

The background features a dark green field with several overlapping geometric shapes in a vibrant red color. These shapes are primarily triangles and quadrilaterals, some of which are semi-transparent, creating a layered effect. The shapes are positioned in the upper right and middle right areas of the frame.

3. Saúde da População em Portugal

3. SAÚDE DA POPULAÇÃO EM PORTUGAL

3.1. Caracterização Demográfica

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

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

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

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

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

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

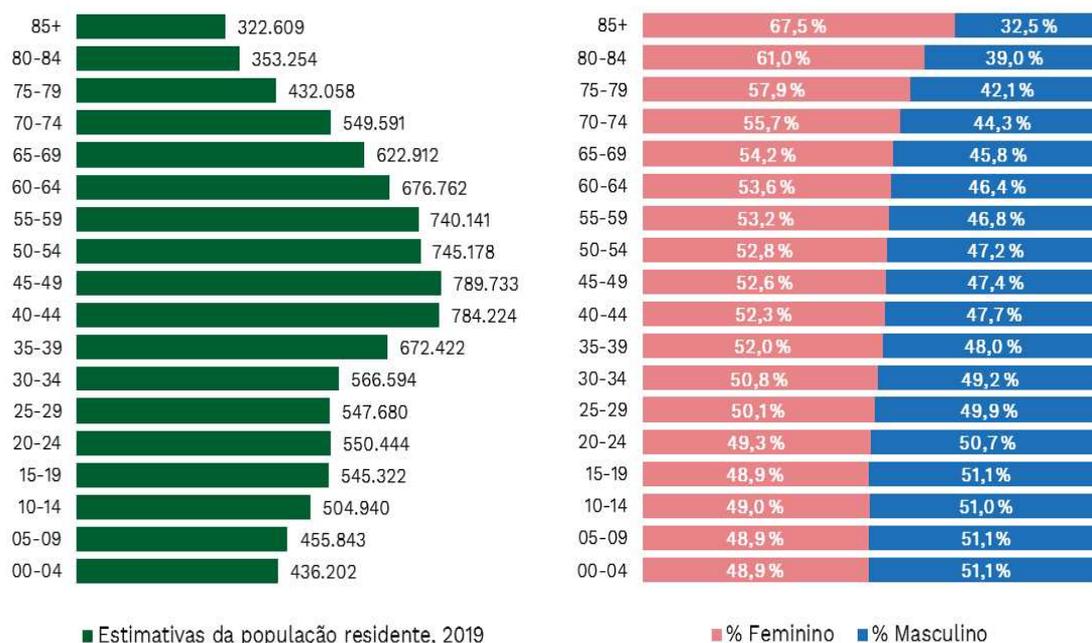
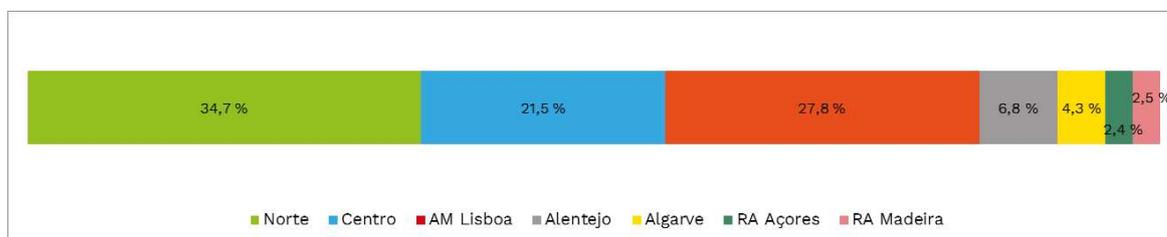


Figura 4. Distribuição das estimativas da população residente por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, 2019

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

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

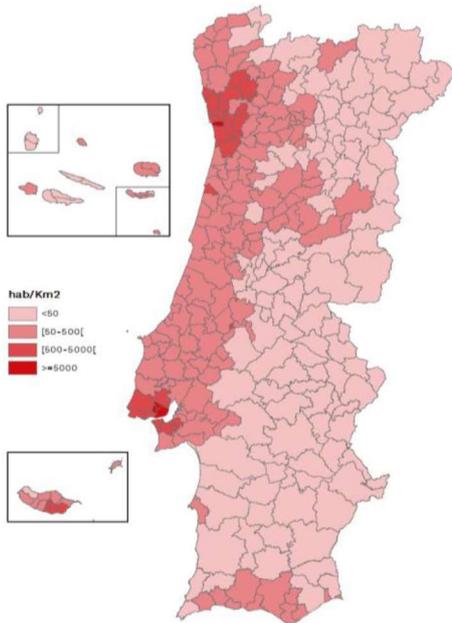


AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

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

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

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



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

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

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

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

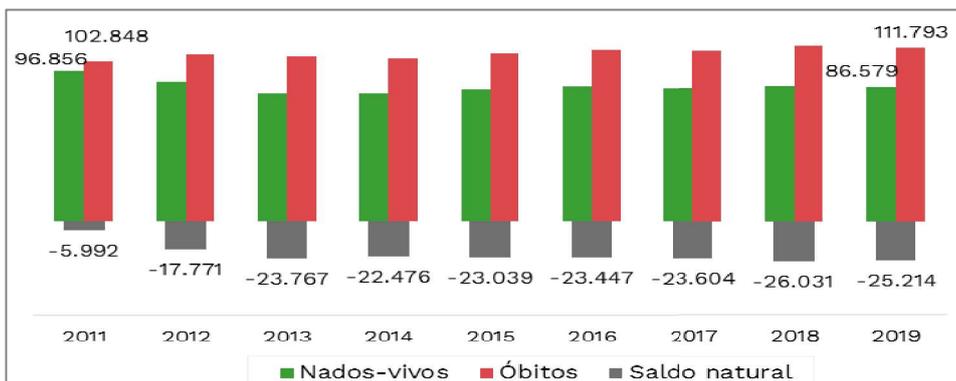


Figura 7. Evolução do número de nados-vivos e óbitos, e do saldo natural em Portugal, 2011-2019

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

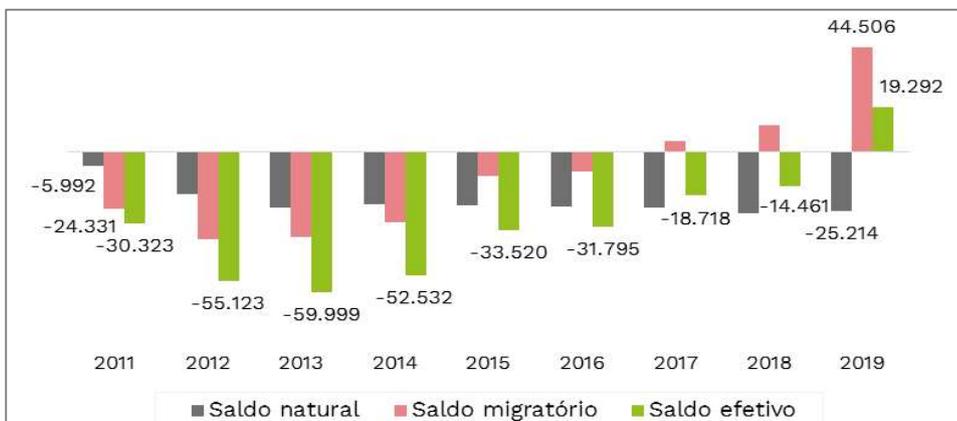


Figura 8. Evolução dos saldos natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019

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

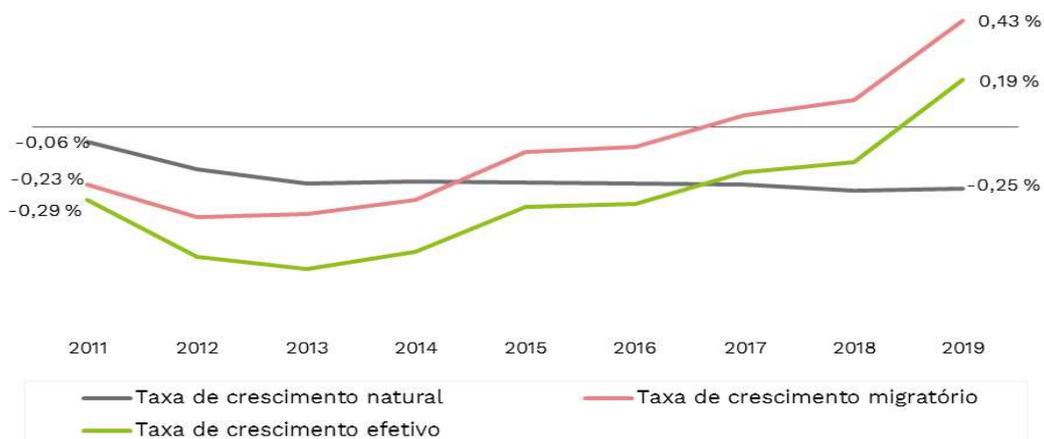


Figura 9. Evolução das taxas (%) de crescimento natural, migratório e efetivo em Portugal, 2011-2019

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

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

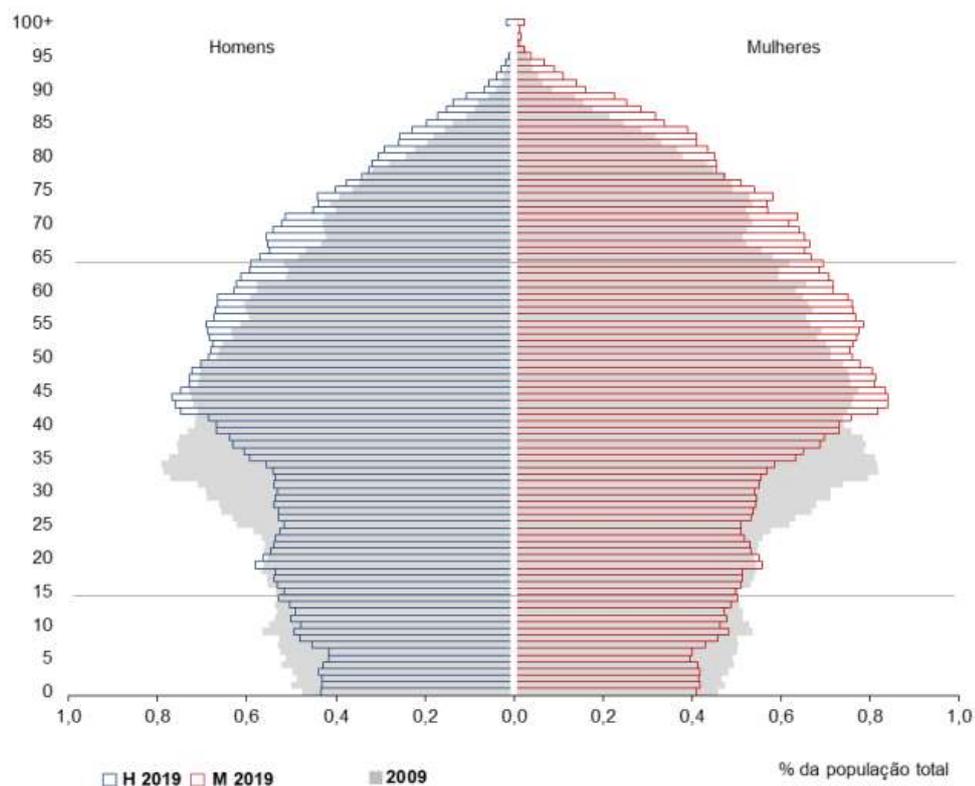
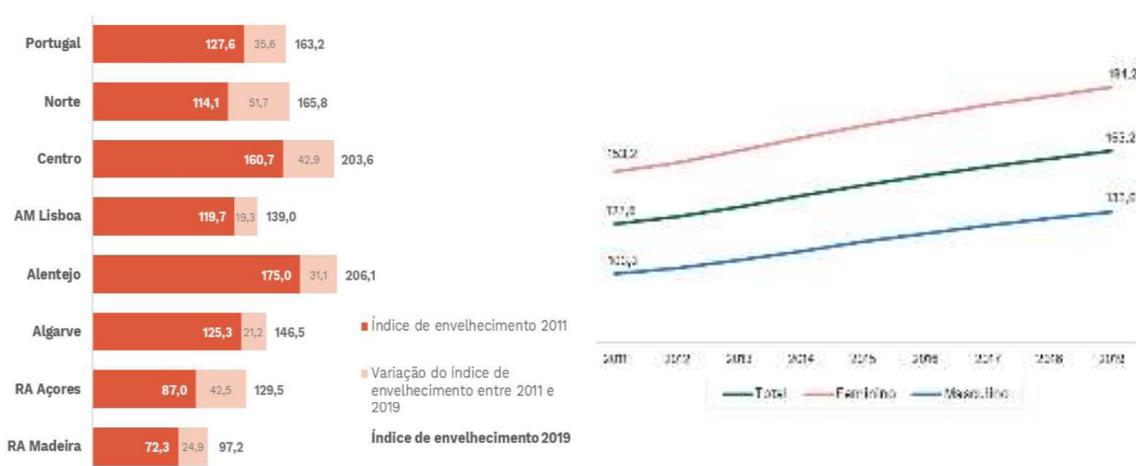


Figura 10. Pirâmides etárias, Portugal, 2009 e 2019

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

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

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



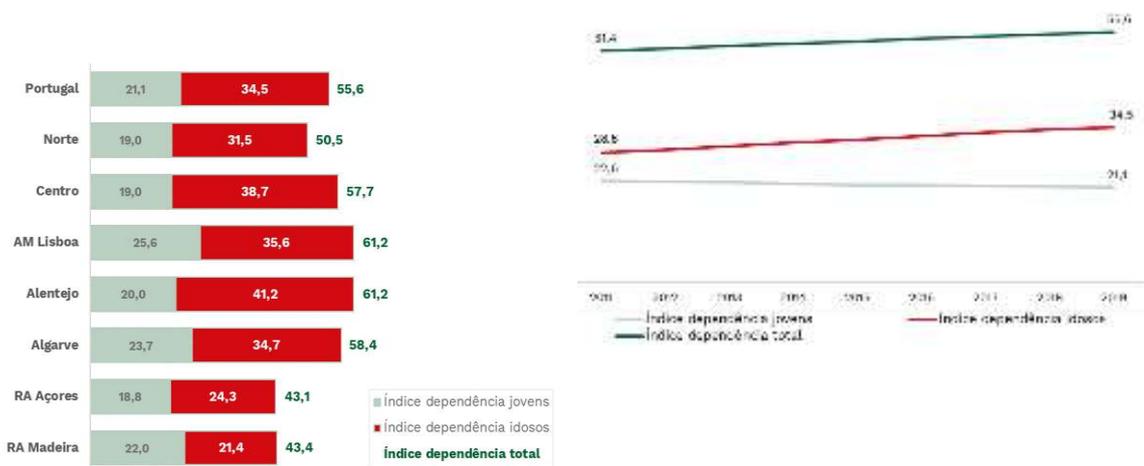
AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

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

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

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

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



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

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

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

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

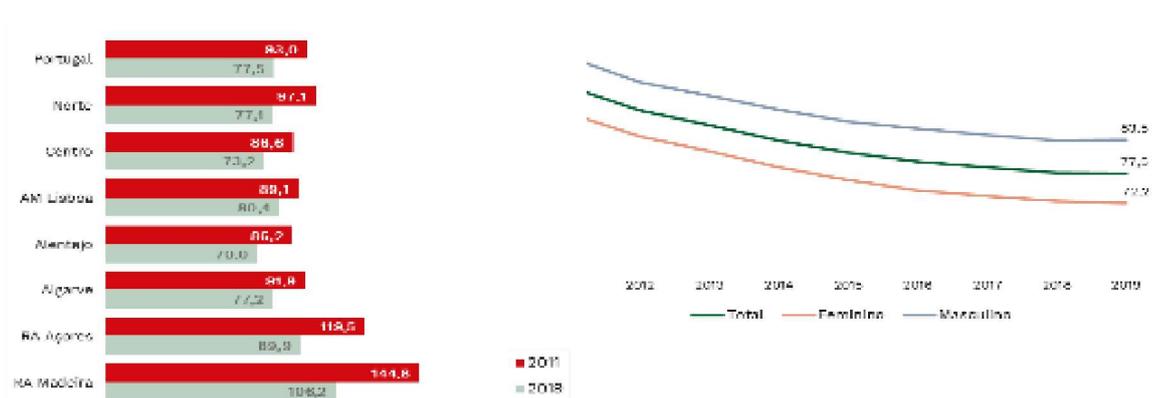


AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ISF – Índice sintético de fecundidade

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

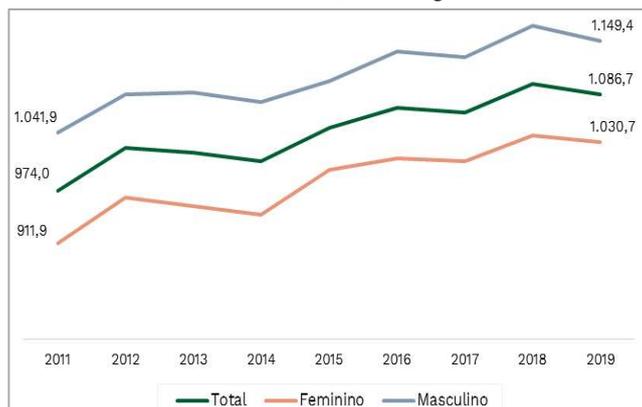
TMP (<75) – taxa de mortalidade padronizada pela idade em idade prematura (idade inferior a 75 anos) (por 100.000 habitantes)

