PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

1º RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERCALAR (2023-2025)

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

DGS
Direção-Geral da Saúde

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Plano Nacional de Saúde 2030 - 1º Relatório de Avaliação Intercalar (2023-2025)
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2026

PALAVRAS-CHAVE
Saúde sustentável, Plano Nacional de Saúde / PNS2030, Avaliação, Determinantes
Mortalidade, Equidade / Desigualdades

EDITOR
Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: pns-21-30@dgs.min-saude.pt
https://pns.dgs.pt/

AUTOR
Plano Nacional de Saúde
Coordenadora
Rita Sá Machado

Diretora Executiva
Ana Sottomayor

Coordenação Técnica
Manuela Mendonça Felício

Equipa Técnica
Clarisse Martinho
Diogo Queiroz Almeida
Duarte Brito
Francisco Mata
Marcelo Vieira
Pedro Ferreira
Sara Duarte
Sofia Lopes
Tânia Miguel

Sugestão de citação: Portugal. Plano Nacional de Saúde 2030. 1º Relatório de Avaliação Intercalar (2023-2025). Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2026.

INDICE

1. INTRODUÇÃO **1**

1.1. Plano Nacional de Saúde 2030 1

1.2. Processo de implementação do PNS 2030 2

1.3. Contexto ambiental e socioeconómico 3

2. NOTA METODOLÓGICA **5**

3. RESULTADOS **7**

3.1. Resultados relativos aos objetivos de saúde 1 a 26 - Necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude (Anexos 1, 2 e 3) 7

3.2. Resultados relativos aos objetivos de saúde 27 a 37 – Necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco (Anexos 1, 2 e 3) 10

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES **12**

5. RECOMENDAÇÕES **18**

5.1. Recomendações dirigidas às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude 18

5.2. Recomendações dirigidas às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco 19

5.3. Outras recomendações 20

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **22**

ANEXOS **24**

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente relatório apresenta os resultados da primeira avaliação intercalar do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, relativa ao triénio 2023-2025, quanto ao grau de cumprimento dos seus 37 objetivos de saúde, com base nos últimos dados reais disponíveis à data da análise efetuada. Em complemento, integra a análise dinâmica das séries temporais e projeções até 2030, sempre que adequado e tecnicamente exequível, bem como os contributos resultantes da auscultação estruturada, sobretudo, de peritos dos Programas de Saúde Nacionais e da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Esta avaliação decorre num contexto de recuperação pós-pandémica, fortemente marcado pelo envelhecimento demográfico e pelos fluxos migratórios, pelas consequências económicas de conflitos armados e pelo impacto das alterações climáticas. Paralelamente, este período foi caracterizado pela dupla transição digital e energética - com forte investimento em energias renováveis e aceleração da adoção da inteligência artificial -, pelo crescimento do turismo e pelo equilíbrio das contas públicas.

Globalmente, **a maioria dos objetivos fixados no PNS para 2030 encontra-se já atingida (21 dos 37 objetivos**). Adicionalmente, a análise dinâmica efetuada para a generalidade dos indicadores revela tendências evolutivas maioritariamente favoráveis e trajetórias compatíveis com o cumprimento dos restantes objetivos até 2030. Importa, contudo, assinalar como limitação metodológica a adoção pelo INE, a partir de 2021, de uma nova metodologia de estimativa da população residente, o que poderá justificar a revisão de alguns dos valores fixados para os objetivos de saúde antes da próxima avaliação intercalar.

No que diz respeito aos principais **ganhos em saúde**, destaca-se a redução da mortalidade prematura (idade inferior a 75 anos) por todas as causas que, após a interrupção observada em 2020 e 2021, retomou uma trajetória decrescente a partir de 2022, atingindo em 2023 um valor inferior ao objetivo para 2030. Embora a mortalidade prematura masculina permaneça superior ao dobro da feminina, esta diferença tem vindo a diminuir devido à sua redução mais acentuada no sexo masculino. Observa-se, igualmente, uma tendência globalmente decrescente nas taxas de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, incluindo as doenças cerebrovasculares e as doenças isquémicas do coração, tumores malignos (cujos seis indicadores gerais já atingiram os objetivos para 2030), tumor maligno da mama feminina e diabetes mellitus.

Na saúde materna e infantil, a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado atingiu 99,9% em 2024, ultrapassando o objetivo definido para 2030 (99,5%). A mortalidade materna retomou uma tendência decrescente desde o triénio 2018-2020, aproximando-se da média da OCDE, e as taxas de mortalidade infantil e em crianças com menos de 5 anos mantêm-se abaixo da média da União Europeia. Adicionalmente, Portugal mantém o estatuto de eliminação do sarampo e a ausência de casos autóctones de tétano neonatal e rubéola congénita. Na dimensão ambiental, o objetivo relativo ao acesso a água segura foi praticamente atingido (98,9% em 2023 face à meta de 99,0%).

Apesar dos progressos alcançados, esta avaliação identifica **16 objetivos ainda não atingidos** e diversos **desafios e sinais de alerta**:

- A taxa de mortalidade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo feminino apresenta uma tendência crescente ao longo da série temporal (ainda que abaixo dos valores-

limite fixados para 2030);

- Nas doenças do aparelho respiratório, apesar do decréscimo global observado até 2021, no que diz respeito à redução da mortalidade prematura (<75 anos), os peritos apontam para o papel fundamental da vacinação dos grupos de risco, bem como para determinantes ambientais, como a poluição atmosférica (partículas PM2,5 e PM10) e as alterações climáticas;

- A taxa de incidência da tuberculose continua acima da meta de 2030 e o seu decréscimo percentual anual desacelerou, concentrando-se agora em populações vulneráveis (como pessoas em situação de sem-abrigo e migrantes) e enfrentando a emergência de casos multirresistentes e pré-XDR;

- A incidência da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) permanece superior ao objetivo para 2030 e, apesar de Portugal estar próximo da meta de 95% de pessoas infetadas diagnosticadas (94,2% em 2023), persiste uma elevada proporção de diagnósticos tardios, particularmente, em homens heterossexuais e pessoas com 50 ou mais anos;

- As taxas de mortalidade materna, neonatal, infantil e em crianças com menos de 5 anos permanecem acima dos objetivos definidos para 2030 (observando-se uma subida discreta na mortalidade abaixo dos 5 anos entre 2020 e 2024);

- Verifica-se ainda um aumento do número absoluto de casos de sífilis congénita (14 casos em 2023), numa trajetória contrária ao objetivo de eliminação que sugere falhas na prevenção primária, no acesso a cuidados pré-natais e no rastreio e tratamento atempados;

- A proporção de alojamentos servidos por sistemas públicos de drenagem de águas residuais situa-se nos 87,0% no Continente, aquém do objetivo de 98,0% e com acentuadas assimetrias regionais.

Em resposta a estes resultados, o relatório apresenta um conjunto de **recomendações** alinhadas com as "10 recomendações para a década" do PNS 2030, destacando-se o reforço da promoção da saúde, das políticas fiscais e regulatórias, dos cuidados de saúde primários, da resposta direcionada a populações vulneráveis e migrantes, do alinhamento das agendas de investigação, do fortalecimento da resiliência das pessoas e do sistema de saúde, face às ameaças atuais e futuras. Em conclusão, a consolidação dos ganhos conquistados e a resposta às demais necessidades de saúde exigem a adoção transversal do princípio da **"Saúde Sustentável em Todas as Políticas e em Toda a Sociedade"**, sustentado num compromisso multissetorial e multinível orientado pela evidência, focado em todos os determinantes da saúde e na redução das desigualdades (de sexo/género, socioeconómicas e geográficas), sem deixar ninguém para trás.

EXECUTIVE SUMMARY

This report presents the results of the first mid-term evaluation of the Portuguese National Health Plan (NHP) 2030, covering the 2023–2025 period, regarding the degree of achievement of its 37 health goals based on the latest actual data available at the time of analysis. In addition, it includes a dynamic analysis of time series and projections up to 2030, whenever appropriate and technically feasible, as well as contributions gathered through a structured consultation of experts, mainly from the National Health Programs and the Directorate-General of Health (DGS).

This evaluation takes place in a context of post-pandemic recovery, strongly shaped by demographic aging and migratory flows, the economic consequences of armed conflicts, and the impact of climate change. At the same time, this period has been marked by the twin digital and energy transition—with strong investment in renewable energy and the accelerated adoption of artificial intelligence—as well as tourism growth and the balancing of public finances.

Overall, the majority of the targets set in the NHP for 2030 have already been achieved (**21 out of the 37 targets**). Furthermore, the dynamic analysis conducted for most indicators shows predominantly favorable trends and trajectories consistent with achieving the remaining targets by 2030. However, as a key methodological limitation, the adoption by Statistics Portugal (INE) from 2021 onwards of a new administrative-based methodology for resident population estimates may warrant a revision of certain target values before the next mid-term evaluation.

Regarding the main **health gains**, the reduction in premature mortality (under 75 years of age) from all causes stands out: after the interruption recorded in 2020 and 2021, it resumed a downward trajectory from 2022 onwards, reaching a value in 2023 below the 2030 target. Although male premature mortality remains more than double that of females, this gap is narrowing due to a sharper reduction among men. A general downward trend is also observed in standardized mortality rates for circulatory system diseases, including cerebrovascular diseases and ischemic heart diseases, malignant tumors (all six general indicators have already met the 2030 targets), female breast cancer, and diabetes mellitus.

In maternal and child health, the proportion of births attended by qualified health personnel reached 99.9% in 2024, exceeding the 2030 national target (99.5%). Maternal mortality has shown a downward trend since the 2018–2020 triennium, approaching the OECD average, while infant and under-5 mortality rates remain below the European Union average. Additionally, Portugal maintains its measles elimination status and a total absence of autochthonous cases of neonatal tetanus and congenital rubella. In the environmental dimension, the 2030 target for access to safe drinking water has practically been achieved (98.9% in 2023 against the 99.0% target).

Despite the significant progress observed, this evaluation identifies **16 targets not yet achieved** alongside several **challenges and warning signs**:

- The mortality rate for malignant tumors of the larynx, trachea, bronchus, and lungs in females shows an upward trend across the time series (although still below the ceiling targets set for 2030);
- For respiratory diseases, despite the overall downward trend up to 2021, increases were observed

in 2022 and 2023, and premature mortality (<75 years) has failed to show equivalent gains in recent years, with experts pointing to environmental determinants—namely air pollution (PM2.5 and PM10) and climate change—as the main drivers;

- The incidence rate of tuberculosis remains above the 2030 target and its annual percentage decline has slowed down, with challenges increasingly concentrated in vulnerable populations (such as homeless people and migrants) and the emergence of multidrug-resistant and pre-XDR tuberculosis;

- The incidence of Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection remains above the 2030 target; although Portugal is close to achieving the 95% diagnosis target (94.2% diagnosed in 2023), a high proportion of late diagnoses persists, particularly among heterosexual men and people aged 50 and over;

- Maternal, neonatal, infant, and under-5 mortality rates remain above the 2030 targets (with a slight increase in under-5 mortality observed between 2020 and 2024);

- Alongside, an increase in the absolute number of congenital syphilis cases (14 cases in 2023), moving away from the elimination goal and pointing to shortcomings in primary prevention, prenatal care access, and timely screening and treatment;

- The proportion of households connected to public wastewater drainage systems stands at 87.0% in Mainland Portugal, falling short of the 98.0% target and exhibiting marked regional disparities.

In response to these findings, the report sets out **recommendations** aligned with the NHP 2030 "10 recommendations for the decade", emphasizing strengthened health promotion, fiscal and regulatory policies, primary healthcare investment, targeted outreach to vulnerable and migrant populations, alignment of research agendas, and enhanced people and health system resilience, considering current and future threats. In conclusion, consolidating the health gains already achieved and addressing the remaining health needs require adopting the overarching principle of **"Sustainable Health in All Policies and Across Society"**, underpinned by a multisectoral, multilevel, and evidence-based commitment directed at all health determinants and focused on reducing inequalities (sex/gender, socioeconomic, and geographical), leaving no one behind.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CA – Comissão de Acompanhamento

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CPLP – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças

HIV – Human Inmunodeficiency Virus

HPV – *Human Papiloma Virus* (vírus do papiloma humano)

HSH – Homens que fazem Sexo com Homens

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.

M&A – Monitorização e Avaliação

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PaSSus – Pacto Saúde Sustentável

PIB – Produto Interno Bruto

PNS – Plano Nacional de Saúde

RAI – Relatório de Avaliação Intercalar

RCM – Resolução de Conselho de Ministros

SARS-CoV2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada

TP – Tuberculose Pulmonar

UE - União Europeia

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

XDR – *Extremely Drug-Resistant Tuberculosis* (tuberculose ultrarresistente)

1. INTRODUÇÃO

1.1. PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, publicado através da Resolução do Conselho de Ministros (RCM) n.º 93/2023 de 16 de agosto de 2023, inclui o compromisso de monitorização e avaliação (M&A), de acordo com o respetivo plano. O presente relatório diz respeito à primeira avaliação intercalar do PNS 2030, relativa ao triénio 2023-2025[1], período correspondente aos três primeiros anos de implementação, de acordo com o respetivo plano (Figura 1).

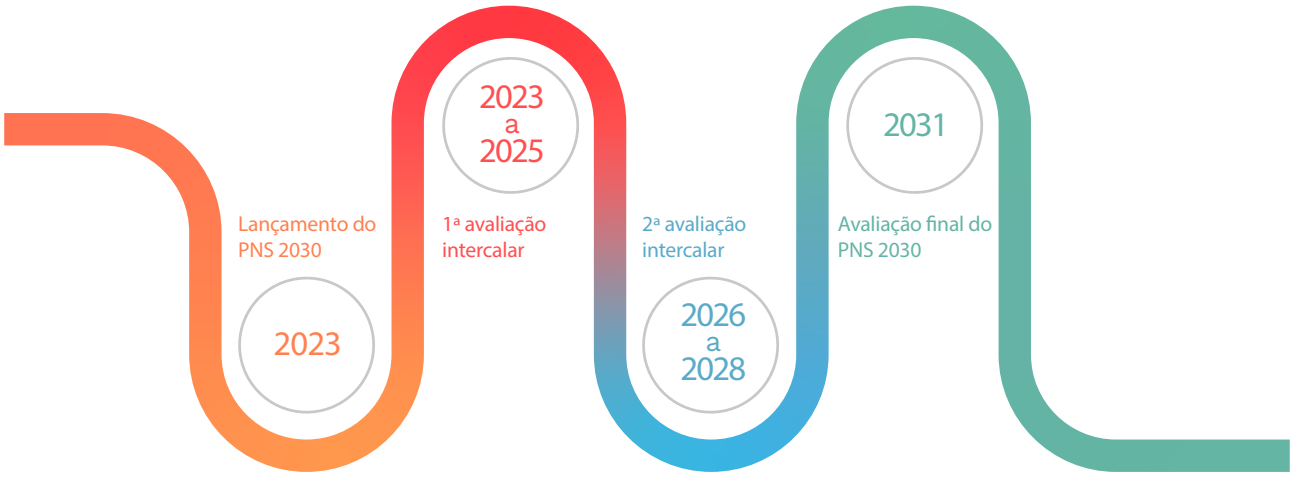


Figura 1. Momentos de avaliação do PNS 2030

O PNS 2030 tem como foco a saúde sustentável[2] e a redução das iniquidades, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas, tendo definido, para além de cinco desígnios e 15 objetivos estratégicos, 37 objetivos de saúde a serem alcançados até 2030, face às necessidades de saúde identificadas.

O presente Relatório de Avaliação Intercalar (RAI) incide essencialmente sobre esses objetivos de saúde e respetivos indicadores de avaliação, e tem por finalidade proporcionar informação que fundamente a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção e respetiva operacionalização.

1. No plano de M&A do PNS 2030 original estava previsto que o primeiro relatório de avaliação intercalar diria respeito ao triénio 2022-2024, correspondente ao início da sua implementação. Contudo, devido à aprovação em sede do Conselho de Ministros ter ocorrido em maio de 2023 e a publicação da RCM em agosto do mesmo ano, a implementação do PNS 2030 acabou por iniciar-se em 2023 e não em 2022. Contudo, essa alteração ao plano inicial de M&A acabou por não ser feita na publicação da RCM corrigindo-se, agora, essa imprecisão.
2. Considera-se **saúde sustentável** aquela que visa alcançar a melhor saúde e bem-estar em todo o ciclo de vida, sem comprometer a saúde das gerações futuras, preservando o planeta e sem deixar ninguém para trás (PNS 2030).

1.2. PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PNS 2030

O processo de implementação do PNS 2030 iniciou-se em maio de 2023, data em que ocorreu a sua aprovação em Conselho de Ministros. Este assenta em **quatro eixos de implementação** (Figura 2):

- Planeamento Subnacional em Saúde;
- Pacto Saúde Sustentável (PaSSus) 2030;
- Programas de Saúde Nacionais;
- Saúde Sustentável em Todas as Políticas.



Figura 2. Eixos de implementação do PNS 2030

No Relatório Voluntário de Progresso do PNS 2030, relativo ao triénio 2023-2025, poderão ser encontrados os primeiros resultados do processo de implementação do PNS 2030. A par do foco em reforçar a equipa, criar circuitos e estruturas de comunicação e informação que promovam a continuidade e preservação do trabalho em desenvolvimento, pretendeu-se desenvolver um trabalho de proximidade com os atores que, efetivamente, criam mudanças em saúde, no sentido de uma saúde sustentável.

1.3. CONTEXTO AMBIENTAL E SOCIOECONÓMICO

Importa conhecer o contexto mais alargado, sobretudo, nas suas dimensões ambiental, social e económica, em que se insere o presente Relatório de Avaliação Intercalar (RAI) do PNS 2030 e os seus resultados, considerando o foco deste último na saúde sustentável e seus determinantes. Para tal, serão descritas sumariamente, para cada uma das dimensões referidas, alguns aspetos relevantes do último quinquénio (2021-2025), a partir da informação e relatórios disponibilizados por entidades de referência nacionais e internacionais, uma vez que a maior parte dos aspetos aqui destacados para Portugal se observam, também, no contexto europeu e fora deste.

