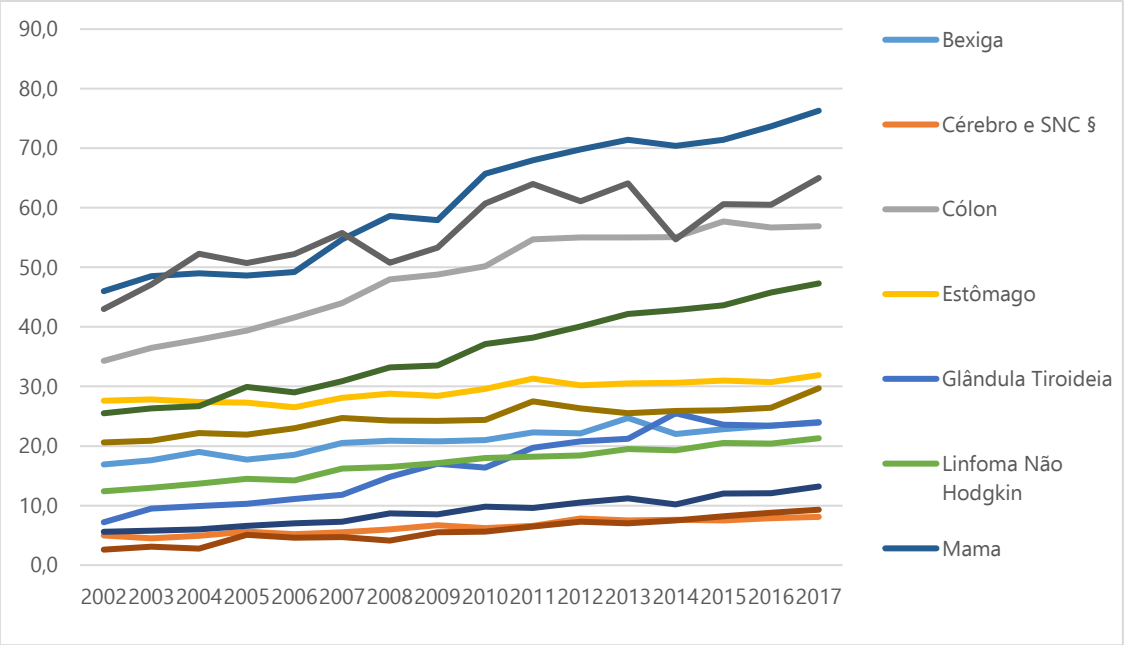
Ainda relativamente à carga de doença e incapacidade (**YLDs**) (Figura 41), é de salientar o comportamento **favorável** do peso proporcional no total de YLDs e da variação da taxa de YLD por asma (-17,6 %) e por transtornos atribuíveis ao consumo de álcool (-9,3 % em ambos os sexos e -12,8 % no sexo masculino (13)) 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 (13).

A análise da **incidência dos tumores malignos em Portugal em 2017**[8], 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 43).

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), rim (9,1 %/ano), traqueia, brônquios e pulmão (5,7 %/ano) e linfoma não Hodgkin (4,8 %/ano) (Quadro 6).

[8] 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 43. 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

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), rim (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

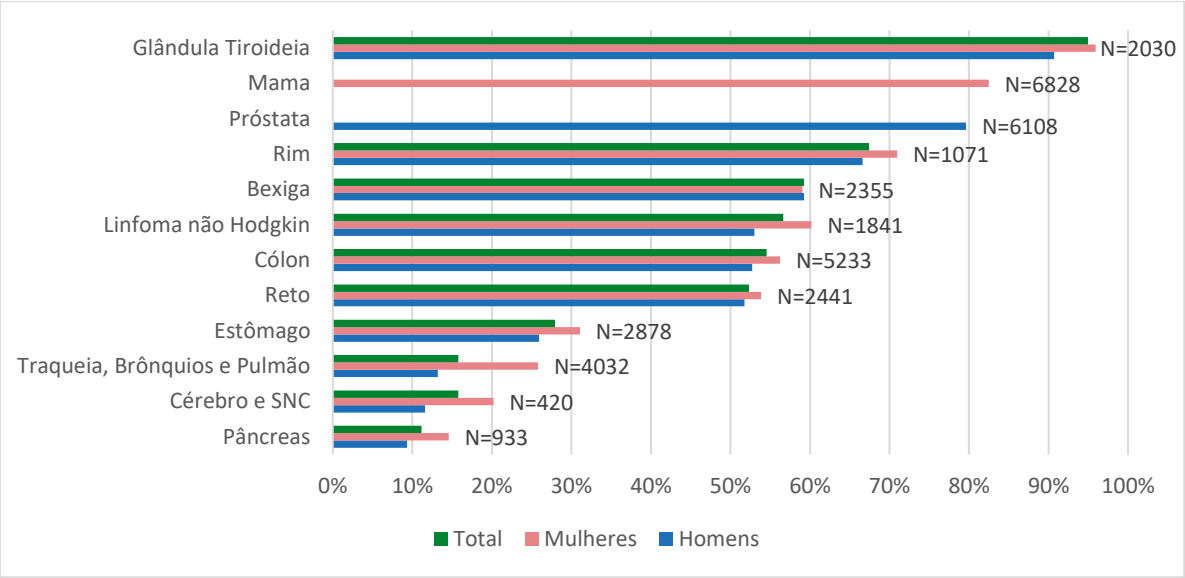
Fonte: Registos Oncológicos Regionais. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

A **sobrevida a cinco anos**, em termos percentuais, para os tumores malignos 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 44).

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 44).

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 44).



SNS – Sistema Nervoso Central

Figura 44. 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 padronizada pela idade superior de tumor maligno do estômago (diferença percentual de mais 61 %), cólon e reto (+27 %), glândula tiroideia (+25 %), cérebro e SNC (mais 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 45).

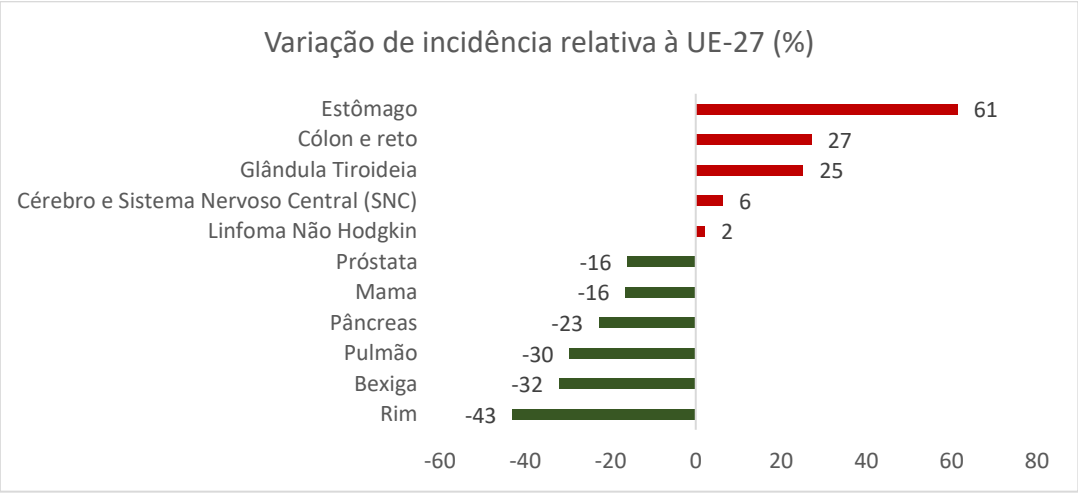
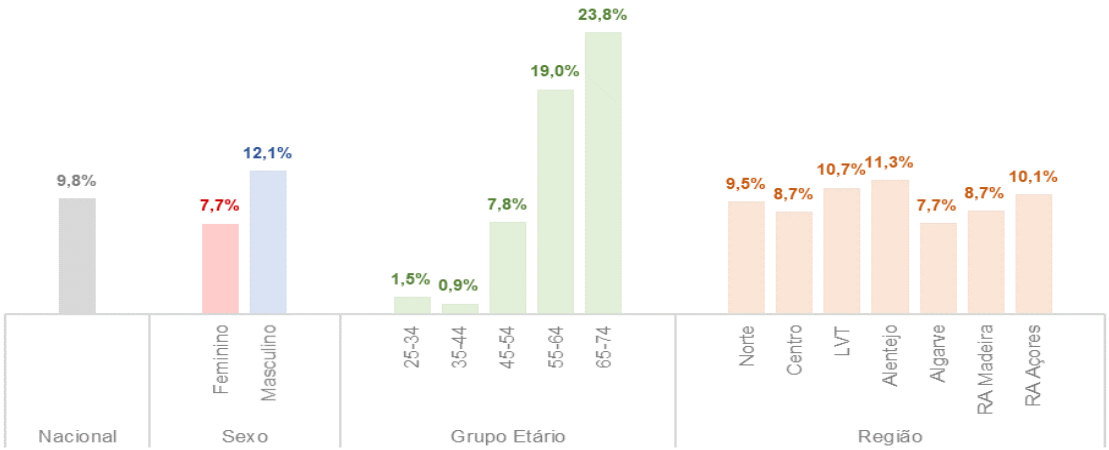


Figura 45. Diferença percentual de incidência padronizada pela idade de tumores malignos em Portugal, em 2020, relativamente à média dos países da União Europeia-27, por tipo de tumor maligno

Fonte: ECIS (*European Cancer Information System*) (15)

Segundo os resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) (16), a **prevalência da diabetes *mellitus*** na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, foi de 9,8 % (Figura 46), valor praticamente sobreponível ao observado no último INS, realizado em 2019 (9,9 %) (Figura 42), e superior ao valor médio observado na União Europeia (UE) em 2014 e 2019, respetivamente, 6,9 % e 6,2 % (17,18). Contudo, no INSEF encontramos uma maior diferença por sexo (7,7 % no sexo feminino e 12,1 % no sexo masculino) (Figura 46), do que no INS (9,8 % no sexo feminino e 10,0 % no sexo masculino) (Figura 42).



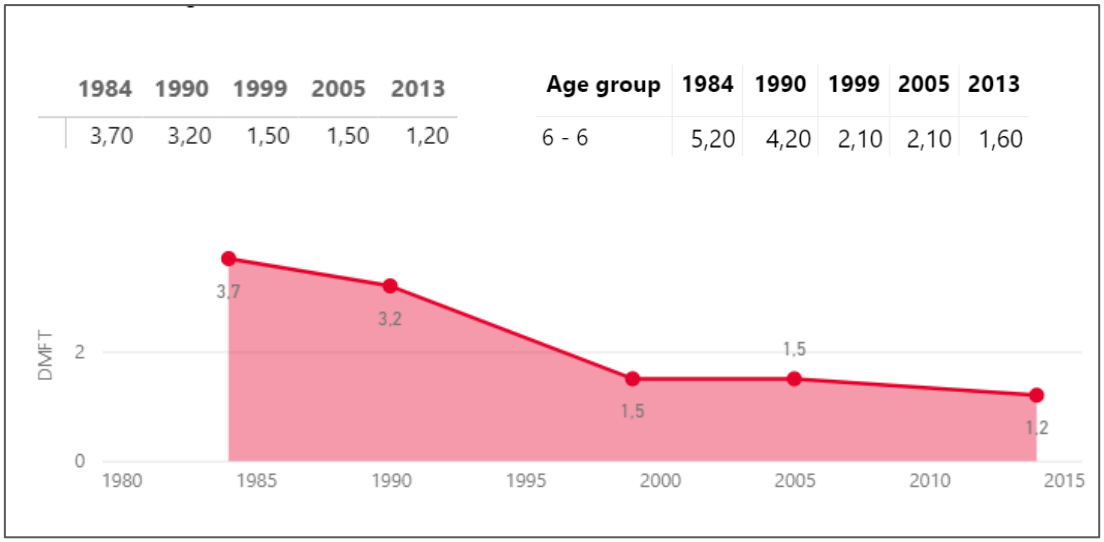
LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores

Figura 46. 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 Doutro 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 Orais 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 (19). Neste Inquérito, pôde observar-se que o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpod – dentição decídua ou CPOD – dentição permanente) aumentou com a idade, traduzindo um agravamento das doenças orais. 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 47 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).



DMFP - *Decayed, Missing, and Filled Permanent Teeth*
índice cpod/CPOD - índice de dentes cariados, perdidos e obturados (cpod – dentição decídua ou CPOD – dentição permanente)

Figura 47. 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 (20)

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, através da qual Portugal foi classificado como o quinto melhor país[9] (21) (Anexo 12).

Entre 2013 e 2019, o valor do índice da UE relativo ao número de pessoas identificadas (de novo) como tendo uma **doença profissional** (incluindo os tumores malignos profissionais) (22), teve uma redução global de 7 %. Apesar de não serem referidos dados relativos a Portugal, importa referir que, nesse período, foi observado um aumento de novos casos identificados de: sinovite e tenosinovite (54 %), outras entesopatias (como articulações dolorosas e inflamadas - 9 %) e mononeuropatias do membro superior (como o síndrome do túnel cárpico - 1 %).

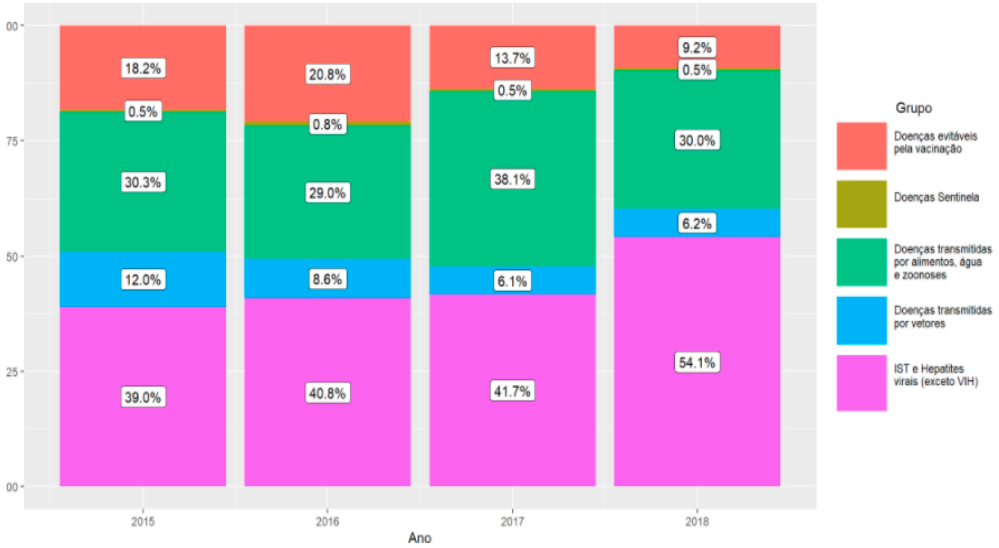
A Organização Internacional de Trabalho reportou 2.954 **acidentes de trabalho** não fatais por 100.000 trabalhadores, e 4 acidentes de trabalho fatais por 100.000 trabalhadores, para Portugal (2015) (23). Em 2020, segundo o Gabinete de Estratégia e Planeamento do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, ocorreram 3.333 acidentes de trabalho por 100.000 trabalhadores (4.108 em 2019), o que corresponde a um decréscimo de 20,5 % em relação a 2019. Contudo, ocorreu um aumento na gravidade dos acidentes de trabalho, com o crescimento (26,0 %) dos casos com consequência mortal (2,8 por 100.00 em 2020, face a 2,2 por 100.000 em 2019) e na média dos dias de trabalho perdidos por acidentes de trabalho (38,4). Face à população exposta ao risco, o sector onde a sinistralidade teve maior impacto foi o "F – construção" com 8.618,1 acidentes por 100 000 trabalhadores e, no caso dos acidentes com consequência mortal, esta taxa foi maior no sector "B – indústrias extrativas" com 18,2 acidentes por 100 000 trabalhadores (24).

Em Portugal, estima-se que 600 a 800 mil pessoas vivam com **doenças raras** (25). Embora, por definição, afetem um número reduzido de pessoas (prevalência inferior a 1 por 2.000 pessoas), as doenças raras apresentam questões clínicas específicas relativas à sua raridade, sendo, muitas delas graves e altamente incapacitantes (26).

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 48), entre 2015 e 2018, observa-se, entre outros, uma diminuição do peso proporcional do

[9] 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).

grupo das doenças evitáveis pela vacinação e o aumento do peso proporcional do grupo das infeções sexualmente transmissíveis (IST) e das hepatites virais[10].



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

Figura 48. 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 (27) (Figura 49). Apesar da diminuição gradual ao longo do tempo, em Portugal a taxa de incidência mantém valores superiores aos da média dos países europeus (28).

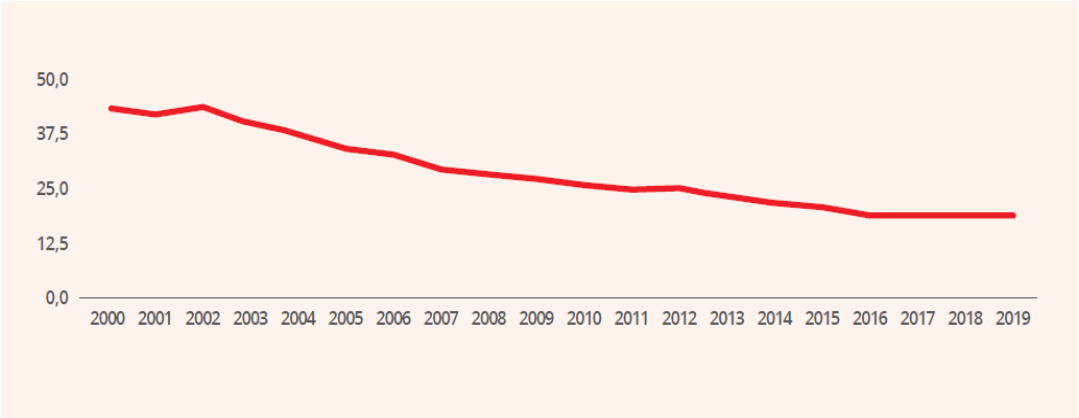


Figura 49. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de notificação de tuberculose em Portugal, 2000-2019

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

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

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 de 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 (27).

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** (27).

CAIXA 6

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** (3,9)
- Incidência de tuberculose
  - **Objetivo a longo prazo: 0 novos casos** (3,9)
- Taxa de incidência de hepatite B (2017) (9)
  - **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

De acordo com o Relatório "Infeção VIH e SIDA em Portugal – 2020" (29), 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 50). 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 (29).

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 (29).

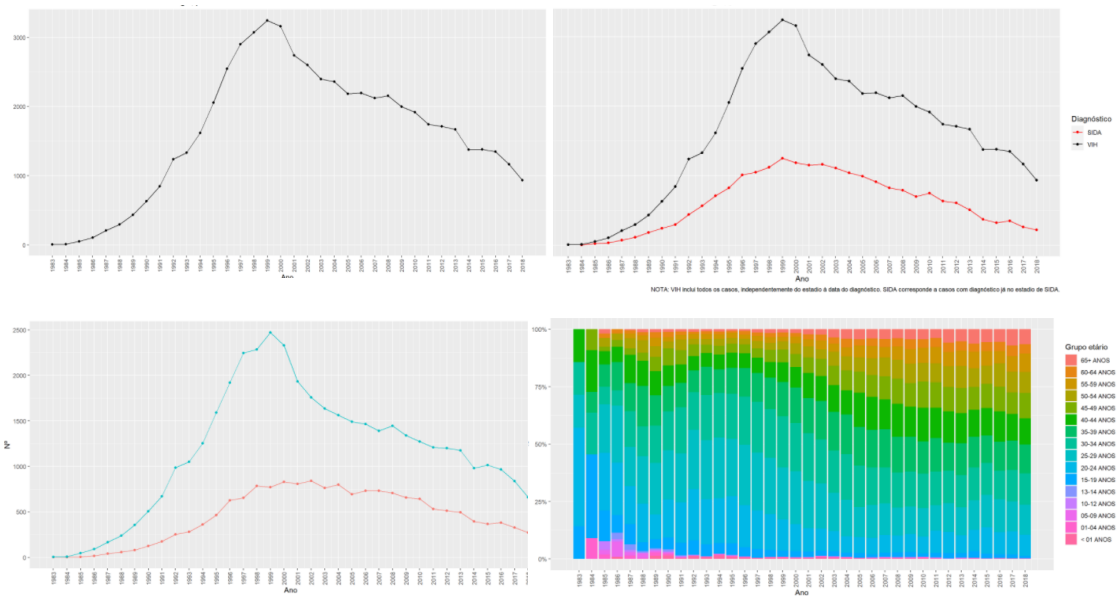


Figura 50. Evolução do número de novos casos de Infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) por ano (em cima à esquerda), por ano e sexo (em baixo à esquerda) e por ano e grupo etário (em baixo à direita) em Portugal, 1983-2018; evolução do número de novos casos de infeção por VIH e de SIDA (Síndrome 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

A **dor**, com particular destaque para a **dor crónica**, é uma causa *major* de **incapacidade**. Em 2013 foi publicado um estudo epidemiológico de base populacional[11] (30) 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 (31), havia estimado uma prevalência de 19 % para a Europa.

O referido estudo de prevalência nacional (30) mostrou que em 85 % das pessoas com DC, a dor era recorrente ou contínua. Em 68 % das mesmas a dor era de intensidade

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

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 (30). 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 (30). Perdas de produtividade, absentismo laboral[12], desemprego e reforma antecipada por invalidez contribuem substancialmente para estes custos (31,33).

Da análise da **incapacidade motora ou sensorial** (por exemplo, causada por diminuição ou perda da audição ou da visão), de acordo com os resultados do último **INS** (2019) (34), pode concluir-se que (Figura 51):

- 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).

[12] As doenças não transmissíveis, particularmente associadas à dor lombar e cervical, contribuem em 70% para a carga global de doença atribuível a riscos **ocupacionais** (32).

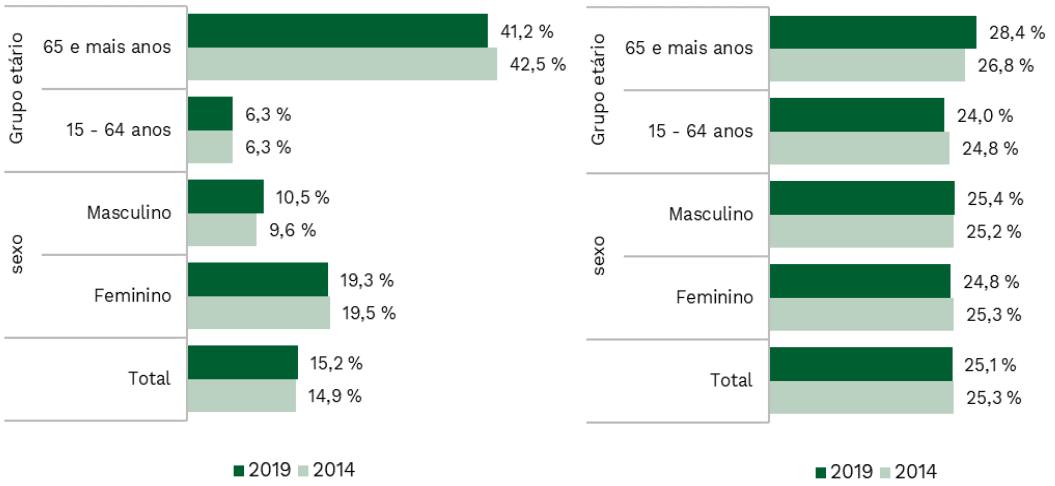


Figura 51. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade com pelo menos uma limitação (incapacidade) motora (gráfico à esquerda) ou sensorial (gráfico à direita) autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019, total, por sexo e por grandes grupos etários

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

Tal como para a mortalidade, na **análise da doença e incapacidade** foram tidas em consideração as **desigualdades**, como se pode observar, a título de exemplo, em 2015, a partir da prevalência da diabetes e respetivas desigualdades (Figuras 46 e 52) 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.

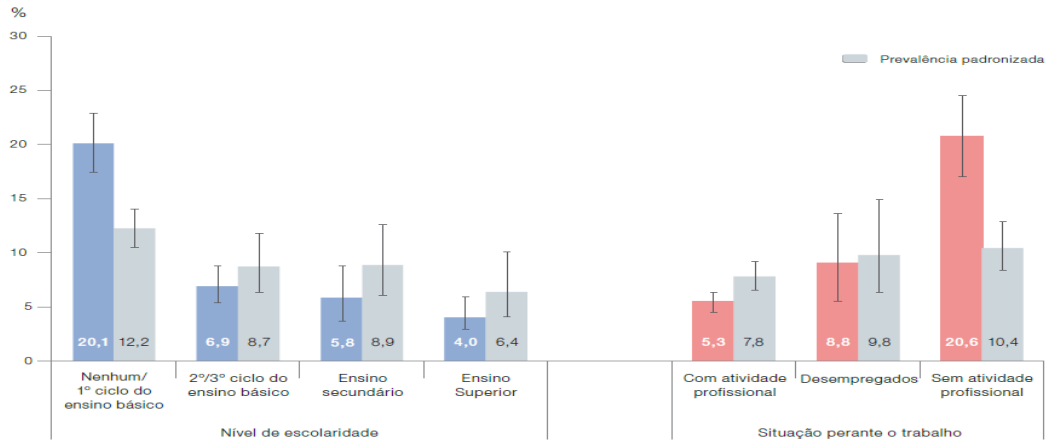


Figura 52. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o emprego

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)

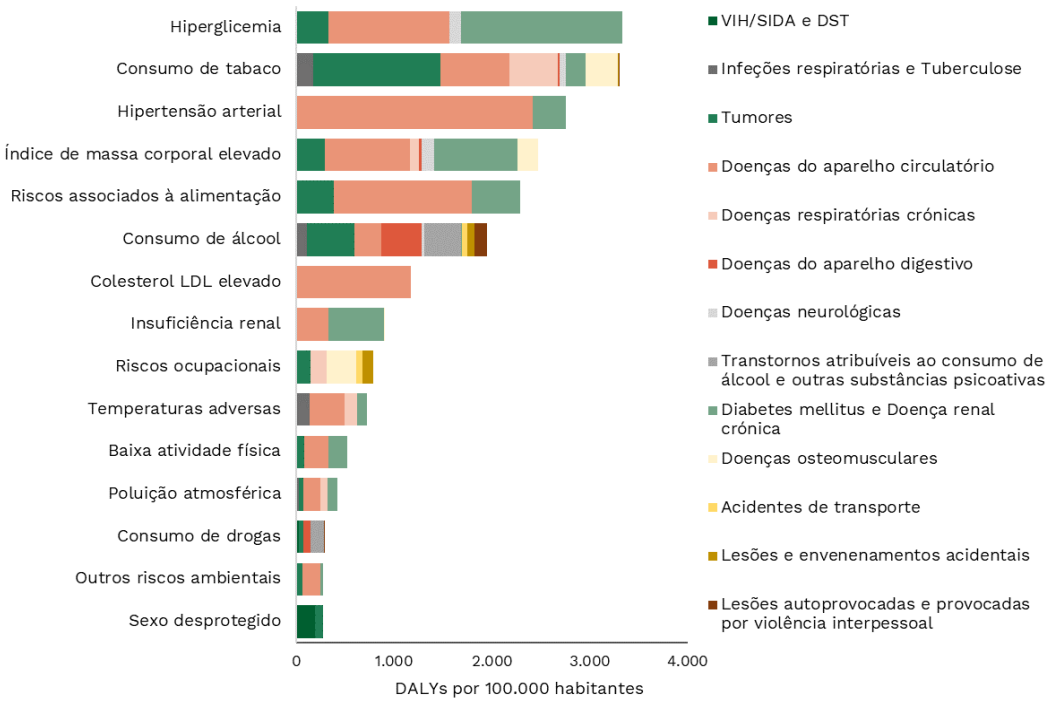
Determinantes de saúde

A análise dos **determinantes de saúde**, enquanto fatores que contribuem para o estado atual da saúde de uma 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 através da 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 53, 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.