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

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

M – sexo feminino | H – sexo masculino

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



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

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

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

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

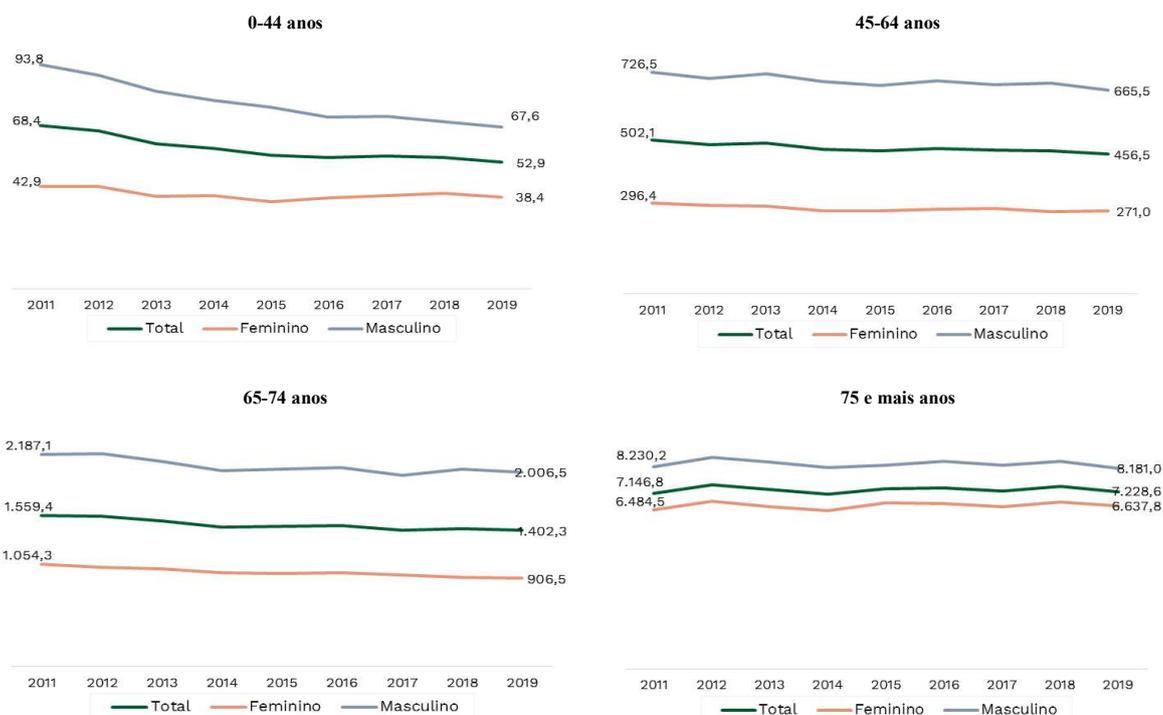


Figura 17. Evolução da taxa bruta de mortalidade (por 100.000 habitantes) específica por grupos etários (0-44 anos, 45-64 anos, 65-74 anos e 75 e mais anos) em Portugal, por sexo, 2011-2019

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

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

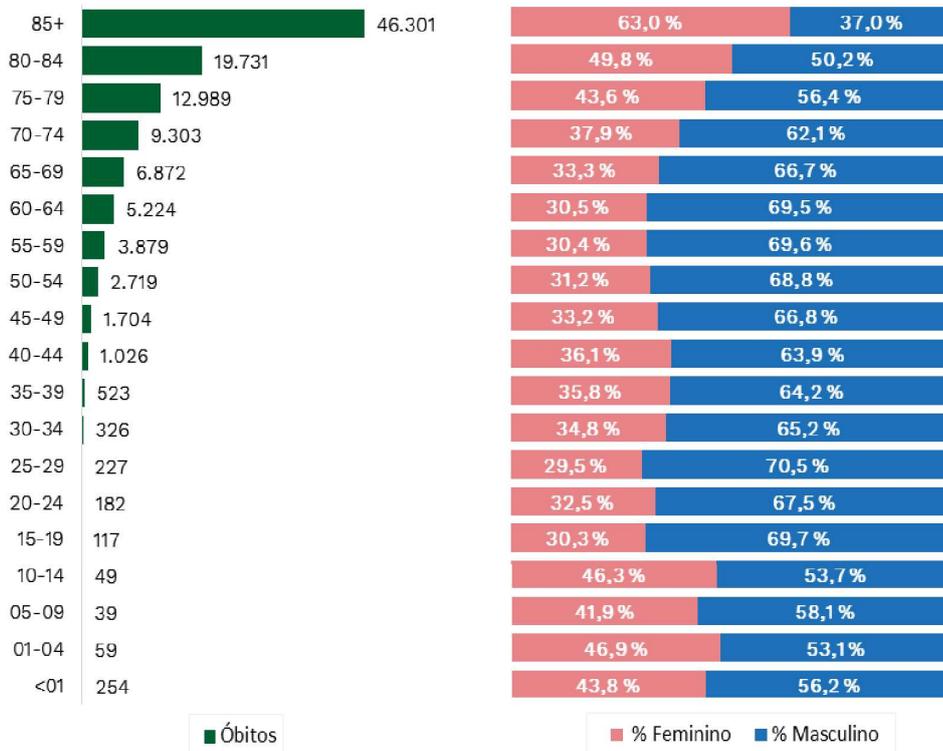


Figura 18. Distribuição da média anual de óbitos por grupos etários quinquenais e respetiva proporção por sexo, em Portugal, no triénio 2017-2019

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

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

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

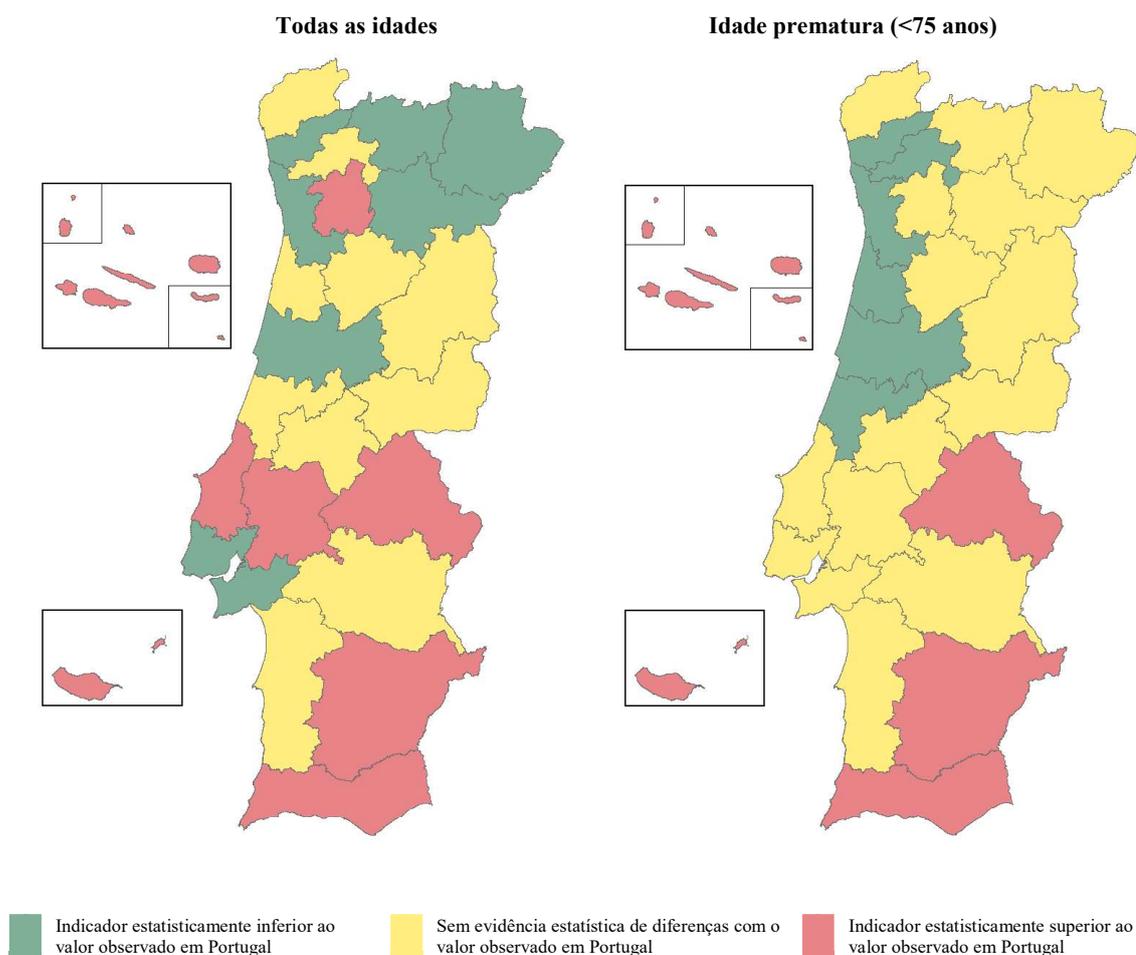
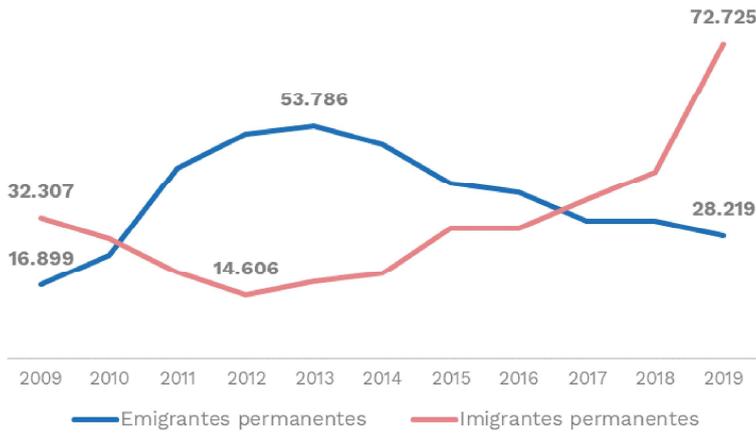


Figura 19. Taxa de mortalidade padronizada pela idade (por 100.000 habitantes), todas as idades e idade prematura (inferior a 75 anos), nas NUTS III de Portugal Continental, ambos os sexos, triénio 2017-2019

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

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

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



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

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

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

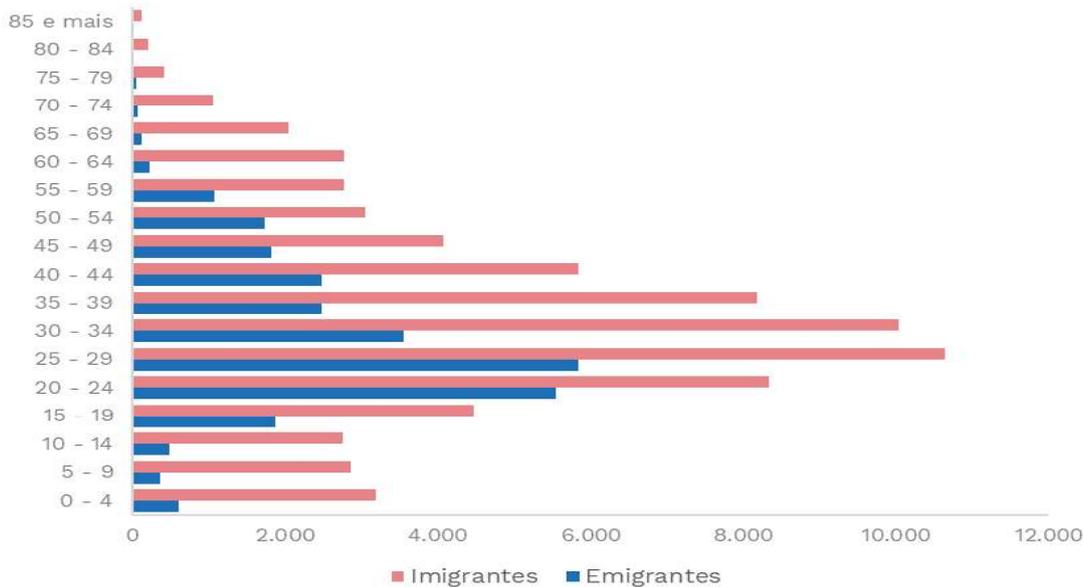


Figura 21. Distribuição do número de emigrantes permanentes e de imigrantes permanentes por grupo etário em Portugal, 2019

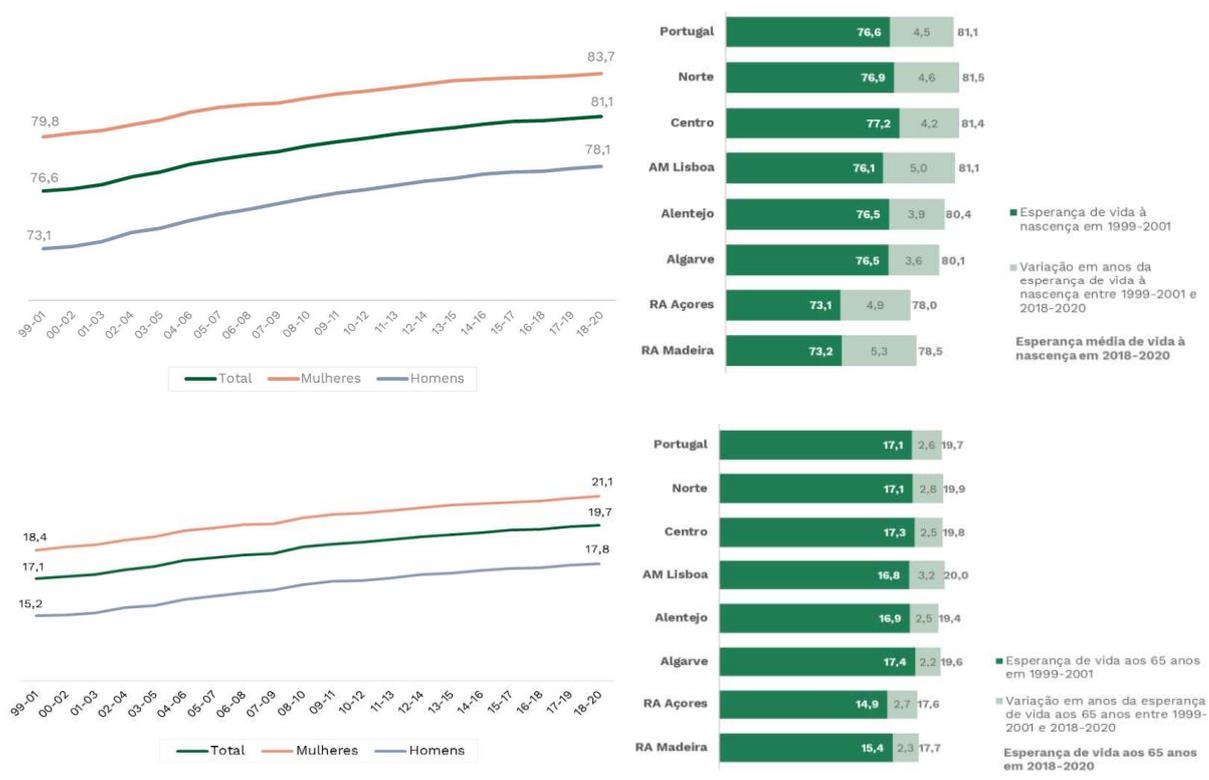
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

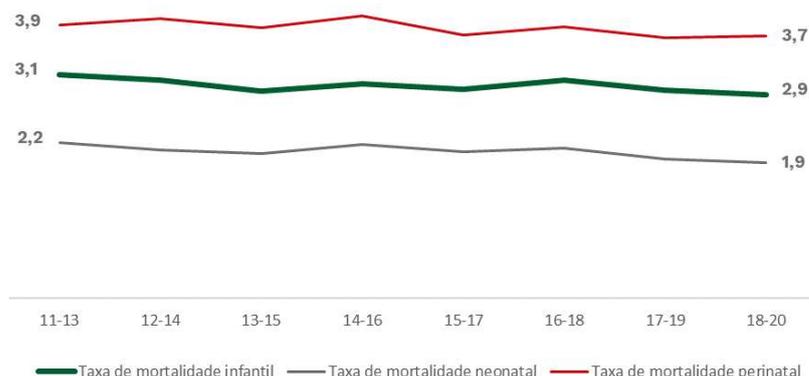


Figura 23. Evolução das taxas (por 1.000 nados-vivos) de mortalidade infantil, de mortalidade neonatal e de mortalidade perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal, 2011-2013 a 2018-2020

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

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

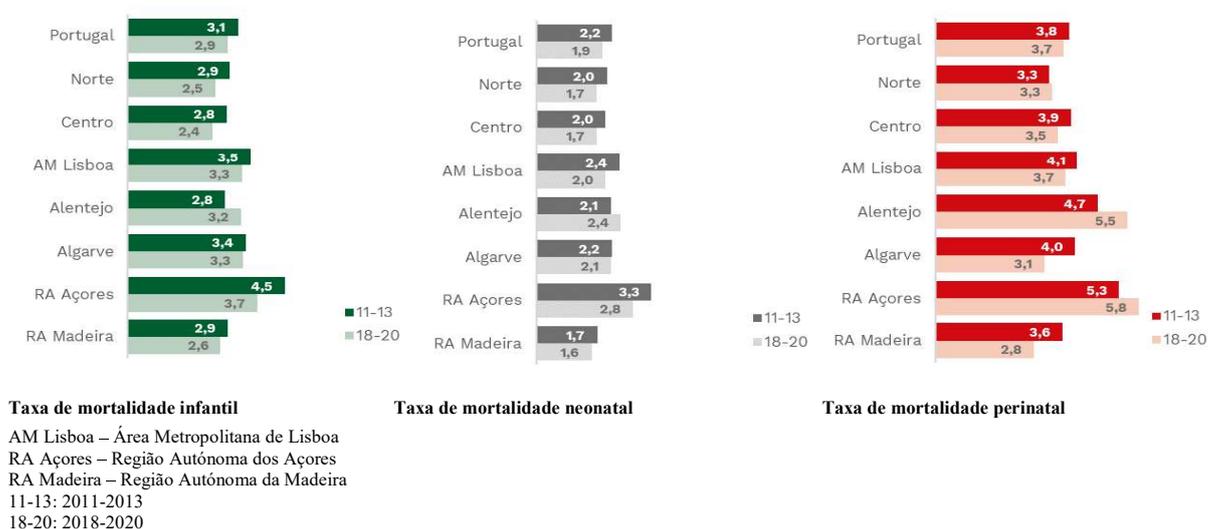


Figura 24. Taxa de mortalidade (por 1.000 nados-vivos) infantil, neonatal e perinatal (incluindo fetos mortos de 28 ou mais semanas) em Portugal e NUTS II, 2011-2013 e 2018-2020