No que diz respeito à **dimensão ambiental** destaca-se, entre outros, a **transição energética**, as **alterações climáticas** e **algumas das suas consequências:**

- **Transição energética**: houve, neste período, um forte investimento em energias renováveis (eólica e solar) (1)(2);
- **Ondas de calor e incêndios florestais**: as ondas de calor e incêndios (em termos de área ardida) ocorridos neste período (especialmente em 2025), para além dos impactos ambientais, sociais e económicos, tiveram também impacto na morbimortalidade e no sistema de saúde (2)(3)(4);
- **Seca e gestão da água**: o Algarve e o Alentejo entraram, neste período, em situação de seca prolongada, obrigando a cortes no consumo agrícola e urbano de água, bem como à busca de possíveis soluções (2).

No que diz respeito às **dimensões social e económica**, este período foi marcado por **choques** sociais e económicos, mas também por um esforço de **recuperação**. Destacam-se, entre outros, os seguintes aspetos:

- **Envelhecimento demográfico e fluxos migratórios**: de acordo com as "Estatísticas Demográficas" do Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE), o agravamento do envelhecimento da população tem sido apenas mitigado pelo saldo migratório positivo; contudo, investigadores do Observatório da Emigração têm afirmado que Portugal ainda necessita de aumentar a sua capacidade de captação de jovens imigrantes qualificados em idade ativa (5);
- **Impacto da pandemia de COVID-19**: os anos de 2020 e 2021 foram marcados pelas consequências de uma paragem económica forçada, com consequente intervenção do Estado (6). A aprovação do Plano de Recuperação e Resiliência foi essencial para apoiar, entre outros, o investimento público e a dupla transição digital e verde;
- **Inflação e custo de vida**: a guerra na Ucrânia (2022) fez aumentar os custos da energia, matérias-primas e alimentação. Como consequência, a inflação reduziu o poder de compra real, sobretudo, das classes média e baixa, apesar dos aumentos no salário mínimo nacional (7);
- **Habitação e conforto térmico**: de acordo com o Observatório Nacional da Pobreza Energética, a partir de dados do INE, em relação ao conforto térmico, no contexto europeu, Portugal reporta uma das mais elevadas proporções de pessoas a viver em agregados sem capacidade para manter o conforto térmico das suas habitações, quer no inverno, quer no verão. Contudo, encontra-se numa trajetória de evolução favorável, rumo às "metas" estabelecidas para 2030 na "Estratégia de longo prazo para o combate à pobreza energética".

- **Crescimento do turismo e equilíbrio das contas públicas**: de acordo com as "Estatísticas de Turismo" do INE, as receitas do turismo cresceram, contribuindo para impulsionar a economia e reforçar o Produto Interno Bruto (PIB); houve um esforço de equilíbrio das contas públicas, com redução da dívida pública (abaixo de 100% do PIB);
- **Transformação digital e inteligência artificial**: a aceleração do desenvolvimento e adoção de ferramentas de inteligência artificial pós-pandemia marcou uma nova fase na transformação digital, com impacto crescente na organização do trabalho, na economia e no plano social (8).

Em conclusão, entre 2021 e 2025, Portugal mostrou resiliência, ao recuperar rapidamente os índices macroeconómicos pós-pandemia. Contudo, apresenta-se atualmente como um país de contrastes: financeiramente mais estável, mas com desafios e desigualdades sociais e geográficas a enfrentar.

2. NOTA METODOLÓGICA

A presente avaliação intercalar do PNS 2030 enquadra-se no âmbito da **avaliação normativa** (9), pelo que se centra em analisar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, alinhados com os objetivos de saúde que o PNS 2030 propõe que sejam atingidos, de acordo com o seu plano de M&A.

Foi utilizada uma **metodologia mista** (quantitativa e qualitativa). Foi efetuada uma primeira análise dos **resultados dos indicadores dos objetivos de saúde**, face aos valores fixados para 2030, tendo em consideração o histórico do indicador e o seu comportamento nos últimos anos.

Posteriormente, foi realizada uma auscultação estruturada de peritos das áreas de saúde diretamente relacionadas com os objetivos em avaliação. Foram solicitados contributos aos **Programas de Saúde Nacionais** com intervenção ou conhecimento especializado nas áreas em análise, e às **Direções de Serviço e Divisões da Direção-Geral da Saúde** (DGS), para apoio à interpretação dos resultados e para a identificação de recomendações. Houve, também, uma primeira apresentação de resultados preliminares desta avaliação ao **Conselho Nacional de Saúde** (CNS) e à **Comissão de Acompanhamento do PNS 2030**. Em relação a esta última e dando continuidade à abordagem multissetorial e cocriativa efetuada durante o período de elaboração do PNS 2030, foram recolhidas, de um modo estruturado, as perspetivas das diferentes partes interessadas que a integram, face aos resultados desta avaliação.

Importa salientar que esta avaliação utilizou a **mesma metodologia**[3] usada na elaboração do PNS 2030, quer no cálculo dos indicadores de avaliação, quer nas projeções efetuadas. Por este motivo, poderão ser aqui encontradas pequenas diferenças nos valores de alguns destes indicadores, em relação aos valores encontrados em outros relatórios ou publicações, nomeadamente, da DGS.

Foi considerado como **resultado** dos indicadores dos objetivos de saúde, o **valor referente ao último ano de dados reais disponíveis**[4].

A presente avaliação intercalar do PNS 2030, efetuada a partir da análise do último ano de dados reais disponíveis, foi enquadrada e complementada com a **análise dinâmica**, sempre que possível, dos indicadores dos objetivos de saúde, em termos da sua **tendência**, através das respetivas séries temporais e projeções.

As **projeções dos indicadores de mortalidade** (taxas de mortalidade padronizadas) utilizaram uma série temporal entre 1992 e 2023. No momento da presente análise, o último ano de dados reais disponíveis para o triénio em avaliação (2023-2025), era 2023, sendo que as projeções permitiram obter dados estimados para os anos do período de avaliação em falta (2024 e 2025).

No caso da **infeção pelo VIH e da tuberculose**, as projeções das respetivas taxas de incidência anuais utilizaram séries temporais, respetivamente, entre 2010 e 2023, e entre 2005 e 2023.

Podem ser encontradas diferenças nos valores que dizem respeito aos indicadores de mortalidade por causa específica e nos de mortalidade materna e infantil. No que diz respeito aos **indicadores de mortali-**

3 Poderão ser encontrados descritos com maior detalhe os pressupostos metodológicos e métodos utilizados nos Tomos complementares "PNS 2030 - Metodologia" e "PNS 2030 – Projeções e Prognóstico".
4 Foram considerados os dados disponíveis a 31 de dezembro de 2025.

dade por causa específica, estas diferenças resultam de atualizações nos valores da população residente e do número de óbitos publicadas pelo INE, bem como de diferenças metodológicas na estimativa da população residente com menos de 1 ano de idade (o presente relatório utiliza a estimativa da população residente com menos de 1 ano de idade do INE). Contudo, estas diferenças não contrariam as tendências observadas e sua interpretação, nem afetam as conclusões da avaliação efetuada. Quanto às **taxas de mortalidade materna e infantil**, apenas são considerados os óbitos de cidadãos residentes em Portugal, de acordo com os critérios internacionais de reporte estatístico. Por outro lado, os relatórios da DGS sobre este tema consideram todos os óbitos ocorridos em Portugal, incluindo os óbitos de não residentes.

3. RESULTADOS

Neste capítulo é apresentada uma visão geral da análise dos resultados dos indicadores dos 37 objetivos de saúde fixados no PNS 2030 (Anexo1), de acordo com os últimos valores reais disponíveis à data da análise efetuada (Anexo 2). A descrição geral dos resultados aqui apresentada segue o agrupamento de objetivos de saúde efetuado no PNS 2030. No Anexo 3 poderá também ser encontrada informação detalhada relativamente à evolução e projeções efetuadas para os indicadores, sempre que tecnicamente exequível e relevante.

3.1. RESULTADOS RELATIVOS AOS OBJETIVOS DE SAÚDE 1 A 26 - NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE (ANEXOS 1, 2 E 3)

As **taxas de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos), por todas as causas** mantêm a tendência globalmente decrescente observada antes do início da implementação do PNS 2030 e os seus valores de 2023 são inferiores aos valores fixados nos objetivos para 2030:

- A taxa de mortalidade padronizada prematura, por todas as causas e em ambos os sexos, apresenta uma tendência decrescente, apenas interrompida em 2020 e 2021. Em 2023 apresenta um valor de **309,8 óbitos por 100 000 habitantes.** Este valor é inferior ao objetivo definido para 2030 (**315,0**);
- A tendência decrescente é observada igualmente em ambos os sexos, embora em 2023 a mortalidade prematura permaneça superior no sexo masculino (**439,3** no sexo masculino vs. **196,1** no sexo feminino). Esta diferença tem vindo a diminuir, nomeadamente, na última década, sobretudo, à custa de uma redução mais acentuada desta taxa no sexo masculino;
- Quanto às projeções realizadas, estas apontam para o atingimento de um valor, em 2030, inferior ao estabelecido no PNS 2030, nos três indicadores.

Na análise da **mortalidade por causas específicas** (onde se incluem os indicadores relativos às doenças do aparelho circulatório, doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas do coração, tumores malignos, tumor maligno da traqueia brônquios e pulmão, tumor maligno da mama feminina, doenças respiratórias e diabetes mellitus), os valores das taxas de mortalidade prematura e para todas as idades apresentam, de uma forma global, **tendências decrescentes,** exceto no caso dos **tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão[5] no sexo feminino.**

Na **mortalidade por doenças do aparelho circulatório** (onde se inclui a mortalidade por doenças cerebrovasculares e isquémicas do coração), observou-se uma tendência globalmente decrescente. As projeções realizadas apontam para o provável atingimento dos cinco objetivos fixados para 2030. Assim:

- Em 2023, a taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, para todas as idades, foi de **213,6 óbitos por 100 000 habitantes**, valor inferior ao objetivo definido para 2030

5 Outros relatórios da DGS poderão utilizar um indicador semelhante (taxa de mortalidade por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmões), cujos valores não são, naturalmente, sobreponíveis aos apresentados neste relatório. O indicador utilizado no presente relatório é o que se encontra previsto no plano de M&A do PNS 2030, bem como na Lista Europeia Sucinta de Causas de Morte, publicada pelo INE.

(**246,5**).

- A taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares apresenta uma tendência decrescente, quer para a mortalidade em todas as idades, quer para a mortalidade prematura. Em 2023, registaram-se, respetivamente, **65,0** e **15,2 óbitos por 100 000 habitantes**. Estes valores encontram-se, ainda, acima dos objetivos fixados para 2030 (**58,9** e **13,4**, respetivamente).
- A taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração apresenta uma tendência globalmente decrescente, para todas as idades e para idades inferiores a 75 anos. Nesta última, após um período de crescimento (entre 2010 e 2012), o decréscimo é retomado, embora de um modo menos acentuado. Em 2023, a mortalidade para todas as idades (**47,6 óbitos por 100 000 habitantes**) e para idades inferiores a 75 anos (**21,8 óbitos por 100 000 habitantes**) apresentou valores superiores ao objetivo fixado para 2030 (**41,8** e **20,5**, respetivamente).

A **mortalidade por tumores malignos** apresenta uma evolução globalmente favorável, com **tendência decrescente** nos seis indicadores relativos à mortalidade em todas as idades e à mortalidade prematura, quer no conjunto da população, quer na análise desagregada por sexo. As projeções apontam para uma **evolução favorável,** com provável alcance dos objetivos fixados para 2030. Portanto:

- Em 2023, a taxa de mortalidade por tumores malignos em todas as idades foi de **215,2 óbitos por 100 000 habitantes**, e a taxa de mortalidade prematura foi de **124,0 óbitos por 100 000 habitantes**, ambos os valores inferiores aos respetivos objetivos para 2030 (**242,4** e **132,4**). Os indicadores desagregados por sexo também apresentam um valor já inferior aos objetivos fixados para 2030, embora importe salientar que, em 2023, persistem valores de mortalidade superiores no sexo masculino, em relação ao sexo feminino (**296,4** vs. **154,5** para todas as idades e **165,8** vs. **88,0** para a mortalidade prematura).

A **mortalidade por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão** é superior no sexo masculino e apresenta uma evolução distinta entre os sexos. Em 2023, os valores observados são inferiores aos dos quatro objetivos fixados para 2030, conforme os respetivos indicadores analisados:

- No sexo masculino, em todas as idades, a taxa apresentou uma tendência decrescente desde 2016 até 2022. Em 2023 a taxa foi de **63,9 óbitos por 100 000 habitantes**; no sexo feminino observa-se uma tendência crescente em toda a série temporal, com oscilações ao longo da mesma. Em 2023 o valor observado foi de **16,3 óbitos por 100 000 habitantes**. O padrão descrito também se observa na mortalidade prematura, registando-se **43,8 óbitos por 100 000 habitantes,** no sexo masculino, e **11,3 óbitos por 100 000 habitantes,** no sexo feminino. As diferenças observadas entre os sexos **têm vindo a diminuir**, sobretudo, no caso da mortalidade prematura, à custa de uma redução desta taxa no sexo masculino e de um aumento no sexo feminino.
- Relativamente às projeções realizadas, para o sexo masculino estima-se uma continuidade da tendência decrescente observada. No sexo feminino não foi possível identificar uma tendência clara para o futuro.

A **mortalidade por tumor maligno da mama no sexo feminino** apresenta uma tendência global decrescente, apesar das oscilações observadas em toda a série temporal, incluindo nos últimos três anos observados. Em 2023, a taxa de mortalidade para todas as idades e a taxa de mortalidade prematura foram, respetivamente, de **25,6 e 16,9 óbitos por 100 000 habitantes,** ambos os valores **acima dos objetivos fixados para 2030** (**25,1** e **15,5**, respetivamente). As projeções apontam para uma **evolução favorável** e o atingimento dos objetivos fixados.

A **mortalidade por doenças do aparelho respiratório** apresenta uma tendência global decrescente. Assim:

- A evolução das taxas de mortalidade para todas as idades e prematura apresenta uma tendência globalmente decrescente, sobretudo, entre 2012 e 2021, no caso da mortalidade para todas as idades, e entre o ano 2000 e 2021, para a mortalidade prematura. Ambos os indicadores apresentaram um aumento em 2022 e 2023, com valores observados em 2023, respetivamente, de **92,1 e 19,1 óbitos por 100 000 habitantes**. No caso da mortalidade para todas as idades, o valor observado é inferior ao objetivo fixado para 2030 (**98,6**), enquanto que no caso da mortalidade prematura esse valor é superior (**16,4**).
- As projeções realizadas apontam para uma **evolução favorável** da mortalidade prematura, com atingimento previsto do objetivo fixado para 2030, e não permitem estabelecer uma tendência para a evolução da mortalidade para todas as idades.

A **mortalidade por diabetes mellitus** apresenta uma evolução globalmente decrescente. As projeções realizadas apontam para uma evolução favorável de ambos os indicadores e o atingimento do objetivo fixado para 2030. Assim:

- A **taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus, para todas as idades**, apresentou uma tendência decrescente, sobretudo, desde 2012, e um valor de **23,0 óbitos por 100 000 habitantes**, em 2023 – valor inferior ao objetivo fixado para 2030 (**25,6**).
- A **taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus, para idades inferiores a 75 anos**, apresentou uma tendência global decrescente. Em 2023, esta foi de **5,0 óbitos por 100 000 habitantes**, valor superior ao objetivo fixado para 2030 (**4,7**).

A **incidência de tuberculose** apresenta uma evolução globalmente **decrescente**, sendo, em **2023,** de **13,7 novos casos por 100 000 habitantes**. O valor observado em 2023 é superior ao objetivo fixado para 2030 (**12,1**). A projeção realizada aponta para uma **evolução favorável** e o atingimento desse objetivo.

A **incidência da infeção VIH** apresenta uma **tendência globalmente decrescente**, registando-se, em 2023, **8,2 novos diagnósticos por 100 000 habitantes**[6]. Este valor é superior ao valor do objetivo fixado para 2030 (**5,7**).

6 Valores provisórios, por não estarem ajustados para o atraso normalmente observado na notificação.

3.2. RESULTADOS RELATIVOS AOS OBJETIVOS DE SAÚDE 27 A 37 – NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE BAIXA MAGNITUDE E ELEVADO POTENCIAL DE RISCO[7] (ANEXOS 1, 2 E 3)

A **taxa de mortalidade materna** apresenta uma tendência decrescente desde o triénio 2018-2020. O valor mais recente, correspondente ao triénio **2021–2023**, foi de **10,8 óbitos por 100 000 nados-vivos**, valor superior ao objetivo fixado para 2028–2030 (**7,1**).

A **taxa de mortalidade neonatal** foi de **1,7 óbitos por 1000 nados-vivos** no **triénio 2022–2024**, valor superior ao objetivo fixado para 2028–2030 (**1,1**). Esta apresenta, após um período de oscilação em torno da estabilidade (entre 2011-2013 e 2016-2018), uma evolução decrescente nos últimos triénios (entre 2016-2018 e 2021-2023).

A **taxa de mortalidade infantil** situou-se em **2,7 óbitos por 1000 nados-vivos** no **triénio 2022–2024**, mantendo-se acima do objetivo fixado para 2028–2030 **(2,5)**. Esta apresenta, após um comportamento oscilatório em torno da estabilidade (entre 2011-2013 e 2016-2018), uma descida entre os triénios 2016-2018 e 2021-2023.

A **taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos** foi de **3,4 óbitos por 1000 nados-vivos em 2024**, mantendo-se acima do objetivo fixado para 2030 (**2,6)**. Após um período de estabilidade com bastantes oscilações (2011 a 2016), e uma descida acentuada (de 2018 a 2020), entre 2020 e 2024 observa-se uma subida discreta dos valores deste indicador.