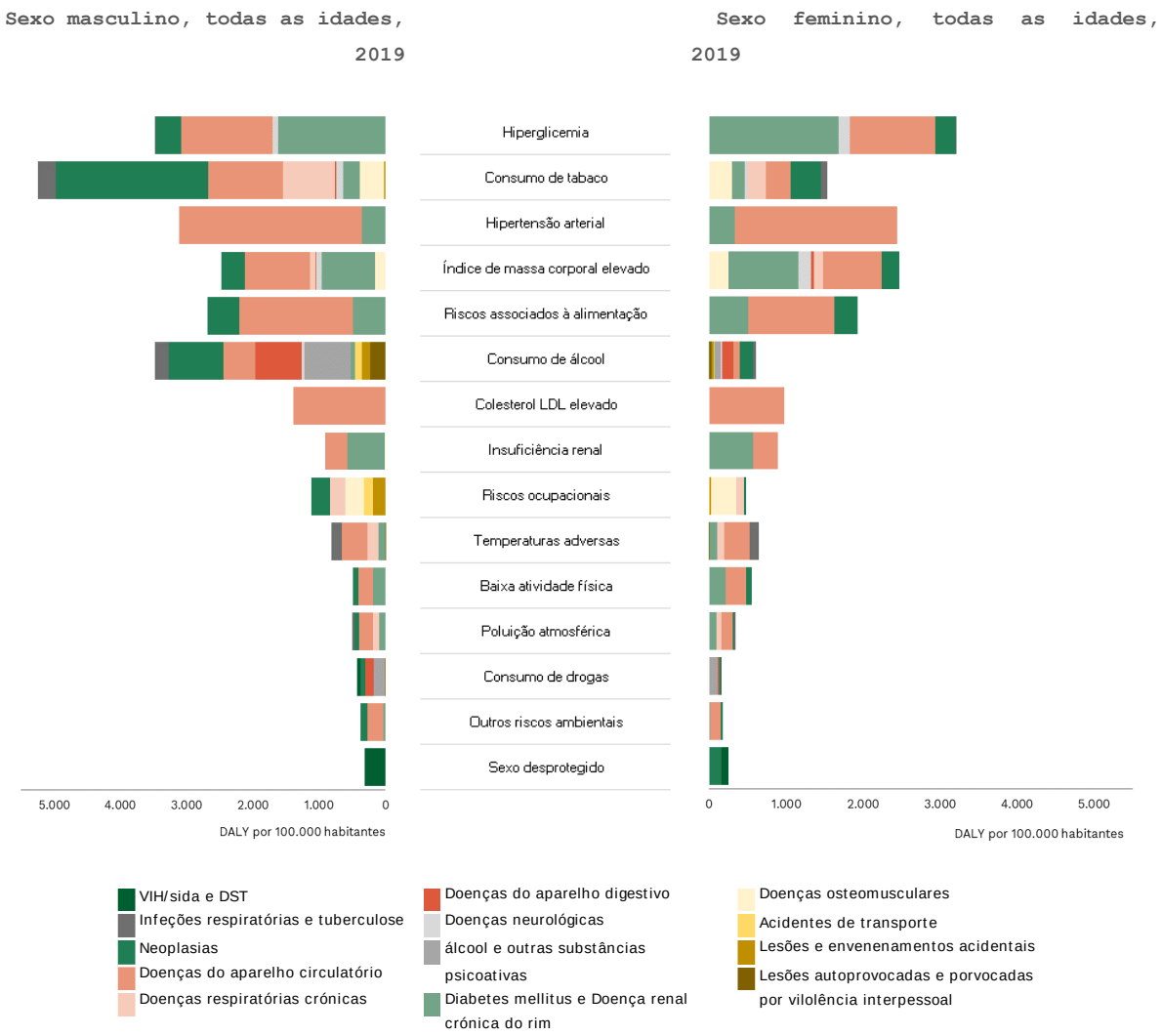
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis | LDL – Lipoproteínas de baixa densidade | VIH/SIDA –Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Figura 53. 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

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 (13).

Na **análise por sexo** (Figura 54), de destacar 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 54).

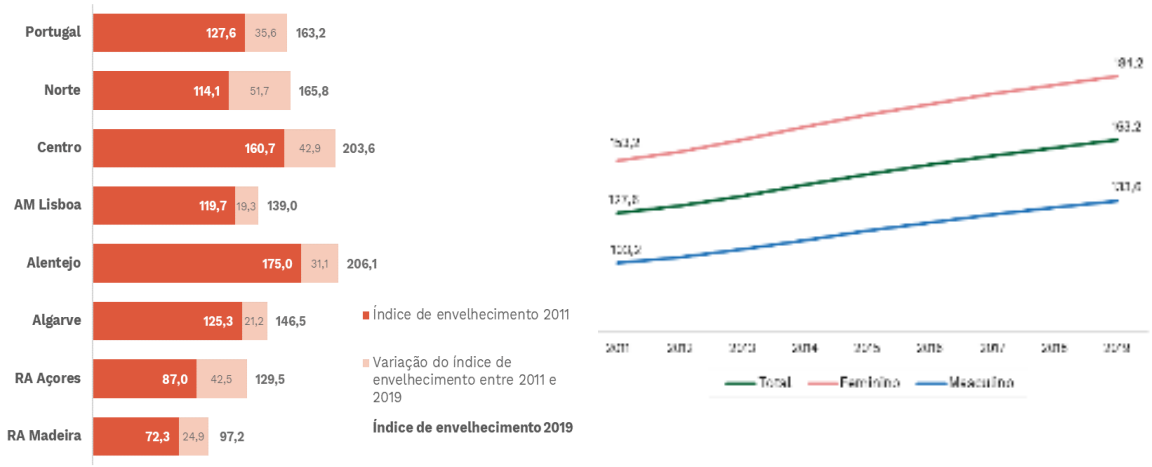


DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis | LDL – Lipoproteínas de baixa densidade | VIH/ SIDA –Infeção por Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Figura 54. 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

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 (5). 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, mantém-se, também, a desigualdade entre os sexos masculino e feminino (Figura 55).



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

Figura 55. Índice de envelhecimento (por 100) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019 (gráfico à esquerda) e evolução do índice de envelhecimento (por 100) em Portugal, por sexo, 2011-2019 (gráfico 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 seguintes[13]: 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 %) (35).

Os resultados provisórios do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento em Portugal (36) 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 %);

[13] A percentagem que se segue a cada determinante corresponde ao respetivo peso proporcional no conjunto dos cinco determinantes em análise (35).

- 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 (37), em 2020, em Portugal, as **pessoas 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* europeu, a oitava melhor posição. Contudo, em Portugal e nos restantes países europeus, as pessoas com incapacidade e limitação da atividade encontravam-se em maior risco do que as que não apresentavam qualquer limitação da atividade.

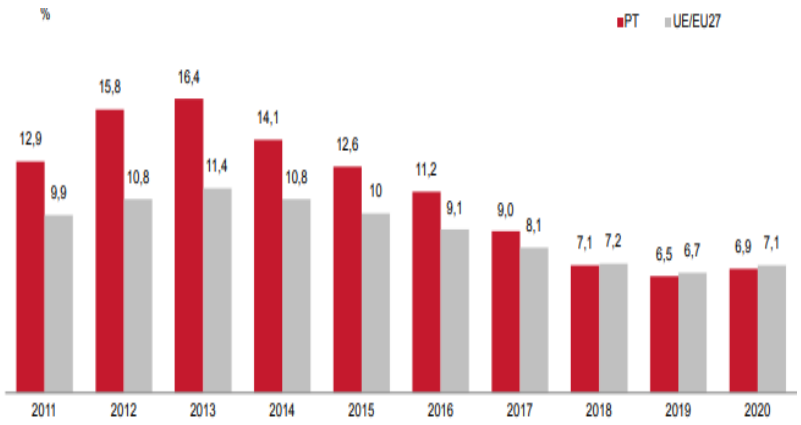
CAIXA 7

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 %** (8)
  - **Média da OCDE (2016): 14,3 %** (12)

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 56).



PT – Portugal | UE/EU27 – União Europeia/*European Union* (27 Estados-membros)

Figura 56. 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 (8)

Na Figura 57 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.

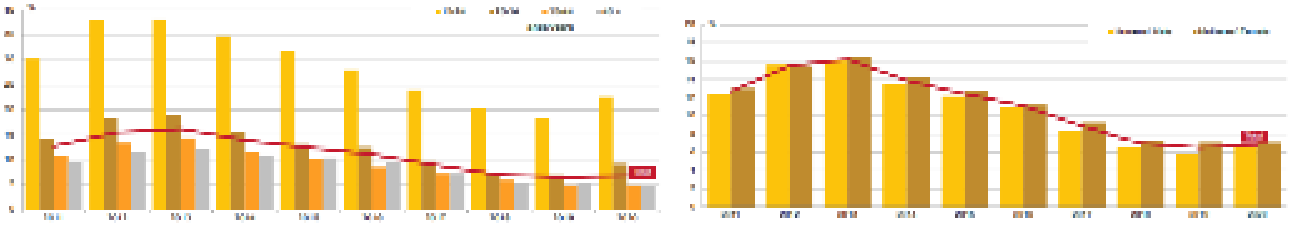


Figura 57. Taxa (%) de desemprego por grupo etário (gráfico à esquerda) e por sexo (gráfico à direita), em Portugal, 2011-2020

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (8)

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 **pessoas que vivem sós**[14] (38). Segundo este estudo, os agregados domésticos de uma só pessoa 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 pessoas sós praticamente duplicou. Ainda com base nos resultados do referido estudo e de acordo com o Censos 2011, a maioria das pessoas sós (46,9 %) pertencia ao grupo etário 65 e mais anos. Neste grupo predominava o sexo feminino, integrando pessoas pouco escolarizadas e, sobretudo, reformadas, que viviam sozinhas, em muitos casos como resultado de uma vida conjugal interrompida pela viuvez (Figura 58). Não estando ainda disponível a informação completa relativa aos Censos 2021, admite-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 (36), em 2019 os agregados domésticos de uma pessoa correspondiam a 29,4 % do total de agregados domésticos (20,4 % em 2011).

[14] O isolamento social e a solidão têm sido considerados importantes determinantes associados a vários problemas de saúde, nomeadamente: hipertensão arterial, doença cardíaca, obesidade, enfraquecimento do sistema imunológico, ansiedade, depressão, declínio cognitivo, doença de Alzheimer e morte prematura e evitável (39).

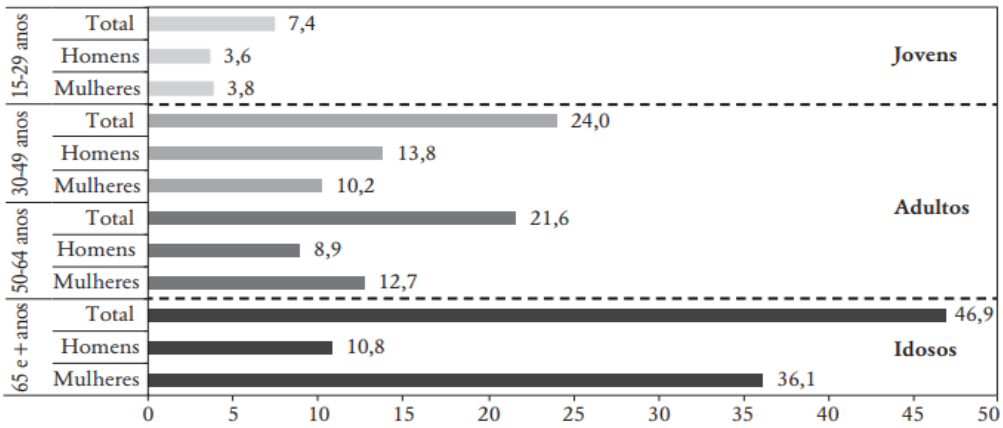


Figura 58. Distribuição percentual das pessoas sós em Portugal, por grupo etário e por sexo, 2011
Fonte: Delgado A, et al, 2014 (38)

No âmbito da espiritualidade e prática religiosa, enquanto determinantes sociais com potencial impacte positivo na saúde e bem-estar (40,41,42), o Quadro 7 resume os resultados relativos à posição religiosa em Portugal, de acordo com os resultados do estudo sobre Identidades Religiosas em Portugal (IRP) (43), publicado em 2012, e os resultados dos Censos 2011 (44). Os resultados do IRP são próximos dos recolhidos no Censos, segundo os quais 84,6 % da população residente em Portugal professava, à data, 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 13) (45).

No âmbito da última ronda (2018) do estudo *Health Behavior in School Aged Children* (HBSC) (14), 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 (IRP) 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 %)
Não sabe/Não responde	23 (0,6 %)	744.874 (8,3 %)

Total	3.837 (100 %)	8.989.849 (100 %)

Fonte: Vilaça, 2013 (46)

Ainda de acordo com o estudo HBSC (14), e numa perspetiva de **participação e coesão sociais** como **determinantes sociais**: 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 (43,9 %) sobre assuntos políticos ou sociais.

Conforme se pode observar no Quadro 8, entre 2017 e 2020 os **indicadores de privação material** em Portugal tiveram uma **evolução favorável**.

Quadro 8. Indicadores de privação material na população total, 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

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 2020 (36)

Igualmente favorável foi, entre 2003 e 2018, a evolução do **índice de Gini**[15] (Figura 59).

[15] O índice de Gini é um indicador de desigualdade na distribuição do rendimento.

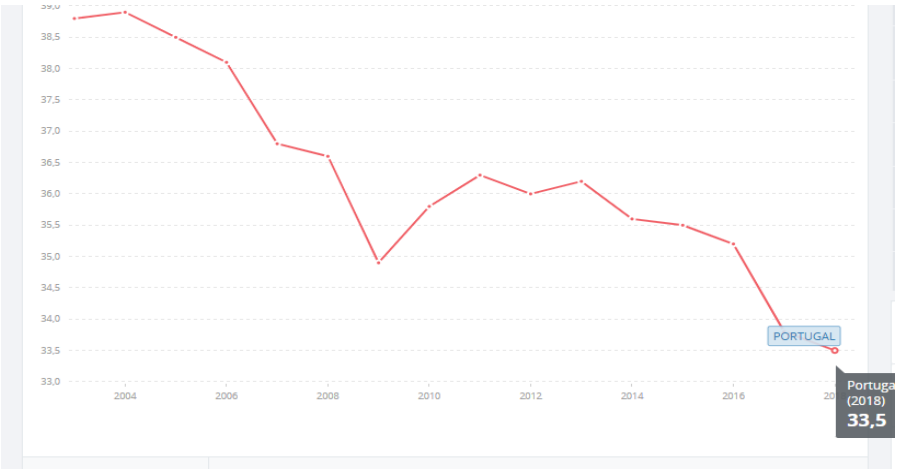


Figura 59. Evolução do índice de Gini em Portugal, 2003-2018
Fonte: Banco Mundial, 2020 (47)

A Figura 60 permite comparar alguns itens de privação material, em Portugal, entre 2019 e 2020, consistente com a evolução dos indicadores de privação material acima referidos.

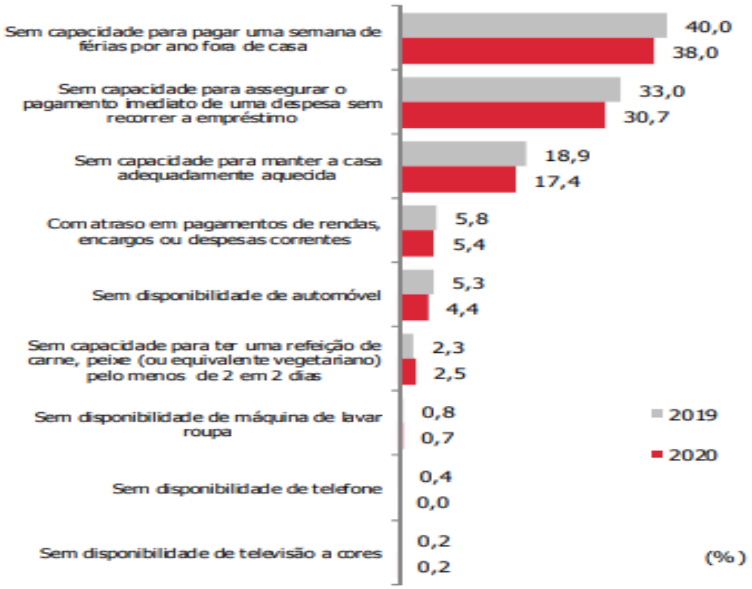
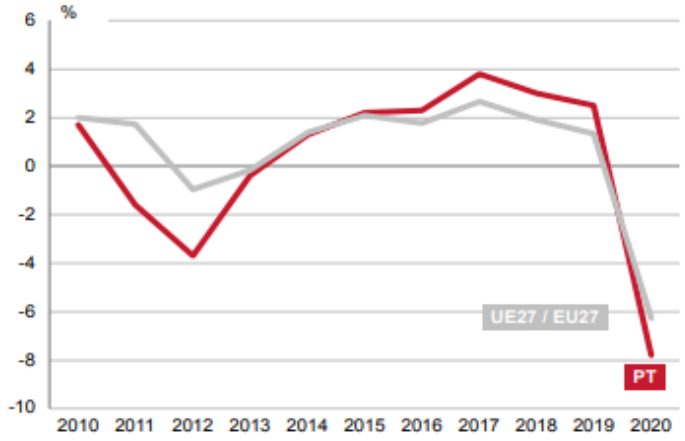


Figura 60. Distribuição (%) da população por itens de privação material, em Portugal, 2019-2020
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (36)

Relativamente à evolução da **taxa de variação anual do PIB real *per capita*** (Figura 61), 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 61. Taxa (%) de variação anual do PIB real per capita, Portugal e UE, 2010-2020
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (8)

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 62) (48). 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" (14).

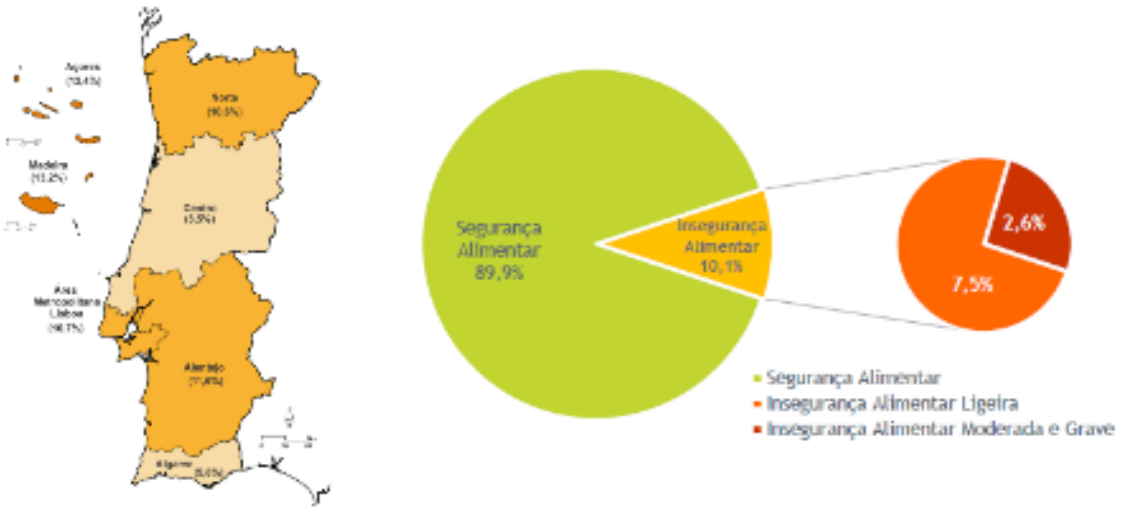
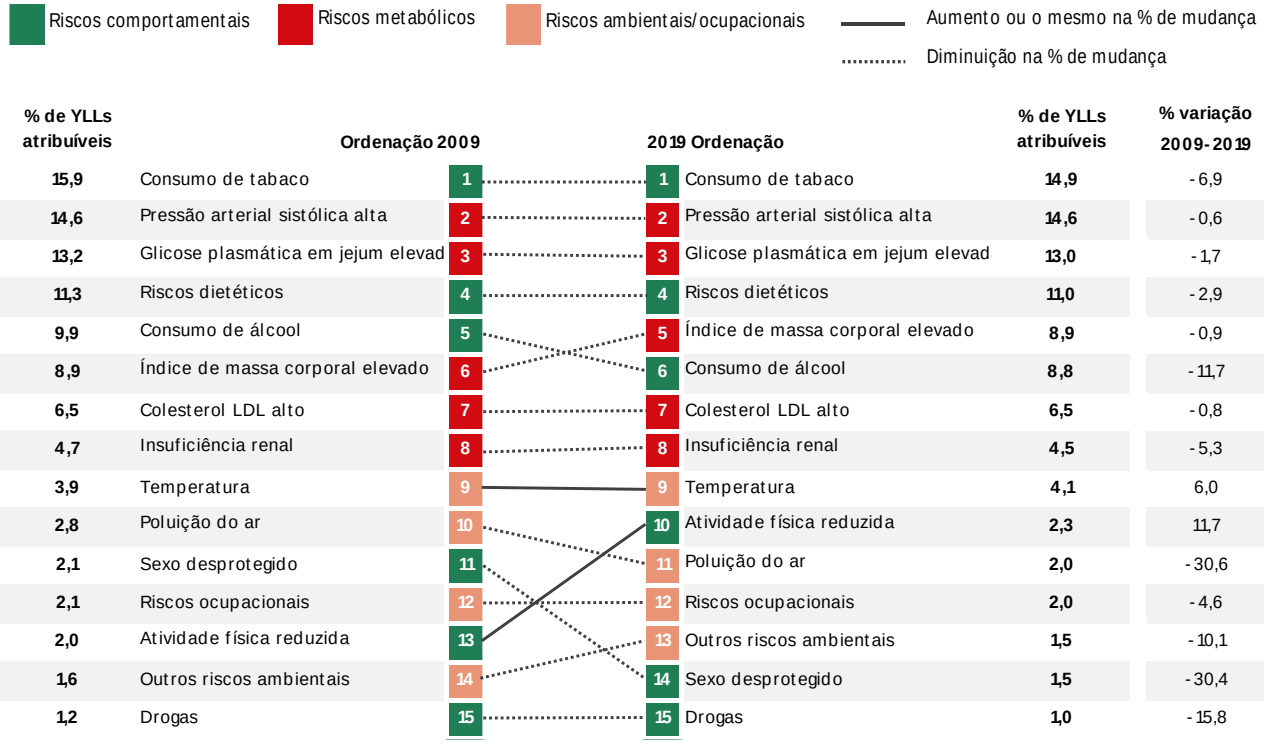


Figura 62. Prevalência (%) de Insegurança Alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa, em Portugal e NUTS II, 2015-2016

Fonte: Universidade do Porto, Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física 2015-2016 (IAN-AF 2015-2016) (48)

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**, o consumo nocivo de **álcool,** a **inatividade física** 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 53, 54 e 63 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 14) (49), entre outros.



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

Figura 63. 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

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 63), 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**).

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** (50) importantes na população adulta, bem como analisar **desigualdades** por sexo, grupo etário, regiões e sociais, podendo encontrar-se, em anexo, alguns exemplos (Anexos 15 e 16). Também em anexo, poderão ser analisados alguns resultados dos últimos Inquéritos Nacionais de Saúde (2014 e 2019) neste âmbito (Anexos 15 e 16).

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 15). O valor médio observado na UE, a partir dos resultados do *European Health Interview Study* (EHIS) de 2014, foi inferior (21 %) (51).

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 15).

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 (Anexo 15). Na **UE**

(2019), segundo o EHIS (2014), a prevalência de excesso de peso ou obesidade era, à data, de 52,7 % (51).

CAIXA 8

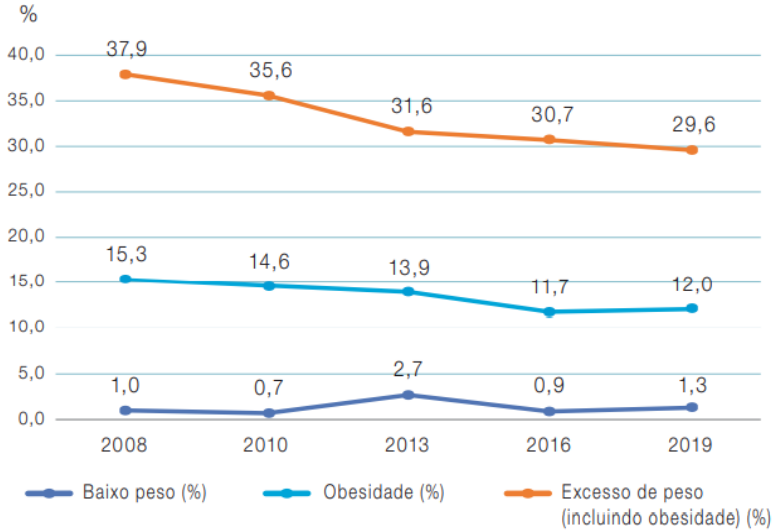
ODS 2: Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável

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 %** (52)
  - **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho
  - Mundo): **2,8 %** (3)

Segundo o estudo HBSC de 2018 (14), conforme 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) (53), 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≥25) e obesidade (IMC≥30) infantil, mais acentuada entre 2008 e 2013. Entre 2008 e 2019, verificou-se uma redução de 21,9 % na prevalência de excesso de peso infantil e de 21,6 % na prevalência da obesidade infantil (Figura 64).



COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

Figura 64. Prevalência (%) de baixo peso infantil, excesso de peso (incluindo obesidade

Fonte: Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI PORTUGAL 2019 (53)

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 15). 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 (Anexo 15) (53).

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 (54), atualizou os resultados decorrentes de estudos semelhantes efetuados em 2001, 2007 e 2012. Como medidas de prevalência de consumos foram utilizadas as medidas europeias[16] 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 do 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 (73,2 % em 2012), 58,3 % declarou consumo recente (nos últimos 12 meses), 48,5 % declarou consumo atual ou corrente (portanto, nos últimos 30 dias), e 20,0 % declarou consumo diário nos últimos 30 dias. Os resultados da última edição do INPG indicam que, comparativamente com os resultados do INPG de 2012, o consumo experimental de álcool aumentou, mas os consumos recente e atual parecem ter estabilizado. A prevalência de consumo foi superior no sexo masculino em relação ao sexo feminino, em todos os tipos de consumo analisados e em todos os grupos etários considerados (54).

[16] 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 a prevalência nos últimos 30 dias (P30D) traduz o consumo atual ou corrente de substâncias psicoativas.

De acordo com o INS (2019), que inquiriu a população com 15 e mais anos e utilizou as métricas dos inquéritos de saúde europeus, a prevalência de consumo diário (20,5 %) diminuiu em relação a 2014 (34,5 %), mas foi superior à média observada na UE nesse ano (9,2 %), acontecendo o oposto em relação aos consumos semanais, mensais e ocasionais (Anexo 16). Mais de 40 % da população inquirida declarou ter consumido seis ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento (consumo arriscado ou *binge drinking*) pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores, o que correspondeu a um aumento relativamente a 2014 (33,2 %), sobretudo, à custa do sexo feminino (30,3 % em 2019 e 18,1 % em 2014)[17] (34). Em anexo (Anexo 16) poderá ser encontrada a distribuição geográfica da prevalência de *binge drinking*, segundo o INSEF (2015) (50).

CAIXA 9

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 (9)
  - **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 (15-74 anos) declarou um consumo experimental de tabaco, diminuindo esta prevalência para 29,1 %, 28,0 % e 26,3 %, respetivamente, quando consideramos os consumos recente, corrente e diário. A prevalência de consumo, nomeadamente, de **consumo diário** nos últimos 30 dias, foi superior no sexo masculino (32,2 %) em relação ao sexo feminino (20,8 %), exceto no grupo etário 25-34 anos, no qual os valores da prevalência foram quase idênticos (respetivamente, 41,8 % e 42,3 %) (54).

Segundo o INS (2019), é de salientar, como **favorável**, o facto de a prevalência do consumo de tabaco (diário ou ocasional) ter descido (17,0 %) em relação ao valor observado no INS anterior (20,0 %) (2014).

[17] Segundo o IV INPG (2016/2017), o consumo arriscado de álcool no sexo masculino diminuiu em relação a 2012 (54).

Igualmente **favorável** é o valor da prevalência de consumo de tabaco diário e o da prevalência de não fumadores terem sido, respetivamente, inferior e superior ao da média da UE (Anexo 16) (17). Em anexo (Anexo 16) poderá ser encontrada a distribuição geográfica da prevalência de consumo de tabaco, segundo o INSEF (2015) (50).

CAIXA 10

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 %** (7)
  - **Média da OCDE (2017): 16,5 %** (9)
  - **Melhor valor dos Países da OCDE (2017): 7,6 %** (9)
  - **Objetivo a longo prazo: 0 %** (9)

No INPG 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 (54).

As prevalências de consumo na população geral são superiores nos inquiridos do **sexo masculino**, independentemente da substância psicoativa considerada. O consumo 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 (54).

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 (54).

O Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências (ECATD/CAD)[18] (55), 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 65 e 66) (55).

[18] Este estudo utiliza o questionário do *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) (56).