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

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

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

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

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

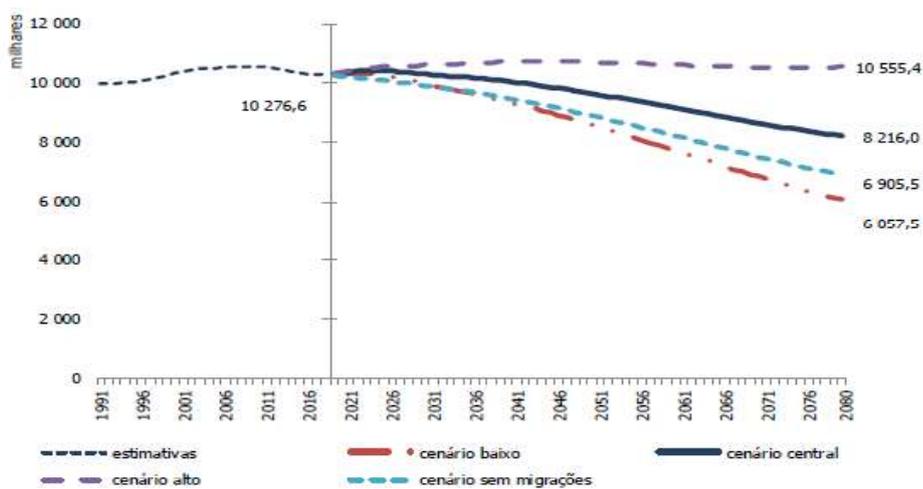


Figura 25. Estimativas e projeções por cenários da população residente em Portugal, 1991-2080

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

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

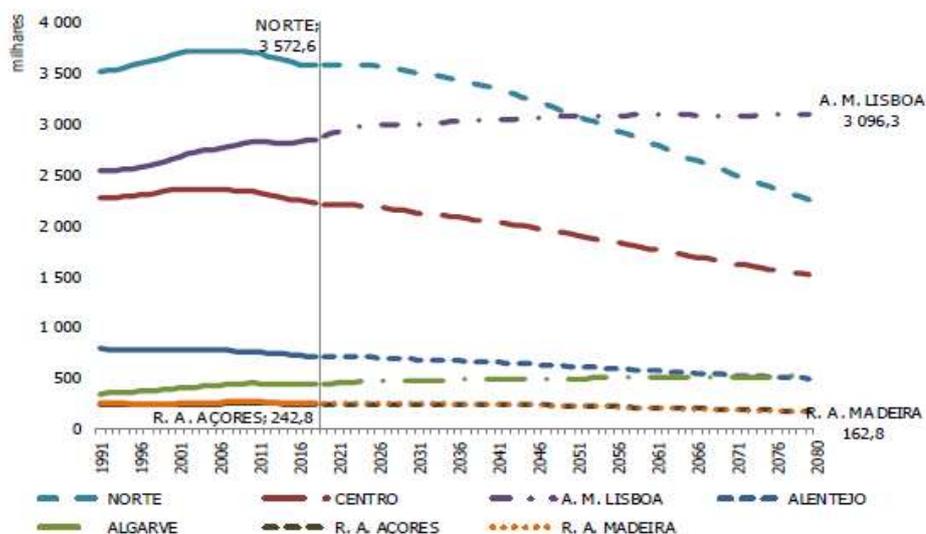


Figura 26. Estimativas e projeções (cenário central) da população residente nas regiões NUTS II, 1991-2080

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

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

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

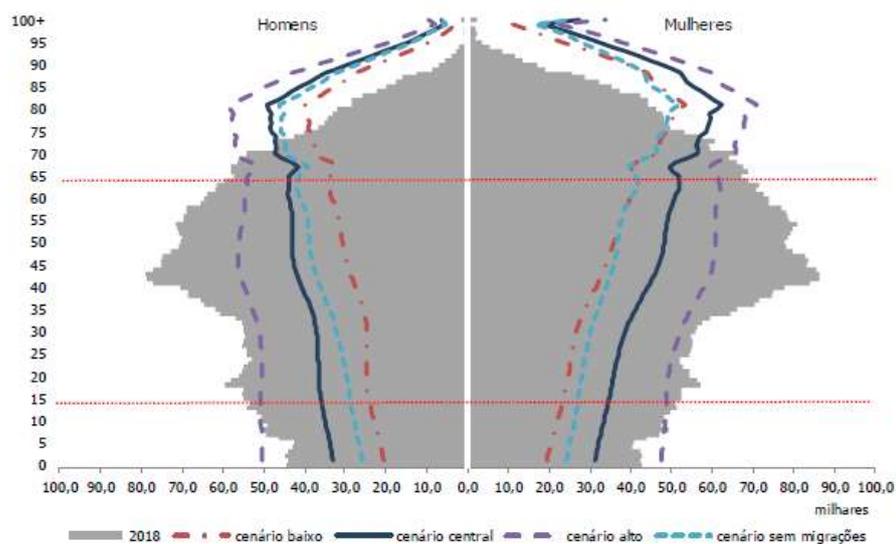


Figura 27. Pirâmide etária, Portugal, 2018 (estimativas) e 2080 (projeções, por cenários)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal

3.2. Necessidades de Saúde em Portugal

3.2.1. O que nos diz a informação epidemiológica?

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

(Fernando Pessoa)

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

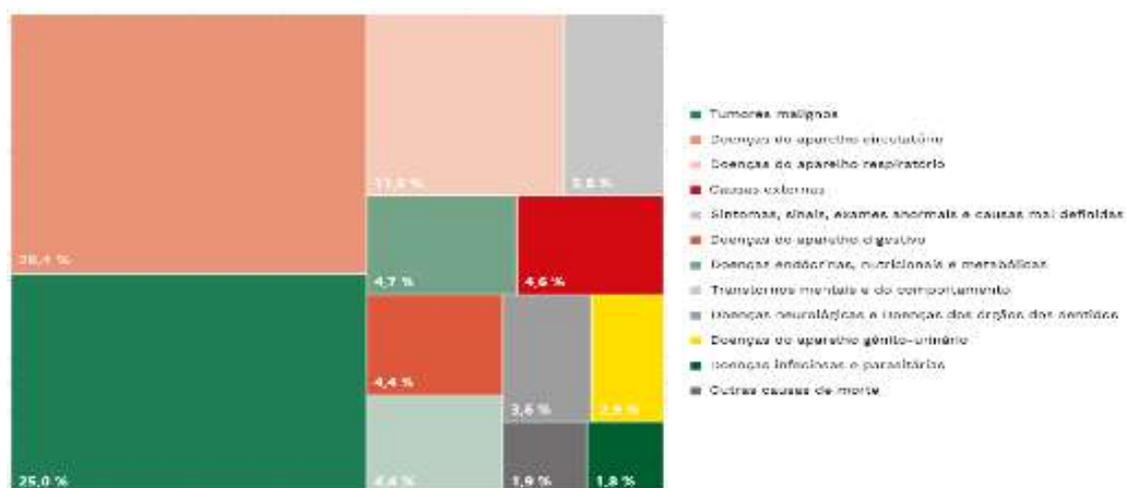


Figura 28. Mortalidade proporcional (%) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2017-2019

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

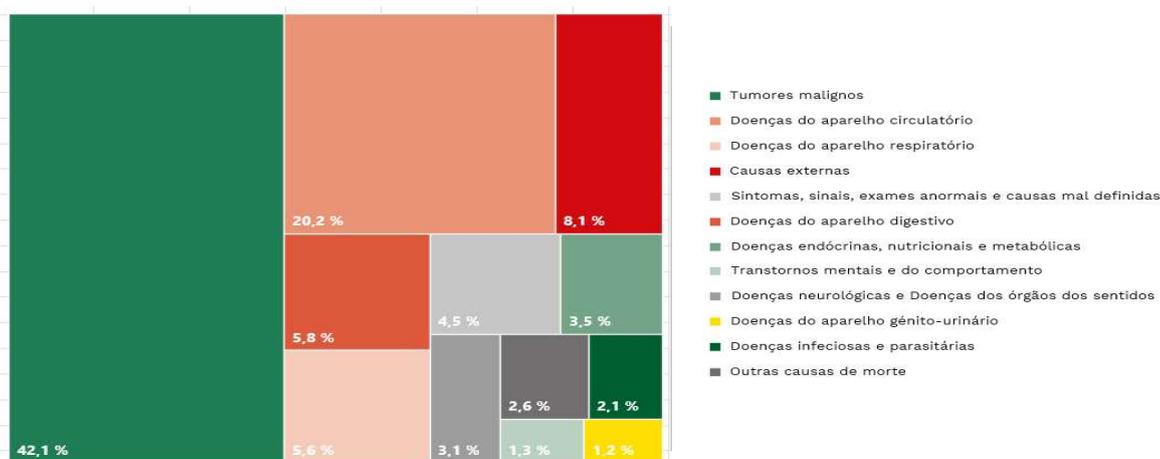


Figura 29. Mortalidade proporcional (%) prematura (idade inferior a 75 anos) em Portugal por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

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

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

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

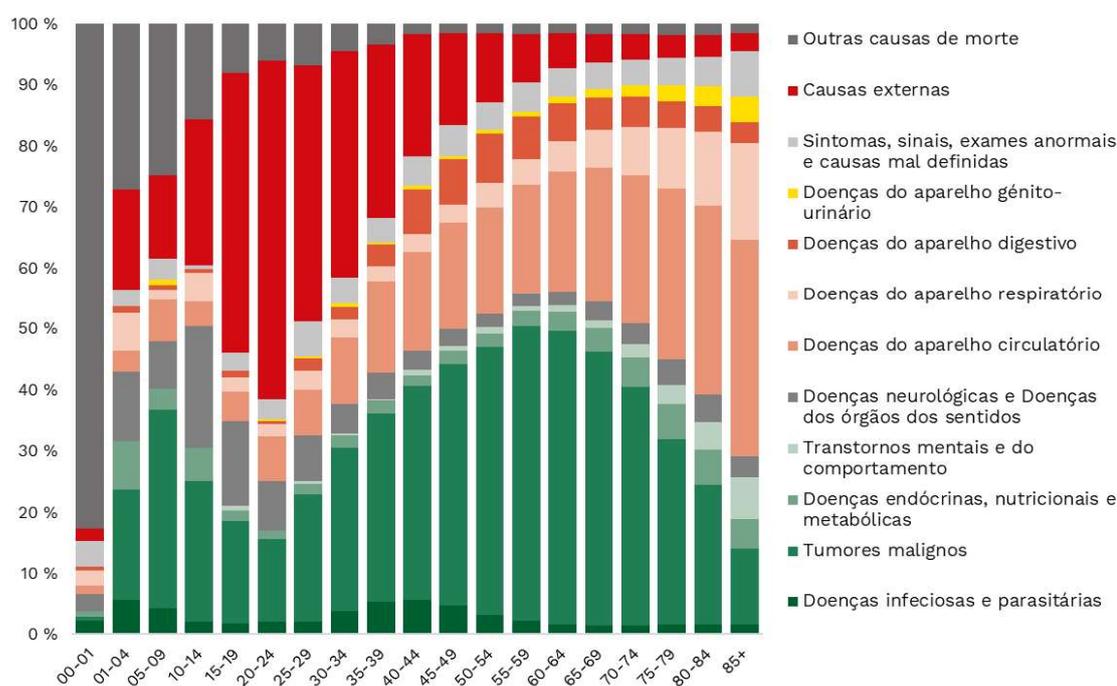


Figura 30. Distribuição percentual dos óbitos por grupos etários quinquenais em Portugal, por grandes grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2017-2019

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

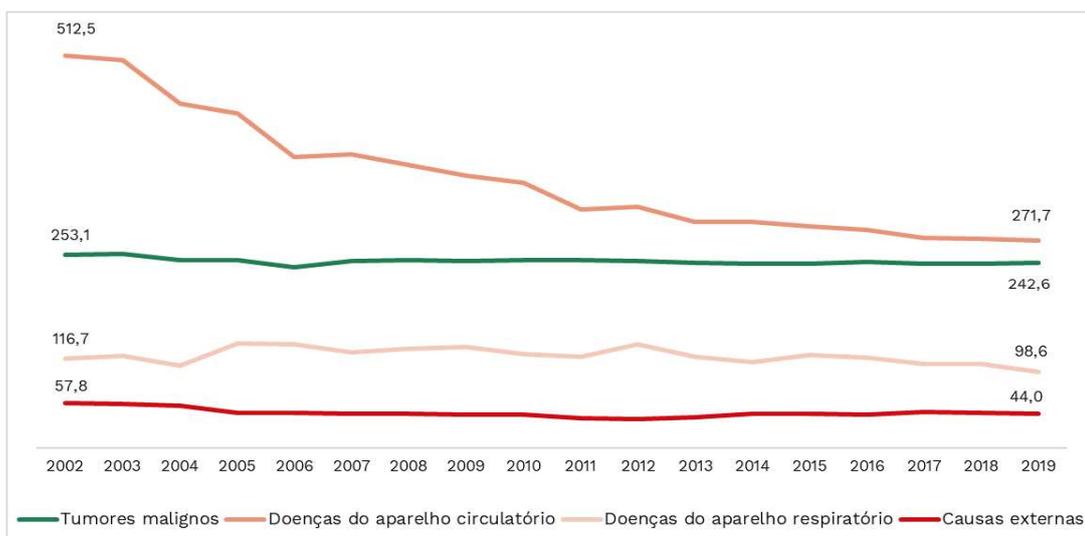


Figura 32. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, todas as idades, ambos os sexos, 2002-2019

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

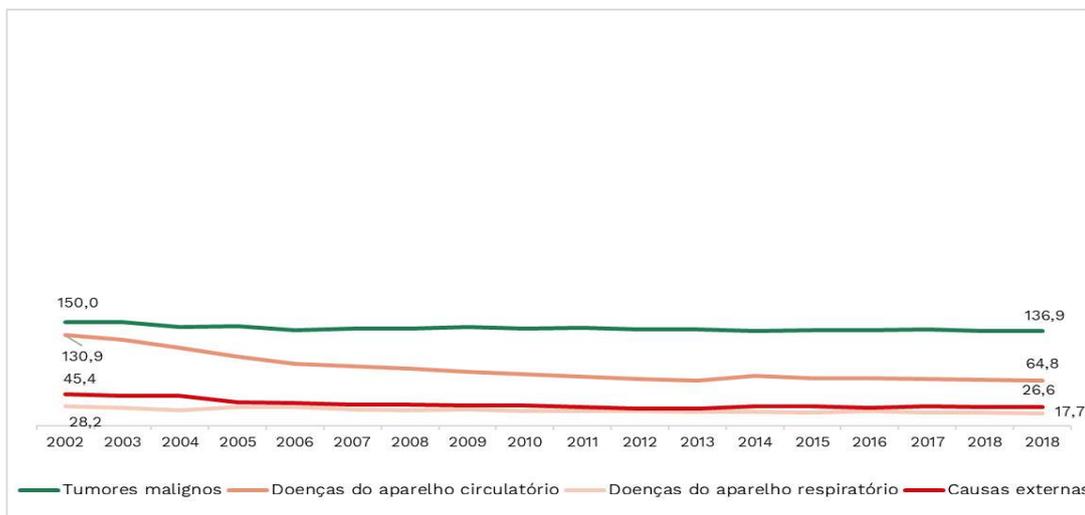


Figura 33. Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) padronizada pela idade em Portugal para os principais grupos de causas de morte, ambos os sexos, 2002-2019