A **proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado** atingiu **99,9 % em 2024**, ultrapassando o objetivo nacional definido para 2030 (**99,5**). O valor observado é elevado em todas as regiões, variando entre **99,2 % na Região Autónoma dos Açores** e **99,9 % na região do Norte** e **na região da Grande Lisboa[8].**

O **número absoluto de casos de sífilis congénita** apresenta uma evolução irregular, registando-se, até 2018, valores inferiores a 10 casos ao ano. Este valor aumentou para **14 casos** em **2023**. Este valor **afasta-se do objetivo de eliminação** definido para 2030.

Nos últimos cinco anos não foram registados casos autóctones de **sarampo**, de **tétano neonatal** ou de **rubéola congénita** em Portugal, o que se encontra **de acordo com os objetivos fixados para 2030**.

Relativamente aos indicadores ambientais, o **indicador de água segura** atingiu **98,9 % em 2023**, valor inferior, embora próximo, do objetivo de **99,0 %** fixado para 2030. Em 2023, todas as regiões **tinham já atingido ou estavam próximo de atingir este objetivo** - valor mais baixo na região do Norte e do Alentejo (98,5) e mais elevado na região da Grande Lisboa (99,8).

Quanto à **proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais**, observa-se uma ten-

7 Problemas de saúde de elevada magnitude no passado, mas atualmente controlados.

8 Importa sublinhar que, nos anos de 2021-2022, a qualidade destes dados foi afetada, pelo que a diminuição dos valores deste indicador observada nesse período não refletiu uma quebra real na assistência ao parto, mas sim um problema de registo (mudança do registo presencial nas maternidades, para registo *online* preenchido pelos pais, durante a pandemia). Entretanto, o Instituto dos Registos e do Notariado melhorou o sistema do registo *online*, com consequente melhoria da qualidade dos dados, o que se refletiu positivamente nos valores do indicador, que se encontram, assim, a regressar aos valores pré-pandémicos.

dência crescente, embora persistam diferenças territoriais. Em 2022, o valor para o Continente foi de **87,0 %**, inferior ao objetivo para 2030, de **98 %**. O valor mais baixo é de 67,9 %, referente à **Região Autónoma da Madeira,** e o mais elevado de 98,0 %, na região da **Grande Lisboa**. Em 2022, quase todas as regiões se encontravam **aquém do objetivo fixado para 2030 (98 %)**.

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A **diminuição consistente da taxa de mortalidade prematura em Portugal** é coerente com o declínio da mortalidade pelas principais causas de mortalidade prematura (tumores malignos e doenças do aparelho circulatório). Contribuíram, para esta evolução, os ganhos obtidos na resposta às situações agudas, designadamente, através da maior capacidade técnica e expansão das terapias endovasculares, da expansão e consolidação das vias verdes do enfarte agudo do miocárdio e do acidente vascular cerebral (10), bem como a expansão da cobertura dos programas de rastreio oncológico organizados (11). Esta tendência observada em Portugal nas últimas décadas encontra-se, provavelmente, também associada à melhoria das condições de vida, ao aumento ao acesso aos cuidados de saúde e aos avanços na prevenção, diagnóstico e tratamento das principais causas de morte. Esta tendência é interrompida entre 2020 e 2021, período coincidente com a pandemia de COVID-19. Para além do efeito direto da infeção por SARS-CoV-2, registaram-se, também, efeitos indiretos associados a perturbações no acesso e na utilização dos serviços de saúde, atrasos no diagnóstico e na vigilância de doenças crónicas, e suspensão temporária de várias atividades assistenciais e de rastreio (12). Contudo, a partir de 2022 observa-se uma retoma da tendência decrescente. Esta retoma poderá refletir, entre outros fatores, o restabelecimento do funcionamento regular dos serviços de saúde e a recuperação da atividade assistencial e de rastreio comprometida durante os anos anteriores.

Apesar da evolução favorável deste indicador, importa sublinhar, na análise por sexo, as **desigualdades** encontradas, com **valores sistematicamente mais elevados da mortalidade prematura no sexo masculino**. Este padrão poderá encontrar-se associado, entre outros fatores, a uma maior exposição a comportamentos de risco (e.g. maior consumo de tabaco e álcool, piores padrões alimentares, riscos ocupacionais), menor utilização de cuidados de saúde e menor adequação das respostas de saúde às suas necessidades (13).

Em Portugal, é de salientar a **diminuição consistente da mortalidade por doenças cerebrocardiovasculares entre 1991 e 2023**. Dentro destas, **as doenças cerebrovasculares apresentam um valor mais elevado da taxa de mortalidade padronizada do que as doenças isquémicas do coração**, inversamente à média da UE (14).

Como **principais razões para esta evolução favorável da taxa de mortalidade por doenças cerebrocardiovasculares no período considerado** apontam-se, entre outras (10):

- Ganhos resultantes do investimento em estratégias de promoção da saúde e prevenção primária, através do desenvolvimento de políticas públicas e dos cuidados de saúde primários;
- Melhoria da resposta na fase aguda, nomeadamente, da eficácia das redes de urgência, capacidade técnica das equipas, ganhos na capacidade de resposta da emergência médica e reestruturação dos percursos assistenciais, onde se incluem as vias verdes;
- Avanços terapêuticos, nomeadamente, a expansão das terapias endovasculares e melhoria das terapêuticas disponíveis.

Em Portugal, tal como na UE, os tumores malignos continuam a ser a principal causa de morte prematura. Contudo, a **taxa de mortalidade padronizada (para todas as idades e prematura) dos tumores malignos**

tem apresentado uma **tendência decrescente,** o que também se encontra alinhado com a tendência europeia (14), embora esteja a ocorrer a um ritmo mais lento do que a média da UE (15). Esta diminuição tem sido mais acentuada no **sexo masculino**, apesar deste indicador continuar a apresentar **valores mais elevados** do que o sexo feminino.

A diminuição da mortalidade padronizada por tumores malignos em Portugal pode ser atribuída à combinação de vários fatores, dos quais se destacam os seguintes (11)**:**

- Ganhos resultantes do investimento efetuado nas estratégias de promoção da saúde e de prevenção primordial e primária, com destaque para a redução do consumo de tabaco e para as políticas de controlo de fatores de risco que têm sido implementadas, entre outros;
- Expansão de programas organizados de rastreio oncológico (nomeadamente, do cancro da mama, colorretal e do colo do útero), associados ao diagnóstico da doença oncológica em estadios mais precoces[9];
- Progressos sustentados na efetividade dos tratamentos oncológicos, incluindo melhorias na cirurgia, radioterapia, terapêuticas sistémicas e na organização multidisciplinar dos cuidados;
- Impacto crescente de intervenções de saúde pública dirigidas a infeções oncogénicas, como a vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV).

No que concerne a **tendência decrescente da taxa de mortalidade padronizada por doenças respiratórias** em Portugal[10], este decréscimo é maioritariamente atribuído à **redução da mortalidade por pneumonia** (entre 2017 e 2021, a taxa de mortalidade padronizada por pneumonia sofreu um decréscimo de 39%) (16).

Uma **explicação para esta trajetória favorável** poderá dever-se a importantes políticas e estratégias de saúde, designadamente:

- Introdução da gratuitidade da vacinação contra a gripe para todas as pessoas com 65 ou mais anos, em 2012/2013;
- Introdução da vacinação antipneumocócica no Programa Nacional de Vacinação, a partir do ano de 2015, com definição de grupos de risco no adulto, com a indicação de gratuitidade;
- A estratégia da vacinação de reforço contra a covid-19 em coadministração com a vacina contra a gripe, contribuiu para a elevação da cobertura vacinal, que passou de 66 % em 2021, para 73 % em 2022.

Contudo, os peritos têm alertado para a importância fundamental, na redução da mortalidade prematura por doenças respiratórias, do reforço da **vacinação** nos grupos de risco (uma vez que a principal causa de morte são as pneumonias), bem como, para o papel dos **determinantes ambientais**, nomeadamente, das **alterações climáticas** na mortalidade por doenças respiratórias, que ocorre mais nas ondas de calor (embora também nas ondas de frio, com os vírus em circulação), sendo que quem morre mais são os idosos,

9 No caso do rastreio do cancro da mama, já foi atingida o objetivo previsto pelo *Europe´s Beating Cancer Plan* , de 90 % de cobertura populacional.

10 Conforme já referido no capítulo anterior, entre 2021 e 2023 puderam ser observados valores crescentes deste indicador, sendo necessário aguardar pelos valores dos anos seguintes para verificar se irá ou não existir um retorno à tendência decrescente globalmente observada.

as pessoas com maior vulnerabilidade económica (pobreza energética) e os doentes crónicos (doenças dos aparelhos circulatório e respiratório). Na morbimortalidade por doenças respiratórias importa também considerar a **poluição atmosférica**, nomeadamente, as partículas finas (PM2,5 e PM10).

A **tendência decrescente continuada da mortalidade por diabetes mellitus, quer prematura, quer para todas as idades**, reflete o **investimento consistente** na prevenção e controle dos principais fatores de risco, diagnóstico e tratamento precoces, e gestão adequada da doença e suas **complicações**. Em 2023, 16,1 % das mortes atribuídas à diabetes deveram-se a complicações renais, 6,3 % por complicações circulatórias periféricas, 4,5 % por cetoacidose, 29,1 % por outras complicações específicas e 18,9 % por múltiplas complicações, tendo-se observado, em geral, uma **diminuição acentuada dos óbitos por estas causas**, sobretudo, nos últimos anos. Tem-se verificado um **aumento da prevalência estimada de diabetes**. Este tem acompanhado o **aumento da capacidade de identificar pessoas com diabetes ou com risco de desenvolver diabetes**. O rastreio populacional da diabetes atingiu 62 % da população adulta no triénio 2022-2024, oferecendo uma oportunidade de diagnóstico e intervenção precoces, fundamentais para a evolução favorável observada. Nas últimas décadas verificou-se, ainda, uma importante **inovação tecnológica a nível da monitorização e terapêutica**, bem como a nível da **organização dos cuidados de saúde na área da diabetes**. A **promoção da literacia em diabetes** em diversos contextos e grupos etários tem, também, tido um papel relevante. Todos estes fatores têm influenciado positivamente a evolução da mortalidade por esta doença.

Apesar da **tendência decrescente sustentada da taxa de incidência da tuberculose** em Portugal, o decréscimo percentual anual desacelerou nos últimos quinquénios face aos quinquénios anteriores[11], o que revela um desvio progressivo face à trajetória necessária para atingir os objetivos da *End TB Strategy* da OMS (redução de 80% até 2030, comparativamente a 2015).

A desaceleração do decréscimo deste indicador observada reflete três fenómenos principais:

- **Concentração da doença em populações vulneráveis**: a tuberculose afeta crescentemente grupos de risco acrescido (e.g. pessoas vivendo com VIH, pessoas em situação de sem-abrigo, em reclusão, com dependências ou exposição ocupacional à sílica), onde a complexidade clínica e social dificulta o controlo da doença.
- **Desafios específicos da população migrante:** em 2024, 39,1 % dos casos notificados ocorreram em migrantes, com taxa de incidência 2,7 vezes superior à população geral. Esta população apresenta características epidemiológicas distintas (idade mediana de 33 anos, 46,3 % com entrada em Portugal há menos de 2 anos e maior probabilidade de proveniência de países de elevada incidência da doença). Adicionalmente, a maior prevalência de comorbilidades e de vulnerabilidade social, associada às condições de vida no país de acolhimento, contribui para o risco acrescido de desenvolvimento de tuberculose ativa.
- **Emergência de resistências**: o aumento consecutivo de casos de tuberculose multirresistente desde 2022 e de tuberculose pré-XDR (tuberculose ultrarresistente), constitui uma dificuldade adicional para o controlo da doença e aumento da mortalidade associada.

11 Passou de um decréscimo percentual anual de 3,2% da taxa de incidência entre 2015 e 2024, para um decréscimo percentual anual de 0,6% no quinquénio 2020-2024.

As estimativas realizadas para o ano 2023 revelaram que, nesse ano, em Portugal **94,2 %** das **pessoas com infeção por VIH estavam diagnosticadas**, o que indica que Portugal esteve próximo de atingir o primeiro objetivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (95 % das pessoas infetadas diagnosticadas). Contudo, **mantém-se uma elevada proporção de diagnósticos tardios**, com particular expressão entre os homens heterossexuais e as pessoas com 50 ou mais anos. Efetivamente, a **caracterização da epidemia por VIH nas 12 Fast-Track Cities portuguesas** mostrou a existência de **dois padrões distintos**, em que numas cidades predominam os casos em homens, jovens e maioritariamente HSH (homens que fazem sexo com homens), com diagnóstico mais precoce, e noutras prevalecem os casos de transmissão heterossexual, com distribuição por sexo mais equilibrada, idade mais elevada e diagnósticos mais tardios.

Após um período de evolução crescente até ao triénio 2018-2030, a **taxa de mortalidade materna teve um decréscimo considerável nos últimos triénios**. Apesar de Portugal ter apresentado, no triénio mais recente, um valor deste indicador superior ao valor médio da OCDE (mas próximo deste), ainda assim, o mesmo pode ser considerado relativamente baixo, em termos internacionais (17). Este indicador reflete não só a qualidade global dos cuidados obstétricos e da organização dos serviços de saúde, mas é também influenciado por determinantes demográfico-sociais e económicos. Entre os principais fatores associados destacam-se a idade materna avançada, a presença de comorbilidades pré-existentes, as complicações hipertensivas e metabólicas da gravidez e as **desigualdades no acesso** e continuidade dos cuidados, nomeadamente, da **população imigrante**, sendo que a proporção de partos de mães de nacionalidade estrangeira em Portugal foi de 26,2 % em 2024 (17).

A taxa de mortalidade infantil apresentou uma tendência para a estabilidade em triénios recentes (apesar do decréscimo observado entre os triénios 2016-2018 e 2020-2022, com um possível retorno à estabilidade, com oscilações, a ser confirmado pela evolução futura). Esta estabilização poderá refletir a **proximidade a valores mínimos historicamente observados**[12], bem como a persistência de determinantes clínicos e sociais relevantes. A mortalidade neonatal continua a representar a principal proporção da mortalidade infantil, estando fortemente associada a fatores como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e complicações do período perinatal (18). A taxa de mortalidade infantil tem diminuído de forma sustentada ao longo das últimas décadas em todos os Estados-Membros da UE, mas em Portugal essa redução foi a mais acentuada (19).

Portanto, **a evolução dos indicadores de saúde materna e infantil em Portugal evidencia ganhos evidentes nas últimas décadas**, refletindo melhorias sustentadas nas condições de vida, no acesso aos cuidados de saúde e na qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais. No entanto, a avaliação intercalar do Plano Nacional de Saúde 2030 demonstra que, apesar do **posicionamento favorável no contexto europeu**, persistem **desafios relevantes** que poderão comprometer o cumprimento dos objetivos fixados para esta década.

No que diz respeito ao sarampo, em Portugal não há circulação endémica do vírus desde, pelo menos, 2004. **O sarampo foi considerado eliminado em Portugal, pela Organização Mundial da Saúde, em 2015**, **estatuto que mantém até à data**. No entanto, a doença é endémica em vários países do mundo e ocorrem surtos de sarampo em países europeus e noutros países, colocando Portugal em risco de im-

12 Importa referir que, em 2020-2021, foi registada a proporção de nados-vivos prematuros mais baixa de sempre, o que se refletiu favoravelmente nas taxas de mortalidade infantil e suas componentes.

portação de casos da doença. Assim, pessoas não protegidas podem ficar em risco de adquirir sarampo.

No que diz respeito às infeções congénitas (rubéola congénita, tétano neonatal e sífilis congénita), verifica-se um **bom controlo das infeções preveníveis através da vacinação, nomeadamente, da rubéola congénita e do tétano neonatal**, não tendo sido registados casos recentes em Portugal. Contudo, observa-se a persistência dos casos de **sífilis congénita**, com um **aumento do número absoluto de casos nos últimos anos, afastando-se do objetivo de eliminação definido no PNS 2030**. Este indicador constitui um importante sinal de alerta em saúde pública, uma vez que a sífilis congénita é prevenível através do rastreio e tratamento adequados durante a gravidez. A ocorrência destes casos poderá refletir falhas na prevenção primária, no acesso aos cuidados pré-natais, diagnóstico tardio ou tratamento inadequado da infeção materna.

Em Portugal, enquanto o valor de 99 % para o indicador de **água segura** fixado no respetivo **objetivo do PNS 2030** se encontra **praticamente atingido**, a **proporção de alojamentos servidos por sistemas públicos de drenagem de águas residuais**, estimada[13] em 87 %, encontra-se **aquém do objetivo fixado de 98 %**. Tal poderá dever-se a diversos **fatores**, como sejam, a dispersão geográfica de aglomerados de baixa densidade, os elevados custos de investimento na expansão de redes e a existência de áreas rurais cujas habitações isoladas utilizam sistemas autónomos (como fossas séticas), muitas vezes resistentes a uma ligação à rede, devido aos custos (20).

Por último, importa referir, como principal **limitação metodológica** deste relatório, sobretudo com impacto nos indicadores de mortalidade utilizados, a adoção, por parte do INE, a partir de 2021, de uma nova metodologia de base administrativa para as estimativas da população residente, com atualização retrospetiva de dados. Isto implicou que as taxas de mortalidade (relativas ao ano de 2019), bem como a série temporal a partir da qual foram efetuadas as respetivas projeções para o ano de 2030 e que estiveram na base da fixação dos objetivos do PNS 2030, se encontrem sobrestimadas, limitando a sua comparação com a nova série de dados, a partir de 2021. Contudo, **esta limitação em nada invalida ou compromete as análises feitas, em termos da tendência destes indicadores** e as novas projeções que foram efetuadas até 2030[14]. Esta mudança de metodologia no cálculo destes indicadores poderá levar a uma revisão dos valores fixados para os respetivos objetivos de saúde antes da próxima avaliação intercalar.