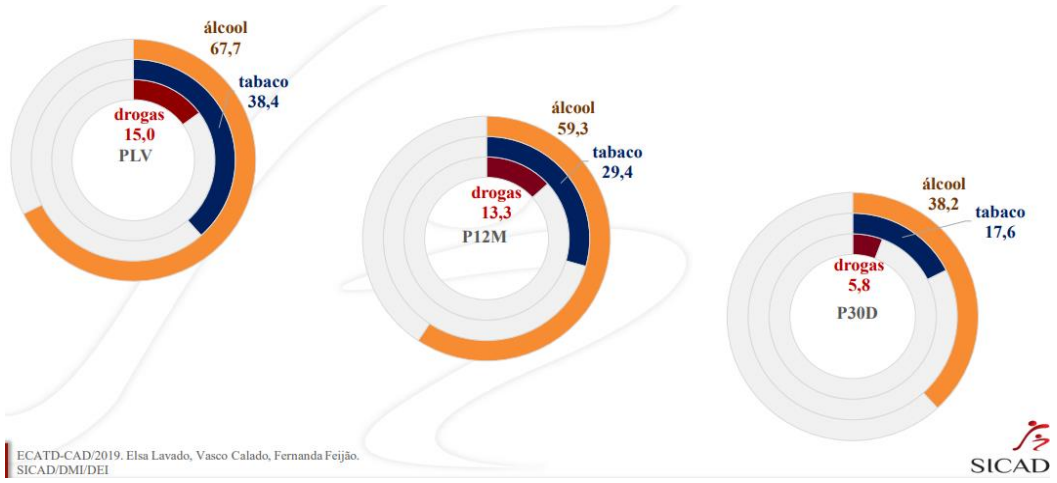
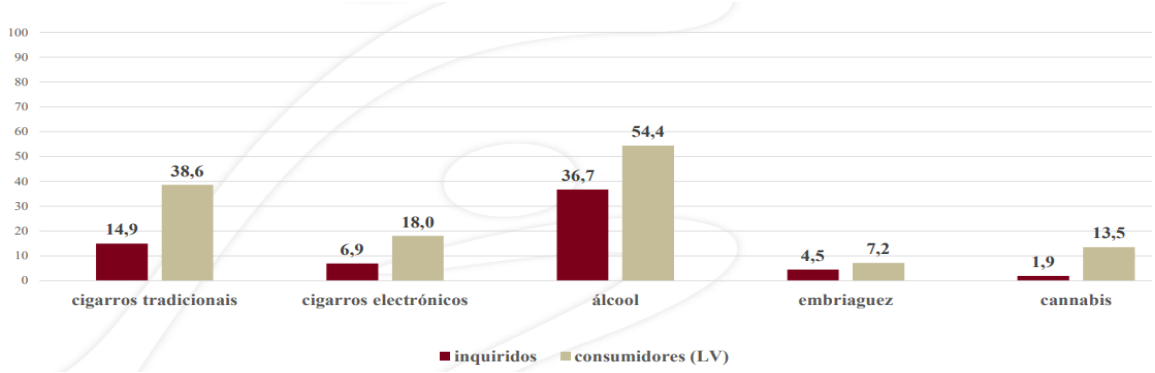


Figura 65. Prevalências (%) ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D) de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (55)

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 terem considerado fácil ou muito fácil o acesso a cerveja, seguida dos *alcopops*[19], 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*[20] 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 %).



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

Figura 66. 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 (55)

[19] Bebidas alcoólicas aromatizadas.
[20] Consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião.

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 ESPAD[21] (2019) (56) também se observou essa *tendência*, encontrando-se, contudo, a proporção de utilização de cigarros eletrónicos em Portugal abaixo da média dos países europeus (55).

As prevalências declaradas de consumo experimental e atual de **drogas ilícitas** foram, respetivamente, de 15,0 % e 5,8 %, tendo sido a canábis a substância mais consumida. A prevalência de consumo atual foi superior no sexo masculino (7,1 %), em relação ao sexo feminino (4,7 %) (55).

De acordo com o ECATD/CAD (55), a prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas aumenta com a idade (Anexo 16). Contudo, e de acordo com o ESPAD (2019) (56), **aos 13 ou menos anos de idade**: 17 % dos inquiridos tinham fumado cigarros (a média europeia[22] era de 18 %), declarando 2,7 % consumo diário, e 41 % 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), também superior à média europeia (4,6 cl).

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 67). Esta redução foi menor no que diz respeito à prevalência do consumo de álcool, pois a **prevalência de embriaguez diminuiu** (de 27,4 % para 25,3 %), mas **a prevalência de *binge drinking* aumentou** (de 19,3 % para 19,9 %), principalmente no **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 16).

[21] Inclui alunos escolarizados entre os 15 e os 16 anos de idade.
[22] Os países que integraram este estudo vão para além dos países que integram a UE.

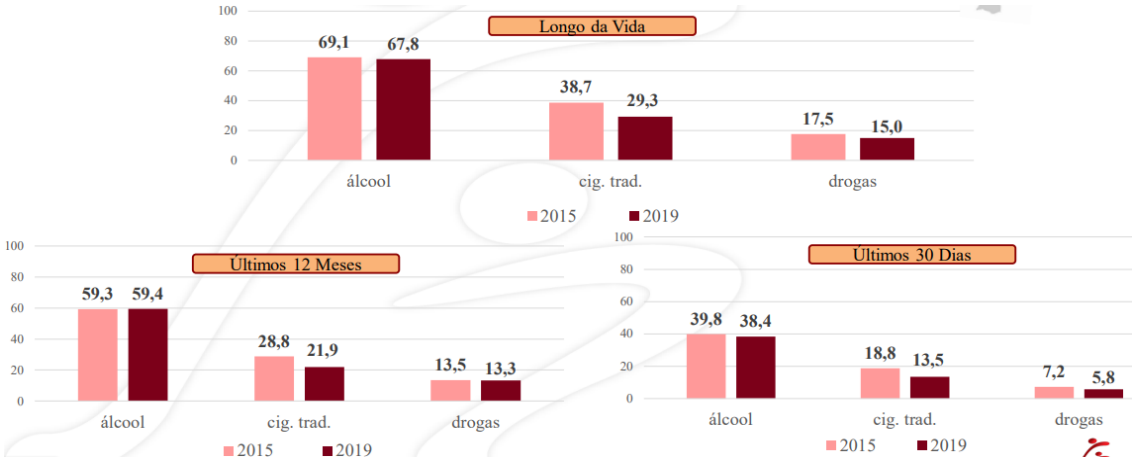


Figura 67. Prevalências de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, no Continente (Portugal), 2015 e 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (55)

Relativamente a **outras dependências**, 32,1 % dos inquiridos no ECATD/CAD (2019) 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) (55).

No que diz respeito a **determinantes comportamentais modificáveis protetores de saúde**, de acordo com os resultados do INSEF (2015) (50), na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, a prevalência de prática de alguma **atividade física** regular, pelo menos uma vez por semana, foi de 34,2 %, valor ligeiramente superior ao observado no último INS (2019) (32,6 %) (Anexo 16) (34). Os resultados de ambos os inquéritos (INSEF e INS 2019) indicam uma prevalência da prática de exercício físico superior no sexo masculino (39,7 % e 36,2 %, respetivamente) em relação ao sexo feminino (29,2 % e 29,5 %). 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 16). Segundo o estudo HBSC (2018) (14), 43,1 % dos **adolescentes** referiram que praticaram atividade física mais de três dias nos últimos sete dias e 18,5 % referiram que nunca praticaram desporto.

Segundo o INSEF, a prevalência autodeclarada de **consumo diário de fruta** foi de 79,3 %, sendo superior no sexo feminino (83,7 %), em relação ao sexo masculino (74,4 %) (50). 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 (34).

A prevalência autodeclarada de **consumo diário de legumes ou salada** (incluindo sopas), foi de 73,3 %, tendo sido também superior no sexo feminino (80,1 %), em relação ao sexo masculino (65,8 %) (50). 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 (34). De acordo com o estudo HBSC (2018) (14) 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 (57) 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 (14).

No que diz respeito a **outros determinantes de saúde comportamentais** com relevo **nos adolescentes**, abordados no estudo HBSC (2018) (14), 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 oito 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 contracetiva (66,2 %) 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** (36). A análise da proporção de população incapaz de manter a habitação devidamente aquecida em vários países europeus, em 2014 e 2019 (Anexo 17) (52), é compatível com a variação favorável encontrada no referido inquérito, mostrando, contudo, que os valores nacionais se mantêm acima da média da UE.

CAIXA 11

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 %** (52)

De acordo com o INE, citando como fonte a Agência Portuguesa do Ambiente (APA), a concentração média anual de **partículas PM2,5 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 (8). Para as partículas PM2,5, os valores nacionais (inferiores a 10 µg/m³) (8) 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 (52).

CAIXA 12

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 (µg/m³) de partículas PM2,5 – **Objetivo a longo prazo** (com base na média dos países com melhor desempenho – Mundo): **6,3 µg/m³** (3)

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) (12).

De acordo com o INS (34), em 2019 a proporção da população residente com 15 ou mais anos exposta diariamente ao **fumo de tabaco passivo** foi de 7,7 % (8,6 % em 2014), sendo a mesma superior no sexo masculino (9,1 %) em relação ao sexo feminino (6,5 %) e inferior aos valores estimados em 2014 (respetivamente, 9,8 % e 7,5 %). Segundo o INSEF (50), em 2015 a proporção da população residente com idade compreendida entre os 25 e os 74 anos exposta ao fumo ambiental do tabaco mais do que uma hora por dia, em casa, no trabalho, nos transportes ou em espaços públicos, foi estimada em 12,8 %. Esta proporção foi superior no sexo masculino (14,9 %) em relação ao feminino (10,8 %), no grupo etário 25-34 anos, nas pessoas sem atividade profissional e com menor escolaridade.

No que respeita à **exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco**, num estudo efetuado em Portugal em 2016 (58,59), estimou-se que 14,3 % das crianças até aos nove anos foram expostas diariamente (5,8 %) ou ocasionalmente (8,5 %) ao fumo do tabaco em casa, percentagem que ascendeu a 32,6 % nos alunos do quarto ano de escolaridade; 5,4 % das crianças foram duplamente expostas ao fumo ambiental do tabaco, em casa e no carro. Estimou-se, também, que 6,1 % das mães e 11,2 % dos pais fumavam em casa, e que 4,5 % das mães e 8,3 % dos pais fumavam no carro. A frequência de exposição das crianças foi tanto maior quanto menor a escolaridade dos pais.

CAIXA 13

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** (7)
  - **Melhor valor dos países da OCDE (2016): 7,0 por 100.000** (7)

Segundo o INE (8), 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 17), 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.

CAIXA 14

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 %** (8)

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 %** (9)

Dados do INE evidenciam uma proporção de alojamentos servidos por **sistema de 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) (8).

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) (8).

As **emissões de gases com efeito de estufa** em Portugal, incluindo as emissões indiretas de CO_2 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 17) (8).

CAIXA 15

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) (8)
  - **Objetivo nacional a 2050: atingir a neutralidade carbónica** (8)

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.

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 18) (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** (12), 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 %) (12) (Anexo 18).

Quanto à **extensão da cobertura de cuidados de saúde**[23], 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 %) (12).

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 (12) e inferior à média da OCDE (2,6 %) (12). 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 18) (12).

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

[23] Conjunto de serviços incluídos num pacote de benefícios definidos publicamente e a proporção de custos cobertos.

declarados pela população de baixo e de elevado rendimento, sendo superior nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo (Anexo 18) (11,62).

Dados provisórios do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (36), 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 68).

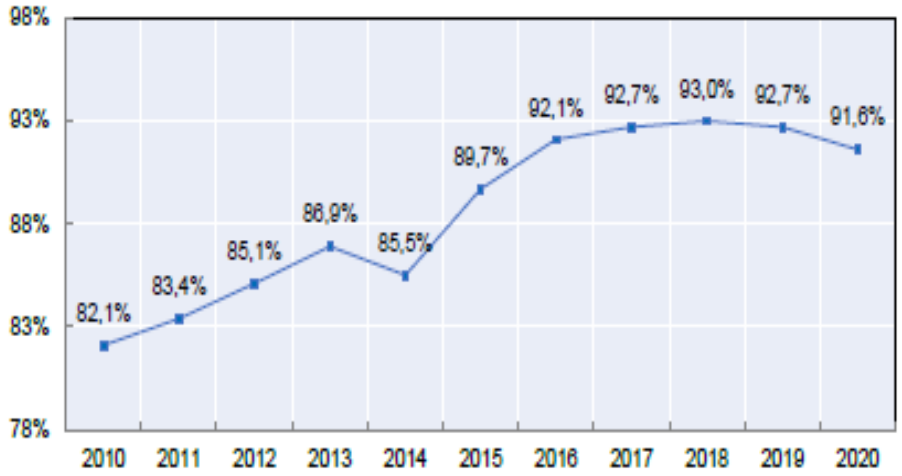


Figura 68. Evolução da proporção (%) de utentes inscritos com médico de família no Continente (Portugal), 2010-2020

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 da proporção de utentes inscritos com médico de família 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 (ARSLVT) 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	91,1 %	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 %	-1,2 %

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) – UCSP[24], USF modelo A e USF modelo B[25] -, 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).

[24] UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

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

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.

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 referenciações 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).

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 (8). Este valor refere-se a todos os médicos habilitados a exercer, o que resulta numa sobrestimação[26] 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) (11). 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) (11).

CAIXA 16

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 (9)
  – **Objetivo a longo prazo: 4,3 por 1.000**

Olhando exclusivamente para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e no que respeita aos grupos profissionais de maior dimensão, 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

[26] Superior a 30 %, segundo o EUROSTAT (11).

correspondia a 44.932 profissionais (4,4 enfermeiros por 1.000) e o pessoal assistente operacional correspondia a 26.740 profissionais. Em relação aos outros grupos profissionais, os técnicos superiores de saúde e farmacêuticos totalizavam 1.777 profissionais, os técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica correspondiam a 8.568 profissionais, os outros técnicos superiores totalizavam 4.386 profissionais e os assistentes técnicos 16.580. 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 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 % (12). Em 2020, a pandemia de COVID-19 implicou uma diminuição do PIB; contudo a despesa pública com a saúde aumentou para 10,1 % (12,65).

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*) (11). A maior fatia das despesas de saúde em Portugal refere-se aos cuidados ambulatórios, 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*) (11). 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) (11).

No campo das **despesas diretas com a saúde**, Portugal apresenta dos valores mais elevados de despesas não reembolsadas dos países da OCDE (11,12,65), 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 18), representando a segunda maior fonte de receita do sistema de saúde em Portugal (11,65). As despesas das famílias em hospitais privados têm 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).

A Figura 69 mostra os fatores determinantes, de risco e de proteção, e os correspondentes problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento presentes em Portugal .

DETERMINANTES DE SAÚDE

Demográficos, Sociais e 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 risco; qualidade dos processo de planeamento, avaliação e governação estratégica; financiamento da saúde; resiliência do sistema de saúde]

PROBLEMAS DE SAÚDE DE MAGNITUDE ELEVADA OU EM CRESCIMENTO

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

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 infeciosas 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: i) os grupos de problemas de saúde e a respetiva desagregação encontram-se por ordem alfabética; ii) estão implicitamente representadas grupos de problemas transversais a vários grupos de doenças, e.g. as doenças ligadas ao trabalho são transversais praticamente a todos os grupos nosológicos
Legenda: VIH - vírus de imunodeficiência humana; TM – tumor maligno

Figura 69. Problemas de saúde de elevada magnitude e respetivos determinantes de saúde em Portugal

Fonte: PNS 2021-2030

A Figura 70 mostra os fatores determinantes, de risco e de proteção, e os correspondentes problemas de saúde de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco.

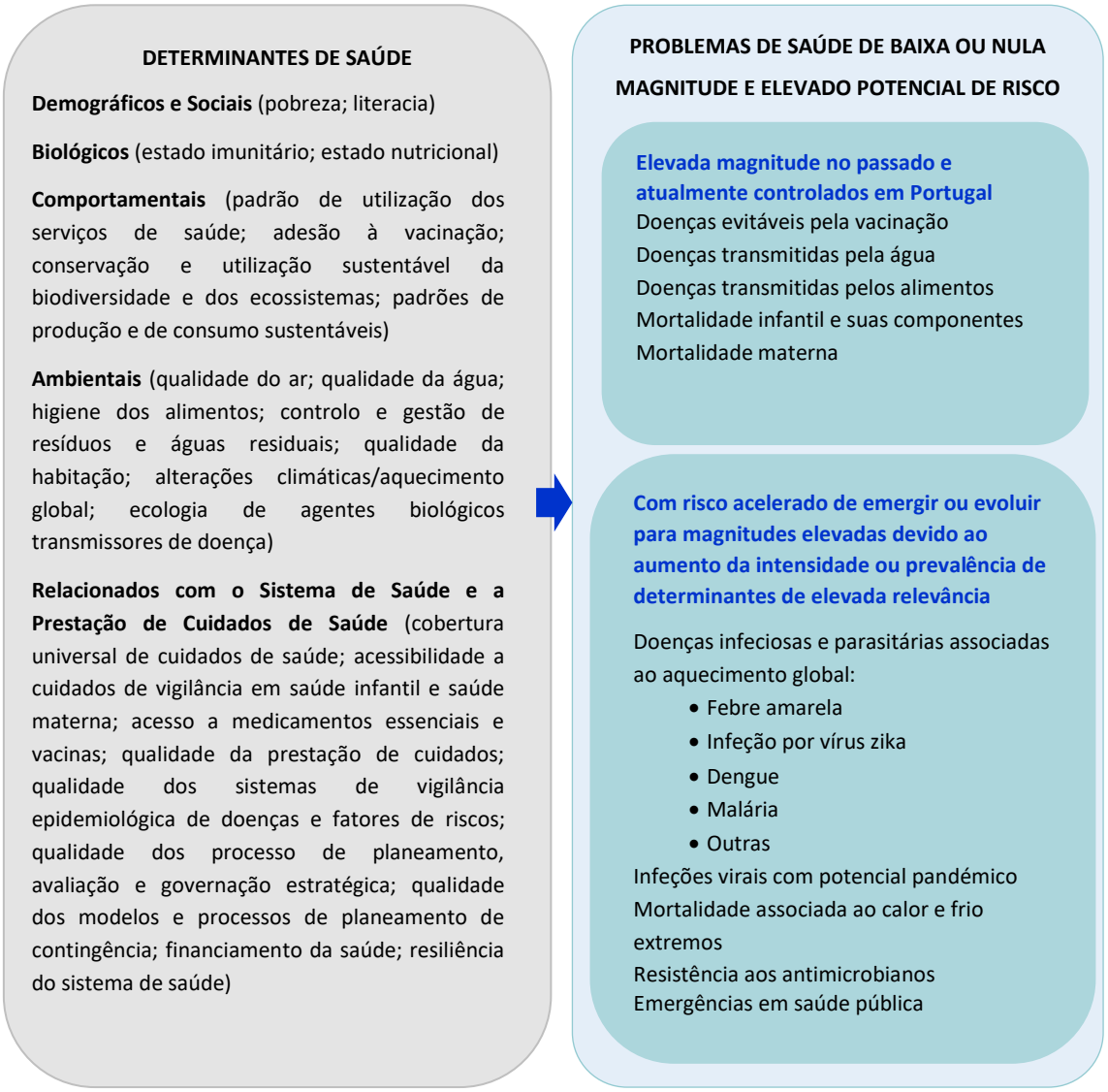


Figura 70. Problemas de saúde de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco e respetivos determinantes de saúde em Portugal

Fonte: PNS 2021-2030

"Procuro o que une e não o que cinde."
(Natália Correia)

Desigualdades em saúde em Portugal

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 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 (66,67).

O foco principal do PNS 2021-2030 na saúde sustentável, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, e elegendo como um dos princípios fundamentais *não deixar ninguém para trás*, 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 impacte social e económico da pandemia. O **relatório recente da OMS sobre o impacte da pandemia nas desigualdades sociais** (68) 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 morbilidade e mortalidade por COVID-19 incluem: pessoas mais pobres, minorias étnicas marginalizadas, incluindo povos indígenas, trabalhadores essenciais mal pagos, migrantes, reclusos, pessoas em situação de sem-abrigo e populações afetadas por emergências, incluindo conflitos.

CAIXA 17

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

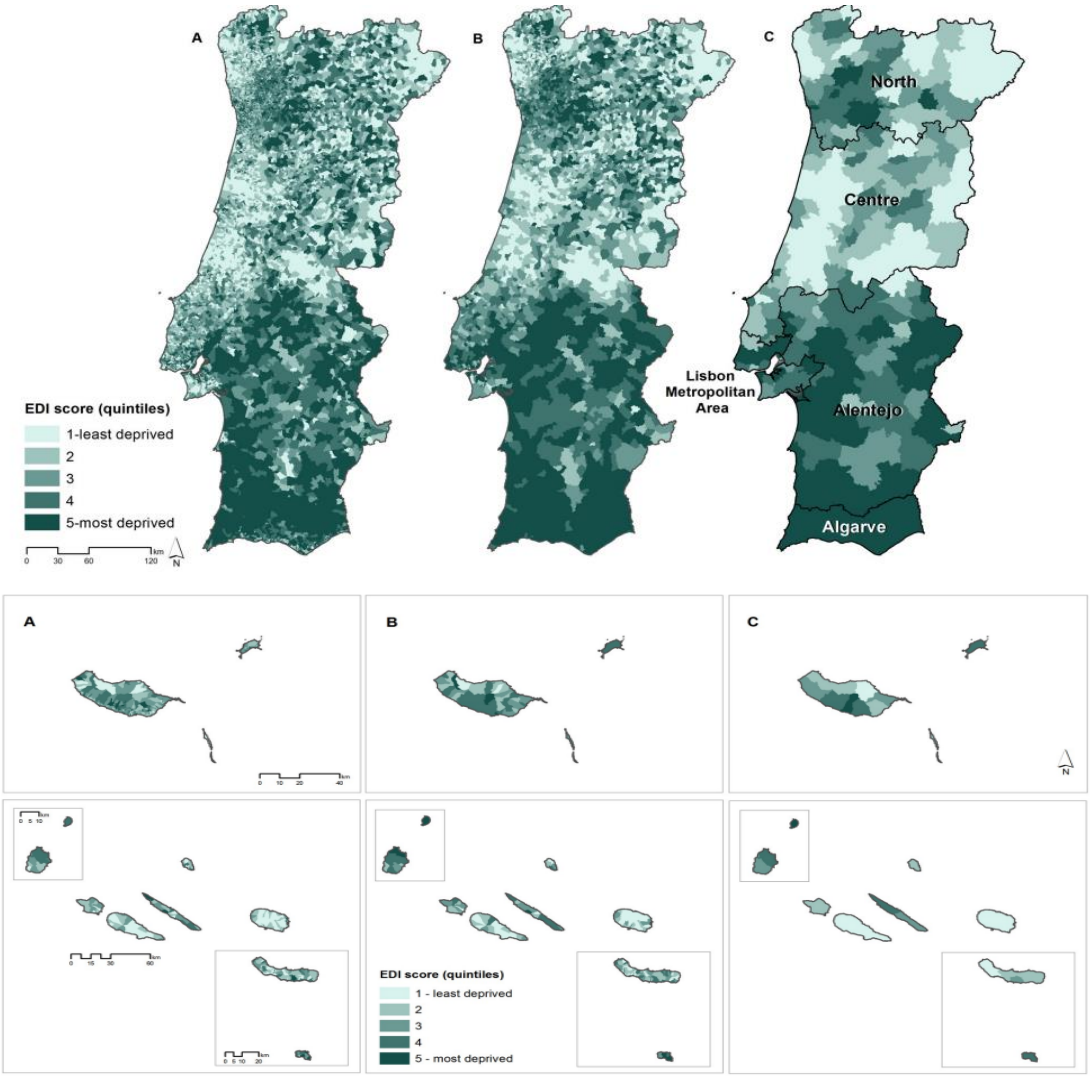
Os **determinantes sociais específicos** responsáveis por essas desigualdades incluem: pobreza e privação, mobilidade imposta de trabalhadores mal remunerados em empregos precários, falta de proteção social, habitação sobrelotada, má proteção no trabalho e baixos padrões de saúde ocupacional, desigualdade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

Principais desigualdades sociais em Portugal

A última versão do **Índice de Privação Europeu (IPE) adaptado para Portugal** (2018) (70) 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 do IPE 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 71 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 Centro[27].

[27] 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.



Centre – Centro; EDI *score* – pontuação do Índice de Privação Europeu (*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 71. Distribuição espacial do Índice de Privação Europeu para pequenas áreas, Portugal (A: grupos de blocos censitários; B: Freguesias; C: Municípios), 2011

Fonte: Ribeiro AI, et al, 2018 (70)

Principais desigualdades em saúde em Portugal

No estudo de aplicação do IPE à população de Portugal (segundo os censos de 2011) (70) observou-se uma **associação entre o IPE e a taxa de mortalidade padronizada por todas as causas**, segundo um gradiente no sentido de 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)** (50). 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

52), hipertensão arterial (Anexo 15), colesterol total elevado, excesso de peso e obesidade, e baixa atividade física (50).

O **Índice de Saúde da População**[28] (INES) (71), desenvolvido no âmbito do **projeto *GeoHealthS*** (72), 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 do INES, 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 (Figura 72). Uma evolução desfavorável do INES foi observada em 30 % dos municípios, sobretudo relacionada com determinantes de saúde económicos e sociais, mas também ambientais (72).

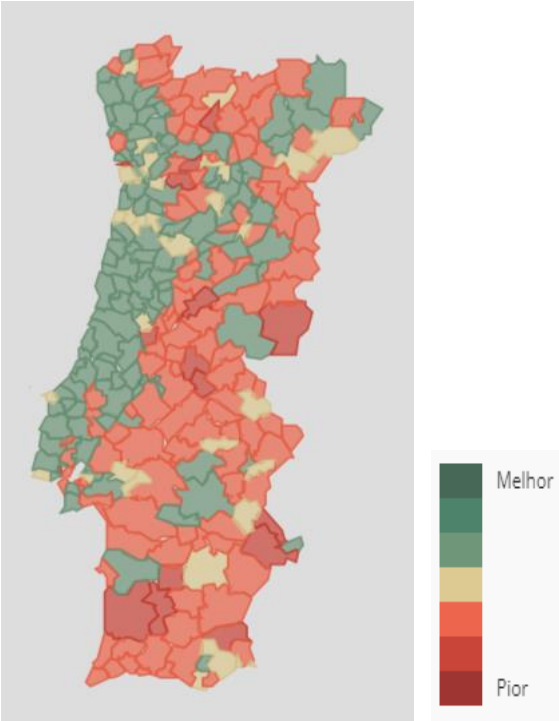


Figura 72. Distribuição espacial do Índice de Saúde da População por municípios, Continente, 2011
Fonte: Santana P, et al, 2015 (72)

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

[28] Este índice integra várias componentes relacionadas, quer com a morbilidade e mortalidade, quer com os determinantes de saúde, e pode ser consultado em saúde municipio.uc.pt (89).

rendimento em relação às de alto rendimento, desigualdade com tendência para aumentar (3).

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 18) (11,71).

Os resultados de um estudo de 2018, no âmbito da prestação de cuidados de saúde a doentes com tuberculose imigrantes em Portugal (73), mostrou que uma proporção considerável destes doentes chega aos serviços de saúde em estadio avançado 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 (73).

No estudo das desigualdades em saúde, para além das desigualdades sociais, devem ser, também, analisadas as **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 deste capítulo, e se apresentam, agora, numa revisão sumária.

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 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 *mellitus*, 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 *mellitus**	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

Um breve olhar sobre a pandemia de COVID-19 e o seu impacte

Na Figura 73 podemos observar a distribuição geográfica, ao nível de município, da **incidência cumulativa** (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19[29], entre 12 de abril de 2020 e 5 de maio de 2021 (8). Da sua análise, no contexto da elaboração do PNS 2021-2030, e considerando mais uma vez as assimetrias verificadas ao longo do tempo na distribuição da incidência na população no território, torna-se evidente a necessidade de considerar o impacte, presente e futuro, da pandemia de COVID-19 na evolução do estado de saúde da população e seus determinantes, na equidade da prestação de cuidados de saúde e no desempenho quanto ao alcance dos ODS.

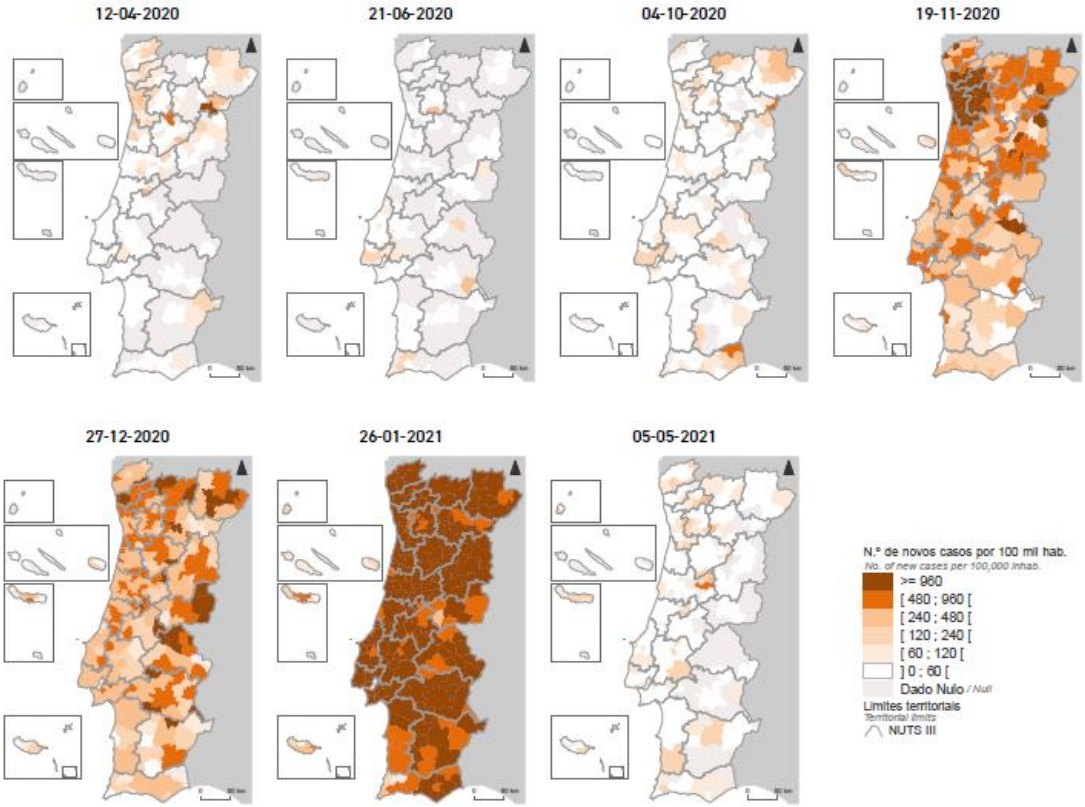


Figura 73. Incidência cumulativa (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19 por município, em Portugal, entre 12-04-2020 e 05-05-2021

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (8)

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" (74), publicado em 2021, 34 % da população apresentava sintomas de sofrimento psicológico (45 % nos profissionais de

[29] 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.

saúde), valor este superior ao encontrado, em 2013, no "Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental" (23 %) (75).