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

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

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

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

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

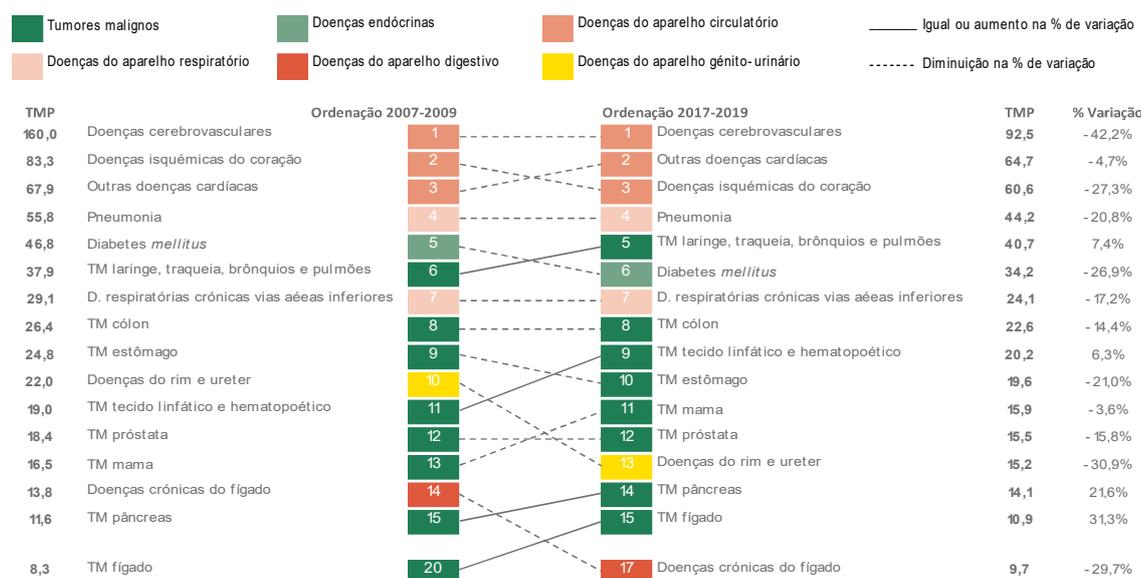
- **Causas externas (CE)** (Anexos 2.22. a 2.26): Dos 5.077 óbitos por CE registados em 2019 (taxa bruta de mortalidade de 49,3 por 100.000 habitantes), 50,8 % dos óbitos por CE corresponderam a óbitos prematuros (62,2 % no sexo masculino e 32,7 % no sexo feminino), tendo esta proporção vindo a diminuir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

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

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

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

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



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

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

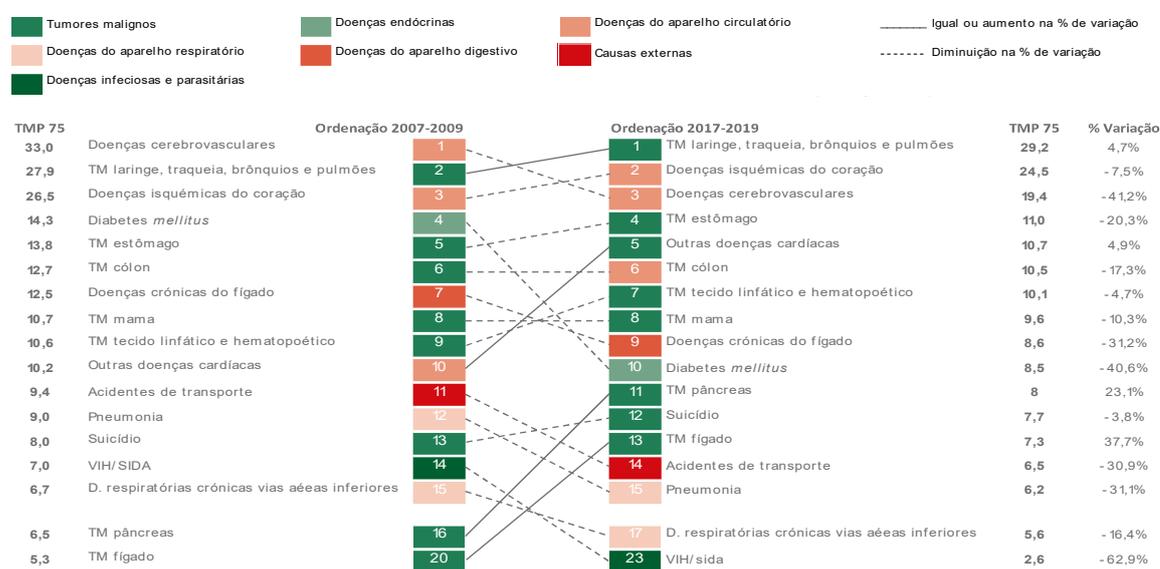
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

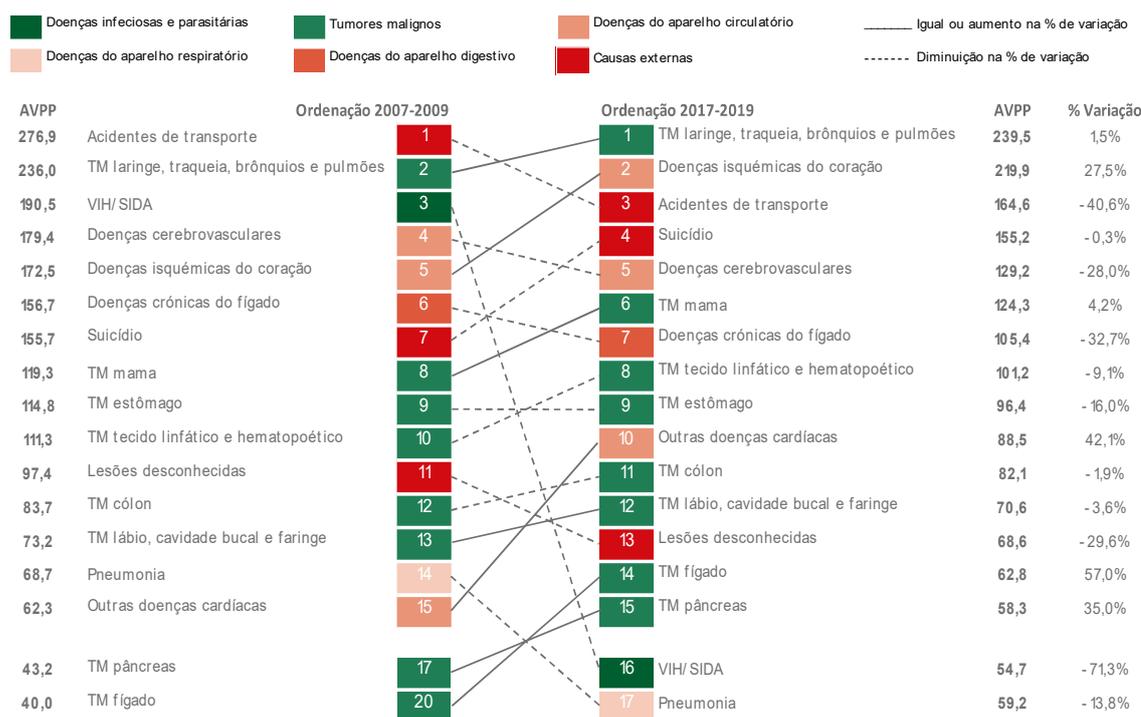
É, por outro lado, também, de salientar, como **favorável**, a redução acentuada da mortalidade padronizada prematura por VIH/SIDA (-62,9 %, sobretudo, à custa do **sexo masculino** com -63,7%), diabetes *mellitus* (-40,6 % em ambos os sexos e -45,6 % no **sexo feminino**) e acidentes de transporte (-30,9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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

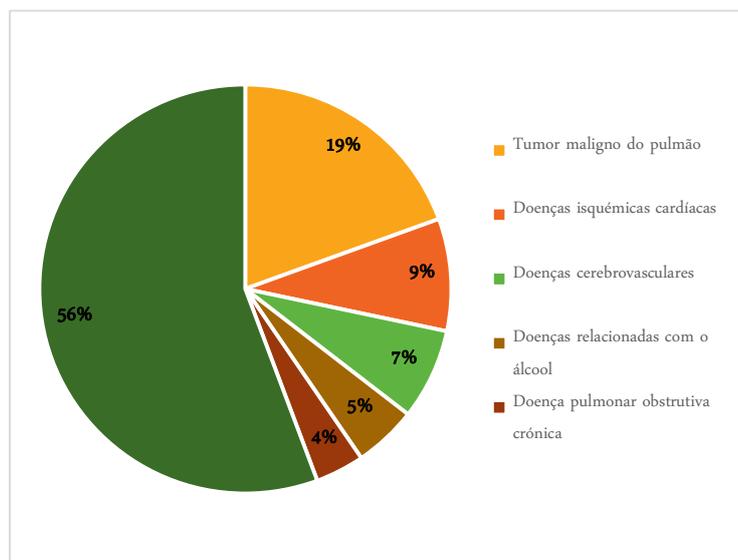
No **sexo feminino**, salienta-se, ainda, o TM da mama, que se mantém como a causa da taxa de AVPP mais elevada neste sexo e com variação desfavorável entre os triénios em análise (Anexo 2.31).

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

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

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

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



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

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

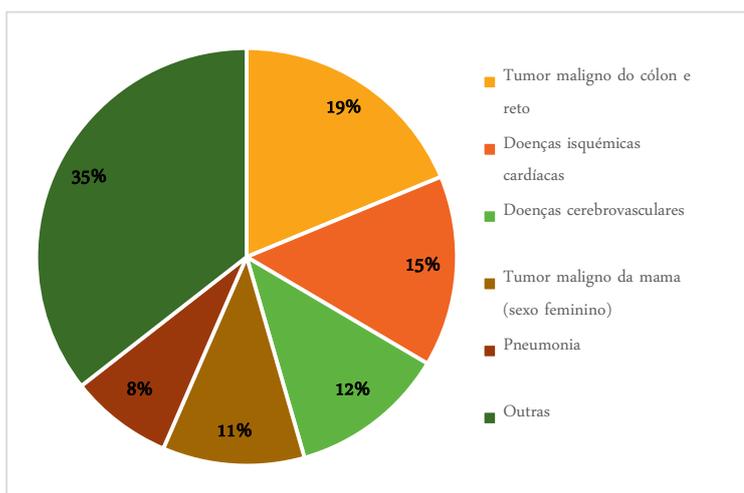
Fonte: Eurostat, 2018. Tratamento de dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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

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

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

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



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

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

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

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

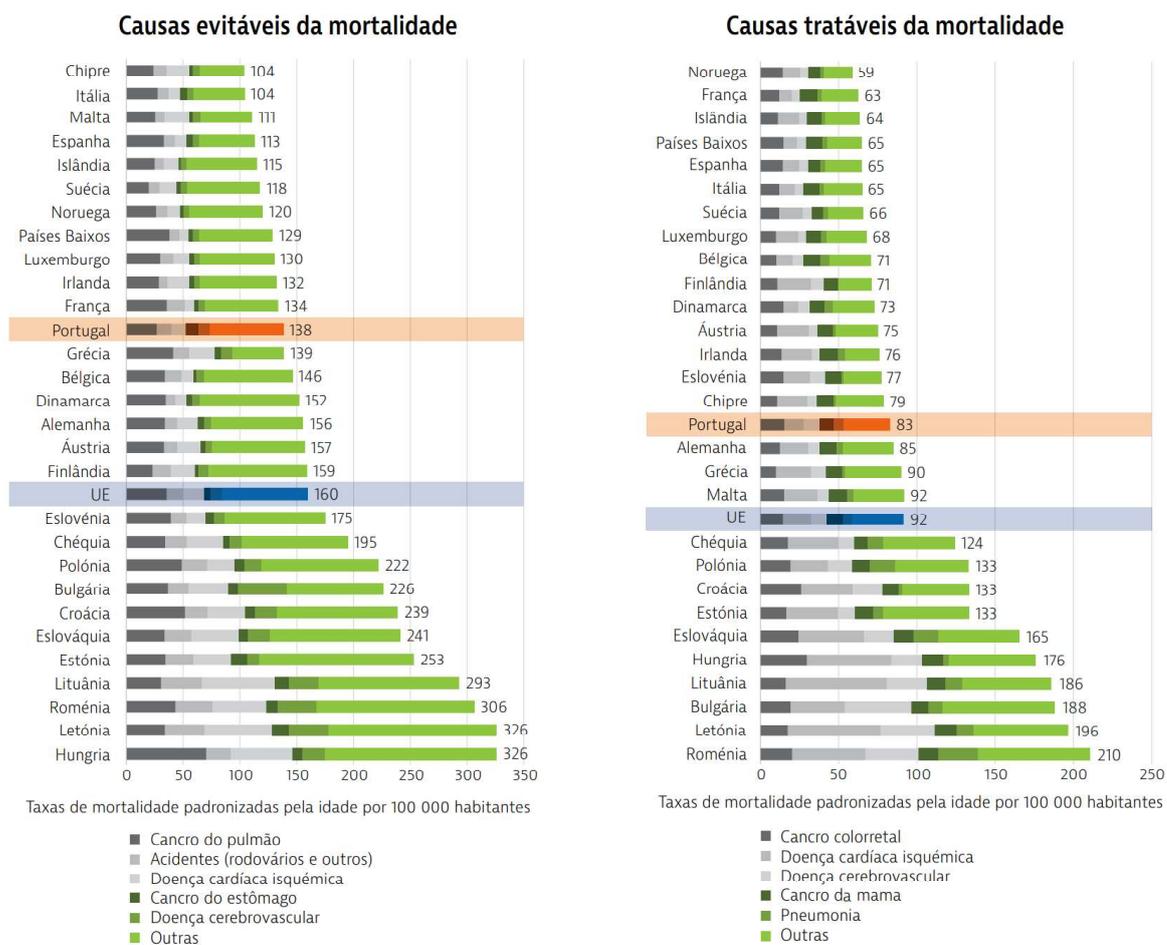


Figura 39 Principais causas evitáveis e tratáveis de mortalidade na União Europeia e respetivos países membros

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

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

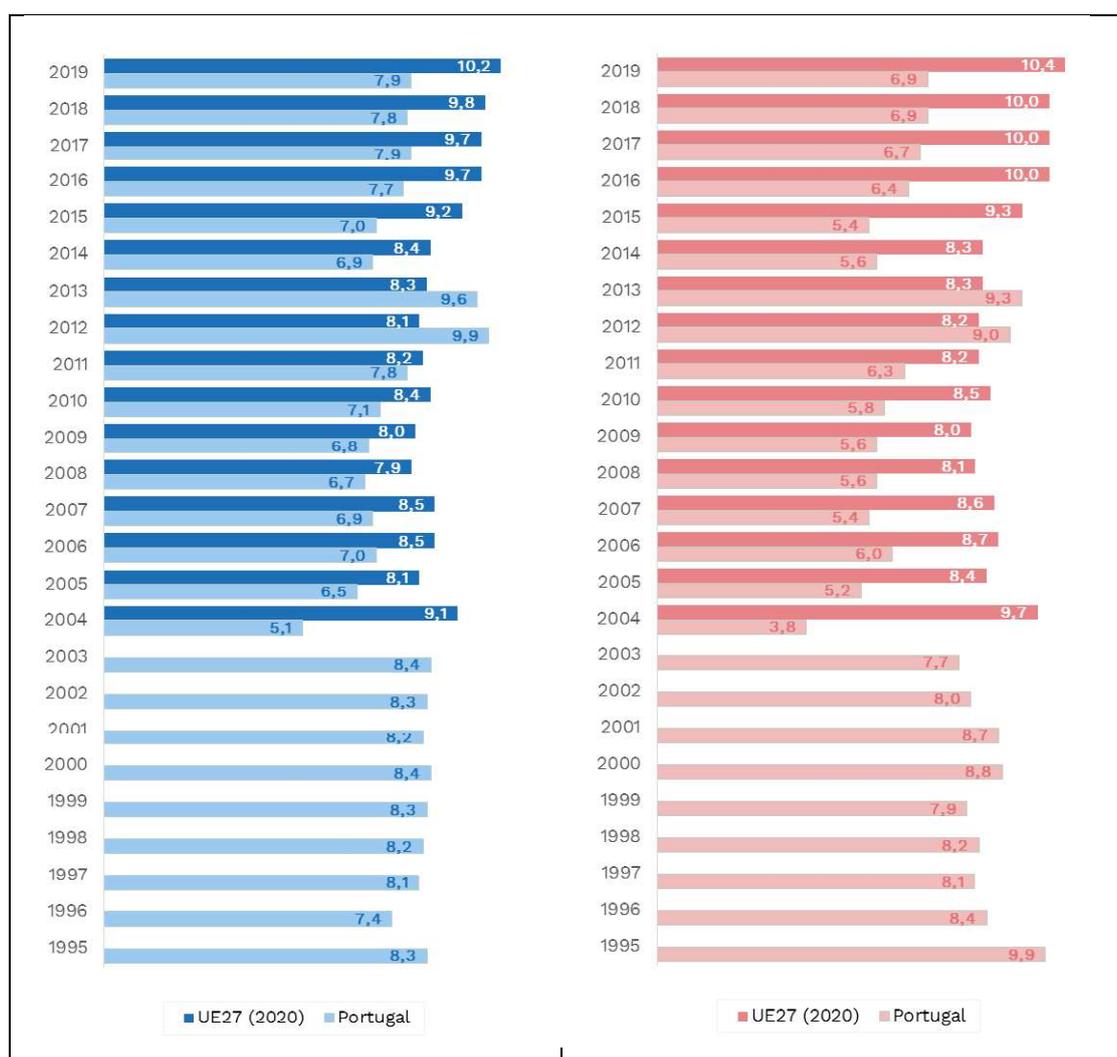


Figura 40. Anos de vida saudável aos 65 anos por sexo (masculino à esquerda e feminino à direita), Portugal e União Europeia (valor médio), 1995-2019

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

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

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

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

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

- Anos de vida saudável à nascença por sexo

– Média da UE (2019) (21):

Homens: 64,2 anos

Mulheres: 65,1 anos



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

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

“Os meus males, ninguém mos adivinha...