Como **conclusão final** desta primeira avaliação intercalar do PNS 2030, focando não só no grau de **cumprimento dos objetivos de saúde fixados para 2030**, mas também na sua **tendência**, verifica-se que 21 dos 37 objetivos se encontram já **atingidos**, **excetuando**:

- A taxa de **mortalidade prematura (<75 anos) por doenças cerebrovasculares e também para todas as idades** (embora com uma tendência decrescente e numa trajetória de aproximação aos objetivos fixados para 2030);
- As taxas de **mortalidade prematura (<75 anos) e para todas as idades por doenças isquémicas do coração** (embora com uma tendência decrescente e uma trajetória de aproximação dos objetivos, com valores estimados para 2030 inferiores aos valores fixados);

13 Não existem dados disponíveis relativamente à Região Autónoma dos Açores.

14 Esta nova metodologia obrigou, também, a uma atualização retrospetiva de toda a série temporal usada para efetuar as novas projeções até 2030, daí que os valores apresentados no anexo 3, por exemplo, para o ano de 2019, não coincidam com os valores apresentados no plano de M&A do PNS 2030 para o mesmo ano.

- A taxa de **mortalidade prematura (<75 anos) e para todas as idades pelo tumor maligno da mama feminina** (embora com uma tendência global decrescente e uma trajetória de aproximação do objetivo, com o valor estimado para 2030 inferior ao valor fixado);
- A taxa de **mortalidade prematura (<75 anos) por doenças respiratórias** (embora numa tendência decrescente[15]);
- A taxa de **mortalidade prematura (<75 anos) por diabetes mellitus** (embora com uma tendência decrescente e numa trajetória de aproximação aos objetivos fixados para 2030);
- A taxa de **incidência da tuberculose** (embora com uma tendência decrescente e valores projetados para 2030 na trajetória do objetivo fixado para 2030);
- A taxa de **incidência da infeção VIH** (embora com uma tendência decrescente e com os valores projetados para 2030 na trajetória do objetivo fixado para 2030);
- A taxa de **mortalidade materna** (mas com uma evolução decrescente nos últimos triénios e um valor próximo da média dos países da OCDE);
- A taxa de **mortalidade neonatal** (mas com uma evolução decrescente nos últimos triénios);
- A taxa de **mortalidade infantil** (mas com uma evolução decrescente em triénios recentes e um valor no último triénio mais baixo em relação à média da UE);
- A taxa de **mortalidade em crianças com menos de 5 anos** (com uma evolução ligeiramente crescente nos últimos anos, mas com valores inferiores à média da UE);
- O número de casos de **sífilis congénita** (que se encontram a crescer, numa trajetória contrária ao objetivo fixado para 2030);
- A proporção de **alojamentos servidos por drenagem de águas residuais**.

Fica, também, claro, dos resultados desta avaliação intercalar, que só o reforço da construção de um **compromisso multissetorial e multinível com o investimento em ações orientadas pela evidência e pelas boas práticas**, dirigidas a **todos os determinantes de saúde[16]**, e que tome em consideração as **desigualdades em saúde conhecidas** (nomeadamente, de sexo, socioeconómicas e geográficas), permitirá a consolidação dos ganhos em saúde já conquistados, bem como a **satisfação ou redução das demais necessidades de saúde em Portugal**, identificadas no PNS 2030[17].

15 Os valores crescentes deste indicador observados entre 2021 e 2023 exigem que se aguarde pelos valores dos anos seguintes para confirmar ou não o retorno à tendência decrescente globalmente observada.

16 Ambientais, biológicos, comportamentais, demográficos e sociais, económicos e relacionados com os serviços de saúde e a prestação de cuidados (PNS 2030).

17 Quer as necessidades de saúde (por problemas de saúde e por determinantes de saúde) em relação às quais foi metodologicamente possível fixar objetivos de saúde, quer todas as outras que foram identificadas e selecionadas no PNS 2030.

5. RECOMENDAÇÕES

O PNS 2030 definiu "10 recomendações para a década", face às necessidades de saúde identificadas e às linhas de orientação estratégica que foram definidas na altura: **investir** de um modo transversal na promoção e proteção da saúde, **incluir** (não deixar ninguém para trás), **inovar** (parcerias, investigação e transição digital) e **preparar** e **antecipar** o futuro. Estas 10 recomendações mantêm-se válidas e relevantes para a implementação do PNS 2030, dentro e fora do sector da saúde.

As recomendações aqui expressas[18] decorrem diretamente dos resultados desta primeira avaliação intercalar, focada nos objetivos de saúde fixados, mas não esgotam todas as iniciativas que é necessário desenvolver, manter ou reforçar, face às demais necessidades de saúde identificadas no PNS 2030, igualmente relevantes. Do mesmo modo, **promover saúde em todas as situações e em todo o ciclo de vida**, tal como o recomendado no PNS 2030, deve estar subjacente, de um modo transversal, a todas as intervenções recomendadas.

5.1. RECOMENDAÇÕES DIRIGIDAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE

Nesta categoria incluem-se as principais causas de morbimortalidade em Portugal, nomeadamente, as doenças não transmissíveis (e.g. doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, doenças do aparelho respiratório e diabetes) e infeções como a tuberculose e a infeção pelo VIH.

Doenças não transmissíveis:

- Recomenda-se o reforço do investimento nas estratégias de promoção da saúde, incluindo a promoção da saúde mental, o reforço das políticas fiscais e regulatórias sobre o tabaco, o álcool e as bebidas açucaradas. Deve ser dada continuidade à reformulação alimentar (e.g. redução de sal e gorduras trans) e criar condições de acesso que facilitem a atividade física quotidiana dos cidadãos, ao longo do ciclo de vida. Deve ser dada especial atenção aos determinantes comerciais e digitais da saúde.
- Reforçar o controlo de fatores de risco biológicos modificáveis (nomeadamente hipertensão arterial, hiperglicemia e hipercolesterolemia), do excesso de peso e da obesidade. Esta abordagem deve ser promovida, maioritariamente pelos cuidados de saúde primários, em articulação com os cuidados hospitalares, priorizando as populações vulneráveis, tendo em consideração os determinantes sociais da saúde.
- Doenças do aparelho circulatório: manter o investimento na melhoria da resposta na resposta à

18 Este capítulo reflete, sobretudo, recomendações efetuadas por Programas de Saúde Nacionais e outros peritos, bem como as orientações de documentos de referência, como sejam a *WHO Best Buys*, o *Europe's Beating Cancer Plan* e a Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2030, entre outros. Recomendações mais abrangentes e detalhadas (abrangendo outras necessidades de saúde, por problemas e determinantes de saúde), recolhidas junto dos Programas de Saúde Nacionais e outras entidades de referência, quer na área da saúde, quer de outros sectores, e que integram a Comissão de Acompanhamento do PNS 2030, serão oportunamente disponibilizadas no site do PNS 2030.

fase aguda, na expansão das terapias endovasculares e na acessibilidade às terapêuticas. Dar maior atenção à insuficiência cardíaca e à doença cardíaca hipertensiva, cujo peso crescente foi identificado no PNS 2030.

- Tumores malignos: consolidar os rastreios organizados atuais (mama, colo do útero, cólon e reto) e assegurar a implementação de novos rastreios que sejam cientificamente relevantes e custo-efetivos. Reconfigurar os centros de referência e os Centros Compreensivos de Cancro, para garantir acesso equitativo a tratamentos de qualidade e inovação. Não esquecer o peso crescente do tumor maligno do fígado e do tumor maligno do pâncreas identificado no PNS 2030.
- Doenças do aparelho respiratório: manter as estratégias que têm possibilitado a diminuição da mortalidade, sobretudo, nas idades iguais ou superiores a 75 anos e procurar obter ganhos equivalentes em idades inferiores. Reforçar a vacinação das pessoas com doenças respiratórias crónicas e outros grupos de risco (gripe sazonal, COVID-19, pneumocócica e Vírus Sincial Respiratório); Definir orientações de proteção para doentes crónicos em períodos de calor e frio extremos e integrá-las nos planos de contingência das unidades de saúde.
- Diabetes Mellitus: recomenda-se, para manter a tendência decrescente da mortalidade, a promoção contínua do acesso às melhores práticas clínicas e à inovação tecnológica na monitorização e terapêutica. O investimento na promoção da literacia e no diagnóstico precoce é fundamental para prevenir complicações renais e cardiovasculares.

Doenças Transmissíveis:

- Tuberculose: Intensificar o tratamento preventivo com regimes curtos (3HP, 3HR, 4R), a capacitação laboratorial para sequenciação genómica e resposta a multirresistências. Manter o acesso universal e gratuito aos cuidados. Perante a desaceleração da diminuição da incidência da tuberculose, torna-se necessário prestar particular atenção às populações em situações vulneráveis, incluindo os migrantes.
- Infeção VIH: recomenda-se o reforço de estratégias para combater o diagnóstico tardio, que persiste particularmente entre indivíduos heterossexuais com mais de 50 anos, aproximando o rastreio das comunidades e dos Cuidados de Saúde Primários.

5.2. RECOMENDAÇÕES DIRIGIDAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE BAIXA MAGNITUDE E ELEVADO POTENCIAL DE RISCO

Recorda-se que esta categoria engloba áreas onde Portugal tem tido um histórico de sucesso, que importa preservar (e.g. saúde materna e infantil, doenças preveníveis pela vacinação e doenças transmitidas pela água), mas também alguns sinais de alerta.

- Saúde Materna e Infantil: estabelecer um compromisso multissetorial para reforçar os recursos humanos, reduzir barreiras linguísticas/culturais e garantir o acompanhamento pré-natal universal, em particular na população migrante e outras populações em situações vulneráveis.

- Eliminação da Sífilis Congénita: recomenda-se uma avaliação dos casos ocorridos para compreender os percursos de acompanhamento na gravidez. Com base nessa avaliação, reforçar a prevenção primária, o rastreio atempado e o tratamento adequado da infeção materna, garantindo que nenhuma mulher fica sem vigilância adequada.
- Manutenção da Eliminação do Sarampo: recomenda-se manter as coberturas vacinais elevadas, fazendo campanhas de catch-up e atividades na comunidade escolar e na comunidade em geral. Manter sistemas de vigilância epidemiológica robustos para prevenir surtos resultantes da importação de casos, num contexto europeu de risco crescente.
- Saneamento de Águas Residuais: alocar financiamento e o desenvolvimento de soluções adaptadas para corrigir assimetrias regionais e adequadas às áreas de baixa densidade populacional, sem esquecer a manutenção do nível de excelência da água segura e os novos desafios ambientais colocados, sobretudo, pela poluição atmosférica (nomeadamente, PM2,5 e PM10) e pelas alterações climáticas.

5.3. OUTRAS RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se, ainda:

- Um maior alinhamento das agendas de investigação com as necessidades de investigação decorrentes das necessidades de saúde identificadas no PNS 2030 (e.g. porque é que, de acordo com o PNS 2030, existe uma bastante menor redução da mortalidade, nos grupos etários em torno dos 50 anos, sobretudo, no sexo masculino? Porque é que a redução da mortalidade por doenças do aparelho respiratório é menor nas idades inferiores a 75 anos? Como explicar as desigualdades acentuadas na mortalidade prematura entre os sexos masculino e feminino? Como aumentar a literacia e o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, por parte das populações migrantes e outras populações vulneráveis?);
- Garantir a resiliência das pessoas, dos territórios e do sistema de saúde para fazer face a situações emergentes de diferente natureza e frequência crescente, tendo em vista a claudicação observada de alguns indicadores de saúde durante a pandemia de COVID-19, apesar da sua rápida recuperação posterior;
- Ponderar a revisão de alguns dos objetivos de saúde fixados no PNS 2030, considerando, entre outros, alterações metodológicas externas ao PNS 2030, bem como alterações demográficas (e.g. fluxos migratórios) entretanto ocorridas, com impacto nos respetivos indicadores;
- Elaborar e divulgar o documento que reúna as recomendações multissetoriais face aos resultados desta avaliação intercalar, bem como as implicações dos mesmos nas intervenções dos diferentes setores representados na Comissão de Acompanhamento do PNS 2030 e respetivos atores, recolhidas durante o referido processo de avaliação, em complemento ao presente relatório.

Recomendação Transversal: Para alcançar os objetivos de saúde fixados no PNS para 2030, nos níveis nacional e subnacional, Portugal deve adotar o princípio da "**Saúde Sustentável em Todas as Políticas e em Toda a Sociedade**". A resposta às necessidades de saúde atuais, bem como a manutenção do controlo dos problemas de saúde do passado, coexistindo com a cada vez mais necessária prepara-

ção e resposta às situações emergentes de diferentes tipologias e natureza, exigem uma mudança de paradigma, com uma ação multissetorial e multinível que empodere as pessoas e que assegure uma intervenção efetiva sobre todos os determinantes de saúde[19], focada na redução das desigualdades (e.g. socioeconómicas, de género e geográficas) e na proteção das populações mais vulneráveis ("sem deixar ninguém para trás").

19 Ambientais, biológicos, comportamentais, demográfico-sociais, económicos e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Comissão Europeia. Relatório por País de 2024 - Portugal. Bruxelas: Comissão Europeia; 2024. Disponível em: https://economy-finance.ec.europa.eu

2.Agência Portuguesa do Ambiente (APA). Relatório do Estado do Ambiente 2024. Lisboa: APA; 2025. Disponível em: https://rea.apambiente.pt/

3.Agência Portuguesa do Ambiente (APA). Relatório do Estado do Ambiente 2025. Lisboa: APA; 2026. Disponível em: https://rea.apambiente.pt/

4.World Meteorological Organization (WMO) and European Union represented by the European Centre for Medium-Range Weather Forecasts. European State of the Climate Report. Geneva: WMO; 2025.

Disponível em: https://climate.copernicus.eu/sites/default/files/custom-uploads/ESOTC-2025/ESOTC-2025-report.pdf

5. Monteiro H. Portugal não atrai suficientes "imigrantes qualificados de países desenvolvidos" [Internet]. Renascenca. Renascença; 2025. Disponível em: https://rr.pt/noticia/economia/2025/12/18/portugal-nao-atrai-suficientes-imigrantes-qualificados-de-paises-desenvolvidos/452126/

6. Impacto da COVID-19 na economia portuguesa em 2020 | BPstat [Internet]. bpstat.bportugal.pt. Disponível em: https://bpstat.bportugal.pt/conteudos/noticias/633/

7. OECD. OECD Economic Surveys: Portugal 2023. Paris: OECD Publishing; 2023. https://doi.org/10.1787/2b8ee40a-en.

8. European Commission. State of the Digital Decade 2025 report [Internet]. Shaping Europe's digital future. 2025. Disponível em: https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/state-digital-decade-2025-report

9. HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676- 36-1. https://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf

10. Direção-Geral da Saúde. 10 anos de doença cerebrocardiovascular em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2025.

11. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: desafios e estratégias 2025. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2025.

12. Conselho Nacional de Saúde. A pandemia de COVID-19: Desafios para a saúde dos Portugueses. Lisboa: CNS, 2022.

13. World Health Organization Regional Office for Europe. The health and well-being of men in the WHO European Region: better health through a gender approach. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.

14. Eurostat. Causes of death statistics [Internet]. Luxembourg: Eurostat; 2026 [citado 2026 set 23]. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Causes_of_death_statistics.

15. Country cancer profiles 2025 | ECIR - European cancer inequalities registry [Internet]. Europa.eu. 2025. Disponível em: https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/country-cancer-profiles-2025

16. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias: desafios e estratégias 2023. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2023.

17. Direção-Geral da Saúde. Mortalidade materna 2020-2024. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2026.

18. Direção-Geral da Saúde. Mortalidade fetal e infantil em Portugal 2022-2024. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2026.

19. Direção-Geral da Saúde. Mortalidade fetal, infantil e abaixo dos 5 anos, 2017-2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2025.

20. Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos (ERSAR). Relatório Anual dos Serviços de Águas e Resíduos em Portugal. Volume 1 – Caraterização do setor de águas e resíduos. Lisboa: ERSAR; 2025. Disponível em: https://ersarwebsitedocsstorage.blob.core.windows.net/documents/docs/anuais--do-RASARP/rasarp-2025/rasarp2025-volume1.pdf

ANEXOS

ANEXO 1. **Objetivos de saúde fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030**

OBJETIVOS DE SAÚDE RELATIVOS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE (1/2)
1. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte em ambos os sexos para 315,0 por 100.000 habitantes.
2. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo masculino para 458,0 por 100.000 habitantes.
3. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo feminino para 196,4 por 100.000 habitantes.
4. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório em todas as idades e ambos os sexos para 246,5 por 100.000 habitantes.
5. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares em todas as idades e ambos os sexos para 58,9 por 100.000 habitantes.
6. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças cerebrovasculares em ambos os sexos para 13,4 por 100.000 habitantes.
7. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração em todas as idades e ambos os sexos para 41,8 por 100.000 habitantes.
8. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças isquémicas do coração em ambos os sexos para 20,5 por 100.000 habitantes.
9. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e ambos os sexos inferior ou igual a 242,4 por 100.000 habitantes.
10. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 347,2 por 100.000 habitantes.
11. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo feminino para 161,2 por 100.000 habitantes.
12. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos em ambos os sexos para 132,4 por 100.000 habitantes.
13. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo masculino para 185,1 por 100.000 habitantes.
14. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo feminino para 89,0 por 100.000 habitantes.
15. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 73,9 por 100.000 habitantes.
16. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo feminino inferior ou igual a 23,2 por 100.000 habitantes.
17. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo masculino inferior ou igual a 49,9 por 100.000 habitantes.
18. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo feminino inferior ou igual a 16,2 por 100.000 habitantes.
19. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama em todas as idades no sexo feminino para 25,1 por 100.000 habitantes.
20. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura por tumor maligno da mama no sexo feminino para 15,5 por 100.000 habitantes.
21. Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos igual ou inferior a 98,6 por 100.000 habitantes.
22. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos para 16,4 por 100.000 habitantes.

OBJETIVOS DE SAÚDE RELATIVOS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS DE SAÚDE DE ELEVADA MAGNITUDE (2/2)
23. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por diabetes mellitus em todas as idades e ambos os sexos para 25,6 por 100.000 habitantes.
24. Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por diabetes mellitus em todas as idades e ambos os sexos para 4,7 por 100.000 habitantes.
25. Reduzir a taxa de incidência de tuberculose em todas as idades e ambos os sexos para 12,1 por 100.000 habitantes.
26. Reduzir a taxa de incidência de infeção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) em todas as idades e ambos os sexos para 5,7 por 100.000 habitantes.