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 necessitaram de internamento hospitalar incluindo em cuidados intensivos, são os que apresentaram 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 (74).

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 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 (76).

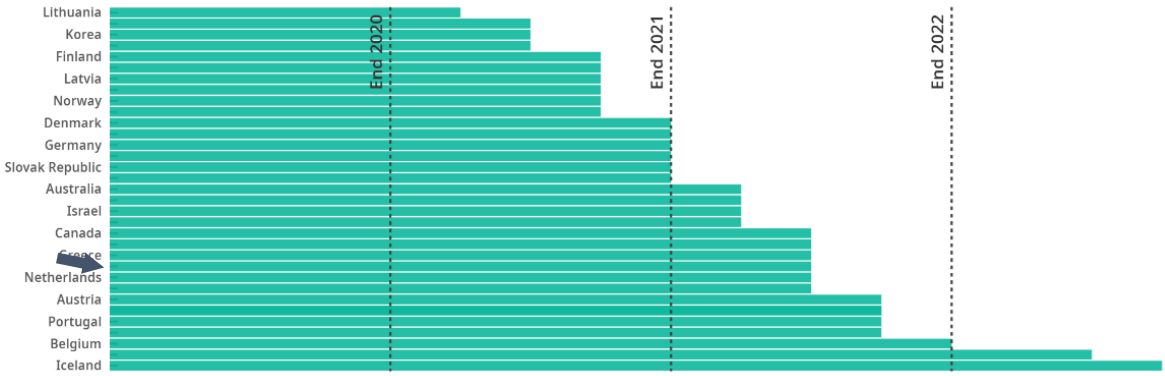


Figura 74. Projeções da recuperação do PIB nos países da OCDE, 2021
Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021

3. O DESEMPENHO DE PORTUGAL EM RELAÇÃO AOS ODS

Enquadrar a situação de saúde em Portugal no grau de cumprimento dos compromissos assumidos no âmbito da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, afigura-se como fundamental no PNS 2021-2030. Inclui-se, assim, na 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** (69), que analisa o desempenho dos países quanto aos **ODS** que considera mais diretamente **relacionados com a saúde**[30]**,** em Portugal observou-se, em 2017, o **pior desempenho** em relação aos seguintes problemas e determinantes de saúde[31]: 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 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).

CAIXA 18

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

[30] O desempenho é medido através de uma escala de 0 a 100.

[31] 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 (69).

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 (69).

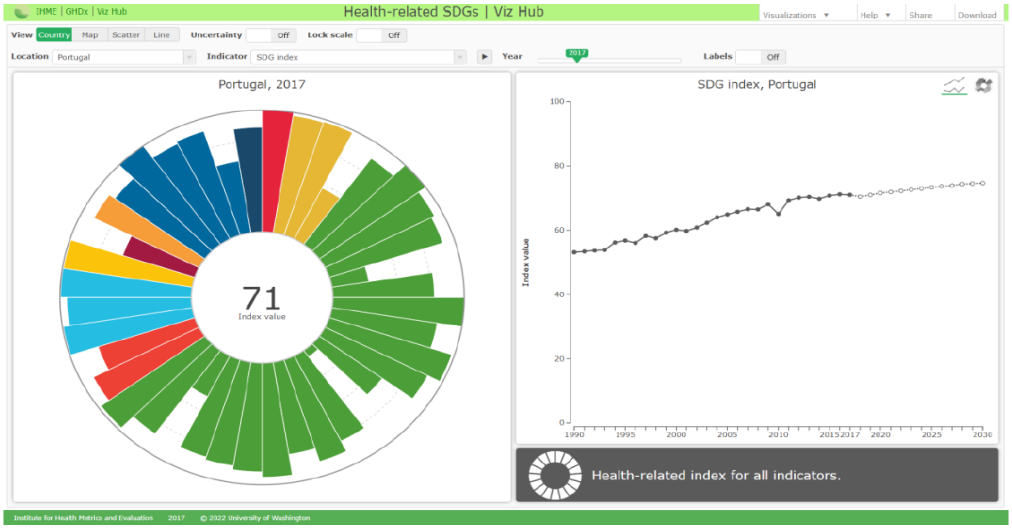
CAIXA 19

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 %** (9)

De salientar, ainda, que a evolução do ***SDG index score***[32] tem sido **favorável** (Figura 75).



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 (gráfico à esquerda) e evolução do SDG Index score entre 1990-2017 e projeção para 2030 (gráfico à direita), em Portugal

Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation,* 2017 (69)

[32] 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.

CAIXA 20

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

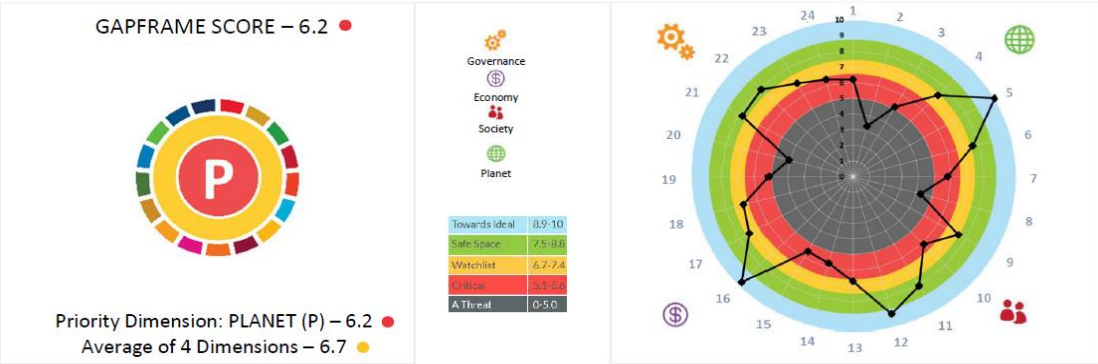
Objetivo 16.1 - *Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade com ela relacionadas, em todos os lugares*

- Taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada por homicídio voluntário
  - **Média da UE (2017): 0,68 por 100.000** (7)
- Proporção (%) de população que se sente segura quando caminha sozinha na área onde vive

O modelo **GAPFRAME**[33] 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 (1).

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). 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".

[33] 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).



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 (1)

4. O QUE NOS DIZEM OS *STAKEHOLDERS*

O estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento (CA) do PNS 2021-2030 permitiu identificar e ordenar as necessidades por ordem de relevância segundo as suas perceções (Quadros 14 e 15).

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

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

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

Dos resultados salienta-se a elevada relevância atribuída (Quadro 14):

- 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**;
- aos 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 e a medicamentos**, bem como as relacionadas com a **cobertura universal** e o **financiamento da saúde;**
- Foram ainda valorizadas a **pobreza nas crianças** e o **excesso de peso** e **obesidade**.

No contexto do impacte negativo da pandemia de COVID-19 (Quadro 15):

- a **ansiedade**, **depressão** e a **dependência do álcool** foram os problemas percecionados como mais relevantes;

- Em relação aos determinantes, mantiveram elevada importância os relacionados com o **sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde**, e os **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.

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

Grau de impacte da pandemia de COVID-19 nas Necessidades de Saúde:	
que partem dos problemas de saúde	**que partem dos determinantes de saúde**
Ansiedade	Cobertura universal de cuidados de saúde
Depressão	Acesso à prestação de cuidados na doença
Emergências em saúde pública	Desemprego
Dependência do álcool	Despesa pública com serviços essenciais
Tumor maligno do cólon e reto	Emprego precário
Infeções respiratórias baixas	Financiamento da saúde
Tumor maligno da mama feminina	Uso excessivo/abuso da *internet*
Suicídio	Isolamento social
Doença de Alzheimer	PIB (Produto Interno Bruto) *per capita*
Acidente vascular cerebral	Resiliência do sistema económico
Tumor maligno do cérebro	Governação
Doença pulmonar obstrutiva crónica	Qualidade da prestação de cuidados

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

Com o mesmo grau de relevância em contexto pandémico e fora dele, destacou-se a **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 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.

5. NECESSIDADES DE SAÚDE EM PORTUGAL

No âmbito do **PNS 2021-2030**, as **necessidades de saúde** identificadas em Portugal correspondem ao desvio (*gap*) entre a situação de saúde diagnosticada e a considerada desejável e exequível, por problema ou determinante de saúde.

Seguindo o modelo lógico do PNS 2021-2030, as **necessidades de saúde** orientaram **a seleção das estratégias de intervenção**, na expectativa da implementação futura de estratégias de maior adequação e da execução de ações de maior efetividade na satisfação das necessidades identificadas, conduzindo à melhoria da saúde e bem-estar da população.

A **organização das necessidades de saúde da população em Portugal** foi efetuada a partir da integração dos resultados da análise da **informação epidemiológica** com a informação qualitativa resultante das **perceções e expectativas dos *stakeholders*** da CA, no contexto dos princípios e valores da Agenda 2030, designadamente, ***não deixar ninguém para trás***.

Observou-se, em geral, um **elevado grau de concordância** entre as **necessidades técnicas** identificadas e organizadas segundo os critérios de magnitude e potencial de risco, e as **necessidades sentidas ou percecionadas** pela Comissão de Acompanhamento do PNS 2021-2030.

Não deixar ninguém para trás implicou considerar num mesmo patamar de **relevância para a intervenção** as necessidades de saúde decorrentes de **problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento** e as decorrentes de **problemas atualmente de baixa ou nula magnitude** e de **elevado potencial de risco,** abrangendo **doenças não transmissíveis e transmissíveis**.

Não deixar ninguém para trás implicou, também, identificar **grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou risco**, em função do diagnóstico de desigualdades e iniquidades em saúde, bem como de doença ou incapacidade, de que são exemplos, pessoas: de baixo nível de escolaridade, baixo rendimento, em situação de sem-abrigo, migrantes, refugiadas, pertencentes a minorias étnicas e religiosas, com diferente orientação sexual e identidade de género, portadoras de deficiência ou de doença rara, institucionalizadas, entre outras. A satisfação das respetivas necessidades de saúde é

prioritária, sendo de destacar as relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde.

No PNS 2021-2030, as necessidades de saúde são de dois tipos:

- as identificadas a partir dos problemas de saúde, traduzindo o desvio entre a carga de doença e/ou incapacidade e/ou morte prematura e evitável presente e a desejada e possível no futuro;
- as identificadas a partir dos determinantes de saúde a montante dos problemas diagnosticados, traduzindo o desvio entre a frequência dos fatores de risco e de proteção presente e a desejada e possível no futuro.

Necessidades de saúde identificadas em Portugal

No âmbito do PNS 2021-2030, foram identificadas as necessidades de saúde seguintes:

1. **Redução da morte prematura e evitável, e da carga de doença e incapacidade associadas a:**

    - **doenças do aparelho circulatório**, sobretudo, o acidente vascular cerebral e as 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;
    - **tumores malignos**, sobretudo, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, do estômago e do cólon e reto, e da mama no sexo feminino, salientando-se 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*.
2. **Redução da carga de doença e incapacidade associadas a:**

    - **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;
- **tuberculose** (apesar da incidência decrescente);
- **infeção por VIH** (apesar da incidência decrescente).

3. **Redução da prevalência dos fatores de risco** de elevada prevalência ou em crescimento, sendo os de maior relevância:
    - alimentação inadequada;
    - inatividade física;
    - excesso de peso e obesidade;
    - hiperglicemia;
    - hipertensão arterial;
    - hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático);
    - consumo de tabaco;
    - consumo de álcool;
    - riscos ocupacionais.
4. **Manutenção ou melhoria do controlo dos fatores de risco** já controlados relacionados com os seguintes problemas que assumem particular importância:
    - mortalidade materna;
    - mortalidade infantil e suas componentes;
    - doenças evitáveis pela vacinação;
    - doenças transmitidas pela água.
5. **Aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores**.

As necessidades identificadas a partir dos determinantes abrangem fatores de todas as categorias: 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 (Figuras 69 e 70). Na sua análise, foi tido em conta o **carácter transversal dos determinantes demográficos, sociais, económicos** e **relacionados com o sistema e cuidados de saúde**, pois condicionam não só a ocorrência e o prognóstico dos problemas

de saúde, mas também a prevalência ou intensidade dos **determinantes ambientais, biológicos** e **comportamentais**. Reforçando este aspeto, foi, ainda, considerada a apresentação organizada dos determinantes em *constelações*, 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, quer como fatores protetores.

Particularmente relevante para a seleção e implementação das estratégias e subsequente intervenção é o **conjunto de determinantes biológicos e comportamentais** das principais doenças crónicas não transmissíveis, **que, ao interagir entre si e com determinantes sociais e económicos, se comportam como *constelações***.

Do mesmo modo, na relação entre as necessidades, estratégias e intervenção, é de salientar a importância do **comportamento *sindémico*** dos problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento, 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 individualmente.

As necessidades de saúde decorrentes dos problemas de baixa ou nula magnitude e com elevado potencial de risco (Figura 70) são importantes em função da probabilidade de emergirem ou reemergirem a curto prazo e com gravidade. Por outro lado, os ODS atribuem grande relevo a estas necessidades que foram igualmente muito pontuadas pela CA.

Concretamente, para os problemas de **elevada magnitude no passado e atualmente controlados**, as principais necessidades prendem-se com a **continuidade de investimento em intervenções efetivas e sustentadas** no tempo, a fim de prevenir a sua reemergência.

As necessidades decorrentes de problemas **atualmente de baixa ou nula magnitude que se encontram em risco acelerado de emergir, reemergir ou evoluir para magnitudes elevadas** devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância devem ser priorizadas. Um exemplo é o **aquecimento global**, resultante das alterações climáticas cujo impacto implica o desenvolvimento de sistemas de vigilância, incluindo os de saúde animal e ambiental (*One Health*), e de planos de preparação e resposta.

No PNS 2021-2030, assumem particular relevância as **doenças infeciosas e parasitárias associadas ao aquecimento global** (febre amarela, infeção por vírus zika, dengue,

malária, entre outras), as **infeções virais com potencial pandémico**, a **mortalidade associada ao calor e frio extremos**, a **resistência aos antimicrobianos** e as **emergências em saúde pública**.

Apesar do elevado grau de concordância em geral observado entre as necessidades técnicas e as sentidas e percecionadas, é de salientar a baixa perceção manifestada pelos *stakeholders* da CA quanto à relevância dos determinantes ambientais. Esta posição contrasta com a elevada prioridade que lhes é atribuída pelos ODS e com o seu peso crescente, nomeadamente, pelo aumento observado do respetivo risco atribuível da carga de morte prematura, doença e incapacidade (DALYs).

Em sentido oposto, salienta-se a elevada perceção e expectativa da CA quanto à relevância dos determinantes relacionados com o sistema de saúde, nomeadamente, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, em sintonia com a 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.

Referências bibliográficas

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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

5. 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.

6. World Health Organization. World Health Statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.

7. European Commission. EUROSTAT. Your key to European statistics [dataset] [acedido em 10-11-2021]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/web/main.

8. 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.

9. 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.

10. Gouveia M, Ascenção 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.

11. 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.

12. 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.

13. *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME). GBD Compare | Viz Hub. [acedido em 02-09-2021]. Disponível em: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

14. 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.

15. Sítio oficial da Comissão Europeia. ECIS - European Cancer Information System [acedido em 20-11-2021]. Disponível em: https://ecis.jrc.ec.europa.eu.

16. 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.

17. 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

18. 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.

19. 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.

20. Malmö University/WHO, Oral Health Country/Area Profile Project - Portugal. [acedido em 05-06-2021]. Disponível em: https://capp.mau.se/country-areas/portugal/.

21. Healthiest_teeth_index_Qunomedical; 2020 [acedido em 05-06-2021]. Disponível em: Healthiest Teeth Index.

22. European Commission. Eurostat. Occupational Diseases Statistics. [dataset]. [acedido em 11-07-2022]. Disponível em:

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Occupational_diseases_statistics#Overall_developments

23. International Labor Organization. Country Profiles – Portugal. [dataset]. [acedido em 11-07-2022]. Disponível em: https://ilostat.ilo.org/topics/sdg/

24. Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. Gabinete de Estratégia e Planeamento. Estatísticas em Síntese – Acidentes de Trabalho. 8 de julho de 2022. [acedido em 10-08-2022]. Disponível em:

http://www.gep.mtsss.gov.pt/documents/10182/26338/at2020sint.pdf/e39fc2e0-fadb-475e-ab89-c7d26542c6ad

25. Nogueira C, Silva L, Pereira C, Lopes A, Encarnação M, Coutinho MF, et al. Desvendar "DEScobrir, VENcer as Doenças raRAs". Observações – Boletim Epidemiológico do INSA 2019; Especial 11:73-36. [acedido em 24-10-2021]. Disponível em:

https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/15.pdf

26. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano Anual 2018 da Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. [acedido em 24-10-2021]. Disponível em:

http://www.orpha.net/national/data/PT-PT/www/uploads/Plano-anual-2018.pdf

27. 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.

28. European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2021.

29. 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.

30. 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

31. 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.

32. Wolf J, Prüss-Ustün A, Ivanov I, Mudgal S, Corvalán C, Bos R et al. Preventing disease through a healthier and safer workplace. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

33. 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.

34. 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_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=obesidade&frm_modo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_209data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_area_Destaques&xlang=pt.

35. 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.

36. 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.

37. 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.

38. 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.

39. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis. Gerontology. 2016;62(4):443-9. doi: 10.1159/000441651. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26539997; PMCID: PMC6162046.

40. Ransome, Y. Religion, Spirituality and Health: New Considerations for Epidemiology. American Journal of Epidemiology 2020 March [acedido em 12-10-2021];00(00):1–4. Disponível em: https://doi.org/10.1093/aje/kwaa022.

41. 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.

42. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in Serious Illness and Health. JAMA. 2022; 328(2):184–197.doi:10.1001/jama.2022.11086.

43. Teixeira, A (coord.). Identidades religiosas em Portugal: representações, valores e práticas. Relatório, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa: CESOP e CERC; 2012.

44. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal. Censos 2011 – Resultados Definitivos. Lisboa: INE; 2012. ISSN 0872-6493, ISBN 978-989-25-0181-9.

45. 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/.

46. Vilaça, H. Novas paisagens religiosas em Portugal: do centro às margens. Didaskalia 2013;XLIII(1):81-114.

47. Banco Mundial. Índice de Gini – Portugal [dataset]. [acedido em 20-10-2021].

Disponível em: https://datos.bancomundial.org/indicator/SI.POV.GINI?locations=PT.

48. 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.

49. 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.

50. 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.

51. 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.

52. 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.

53. 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.

54. 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.

55. 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.

56. 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.

57. Melo P, Marques S, Silva OM. Portuguese self-reported oral-hygiene habits and oral status. International Dental Journal 2017;67(3):139-147.

58. Precioso J, Machado JC, Araújo C, Sousa I, Correia C. Prevalência de crianças portuguesas dos 0 aos 10 anos expostas ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. Relatório do estudo (não publicado). Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018.

59. Precioso J, Rocha V, Sousa I et al. Prevalência de crianças portuguesas dos 0 aos 10 anos expostas ao fumo ambiental do tabaco em casa e no carro. Acta Med Port 2019; Jul–Aug;32 (7–8): 499–504. [acedido em 22 de junho de 2022]. Disponível em:

https://doi.org/10.20344/amp.11655.

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_destaques&DESTAQUESdest_boui=473139200&DESTAQUESmodo=2

66. Marmot M, Allen J, Boyce T, Goldblatt P. Health equity in England: The Marmot Review 10 years on. London: Institute of Health Equity; 2020.

67. 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.

68. World Health Organization. COVID-19 and the social determinants of health and health equity: evidence brief. Geneva: World Health Organization; 2021.

69. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Health-related SDGs | Viz Hub. [acedido em 02-09-2021). Disponível em: https://vizhub.healthdata.org/sdg/.

70. 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.

71. 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.

72. 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.

73. 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 .

74. 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.

75. Caldas de Almeida JM, Xavier M. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental: 1° 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

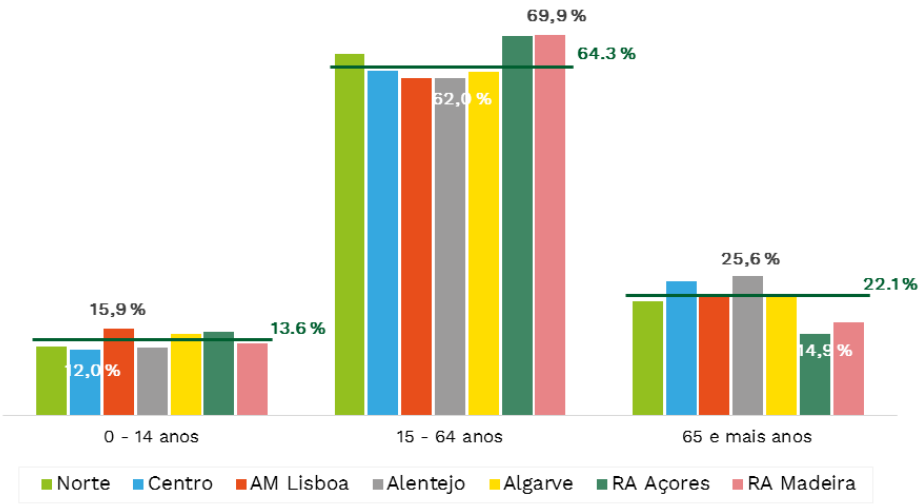
76. Organization for Economic Co-operation and Development. Global prospects are improving but performance diverges strongly across countries [data Insights]. [acedido em 20-12-2021].Disponível em:

https://www.oecd.org/coronavirus/en/data-insights/eo-2021-05-global-prospects-are-improving-but-performance-diverges-strongly-across-countries.

ANEXOS

Anexo 1. População residente: distribuição por grupo etário

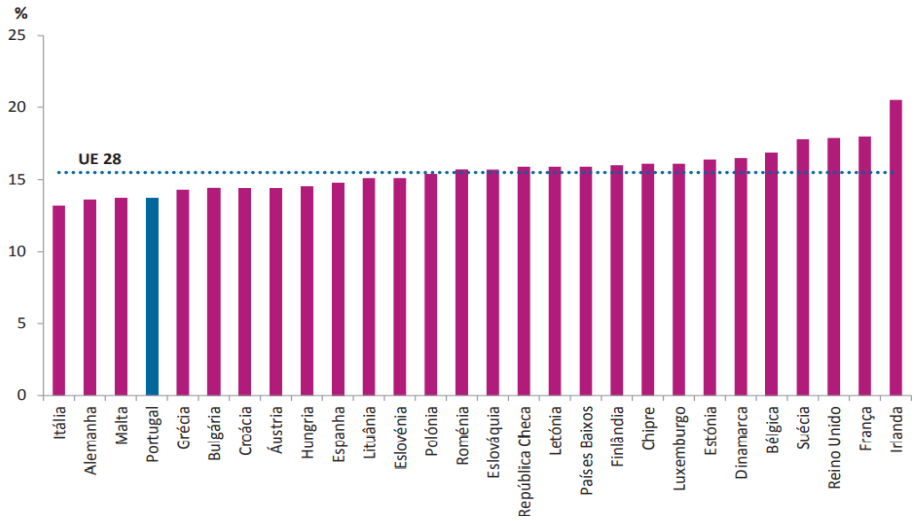
Distribuição proporcional das estimativas da população residente por grupo etário em Portugal e regiões NUTS II, 2019



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

Distribuição da proporção de jovens (idade inferior a 15 anos), União Europeia (UE28), 2018



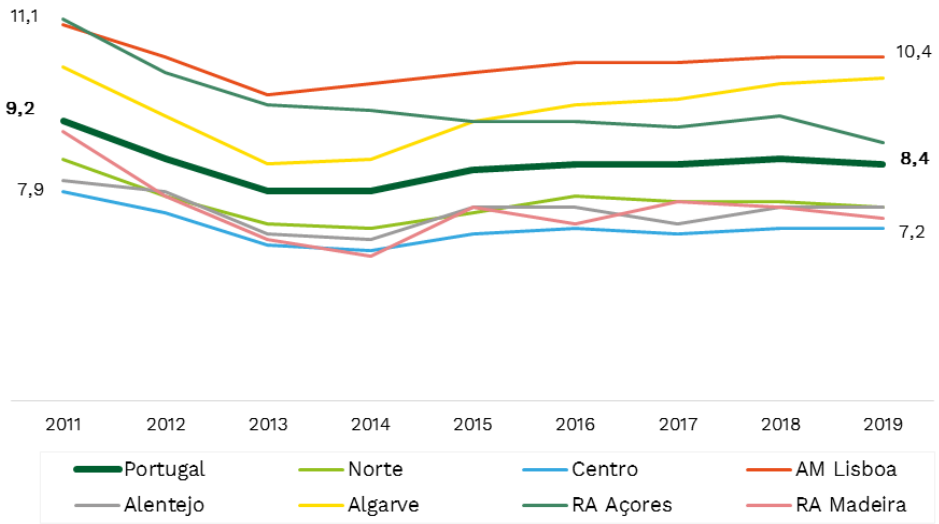
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal

Distribuição da proporção de idosos (idade igual ou superior a 65 anos), União Europeia (UE28), 2018

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

Anexo 2. Natalidade: evolução e distribuição geográfica de alguns indicadores

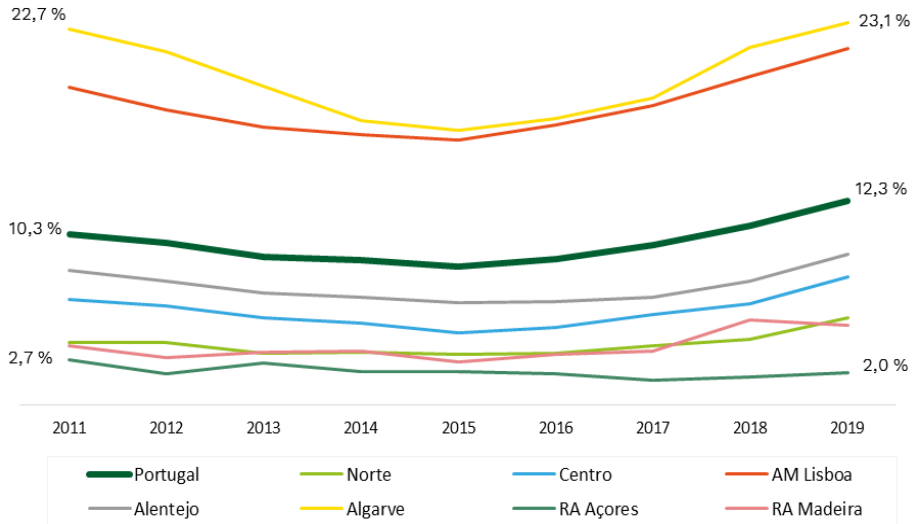
Evolução da taxa bruta de natalidade (por 100.000 habitantes) em Portugal e NUTS II, 2011-2019



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

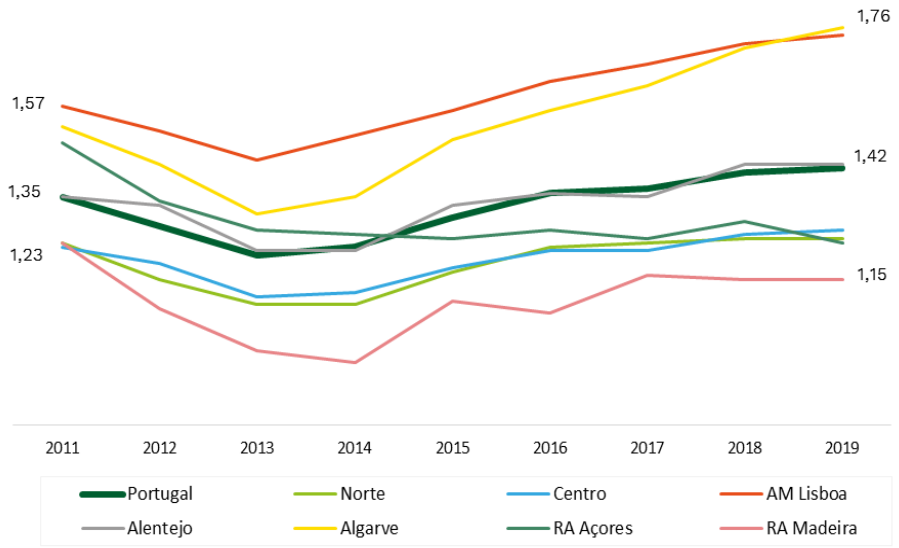
Evolução da proporção de nados-vivos de nacionalidade estrangeira em Portugal e NUTS II, 2011-2019