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

(Florbela Espanca)

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

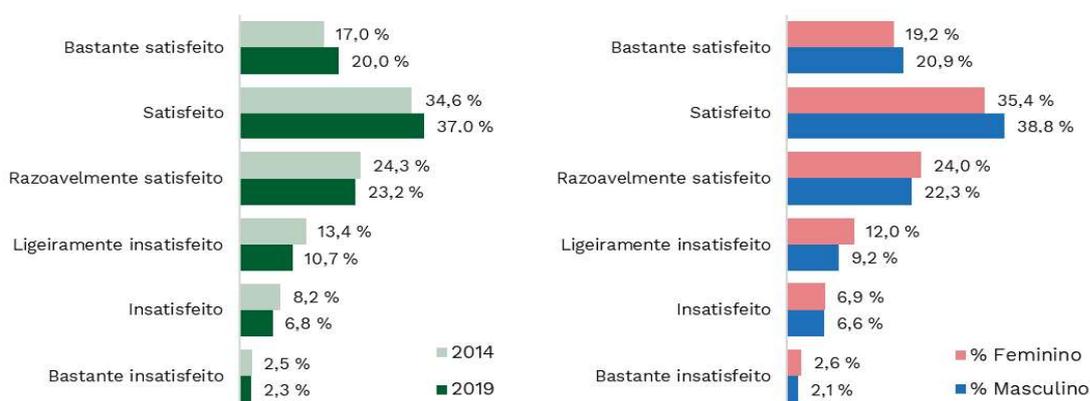


Figura 42. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por grau de satisfação com a vida, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda), e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita)

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

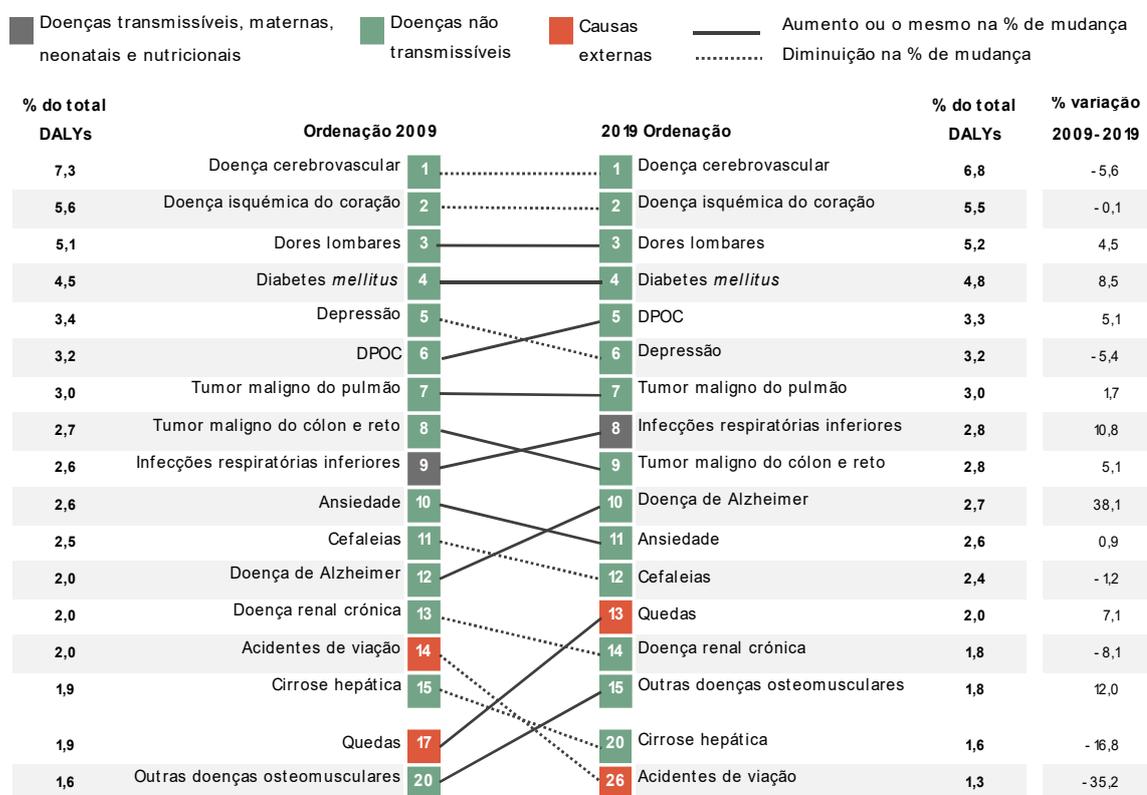
Os **DALYs** (*Disability Adjusted Life Years*), correspondendo aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade, são uma importante medida-resumo do estado de saúde da população.

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

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

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

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



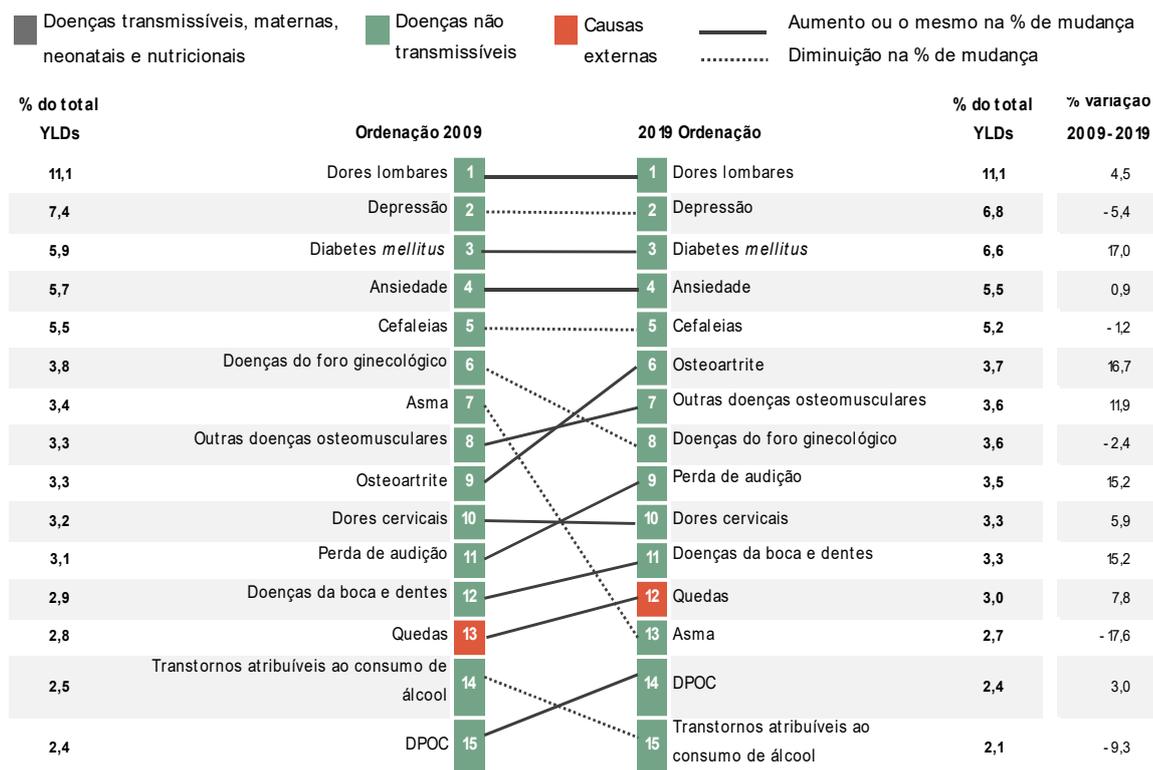
% variação – variação percentual da taxa de DALYs por 100.000 habitantes entre 2009 e 2019

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

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

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

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



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

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

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

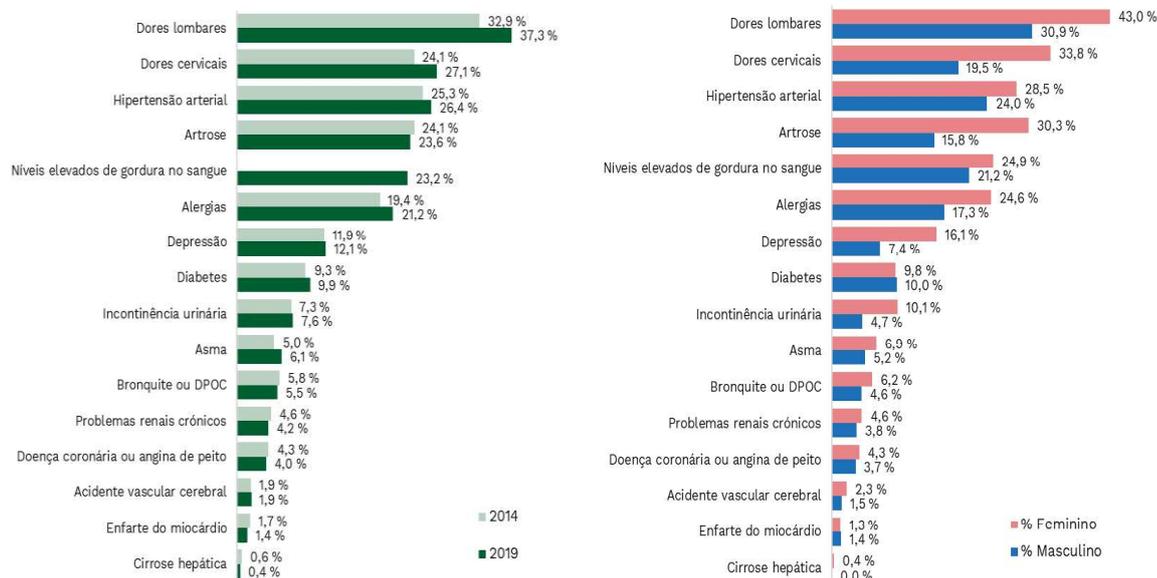


Figura 45. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade por tipo de doença crónica autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019 (à esquerda) e por sexo, em Portugal, 2019 (à direita)

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

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

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

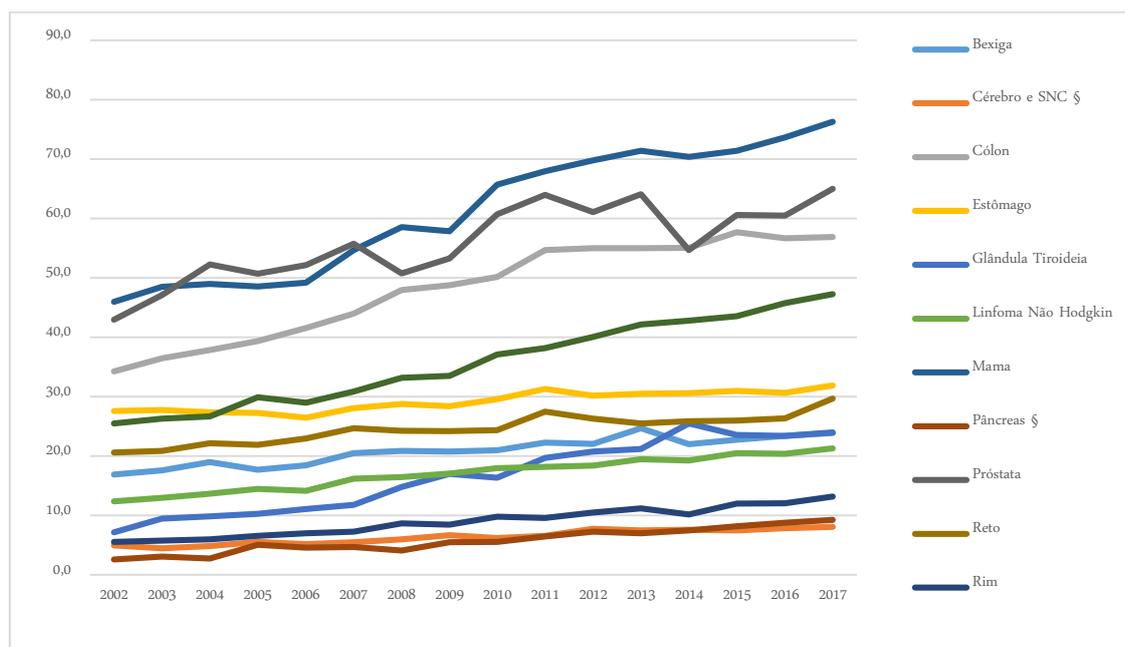
No âmbito da carga de doença associada à ansiedade e depressão nos adolescentes e jovens, salientamos os resultados da última ronda (2018) do estudo *Health Behavior in School Aged Children (HBSC)*, abrangendo adolescentes, alunos dos 6º, 8º, 10º anos e, nesta ronda de 2018, pela primeira vez, também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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Considerando o período de 5 anos, entre 2012 e 2017, observou-se o **maior crescimento da incidência** no mesmo tipo de tumores malignos, embora com percentagem de crescimento médio anual de diferentes magnitudes: tumor maligno do pâncreas (5,7 %/ano), 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

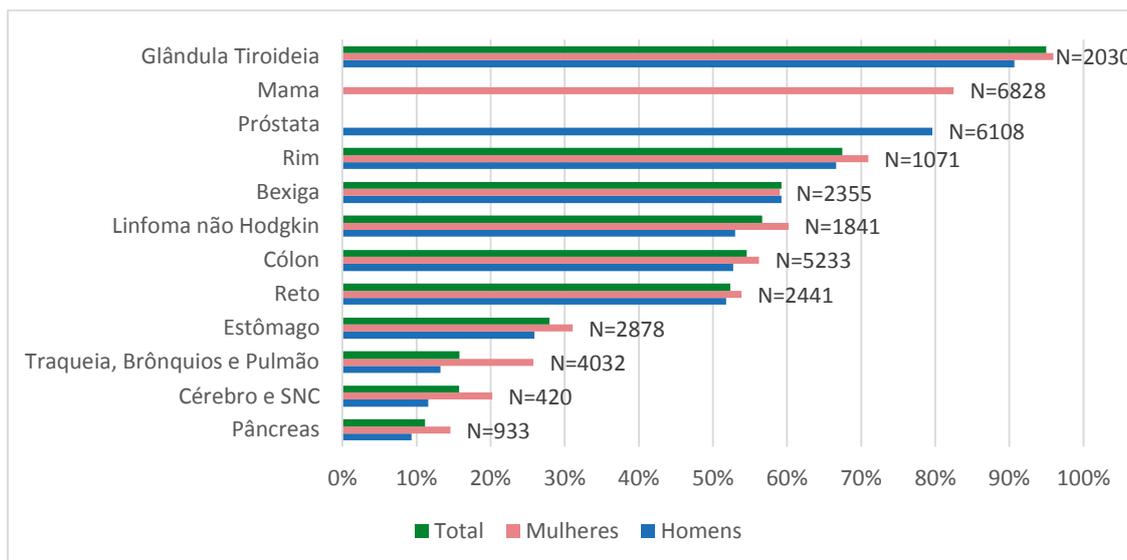
Fonte: Registos Oncológicos Regionais. Tratamento dos dados: Equipa PNS 21-30/DGS

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

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

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

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



SNS – Sistema Nervoso Central

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

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

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

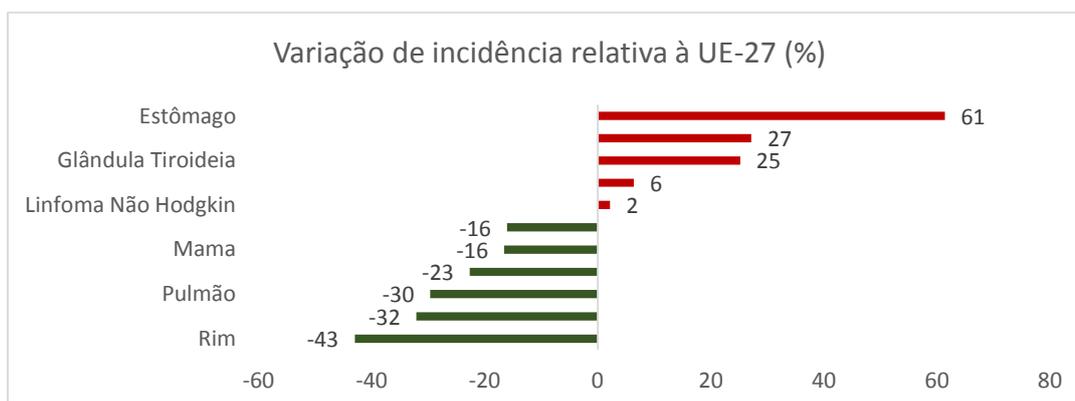
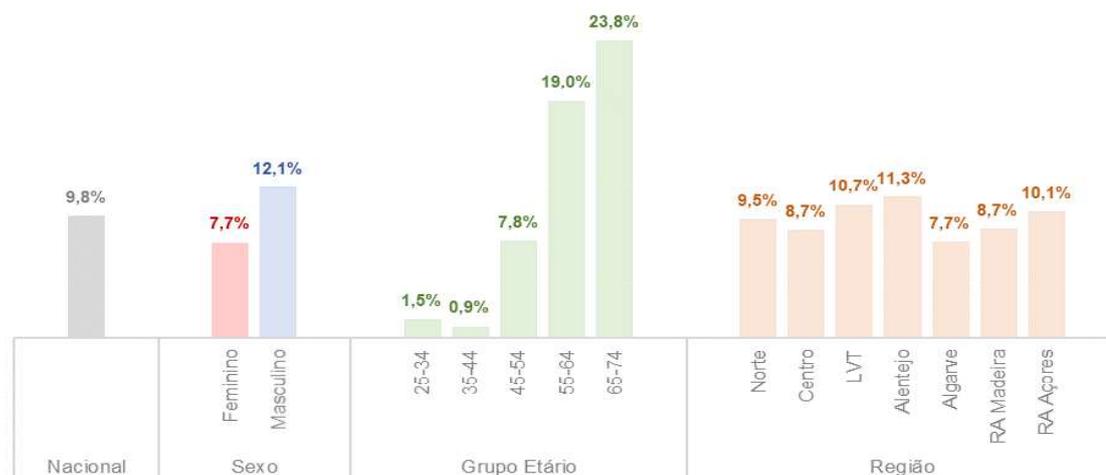


Figura 48. Diferença percentual de incidência padronizada pela idade de tumores malignos em Portugal, em 2020, relativamente à média dos países da União Europeia-27, por tipo de tumor maligno