OBJETIVOS DE SAÚDE RELATIVOS A NECESSIDADES DE SAÚDE POR PROBLEMAS* DE SAÚDE DE BAIXA MAGNITUDE E ELEVADO POTENCIAL DE RISCO
27. Assegurar uma taxa de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100.000 nados-vivos.
28. Reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 1,1 por 1.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030.
29. Assegurar uma taxa de mortalidade infantil inferior ou igual a 2,5 por 1.000 nados-vivos, no triénio 2028-2030.
30. Reduzir a taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos para 2,6 por 1.000 nados-vivos.
31. Aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 99,5 % em todas as regiões tipo NUTS II.
32. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de sífilis congénita.
33. Manter nula a transmissão endémica do sarampo, de acordo com o estatuto de eliminação do sarampo.
34. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal.
35. Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de rubéola congénita.
36. Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura em todas as regiões tipo NUTS II.
37. Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % em todas as regiões tipo NUTS II.

* problemas que tiveram, no passado, uma elevada magnitude e atualmente se encontram controlados graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo.

ANEXO 2. **Avaliação dos objetivos de saúde fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030**

Avaliação dos objetivos de saúde 1 a 26 fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030, relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude (1/2)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ÚLTIMO VALOR DISPONÍVEL P/ AVALIAÇÃO INTERCALAR		FONTE	QUANTIFICAÇÃO OBJETIVOS PNS 2030	
	Valor	Ano		Valor	Ano/Período
1. Taxa de mortalidade padronizada (TMP)[a] por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos[b], ambos os sexos (/10^5 hab.)	**309,8**	2023	INE	**315,0**	2030
2. TMP por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10^5 hab.)	**439,3**	2023	INE	**458,0**	2030
3. TMP por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10^5 hab.)	**196,1**	2023	INE	**196,4**	2030
4. TMP por doenças do aparelho circulatório, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**213,6**	2023	INE	**246,5**	2030
5. TMP por doenças cerebrovasculares, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**65,0**	2023	INE	**58,9**	2030
6. TMP por doenças cerebrovasculares, idade inferior a 75 anos, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**15,2**	2023	INE	**13,4**	2030
7. TMP por doenças isquémicas do coração, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**47,6**	2023	INE	**41,8**	2030
8. TMP por doenças isquémicas do coração, idade inferior a 75 anos, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**21,8**	2023	INE	**20,5**	2030
9. TMP por tumores malignos, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**215,2**	2023	INE	**242,4**	2030
10. TMP por tumores malignos, todas as idades, sexo masculino (/10^5 hab.)	**296,4**	2023	INE	**347,2**	2030
11. TMP por tumores malignos, todas as idades, sexo feminino (/10^5 hab.)	**154,5**	2023	INE	**161,2**	2030
12. TMP por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**124,0**	2023	INE	**132,4**	2030
13. TMP por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10^5 hab.)	**165,8**	2023	INE	**185,1**	2030
14. TMP por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10^5 hab.)	**88,0**	2023	INE	**89,0**	2030
15. TMP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, sexo masculino (/10^5 hab.)	**63,9**	2023	INE	**73,9**	2030
16. TMP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, sexo feminino (/10^5 hab.)	**16,3**	2023	INE	**23,2**	2030
17. TMP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10^5 hab.)	**43,8**	2023	INE	**49,9**	2030

Avaliação dos objetivos de saúde 1 a 26 fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030, relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de elevada magnitude (2/2)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ÚLTIMO VALOR DISPONÍVEL P/ AVALIAÇÃO INTERCALAR		FONTE	QUANTIFICAÇÃO OBJETIVOS PNS 2030	
	Valor	Ano		Valor	Ano/Período
18. TMP por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10^5 hab.)	**11,3**	2023	INE	**16,2**	2030
19. TMP por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades (/10^5 hab.)	**25,6**	2023	INE	**25,1**	2030
20. TMP por tumor maligno da mama no sexo feminino, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)	**16,9**	2023	INE	**15,5**	2030
21. TMP por doenças do aparelho respiratório, todas as idades (/10^5 hab.)	**92,1**	2023	INE	**98,6**	2030
22. TMP por doenças do aparelho respiratório, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)	**19,1**	2023	INE	**16,4**	2030
23. TMP por diabetes *mellitus*, todas as idades (/10^5 hab.)	**23,0**	2023	INE	**25,6**	2030
24. TMP por diabetes *mellitus*, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)	**5,0**	2023	INE	**4,7**	2030
25. Taxa de incidência de tuberculose, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**13,7**	2023	DGS[c]	**12,1**	2030
26. Taxa de incidência da infeção VIH, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)	**8,2**	2023	DGS/ INSA[d]	**5,7**	2030

a. O cálculo das taxas de mortalidade teve por base o número de óbitos por causa de morte e as estimativas anuais da população residente em Portugal, disponibilizados pelo INE. As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas utilizando a População Padrão Europeia de 2013 como estrutura etária de referência.

b. Face ao perfil demográfico e esperança de vida atual e previsional da população portuguesa, bem como aos ganhos em saúde pretendidos, o PNS 2030 adotou, para a mortalidade prematura, o limiar de 75 anos, estando a comparação europeia e internacional garantida através das análises estatísticas efetuadas periodicamente pelo Eurostat e pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico.

c. A partir do "Relatório de vigilância e monitorização da tuberculose em Portugal".

d. A partir do relatório "Infeção VIH em Portugal".

Legenda: DGS – Direção Geral da Saúde; hab.– habitantes; INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.; INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P.; TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada; VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana.

Avaliação dos objetivos de saúde 27 a 37 fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030, relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco (1/2)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ÚLTIMO VALOR DISPONÍVEL P/ AVALIAÇÃO INTERCALAR		FONTE	QUANTIFICAÇÃO OBJETIVOS PNS 2030	
	Valor	Ano		Valor	Ano/Período
27. Taxa de mortalidade materna (/10^5 nados-vivos)	**10,8**	2021-2023	INE	**7,1**	2028-2030
28. Taxa de mortalidade neonatal (/10^3 nados-vivos)	**1,7**	2022-2024	INE	**1,1**	2028-2030
29. Taxa de mortalidade infantil (/10^3 nados-vivos)	**2,7**	2022-2024	INE	**2,5**	2028-2030
30. Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (/10^3 nados-vivos)	**3,4**	2024	INE	**2,6**	2030
31. Proporção de nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado, Portugal (%)	**99,9**[e]				
31.1 Norte	**99,9**				
31.2 Centro	**99,8**				
31.3 Oeste e Vale do Tejo	**99,8**				
31.4 Grande Lisboa	**99,9**	2024	INE	**99,5**[e]	2030
31.5 Península de Setúbal	**99,8**				
31.6 Alentejo	**99,7**				
31.7 Algarve	**99,8**				
31.8 Região Autónoma da Madeira	**99,8**				
31.9 Região Autónoma dos Açores	**99,9**				
32. Número absoluto de casos de sífilis congénita	**14**	2023	ECDC[f]	**0**	2030
33. Número absoluto de casos autóctones de sarampo	**0**	2024	DGS[g]	**0**	2030
34. Número absoluto de casos de tétano neonatal	**0**	2023	DGS[g]	**0**	2030
35. Número absoluto de casos de rubéola congénita	**0**	2024	DGS[g]	**0**	2030
36. Indicador de água segura, Portugal (%)	**98,9**[e]				
36.1 Norte	**98,5**				
36.2 Centro	**98,8**				
36.3 Oeste e Vale do Tejo	**99,6**				
36.4 Grande Lisboa	**99,8**	2023	INE	**99,0**[e]	2030
36.5 Península de Setúbal	**99,6**				
36.6 Alentejo	**98,5**				
36.7 Algarve	**99,4**				
36.8 Região Autónoma da Madeira	**99,1**				
36.9 Região Autónoma dos Açores	**98,9**				

Avaliação dos objetivos de saúde 27 a 37 fixados para 2030, em Portugal, no PNS 2030, relativos às necessidades de saúde por problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco (2/2)

INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ÚLTIMO VALOR DISPONÍVEL P/ AVALIAÇÃO INTERCALAR		FONTE	QUANTIFICAÇÃO OBJETIVOS PNS 2030	
	Valor	Ano		Valor	Ano/Período
37. Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%) no Continente	**87,0**[i]	2022	INE	**98,0**[i]	2030
37.1 Norte	**83,0**				
37.2 Centro	**84,0**				
37.3 Oeste e Vale do Tejo	**80,0**				
37.4 Grande Lisboa	**98,0**				
37.5 Península de Setúbal	**96,0**				
37.6 Alentejo	**86,0**				
37.7 Algarve	**87,0**				
37.8 Região Autónoma da Madeira	**67,9**				
37.9 Região Autónoma dos Açores	**n.d.**				

e. O valor indicado é para Portugal.

f. A partir da ferramenta Surveillance Atlas of Infectious Diseases.

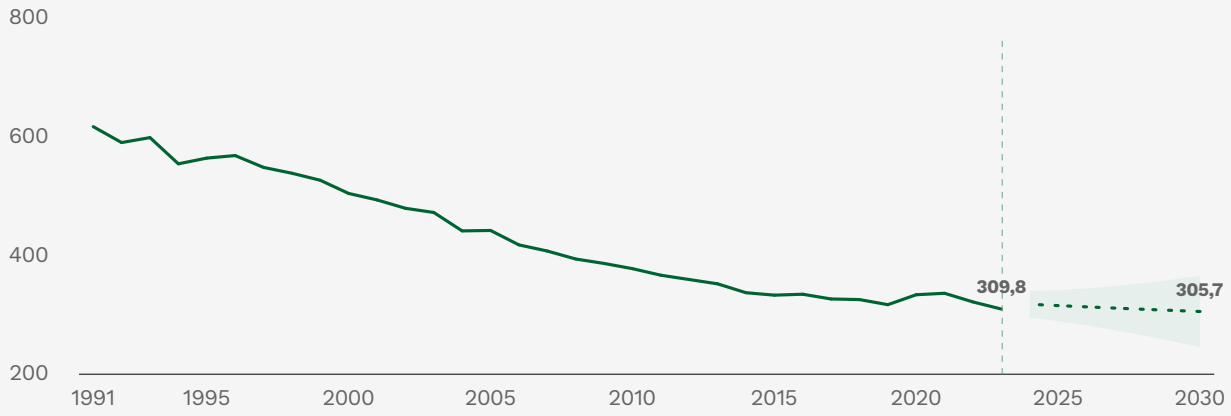
g. Com base no Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE).

i. O valor indicado é para o Continente.

Legenda: DGS – Direção-Geral da Saúde; ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control; INE – Instituto Nacional de Estatística, I.P.; n.d. – não disponível.

ANEXO 3. **Evolução de indicadores de avaliação dos objetivos de saúde (inclui projeções) fixados no PNS 2030**

1. Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos, ambos os sexos (/10⁵ hab.)



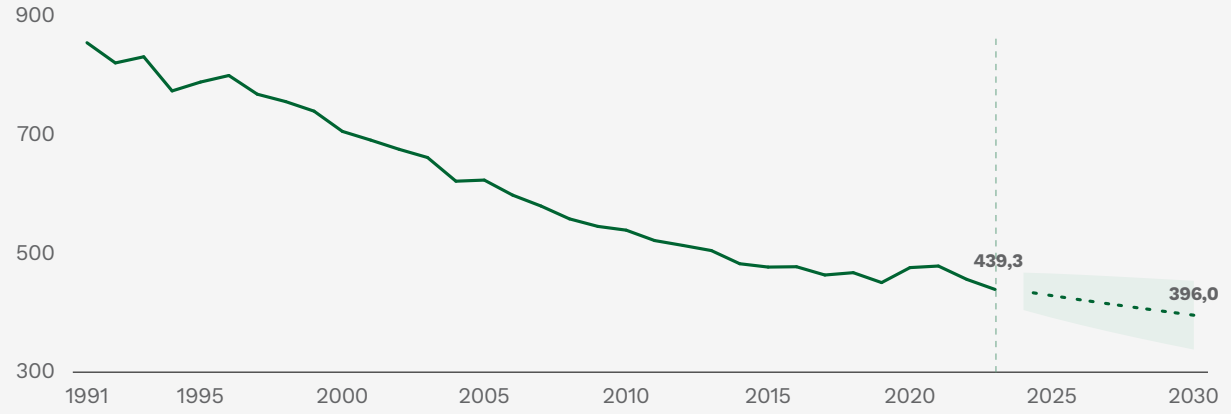
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
337,3	333,2	334,7	326,7	325,7	317,1	333,9	336,3	321,7	309,8	317,8 (295,2;340,5)	315,6 (289,4;341,7)	313,4 (282,4;344,5)	311,4 (274,3;348,5)	309,4 (265,3;353,5)	307,5 (255,8;359,2)	305,7 (245,8;365,5)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

2. Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10⁵ hab.)



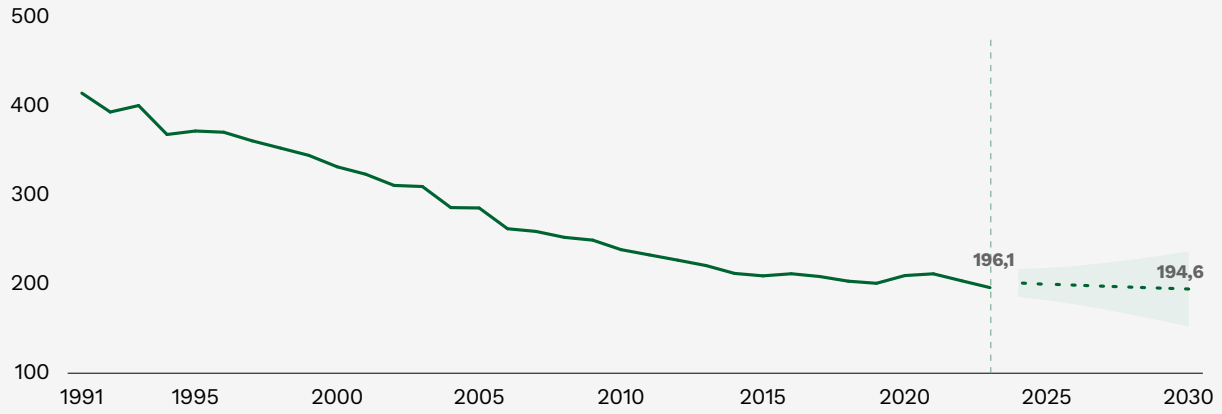
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
482,7	477,0	477,6	463,7	467,6	450,9	476,2	478,8	456,3	439,3	436,1 (404,6;467,7)	428,9 (391,7;466,2)	421,9 (379,7;464,1)	415,1 (368,5;461,7)	408,5 (357,9;459,2)	402,1 (347,8;456,5)	396,0 (338,1;453,8)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

3. Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10^5 hab.)



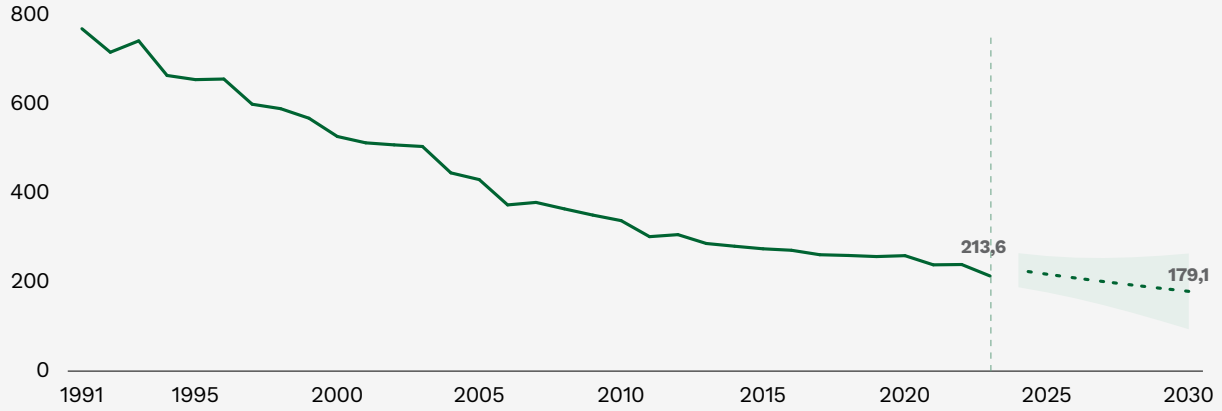
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
212,1	209,4	211,7	208,6	203,4	201,0	209,7	211,7	203,8	196,1	201,4 (185,8;217,1)	200,1 (182,1;218,2)	198,9 (177,3;220,5)	197,8 (171,8;223,7)	196,6 (165,7;227,6)	195,6 (159,2;232,0)	194,6 (152,4;236,8)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

4. Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, todas as idades (/10^5 hab.)



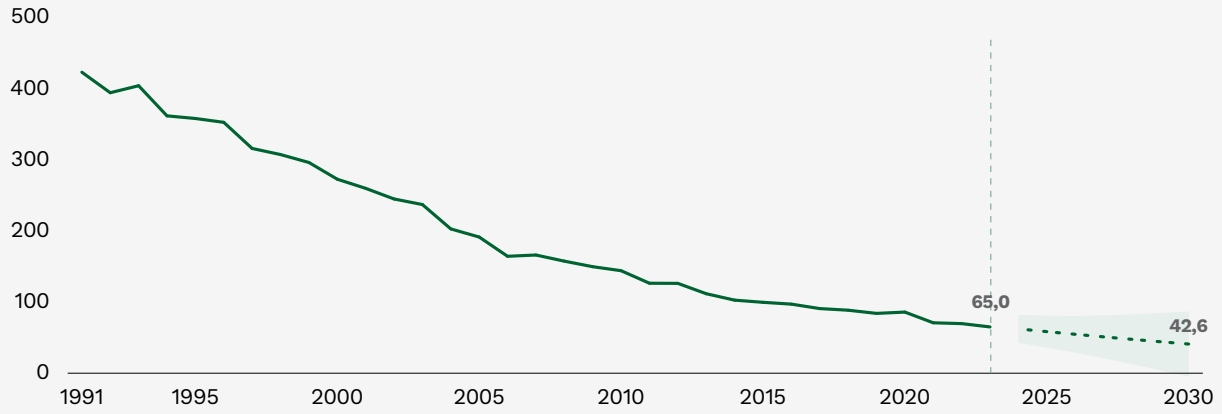
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
280,5	274,7	271,4	261,4	259,8	257,3	259,3	238,7	239,4	213,6	226,6 (188,4;264,9)	217,7 (177,0;258,4)	209,2 (163,6;254,8)	201,1 (148,2;254,0)	193,4 (131,3;255,6)	186,1 (113,1;259,1)	179,1 (94,1;264,1)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

5. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, todas as idades (/10^5 hab.)