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

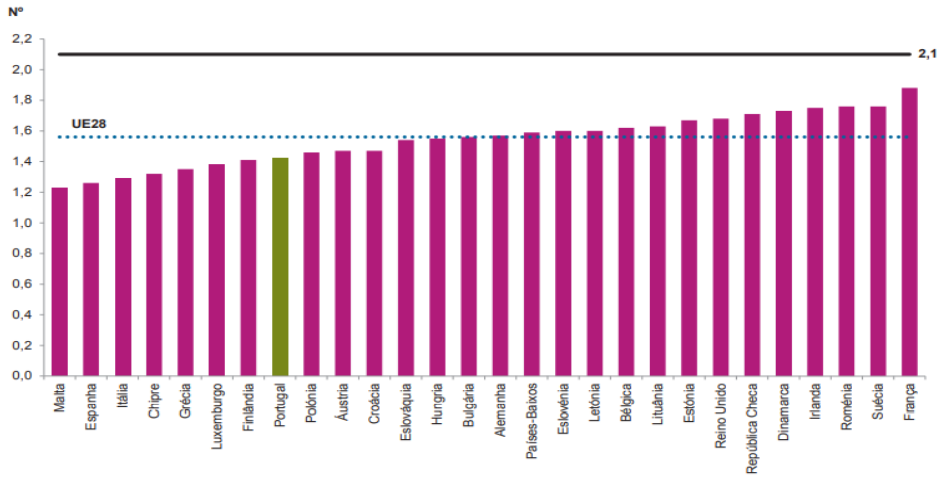
Evolução do índice sintético de fecundidade em Portugal e NUTS II, 2011-2019



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

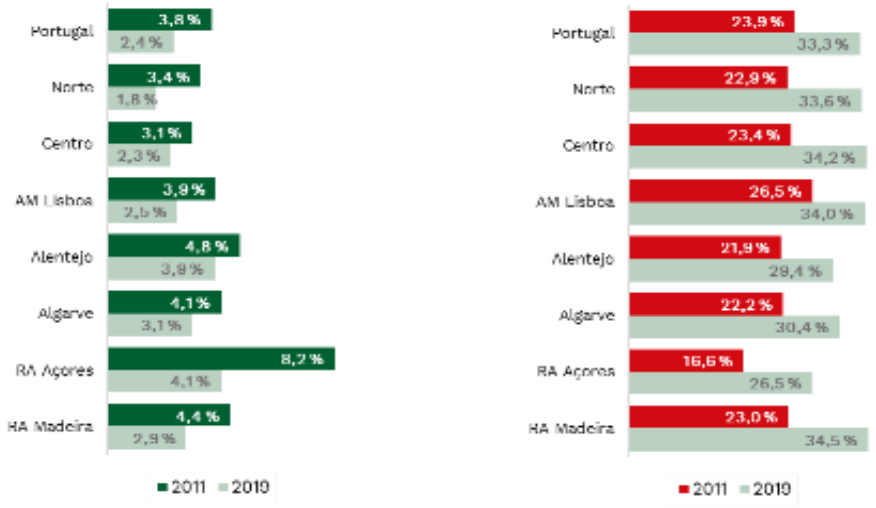
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Índice sintético de fecundidade, União Europeia (UE28), 2018



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

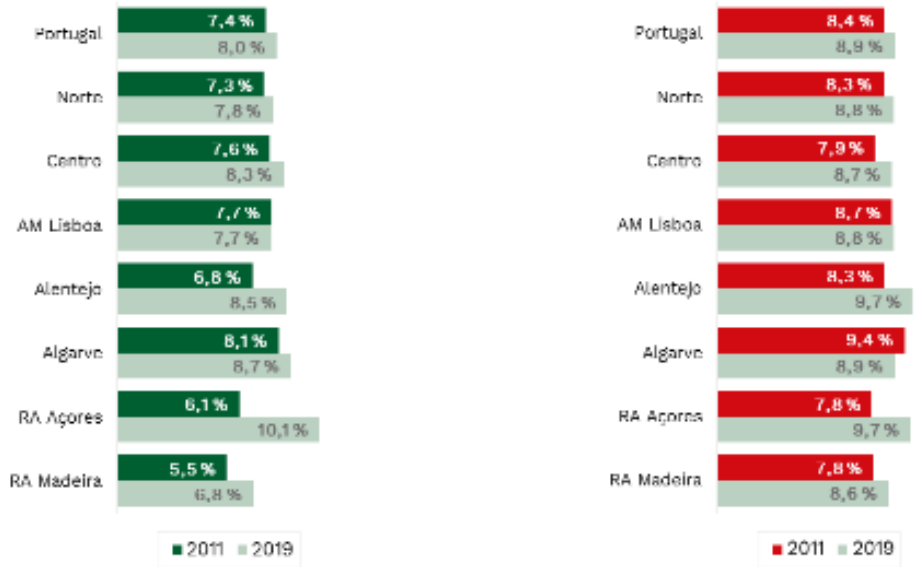
Proporção de nascimentos em mulheres com idade inferior a 20 anos (à esquerda) e mulheres com idade igual ou superior a 35 anos (à direita) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019



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

Proporção de nados-vivos prematuros (à esquerda) e com baixo peso à nascença (à direita) em Portugal e NUTS II, 2011 e 2019



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 3. Taxa de mortalidade padronizada pela idade: evolução e distribuição geográfica

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 em relação ao 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

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

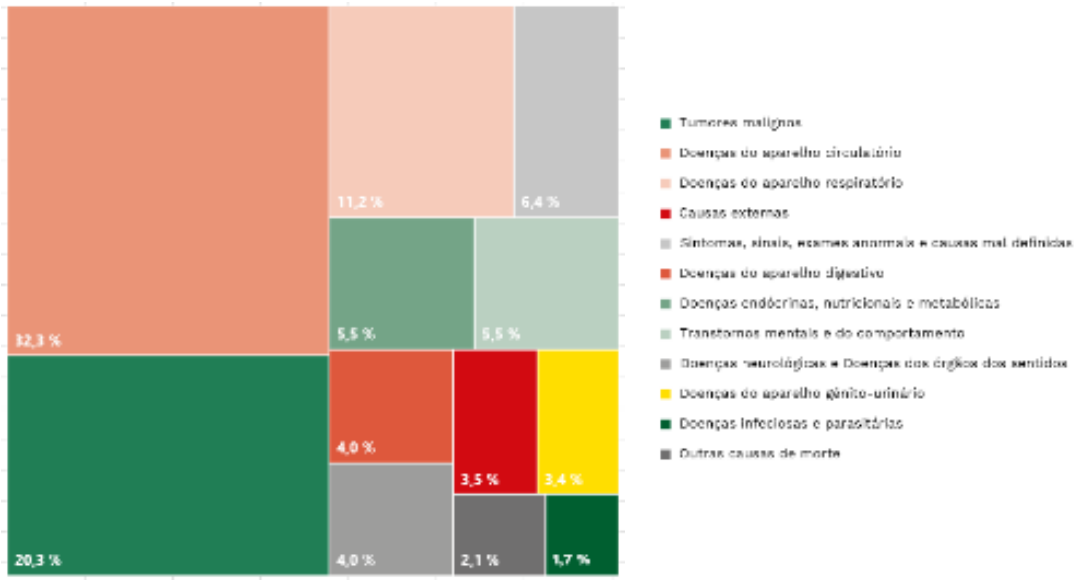
TMP<75 estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal | Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal | TMP<75 estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

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

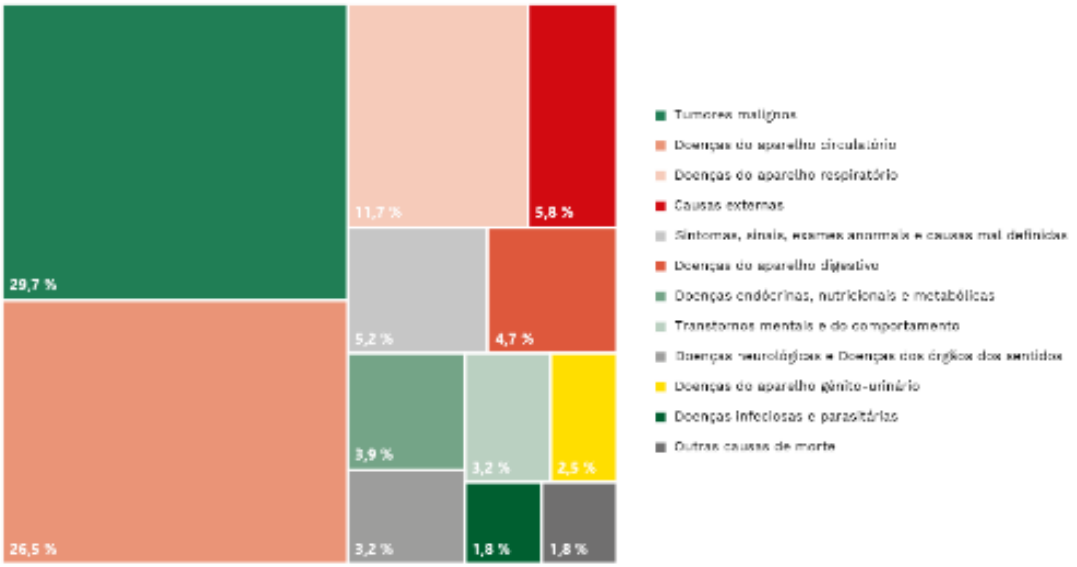
Anexo 4. Mortalidade proporcional por grandes causas de morte e por sexo

Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, sexo feminino, 2017-2019



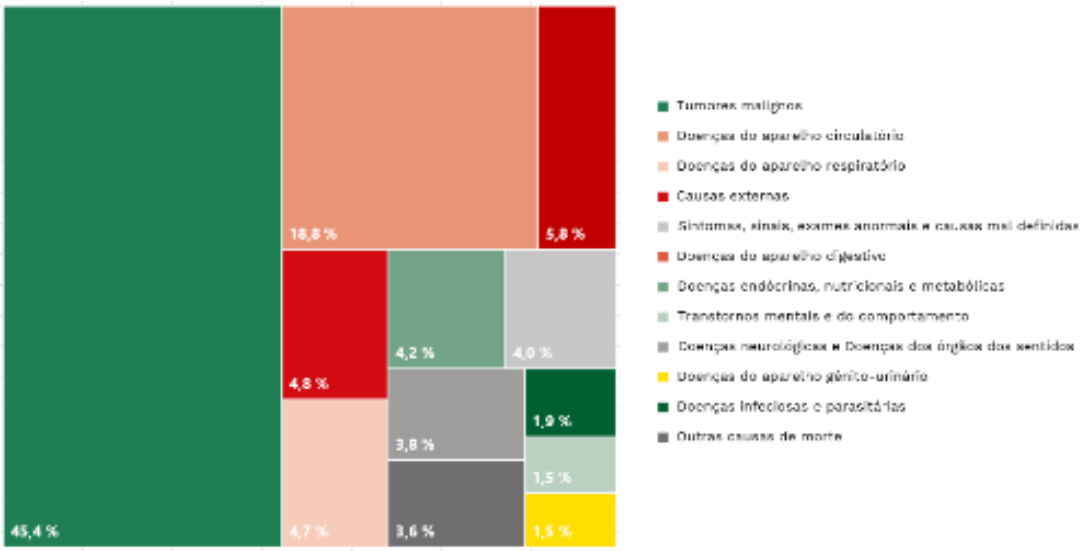
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, sexo masculino, 2017-2019



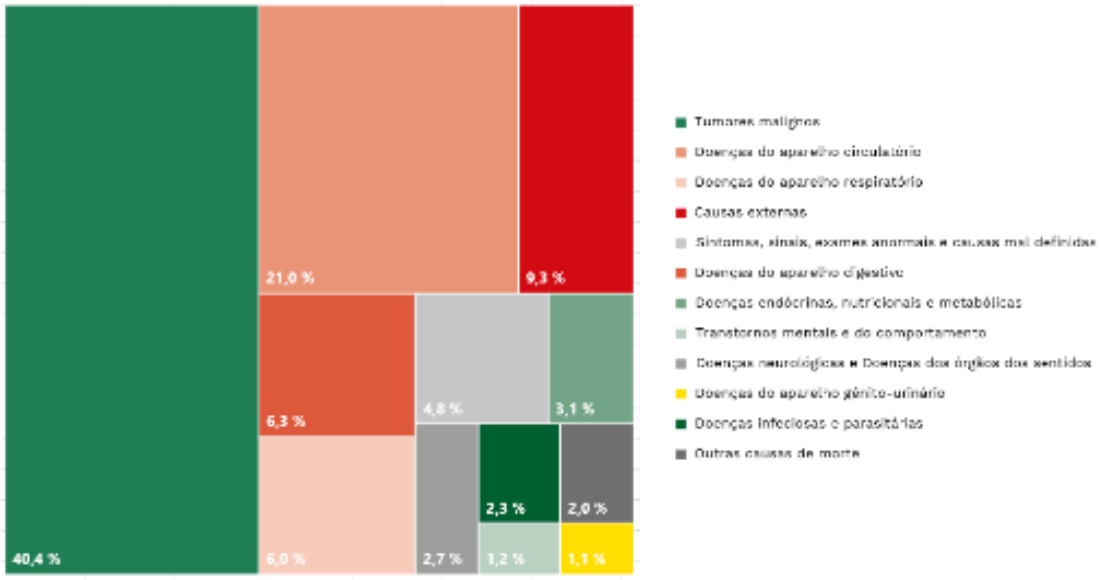
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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

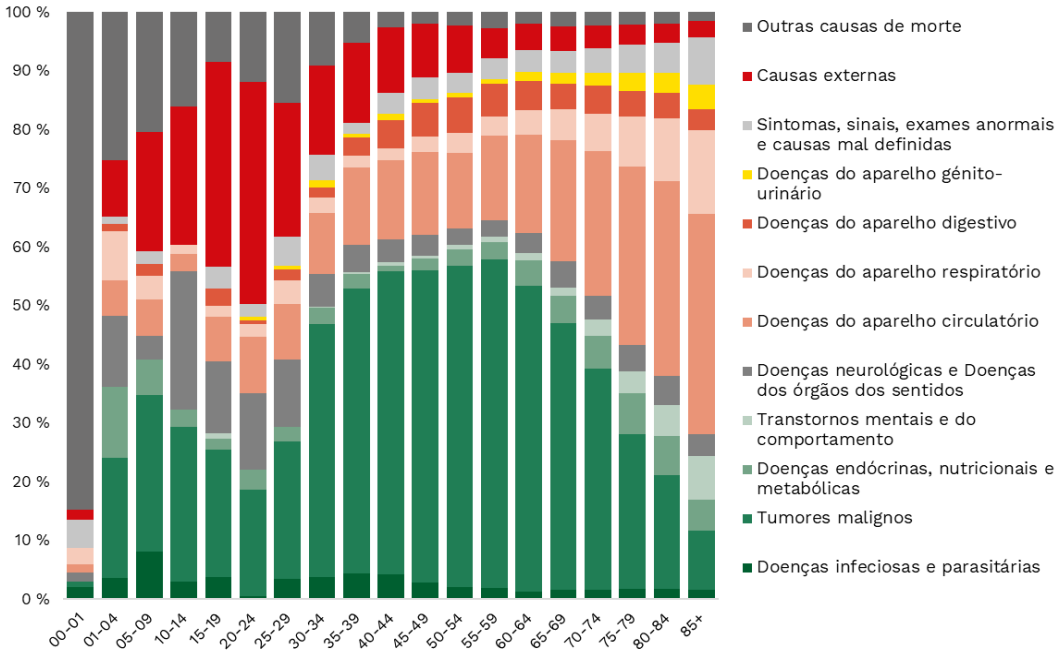
Mortalidade proporcional em Portugal por grandes grupos de causas de morte, idade prematura (idade inferior a 75 anos), sexo masculino, 2017-2019



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

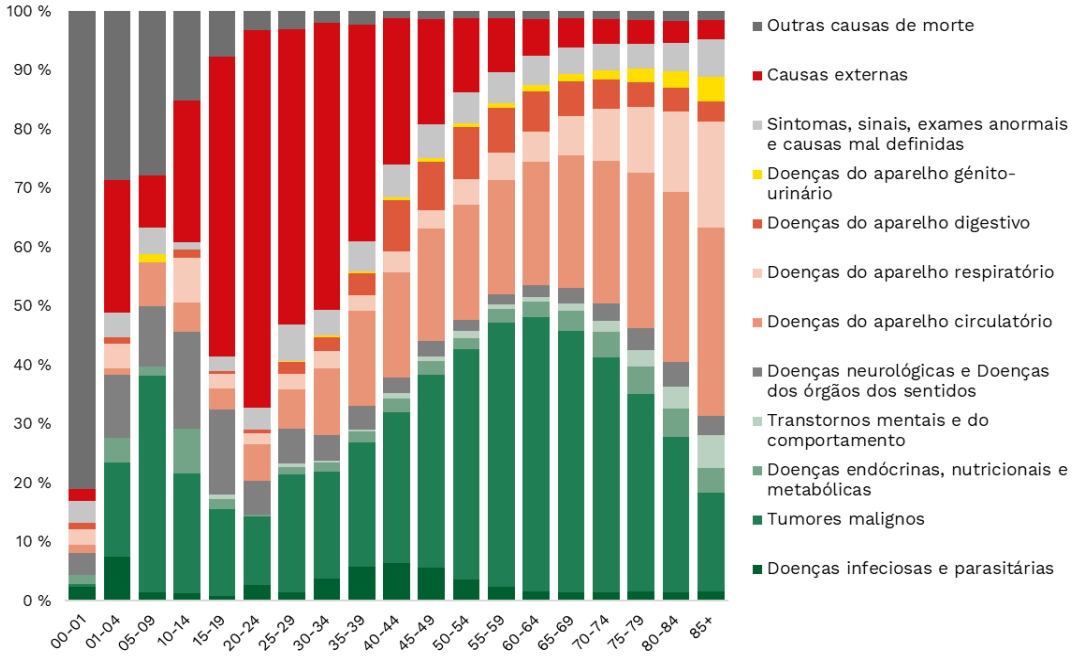
Anexo 5. Mortalidade por grandes grupos de causa de morte, por idade e por sexo

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

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 6. Mortalidade por tumores malignos

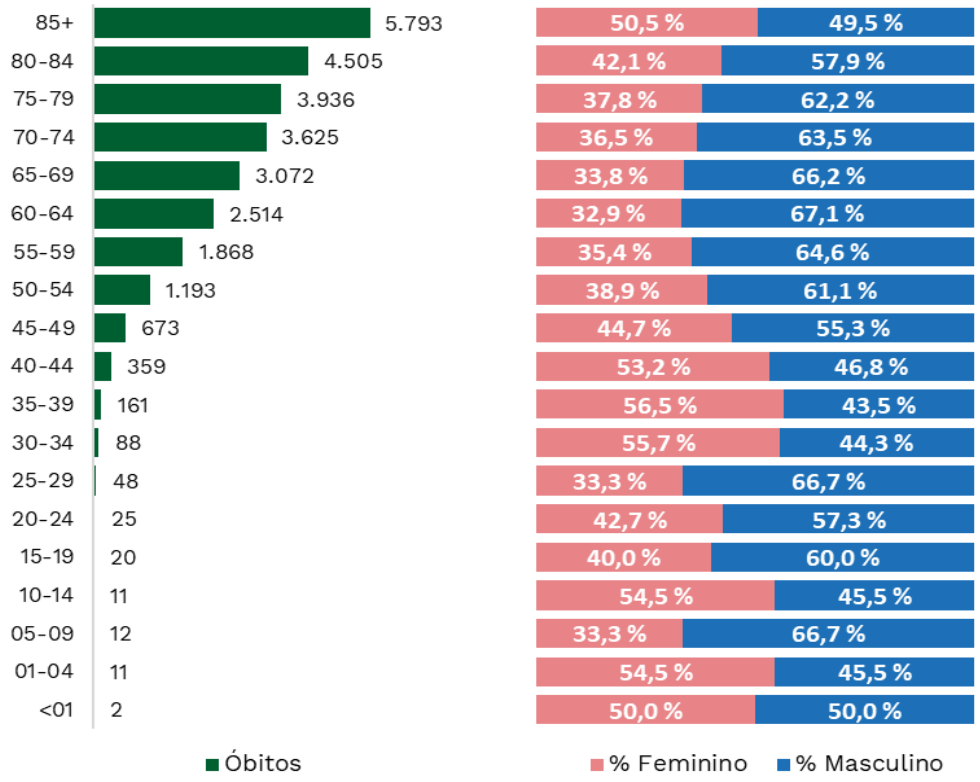
Evolução de indicadores de mortalidade por tumores malignos, Portugal, 2011-2019

	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
TBM (‰)	241,9	244,3	247,3	251,6	256,7	264,5	266,3	270,8	276,7	214,5	346,2
TMP (‰)	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 %
TBM (<75) (‰)	137,2	137,1	138,4	138,7	142,4	145,0	148,0	148,0	149,7	107,0	195,4
TMP (<75) (‰)	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 (‰)	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

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

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 em relação ao 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

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

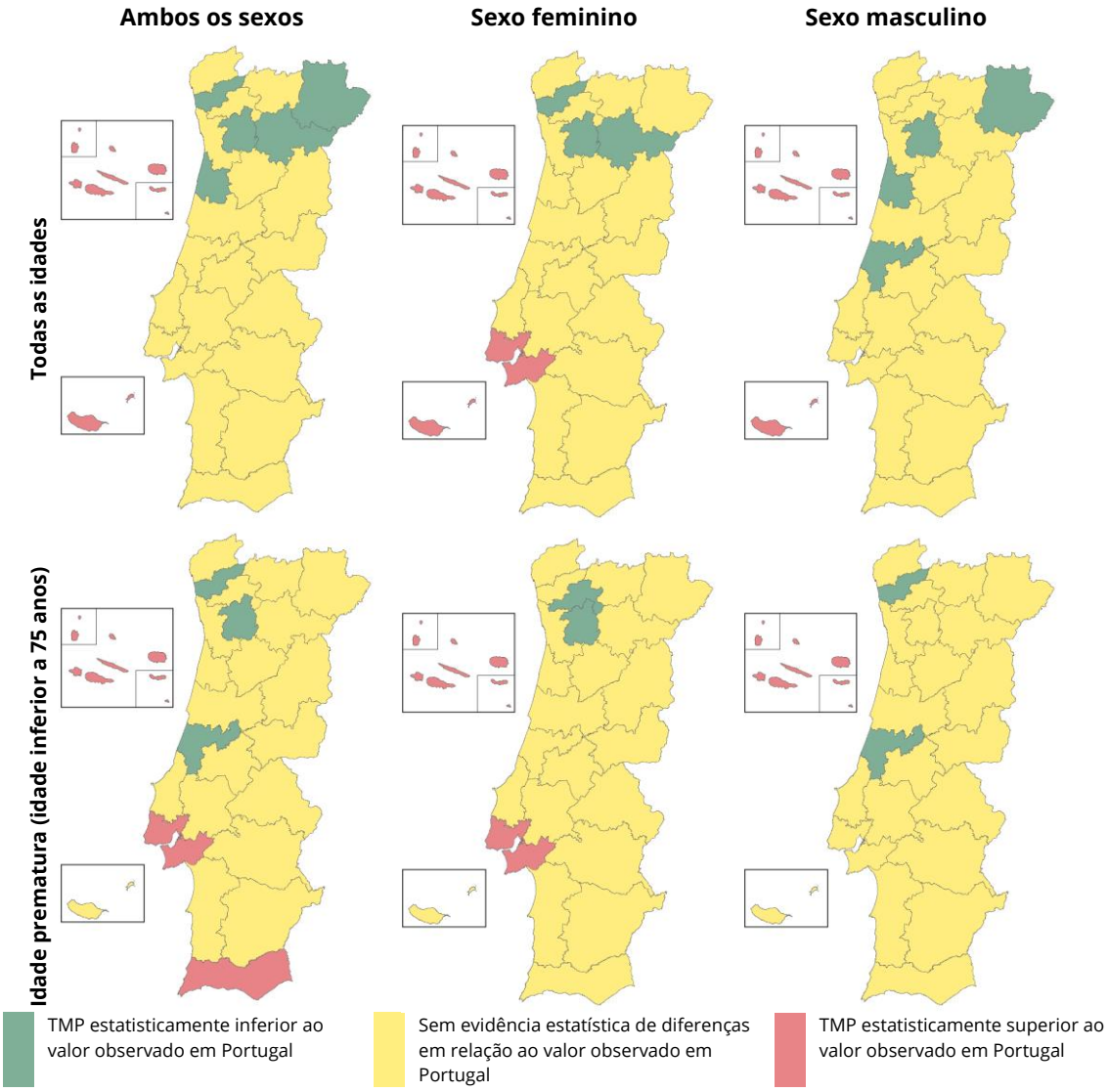
Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal

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

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por tumores malignos, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019



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

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

Anexo 7. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório

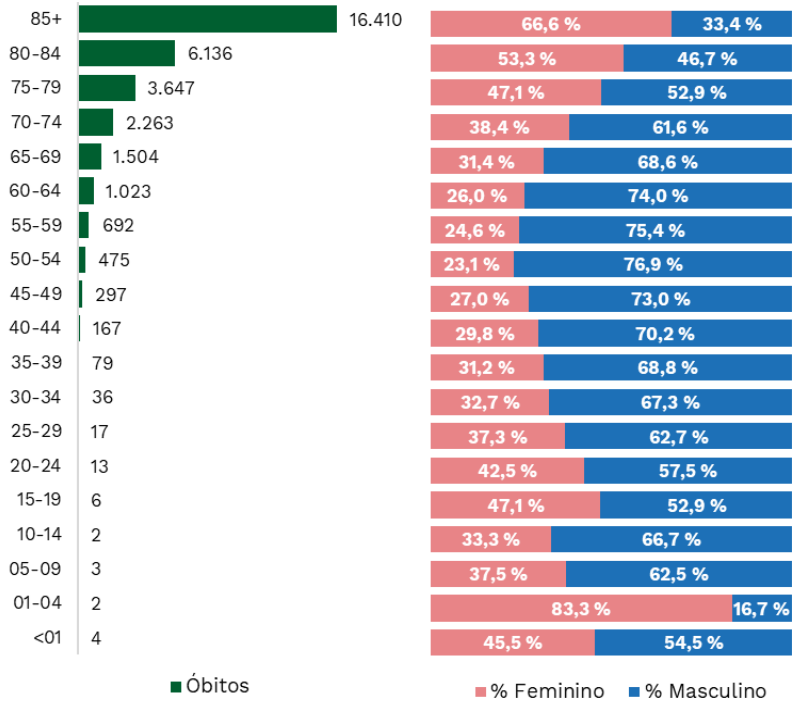
Evolução de indicadores de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, Portugal, 2011-2019

	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
TBM (‰)	299,0	311,6	300,5	308,9	311,6	316,0	312,4	318,3	324,9	337,4	310,9
TMP (‰)	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 %
TBM (<75) (‰)	67,6	65,4	63,8	71,7	70,2	71,3	71,6	72,1	70,7	42,0	101,6
TMP (<75) (‰)	70,6	67,7	65,0	71,7	68,8	68,6	67,6	66,9	64,8	36,6	97,9
AVPP	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 (‰)	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) | TM – 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

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

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 em relação ao 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