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

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

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



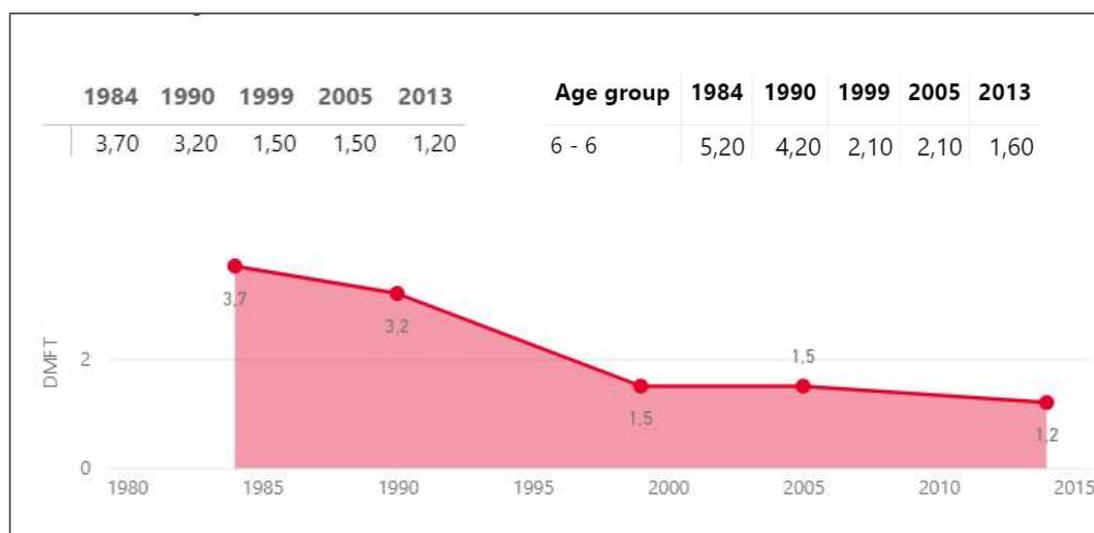
LVT - Lisboa e Vale do Tejo
 RA Madeira – Região Autónoma da Madeira
 RA Açores – Região Autónoma dos Açores

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

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

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

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



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

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

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

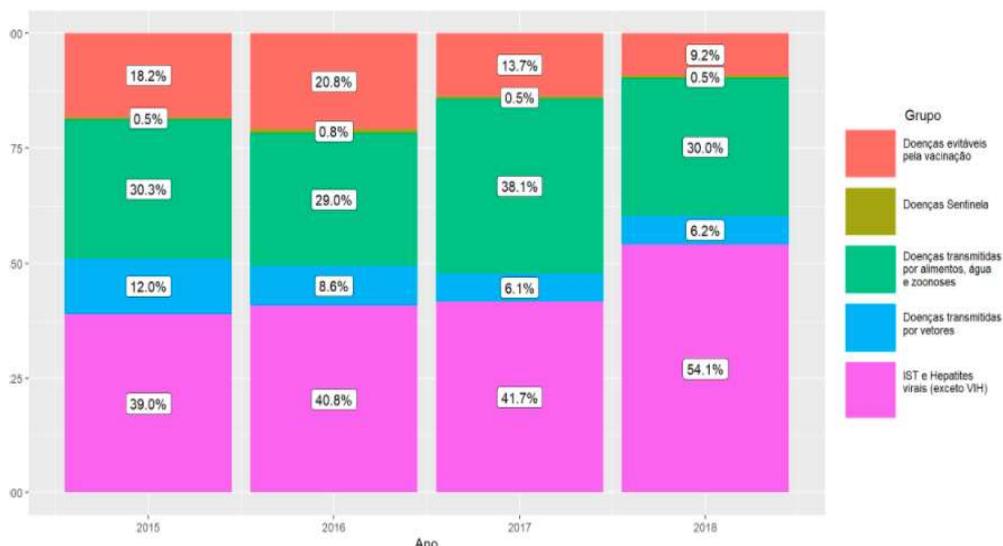
Fonte: Universidade de Malmö/WHO, Oral Health Country/Area Profile Project (32)

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

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

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

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



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

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

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

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

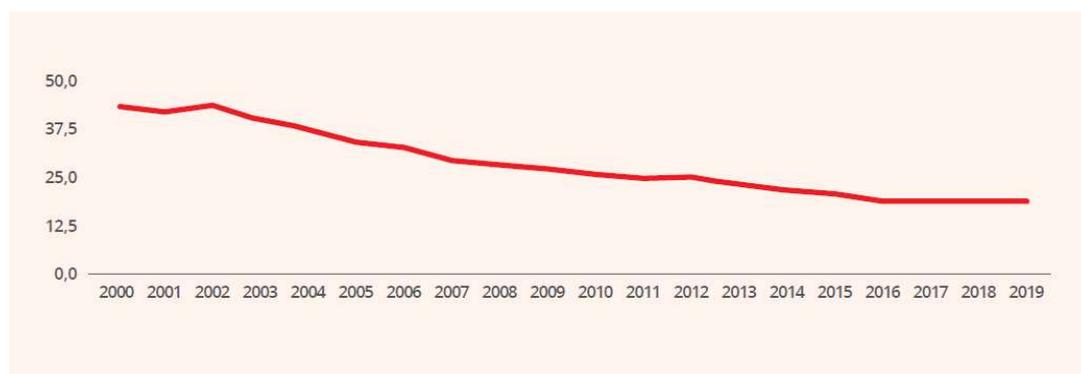


Figura 52 Evolução da taxa (por 100.000 habitantes) de notificação de tuberculose em Portugal, 2000-2019

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

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

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

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

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

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

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

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

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

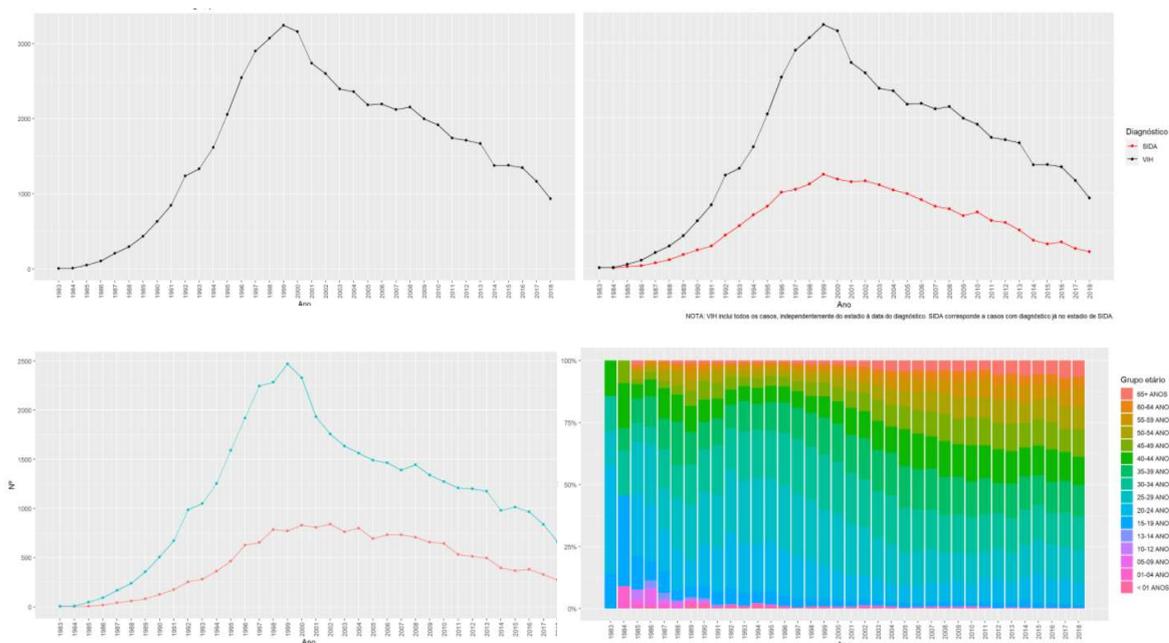


Figura 53. Evolução do número de novos casos de Infecção por Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) por ano (em cima à esquerda), por ano e sexo (em baixo à esquerda) e por ano e grupo etário (em baixo à direita) em Portugal, 1983-2018; evolução do número de novos casos de infeção por VIH e de SIDA (Síndrome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

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

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

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

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

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

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

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

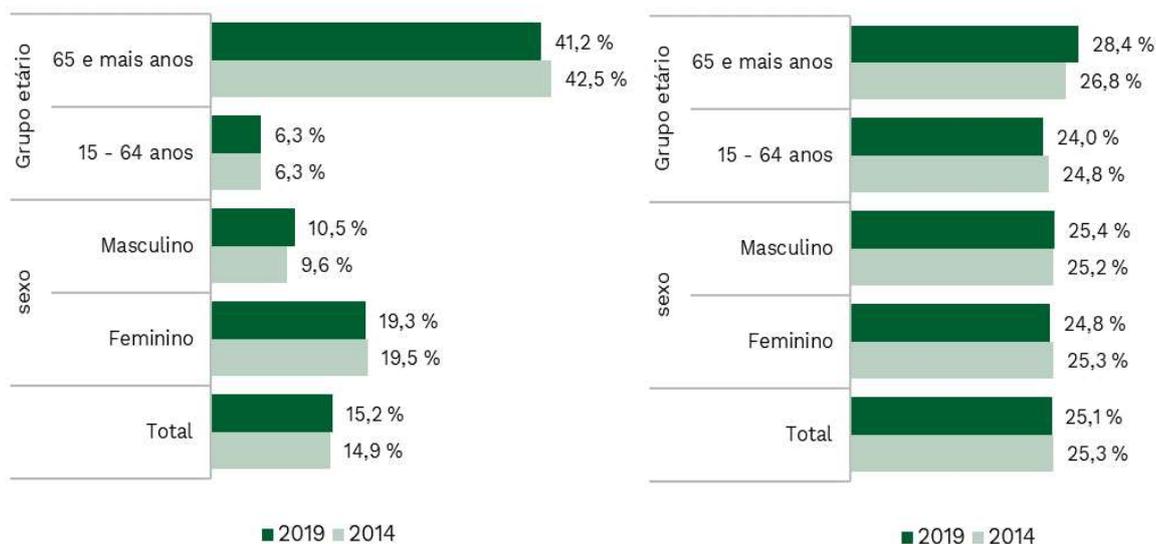


Figura 54. Proporção da população residente com 15 e mais anos de idade com pelo menos uma limitação (incapacidade) motora (à esquerda) ou sensorial (à direita) autodeclarada, em Portugal, 2014 e 2019, total, por sexo e por grandes grupos etários

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

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

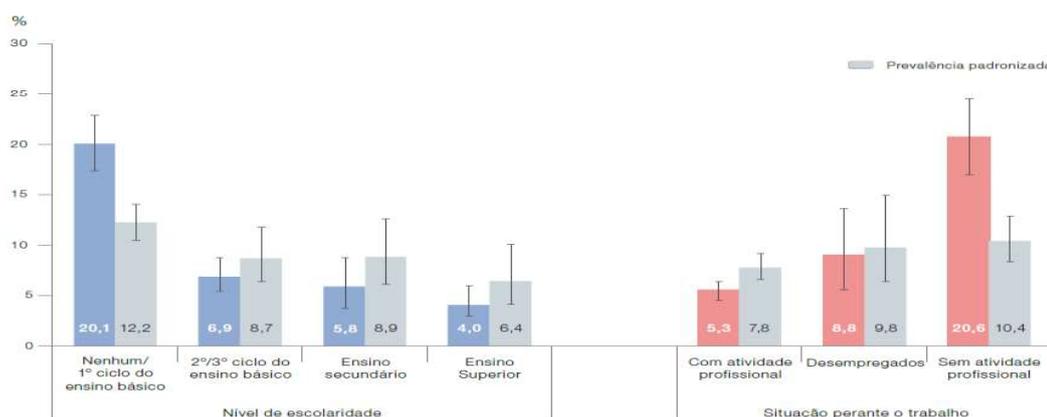


Figura 55. Distribuição da prevalência de diabetes autodeclarada na população residente em Portugal, com idade entre os 25 e os 74 anos, em 2015, por nível de escolaridade e situação perante o emprego

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

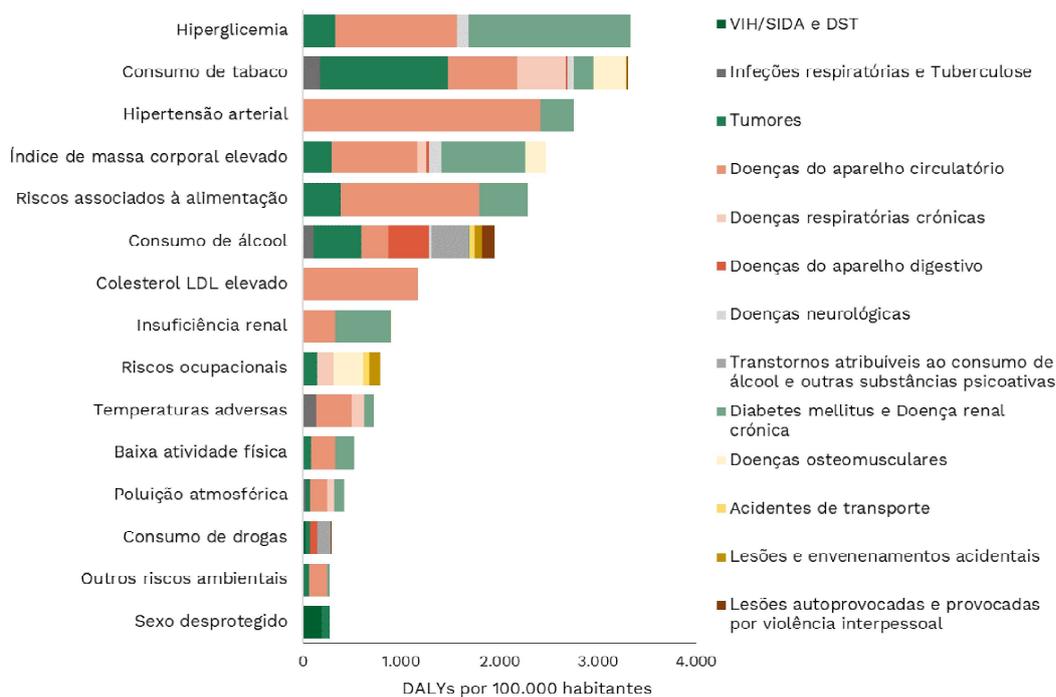
*“Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades,
Muda-se o ser, muda-se a confiança;
Todo o mundo é composto de mudança,
Tomando sempre novas qualidades.”*
(Luís de Camões)

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

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

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

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

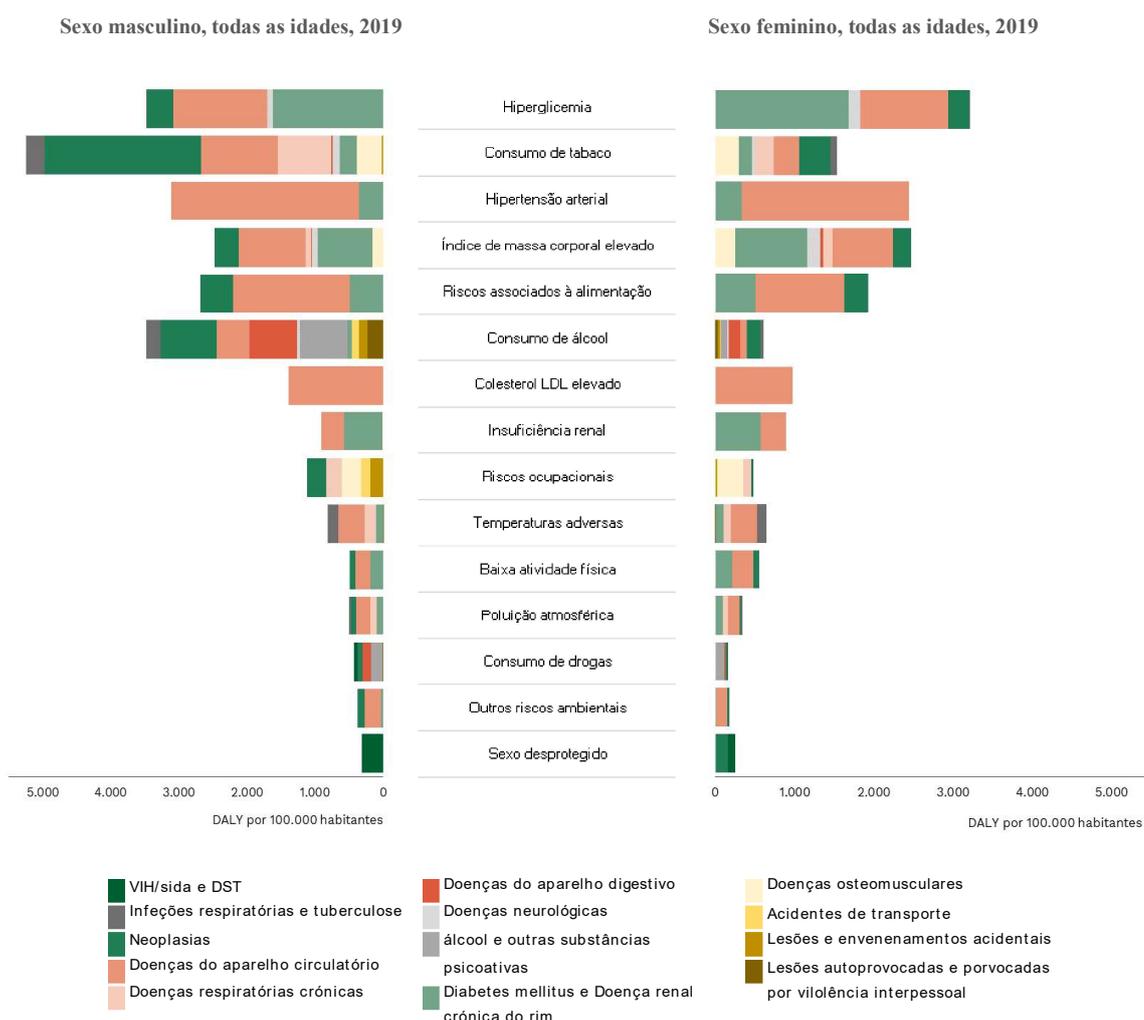


DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
 LDL – Lipoproteínas de baixa densidade
 VIH/SIDA – Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