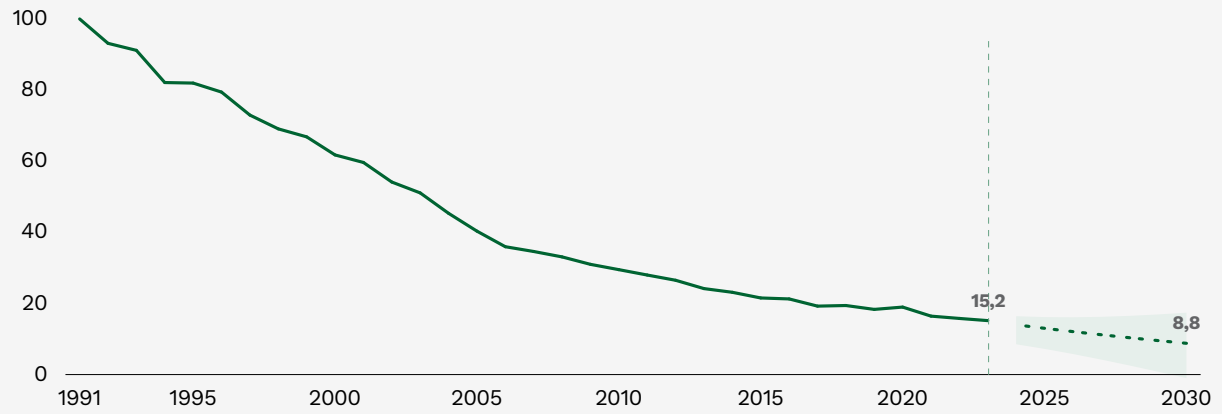
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
102,6	99,5	97,0	90,8	88,5	84,0	85,8	70,8	69,6	65,0	61,4 (55,4;67,4)	57,8 (51,1;64,5)	54,4 (47,2;61,6)	51,2 (43,6;58,8)	48,1 (40,2;56,1)	45,3 (37,0;53,6)	42,6 (34,0;51,1)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo ETS.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

6. Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)



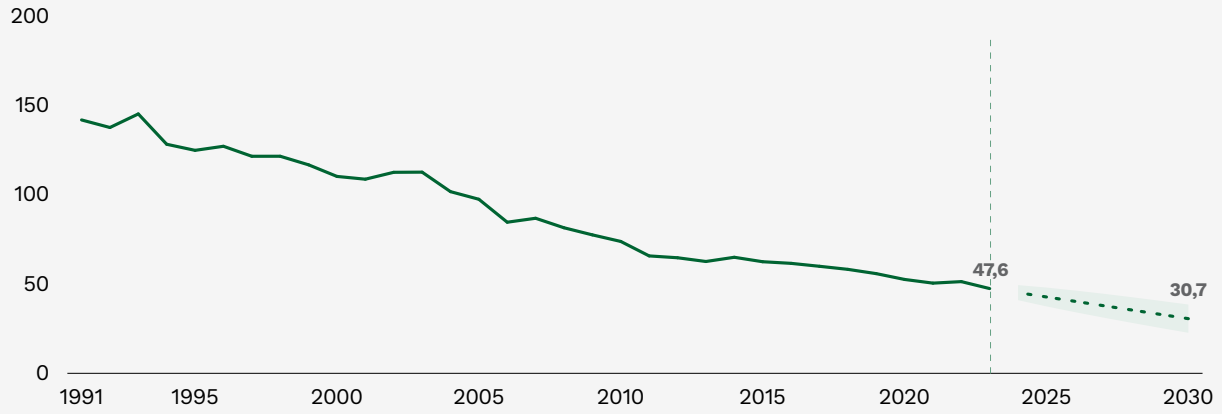
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
23,1	21,5	21,2	19,2	19,4	18,3	19,0	16,4	15,8	15,2	14,0 (10,4; 17,5)	13,0 (8,6; 17,4)	12,1 (7,0; 17,2)	11,2 (5,5; 16,9)	10,3 (4,1; 16,6)	9,5 (2,7; 16,3)	8,8 (1,5; 16,1)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

7. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, todas as idades (/10^5 hab.)



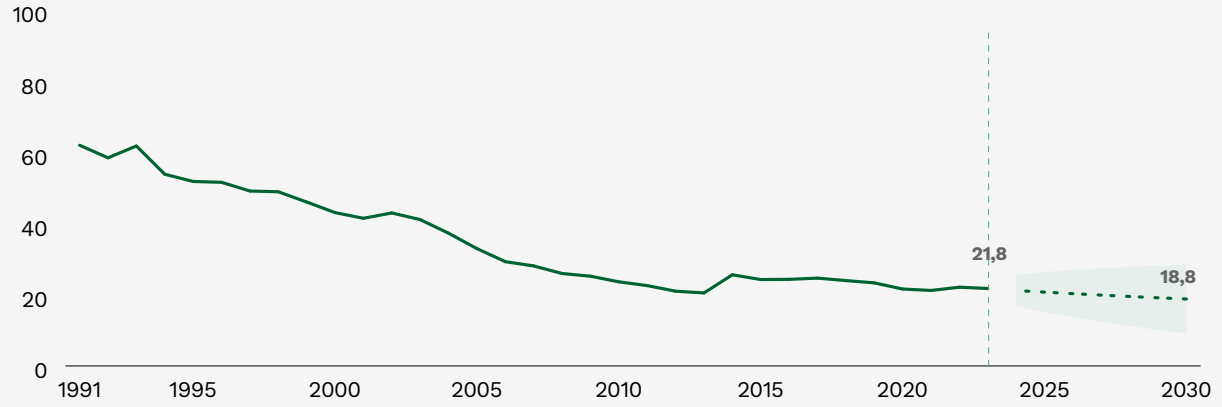
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
65,2	62,7	61,8	60,1	58,4	56,0	52,7	50,7	51,5	47,6	45,3 (41,1; 49,5)	42,9 (37,6; 48,2)	40,4 (34,47;46,5)	38 (31,3; 44,7)	35,6 (28,4; 42,8)	33,1 (25,5; 40,7)	30,7 (22,8; 38,6)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo ETS.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

8. Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)



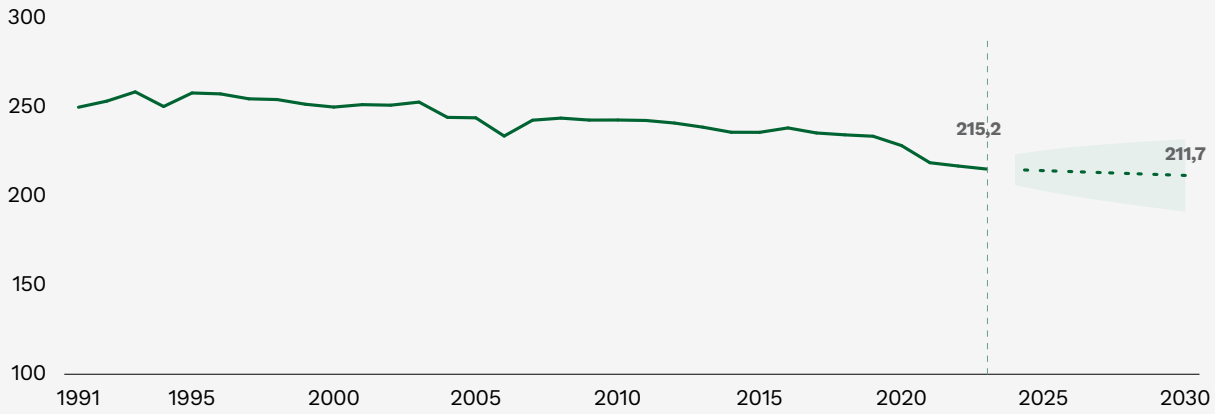
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
25,6	24,3	24,3	24,6	24,0	23,3	21,6	21,2	22,1	21,8	21,2 (16,8;25,6)	20,7 (15,1;26,4)	20,3 (13,7;26,9)	19,9 (12,4; 27,4)	19,5 (11,2;27,8)	19,1 (10,1;28,1)	18,8 (9,1;28,5)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

9. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades, ambos os sexos (/10^5 hab.)



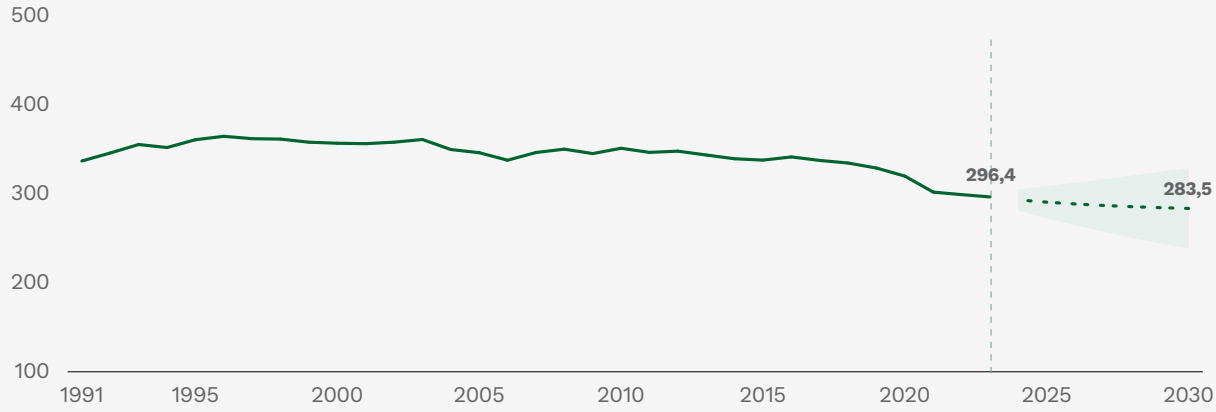
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
235,9	235,9	238,3	235,5	234,5	233,7	228,4	218,8	216,9	215,2	214,9 (206,3;223,5)	214,4 (203,0;225,8)	213,8 (200,2;227,5)	213,3 (197,7;228,9)	212,7 (195,4;230,0)	212,2 (193,3;231,1)	211,7 (191,4;232,0)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Theta.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

10. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades, sexo masculino (/10^5 hab.)



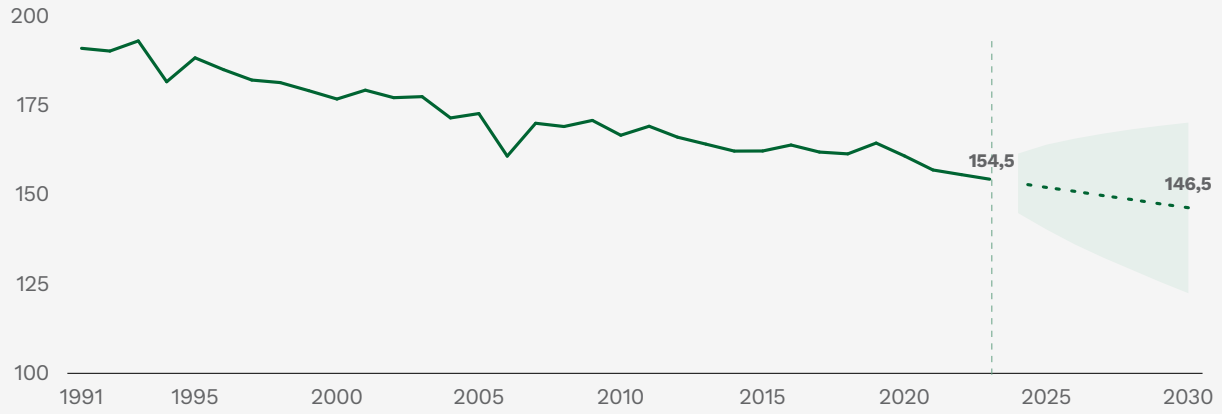
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
339,3	337,7	341,3	337,4	334,5	328,8	319,8	301,8	299,0	296,4	293,1 (281,1;305,0)	290,5 (272,5;308,6)	288,5 (264,6;312,3)	286,8 (257,3;316,3)	285,4 (250,6;320,3)	284,4 (244,3;324,4)	283,5 (238,4;328,6)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

11. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades, sexo feminino (/10^5 hab.)



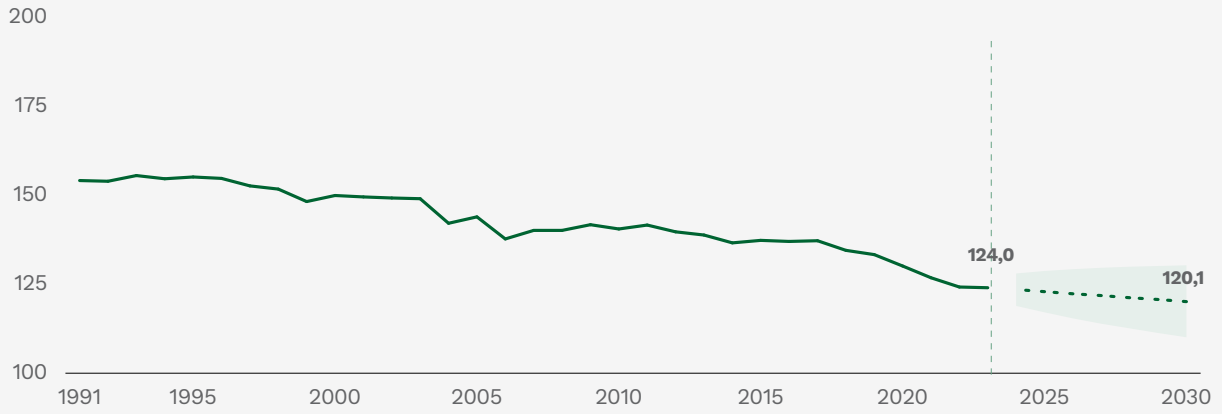
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
162,4	162,4	164,1	162,1	161,6	164,7	161,0	157,1	155,8	154,5	153,4 (145,0;161,7)	152,2 (140,3;164,2)	151,1 (136,2;165,9)	149,9 (132,5;167,3)	148,8 (129,1;168,5)	147,6 (125,7;169,5)	146,5 (122,5;170,4)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Arima.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

12. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, ambos os sexos (/10^5 hab.)



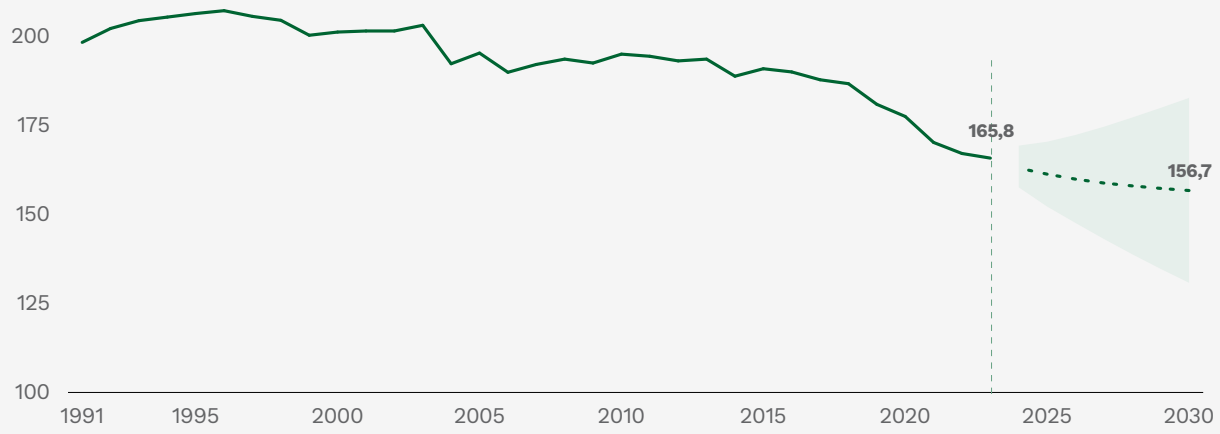
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
136,6	137,3	137,0	137,2	134,6	133,3	130,1	126,8	124,2	124,0	123,5 (118,9;128,0)	122,9 (117,1;128,7)	122,3 (115,4;129,2)	121,8 (113,9;129,6)	121,2 (112,6;129,9)	120,7 (111,3;130,1)	120,1 (110,1;130,3)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

13. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10^5 hab.)



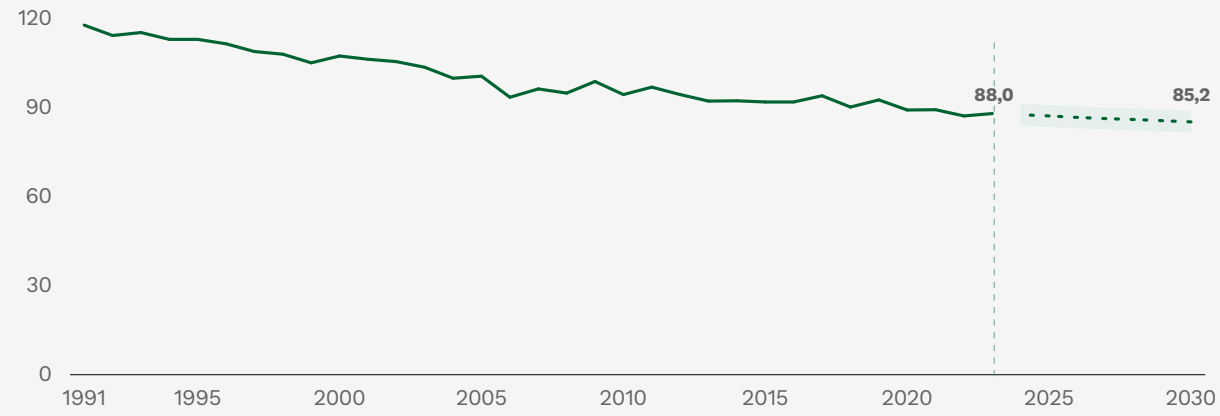
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
188,8	190,9	190,0	187,8	186,7	180,9	177,5	170,2	167,1	165,8	163,0 (157,6;169,3)	161,3 (152,2;170,4)	159,9 (147,6;172,3)	158,8 (143,1;174,6)	158,0 (138,8;177,2)	157,3 (134,7;179,9)	156,7 (130,8;182,7)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95% projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

14. Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10^5 hab.)