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

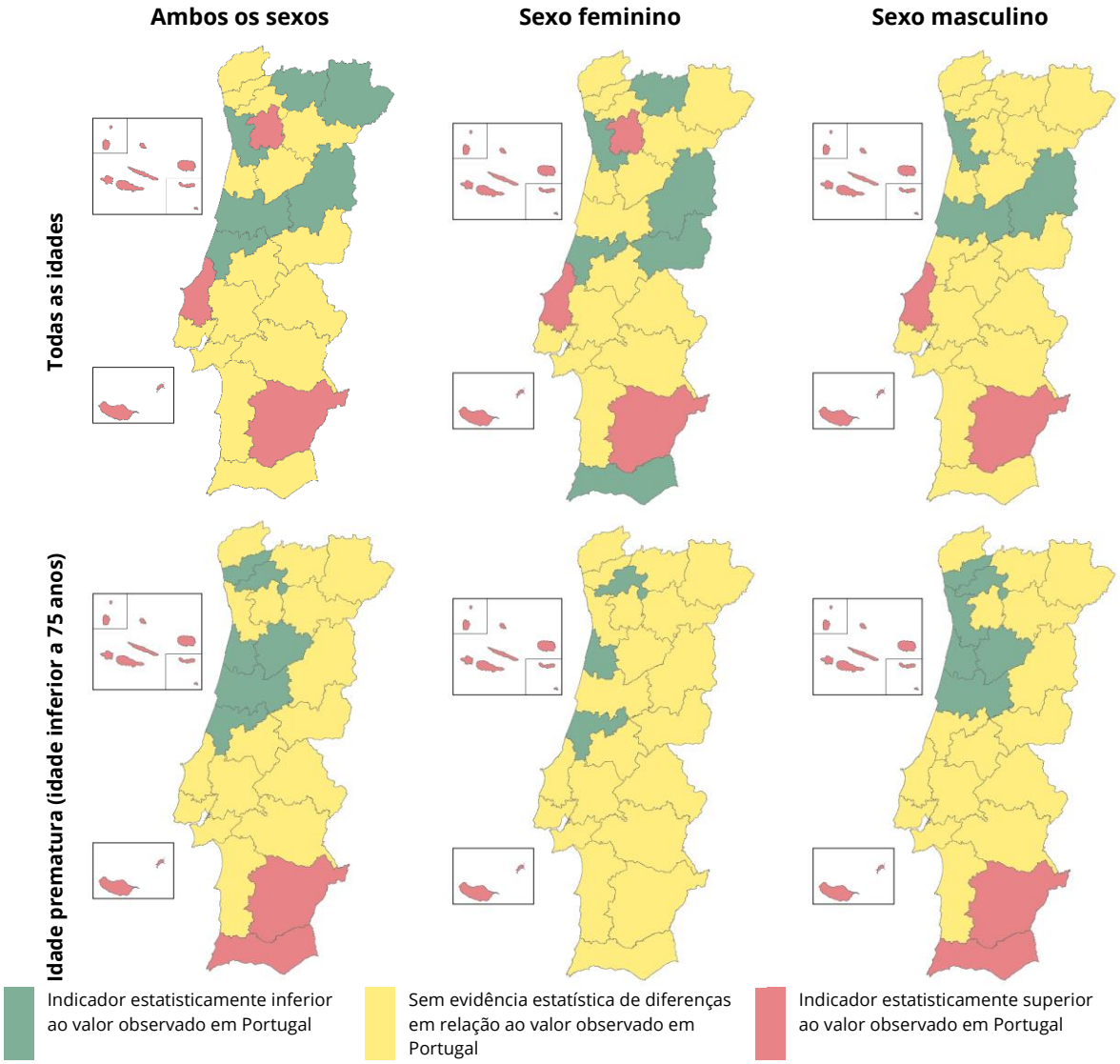
Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal

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

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 8. Mortalidade por doenças do aparelho respiratório

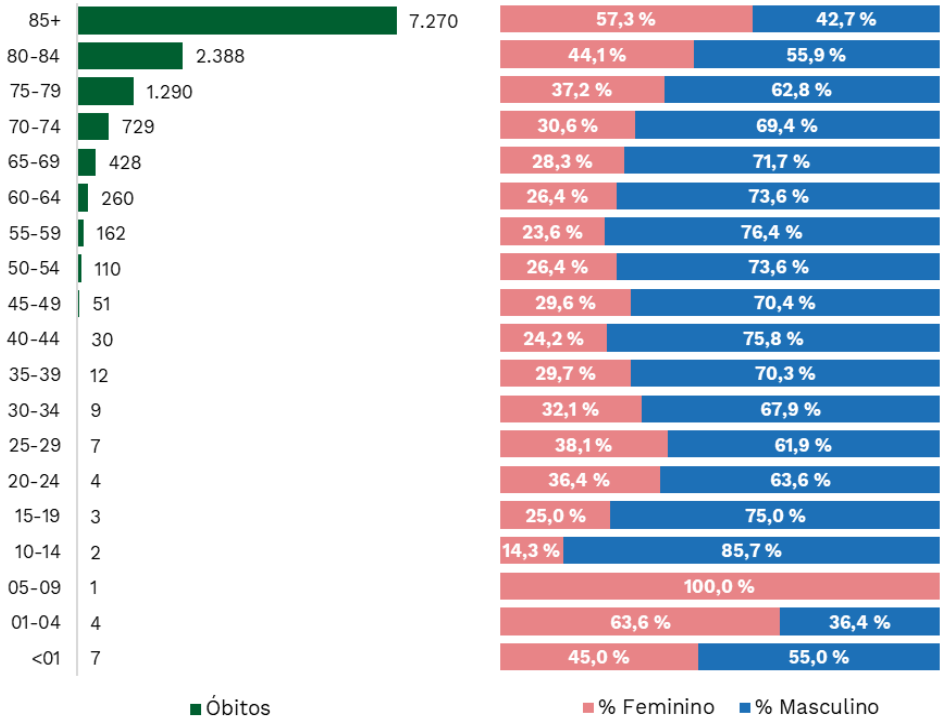
Evolução de indicadores de mortalidade por doenças do aparelho respiratório, Portugal, 2011-2019

	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 (‰00)	112,8	132,1	120,6	116,8	129,8	130,2	124,3	129,1	118,8	109,9	128,7
TMP (‰00)	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) (‰00)	20,7	20,2	19,6	19,4	19,6	22,2	19,4	20,5	19,3	10,0	29,3
TMP (<75) (‰00)	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 (‰00)	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

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

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 em relação ao 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

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

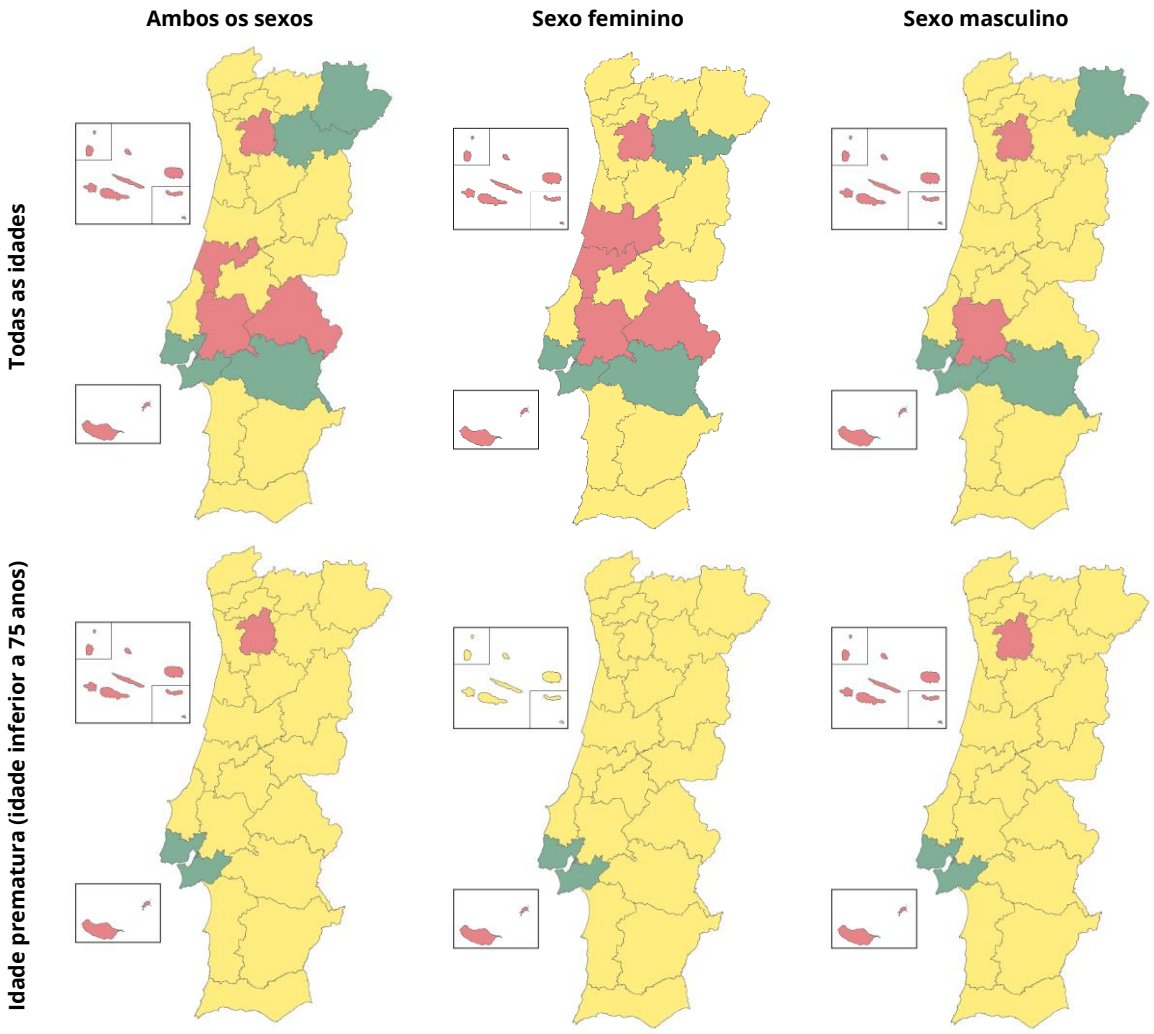
	09-11	10-12	11-13	12-14	13-15	14-16	15-17	16-18	17-19	M 17-19	H 17-19
Portugal	**22,3**	**21,3**	**20,9**	**20,2**	**19,6**	**20,1**	**19,7**	**19,7**	**18,4**	**9,7**	**28,8**
Norte	22,9	21,9	21,2	20,3	20,2	20,5	20,1	19,5	18,5	9,3	29,4
Centro	20,6	19,2	19,8	18,9	18,3	18,3	18,1	18,4	17,8	10,3	26,6
AM 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 em relação ao 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

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por doenças do aparelho respiratório, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019



Indicador estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal

Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal

Indicador estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

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

Anexo 9. Mortalidade por causas externas

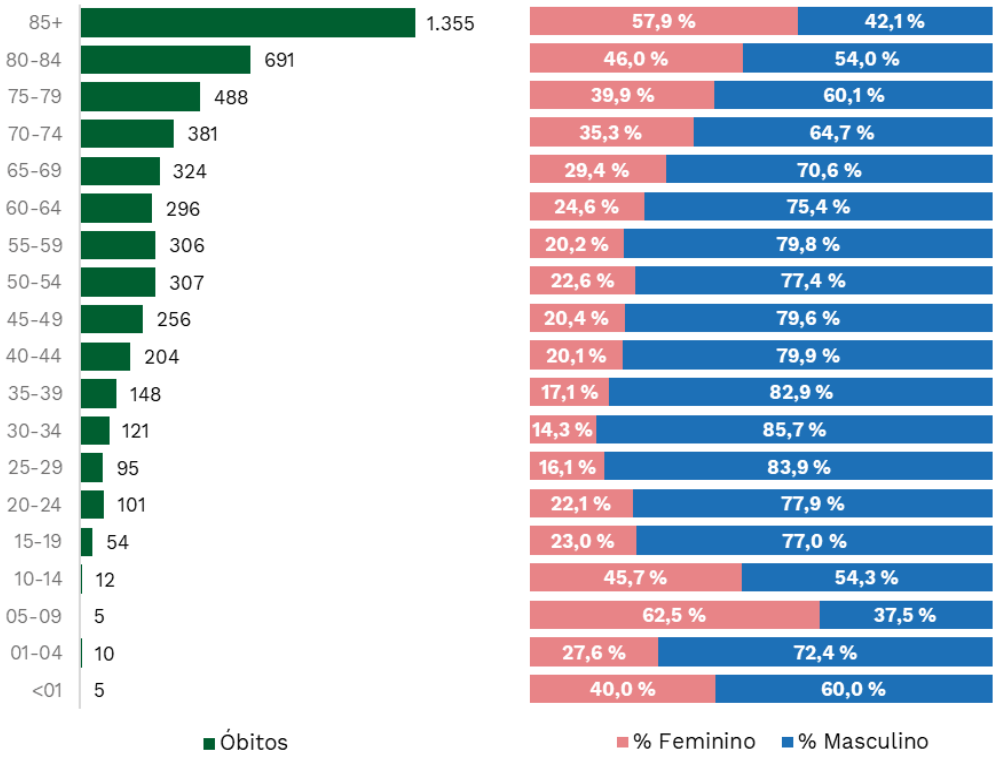
Evolução de indicadores de mortalidade por causas externas, Portugal, 2011-2019

	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 (‰00)	38,4	37,1	40,0	45,6	46,3	46,3	50,3	50,7	49,3	36,1	64,0
TMP (‰00)	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) (‰00)	26,6	24,7	25,4	29,0	28,5	27,3	29,1	28,3	28,0	13,5	43,6
TMP (<75) (‰00)	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 (‰00)	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

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

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 em relação ao 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

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	H

										17-19	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

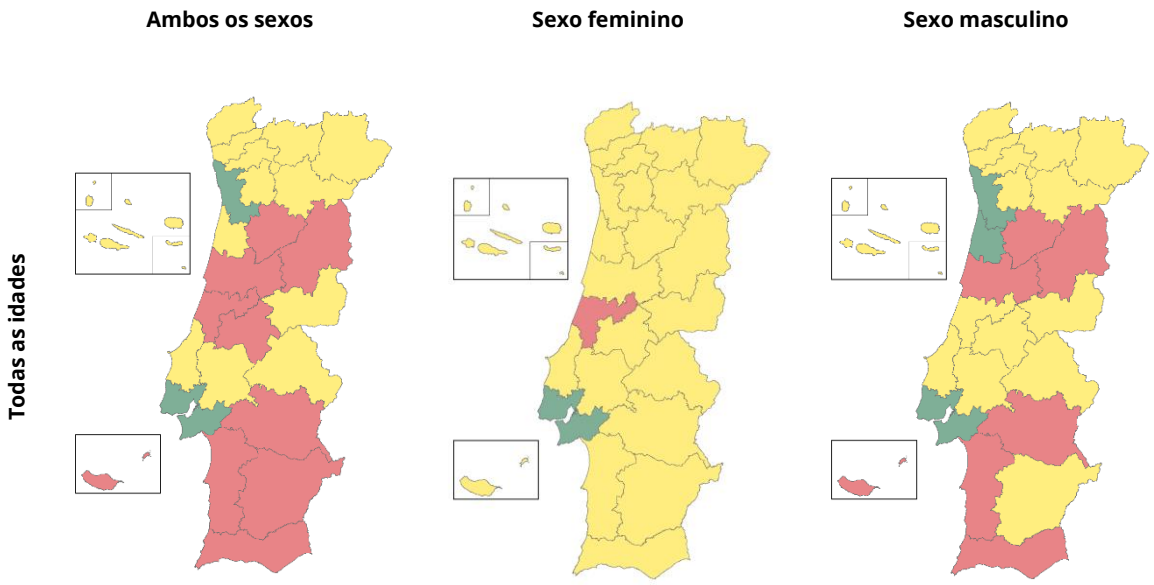
Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal

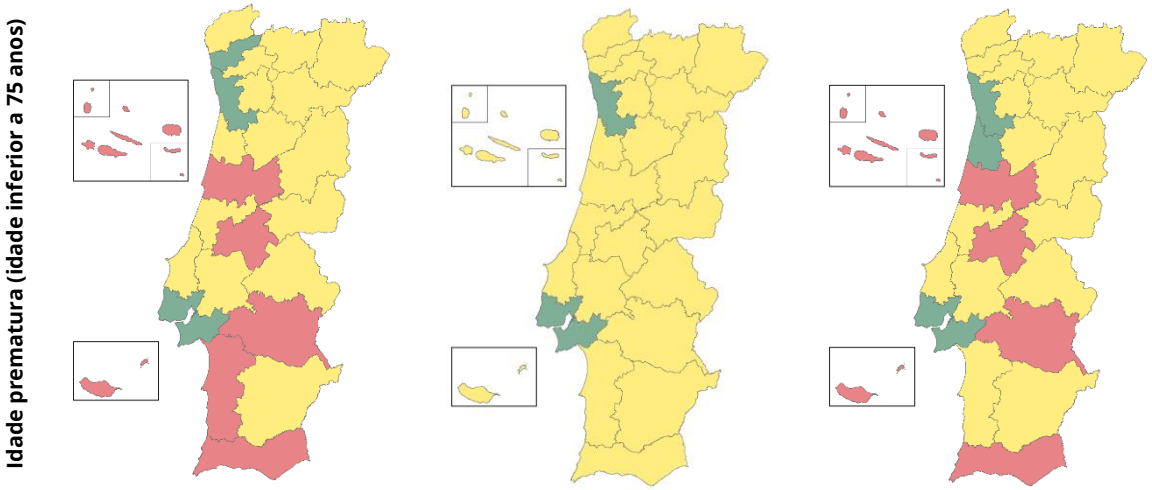
TMP estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

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

Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes) por causas externas, nas NUTS III de Portugal Continental, triénio 2017-2019





Indicador estatisticamente inferior ao valor observado em Portugal

Sem evidência estatística de diferenças em relação ao valor observado em Portugal

Indicador estatisticamente superior ao valor observado em Portugal

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

Anexo 10. Taxa de mortalidade padronizada pela idade por causa de morte e por sexo

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

Tumores malignos

Doenças endócrinas

Doenças do aparelho circulatório

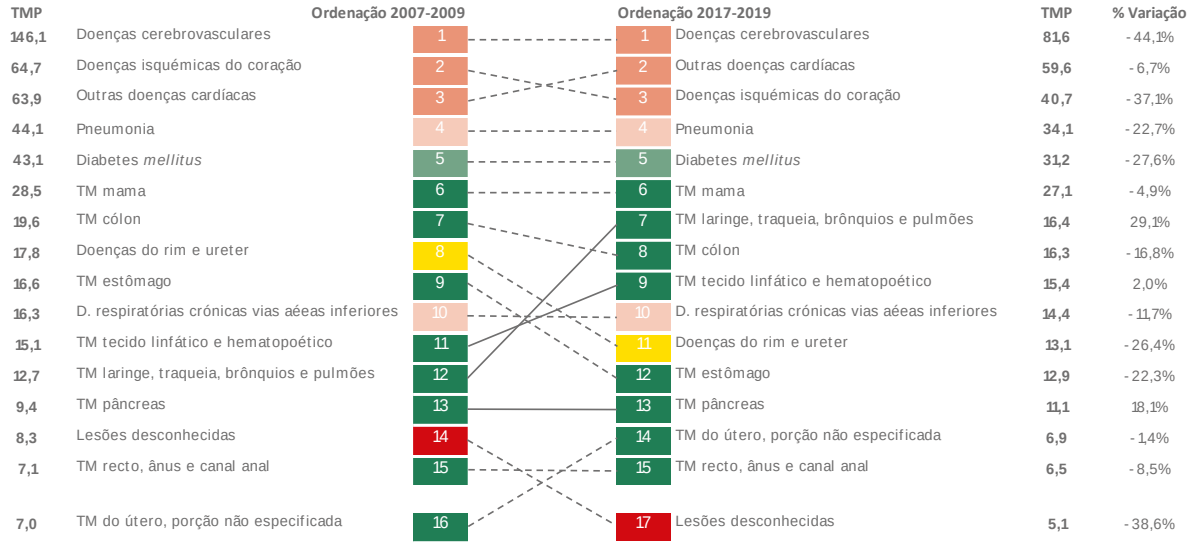
_____ Igual ou aumento na % de variação

Doenças do aparelho respiratório

Doenças do aparelho génito-urinário

Causas externas

------- Diminuição na % de variação



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

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

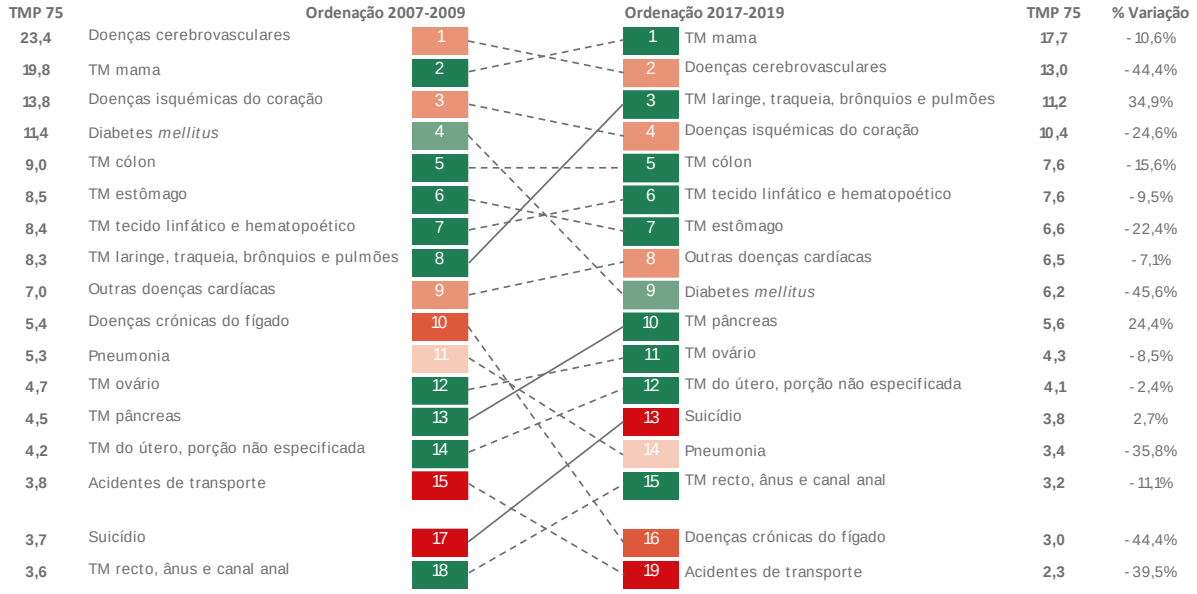
Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal, todas as idades, sexo masculino, 2007-2009 e 2017-2019

- Tumores malignos
- Doenças do aparelho respiratório
- Causas externas
- Doenças endócrinas
- Doenças do aparelho digestivo
- Doenças do aparelho circulatório
- Doenças do aparelho génito-urinário
- _____ Igual ou aumento na % de variação
- ------- Diminuição na % de variação

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

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

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



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

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

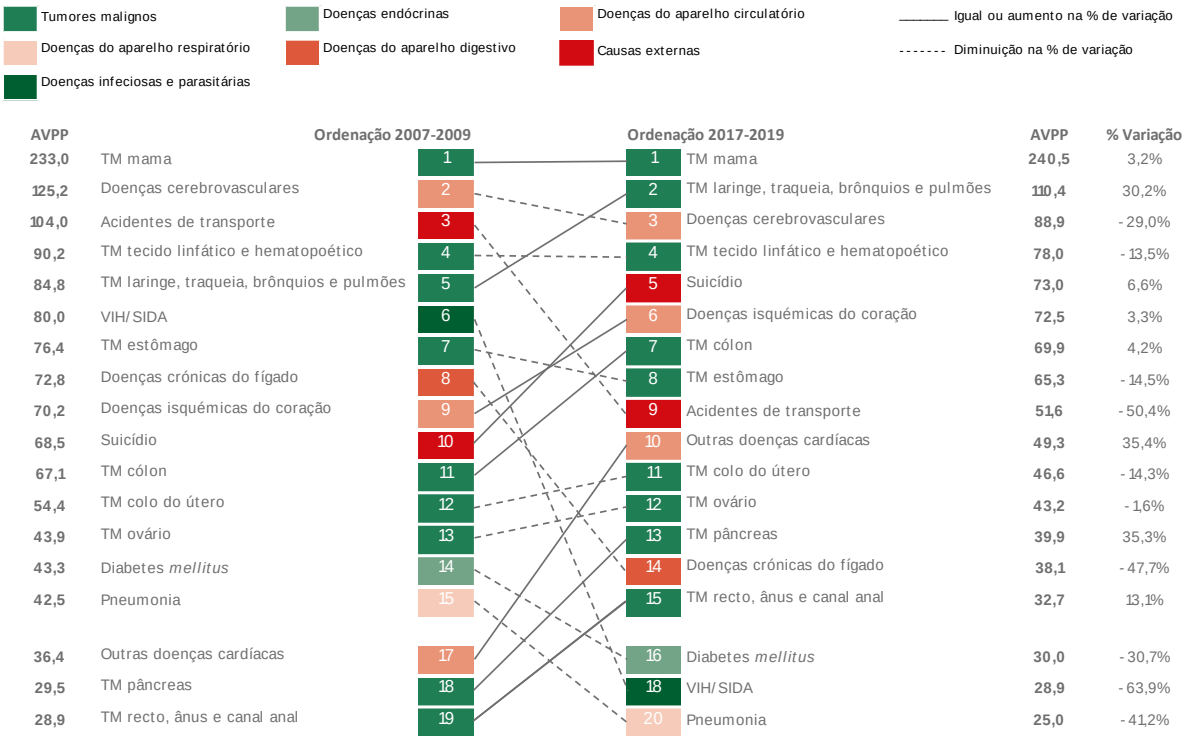
Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal, sexo masculino, 2007-2009 e 2017-2019

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

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

Anexo 11. Taxa de anos de vida potenciais perdidos por sexo

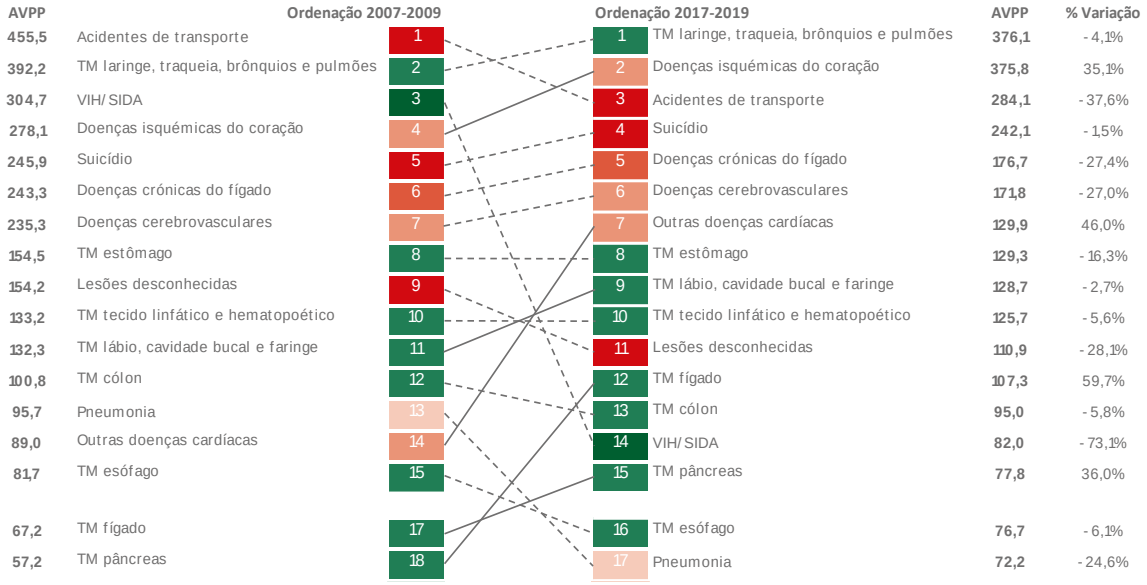
Principais causas de morte e percentagem de variação da taxa (por 100.000 habitantes) de anos de vida potenciais perdidos (até aos 70 anos) em Portugal, sexo feminino, 2007-2009 e 2017-2019



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

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

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



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

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

Anexo 12. *Healthiest teeth index*

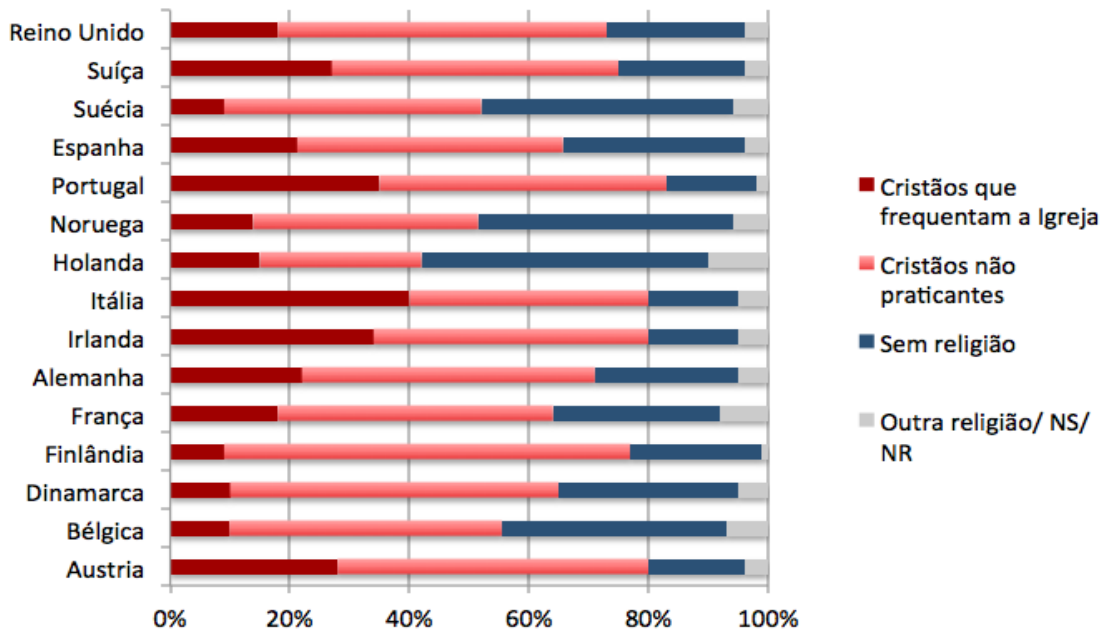
Ordenação de 24 países da União Europeia, Reino Unido e Suíça, segundo o *healthiest teeth index* e respetivas componentes, 2020