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

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

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



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

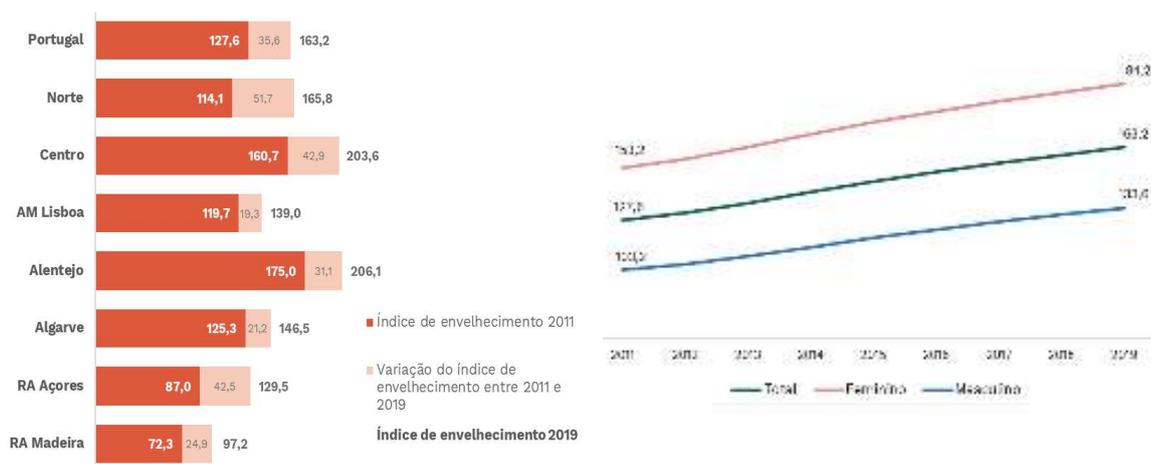
Figura 57. DALYs atribuíveis aos principais fatores de risco de morte prematura, doença e incapacidade, por doença, por sexo, em Portugal, 2019

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

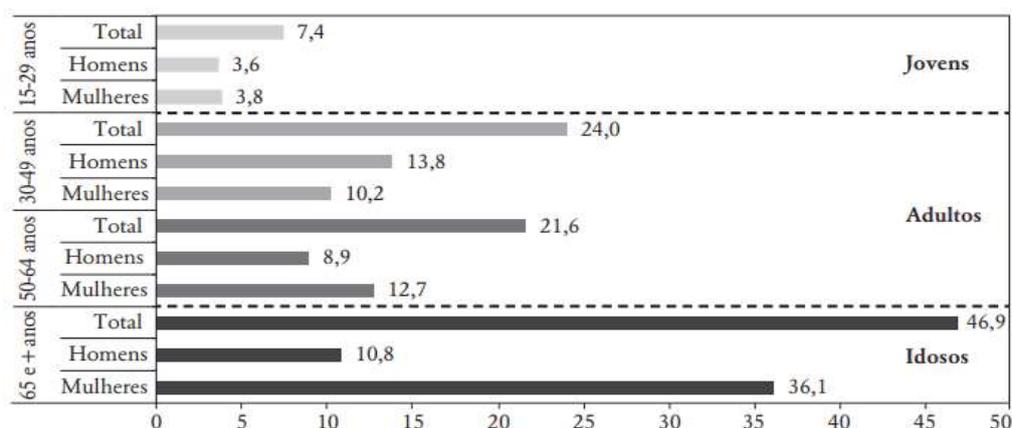


Figura 59. Distribuição percentual das pessoas sós em Portugal, por grupo etário e por sexo, 2011

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

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

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

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

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

Fonte: Vilaça, 2013 (48)

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

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

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

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

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

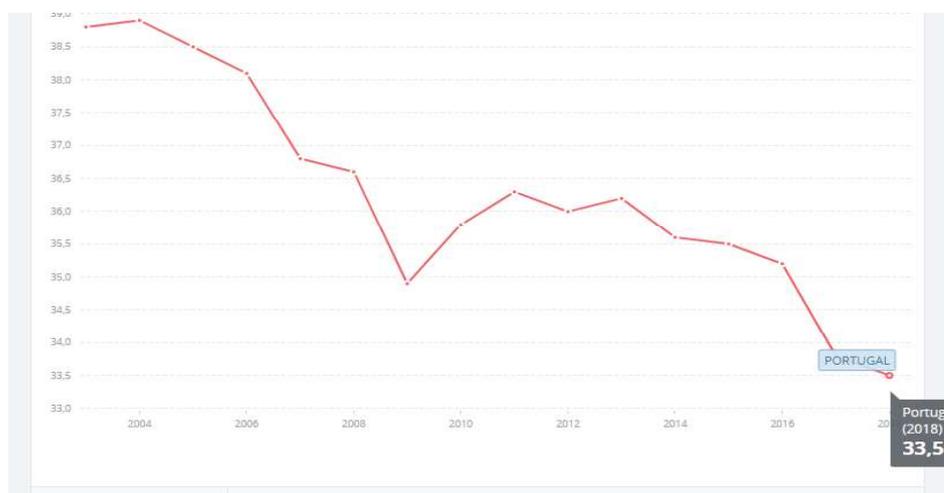


Figura 60. Evolução do índice de Gini em Portugal, 2003-2018

Fonte: Banco Mundial, 2020 (49)

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

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

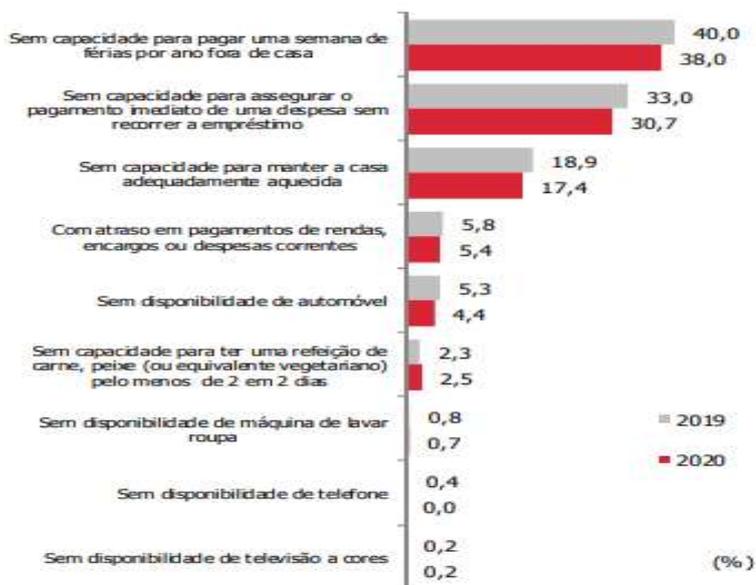
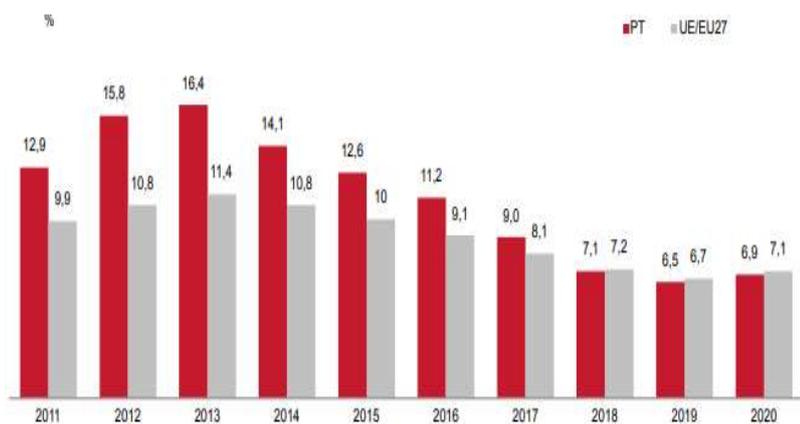


Figura 61. Distribuição percentual da população por itens de privação, material, em Portugal 2019-2020

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



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

PT – Portugal

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

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

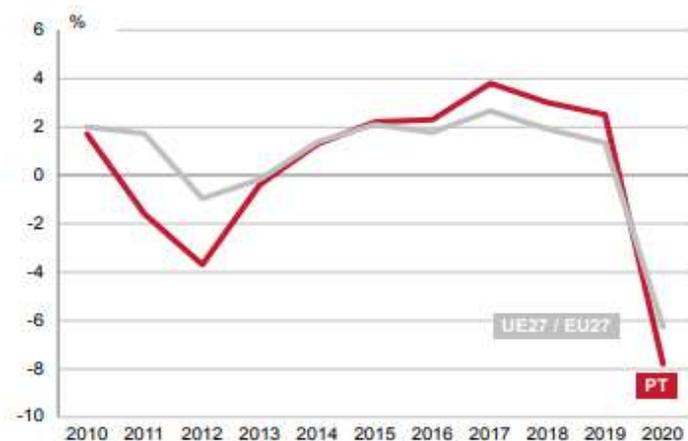
Fonte: Instituto Nacional de Estatística, IP - Portugal, 2021 (18)

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



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

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



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

PIB – Produto Interno Bruto

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

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

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

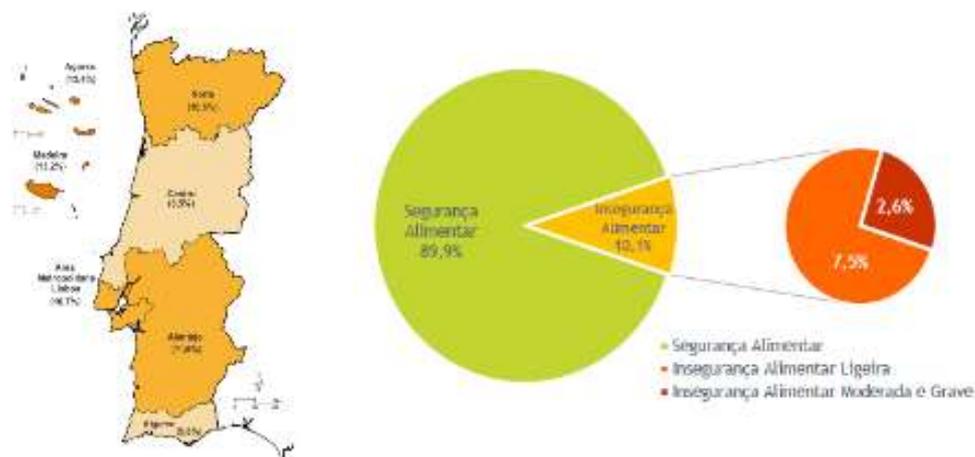
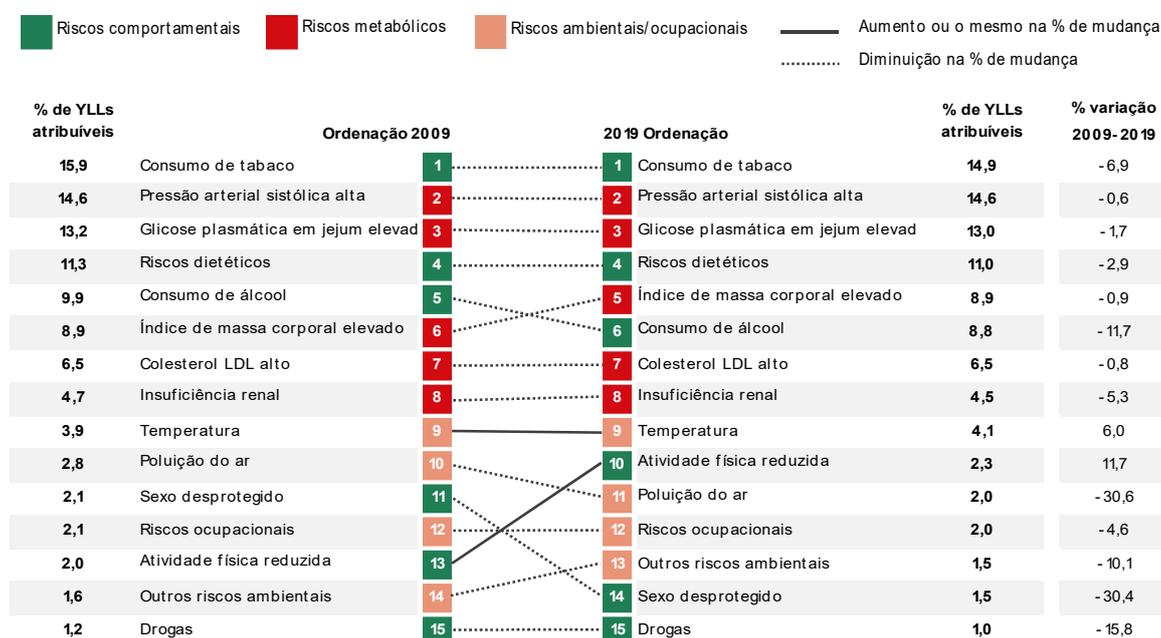


Figura 65. Prevalência (%) de Insegurança Alimentar, ponderada para a distribuição da população portuguesa, em Portugal e NUTS II, 2015-2016

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

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

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



LDL – Lipoproteínas de baixa densidade

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

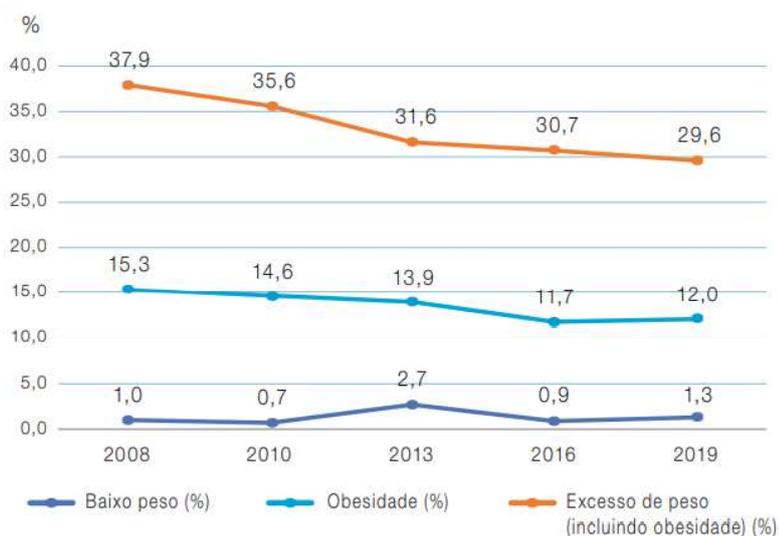
ODS 2: Erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar, melhorar a nutrição e promover a agricultura sustentável

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

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

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

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



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

COSI - Childhood Obesity Surveillance Initiative

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

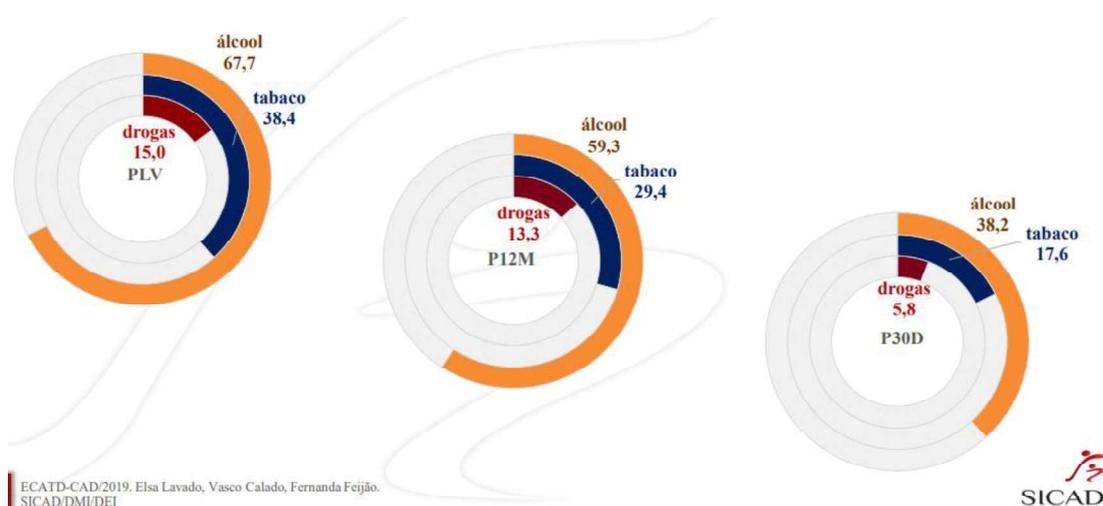
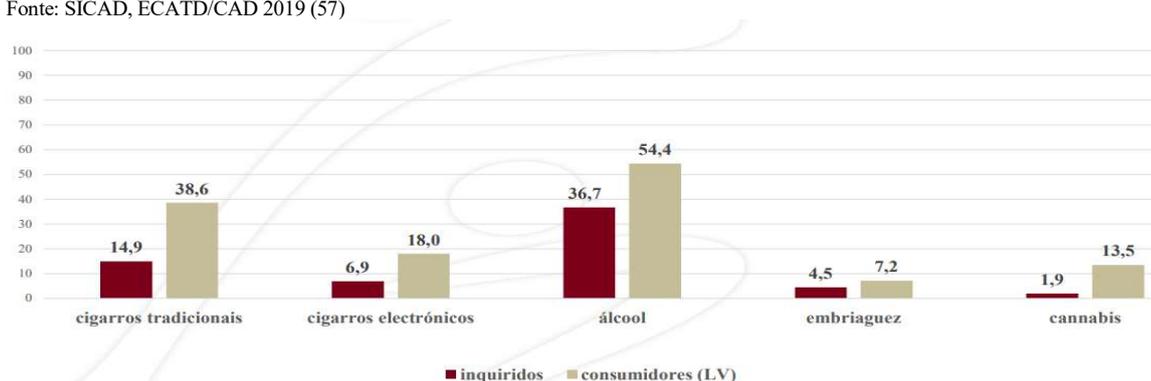


Figura 68. Prevalências (%) ao longo da vida (PLV), nos últimos 12 meses (P12M) e nos últimos 30 dias (P30D) de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, em Portugal, 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)



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

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

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)

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

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

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

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

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

²⁹ Bebidas alcoólicas aromatizadas.

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

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

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

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

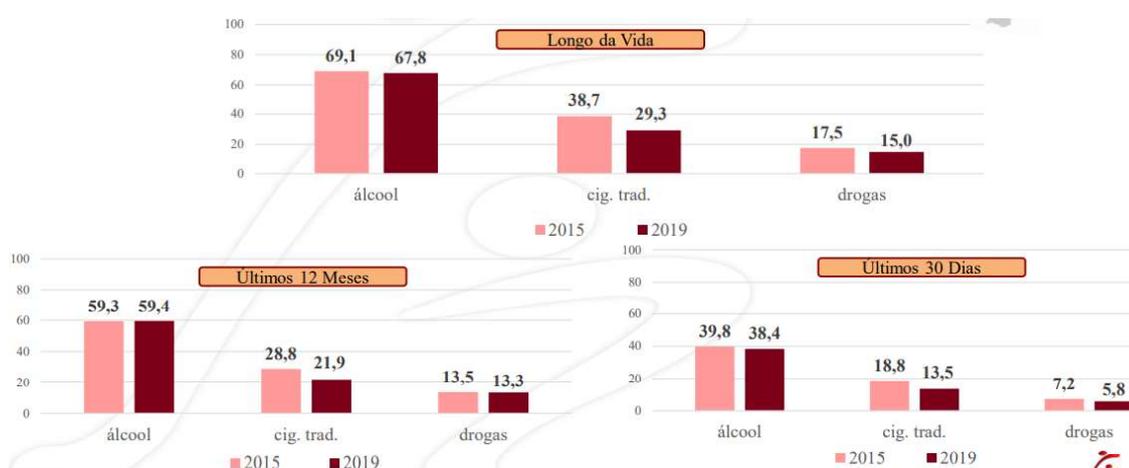


Figura 70. Prevalências de consumos ao longo da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias, nos adolescentes escolarizados entre os 13 e 18 anos de idade, no Continente (Portugal), 2015 e 2019

Fonte: SICAD, ECATD/CAD 2019 (57)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

± Quebra de série/comparabilidade

AM Lisboa – Área Metropolitana de Lisboa

RA Açores – Região Autónoma dos Açores

RA Madeira – Região Autónoma da Madeira

X: dados não disponíveis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

ARS – Administração Regional de Saúde
% Var - variação percentual

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

³⁴ UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

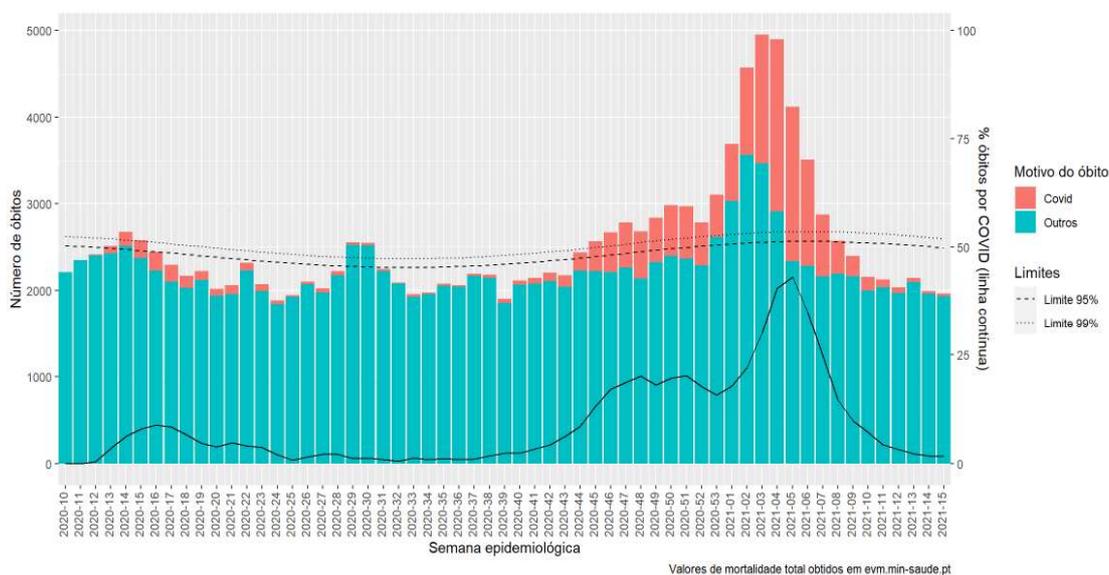


Figura 72. Número de óbitos por todas as causas e por COVID-19 e proporção (%) de óbitos por COVID-19, em Portugal, em Portugal, entre a 10ª semana de 2020 e a 15ª semana de 2021

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

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

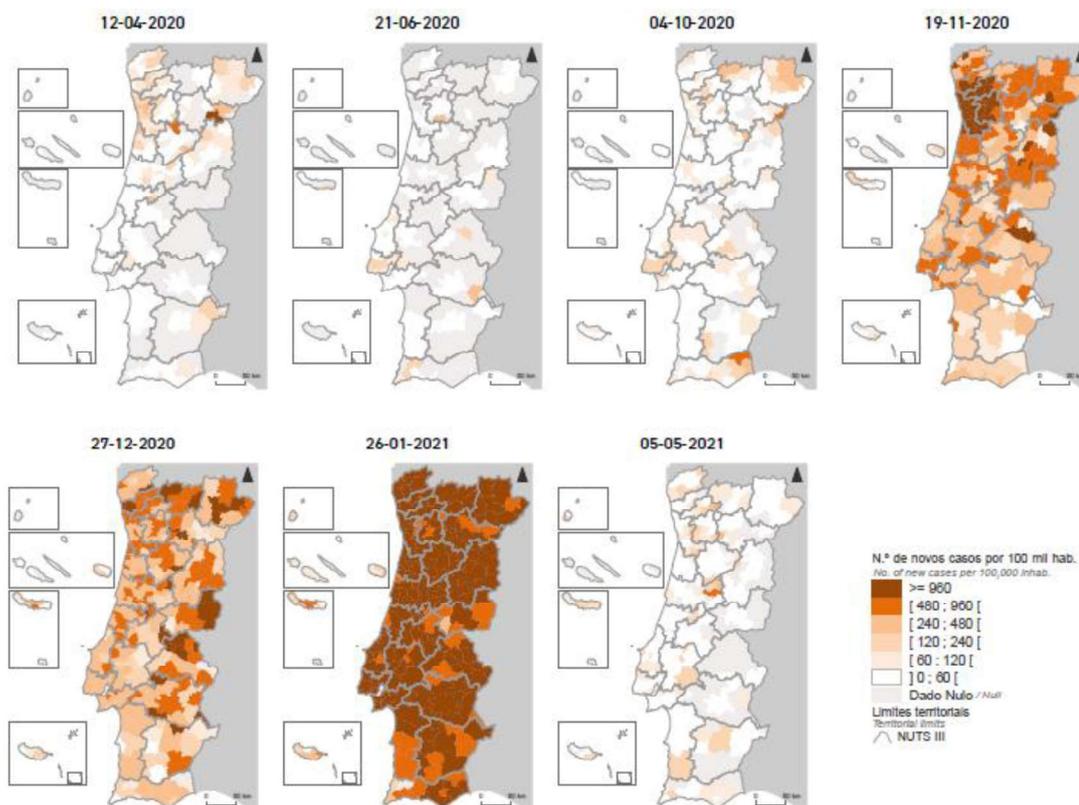


Figura 73. Incidência cumulativa (por 100.000 habitantes) a 14 dias de COVID-19 por município, em Portugal, entre 12-04-2020 e 05-05-2021

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

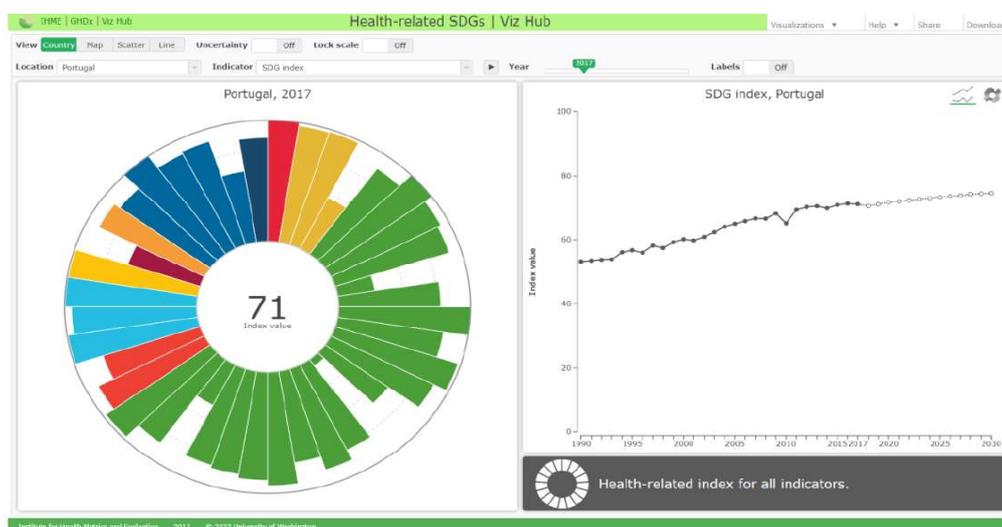
Exemplos de **bom desempenho** foram a qualidade da água (99,0); qualidade do ar interior (98,8 %); saneamento das águas residuais (94,6); mortalidade neonatal (90,6); mortalidade materna (87,2) e cobertura vacinal para sete vacinas selecionadas (84,4), entre outros (70).

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

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

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

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



IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

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

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

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

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

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

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

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

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



GapFrame Score e respetivas dimensões, Portugal, 2016

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

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

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

(Natália Correia)

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

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

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

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

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

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

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

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

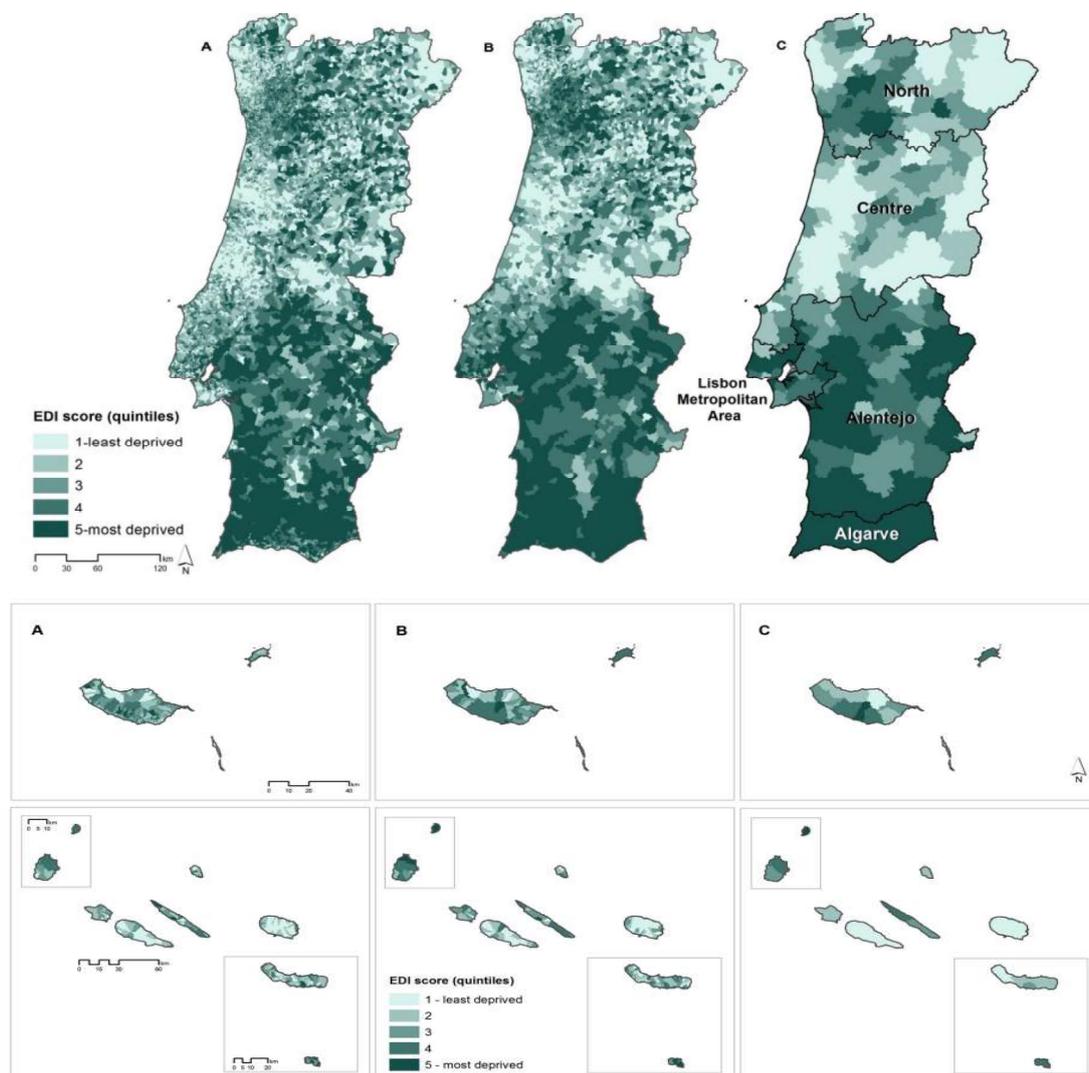
Os **determinantes sociais específicos** que impulsionaram essas desigualdades incluem: pobreza e privação; mobilidade imposta de trabalhadores mal remunerados em empregos precários; falta de proteção social; habitação sobrelotada; má proteção no trabalho e baixos padrões de saúde ocupacional; desigualdade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

a. Principais desigualdades sociais em Portugal

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

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

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



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

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

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

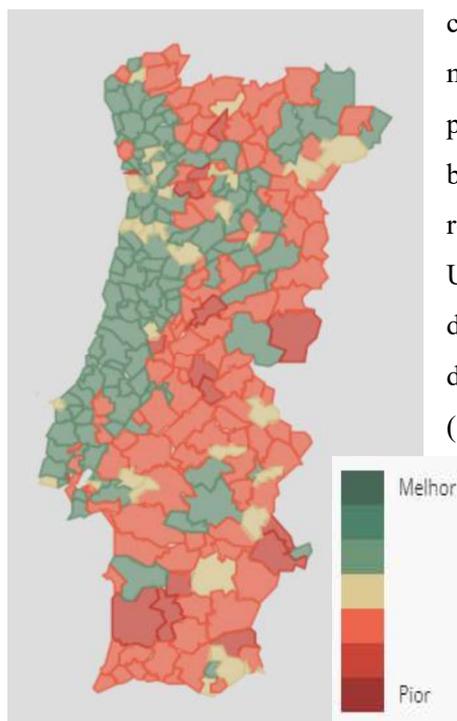
⁴¹ Entre os dois Censos (2001 e 2011), pelos resultados da aplicação do IPE, pode concluir-se que atenuaram as diferenças observadas entre o litoral e o interior.

b. Principais desigualdades em saúde em Portugal

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Os resultados de um estudo de 2018, no âmbito da prestação de cuidados de saúde a doentes com tuberculose imigrantes em Portugal (78), mostrou que uma proporção considerável destes doentes chega aos serviços de saúde em 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 (78).

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

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

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

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

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

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

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

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

*INSEF, 2015 (população 25-74 anos)

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

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

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

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

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

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

*INSEF, 2015 (população 25-74 anos)

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

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

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

3.2.2. O que nos dizem os *stakeholders*?

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

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

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

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

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

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

Quadro 15. Necessidades de saúde sentidas ou 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
1º Ansiedade	1º Cobertura universal de cuidados de saúde
2º Depressão	2º Acesso à prestação de cuidados na doença
3º Emergências em saúde pública	3º Desemprego
4º Dependência do álcool	4º Despesa pública com serviços essenciais
5º Tumor maligno do cólon e reto	5º Emprego precário
6º Infeções respiratórias baixas	6º Financiamento da saúde
7º Tumor maligno da mama feminina	7º Uso excessivo/abuso da <i>internet</i>
8º Suicídio	8º Isolamento social
9º Doença de Alzheimer	9º PIB (Produto Interno Bruto) <i>per capita</i>
10º Acidente vascular cerebral	10º Resiliência do sistema económico
11º Tumor maligno do cérebro	11º Governação
12º Doença pulmonar obstrutiva crónica	12º Qualidade da prestação de cuidados

Fonte: Equipa PNS 21-30/DGS, 2021

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

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

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