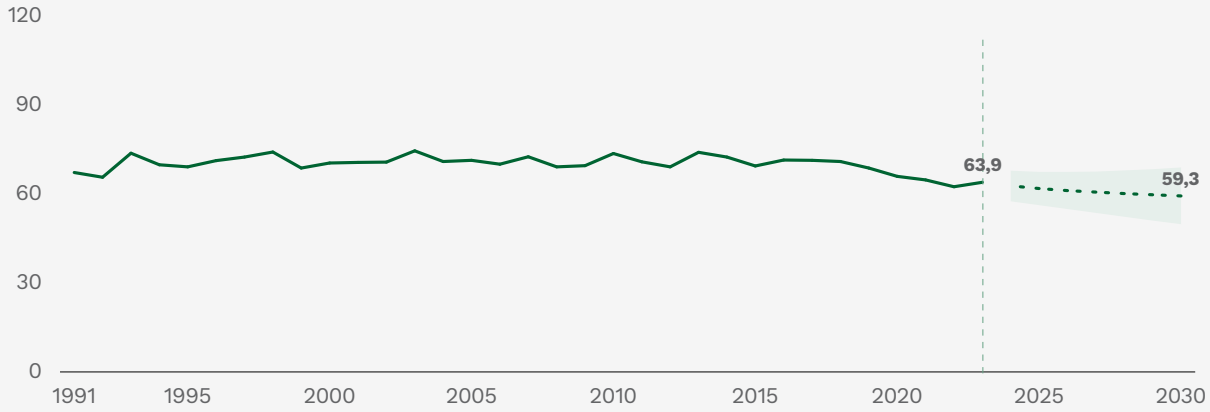
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
92,3	91,9	91,9	94,0	90,2	92,6	89,3	89,3	87,2	88,0	87,6 (83,9; 91,3)	87,2 (83,5; 90,8)	86,7 (83,0; 90,4)	86,3 (82,7; 90,0)	86,0 (82,3; 89,7)	85,6 (81,9; 89,3)	85,2 (81,6; 88,9)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

15. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, sexo masculino (/10⁵ hab.)



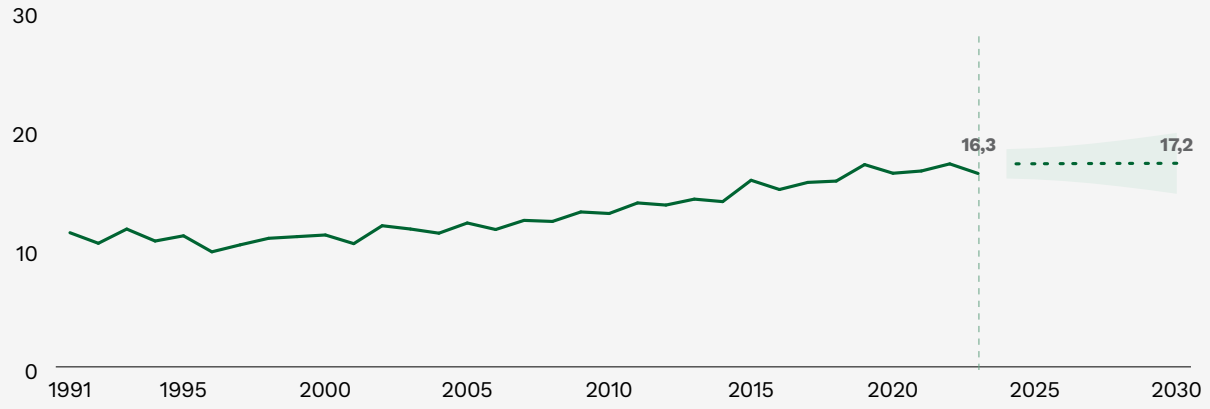
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
72,5	69,4	71,4	71,3	70,9	68,7	65,9	64,7	62,4	63,9	62,7 (57,5; 67,8)	61,8 (56,2; 67,4)	61,1 (54,9; 67,4)	60,6 (53,6; 67,5)	60,1 (52,3; 67,9)	59,7 (51,0; 68,3)	59,3 (49,8; 68,9)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

16. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades, sexo feminino (/10⁵ hab.)



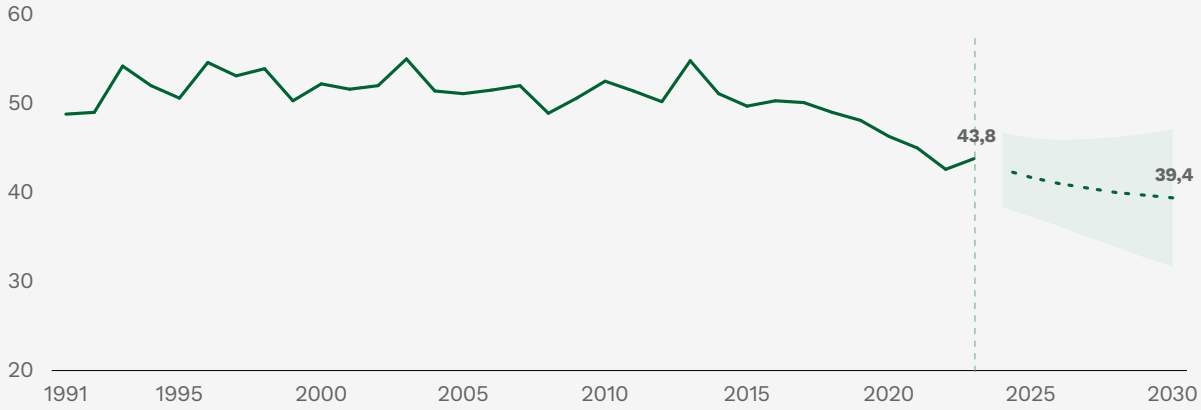
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
13,9	15,7	14,9	15,5	15,7	17,0	16,3	16,5	17,1	16,3	17,1 (15,9; 18,3)	17,1 (15,8; 18,4)	17,1 (15,7; 18,6)	17,1 (15,5; 18,8)	17,1 (15,2; 19,1)	17,1 (14,9; 19,4)	17,2 (14,6; 19,7)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

17. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos, sexo masculino (/10⁵ hab.)



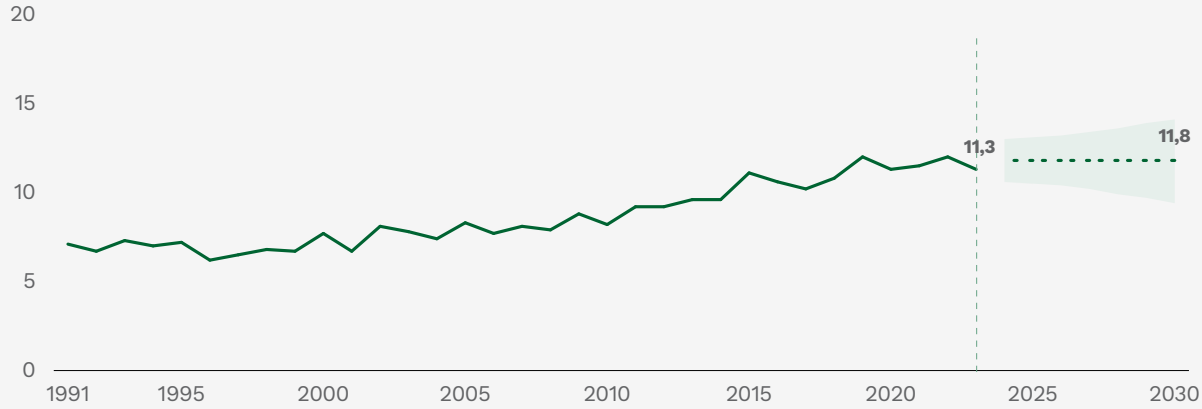
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
51,1	49,7	50,3	50,1	49,0	48,1	46,3	45,0	42,6	43,8	42,6 (38,4; 46,7)	41,7 (37,3; 46,1)	41,0 (36,2; 45,9)	40,5 (35,0; 46,0)	40,0 (33,9; 46,2)	39,7 (32,7; 46,6)	39,4 (31,7; 47,1)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

18. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos, sexo feminino (/10⁵ hab.)



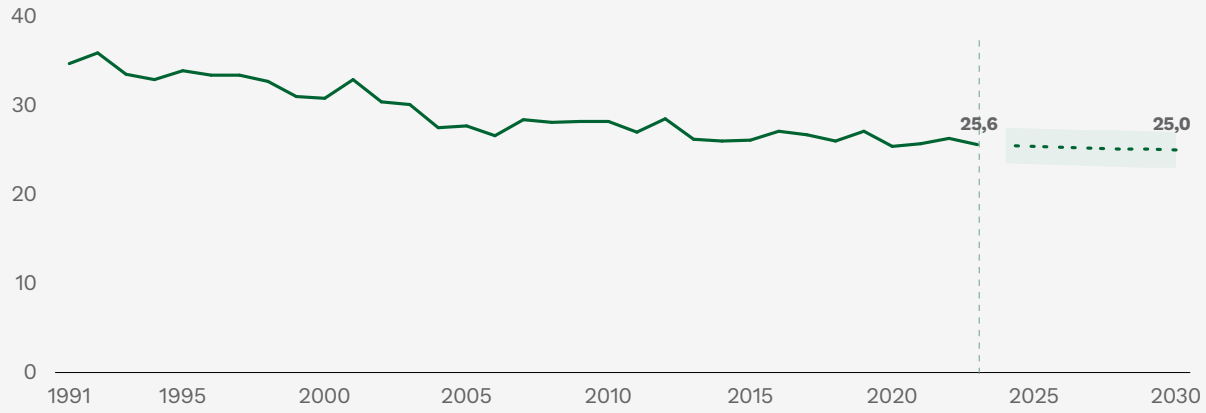
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
9,6	11,1	10,6	10,2	10,8	12,0	11,3	11,5	12,0	11,3	11,8 (10,6; 13,0)	11,8 (10,5; 13,1)	11,8 (10,4; 13,2)	11,8 (10,2; 13,4)	11,8 (9,9; 13,6)	11,8 (9,7; 13,9)	11,8 (9,4; 14,1)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

19. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama no sexo feminino, todas as idades (/10^5 hab.)



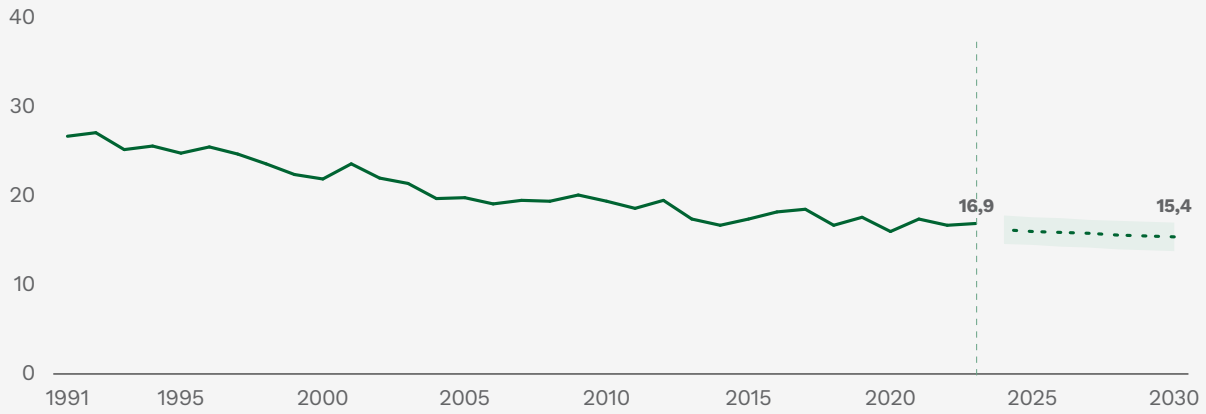
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
26,0	26,1	27,1	26,7	26,0	27,1	25,4	25,8	26,3	25,6	25,5 (23,5; 27,5)	25,4 (23,4; 27,4)	25,3 (23,3; 27,3)	25,2 (23,2; 27,2)	25,1 (23,1; 27,2)	25,1 (23,0; 27,1)	25,0 (23,0; 27,0)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

20. Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama no sexo feminino, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)



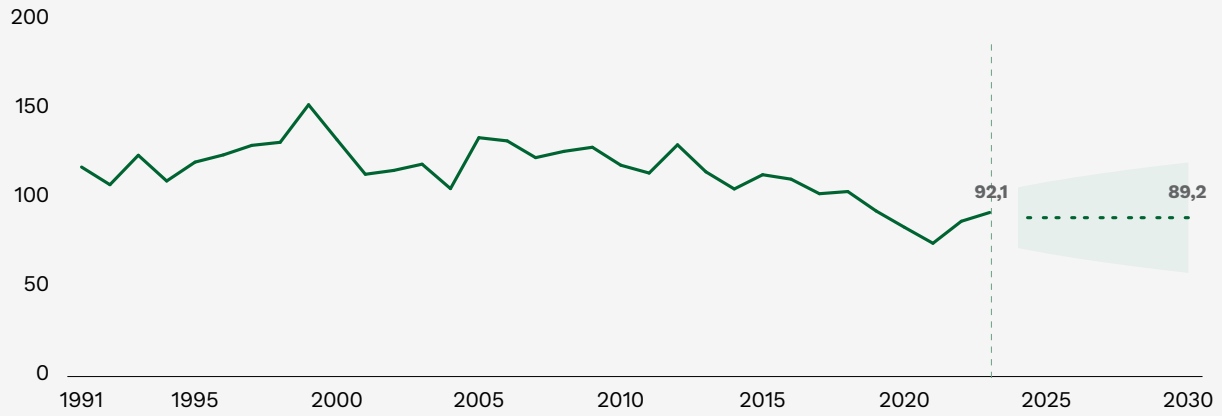
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
16,7	17,4	18,2	18,5	16,7	17,6	16,0	17,4	16,8	16,9	16,2 (14,6; 17,8)	16,0 (14,5; 17,6)	15,9 (14,3; 17,5)	15,8 (14,2; 17,3)	15,6 (14,0; 17,2)	15,5 (13,9; 17,1)	15,4 (13,8; 17,0)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

21. Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, todas as idades (/10^5 hab.)



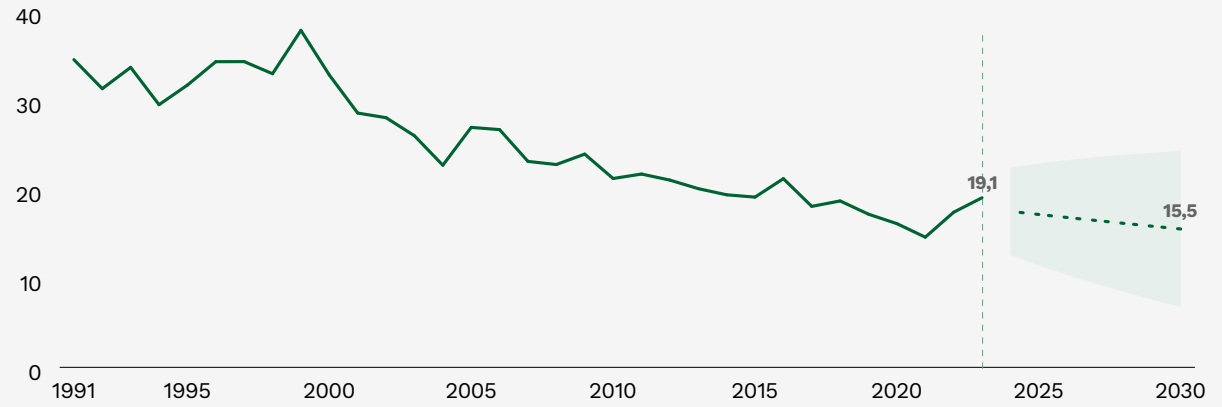
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
105,3	113,4	110,9	102,7	103,9	93,0	83,8	74,9	87,2	92,1	89,2 (72,2;106,3)	89,2 (69,2;109,3)	89,2 (66,6;111,9)	89,2 (64,2;114,2)	89,2 (62,1;116,4)	89,2 (60,1;118,4)	89,2 (58,2;120,2)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo ETS.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

22. Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)



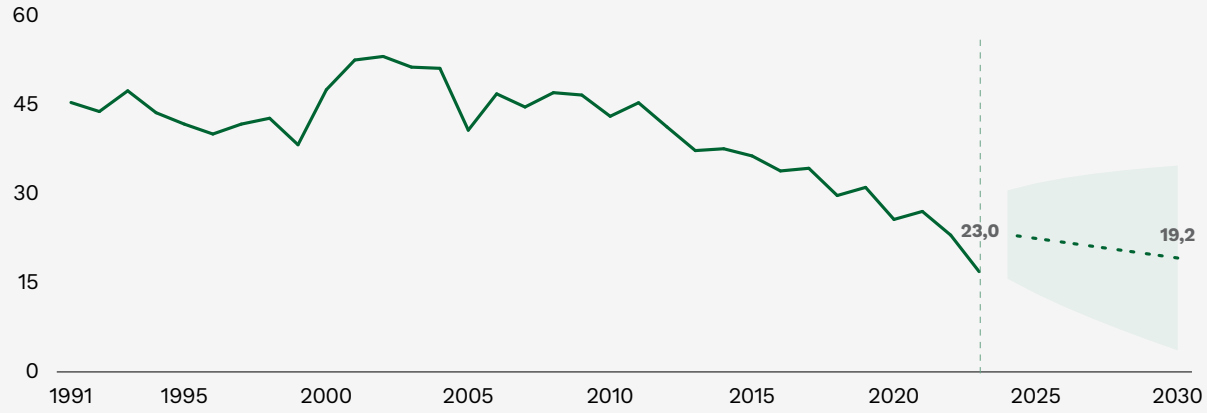
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
19,4	19,1	21,2	18,1	18,7	17,2	16,1	14,6	17,4	19,1	17,5 (12,6; 22,4)	17,2 (11,5; 22,9)	16,8 (10,4; 23,3)	16,5 (9,4; 23,6)	16,2 (8,5; 23,9)	15,9 (7,6; 24,1)	15,5 (6,8; 24,3)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

23. Taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus*, todas as idades (/10^5 hab.)



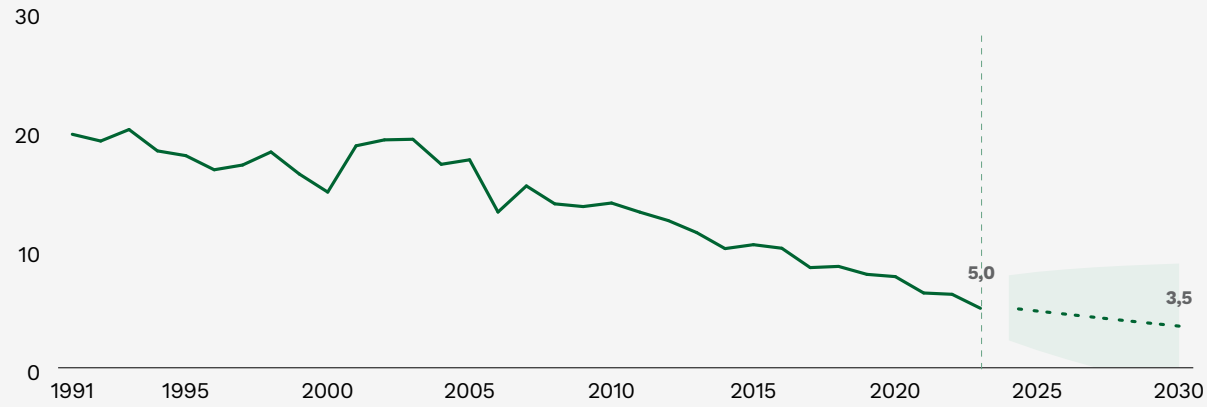
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
37,3	37,6	36,4	33,9	34,3	29,7	31,1	25,7	27,0	23,0	23,2 (15,7; 30,6)	22,5 (13,2; 31,8)	21,8 (11,0; 32,7)	21,2 (9,0; 33,4)	20,5 (7,1; 33,9)	19,9 (5,3; 34,4)	19,2 (3,6; 34,7)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

24. Taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus*, idade inferior a 75 anos (/10^5 hab.)



Valores detalhados entre 2014 e 2030

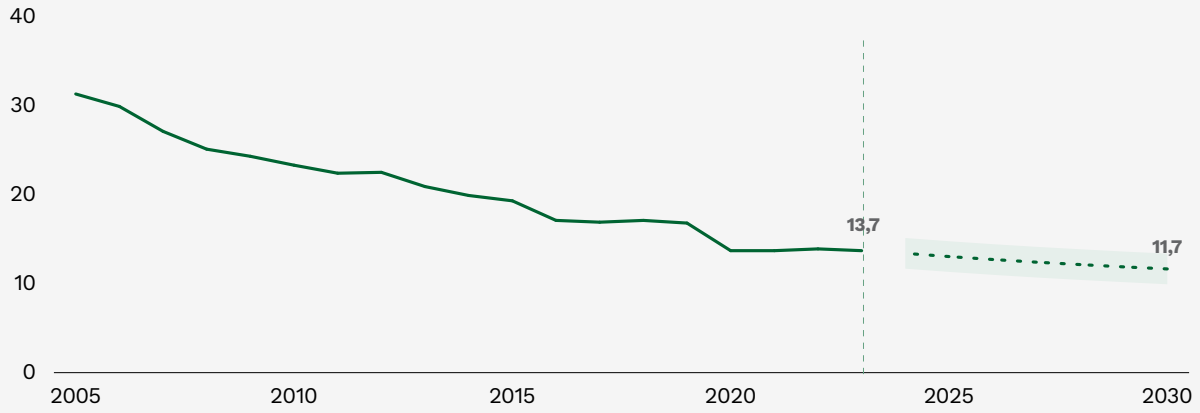
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*†	2029*†	2030*†
10,0	10,4	10,1	8,4	8,5	7,9	7,7	6,3	6,2	5,0	5,1 (2,3; 7,8)	4,8 (1,5; 8,1)	4,5 (0,7; 8,3)	4,3 (0,1; 8,5)	4,0 (0,0; 8,6)	3,8 (0,0; 8,7)	3,5 (0,0; 8,8)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

† Limite inferior do intervalo de confiança truncado em zero.

Fonte: INE. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

25. Taxa de incidência de tuberculose (/10^5 hab.)



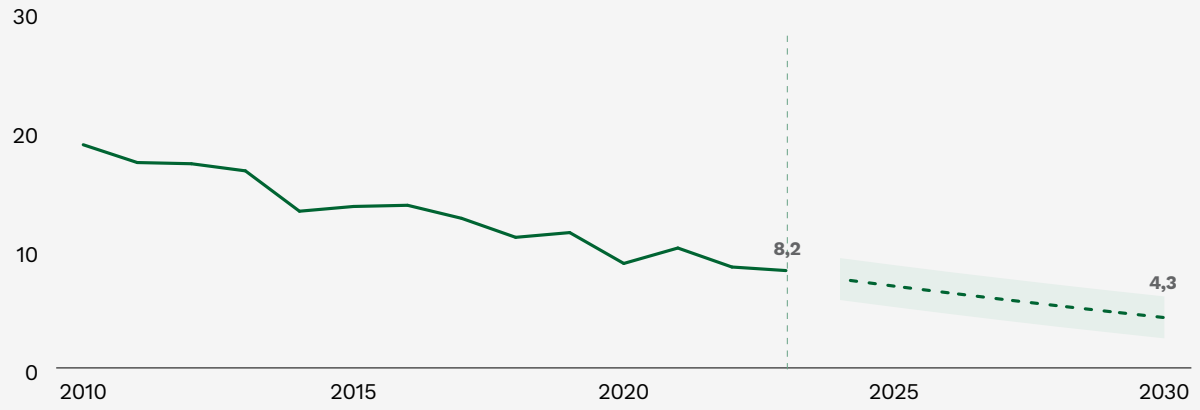
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
19,9	19,3	17,1	16,9	17,1	16,8	13,7	13,7	13,9	13,7	13,4 (11,68;15,12)	13,0 (11,32;14,76)	12,7 (10,99;14,43)	12,4 (10,69;14,13)	12,1 (10,42;13,86)	11,9 (10,17;13,6)	11,7 (9,93;13,37)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

Fonte: DGS. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

26. Taxa de incidência da infeção VIH (/10^5 hab.)



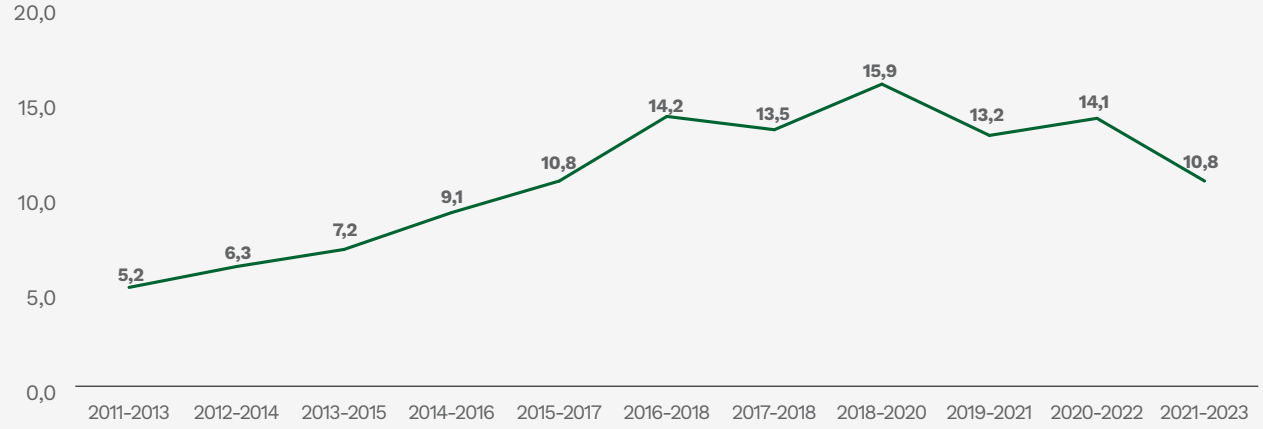
Valores detalhados entre 2014 e 2030

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*	2025*	2026*	2027*	2028*	2029*	2030*
13,2	13,6	13,7	12,6	11,0	11,4	8,8	10,1	8,5	8,2	7,5 (5,72; 9,25)	6,9 (5,13;8,66)	6,3 (4,56; 8,09)	5,8 (4,01;7,55)	5,3 (3,48; 7,02)	4,7 (2,98; 6,51)	4,3 (2,49; 6,02)

* Estimativa pontual e Intervalo de confiança de 95 % projetados com modelo Holt-Damped.

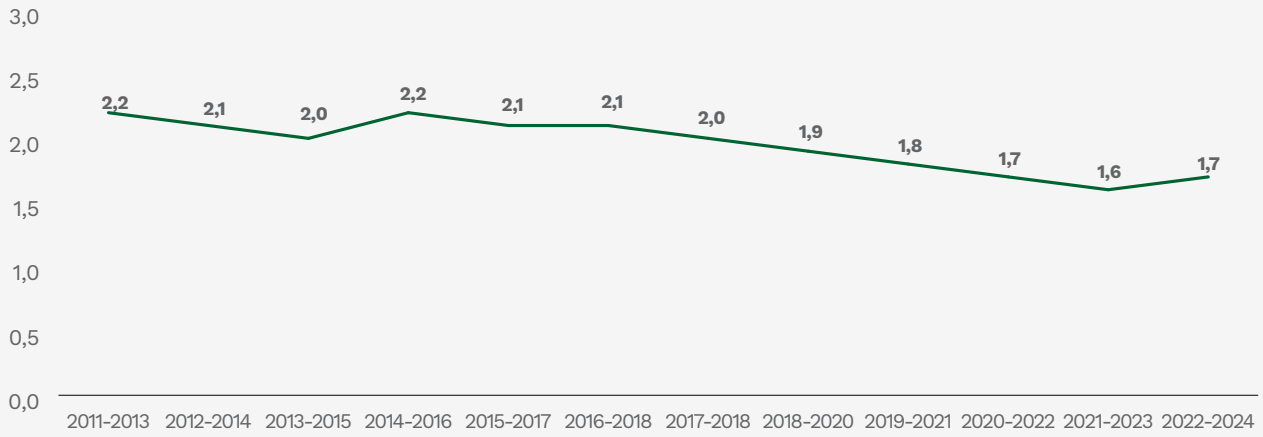
Fonte: DGS/INSA. Tratamento de dados: Equipa PNS 2030.

27. Taxa de mortalidade materna (/10^5 nados-vivos)



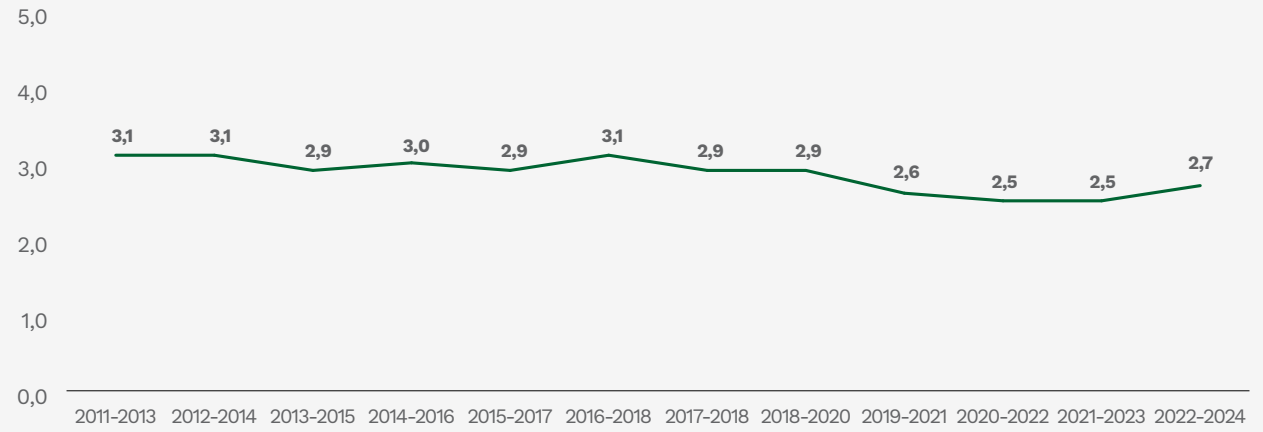
Fonte: INE.

28. Taxa de mortalidade neonatal (/10^3 nados-vivos)



Fonte: INE.

29. Taxa de mortalidade infantil (/10^3 nados-vivos)



Fonte: INE.

30. Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (/10^3 nados-vivos)



Fonte: INE.

31. Proporção de nascimentos (nados-vivos) assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)

NUTS 2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Portugal	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	98.6
Continente	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	98.9
Centro	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	98.8
Área Metropolitana de Lisboa	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	99.9	98
Alentejo	99.9	99.7	99.9	99.8	99.9	99.8	99.3
Algarve	99.9	99.8	99.8	99.8	99.9	99.8	99.3
Região Autónoma dos Açores	99.7	99.7	99.9	99.9	99.9	99.9	99.2
Região Autónoma da Madeira	99.9	99.9	100	99.9	99.9	100	99.7

Dados apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2024.

Fonte: INE.

NUTS 2024	2021	2022	2023	2024
Portugal	99.1	98.7	99.9	99.9
Continente	99.1	98.7	99.9	99.9
Norte	99.4	99.2	99.9	99.9
Centro	99.7	99.5	99.8	99.8
Oeste e Vale do Tejo	99.3	99	99.9	99.8
Grande Lisboa	98.3	97.3	99.9	99.9
Península de Setúbal	99.2	98.3	99.7	99.8
Alentejo	99.2	99.1	99.7	99.7
Algarve	99.4	99.5	99.7	99.8
Região Autónoma dos Açores	98.2	99	99.8	99.9
Região Autónoma da Madeira	99.9	99.7	100	99.8

Dados referentes a 2024 apurados com base em informação registada nas Conservatórias do Registo Civil até março de 2025.

Fonte: INE.

32. Número absoluto de casos de sífilis congénita

Valores detalhados entre 2011 e 2023

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10	6	5	7	5	2	4	4	13	7	15	16	14

Fonte: ECDC (a partir da ferramenta Surveillance Atlas of Infectious Diseases).

33. Número absoluto de casos autóctones de sarampo

0 casos autóctones de sarampo no período compreendido entre 2003 e 2024.

Fonte: DGS (SINAVE).

34. Número absoluto de casos de tétano neonatal

0 casos de tétano neonatal no período compreendido entre 2018 e 2023

Fonte: DGS (SINAVE).

35. Número absoluto de casos de rubéola congénita

0 casos de rubéola congénita no período compreendido entre 2018 e 2024

Fonte: DGS (SINAVE).

36. Indicador de água segura (%)

REGIÕES NUTS II (2013)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Portugal	98,4	98,6	98,7	98,7	98,6	98,7	98,8	99,0
Norte	98,0	98,4	98,3	98,5	98,3	98,4	98,8	99,0
Centro	98,4	98,6	98,7	98,6	98,6	98,7	98,8	98,9
Área Metropolitana de Lisboa	99,6	99,8	99,7	99,7	99,6	99,6	99,6	99,5
Alentejo	99,0	98,9	99,2	99,1	99,0	98,7	98,9	98,9
Algarve	98,1	99,0	99,2	99,2	99,3	99,3	99,2	99,4
Região Autónoma dos Açores	98,4	98,9	98,7	99,0	98,6	99,0	98,8	99,0
Região Autónoma da Madeira	97,6	97,7	98,2	98,2	98,1	98,2	98,2	99,3

Fonte: INE.

REGIÕES NUTS II (2024)	2022	2023
Portugal	98,8	98,9
Norte	99,0	98,5
Centro	98,6	98,8
Oeste e Vale do Tejo	99,6	99,6
Grande Lisboa	99,7	99,8
Península de Setúbal	99,4	99,6
Alentejo	98,4	98,5
Algarve	99,3	99,4
Região Autónoma dos Açores	99,0	98,9
Região Autónoma da Madeira	97,0	99,1

Fonte: INE.

37. Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)

REGIÕES NUTS II (2013)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-
Continente	82,0	83,0	84,0	85,0	85,0	86,0	85,0	86,0
Norte	76,0	77,0	79,0	80,0	81,0	82,0	81,0	82,0
Centro	75,0	77,0	78,0	79,0	79,0	80,0	79,0	80,0
Área Metropolitana de Lisboa	97,0	97,0	97,0	97,0	97,0	98,0	97,0	97,0
Alentejo	77,0	78,0	79,0	80,0	82,0	82,0	82,0	81,0
Algarve	80,0	81,0	82,0	83,0	83,0	84,0	85,0	85,0
Região Autónoma dos Açores	-	-	-	-	-	-	-	-
Região Autónoma da Madeira	66,6	67,1	67,0	67,1	67,4	67,5	67,9	67,9

Fonte: INE.

REGIÕES NUTS II (2024)	2022
Portugal	-
Continente	87.0
Norte	83,0
Centro	84,0
Oeste e Vale do Tejo	80,0
Grande Lisboa	98,0
Península de Setúbal	96,0
Alentejo	86,0
Algarve	87,0
Região Autónoma dos Açores	-
Região Autónoma da Madeira	67,9

Fonte: INE.



PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2030

REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

DGS
Direção-Geral da Saúde

Este documento encontra-se disponível em www.pns.dgs.pt