Rank	Country	Dental Health		Dental Facilities			Negative influences on Dental Health					Final Score
		DMFT (12 years old)	Score (0-100; 100=excellent; 0=bad)	Dentists (per 100.000 people)	Dental Schools	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 (21)

Anexo 13. Práticas religiosas em países da Europa Ocidental

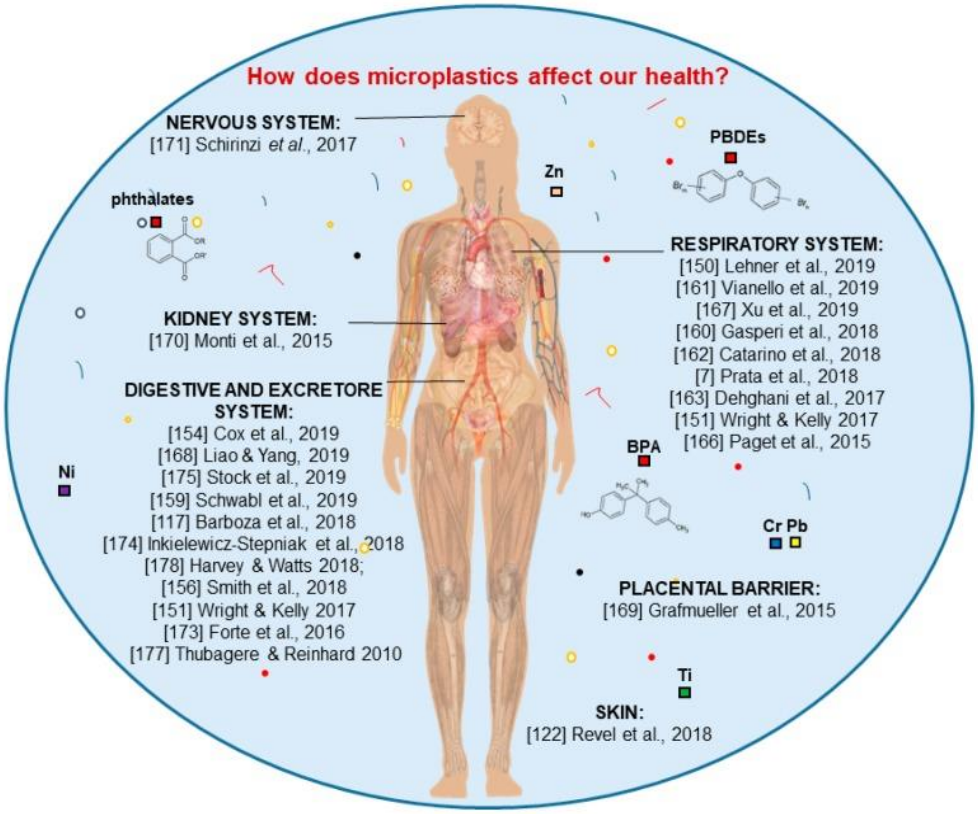
Distribuição proporcional (%) de práticas religiosas em países da Europa Ocidental, 2018



Fonte: *Pew Research Center*, 2018 (45)

Anexo 14. Efeitos dos micro e nanoplásticos na saúde humana

Visão geral dos estudos científicos focados nos efeitos dos micro e nanoplásticos na saúde humana

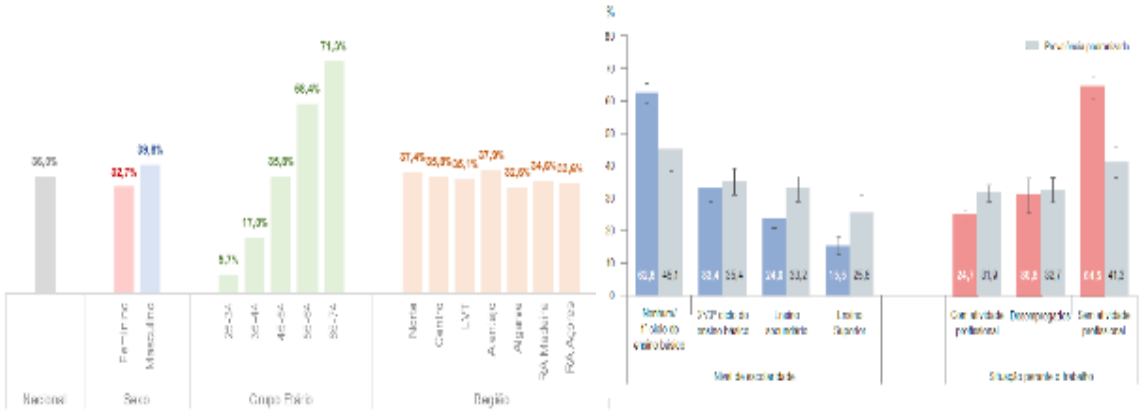


Nota: Os quadrados coloridos representam os poluentes (orgânicos e inorgânicos) que podem estar presentes nas matrizes ambientais (livres ou associados a micro e nanoplásticos) e que podem entrar no corpo humano por diferentes vias de entrada.

Fonte: Campanale C, et al, 2020 (49)

Anexo 15. Prevalência de determinantes de saúde biológicos

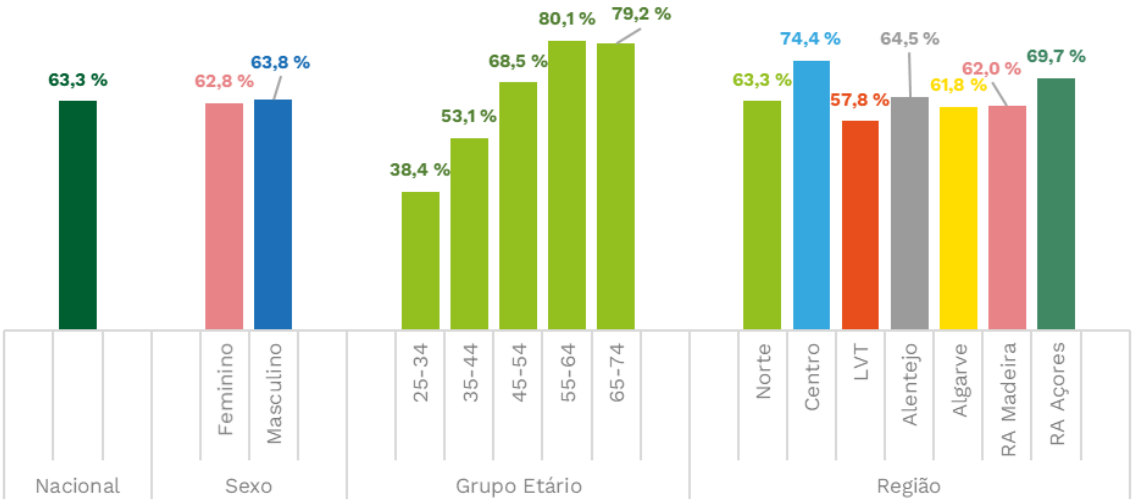
Distribuição da prevalência de hipertensão arterial na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

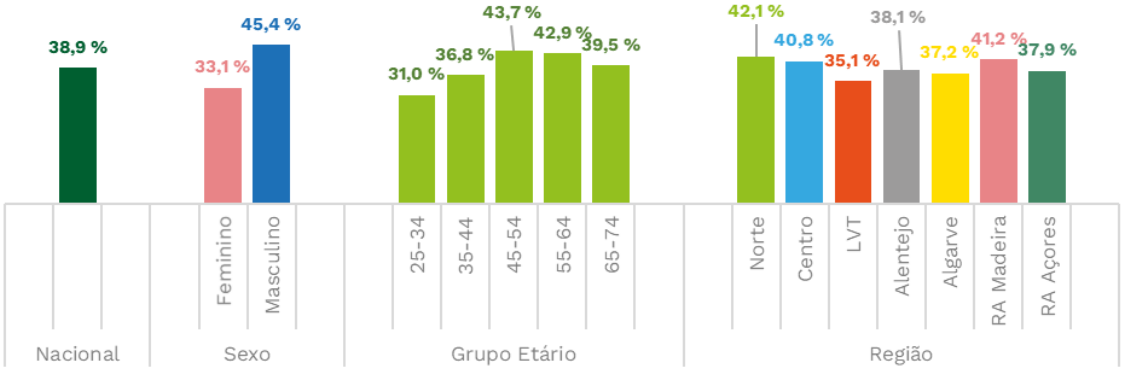
Distribuição da prevalência de colesterol total elevado na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

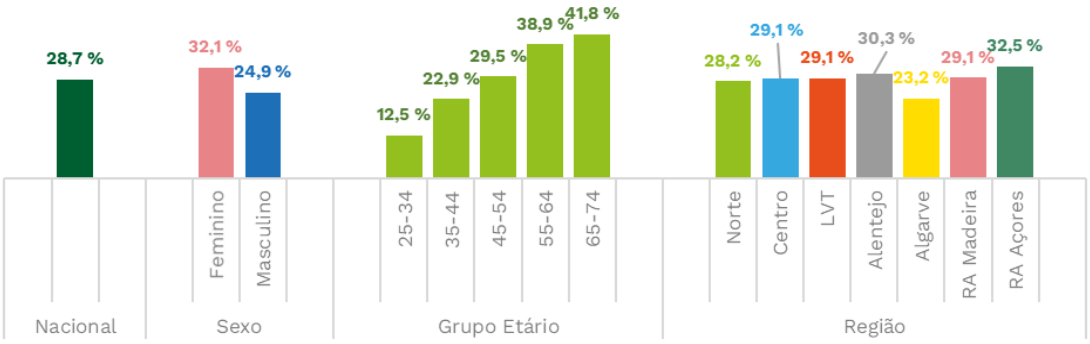
Distribuição da prevalência de excesso de peso na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

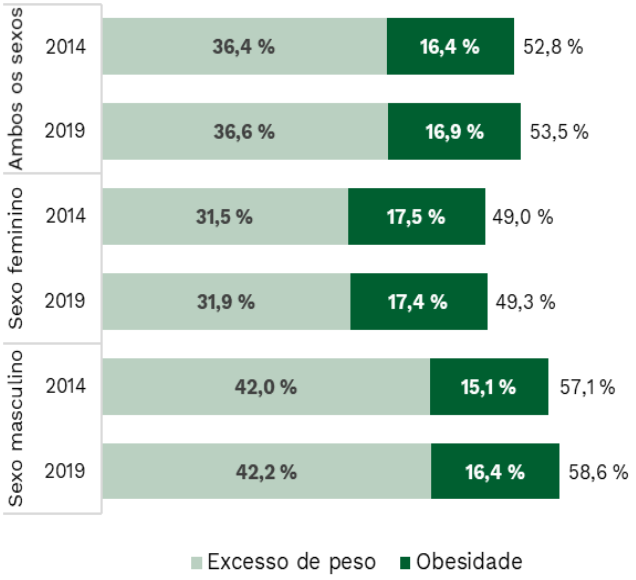
Distribuição da prevalência de obesidade na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

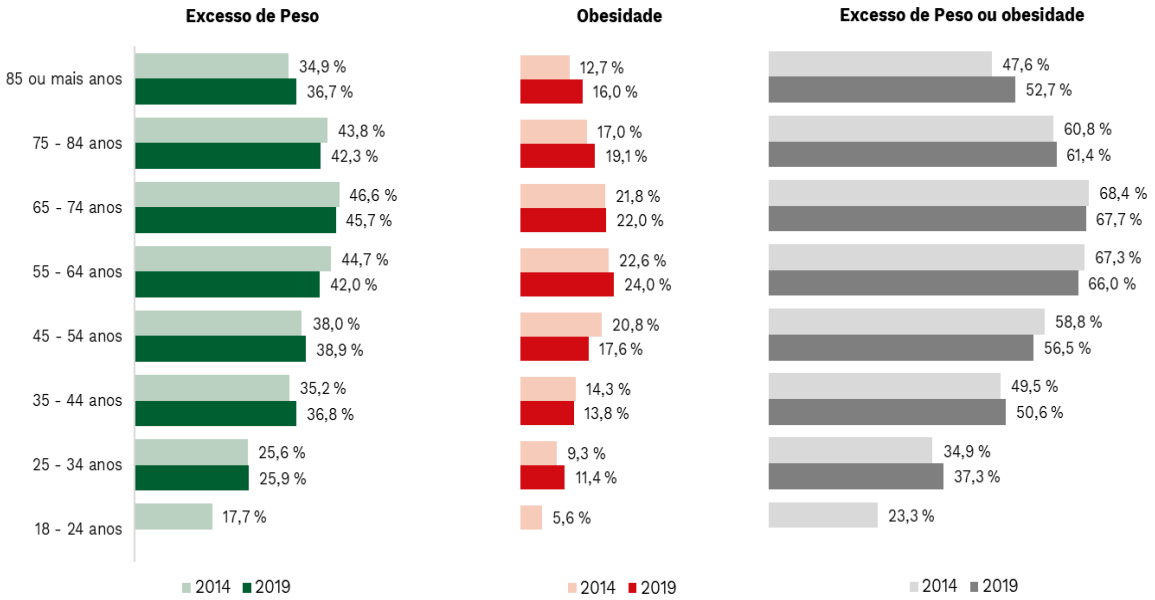
Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal, por sexo, 2014 e 2019 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

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

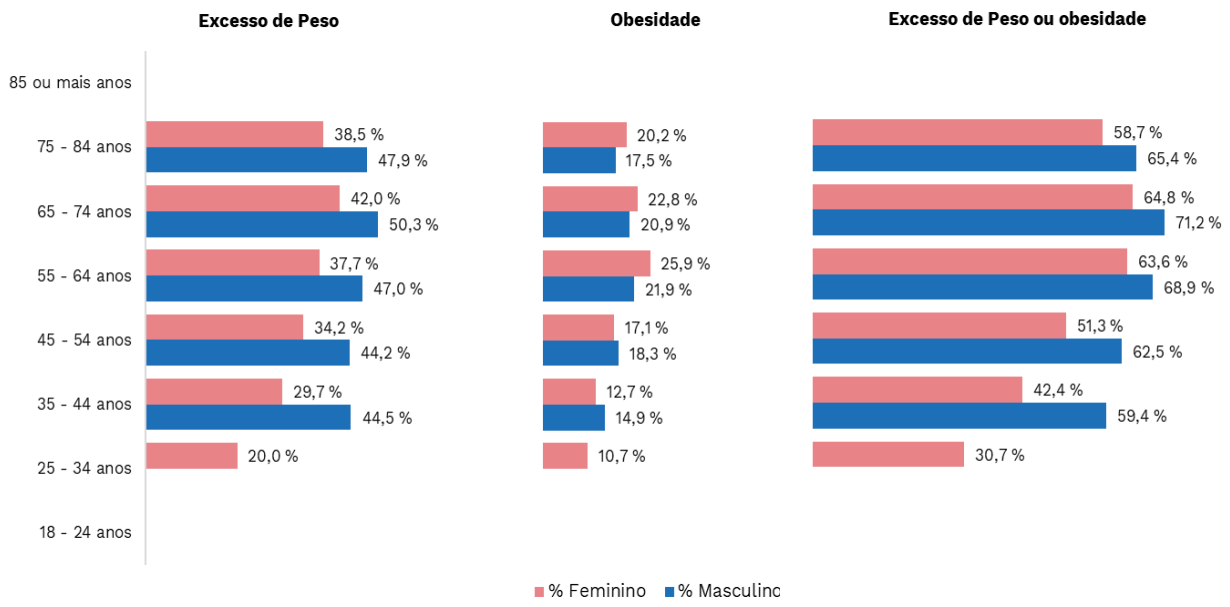
Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal, por grupo etário, 2014 e 2019 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

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

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: INS)

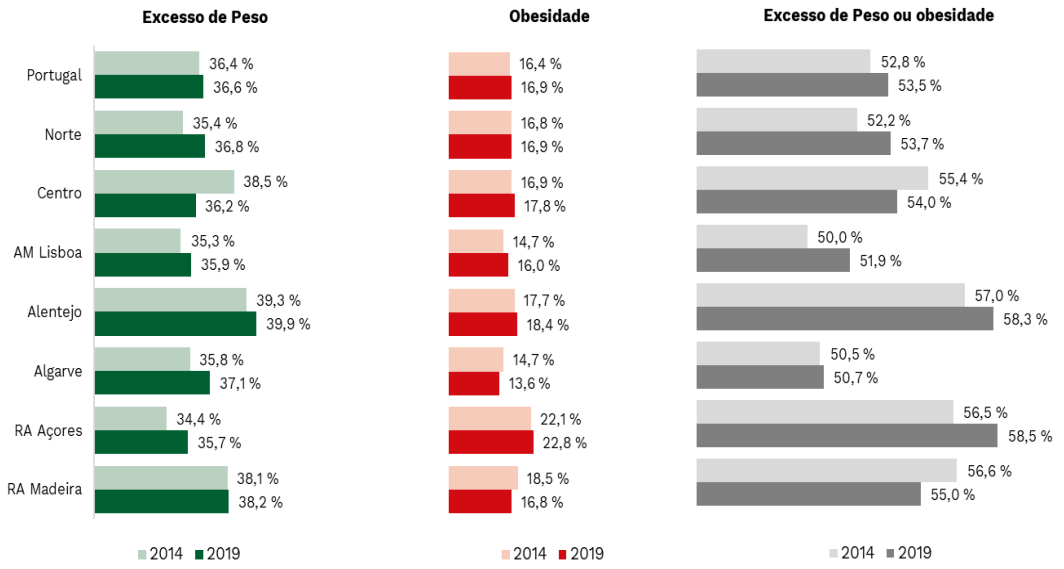


INS – Inquérito Nacional de Saúde

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

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: INS)

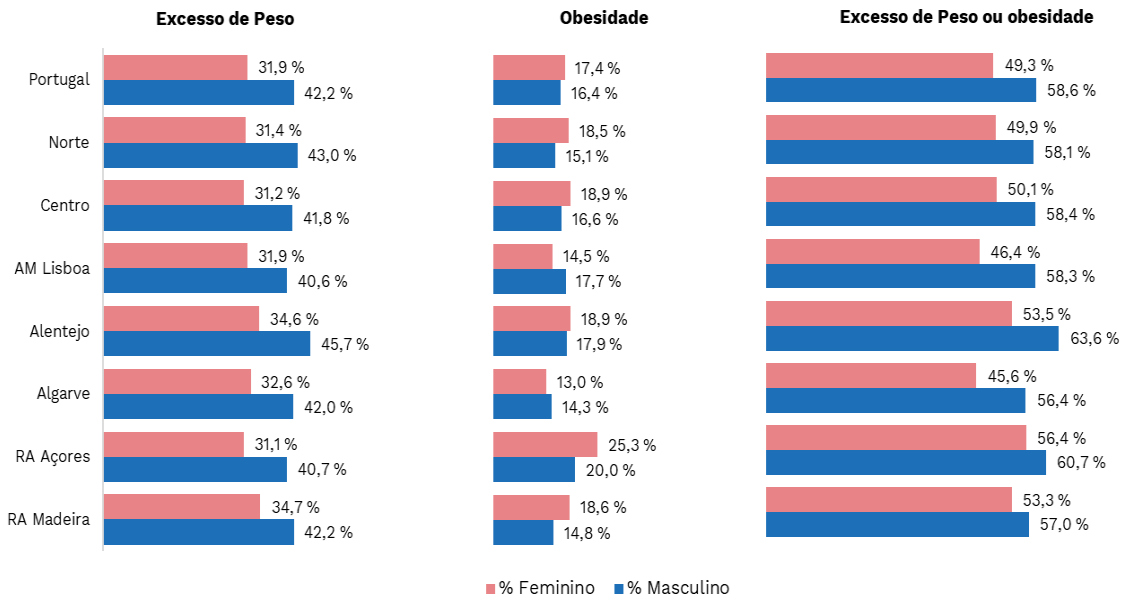
*



INS – Inquérito Nacional de Saúde

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

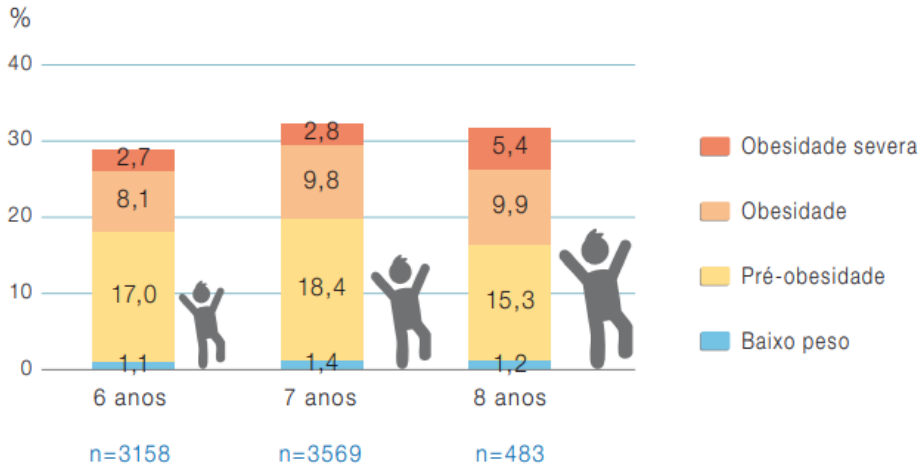
Prevalência (%) de excesso de peso e obesidade na população residente com 18 ou mais anos de idade em Portugal e NUTS II, por sexo, 2019 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

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

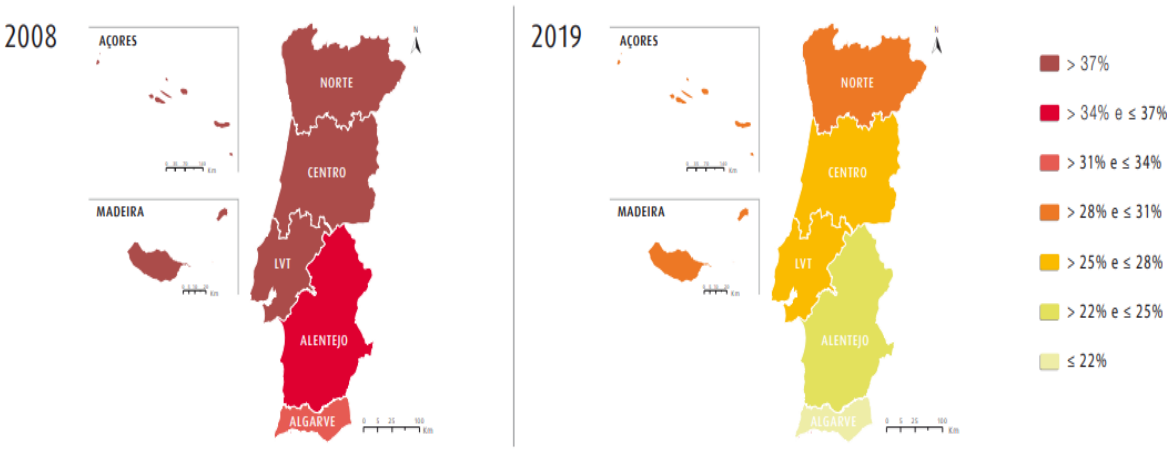
Prevalência (%) do estado nutricional por idade, 6 a 8 anos, em Portugal, 2019 (Fonte: COSI)



COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI PORTUGAL 2019 (53)

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: COSI)



COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI PORTUGAL 2019 (53)

Prevalência (%) do estado nutricional, entre os 6 e os 8 anos, em Portugal e região administrativa de saúde, em 2019 (Fonte: COSI)

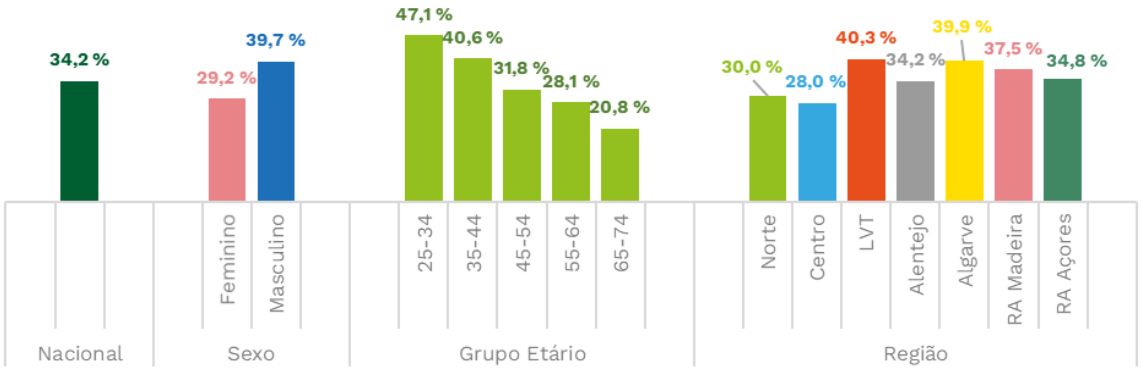
	Baixo peso (%)	Excesso de peso(%)	Obesidade (%)
Norte	0,7	31,1	12,4
Centro	0,8	28,9	13,5
LVT	1,7	29,5	10,6
Alentejo	0,9	23,9	9,7
Algarve	3,5	21,8	10,3
Açores	2,0	35,9	18,0
Madeira	1,0	31,6	13,6
Portugal	1,3	29,6	12,0

COSI - *Childhood Obesity Surveillance Initiative*

Fonte: *Childhood Obesity Surveillance Initiative* – COSI PORTUGAL 2019 (53)

Anexo 16. Prevalência de determinantes de saúde comportamentais

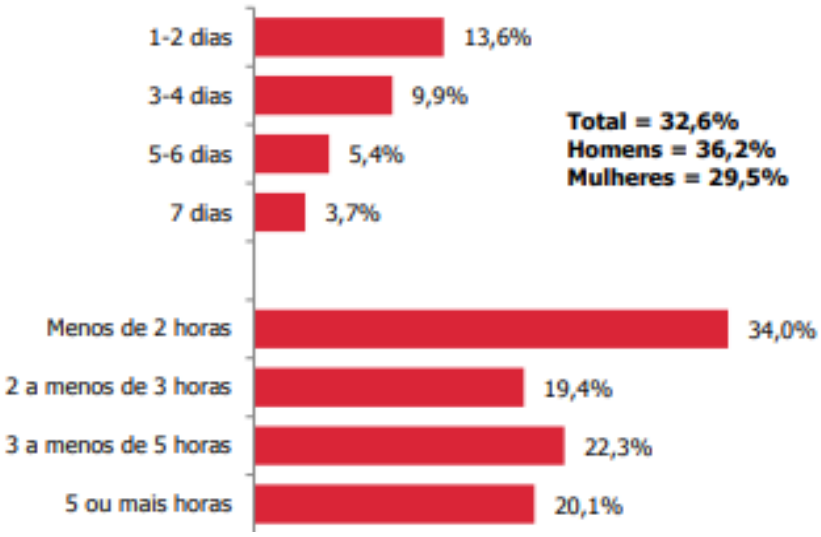
Distribuição da prevalência de prática de exercício físico na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por Região de Saúde (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

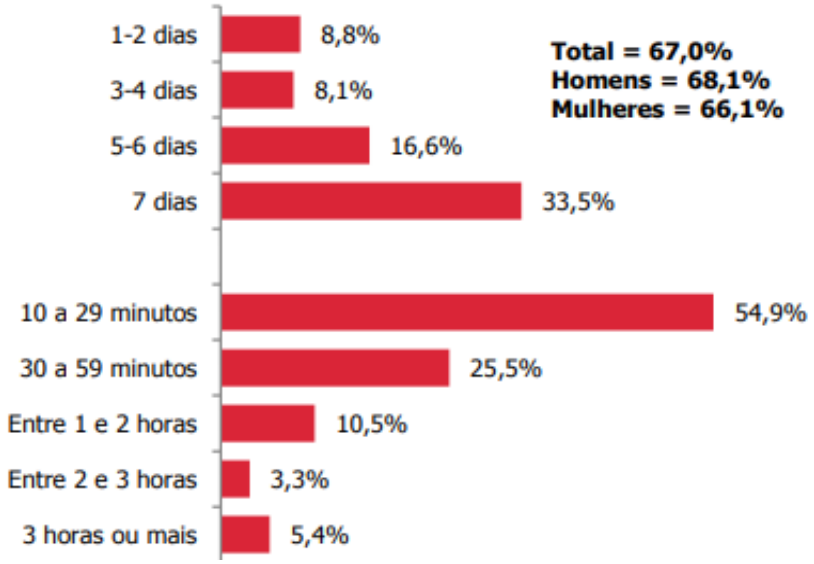
Proporção (%) da população com 15 ou mais anos de idade que pratica exercício físico, por número de dias numa semana e tempo médio por semana, em Portugal, 2019 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde, 2019 (34)

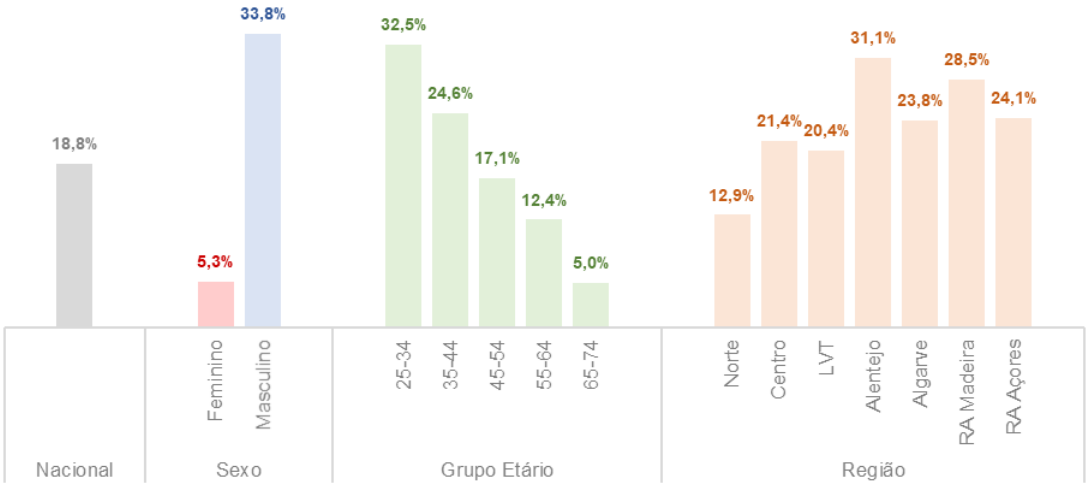
Proporção (%) da população com 15 ou mais anos de idade que se desloca a pé, por número de dias numa semana e tempo médio por dia, em Portugal, 2019 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP-Portugal, Inquérito Nacional de Saúde, 2019 (34)

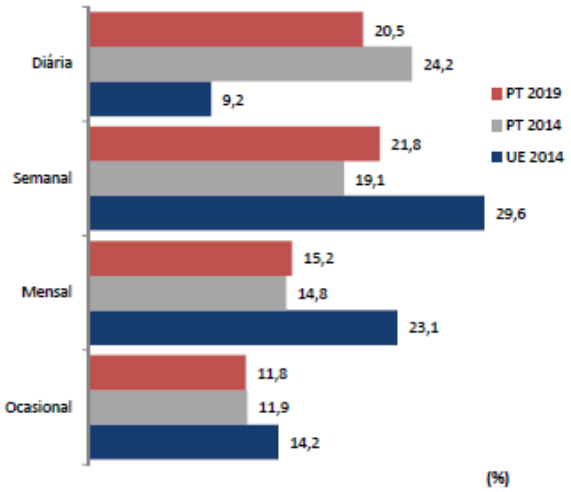
Distribuição da prevalência de consumo, pelo menos uma vez nos 12 meses anteriores à entrevista, de 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião (*binge drinking*), na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por região (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

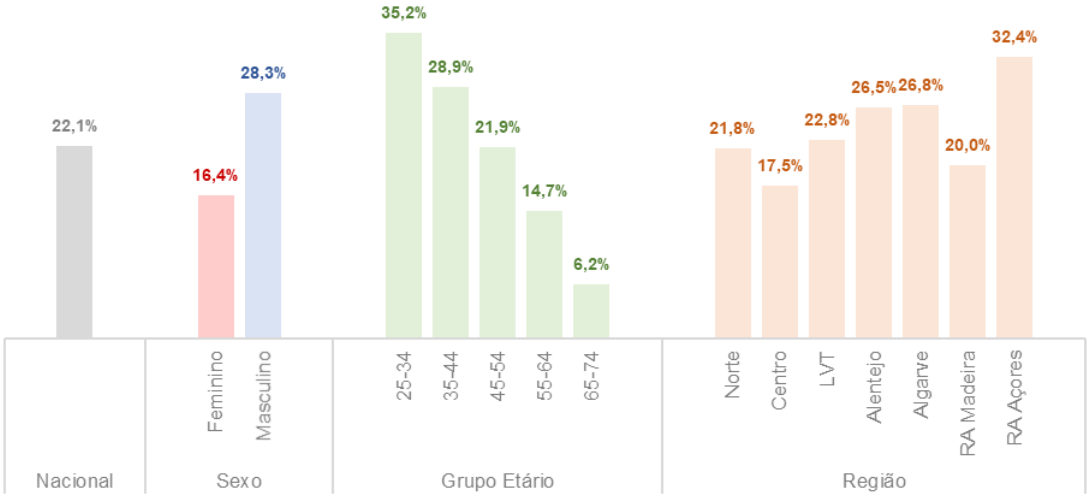
Frequência (%) do consumo de bebidas alcoólicas na população com 15 ou mais anos, Portugal, 2014 e 2019 e União Europeia, 2014 (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

Fonte: Instituto Nacional de Estatística IP - Portugal, INS 2014, 2019 e Eurostat

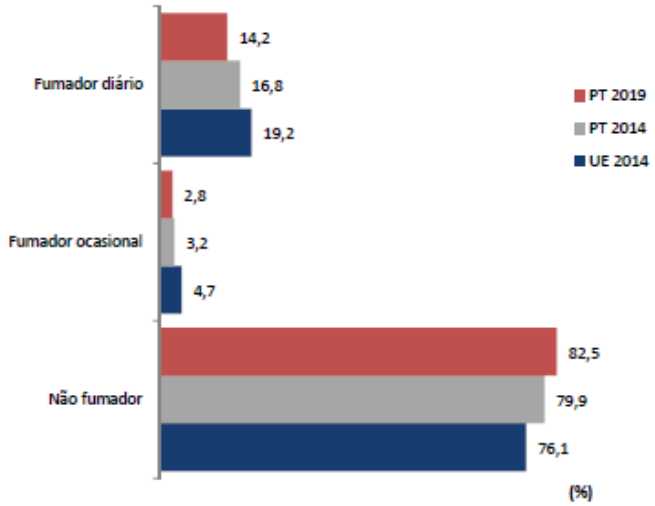
Distribuição da prevalência (%) de consumo de tabaco diário ou ocasional na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por sexo, por grupo etário e por região (Fonte: INSEF)



LVT - Lisboa e Vale do Tejo | RA Madeira – Região Autónoma da Madeira | RA Açores – Região Autónoma dos Açores
INSEF - Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

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

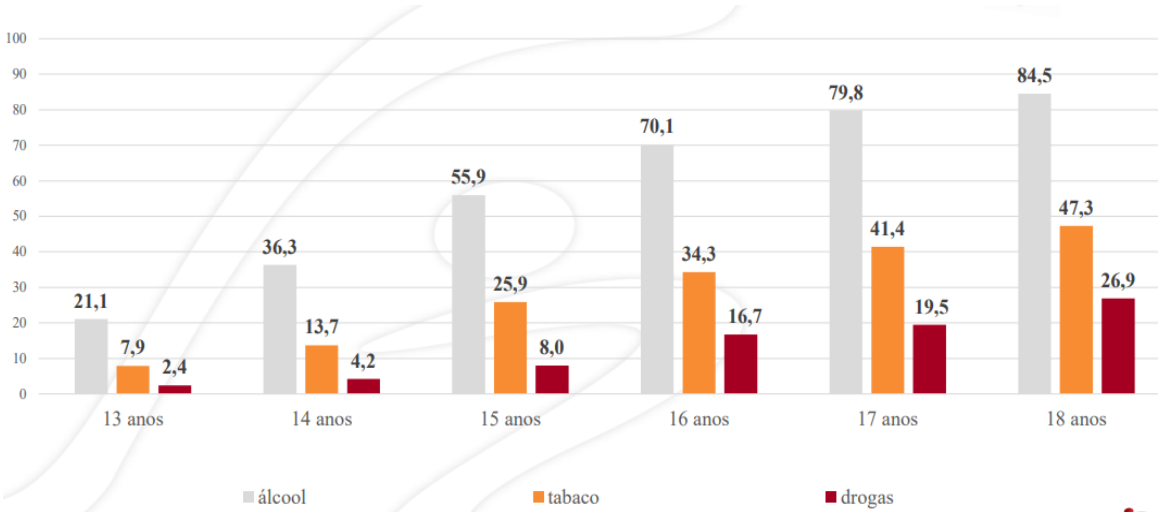
Condição perante o consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos, Portugal, 2014 e 2019 e União Europeia, 2014 (%) (Fonte: INS)



INS – Inquérito Nacional de Saúde

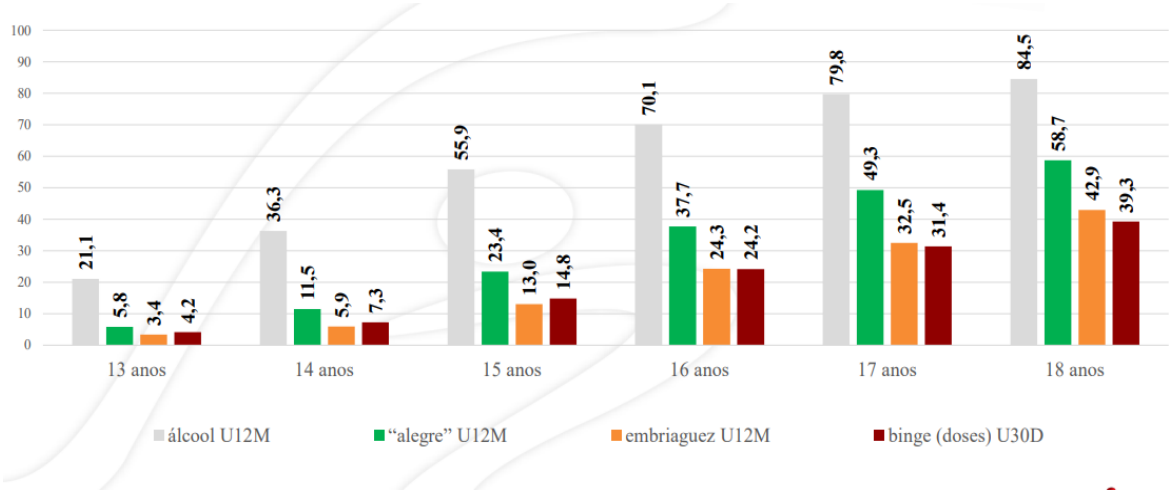
Fonte: Instituto Nacional de Estatística IP - Portugal, INS 2014, 2019 e Eurostat

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 (55)

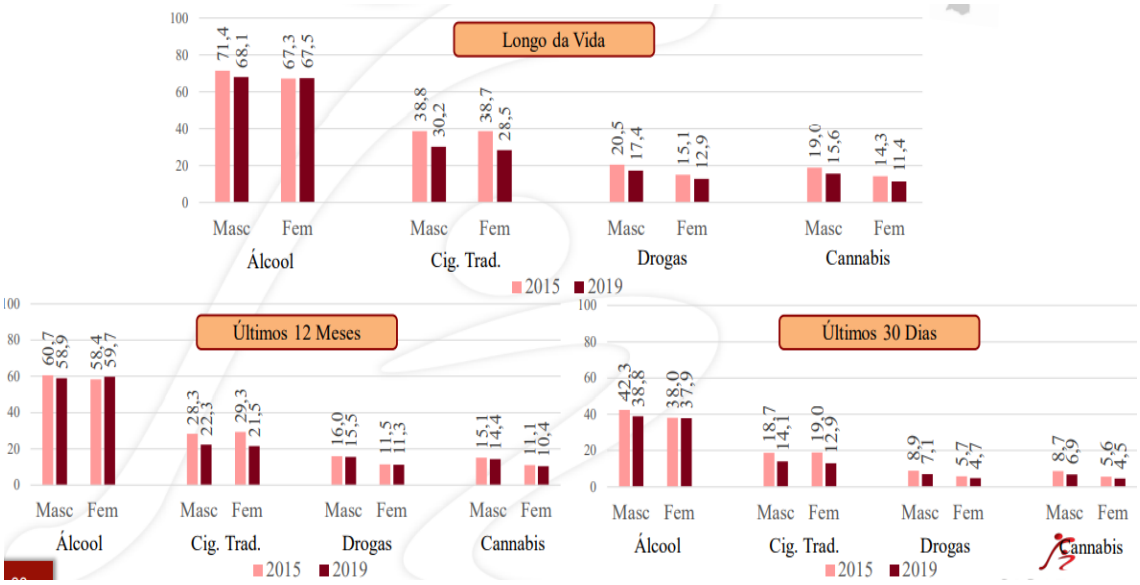
Prevalências (%) de consumo de álcool, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, por idade, no Continente (Portugal), 2019



U12M – últimos 12 meses | U30D – últimos 30 dias

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (55)

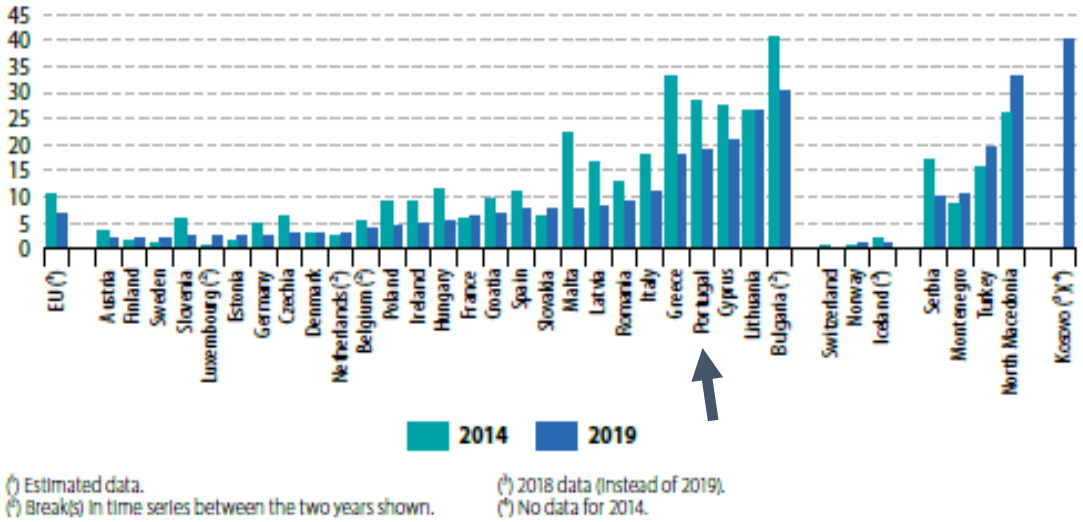
Prevalências (%) de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, por sexo, no Continente (Portugal), 2015 e 2019



Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (55)

Anexo 17. Indicadores de determinantes de saúde ambientais

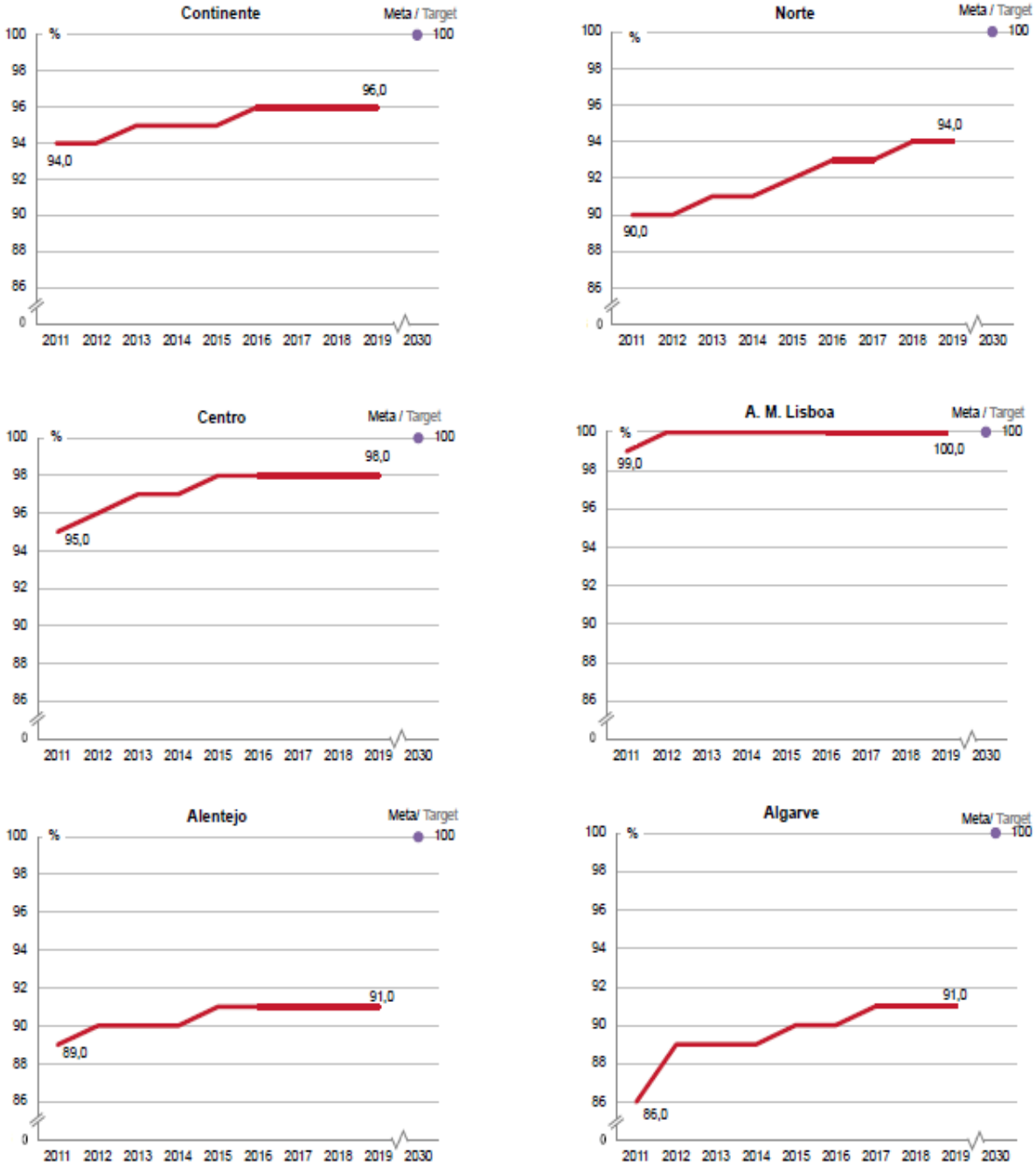
Proporção (%) da população incapaz de manter a habitação devidamente aquecida em Portugal, União Europeia e outros países europeus, 2014 e 2019



(1) Estimated data.
(2) Break(s) in time series between the two years shown.
(3) 2018 data (instead of 2019).
(4) No data for 2014.

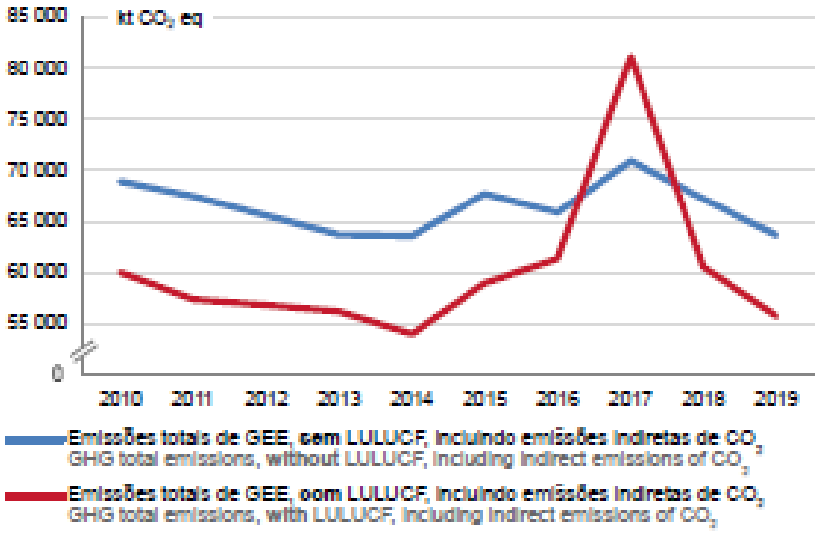
Fonte: *European Union*, 2021 (52)

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 (8)

Emissões totais (kt CO_2) de gases com efeito de estufa por ano em Portugal, 2010-2019

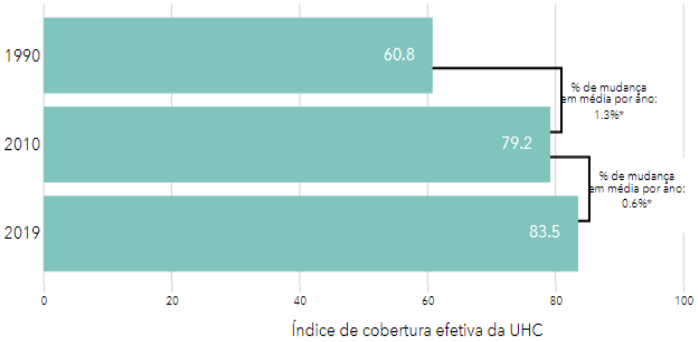


GEE sem LULUCF – Gases com Efeitos de Estufa sem contabilização das emissões de alteração do uso do solo e florestas
GEE com LULUCF – Gases com Efeitos de Estufa com contabilização das emissões de alteração do uso do solo e florestas

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal, 2021 (8)

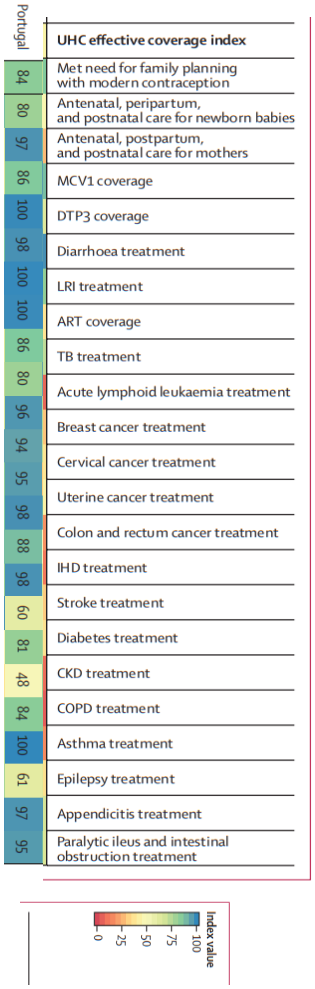
Anexo 18. Indicadores de determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde

Índice de Cobertura Universal de Saúde, em Portugal, 1990, 2010 e 2019



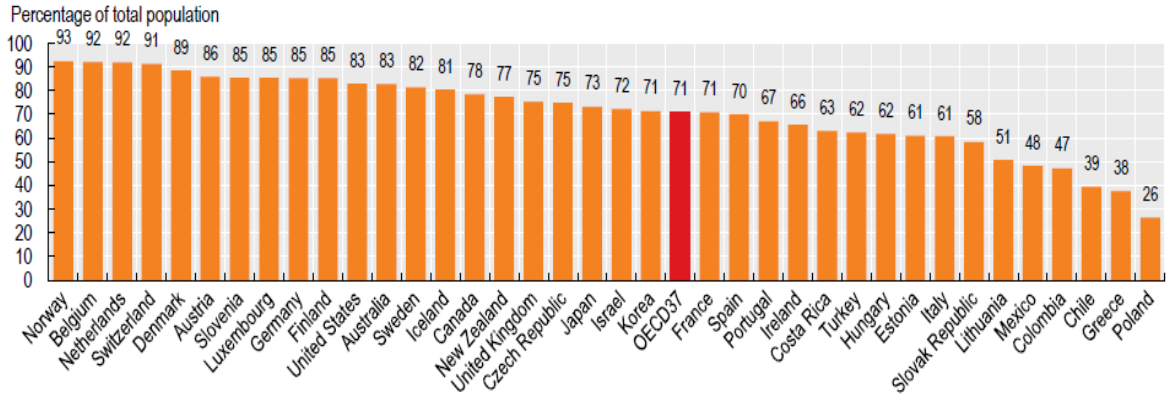
*A taxa média de mudança foi estatisticamente significativa para esse período.

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.



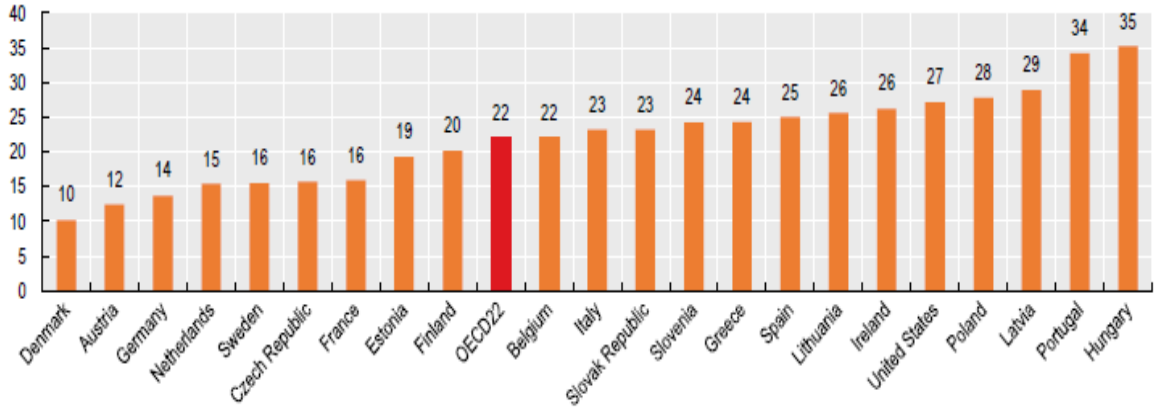
Fonte: *Institute for Health Metrics and Evaluation*, 2020 (60.61)

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



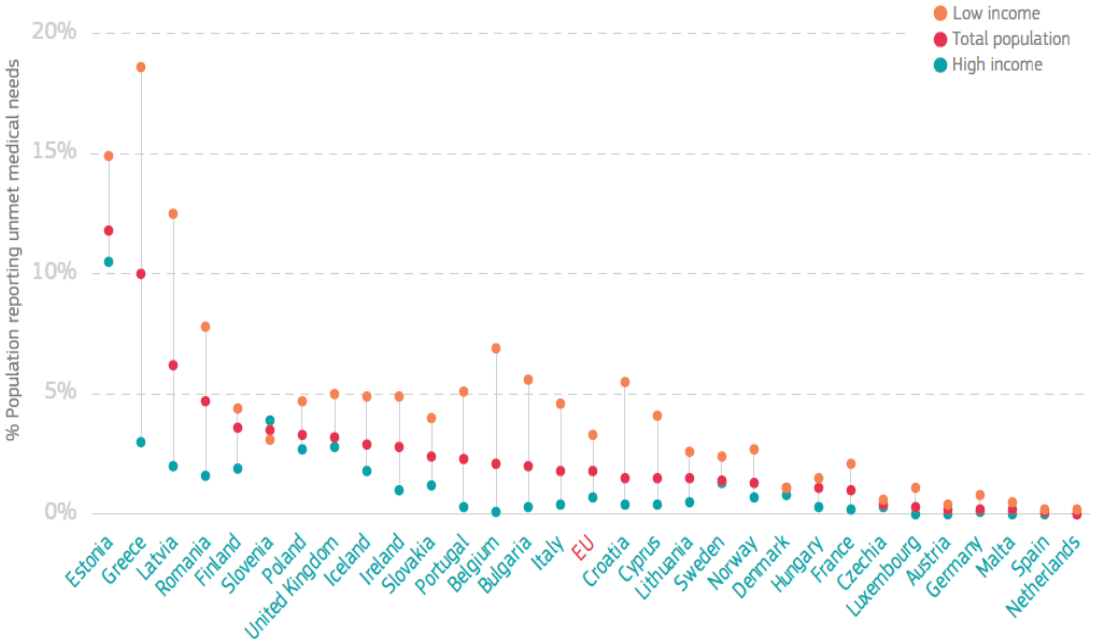
Fonte: *Organisation for Economic Co-operation and Development*, 2021 (12)

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 (12)

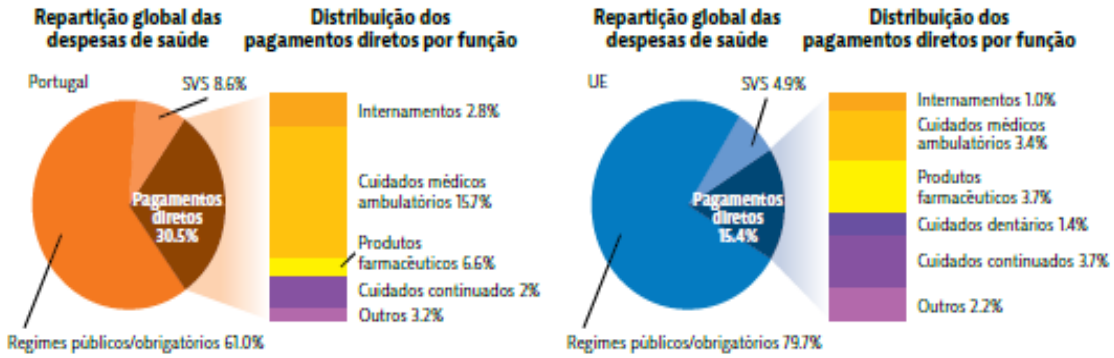
Proporção (%) da população que reportou necessidades não satisfeitas de cuidados médicos na União Europeia, por país e por tipo de rendimento, 2017



EU – *European Union*

Fonte: *European Commission*, 2021 (62)

Distribuição proporcional (%) das despesas com a saúde em Portugal e na União Europeia, 2019



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.

Fonte: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2021 (11)

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde