



PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023

Sumário: Aprova o Plano Nacional de Saúde 2030.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê que a promoção da saúde, a prevenção da doença e a melhoria do estado de saúde da população, designadamente através da implementação de planos nacionais, regionais e locais, são fundamentos da política de saúde, competindo ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde.

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS) enquadra-se nos fundamentos da política de saúde, enquanto instrumento estratégico nacional que visa melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através da identificação, a nível nacional, das necessidades em saúde, da orientação estratégica e das estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas, estabelecendo um compromisso social para a saúde, num determinado horizonte temporal. Nessa medida, elegem-se escolhas e prioridades em saúde que consideram os recursos disponíveis, o conhecimento científico, e os desafios previsíveis, num contexto nacional de interdependência internacional.

A elaboração e execução do PNS é assegurada pela Direção-Geral da Saúde, que coordena, a nível nacional, a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base num sistema integrado de informação, articulando com os demais serviços e organismos do sistema de saúde.

Refletindo os compromissos previstos no Programa do XXIII Governo Constitucional, no âmbito da promoção de comportamentos saudáveis, em todos os contextos e em todas as fases da vida, o PNS 2030 prioriza para a próxima década:

- i)* Proporcionar a cada criança o melhor começo de vida;
- ii)* Prevenir todas as formas de violência interpessoal;
- iii)* Proteger ativamente as populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade;
- iv)* Caminhar na eliminação de todas as mortes preveníveis e prematuras, muito em particular relacionadas com o cancro e as doenças cerebrovasculares;
- v)* Preparar o país para responder às emergências em saúde;
- vi)* Garantir a efetiva participação da comunidade;
- vii)* Modernizar o contributo e a extensão das funções da saúde pública;
- viii)* Readequar as competências e a dimensão da força de trabalho em saúde; e
- ix)* Identificar capacidades de liderança em saúde global.

O PNS 2030 encontra-se alinhado com a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável e com a Estratégia Portugal 2030, aprovada em anexo à Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2020, de 13 de novembro, que constitui o referencial principal de planeamento das políticas públicas de promoção do desenvolvimento económico e social do País no horizonte da próxima década. Esta Estratégia consagra a «resiliência do sistema de saúde» como um dos domínios estratégicos da agenda 1 «as pessoas primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade», concretizando-se através de dois eixos de intervenção que visam «promover a prevenção de doenças e estilos de vida saudáveis» e «garantir a universalidade do acesso e o aumento da resiliência e qualidade dos serviços de saúde».

Também por isso, o PNS 2030 afirma-se como um instrumento estratégico e orientador da política de saúde, alinhado com as estratégias europeias e internacionais para promover o desenvolvimento sustentável, que permita reduzir as iniquidades e aumentar o capital populacional de saúde, enquanto responde às aspirações e necessidades de cada pessoa. O PNS 2030 fornece aos

decisores, aos profissionais de saúde e aos cidadãos um referencial para agir perante os grandes problemas de saúde.

Adicionalmente, as orientações de política de saúde que decorrem do PNS 2030 serão consideradas para efeitos de organização dos recursos físicos e humanos, visando uma capacidade de resposta dos serviços adequada às necessidades, metas e objetivos identificados no PNS 2030.

A elaboração do PNS 2030 assenta num modelo de base populacional, de natureza trans e multisetorial, e multinível, estando estruturado em torno do diagnóstico de situação de doença, dos objetivos de saúde, das estratégias de intervenção, das recomendações para a implementação, do Plano de Monitorização e Avaliação, assim como, do Plano de Comunicação. No âmbito do PNS 2030, as necessidades de saúde identificadas em Portugal correspondem, por problema ou determinante de saúde, ao hiato entre a situação de saúde diagnosticada e a considerada desejável e exequível.

Ao sublinhar os princípios da universalidade e da equidade, sob o lema «Não deixar ninguém para trás», acentua o cariz ético e solidário que presidiu à criação do Serviço Nacional de Saúde, identificando com devida atenção os grupos populacionais em maior vulnerabilidade ou risco, atendendo o diagnóstico de desigualdades e iniquidades em saúde. Da conjugação entre os problemas de saúde e seus determinantes, e em articulação com a Comissão de Acompanhamento para a elaboração e execução do PNS 2030, este desenvolve-se sob cinco grandes desígnios:

- i)* Reduzir as desigualdades;
- ii)* Promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis;
- iii)* Minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde;
- iv)* Reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis;
- v)* Manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados.

Por sua vez, estes desígnios desdobram-se em 15 grandes objetivos estratégicos:

- a)* Promover a equidade em saúde;
- b)* Promover a paz, a justiça e a prosperidade;
- c)* Dinamizar as parcerias entre todos os setores da sociedade;
- d)* Promover a literacia em Saúde;
- e)* Dinamizar ambientes promotores de Saúde;
- f)* Promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável;
- g)* Proteger o planeta para as gerações presentes e futuras;
- h)* Dinamizar os sistemas de vigilância de riscos ambientais e problemas associados;
- i)* Garantir a preparação e resposta em emergências de saúde pública;
- j)* Reforçar cuidados de saúde sustentáveis;
- k)* Fortalecer o acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- l)* Dinamizar a integração de cuidados centrados na pessoa;
- m)* Garantir o acesso, a vigilância e cuidados de saúde sexual e reprodutiva, materna e infantil de qualidade;
- n)* Manter um elevado nível de cobertura vacinal;
- o)* Manter sob controlo os problemas de saúde transmitidos pela água.

O PNS 2030 resultou de um processo longo e amplamente participado. Na sequência da aprovação dos seus Termos de Referência, em maio de 2019, o PNS 2030 foi lançado em 9 de outubro de 2019 no Seminário «Saúde e Desenvolvimento Sustentável — Desafio para uma década». Durante o período de elaboração do documento foi possível contar com o envolvimento e colaboração de mais de 100 entidades, do setor da saúde e outros, que integram a Comissão de Acompanhamento. Dentre estes, destacam-se os diretores dos programas de saúde nacionais,



autarquias locais, representantes das comissões de coordenação e desenvolvimento, sistema científico e tecnológico, do Conselho Económico e Social, dos setores público, privado e social da saúde, das associações de doentes e das áreas setoriais, cumprindo o propósito da ideia «Saúde em todas as Políticas».

A proposta do PNS 2030 foi submetida a consulta pública, entre 12 de abril e 7 de maio de 2022, e envolveu a participação de 114 entidades e cidadãos dos diferentes setores da sociedade, tendo beneficiado de diversos contributos. Foram incorporados contributos recebidos que tornam o PNS 2030 um documento mais ágil e com maior potencialidade de interação com os diferentes parceiros e com a população.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Aprovar o Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030), que consta do anexo à presente resolução e da qual faz parte integrante, para vigorar até ao final de 2030, que estabelece as orientações estratégicas nacionais para a política de saúde, identifica os principais problemas de saúde e define os grandes objetivos e as metas a atingir com vista a reduzir as iniquidades em saúde e a aumentar o capital de saúde da população.

2 — Determinar que as entidades envolvidas na monitorização e execução do PNS 2030 devem colaborar entre si no sentido de desenvolver as ações necessárias à sua prossecução.

3 — Estabelecer que a presente resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Presidência do Conselho de Ministros, 11 de maio de 2023. — Pelo Primeiro-Ministro, *Mariana Guimarães Vieira da Silva*, Ministra da Presidência.

ANEXO

(a que se refere o n.º 1)

Plano Nacional de Saúde 2030

Sumário executivo

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê que a promoção da saúde, a prevenção da doença e a melhoria do estado de saúde da população, designadamente através da implementação de planos nacionais, regionais e locais, são fundamentos da política de saúde, competindo ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2030 (PNS 2030) é o primeiro a abranger o horizonte temporal de uma década, marcada por desafios importantes, mas também por oportunidades.

A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (Agenda 2030), das Nações Unidas, em vigor desde 2016, compromete os Estados Membros a integrar estratégias de sustentabilidade nos seus planos, programas e projetos.

Em linha com a Estratégia Portugal e com o compromisso assumido por Portugal, o PNS 2030, com foco na saúde sustentável, tem por finalidade melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde «sem deixar ninguém para trás», preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.

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

Mais do que um documento, o PNS 2030 é um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das necessidades de saúde da população presente em Portugal — decorrentes dos problemas de saúde e dos respetivos determinantes — seleciona as estratégias de saúde adequadas à mudança, visando particularmente a redução das iniquidades em saúde, para uma saúde sustentável de todos para todos.

O PNS 2030 segue um modelo de planeamento em saúde sustentável, de base populacional, de natureza trans e multissetorial, tendo por elementos-chave as pessoas (individuais ou coletivas), a participação e o compromisso.

O diagnóstico da situação de saúde evidenciou, por um lado, a necessidade de continuar a intervir nos determinantes das doenças do aparelho circulatório e dos tumores malignos, que permanecem como as principais causas de morte prematura em Portugal, e de outras doenças crónicas não transmissíveis, destacando-se, pela sua relevância, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e obesidade, a hiperglicemia, a hipertensão arterial, a hipercolesterolemia, o consumo de tabaco, o consumo de álcool e os riscos ocupacionais.

Por outro lado, para os problemas de elevada magnitude no passado e atualmente controlados — designadamente, a mortalidade materna, a mortalidade infantil e suas componentes, as doenças evitáveis pela vacinação e doenças transmitidas pela água —, as principais necessidades prendem-se com a continuidade de investimento em intervenções efetivas e sustentadas no tempo, a fim de prevenir a sua reemergência.

É, ainda, salientada a importância das necessidades decorrentes de problemas atualmente de baixa ou nula magnitude que se encontram em risco acelerado de emergir, reemergir ou evoluir para magnitudes elevadas (e.g. doenças infecciosas e parasitárias associadas ao aquecimento global, infeções virais com potencial pandémico, mortalidade associada ao calor e frio extremos, resistência aos antimicrobianos e emergências em saúde pública) devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, de que é exemplo o aquecimento global.

É evidenciado o carácter transversal dos determinantes demográficos, sociais, económicos e os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, com particular enfoque no acesso aos cuidados de saúde.

No âmbito do PNS 2030, foram selecionados objetivos para 2030 que traduzem ganhos em saúde, apresentados sob a forma, na sua maioria, de objetivos de impacte.

As necessidades de saúde, identificadas a partir da integração das necessidades técnicas de saúde com as necessidades sentidas ou percecionadas expressas pelos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2030, constituíram a base da seleção das estratégias de intervenção.

De acordo com o modelo lógico do PNS 2030 e da sua finalidade, a implementação de estratégias, operacionalizada por ações efetivas nos determinantes, conduz à melhoria da saúde e bem-estar da população em todo o ciclo de vida.

A grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030 é investir nos determinantes de saúde e bem-estar, pelo reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco, «sem deixar ninguém para trás», preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.

Propõem-se grandes linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes setores da sociedade, da saúde e externos à saúde, aos níveis nacional e subnacional.

Procurando contribuir para uma cultura de aprendizagem pela avaliação, inclui-se no PNS 2030 um plano de monitorização e avaliação. A importância de uma ligação forte entre o planeamento e a comunicação estratégica fundamentou a elaboração de um Plano de Comunicação estratégica do PNS 2030.

Conclui-se o PNS 2030 com a preparação da sua implementação através de recomendações, que culminam num desafio para a década: a construção de um pacto social, com uma base alargada, para o alcance, em 2030, de mais e melhor *saúde sustentável — de tod@s para tod@s*.

1 — Introdução

Enquadramento

A Lei de Bases da Saúde, aprovada em anexo à Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, prevê que a promoção da saúde, a prevenção da doença e a melhoria do estado de saúde da população, designadamente através da implementação de planos nacionais, regionais e locais, são fundamentos da política de saúde, competindo ao Estado acompanhar a evolução do estado de saúde da população, do bem-estar das pessoas e da comunidade, através do desenvolvimento e da implementação de instrumentos de observação em saúde.

Compete à Direção-Geral da Saúde (DGS) a coordenação nos domínios do planeamento estratégico em saúde e, especificamente, nos termos do n.º 1 do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, assegurar a elaboração e execução do PNS, sendo a sua coordenação atribuída pelo Despacho n.º 728/2014, de 16 de janeiro, ao diretor-geral da Saúde.

A avaliação da execução e de resultados do PNS compete ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P. (INSA, I. P.), conforme o Decreto-Lei n.º 27/2012, de 8 de fevereiro.

Em Portugal, destacam-se três marcos do planeamento estratégico nacional em saúde:

i) O documento «Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)», divulgado em 1999 e que orientava as intervenções a realizar pelo Sistema Nacional de Saúde até 2002. Lançando o paradigma «O cidadão no Centro do Sistema»;

ii) O primeiro PNS (em 2004), com o horizonte de 2010, que se assumia como um guia para a ação, orientado por prioridades. A concretização do PNS passaria pela implementação gradual de programas de saúde de âmbito nacional (em número de 40), recomendando-se, contudo, a necessidade de uma melhor coordenação entre programas, que deveriam ser modelados numa lógica de gestão integrada da doença;

iii) O PNS agora cessante, inicialmente com o horizonte 2012-2016, teve uma extensão até 2020 e, posteriormente, até à data de homologação do PNS 2030. Assente em quatro eixos estratégicos (Cidadania, Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados, Qualidade e Políticas Saudáveis), em 2014 alinou-se com os objetivos a 2020 da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da estratégia de saúde europeia. Em 2019, foi criada a Estrutura PNS 2030 (pelo Despacho n.º 13/2019, de 19 de julho), com a missão de elaborar o PNS inerente ao ciclo de planeamento estratégico em saúde seguinte, com a designação de PNS 2030.

No cumprimento das suas funções, a Estrutura PNS 2030 foi apoiada por um órgão consultivo — o conselho consultivo para a elaboração e execução do PNS 2030 (doravante abreviadamente designado por conselho consultivo) —, e por uma comissão multissetorial constituída pelas partes interessadas, direta ou indiretamente, na saúde (*stakeholders*) — a comissão de acompanhamento da elaboração e execução do PNS 2030 (doravante abreviadamente designada por comissão de acompanhamento).

Desafios e oportunidades para a década

A década 2030 será marcada por desafios importantes, que se colocam, desde já, a Portugal, à Europa e ao Mundo, nomeadamente:

i) A recuperação social, económica e de saúde, segundo o mote «melhor e mais justa» («better and fairer»), não esquecendo a resposta necessária à pandemia da doença COVID-19 ainda em curso e suas consequências;

ii) A crise demográfica decorrente da progressão do duplo envelhecimento da população, prevenindo-se, segundo as atuais projeções, a redução da dimensão populacional em Portugal nas próximas décadas;

iii) A crise climática, sobretudo relacionada com o aquecimento global e as profundas implicações nos ecossistemas humano e animal, como a destruição dos *habitats* e o empobrecimento da biodiversidade, fatores associados de um modo «sindémico» a questões socioeconómicas, como sejam a pobreza e a sobrepopulação;

iv) A crise energética, que coloca em causa cadeias logísticas de abastecimento, o normal funcionamento da economia e da indústria, bem como o acesso das populações a bens considerados essenciais;

v) O agravamento das desigualdades sociais, que se tornaram mais visíveis por força quer da crise pandémica, quer do impacte dos conflitos armados, quer ainda de outras crises, a exigir medidas e intervenções diferenciadas nas populações ou grupos da população social e economicamente mais vulneráveis;

vi) As sindemias, entendidas como a interação mutuamente agravante entre problemas de saúde e o contexto social e económico das populações. Um exemplo recente é a pandemia da doença COVID-19, interagindo e agrupando-se com um conjunto de doenças não transmissíveis, em grupos sociais específicos e de acordo com padrões de desigualdade profundamente enraizados nas sociedades atuais;

vii) O impacte das redes sociais e das novas formas de comunicação, que requerem a intensificação da intervenção das ciências comportamentais;

viii) A crise de valores e de confiança nos sistemas políticos vigentes e na sua capacidade para lidarem com os principais desafios da década, abrindo a porta à proliferação e crescimento de movimentos extremistas e à radicalização da sociedade, contribuindo para moldar os comportamentos.

A par dos desafios existem também oportunidades, das quais se destaca:

i) O reforço das redes formais e informais de suporte social, do nível global, ao nível local, por exemplo, a nível macro, a resposta conjunta da União Europeia (UE) à crise social e económica através de diversos mecanismos, por forma a assegurar a estabilidade financeira dos Estados-Membros, e, a nível local, a identificação de idosos sós e ativação de correntes de entreatajuda,

designadamente durante os períodos de confinamento decorrentes da resposta à pandemia da doença COVID-19, mas que tendem a continuar;

ii) A transição climática (englobada na transição ecológica), demonstrando a importância da interdependência entre países, a urgência de ações rápidas e determinadas, e a implementações de abordagens integradas, de que é exemplo a «One Health», orientada para a prevenção e mitigação dos riscos decorrentes das interações entre as pessoas, animais, plantas e ambiente, incluindo a ameaça da resistência antimicrobiana;

iii) A transição digital, apoiada em investimentos reforçados nas áreas da digitalização de empresas e do Estado, e na capacitação e inclusão digital das pessoas através da educação, formação em competências digitais e promoção da literacia digital, entre outros;

iv) A colaboração multisetorial, com a sociedade civil e com os cidadãos, movimento essencial para transformar o estado de saúde e bem-estar e os seus determinantes;

v) A inovação, a cocriação e o trabalho de intensa colaboração da comunidade científica, também impulsionados pela pandemia, que permitiram, por exemplo, o desenvolvimento de vacinas contra a pandemia da doença COVID-19 num curtíssimo espaço de tempo;

vi) A consciência cada vez mais firmada em Portugal, na Europa e no Mundo, que a saúde global tem de ser parte integrante de todas as políticas públicas, essenciais para ajudar a alcançar os objetivos da política de saúde, na lógica da saúde para todas as políticas.

Saúde sustentável

A resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) intitulada «Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável» (doravante designada por Agenda 2030), aprovada por unanimidade por 193 Estados-Membros da ONU e em vigor desde 2016, cria condições para o desenvolvimento bem-sucedido das oportunidades elencadas. A Agenda 2030, enquanto plano de ação constituído por 17 objetivos (os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável — ODS), inter-relacionados e interdependentes, e 169 objetivos específicos, veio facilitar a operacionalização do conceito de desenvolvimento sustentável definido, em 1987, no relatório Brundtland como aquele que responde às necessidades do presente sem comprometer a capacidade de resposta das gerações futuras às respetivas necessidades. Para tal, organiza a ação segundo cinco dimensões — os cinco pilares de sustentabilidade ou 5 Ps da Agenda 2030: Pessoas, Prosperidade, Planeta, Paz e Parcerias, salientando que *ninguém deve ser deixado para trás*.

A Agenda 2030 evidencia o papel central da saúde para o alcance da totalidade dos ODS, e também a vasta gama de fatores determinantes da saúde procedentes de todos os setores da sociedade.

Surge, assim, o conceito de saúde sustentável, segundo o qual o alcance do melhor nível de saúde e bem-estar da população num dado momento não deverá comprometer a saúde e bem-estar das gerações futuras, nem deixar ninguém para trás.

Pugnar por cuidados de saúde sustentáveis implica o envolvimento de todo o sistema de saúde e *stakeholders* na ação sobre os determinantes de saúde e na prestação dos cuidados, com foco não apenas na melhoria do estado de saúde das pessoas e comunidades, mas também, e em simultâneo, no retorno dos investimentos financeiro, social e ambiental, bem como na sua contribuição para a paz, a justiça e o fortalecimento de parcerias. Em termos operacionais, implica reforçar o investimento e adaptar as práticas de promoção e proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de alta qualidade, num contexto de responsabilidade social e ambiental.

O PNS 2030

A Agenda 2030 compromete os países a integrar estratégias de sustentabilidade (sinónimo, neste documento, de estratégias de desenvolvimento sustentável) nos seus planos, programas e projetos. Outras entidades, como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), têm também definido as bases para a construção de uma política/estratégia coerente para o desenvolvimento sustentável.

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

Mais do que um documento, o PNS 2030 é um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das necessidades de saúde da população residente em Portugal — decorrentes dos problemas de saúde e dos respetivos determinantes — seleciona as estratégias de saúde adequadas à mudança, visando particularmente a redução das iniquidades em saúde, para uma saúde sustentável de tod@s para tod@s.

Acompanhado pela OMS — Europa desde as primeiras etapas, o processo de elaboração do PNS 2030 foi incluído, enquanto «Estudo de Caso», no Guia intitulado «E4As Guide for Advancing Health and Sustainable Development — Resources and tools for policy development and implementation» (*WHO/Europe | Sustainable Development Goals, 2021*).

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

2 — Finalidade, valores e princípios

O PNS 2030 é o primeiro a abranger o horizonte temporal de uma década, tendo por foco a saúde sustentável, em alinhamento com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável.

O PNS 2030 surge num contexto de acelerada mudança e grande incerteza, onde o planeamento constitui, por si só, um desafio para os organismos governamentais e para a sociedade em geral, e onde a transformação apenas será alcançável através da partilha, compromisso e construção de caminhos comuns.

O principal desafio para os próximos anos é potenciar a combinação mais eficaz dos diversos intervenientes na execução das medidas de promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, no melhor uso dos recursos em benefício da melhoria da saúde e bem-estar e no prolongamento da vida saudável.

Finalidade

O PNS 2030 tem por finalidade: melhorar a saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, através de um compromisso social para a saúde sem deixar ninguém para trás, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.

Valores e princípios

- i) Participação: garantir o envolvimento e compromisso de todos, para a criação de valor e de resultados em saúde;
- ii) Sustentabilidade: criar e preservar comunidades saudáveis, económica e socialmente justas e ambientalmente adequadas;
- iii) Transparência: promover o acesso a informação de qualidade para a valorização da saúde e para o exercício da cidadania;
- iv) Equidade: intervir sobre as desigualdades em saúde evitáveis, injustas ou remediáveis, em contextos socioeconómicos, geográficos, demográficos ou por outras dimensões de desigualdades diversas;
- v) Centralidade nas pessoas: valorizar a diversidade, as necessidades e as expectativas das pessoas.

3 — Notas metodológicas

O PNS 2030 assenta num modelo de planeamento em saúde sustentável inserido no contexto da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e respetivos ODS, valorizando a participação das pessoas e das organizações da sociedade civil, com envolvimento de todos os parceiros.

O PNS 2030 é apresentado através de um documento principal «PNS 2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s» e de três tomos designados: «PNS 2030 — Metodologia»; «PNS 2030: Saúde da população em Portugal» e «PNS 2030: Projeções e prognóstico».

O presente documento apresenta, nos respetivos capítulos, os principais pontos que podem ser consultados, na íntegra, nos referidos tomos.

A elaboração do PNS 2030 foi precedida pela apresentação e aprovação dos respetivos termos de referência. O seminário multissetorial de tema «Saúde e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Desafios para uma Década», que decorreu em outubro de 2019, marcou o início do desenvolvimento dos trabalhos de elaboração do PNS 2030.

O PNS 2030:

a) Decorre da aplicação do modelo lógico do planeamento estratégico em saúde de base populacional, de natureza trans e multissetorial, e multinível, tendo por principais componentes o diagnóstico de situação de saúde, objetivos de saúde, estratégias de intervenção, recomendações para a implementação, um plano de monitorização e avaliação e um plano de comunicação. Tendo por elemento-chave as pessoas (individuais ou coletivas), o processo de planeamento utilizado integra, em todas as etapas, outras componentes essenciais, destacando-se a participação e o compromisso.

As necessidades de saúde, entendidas como a diferença ou desvio (*gap*) entre o estado de saúde num dado momento e o estado de saúde considerado desejável e exequível, constituem a base da seleção das estratégias de intervenção de maior efetividade, no contexto da Agenda 2030.

As estratégias e as recomendações para a implementação fazem a «ponte» entre o planeamento estratégico, do qual o PNS 2030 é o seu principal produto, e o planeamento tático e operacional, da responsabilidade das instituições e entidades interessadas.

As ações ou intervenções a desenvolver no âmbito da implementação do PNS 2030 serão, pois, definidas posteriormente:

— Em sede dos planos de atividades e/ou de desempenho ou das agendas das diferentes instituições ou partes interessadas na sua implementação, dos níveis nacional e subnacional, do setor da saúde e dos setores externos à saúde;

— Em sede das ações que cada pessoa presente em Portugal decida desenvolver, no contexto do seu percurso de vida, individual e/ou coletivamente;

b) Utiliza uma tipologia de problemas de saúde abrangente e inclusiva, que classifica os problemas de saúde em dois tipos:

i) Problemas de magnitude elevada ou em crescimento;

ii) Problemas atualmente de baixa ou nula magnitude em Portugal e de elevado potencial de risco. Para estes, consideram-se dois subtipos:

• Problemas que tiveram no passado uma elevada magnitude (como, por exemplo, a mortalidade infantil) e que, graças a intervenções efetivas e sustentadas no tempo, foi possível controlar, sendo, contudo, vulneráveis à redução do investimento, podendo reemergir com uma magnitude mais elevada;

• Problemas atualmente de baixa ou nula magnitude que se encontram em risco acelerado de emergir, reemergir ou evoluir para magnitudes elevadas devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância, de que é exemplo o aquecimento global, resultante das alterações climáticas, e a probabilidade de emergirem infeções transmitidas por vetores;

c) Assenta numa forte base de evidência nacional e internacional, como se pode consultar no documento que descreve, de um modo aprofundado e detalhado, os resultados da etapa do diagnóstico de situação de saúde — «PNS 2030: Saúde da população em Portugal».

Na análise das desigualdades em saúde, para além das desigualdades sociais e económicas, foram identificadas desigualdades em razão do sexo, idade e geografia;

d) Faz, para além de um diagnóstico, projeções com valor prognóstico a 2030, dos problemas de saúde de elevada magnitude para os quais estavam disponíveis séries temporais de dimensão e qualidade adequadas aos métodos escolhidos (foi utilizada uma série temporal até 2019). São tecidas considerações sobre o prognóstico de problemas de saúde atualmente de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco. Não foram efetuadas projeções de determinantes de saúde de problemas de elevada magnitude por indisponibilidade dos dados necessários segundo os métodos escolhidos. São salientadas as limitações metodológicas do cálculo das projeções, designadamente a impossibilidade de quantificar e incluir nos modelos de projeção a incerteza associada às variáveis contextuais externas à série temporal analisada, com potencial para alterar a evolução do estado de saúde até 2030. A metodologia utilizada no cálculo das projeções poderá ser consultada de um modo mais detalhado no documento «PNS 2030: Projeções e prognóstico»;

e) Segue uma abordagem metodológica mista, que possibilitou a recolha e integração de dados de natureza quantitativa e qualitativa, permitindo conhecer e incluir as perceções das diferentes partes interessadas (*multistakeholders*) sobre as necessidades e expectativas de saúde da população e as melhores estratégias de intervenção, apoiando a fixação de objetivos com significado para as partes envolvidas. Na etapa do diagnóstico de situação foi conduzido o estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* que integravam, à data, a comissão de acompanhamento;

f) Valoriza e integra o processo de identificação de necessidades e expectativas de saúde, não esquecendo as iniquidades em saúde, de nível nacional, regional e local. Assim, o modelo lógico que se encontra subjacente ao PNS 2030 abre, desde o início da sua elaboração, o caminho para a implementação, ao envolver num processo de cocriação mais de cem *stakeholders* — os membros da comissão de acompanhamento —, representando diferentes setores e a sociedade civil. Dando continuidade ao trabalho conjunto na etapa de elaboração do Plano, prevê-se manter a colaboração ativa da comissão de acompanhamento, bem como de outros parceiros, num processo de participação e corresponsabilização social para a saúde sustentável, que garanta a sua efetiva implementação;

g) Inclui um conjunto de objetivos de saúde e de estratégias de saúde sustentável, consideradas essenciais para a concretização dos ODS, assentes nos 5 Ps da Agenda 2030. Foram definidos objetivos de saúde a partir das necessidades de saúde decorrentes de problemas de elevada magnitude, com base nas respetivas projeções; e relativos a problemas de baixa magnitude e respetivos determinantes, tendo por referência o melhor valor observado em Portugal e valores de referência internacionais, designadamente os ODS, entre outros. Não estando disponíveis para Portugal, projeções de determinantes major de problemas de elevada magnitude, não foram fixados objetivos dirigidos a esse tipo de determinantes, conforme explicitado de um modo detalhado no documento «PNS 2030 — Metodologia»;

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

Em suma, o processo de elaboração do PNS 2030 permitiu identificar e selecionar os fatores determinantes dos problemas de saúde de maior relevância em Portugal, ponto de partida para a seleção das estratégias de saúde sustentável adequadas ao desenvolvimento das ações de reforço dos fatores de proteção e de redução dos fatores de risco. O impacto da intervenção global decorrente da implementação do PNS 2030 será, no final, apreciado pela avaliação do grau de alcance dos objetivos de saúde fixados.

A metodologia utilizada no processo de elaboração do PNS 2030, encontra-se acessível no documento «PNS 2030 — Metodologia».

4 — Saúde da população em Portugal

4.1 — Caracterização demográfica

- Decréscimo populacional e continuidade do padrão de litoralização.
- Duplo envelhecimento demográfico em progressão.
- Baixa natalidade e incapacidade de substituição de gerações.
- Mortalidade desigual por idade, sexo e geográfica.
- Mortalidade infantil a diminuir.
- Esperança de vida a aumentar.
- População estrangeira residente a aumentar.
- Previsão de continuidade do decréscimo populacional.

Na última década, a tendência evolutiva crescente da população residente em Portugal inverteu-se, tendo-se observado um decréscimo de -2,1 %. Em 2021 residiam em Portugal 10 344 802 pessoas.

Em 2019, registou-se uma taxa de crescimento efetivo positiva pela primeira vez desde 2009. Tal resultou de, pelo terceiro ano consecutivo, o número de imigrantes permanentes ter ultrapassado o de emigrantes permanentes, resultando num saldo migratório positivo. Contudo, prevê-se que o país continuará a perder população até 2080, passando de 10,3 milhões para 8,2 milhões de residentes (cenário central).

Entre 2009 e 2019 tornou-se mais acentuado o duplo envelhecimento populacional observado nas últimas décadas. O crescimento do índice de dependência de idosos e a diminuição do índice de dependência de jovens foi observado em todas as regiões NUTS II, com a exceção da Área Metropolitana de Lisboa, onde este último aumentou.

De 2015 a 2019, a taxa bruta de natalidade nacional mostrou uma tendência para a estabilização. Salienta-se o aumento da proporção de nados-vivos filhos de mulheres estrangeiras. Porém, continuou a não ser assegurada a substituição de gerações.

Entre 2011 e 2019, a mortalidade prematura reduziu. Em 2019, o risco de morrer e a proporção de óbitos prematuros foi superior no sexo masculino, em todos os grupos etários. A distribuição geográfica da mortalidade, por NUTS II e NUTS III, também tem sido desigual.

Em 2018-2020, a taxa de mortalidade infantil foi de 2,9 por 1000 nados-vivos. As componentes onde se observou uma maior diminuição foram a neonatal, a pós-neonatal e a neonatal precoce. A análise por área geográfica mostra uma distribuição desigual da mortalidade infantil por NUTS II.

4.2 — Informação epidemiológica

Esperança de vida

- Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos a aumentar.
- Número de anos de vida saudável à nascença e aos 65 anos inferior à média dos países da União Europeia.
- Predomínio do grupo das doenças crónicas não transmissíveis como principais causas dos anos de vida saudável perdidos, em Portugal.

Nas últimas duas décadas a esperança média de vida à nascença aumentou 4,5 anos, apresentando o valor de 81,1 anos no triénio 2018-2020.

Mais elevada no sexo feminino face ao masculino, o aumento da esperança média de vida à nascença ocorreu em ambos os sexos, tendo o hiato entre homens e mulheres diminuído de 6,7 anos em 1999-2001, para 5,6 anos em 2018-2020.

Em 2019, o número de anos de vida saudável à nascença estimado para Portugal foi de 59,2 anos, menos 5,4 anos do que a média da União Europeia, sendo superior no sexo masculino.

Relativamente aos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença e incapacidade (DALYs), observou-se um aumento expressivo na doença de Alzheimer, doenças osteo-

musculares, infeções respiratórias inferiores (sobretudo, no sexo feminino), diabetes *mellitus* e quedas (sobretudo, no sexo feminino).

Mortalidade

- Doenças do aparelho circulatório e tumores malignos (TM) como principais causas de morte em Portugal.
- Redução acentuada da mortalidade por doenças cerebrovasculares, do rim e uréter, e crónicas do fígado.
- TM como principal causa de morte prematura.
- Importância crescente dos TM do fígado e do pâncreas, e da laringe, traqueia, brônquios e pulmões (no sexo feminino) como causas de morte prematura.
- Redução acentuada da mortalidade prematura por VIH/SIDA, diabetes *mellitus* e acidentes de transporte.

Entre 2010 e 2019, a taxa bruta de mortalidade atribuída ao conjunto das doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes *mellitus* e doenças respiratórias, entre os 30 e os 70 anos de idade, aumentou 5,7 %.

Entre os triénios de 2007-2009 e 2017-2019 observou-se uma redução acentuada do risco de morrer por doenças cerebrovasculares e por doenças isquémicas do coração, sobretudo, no sexo feminino.

Em 2018, em Portugal, 67 % dos óbitos prematuros poderiam ter sido evitados, dos quais 25 % corresponderam a mortalidade tratável (óbitos evitados caso tivesse havido uma intervenção dos cuidados de saúde mais efetiva) e 42 % a mortalidade evitável (óbitos evitados perante ações de prevenção da doença e promoção da saúde). Contudo, Portugal apresenta valores de mortalidade evitável e tratável inferiores à média dos países da OCDE.

Os tumores malignos foram a principal causa de morte prematura em Portugal, especificamente, o tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmões no sexo masculino e o tumor maligno da mama no sexo feminino.

É de assinalar a relevância dos tumores malignos do fígado e pâncreas, pelo aumento da sua importância enquanto causas de morte prematura. No que diz respeito ao tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, é ainda de referir a sua relevância aparentemente crescente enquanto causa de morte prematura no sexo feminino.

Em relação à mortalidade materna em Portugal, apesar da respetiva taxa ter apresentado em 2018 e 2019 os valores mais elevados desde 2002, mantém-se com baixa magnitude. Admite-se, contudo, que nos últimos anos possa estar a observar-se uma ligeira alteração no seu perfil.

Morbilidade e incapacidade

- Importância crescente das doenças osteomusculares, seguidas pela depressão, diabetes *mellitus*, ansiedade, cefaleias, perda de audição e doenças orais, bem como por quedas (sexo feminino).
- Redução da carga de doença e incapacidade por asma e transtornos atribuíveis ao consumo de álcool.
- Incidência mais elevada dos tumores malignos (TM) da mama, próstata e cólon, bem como do TM da traqueia, brônquios e pulmão.
- Importância crescente das infeções sexualmente transmissíveis e das hepatites virais.
- Redução da incidência da tuberculose, bem como da infeção por VIH e de SIDA.
- Estimativa de 600 000 a 800 000 pessoas a viverem com doenças raras em Portugal.
- Relevância da dor crónica como causa major de incapacidade
- Importância da incapacidade sensorial na população em geral e da incapacidade motora na população com 65 e mais anos.

Na comparação, entre 2009 e 2019, da carga de doença e incapacidade (YLDs — *Years Lived with Disability*) em Portugal, sobressai o elevado e crescente «peso» das doenças osteo-

musculares, nomeadamente, das dores lombares. A carga de doença associada à ansiedade e depressão nos adolescentes e jovens foi também evidenciada pelos resultados da última ronda (2018) do estudo *Health Behavior in School Aged Children* (HBSC).

É de salientar, ainda, a redução da taxa de YLDs por asma e por transtornos atribuíveis ao consumo de álcool, sobretudo no sexo masculino.

Dos tumores malignos estudados, os que apresentaram maior aumento da incidência entre 2002 e 2017 (período de 15 anos) foram o do pâncreas, tiroide, rim, traqueia, brônquios e pulmão, e linfoma não Hodgkin.

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

Em termos da morbilidade e incapacidade em contexto laboral, em 2020, segundo a área governativa do trabalho, solidariedade e segurança social, ocorreram 3333 acidentes de trabalho por 100 000 trabalhadores (decrécimo de 20,5 % em relação a 2019, mas com um aumento da sua gravidade).

Apesar da sua diminuição gradual ao longo do tempo, em Portugal a taxa de incidência da tuberculose mantém valores superiores aos da média dos países europeus.

Entre 2009 e 2018 observou-se uma redução de 47 % nos novos casos de infeção por VIH e uma redução de 65 % nos novos casos de SIDA.

Em 2013 estimou-se uma prevalência de dor crónica para Portugal de 36,7 %, quase duas vezes superior à média europeia, observada com maior prevalência entre pessoas idosas, aposentadas, desempregadas e com menor nível de escolaridade.

Em 2019 a prevalência autodeclarada de incapacidade sensorial foi superior à motora, verificando-se o inverso no grupo etário dos 65 e mais anos.

Determinantes de saúde:

Ambientais:	Biológicos:	Comportamentais:
Alterações climáticas; exposição a partículas PM2,5 e PM10 abaixo dos valores-limite; exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco; 99 % das regiões com qualidade da água de abastecimento; 14 % dos alojamentos sem sistema de drenagem de águas residuais; diminuição das emissões de gases com efeito de estufa.	Hipertensão arterial e excesso de peso ou obesidade na população adulta com valores superiores à média da União Europeia; diminuição do excesso de peso e obesidade infantis; 2/3 da população adulta com colesterol elevado.	Alimentação inadequada responsável por elevada carga de doença; maioria da população sem atividade física regular; aumento do consumo arriscado de álcool, sobretudo, no sexo feminino; diminuição do consumo diário de tabaco e aumento dos não fumadores.

Relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde:

Aumento do índice de cobertura universal de saúde; cobertura baixa dos cuidados de saúde em ambulatório (incluindo reabilitação); 8,4 % da população sem médico de família atribuído (no final de 2020); número de enfermeiros por habitante inferior à média da União Europeia; idade média dos médicos elevada; despesas de saúde inferiores à média da União Europeia, especialmente, com prevenção e cuidados continuados; aumento das despesas não reembolsadas com a saúde (das mais elevadas da OCDE).

Demográficos:

Envelhecimento, que continuará a aumentar nas próximas décadas; previsão de continuidade de uma tendência de decréscimo populacional.

Sociais:

Pobreza e exclusão social; desemprego jovem; aumento do número de pessoas que vivem sós; diminuição da prática religiosa, de atividades de lazer e de outras que fomentem a participação social e as relações interpessoais.

Económicos:

Evolução favorável dos indicadores de privação material; diminuição da desigualdade na distribuição dos rendimentos; diminuição do PIB real *per capita* desigualdade geográfica na insegurança alimentar.

A alimentação inadequada, integrando, entre outros fatores, o índice de massa corporal elevado e os riscos associados à alimentação, é uma das principais causas de doenças crónicas, perda

de qualidade de vida e mortalidade prematura em Portugal, contribuindo para 7,3 % dos DALYs. Outros fatores determinantes, quantificados em DALYs, a considerar, são o consumo de tabaco e a hipertensão arterial, um dos fatores biológicos com maior impacte nas doenças crónicas.

A tabela 1 evidencia da relação existente entre os fatores determinantes, de risco e de proteção, e os problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento presentes em Portugal.

TABELA 1

Problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento em Portugal e respetivos determinantes

Determinantes de saúde	Problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento
Demográficos, sociais e económicos (envelhecimento da população; nível de escolaridade; profissão; literacia; nível económico; situação perante o emprego; isolamento social; suporte social; resiliência do sistema económico). Biológicos (estado imunitário; estado nutricional; peso; tensão arterial; glicémia; perfil lipídico; densidade mineral óssea; função renal; antecedentes genéticos). Comportamentais (atividade física; consumo de álcool; consumo de tabaco; consumo de drogas ilícitas; padrão alimentar; padrões de produção e de consumo sustentáveis; gestão do stress; uso excessivo/abuso da Internet; violência interpessoal; padrão de utilização dos serviços de saúde). Ambientais (qualidade do ar; qualidade da água; controlo e gestão de resíduos e águas residuais; controlo de radiações ionizantes; qualidade da habitação; riscos ocupacionais; alterações climáticas; transportes seguros; temperaturas adversas/extremas). Relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde [cobertura universal de cuidados de saúde; acessibilidade a cuidados de vigilância em saúde ao longo do ciclo da vida; acessibilidade aos serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência; acessibilidade a cuidados de saúde em áreas específicas (cuidados continuados; cuidados paliativos; controlo da dor; saúde da audição; saúde da visão; saúde mental; saúde oral; cuidados de reabilitação); oferta e acessibilidade a medicamentos essenciais; qualidade da prestação de cuidados; racionalidade da prescrição de medicamentos; qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica de doenças e fatores de risco; qualidade dos processo de planeamento, avaliação e governação estratégica; financiamento da saúde; resiliência do sistema de saúde].	Causas externas: lesões e envenenamentos acidentais, lesões provocadas por violência interpessoal, suicídio e outras lesões autoprovocadas.
	Doenças do aparelho circulatório: doença cardíaca hipertensiva, doenças cerebrovasculares, doenças isquémicas do coração, insuficiência cardíaca.
	Doenças do aparelho digestivo: cirrose hepática, doença hepática alcoólica, doenças da boca e dentes, outras doenças crónicas do fígado.
	Doenças do aparelho génito-urinário: doenças da próstata, doença renal crónica, incontinência urinária.
	Doenças do aparelho respiratório: asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças respiratórias agudas e sequelas, infeções respiratórias baixas.
	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas: diabetes <i>mellitus</i> .
	Doenças infecciosas e parasitárias: doença dos legionários, hepatites víricas, infeção por VIH, infeções sexualmente transmissíveis, tuberculose.
	Doenças neurológicas: doença de Alzheimer, outras demências.
	Doenças dos órgãos dos sentidos: perda de audição, perda de visão.
	Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo: artroses, dor crónica cervical, dor crónica lombar, osteoartrites.
	Doenças da pele e do tecido subcutâneo: psoríase.
	Transtornos mentais e do comportamento: ansiedade, dependência do álcool, dependência de drogas ilícitas, dependência do tabaco, depressão.
	Tumores malignos (TM): TM do cólon, TM do estômago, TM do fígado, TM da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, TM da mama, TM do pâncreas, TM da próstata, TM do tecido linfático e hematopoiético.

A tabela 2 mostra os fatores determinantes, de risco e de proteção, e os problemas de saúde de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco.

TABELA 2

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

Determinantes de saúde	Problemas de saúde de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco
Demográficos e sociais (pobreza; literacia). Biológicos (estado imunitário; estado nutricional). Comportamentais (padrão de utilização dos serviços de saúde; adesão à vacinação; conservação e utilização sustentável da biodiversidade e dos ecossistemas; padrões de produção e de consumo sustentáveis). Ambientais (qualidade do ar; qualidade da água; higiene dos alimentos; controlo e gestão de resíduos e águas residuais; qualidade da habitação; alterações climáticas/aquecimento global; ecologia de agentes biológicos transmissores de doença). Relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde (cobertura universal de cuidados de saúde; acessibilidade a cuidados de vigilância em saúde infantil e saúde materna; acesso a medicamentos essenciais e vacinas; qualidade da prestação de cuidados; qualidade dos sistemas de vigilância epidemiológica de doenças e fatores de riscos; qualidade dos processo de planeamento, avaliação e governação estratégica; qualidade dos modelos e processos de planeamento de contingência; financiamento da saúde; resiliência do sistema de saúde).	Elevada magnitude no passado e atualmente controlados em Portugal. Doenças evitáveis pela vacinação. Doenças transmitidas pela água. Doenças transmitidas pelos alimentos. Mortalidade infantil e suas componentes. Mortalidade materna. Com risco acelerado de emergir ou evoluir para magnitudes elevadas devido ao aumento da intensidade ou prevalência de determinantes de elevada relevância. Doenças infecciosas e parasitárias associadas ao aquecimento global: Febre amarela; Infeção por vírus zika; Dengue; Malária; Outras. Infeções virais com potencial pandémico. Mortalidade associada ao calor e frio extremos. Resistência aos antimicrobianos. Emergências em saúde pública.

Desigualdades em saúde

Menor privação socioeconómica no Norte e Centro de Portugal, e maior no Sul.

Diminuição das desigualdades entre o litoral e o interior (de 2001 para 2011).

Proporção de pessoas com autoperceção positiva do estado de saúde inferior nas pessoas de baixo rendimento.

Maior risco de morrer nas áreas geográficas mais carenciadas (Sul de Portugal).

Mortalidade desigual por idade, sexo, grupo etário, quintil de privação e geográfica.

Os resultados da aplicação do Índice de Privação Europeu (IPE) adaptado para Portugal (2018) à população residente em Portugal (censos 2011) mostraram que o primeiro quintil (de menor privação) abrangia 20,7 % da população e o quinto quintil (de maior privação) abrangia 17,9 %, resultados semelhantes aos obtidos a partir do Censos 2001.

As diferenças observadas entre o litoral e o interior, através da aplicação do IPE, atenuaram-se entre os Censos de 2001 e 2011.

Existe uma associação entre o IPE e a taxa de mortalidade padronizada por todas as causas, obedecendo esta a um gradiente segundo o qual quanto maior a privação, maior a taxa de mortalidade.

Importantes desigualdades sociais em saúde foram igualmente identificadas quando analisados os resultados do Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF) relativo a determinantes e problemas de saúde. Quanto ao Índice de Saúde da População (INES), verifica-se uma evolução desfavorável em 30 % dos municípios, sobretudo relacionada com determinantes de saúde económicos e sociais, mas também ambientais.

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

Por sua vez, de acordo com os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR), realizado em 2021 pelo INE, a avaliação como boa ou muito boa do estado de saúde con-

tinua a ser mais frequente nos homens (54,2 % em 2021 e 55,7 % em 2020) do que nas mulheres (46,6 % em 2021 e 47,4 % em 2020), sendo que mais mulheres percecionam o seu estado de saúde como mau ou muito mau (15,2 %) quando em comparação com os homens (11,1 %).

Do mesmo modo, a análise das desigualdades de acesso aos serviços prestadores de cuidados de saúde evidencia, a elevada proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos nas pessoas incluídas no quintil de rendimentos mais baixo.

4.3 — Desempenho quanto ao alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Na análise sumária do desempenho de Portugal relativamente aos ODS, optou-se por utilizar dois dos diversos sistemas de monitorização disponíveis: o painel de monitorização do Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) e o modelo GAPFRAME.

De acordo com o painel de monitorização dos ODS do IHME, em Portugal observou-se, em 2017, o pior desempenho em relação aos seguintes problemas e determinantes de saúde: prevalência de consumo de álcool, incidência de infeção por VIH, prevalência de consumo de tabaco, excesso de peso e obesidade nas crianças, morte prematura, doença e incapacidade atribuídas a riscos ocupacionais, mortalidade causada por lesões autoprovocadas e prevalência de violência sexual entre os 18 e os 29 anos.

Exemplos de bom desempenho foram a qualidade da água, qualidade do ar interior, saneamento das águas residuais, mortalidade neonatal, mortalidade materna e cobertura vacinal para sete vacinas selecionadas, entre outros. De salientar, ainda, que a evolução do *SDG index score* tem sido favorável.

Segundo a avaliação mais recente disponível (2016) do modelo GAPFRAME, a dimensão Planeta (que corresponde ao pilar Ambiente da matriz de desenvolvimento sustentável) surge como a dimensão a exigir intervenção prioritária em Portugal.

As questões específicas de sustentabilidade com pior desempenho foram o quociente de carbono, o tratamento de resíduos sólidos, a energia limpa, sendo também de assinalar, na questão Terra e Floresta, a agricultura biológica, todas elas relacionadas com determinantes de saúde relevantes. Com pontuação máxima (10,0), é de assinalar a questão «ar limpo».

4.4 — O que nos dizem os *stakeholders*

O estudo de identificação das necessidades de saúde sentidas pelos *stakeholders* que integram a Comissão de Acompanhamento (CA) permitiu identificar as necessidades por ordem de relevância segundo as suas perceções (quadro 1).

QUADRO 1

Necessidades de saúde sentidas ou percecionadas pelos *stakeholders* da Comissão de Acompanhamento do PNS 2030, por ordem de relevância

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

Fonte: Equipa PNS 2030/DGS, 2021.

Dos resultados salienta-se a elevada relevância atribuída:

- À redução da morte prematura e evitável e/ou da carga de doença e/ou de incapacidade provocadas por doenças do aparelho circulatório e por tumores malignos;
- Aos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. As questões da acessibilidade foram dominantes, especificamente as do acesso a cuidados de saúde e a medicamentos, bem como as relacionadas com a cobertura universal e o financiamento da saúde;
- Foram ainda valorizadas a pobreza nas crianças e o excesso de peso e obesidade.

No contexto do impacto negativo da pandemia da doença COVID-19:

- A ansiedade, depressão e a dependência do álcool foram os problemas percecionados como mais relevantes;
- Em relação aos determinantes, mantiveram elevada importância os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, e os demográficos e sociais.

Com o mesmo grau de relevância em contexto pandémico e fora dele, destacou-se a depressão, emergências em saúde pública, acidente vascular cerebral, tumor maligno do cólon e reto, tumor maligno da mama feminina e demências.

4.5 — Necessidades de saúde em Portugal

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

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

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

Observou-se, em geral, um elevado grau de concordância entre as necessidades técnicas identificadas e organizadas segundo os critérios de magnitude e potencial de risco, e as necessidades sentidas ou percecionadas pela comissão de acompanhamento.

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

Não deixar ninguém para trás implicou, também, identificar grupos populacionais de maior vulnerabilidade ou risco, em função do diagnóstico de desigualdades e iniquidades em saúde, bem como de doença ou incapacidade, de que são exemplos, pessoas: de baixo nível de escolaridade, baixo rendimento, em situação de sem-abrigo, migrantes, refugiadas, em razão da origem racial ou étnica, ascendência, território de origem, religião ou da orientação sexual, identidade e expressão de género ou características sexuais, com deficiência ou portadoras de doença rara, acolhidas em instituições, entre outras. A satisfação das respetivas necessidades de saúde é prioritária, sendo de destacar as relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde.

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

- As identificadas a partir dos problemas de saúde, traduzindo o desvio entre a carga de doença e/ou incapacidade e/ou morte prematura e evitável presente e a desejada e possível no futuro;

▪ As identificadas a partir dos determinantes de saúde a montante dos problemas diagnosticados, traduzindo o desvio entre a frequência dos fatores de risco e de proteção presente e a desejada e possível no futuro.

Necessidades de saúde identificadas em Portugal

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

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

▪ Doenças do aparelho circulatório, sobretudo, o acidente vascular cerebral e as doenças isquémicas do coração, em particular o enfarte agudo do miocárdio, salientando-se, também, o peso crescente da insuficiência cardíaca e da doença cardíaca hipertensiva;

▪ Tumores malignos, sobretudo, os tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; do estômago e do cólon e reto, e da mama no sexo feminino, salientando-se o peso crescente do tumor maligno do fígado e do tumor maligno do pâncreas;

▪ Doenças do aparelho respiratório, sobretudo, as doenças respiratórias crónicas, designadamente, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), e as infeções respiratórias inferiores, como as pneumonias;

▪ Doenças do aparelho digestivo, nomeadamente, a cirrose hepática;

▪ Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, nomeadamente, a diabetes *mellitus*.

2 — Redução da carga de doença e incapacidade associadas a:

▪ Doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, designadamente, as artroses, osteoartrites, dor crónica lombar ou cervical, entre outras;

▪ Transtornos mentais e do comportamento, sobretudo, a depressão e a ansiedade, mas também a dependência do álcool;

▪ Doenças neurológicas, especialmente a doença de Alzheimer e outras demências;

▪ Doenças dos órgãos dos sentidos, nomeadamente, a perda ou diminuição da audição e da visão;

▪ Tuberculose (apesar da incidência decrescente);

▪ Infeção por VIH (apesar da incidência decrescente).

3 — Redução da prevalência dos fatores de risco de elevada prevalência ou em crescimento, sendo os de maior relevância:

▪ Alimentação inadequada;

▪ Inatividade física;

▪ Excesso de peso e obesidade;

▪ Hiperglicemia;

▪ Hipertensão arterial;

▪ Hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático);

▪ Consumo de tabaco;

▪ Consumo de álcool;

▪ Riscos ocupacionais.

4 — Manutenção ou melhoria do controlo dos fatores de risco já controlados relacionados com os seguintes problemas que assumem particular importância:

▪ Mortalidade materna;

▪ Mortalidade infantil e suas componentes;

▪ Doenças evitáveis pela vacinação;

▪ Doenças transmitidas pela água.

5 — Aumento da prevalência ou intensidade dos fatores protetores.

As necessidades identificadas a partir dos determinantes abrangem fatores de todas as categorias: ambientais, biológicos, comportamentais ou estilos de vida, demográficos e sociais, económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde. Na sua análise, foi tido em conta o carácter transversal dos determinantes demográficos, sociais, económicos e relacionados com o sistema e cuidados de saúde, pois condicionam não só a ocorrência e o prognóstico dos problemas de saúde, mas também a prevalência ou intensidade dos determinantes ambientais, biológicos e comportamentais. Reforçando este aspeto, foi, ainda, considerada a apresentação organizada dos determinantes em *constelações*, que atuam e interagem de um modo sinérgico (e também *sindémico*), quer como fatores de risco, pelo aumento da probabilidade de morrer ou adoecer por várias doenças, quer como fatores protetores.

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

Do mesmo modo, na relação entre as necessidades, estratégias e intervenção, é de salientar a importância do comportamento *sindémico* dos problemas de saúde de magnitude elevada ou em crescimento, ao agregarem-se em contextos (muitas vezes de base territorial) de desigualdade social e económica, exacerbando os efeitos adversos de cada um deles quando analisados ou considerados individualmente.

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

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

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

No PNS 2030, assumem particular relevância as doenças infecciosas e parasitárias associadas ao aquecimento global (febre amarela, infeção por vírus zika, dengue, malária, entre outras), as infeções virais com potencial pandémico, a mortalidade associada ao calor e frio extremos, a resistência aos antimicrobianos e as emergências em saúde pública.

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

Em sentido oposto, salienta-se a elevada perceção e expectativa da comissão de acompanhamento quanto à relevância dos determinantes relacionados com o sistema de saúde, nomeadamente, no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, em sintonia com a elevada proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde, principalmente na população de baixo rendimento, e aos elevados valores de despesas em saúde não reembolsadas.

5 — Projeções e prognóstico

No PNS 2030 foi considerado o prognóstico dos problemas de saúde e determinantes identificados no diagnóstico de situação de saúde.

No que respeita aos problemas de magnitude elevada o prognóstico foi avaliado a partir das projeções para 2030 da mortalidade associada, e das projeções da incidência de tuberculose e da infeção por VIH.

A interpretação do valor prognóstico das projeções de mortalidade e morbidade teve em conta situações com impacte potencial nas estimativas, salientando-se as seguintes:

- O envelhecimento da população, que se traduzirá em maior carga bruta de doença e morte causadas por doenças associadas à idade. Embora no PNS 2030 a influência no cálculo das estimativas das diferenças da estrutura etária da população em diferentes momentos tenha sido anulada, pela opção em usar taxas de mortalidade padronizadas pela idade, as questões do envelhecimento da população em Portugal foram consideradas na análise das projeções.

- A intensificação do impacte positivo e sinérgico das estratégias de saúde e medidas de prevenção primordial e primária iniciadas nas últimas décadas em Portugal (e.g. políticas de saúde no âmbito do tabagismo, alcoolismo, alimentação saudável, promoção da atividade física, entre outros) na redução da mortalidade a longo prazo, foi considerada.

- Embora ainda com importante margem de desconhecimento e incerteza, a evidência disponível permite afirmar que a pandemia da doença COVID-19 tem condicionado a evolução e prognóstico de várias doenças, entre as quais algumas das doenças crónicas de maior magnitude, em Portugal e no Mundo.

- Em Portugal, o aumento da esperança de vida à nascença tem sido cada vez menos acentuado desde há vários anos, o que, por si só, foi tido em consideração na análise das projeções de mortalidade.

- A evolução dos determinantes demográficos e sociais, económicos e relacionados com a prestação de cuidados de saúde foi considerada transversalmente na análise das projeções e seu valor prognóstico.

O prognóstico dos problemas de baixa ou nula magnitude e elevado potencial de risco que se encontram atualmente controlados, é condicionado pela continuidade da implementação das intervenções, e do investimento permanente e atento no controlo dos determinantes de saúde associados. De entre eles, destaca-se como críticos os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde.

O prognóstico dos problemas de saúde associados às alterações climáticas depende da sua evolução. Mantendo-se a necessidade de contrariar, e de forma mais efetiva e rápida, a tendência para o aumento do aquecimento global, os determinantes de saúde decorrentes das alterações climáticas e suas consequências na saúde devem merecer atenção particular no horizonte temporal do PNS 2030, bem como a capacidade de preparação e resposta da infraestrutura de saúde pública do país.

As projeções efetuadas no âmbito do PNS 2030 podem ser consultadas no documento «PNS 2030: Projeções e prognóstico». Os respetivos pressupostos metodológicos e métodos utilizados são, também, abordados no documento «PNS 2030 — Metodologia».

6 — Objetivos para o alcance de saúde sustentável

No âmbito do PNS 2030 foram selecionados objetivos para 2030 que traduzem ganhos em saúde. Permitindo aferir a qualidade da implementação e a efetividade das estratégias, possibilitam a sua adequação ao impacte esperado.

Os objetivos de saúde são apresentados sob a forma, na sua maioria, de objetivos de impacte, quantificando a redução esperada e admissível do risco de morrer e/ou de adoecer por problema de saúde, resultante da implementação das estratégias para a saúde selecionadas.

De modo a tornar mais explícitos os alvos que Portugal terá de perseguir, individual e coletivamente, na etapa de implementação do PNS 2030, foram, também, selecionados objetivos estratégicos.

Objetivos estratégicos

A grande opção estratégica para a saúde em Portugal até 2030 é investir nos determinantes de saúde e bem-estar, pelo reforço dos fatores protetores da saúde e redução dos fatores de risco, *sem deixar ninguém para trás*, preservando o planeta e sem comprometer a saúde das gerações futuras.

Em alinhamento com os cinco pilares da Agenda 2030 e respetivos objetivos (ODS), foram selecionados objetivos estratégicos, organizados segundo cinco grandes desígnios para Portugal (quadro 2).

De acordo com o modelo lógico do PNS 2030 e da sua finalidade, a implementação de estratégias, operacionalizada por ações efetivas nos determinantes, conduzirá à melhoria da saúde e bem-estar da população em todo o ciclo de vida.

QUADRO 2

PNS 2030: 5 grandes desígnios para Portugal e 15 objetivos estratégicos**Investir nos determinantes de saúde e bem-estar
5 grandes desígnios para Portugal**

1 — Reduzir as desigualdades:

- Promover a equidade em saúde;
- Promover a paz, a justiça e a prosperidade;
- Dinamizar as parcerias entre todos os setores da sociedade.

2 — Promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis:

- Promover a literacia em saúde;
- Dinamizar ambientes promotores de saúde;
- Promover a longevidade e o envelhecimento ativo e saudável.

3 — Minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde:

- Proteger o planeta para as gerações presentes e futuras;
- Dinamizar os sistemas de vigilância de riscos ambientais e problemas associados;
- Garantir a preparação e resposta em emergências de saúde pública.

4 — Reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis:

- Reforçar cuidados de saúde sustentáveis;
- Fortalecer o acesso a cuidados de saúde de qualidade;
- Dinamizar a integração de cuidados centrados na pessoa.

5 — Manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados:

- Garantir o acesso, a vigilância e cuidados de saúde sexual/reprodutiva, materna e infantil de qualidade;
- Manter um elevado nível de cobertura vacinal;
- Manter sob controlo os problemas de saúde transmitidos pela água.

Objetivos de saúde

Os objetivos de saúde a alcançar em Portugal quantificam a melhoria do estado de saúde atribuível à evolução positiva de um determinado problema ou determinante de saúde, segundo a metodologia escolhida e os problemas e necessidades de saúde identificados.

A quantificação obrigatória dos objetivos de saúde limitou a escolha dos problemas e determinantes a avaliar e do indicador intrínseco a cada objetivo. No que respeita aos objetivos de impacto dirigidos a problemas de elevada magnitude foi apenas possível selecionar os objetivos para os quais se encontravam disponíveis séries temporais de dados de dimensão e qualidade adequadas à sua quantificação através da projeção do respetivo problema, e indicadores de seguimento ao longo do tempo.

Tendo em conta este critério, foram escolhidos os problemas para os quais foram efetuadas projeções de mortalidade e de incidência no âmbito do PNS 2030 (apresentadas de forma deta-

lhada no documento «PNS 2030: Projeções e prognóstico»). Não obstante, está previsto efetuar o seguimento da evolução dos determinantes de saúde e outros problemas através da análise dos indicadores de monitorização que constam no Plano de Monitorização e Avaliação do PNS 2030, o que terá, como efeito adicional, o fortalecimento das séries temporais de dados adequadas ao cálculo futuro de projeções e fixação posterior de objetivos concordantes. Por outro lado, foram selecionados os objetivos de saúde com capacidade para proporcionar o seguimento e apreciação da implementação das estratégias de intervenção do PNS 2030, a partir da análise da evolução dos determinantes alvo das intervenções, seja direta (nos objetivos de resultado) ou indireta (nos objetivos de impacto).

No seu todo, os objetivos de saúde do PNS 2030 possibilitam o seguimento das estratégias que contribuem para os cinco grandes desígnios de Portugal.

A implementação de estratégias inerentes aos desígnios «reduzir as desigualdades» (desígnio 1), «promover o desenvolvimento de comportamentos, culturas e comunidades saudáveis» (desígnio 2) e «minimizar as consequências das alterações climáticas e outros determinantes ambientais na saúde» (desígnio 3) pode ser seguida, direta ou indiretamente, a partir da evolução e grau de alcance de todos os objetivos de saúde do PNS 2030.

Os objetivos de mortalidade e de incidência permitem apreciar de forma particular a implementação das estratégias afins ao desígnio 4 — «reduzir de um modo integrado a carga das doenças transmissíveis e das não transmissíveis». Por seu lado, através da análise do grau de alcance dos objetivos dirigidos aos problemas de baixa magnitude e elevado potencial de risco, é possível analisar a implementação do desígnio 5 — «manter sob controlo os problemas de saúde atualmente já controlados».

No quadro 3 explicitam-se os objetivos selecionados, que permitem avaliar, direta ou indiretamente, o conjunto de intervenções que decorrem das estratégias do PNS 2030.

QUADRO 3

Objetivos de saúde fixados para 2030 em Portugal**Objetivos de saúde, PNS 2030**

1 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) — valor a alcançar por 100 000 habitantes, por:

Todas as causas de morte [HM: 315,0; H: 458,0; M: 196,4];
Tumores malignos [HM: 132,4; H: 185,1; M: 89,0];
Tumor maligno da mama [M: 15,5];
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão [H: 49,9; M: 16,2];
Doenças cerebrovasculares [HM: 13,4];
Doenças isquémicas do coração [HM: 20,5];
Doenças do aparelho respiratório [HM: 16,4];
Diabetes *mellitus* [HM: 4,7].

2 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada em todas as idades [valor a alcançar por 100 000 habitantes], por:

Doenças do aparelho circulatório [HM: 246,5];
Doenças cerebrovasculares [HM: 58,9];
Doenças isquémicas do coração [HM: 41,8];
Tumores malignos [HM: 242,4; H: 347,2; M: 161,2];
Tumor maligno da mama [M: 25,1];
Tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão [H: 73,9; M: 23,2];
Doenças do aparelho respiratório [HM: 98,6];
Diabete *mellitus* [HM: 25,6].

3 — Reduzir a taxa de incidência em todas as idades [valor a alcançar por 100 000 habitantes] por:

Tuberculose [HM: 12,1];
SIDA [HM: 5,7].

4 — Nos problemas de elevada magnitude no passado e atualmente controlados:

Assegurar uma taxa de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100 000 nados-vivos (no triénio de 2028-2030);
Assegurar uma taxa de mortalidade infantil inferior ou igual a 2,5 por 1000 nados-vivos (no triénio de 2028-2030);

Reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 1,1 por 1000 nados-vivos (no triénio de 2028-2030);
Reduzir a taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos para 2,6 por 1000 nados-vivos;
Aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 99,5 % em todas as regiões tipo NUTS II;
Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de sífilis congénita;
Manter nula a transmissão endémica do sarampo, de acordo com o estatuto de eliminação do sarampo;
Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal;
Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura em todas as regiões tipo NUTS II;
Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % em todas as regiões tipo NUTS II.

Legenda:

HM — sexos feminino e masculino;
H — sexo masculino;
M — sexo feminino;
VIH — vírus de imunodeficiência humana.

Nos anexos 1 e 2 são listados e especificados os indicadores e componentes dos objetivos de saúde do PNS 2030.

7 — Estratégias de intervenção para a saúde sustentável

7.1 — Enquadramento

As necessidades de saúde (NS) geram diferentes necessidades de intervenção, visando a sua satisfação ou redução. A intervenção é efetuada através da implementação de estratégias específicas desenvolvidas pelos diferentes setores da sociedade, aos níveis nacional e subnacional, sobretudo, local, em alinhamento com os ODS para 2030.

Ao permitir a identificação de constelações de determinantes, obtêm-se ganhos não só de efetividade, mas também de eficiência, pela seleção de estratégias de intervenção dirigidas a grupos de determinantes, os quais, por sua vez, condicionam, em simultâneo, vários problemas de saúde.

O contexto pandémico e o seu impacto impõem não só estratégias de recuperação e de melhoria da capacidade de intervenção como também estratégias inovadoras, como o desenvolvimento da saúde digital (transição digital), e da abordagem *One Health*, ou «novas» estratégias, nomeadamente para mitigar as consequências na saúde do agravamento do aquecimento global ou dos novos desafios associados à resistência aos antimicrobianos.

As estratégias foram propostas por peritos dos programas de saúde nacionais, na sua maioria apoiadas pelos *stakeholders* que integram a comissão de acompanhamento, e pela própria comissão de acompanhamento, bem como pelos/as conselheiros/as do Conselho Consultivo e pelas pessoas/entidades que participaram na consulta pública.

Foram, também, tidos em conta os compromissos de Portugal com estratégias europeias e outras estratégias internacionais, para além da Agenda 2030, tais como: a Estratégia da UE de luta contra o cancro (*Europe's Beating Cancer*); o Programa UE pela Saúde; a Garantia Europeia para a Infância; as iniciativas europeias ou de outras regiões, relativas às alterações climáticas; a Estratégia da OMS Europa para a saúde dos refugiados e dos migrantes; a Estratégia da OMS para uma década de envelhecimento saudável, entre outros (anexo 3).

Contudo, as estratégias de intervenção dirigidas aos determinantes demográfico-sociais e económicos carecem de um maior desenvolvimento, que será concretizado na fase de implementação do PNS 2030, dando continuidade ao trabalho conjunto já desenvolvido com os diferentes *stakeholders* e com outros que venham a fazer parte deste processo.

7.2 — Mecanismos de suporte das estratégias de intervenção

A implementação das estratégias de intervenção carece de mecanismos considerados essenciais, que designamos por Mecanismos de Suporte (quadro 4).

A existência de parcerias internas, externas, inter e multissetoriais é um desses mecanismos de suporte, consentâneo com a Agenda 2030, que considera as Parcerias como um dos seus 5 pilares e consagra o ODS 17 (estabelecimento de parcerias) como sendo chave para o alcance dos restantes 16 ODS.

O estabelecimento de parcerias e a sua manutenção é um processo exigente, que implica a partilha de informação e conhecimento sobre os problemas e necessidades de saúde e sobre as estratégias de intervenção e a sua implementação, monitorização e avaliação, contribuindo para uma saúde pública de precisão em que as estratégias estejam adaptadas a necessidades específicas de uma população e dos seus territórios.

Deve, pois, ser dada especial prioridade à construção de um sistema de informação de saúde integrado, multidimensional, aproveitando a conjuntura europeia favorável a este investimento, como mecanismo de suporte essencial à implementação das estratégias, para um efetivo e atempado apoio à tomada de decisão, quer em situação corrente quer em situação de crise.

Quanto aos recursos humanos da saúde, deverá ser garantido o seu planeamento adequado e atempado, quer de acordo com uma análise prospetiva, quer com os desafios decorrentes da nova abordagem dos problemas e determinantes de saúde, bem como das novas tecnologias.

A política de recursos humanos requer um investimento contínuo na qualidade, formação, capacitação e condições de trabalho dos profissionais de saúde, de modo a obter níveis elevados de satisfação profissional e a diminuir ou prevenir as situações de *burnout* e abandono.

Relativamente às infraestruturas de saúde, os serviços de saúde deverão ser referência em termos da sua tipologia e distribuição, da utilização de inovação e transição digital, da eficiência energética, da utilização de energias renováveis, da recolha, tratamento e reciclagem de resíduos sólidos e da qualidade do ar interior, entre outros.

A organização e financiamento da saúde e dos cuidados de saúde de entre os quais destacamos o investimento na melhoria contínua da promoção da saúde, da organização dos cuidados de saúde primários (CSP), da integração de cuidados e de referenciação e o aperfeiçoamento dos modelos de contratualização em saúde no sentido da maior coerência e alinhamento com os planos de saúde de base populacional (sobretudo, os Planos Locais de Saúde), incluindo respostas de proximidade, designadamente no âmbito dos cuidados comunitários e domiciliários, são também mecanismos de suporte essenciais.

Outros mecanismos de suporte como sejam o planeamento de recursos humanos, a capacitação de profissionais de áreas conexas à saúde, a organização do trabalho em equipas multiprofissionais e multidisciplinares, e o financiamento adequado destas equipas, devem também ser contemplados.

QUADRO 4

Mecanismos de suporte da implementação das Estratégias de Intervenção

Desafios	Mecanismos de suporte
Cocriar	Parcerias internas e externas: manter, reforçar ou estabelecer.
Partilhar Comunicar Inovar	Informação e conhecimento sobre: problemas e determinantes de saúde e desigualdades em saúde; efetividade das estratégias de intervenção; análise do impacto na saúde; saúde pública de precisão; sistema de informação de saúde integrado e multidimensional; transição digital; redução do <i>gap</i> entre conhecimento científico e <i>praxis</i> (tomada de decisão e intervenção); plano de comunicação estratégica; agendas de investigação; participação ativa da academia.
Agir Incluir	Universalismo proporcional: adequação do processo de implementação das estratégias de intervenção, financiamento das respetivas atividades e alocação de recursos com base na informação e conhecimento disponíveis sobre desigualdades e sobre populações vulneráveis.
Assegurar Investir Antecipar Alinhar	Qualidade do planeamento em saúde: desde o planeamento estratégico, de base populacional, até ao planeamento tático e operacional (incluindo o planeamento de contingência), abrangendo as infraestruturas e recursos humanos (RH) da saúde e de outros setores e a garantia da qualidade do planeamento e governação em saúde, do nível nacional ao local; garantia da qualidade dos cuidados de saúde; infraestruturas da saúde adequadas e sustentáveis; estudo prospetivo dos RH da saúde (ênfase no investimento nos CSP, cobertura universal,

Desafios	Mecanismos de suporte
	integração de cuidados e saúde pública); satisfação profissional e prevenção do <i>burnout</i> ; criação de reserva de RH para situações de emergência em saúde pública. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Outros documentos, orientações ou estratégias de referência europeus e internacionais.

Fonte: PSN e Equipa PNS 2030/DGS.

7.3 — Estratégias de intervenção para a saúde sustentável

Hans Kluge, diretor da OMS-Europa, referiu que, subjacentes às prioridades atuais dos sistemas de saúde europeus devem estar quatro «I»:

I Investir: na saúde sustentável, apostando na promoção da saúde e na prevenção primária, intervindo sobre os principais determinantes da saúde, obtendo, assim, *more health for the money* [mais saúde para o dinheiro (investido)];

I ncluir: implementando a cobertura universal de saúde, centrada nos cuidados de saúde primários e na comunidade, não deixando ninguém para trás (*leaving no one behind*);

I novar: sobretudo, nos CSP e na comunidade, através da Saúde Digital e da Transição Digital;

I mplementar: através de uma abordagem de toda a sociedade (*whole of society*) e de saúde em todas as políticas (*health in all policies*) e todas as políticas na saúde (*all policies in health*), aproveitando e prolongando o *momentum* gerado pela pandemia, que, tal como o professor Mario Monti enfatizou nessa mesma ocasião, «sentou a saúde à mesa» dos decisores políticos, interseccionando os diferentes setores da sociedade.

Aos quatro «I», acrescentamos o «C»: comunicar, comunicar, comunicar.

Considerando os grupos de necessidades de saúde a seleção das estratégias de intervenção (quadro 5) centra-se em quatro grandes linhas de orientação estratégica, enquadradas pela abordagem de toda a sociedade (*whole of society*), saúde em todas as políticas (*health in all policies*) e todas as políticas na saúde (*all policies in health*).

i) Investir: promover e proteger a saúde

O objeto de um sistema de saúde (e das políticas de saúde) será sempre o cidadão e também a comunidade onde este se insere. Quando se põe a ênfase na centralidade do cidadão no sistema de saúde, isso significa que para além de este ser «o objeto» da atenção dos serviços de saúde, ele deve também passar a ser «o sujeito» (o ator principal) no sistema de saúde. Esta intenção de «democratizar a saúde» não é nova. No entanto para transformar essa intenção em realidade é necessário desenvolver instrumentos apropriados para esse fim.

Centralidade do cidadão também significa o seu envolvimento e participação naquilo que diz respeito à proteção e promoção da sua saúde e à dos seus concidadãos. Aqui também, para além da bondade do princípio, é necessário instrumentar a sua aplicação.

De natureza multissetorial e transdisciplinar, é transversal a todas as estratégias de intervenção e necessidades de saúde identificadas e permite intervir sobre todos os determinantes de saúde. Implica reforçar e/ou implementar as estratégias de promoção da saúde avaliadas como mais custo-efetivas. Implica também instituir a análise sistemática das políticas e estratégias de intervenção dos diferentes setores, quanto ao seu impacto na saúde.

Neste sentido, mostra-se essencial que o SNS colabore com as outras instituições da saúde, mas também com os setores da educação, da economia, da segurança social, do meio ambiente e com os poderes locais, públicos e privados, para proteger e promover a saúde e prevenir a doença — prestar atenção ao indivíduo, mas também à comunidade onde este se insere.

É importante assegurar uma resposta sustentável ao nível dos cuidados continuados integrados e dos cuidados paliativos, que potencie a recuperação da autonomia das pessoas em situação

de vulnerabilidade e dependência e que integre a abordagem paliativa em todos os contextos de saúde.

Salienta-se também o papel fundamental, a nível local, dos municípios ou grupos de municípios, centrado na dinamização e coordenação das iniciativas e ações inter e multissetoriais promotoras de saúde, orientadas pelas necessidades e prioridades de saúde identificadas ao nível local/subnacional.

ii) Incluir: cobertura universal de saúde

Manter ou reforçar as estratégias que funcionam

É necessário continuar a assegurar o reforço e implementação de estratégias que se têm demonstrado efetivas na redução de necessidades de saúde, quer as decorrentes de problemas de saúde de elevada magnitude, melhorando a sua eficiência, quer as decorrentes de problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco que, à data, em Portugal se encontram controlados.

Recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde

Esta linha de orientação estratégica é particularmente relevante em relação às necessidades de saúde decorrentes de problemas de saúde de elevada magnitude, constituindo ao mesmo tempo um desafio e uma oportunidade. Assim, tomando em especial atenção as populações mais vulneráveis, implica rever as estratégias de intervenção adotadas e sua implementação, e, se necessário, desenhar/selecionar novas estratégias, com abordagens inovadoras, ou colmatar eventuais pontos críticos na sua implementação, garantindo o acesso universal aos cuidados de saúde em todas as suas dimensões, designadamente, no âmbito dos cuidados continuados.

iii) Inovar

Inovar através da valorização sinérgica conseguida pelo estabelecimento, manutenção ou reforço de parcerias internas e externas, deve ser uma prioridade.

É também fundamental promover o conhecimento sobre problemas e determinantes de saúde e sobre a efetividade das estratégias de intervenção e apoiar uma agenda de investigação alinhada com a saúde sustentável e que privilegie o estudo das desigualdades.

A utilização de dados e de informação integrada e multidimensional com melhor qualidade e com um maior nível de desagregação, designadamente por sexo, apoiada pelo recurso a *big data*, *machine learning* e modelos de análise preditiva, permite intervenções mais precisas e mais custo-efetivas, contribuindo para o desenvolvimento de uma saúde pública de precisão, que possibilite a implementação «da estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa».

A transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a *praxis* (tomada de decisão e intervenção) é outro desafio que deve ser incorporado nas estratégias de intervenção.

O desenvolvimento de projetos e de uma cultura de transição digital, centrados no cidadão e inseridos no Plano de Recuperação e Resiliência, são uma aposta estratégica, de que é exemplo a plataforma tecnológica para promover a atividade física integrada no SUAVA — Sistema Universal de Apoio à Vida Ativa.

A adoção e implementação do digital contribuirá para melhorar, de forma efetiva a literacia e o acesso a cuidados de saúde de qualidade, mitigando desigualdades, reduzindo distâncias geográficas e reforçando a confiança do cidadão no sistema de saúde e, em particular, no SNS.

iv) Preparar e antecipar o futuro

Em relação às necessidades de saúde decorrentes de problemas de saúde atualmente de baixa ou nula magnitude, mas que se encontrem em risco acelerado de emergir ou reemergir, importa efetuar a definição e priorização claras das estratégias que assegurem as funções de

vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em saúde pública, de um modo integrado, numa abordagem *One Health*.

Por outro lado, importa desenvolver e ajustar continuamente planos com base prospetiva a fim de adaptar de forma célere estratégias de promoção e proteção da saúde e de intervenção relacionadas com «novas» necessidades.

As novas necessidades podem estar relacionadas com diferentes expectativas da população, novos desenvolvimentos tecnológicos, incluindo na área do medicamento, ou novas abordagens não farmacológicas de promoção da saúde, incluindo a proteção ambiental.

QUADRO 5

Seleção de estratégias de intervenção, face às necessidades de saúde identificadas

Grandes linhas de orientação estratégica	Estratégias de intervenção
Investir: promover e proteger a saúde (transversal a todas as estratégias de intervenção; transdisciplinar e multissetorial.)	<p>Promoção dos direitos humanos.</p> <p>Promoção da literacia em saúde.</p> <p>Dinamização de ambientes promotores de saúde.</p> <p>Prevenção e controlo de riscos ambientais.</p> <p>Promoção da saúde em meio escolar (com particular atenção aos «primeiros anos»).</p> <p>Promoção da saúde no local de trabalho.</p> <p>Prevenção e controlo de riscos ocupacionais e de doenças profissionais.</p> <p>Promoção da saúde nos espaços de arte, diversão e lazer; nos espaços de culto.</p> <p>Promoção da saúde da população nos diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde («cada contacto conta» — fazer de cada contacto uma oportunidade de promoção da saúde).</p> <p>Promoção da saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>Promoção do aleitamento materno.</p> <p>Promoção da saúde infantil e juvenil.</p> <p>Promoção da alimentação saudável.</p> <p>Promoção da atividade física e do desporto, em todo o ciclo de vida, e em diversos contextos do quotidiano.</p> <p>Promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade.</p> <p>Promoção da saúde mental (fatores protetores), ao longo do ciclo de vida.</p> <p>Prevenção e mitigação de consumos de risco (início de consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas ilícitas, incluindo a diminuição do acesso a estas substâncias).</p> <p>Promoção de uma cultura de qualidade e segurança para o doente.</p> <p>Promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade (e.g. pessoas com maior vulnerabilidade socioeconómica, com deficiência, portadoras de doença rara, acolhidas em instituições, em situação de sem-abrigo, refugiadas, migrantes, pertencentes a minorias étnicas e religiosas, em razão da origem racial ou étnica, ascendência, território de origem, religião ou da orientação sexual, identidade e expressão de género ou características sexuais).</p> <p>Promoção da qualificação na área da intervenção da mutilação genital feminina.</p> <p>Consolidação, alargamento e especialização da intervenção com pessoas agressoras sexuais.</p> <p>Implementação da estratégia de saúde para as pessoas LGBTI+.</p> <p>Reforço da rede de suporte, formal e informal, e do capital social ao longo do ciclo de vida.</p> <p>Promoção da segurança e prevenção da violência e da criminalidade.</p> <p>Desenvolvimento de estratégias para a abordagem da violência ao longo do ciclo de vida, nas suas diversas formas.</p>
Incluir: cobertura universal de saúde (manter ou reforçar as estratégias que funcionam; recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde.)	<p>Cobertura universal de saúde (SNS e saúde para todos, não deixando ninguém para trás), concretizando: promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados).</p> <p>Acesso a saúde digital: SNS24, tele saúde e telemedicina.</p>



Grandes linhas de orientação estratégica	Estratégias de intervenção
	<p>Abordagem integrada dos percursos dos doentes assegurando a transição de cuidados.</p> <p>Controlo dos fatores de risco modificáveis [e.g. tratamento da HTA e das dislipidemias, prescrição de atividade física e alimentação saudável, intervenções breves e Programa de Apoio Intensivo (tabagismo)].</p> <p>Prevenção das perturbações emocionais e do comportamento no âmbito da saúde infantil e juvenil.</p> <p>Deteção precoce/rastreamentos de base populacional ou rastreios oportunistas (rastreios oncológicos — mama, colo do útero, colorretal; rastreios visuais e auditivos; diagnóstico precoce de: doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crónica nos CSP, cancro oral na população de risco, nos CSP, e cirrose em doentes com hepatite viral, considerando o seu potencial oncológico, entre outros; deteção precoce da infeção por VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis).</p> <p>Integração dos cuidados de saúde mental nos diferentes níveis de cuidados.</p> <p>Vacinação (incluindo a realizada nos locais de trabalho).</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados de vigilância de saúde no ciclo de vida — sexual, reprodutiva, na gravidez, parto e puerpério, infantil e juvenil.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso a serviços de saúde em situação de doença aguda e em situação de urgência.</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde oral, incluindo os preventivos.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso às Vias Verdes do AVC e do EAM.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso ao tratamento precoce a rastreios oncológicos, abrangendo toda(s) a(s) população(ões)-alvo.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados continuados integrados, incluindo os de longa duração.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso a cuidados paliativos.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento da obesidade.</p> <p>Recuperação e/ou melhoria do acesso à prevenção e tratamento do alcoolismo e tabagismo.</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde em meio prisional em articulação com os agrupamentos de centros de saúde e hospitais/centros hospitalares do SNS/serviços prisionais.</p> <p>Recuperação/melhoria do acesso a cuidados de saúde (inclui os cuidados preventivos) por parte de grupos da população em situação de maior vulnerabilidade, como, por exemplo, pessoas com multimorbidade, pessoas com necessidades em saúde especiais, pessoas em situação de sem-abrigo, pessoas migrantes, pessoas vítimas de violência doméstica, pessoas vítimas de tráfico de seres humanos, entre outras.</p> <p>Prevenção de complicações ou agudização de doença crónica (e.g. atribuição de dispositivos de monitorização contínua da glicemia, prevenção e tratamento do pé diabético; prevenção das infeções respiratórias nos doentes respiratórios crónicos; programas de reabilitação pós-EAM e pós-AVC; redução do impacto da doença mental).</p> <p>Educação para a (auto)gestão da doença crónica (incluindo a dor crónica), e para o autocuidado.</p> <p>Capacitação dos cuidadores informais.</p> <p>Melhoria do acesso a cuidados de saúde a grupos de migrantes em situação de extrema vulnerabilidade.</p> <p>Garantia de acesso equitativo a inovação, nomeadamente a medicamentos e a dispositivos médicos.</p> <p>Iniciativas legislativas e/ou medidas fiscais (e.g. para modificar os consumos, como sejam, do sal, açúcar e gorduras saturadas, bem como de tabaco e álcool; regular a rotulagem e a oferta dos respetivos produtos).</p> <p>Sistema de informação em saúde para apoio à decisão.</p>



Grandes linhas de orientação estratégica	Estratégias de intervenção
Inovar	<p>Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis (e.g. tuberculose, VIH/SIDA).</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ambientais.</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ocupacionais e de doenças profissionais.</p>
Preparar e antecipar o futuro	<p>Estabelecimento, manutenção ou reforço de parcerias internas e externas.</p> <p>Promoção do conhecimento e das parcerias com a Academia.</p> <p>Apoio a uma agenda de investigação alinhada com a saúde sustentável.</p> <p>Desenvolvimento de uma saúde pública de precisão.</p> <p>Implementação «da estratégia de intervenção certa, no momento certo, na população certa».</p> <p>Transferência do conhecimento científico e das boas práticas para a <i>praxis</i>, visando obter resultados em saúde.</p> <p>Desenvolvimento de uma cultura de transição digital, centrada no cidadão e inserida no Plano de Recuperação e Resiliência.</p>
	<p>Desenvolvimento/ajuste contínuo de planos, com base prospetiva, a fim de adaptar de forma célere estratégias de intervenção para «novas» necessidades de saúde, mas também de «áreas instrumentais» como os recursos humanos, as infraestruturas e as tecnologias da informação e comunicação.</p> <p>Adaptação das estratégias de promoção e proteção da saúde em função das necessidades e das expectativas da população.</p> <p>Investimento na segurança do doente (incluindo a prevenção de «novas» resistências aos antimicrobianos, a evicção da polimedicação, principalmente nos idosos, e o uso excessivo de medicação do foro da saúde mental, entre outros).</p> <p>Definição e priorização de estratégias que assegurem as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em saúde pública, e a própria resposta, de um modo integrado, envolvendo todos os setores da sociedade, reforçando a sua resiliência (incluindo a do próprio sistema de saúde) e não esquecendo a abordagem <i>One Health</i>.</p> <p>Reforço das estratégias de vacinação, não só nas suas componentes técnica e científica, como na literacia em saúde e na prevenção da hesitação em vacinar.</p> <p>Vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, incluindo as de baixa ou nula magnitude (e.g. doenças transmitidas por vetores, como infeções pelo vírus zika, dengue, febre amarela e malária).</p> <p>Vigilância epidemiológica de riscos ambientais.</p> <p>Intervenção atempada na prevenção e controlo de riscos ambientais de intensidade crescente.</p>

Legenda:

AVC — acidente vascular cerebral;
CA — Comissão de Acompanhamento do PNS 2030;
COVID-19 — doença causada pelo coronavírus do síndrome respiratório agudo grave 2 (*Coronavirus Disease 2019*);
CSP — cuidados de saúde primários;
EAM — enfarte agudo do miocárdio;
e.g. — por exemplo;
HTA — hipertensão arterial;
NS — necessidades de saúde;
PSN — Programas de Saúde Nacionais;
SARS-CoV-2 — coronavírus do síndrome respiratório agudo grave 2;
SNS — Serviço Nacional de Saúde;
VIH/SIDA — infeção por vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida.

Fonte: Equipa PNS 2030/DGS, a partir dos contributos dos PSN e CA do PNS 2030.

8 — Recomendações para a implementação

8.1 — Enquadramento

Implementar o PNS 2030 significa colocar no centro das agendas, dos diversos setores e instituições da sociedade (organizada e não organizada, do setor da saúde e dos setores externos à saúde), do Governo e do poder local, a criação das condições para que tod@s, individual e coletivamente, possam alcançar o seu potencial máximo de saúde e bem-estar, *sem deixar ninguém para trás* e sem comprometer a capacidade de as gerações futuras perpetuarem essa aspiração.

Tal é crucial para o alcance dos ODS a 2030, conforme o universalmente assumido na Declaração de Shangai, e implica intervir sobre todos os determinantes de saúde, de acordo com as necessidades de saúde identificadas, os objetivos fixados, as estratégias selecionadas e outras, cujo desenvolvimento durante a implementação do PNS 2030 se revele vir a ser necessário, nomeadamente, as decorrentes do processo de planeamento estratégico em saúde de base populacional a nível subnacional (sobretudo, local).

Nunca a saúde teve um valor social tão elevado, como determinante e determinada, respetivamente, do e pelo desenvolvimento social, económico, ambiental e humano. No âmbito da «Conferência sobre o Futuro da Europa», foi realizado um inquérito entre setembro e outubro de 2021, nos 27 Estados-Membros da UE. De acordo com os seus resultados, 66 % dos Portugueses consideraram as questões relacionadas com a saúde como o principal desafio global para o futuro da UE, seguidas das alterações climáticas (56 %).

O extenso e profundo diagnóstico de saúde da população efetuado neste PNS 2030, nas suas componentes quantitativa e qualitativa, bem como os dados de prognóstico (apesar do grau de incerteza de que se revestem), apontam as expectativas dos portugueses no mesmo sentido, ou seja, é necessária uma abordagem mais abrangente e integrada dos problemas de saúde e seus determinantes, que deverá ser central em todos os processos de decisão em saúde, do individual ao político.

Já não basta, portanto, apresentar aos decisores listas *prêt-à-porter* de problemas de saúde, ordenados segundo metodologias de priorização criadas para abordagens mais simplistas e unidimensionais dos problemas de saúde e seus determinantes. O planeamento do investimento (direto e indireto) na saúde e áreas conexas para esta década exige a utilização de metodologias inovadoras, que auxiliem os decisores a adotarem uma abordagem mais holística e interdependente da saúde e seus determinantes, cuja ação e investimento terão, necessariamente, de ultrapassar o âmbito das ações do Ministério da Saúde ou do setor da saúde, em coerência, aliás, com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, das Nações Unidas.

No processo de elaboração do PNS 2030, foi já efetuado, em conjunto com as equipas dos Programas de Saúde Nacionais, bem como com os *stakeholders* da comissão de acompanhamento, um esforço de integração de estratégias de intervenção muitas vezes paralelas, frequentemente independentes e dispersas, com perdas de eficiência e de efetividade. No PNS, foram, também, definidos vários mecanismos de suporte essenciais à implementação das estratégias selecionadas, desde parcerias internas e externas reforçadas, um sistema de informação de saúde integrado e a transição digital, a melhoria contínua da qualidade do planeamento em saúde e a abordagem do mesmo e do investimento de acordo com as desigualdades, até à investigação e desenvolvimento, e ao financiamento, planeamento e investimento adequados aos recursos humanos e infraestruturas, entre outros.

Portanto, o capítulo das «Recomendações para a implementação» assume como pressuposto que o esforço de implementação do PNS 2030 exige uma base social alargada para além do setor da saúde, pela importância fundamental da ação dos outros setores sociais e dos setores económico e ambiental, que, sendo externos à saúde, são, contudo, essenciais à saúde e bem-estar humanos, conforme evidenciado pelo diagnóstico da situação de saúde em Portugal (capítulo 3). Assim, na sequência da conclusão do processo de elaboração do PNS 2030, será dado início à construção do seu plano de implementação, através de um processo igualmente participativo, cocriativo, estruturado e integrador, envolvendo todos os *stakeholders*, garantia da ação conjunta sobre os determinantes da saúde de todas as áreas da sociedade.

Foram também tidas em consideração as recomendações (gerais e específicas) efetuadas por conselheiros/as do conselho consultivo do PNS 2030 durante o período de elaboração do PNS, que podem ser consultadas no respetivo relatório síntese.

As recomendações específicas encontram-se enquadradas em quatro grandes áreas — território, economia e sociedade, educação e ambiente. As recomendações selecionadas dirigem-se a problemas e determinantes de saúde identificados no PNS 2030, com especial atenção ao impacte da pandemia da doença COVID-19 e às desigualdades sociais e económicas em saúde.

Em seguida apresentam-se, também em síntese, algumas recomendações recentes de organismos internacionais dirigidas a Portugal, que contribuem, direta ou indiretamente, para a resposta a várias necessidades de saúde identificadas neste PNS.

8.2 — Algumas recomendações específicas de organismos internacionais, dirigidas a Portugal

- Em dezembro de 2021, o relatório económico da OCDE sobre Portugal, concluiu que: Portugal está a recuperar da crise decorrente da pandemia da doença COVID-19, com o apoio das políticas económicas; para que a recuperação seja sustentável, é necessário reduzir as vulnerabilidades macroeconómicas que ainda persistem; tornar a transformação digital acessível a todos é fundamental para aumentar o potencial económico de Portugal; as políticas públicas devem prevenir um aumento das desigualdades e dar resposta aos desafios ambientais. Assim, a OCDE recomendou para Portugal, como prioritário:

- O reforço das políticas na área da saúde, do mercado de trabalho e da resposta aos desafios ambientais — a perda de emprego continua concentrada nos jovens e trabalhadores temporários e a escassez de profissionais na área da saúde e dos cuidados continuados é considerada notória; foi recomendado especificamente melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, dinamizar o investimento na mobilidade elétrica e nos transportes públicos, aumentar progressivamente a cobertura do imposto sobre o carbono e, ao mesmo tempo, conceder apoios financeiros à população, para que adote comportamentos mais ecológicos, e continuar a aumentar o investimento em infraestruturas hidráulicas;

- Uma aplicação rápida e eficaz do Plano de Recuperação e Resiliência;

- Uma maior adesão às tecnologias digitais, através da melhoria das infraestruturas e do desenvolvimento das competências — mais especificamente, foi recomendado alargar a cobertura dos programas para que as pequenas empresas possam receber formação digital;

- A dotação da população de competências digitais e de base, de modo a poder aproveitar os benefícios da transição digital, sem deixar ninguém para trás — foi recomendado especificamente dinamizar e alargar a disponibilização de recursos digitais adequados às escolas e aos professores;

- A promoção do investimento e da inovação nas pequenas empresas — foi recomendado considerar a criação de uma conta pessoal de formação profissional para adultos, com vales mais generosos para os trabalhadores pouco qualificados.

- Por sua vez, no âmbito da UE e, mais especificamente, da Comissão Europeia, o Conselho Europeu recomendou a Portugal, entre outros aspetos:

- A adoção de todas as medidas necessárias para combater eficazmente a pandemia, sustentar a economia e apoiar a recuperação subsequente;

- A prossecução das políticas orçamentais destinadas a alcançar situações orçamentais prudentes a médio prazo e a garantir a sustentabilidade da dívida pública, reforçando, simultaneamente, o investimento, quando as condições económicas o permitirem;

- O reforço da resiliência do sistema de saúde e a garantia da igualdade de acesso a serviços de qualidade na área da saúde e dos cuidados continuados (incluindo os de longa duração);

- O apoio ao emprego e a atribuição de prioridade às medidas que visem preservar os postos de trabalho;

- A garantia de uma proteção social suficiente e eficaz, bem como o apoio aos rendimentos;

- O apoio à utilização das tecnologias digitais, a fim de assegurar a igualdade de acesso a um ensino e formação de qualidade e reforçar a competitividade das empresas;

- Focalização do investimento na transição ecológica e digital, em especial na produção e utilização eficientes e não poluentes da energia, bem como nas infraestruturas ferroviárias e na inovação.

A Comissão Europeia, quando aprovou o Plano de Recuperação e Resiliência de Portugal, concluiu que este consagra 38 % da sua dotação total a medidas que apoiam os objetivos climáticos. Foi, como exemplo, sublinhado que Portugal propôs a disponibilização de 610 milhões de euros para renovar edifícios públicos e privados através da melhoria do seu desempenho energético, o que se espera que resulte na redução da fatura energética de Portugal, das emissões de gases com efeito de estufa e da dependência energética, bem como na redução da pobreza energética.

A Comissão considerou, ainda, que o plano de Portugal consagra 22 % da sua dotação total a medidas de apoio à transição digital. Inclui, também, um conjunto alargado de reformas e investimentos que contribuem para dar resposta a praticamente todos os desafios económicos e sociais delineados nas recomendações específicas por país dirigidas a Portugal pelo Conselho Europeu, nomeadamente, nas áreas da acessibilidade e resiliência dos serviços sociais e do sistema de saúde, mercado de trabalho, educação e competências, I&D (investigação e desenvolvimento) e inovação, clima e transição digital, ambiente empresarial, qualidade e sustentabilidade das finanças públicas, e eficiência do sistema de justiça.

8.3 — Dez recomendações para a implementação do PNS 2030

Apresentam-se, em seguida, dez recomendações para a implementação do PNS 2030, sendo de salientar que a 10.ª recomendação tem um carácter transversal, que se considera fundamental para a operacionalização de todas as restantes.

O PNS 2030 recomenda:

- 1) A sua implementação através da participação e das ações «de tod@s para tod@s»;
- 2) A sua utilização como um instrumento de alinhamento e de governação em saúde;
- 3) A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional;
- 4) A adoção de uma nova tipologia dos problemas de saúde e abordagem da intervenção em saúde;
- 5) A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação;
- 6) Uma abordagem integrada dos principais determinantes das doenças não transmissíveis;
- 7) A ação trans e multissetorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável;
- 8) O reforço do investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde;
- 9) Uma melhor preparação para as emergências em Saúde Pública, transversal à população e seus diversos setores;
- 10) A construção de um «Pacto Social para a Década», centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde.

1) A sua implementação através da participação e das ações «de tod@s para tod@s»
...o PNS 2030 é implementado através de atividades ou ações específicas (integradas ou não em planos de atividades, programas ou projetos formais, devidamente orçamentados), a serem concretizadas, e devidamente articuladas e desenvolvidas, por tod@s (individual e coletivamente), desde o Governo, municípios e a sociedade organizada, no setor da saúde e nos setores externos à saúde, até aos cidadãos e demais pessoas presentes em Portugal, orientadas pelas necessidades de saúde, estratégias e recomendações para a intervenção, aos níveis nacional e subnacional.

2) A sua utilização como um instrumento de alinhamento e de governação em saúde
...uma vez que privilegia e possibilita uma abordagem «de todo o governo» (e não apenas da área governativa da saúde) e de «toda a sociedade» (e não apenas do setor da saúde), multinível, imprescindível ao alcance de mais e melhor saúde sustentável — de tod@s para tod@s (apesar de a sua elaboração, implementação e avaliação se encontrarem sob a coordenação técnica da

área governativa da saúde), bem como o alinhamento das opções estratégicas das organizações e serviços de saúde com os planos de saúde de base populacional, designadamente no que se refere às necessidades de saúde identificadas, mecanismos de suporte recomendados e estratégias de saúde selecionadas, aos níveis nacional e subnacional.

3) A articulação, de um modo integrado, com o planeamento em saúde de nível subnacional ...pois defende a utilização do mesmo modelo de planeamento em saúde de base populacional aos diferentes níveis (do nacional ao local), possibilitando o alinhamento, a articulação e a integração multinível dos respetivos planos de saúde, essencial para a valorização adequada, a nível nacional, das necessidades de saúde específicas identificadas e das estratégias de intervenção selecionadas a nível subnacional (sobretudo, local) pelos profissionais de saúde, em conjunto com os restantes parceiros sociais, com especial relevo para o papel dos municípios, com a coordenação técnica dos serviços de saúde pública.

4) A adoção de uma nova tipologia de problemas de saúde e abordagem da intervenção em saúde ...que permite, assim, aos diferentes planeadores e decisores, e a todas as pessoas: organizar a resposta aos problemas responsáveis pela maior carga de doença, incapacidade e morte prematura; manter controlados os problemas de saúde que já se encontram sob controlo; assegurar a preparação atempada e adequada da resposta a ameaças emergentes ou futuras. Permite também uma abordagem integrada dos problemas e determinantes de saúde, bem como a consideração das desigualdades em saúde e das populações vulneráveis nos processos de financiamento e alocação de recursos, e de contratualização em saúde. Ao colocar num mesmo patamar de relevância para a intervenção as doenças não transmissíveis, as doenças transmissíveis, as emergências em saúde pública e respetivos determinantes ambientais, biológicos, comportamentais, demográfico-sociais e económicos, e relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, reconhecendo a sua teia intrincada e complexa de relações, que exige a adoção de uma abordagem abrangente, multisetorial e integrada, «sem deixar ninguém para trás», do nível nacional ao nível local. Coloca, também, um grande desafio de mudança organizacional a todo o sistema de saúde, com implicações na formação pré e pós-graduada dos respetivos profissionais e gestores.

5) Uma abordagem integrada dos principais determinantes das doenças não transmissíveis ...como sendo particularmente relevante para a intervenção, uma vez que o conjunto de determinantes biológicos e comportamentais das principais doenças crónicas, não transmissíveis [consumo de tabaco, consumo de álcool, inatividade física, excesso de peso e obesidade, hipertensão arterial, hiperglicemia e hipercolesterolemia (aumento do colesterol LDL plasmático)], interagem de um modo sinérgico entre si, e de um modo «sindémico» com determinantes sociais e económicos.

6) A valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação ...para além de, ele próprio, oferecer um diagnóstico holístico e profundo da situação de saúde da população em Portugal, propõe a construção de um sistema de informação de saúde no contexto do investimento na inovação e transição digital, a utilização de um manual de boas práticas em comunicação estratégica em saúde, disponibilizado como instrumento de apoio à sua implementação, e convida as comunidades académica e científica, e as entidades que financiam e apoiam a investigação, a alinharem as suas agendas com os grandes desígnios e objetivos de Portugal para o alcance de mais e melhor saúde sustentável até 2030, e as necessidades de investigação daí decorrentes.

7) A ação trans e multisetorial sobre os determinantes demográfico-sociais e económicos, como fundamental para o alcance de saúde sustentável

...pois são transversais, encontram-se a montante de todos os problemas de saúde e demais determinantes de saúde, exercem a sua influência em todo o ciclo de vida, desde a conceção até à morte, e são vulneráveis à intervenção tecnicamente adequada, da qual resultam sempre ganhos em saúde, de acordo com o investimento efetuado.

8) O investimento, pela sua importância crescente, nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde

...pois, como a história recente o tem demonstrado, o seu valor social tem aumentado exponencialmente, assim como a sua importância enquanto determinantes transversais, encontrando-se a montante de todos os problemas de saúde e outros determinantes de saúde, e exercendo,

também, a sua influência em todo o ciclo de vida, desde a conceção até à morte. Torna-se, assim, necessário: um investimento adequado e continuado nos seus recursos e qualidade, que tome em linha de conta, entre outros, os desafios demográficos (envelhecimento dos recursos humanos; duplo envelhecimento da população), a formação e a inovação (nomeadamente, a inovação digital); uma maior articulação e integração de recursos e cuidados; ganhos crescentes de eficiência e efetividade; processos de financiamento e alocação de recursos, e de contratualização em saúde mais adequados às necessidades de saúde, e que tomem em consideração as desigualdades em saúde (sobretudo, as iniquidades) e as populações vulneráveis; uma gestão adequada dos percursos das pessoas, nomeadamente, nos serviços de saúde; um investimento, também ele adequado, no aumento da literacia da população, visando uma maior capacitação na gestão da sua saúde, bem como a maior adequação da procura e utilização/navegação dos serviços de saúde.

9) Uma melhor preparação para as emergências em saúde pública, transversal à população e seus diversos setores

...aproveitando o *momentum* criado pela pandemia da doença COVID-19 e os mecanismos financeiros disponíveis para assegurar as funções de vigilância e planeamento da preparação e resposta às emergências em Saúde Pública, e a própria resposta, de um modo integrado (não esquecendo a abordagem *One Health*), com a menor disrupção humana, social e económica possível, em conjunto com os diferentes setores, reforçando a sua resiliência (incluindo a do próprio sistema de saúde), envolvendo precocemente a população, aumentando a sua literacia, o sentimento de autoeficácia e a capacidade para lidar com situações extremas e/ou inesperadas, e construindo uma «consciência de saúde pública» a partir das gerações mais jovens.

10) A construção de um pacto social para a década, centrado na saúde sustentável e na redução das iniquidades em saúde

...pois reconhece que esse é o caminho que permite harmonizar as necessidades de saúde e as necessidades de recuperação e de desenvolvimento social, económico e humano, preservando o planeta, num contexto de crescente incerteza e complexidade, quer em Portugal, quer no Mundo Global, a curto, médio e longo prazo.

11) Desafio para a Década

...Portanto, o PNS 2030 propõe como um Desafio para a Década a construção de um Pacto Social, com uma base alargada, para o alcance, a 2030, de mais e melhor saúde sustentável — de *tod@s para tod@s* —, começando pelos mais de cem *stakeholders*, dentro e fora do setor da saúde, que fazem parte da sua Comissão de Acompanhamento. Dá-se, assim, continuidade à participação dos mesmos no processo de elaboração do PNS, multissetorial e cocriativo, através da assunção explícita de ações concretas, dirigidas aos determinantes de saúde que contribuem diretamente para a implementação do PNS, dentro da sua área ou setor de intervenção específico. As áreas a serem abrangidas por este Pacto para a Década são as resultantes da abordagem abrangente, multissetorial e integrada das necessidades de saúde da população em Portugal, decorrentes de problemas de saúde e de determinantes de saúde, respetivas linhas de orientação estratégica e estratégias de intervenção. Outras áreas poderão ser abrangidas, como resultado do próprio processo de construção do pacto social, ou do processo de planeamento estratégico em saúde de nível subnacional, nomeadamente, local. Num contexto de incerteza e complexidade crescentes, é tempo de Portugal dar um «passo em frente», rumo à saúde sustentável, aceitando este desafio para a década, com *tod@s, para tod@s*.

9 — Plano de Monitorização e Avaliação

9.1 — Enquadramento

O Plano de Monitorização e Avaliação (PMA) do PNS 2030 tem por finalidade proporcionar informação que fundamente, de forma quantificada, a tomada de decisão quanto à manutenção ou alteração das estratégias de intervenção selecionadas, de acordo com os desvios encontrados relativamente aos objetivos de saúde fixados, ou a outras medidas estimadas.

9.2 — Elaboração do Plano de Monitorização e Avaliação

O PMA do PNS 2030 inclui três componentes principais, dirigidas respetivamente à:

- Obtenção de dados e informação;
- Análise de dados;
- Comunicação e utilização dos resultados.

No que respeita à obtenção de dados e informação, salienta-se que, sempre que adequado, os indicadores de avaliação dos objetivos de saúde serão, igualmente, utilizados na monitorização durante o período de implementação do PNS 2030. Foram, contudo, selecionados outros indicadores de monitorização, designadamente de seguimento da evolução dos determinantes de saúde. Na monitorização da implementação do PNS serão, ainda, usados outros indicadores, adequados ao seguimento das ações que os *stakeholders* internos e externos se comprometerem a desenvolver durante o horizonte temporal do Plano (a constar no Plano de Implementação do PNS 2030).

Como fontes de dados, destacamos os sistemas de informação em saúde e respetivos dados e indicadores disponíveis, e os resultados de estudos de âmbito nacional realizados nesse horizonte. De entre estes, salientamos o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), o Inquérito Serológico Nacional e o Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, entre outros. Serão, também, realizados estudos avaliativos específicos nas situações em que não estejam disponíveis os dados necessários para a avaliação. Será uma avaliação que inclui componentes quantitativas e qualitativas.

No quadro 6 constam os indicadores simultaneamente de monitorização e avaliação, selecionados de acordo com os objetivos de saúde, e indicadores exclusivamente de monitorização.

Prevê-se efetuar a avaliação em três momentos: duas avaliações intercalares, em 2025 e 2028, relativas aos triénios de execução do Plano 2022-2024 e 2025-2027, respetivamente, e a avaliação final em 2031. A monitorização será efetuada ao longo de todo o período de vigência do PNS 2030. Caso surja a necessidade de esclarecer os resultados obtidos, proceder-se-á a uma análise descritiva, sob a forma de um relatório.

Será efetuada uma avaliação de resultados e impacte, em função do grau de alcance dos objetivos de saúde.

Ao PMA estará subjacente uma estratégia de comunicação da informação, com o compromisso de uma notificação periódica dos resultados a todos os intervenientes na elaboração e implementação do PNS 2030, dentro e fora do setor da saúde.

QUADRO 6

Plano de monitorização e avaliação — Quadro resumo dos indicadores (1/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Valor a atingir (/10 ⁵ habitantes)	Resultados			
						2025	2028	2031	
NS decorrentes de problemas de saúde de elevada magnitude									
Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, idade inferior a 75 anos.	HM	INE	325,0	2019	315,0				
	H		466,1		458,0				
	M		204,7		196,4				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, todas as idades.	HM	INE	271,7	2019	246,5				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, todas as idades.	HM	INE	88,7	2019	58,9				



Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Valor a atingir (/10 ⁵ habitantes)	Resultados			
						2025	2028	2031	
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, idade inferior a 75 anos.	HM	INE	18,9	2019	13,4				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, todas as idades.	HM	INE	58,6	2019	41,8				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, idade inferior a 75 anos.	HM	INE	23,9	2019	20,5				
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades.	HM	INE	242,6	2019	242,4				
	H		347,6		347,2				
	M		169,0		161,2				

QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (2/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Valor a atingir (/10 ⁵ habitantes)	Resultados			
						2025	2028	2031	
NS decorrentes de problemas de saúde de elevada magnitude									
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, idade inferior a 75 anos.	HM	INE	136,9	2019	132,4				
	H		187,6		185,1				
	M		94,2		89,0				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades.	H	INE	72,1	2019	73,9				
	M		17,4		23,2				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, idade inferior a 75 anos.	H	INE	49,8	2019	49,9				
	M		12,3		16,2				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, todas as idades.	M	INE	27,7	2019	25,1				
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, idade inferior a 75 anos.	M	INE	17,8	2019	15,5				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, todas as idades.	HM	INE	98,6	2019	98,6				
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, idade inferior a 75 anos.	HM	INE	17,7	2019	16,4				



QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (3/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Valor a atingir (/10 ⁵ habitantes)	Resultados			
						2025	2028	2031	
NS decorrentes de problemas de saúde de elevada magnitude									
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , todas as idades	HM	INE	31,3	2019	25,6				
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , idade inferior a 75 anos . . .	HM	INE	8,1	2019	4,7				
Taxa de incidência de tuberculose	HM	DGS	16,5	2019	12,1				
Taxa de incidência de infeção VIH	HM	DGS/INSA	7,6	2019	5,7				

Legenda:

DGS — Direção-Geral da Saúde;
H — sexo masculino;
HM — sexos feminino e masculino;
INE — Instituto Nacional de Estatística;
INSA — Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge;
M — sexo feminino;
NS — necessidades de saúde;
PT — Portugal;
VIH — vírus de imunodeficiência humana;
/10⁵ habitantes — por 100 000 habitantes.

QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (4/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT/NUTS II de valor menos favorável	Ano/período de tempo	Valor a atingir	Resultados			
						2025	2028	2031	
Problemas de saúde de baixa magnitude mas elevado potencial de risco									
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados-vivos)	M	INE	13,5	2017-2019	7,1				
Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos) . . .	HM	INE	1,9	2018-2020	1,1				
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos) . . .	HM	INE	2,9	2018-2020	2,5				
Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (por 1000 nados-vivos) . . .	HM	INE	3,0	2020	2,6				
Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	HM	INE	98,6/98,0 (PT/AML)	2020	99,5				
Número absoluto de casos de sífilis congénita	HM	SINAVE	7	2018	0				
Número absoluto de casos autóctones de sarampo . . .	HM				0				
Número absoluto de casos de tétano neonatal	HM	SINAVE	0	2018	0				



Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização e avaliação						Observações
			Último valor PT/NUTS II de valor menos favorável	Ano/período de tempo	Valor a atingir	Resultados			
						2025	2028	2031	
Número absoluto de casos de rubéola congénita	HM	SINAVE	0	2018	0				
Indicador de água segura (%)									
Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)		INE	n.d./67,5 (PT/RAM)	2019	98,0				

Legenda:

AML — Área Metropolitana de Lisboa;

H — sexo masculino;

HM — sexos feminino e masculino;

INE — Instituto Nacional de Estatística;

M — sexo feminino;

n.d. — não disponível;

NUTS II — Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos — nível 2;

PT — Portugal;

RAM — Região Autónoma da Madeira;

SINAVE — Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.

QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (5/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização					Observações
			Último valor PT	Ano/período de tempo	Resultados			
					2025	2028	2031	
Taxa de mortalidade perinatal (por 1000 nados-vivos e fetos mortos com mais de 28 semanas).	HM	INE	3,7	2018-2020				
Taxa de mortalidade evitável prematura padronizada pela idade (por 100 000 habitantes).	HM	OCDE/Eurostat	138	2018				
Taxa de mortalidade tratável prematura padronizada pela idade (por 100 000 habitantes).	HM	OCDE/Eurostat	83	2018				
Sobrevida a 5 anos do tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão (%).	HM	ROR	15,8	2013*				
Sobrevida a 5 anos do tumor maligno da mama (%)	M	ROR	82	2013*				
Anos de vida saudável à nascença (ano) . . .	HM	INE	59,2	2019				
	H		60,6					
	M		57,8					
Anos de vida saudável aos 65 anos (ano) . . .	HM	INE	7,3	2019				
	H		7,9					
	M		6,9					



Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização					Observações
			Último valor PT	Ano/período de tempo	Resultados			
					2025	2028	2031	
Prevalência de obesidade e excesso de peso no adulto, idade entre 25 e 74 anos (%).	HM	INSEF	67,6	2015				
Prevalência estimada de hipertensão arterial, idade entre 25 e 74 anos (%).	HM	INSEF	36,0	2015				
Prevalência estimada de hipercolesterolemia, idade entre 25 e 74 anos (%).	HM	INSEF	63,3	2015				

QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (6/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização					Observações
			Último valor PT	Ano/período de tempo	Resultados			
					2025	2028	2031	
Proporção de alojamentos servidos por abastecimento de água (%)		INE	96	2019				
Concentração média anual de partículas PM2,5 (µg/m³)		INE	7	2019				
Concentração média anual de partículas PM10 (µg/m³)		INE	16	2019				
Emissões de gases com efeito de estufa (kt CO ₂ eq)		INE	63.626	2019				
Geração de resíduos perigosos por habitante (kg/hab)		INE	103,6	2019				
Prevalência de consumo diário de fruta, idade entre 25 e 74 anos (%)	HM	INSEF	79,3	2015				
Prevalência de consumo diário de legumes ou salada (incluindo sopa), idade entre 25 e 74 anos (%)	HM	INSEF	73,3	2015				
Prevalência pelo menos uma vez por semana, de prática de alguma atividade física regular, idade entre 25 e 74 anos (%)	HM	INSEF	34,2	2015				
Prevalência do consumo diário de álcool, idade igual ou superior a 15 anos (%)	HM	INS/INE	29,6	2019				
Prevalência** do consumo de álcool, dos 15 aos 74 anos (%)	HM	IV INPG	48,5	2016/2017				
Prevalência do consumo (diário ou ocasional) de tabaco, idade igual ou superior a 15 anos (%)	HM	INS/INE	17,0	2019				
Prevalência** do consumo de tabaco, dos 15 aos 74 anos (%)	HM	IV INPG	28,0	2016/2017				
Taxa de desemprego, idade entre os 15 e os 74 anos (%)	HM	INE	6,9	2020				
Taxa de pobreza ou exclusão social (%)	HM	INE	19,8	2020				

QUADRO 6

Plano de Monitorização e Avaliação — Quadro resumo dos indicadores (7/7)

Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização					Observações
			Último valor Pt	Ano/período de tempo	Resultados			
					2025	2028	2031	
Taxa de privação material (%)	HM	INE	13,5	2020				



Indicadores	Sexo	Fonte de dados	Monitorização					Observações
			Último valor Pt	Ano/período de tempo	Resultados			
					2025	2028	2031	
Demora mediana entre o início de sintomas até ao diagnóstico de tuberculose (dia) . . .	HM	DGS	80	2020				
Sucesso terapêutico de tuberculose (%) . . .	HM	DGS	82,2	2019				
Proporção de utentes com diabetes com registo de resultado de HbA1c nos últimos 6 meses (%)	HM	DGS	69***	2018				
Índice de cobertura universal em saúde, por áreas de prestação de cuidados (%)	HM	IHME	83,5	2019				
Proporção de necessidades não satisfeitas de cuidados médicos, idade igual ou superior a 16 anos (%)	HM	Eurostat	1,7	2019				
Proporção de utentes inscritos sem médico de família atribuído (%)	HM	ACSS	8,4	2020				
Mediana do tempo de espera até à realização da primeira consulta hospitalar no âmbito da Consulta a Tempo e Horas (CTH) (dia)		ACSS	100,2	2020				
Proporção de despesas não reembolsadas no total das despesas em saúde (proporção de pagamentos diretos) (%)		OCDE	30,5	2019				

Notas:

* Ano de diagnóstico do tumor maligno;

** Prevalência nos últimos 30 dias (P30D);

*** No Continente.

Legenda:

ACSS — Administração Central do Sistema de Saúde;

DGS — Direção-Geral da Saúde;

Eurostat — Gabinete de Estatísticas da União Europeia;

H — sexo masculino;

HM — sexos feminino e masculino;

IHME — Institute for Health Metrics and Evaluation;

INE — Instituto Nacional de Estatística;

INPG — Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral de Portugal;

INSEF — Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico;

Kg/hab — quilograma por habitante;

kt CO₂ eq — quilotoneladas de dióxido de carbono equivalentes;

M — sexo feminino;

OCDE — Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico;

PM_{2,5} — partículas inaláveis com diâmetro inferior a 2,5;

PM₁₀ — partículas inaláveis com diâmetro inferior a 10 µm;

PT — Portugal;

ROR — Registo Oncológico Regional.

10 — Plano de Comunicação: Orientações estratégicas

10.1 — Enquadramento

A definição de estratégias de comunicação de suporte ao PNS 2030 é um imperativo nas diferentes etapas do processo, constituindo um suporte fundamental, quer para a sua elaboração, quer para a sua implementação. As presentes recomendações centram-se em linhas orientadoras de âmbito macro, emergentes dos princípios que definem a essência constitutiva do PNS 2030.

Tendo em conta que o PNS é um instrumento estratégico constituído por orientações e recomendações que visam o alinhamento das políticas de saúde, sublinha-se, aqui, o papel central da comunicação estratégica em saúde e o seu potencial como elemento facilitador deste processo.

Face ao diagnóstico realizado, as presentes orientações de comunicação focam-se em práticas de comunicação participativa e colaborativa, pautadas pelos princípios da cocriação e implicação de *multistakeholders*. Desta forma, será possível responder às expectativas de comunicação de um plano estratégico, que se assume como, mais do que um documento, um processo, definido pelo seu carácter participativo e coprodutivo e que procura, em última instância, uma responsabilização social conducente a mudanças efetivas).

10.2 — Desafios e objetivos de comunicação

As expectativas emergentes da auditoria de comunicação ao PNS 2030 sintetizam-se nos seguintes objetivos de comunicação: informar, motivar, envolver, participar e avaliar (quadros 7 e 8).

QUADRO 7

Desafios e objetivos de comunicação

Desafio	Âmbito
Informar	Informar sobre a existência do PNS, natureza e linha de atuação.
Motivar	Motivar os diferentes intervenientes, incluindo-os plenamente em todas as fases.
Envolver	Envolver os diferentes <i>stakeholders</i> através de ferramentas concretas de participação.
Avaliar.	Avaliar o progresso para garantir a natureza cíclica e evolutiva do PNS.

Fonte: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade (CECS)/ Universidade do Minho (UM).

O processo de resposta aos referidos desafios baseou-se, numa fase inicial, na criação de estruturas identitárias e comunicacionais prévias. Neste âmbito, o trabalho de criação de uma identidade de marca (motivação e envolvimento) e um *website* (informação e envolvimento) capaz de tornar tangível esta marca, foram dois marcos significativos no enquadramento estratégico do PNS 2030.

QUADRO 8

Propósitos do PNS 2030 e Objetivos de Comunicação

Propósito(s) do PNS	Desafio	Objetivo(s) de Comunicação
Fazer as melhores escolhas, focando no que é mais importante.	Informar e motivar	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação. Dar a conhecer o estado de saúde da população e estratégias de intervenção. Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde como um compromisso social.
Alinhar cada parte interessada, no sentido do trabalho conjunto, orientando e facilitando a construção de um compromisso social.	Motivar e envolver	Criar redes colaborativas e relações de confiança. Mobilizar interna e externamente através de oportunidades de participação. Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa através da participação.
Potencializar o PNS para a governação em saúde.	Informar e envolver	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i> (colaboração). Ativar e enraizar o sentimento de pertença. Partilhar conhecimento para resiliência comunitária. Avaliar o progresso.

Fonte: CECS/UM.

10.3 — Públicos-alvo

Os públicos-alvo desta estratégia de comunicação encontram-se alinhados com os destinatários do próprio PNS (quadro 9).



QUADRO 9

Públicos-alvo do PNS 2030

Segmentação	Públicos-alvo
Internos	Ministro/a da Saúde e respetivo Gabinete. Diretor/a-Geral da Saúde. Diretor/a executiva do PNS. Coordenação técnica da estratégia e do PNS. Equipa de apoio.
Externos	<i>Stakeholders</i> dentro do setor da saúde (profissionais, alunos e organizações no setor da saúde, tais como a Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), ARS, hospitais, institutos nacionais, comissões/conselhos nacionais, instituições de ensino superior, associações especializadas, instituições internacionais). <i>Stakeholders</i> fora do setor de saúde (organizações diversas tais como entidades do setor social e solidário, autarquias, Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional (CCDR), comissões/conselhos nacionais, institutos nacionais, forças de segurança pública, governo, instituições de ensino médio e superior, associações diversas). Comunidade local (setor público, privado e social). População em geral. Média (local, nacional, internacional e de especialidade). Entidades externas (relação com ODS e OMS).

ACSS — Administração Central dos Sistemas de Saúde;
ARS — Administração Regional de Saúde;
CCDR — Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional;
ODS — Objetivos de Desenvolvimento Sustentável;
OMS — Organização Mundial de Saúde;
PNS — Plano Nacional de Saúde.

Fonte: CECS/UM.

10.4 — Eixos de comunicação

Na sequência dos elementos estratégicos anteriormente referidos, foi possível identificar um conjunto de desafios e eixos de comunicação, capazes de indicar possíveis caminhos de ação (quadro 10).

QUADRO10

Desafios de implementação e eixos de comunicação

Desafio(s)	Eixo(s) de comunicação
Cocriar	Colaboração.
Agir/Incluir.	Inclusão.
Partilhar/Comunicar/Inovar.	Participação.
Alinhar	Integração.
Assegurar/Investir.	Compromisso e Responsabilidade.

Fonte: CECS/UM.

A partir destes eixos gerais deverá haver uma declinação temática em função das necessidades de saúde e das respetivas estratégias de intervenção selecionadas. Neste âmbito, destacam-se eixos temáticos relacionados com a promoção e prevenção (por exemplo, de doenças determinadas pelo estilo de vida); qualidade (cobertura, acesso e prestação de cuidados) e consciencialização (por exemplo, relacionada com a saúde mental ou o Ambiente). Tudo isto enquadrado pelos princípios da saúde sustentável e da intervenção multissetorial (ODS).

As eventuais derivações temáticas devem ter uma estratégia de comunicação própria em função dos respetivos objetivos e públicos-alvo a definir posteriormente.

10.5 — Mensagens-chave

Os eixos de comunicação encontram sustentação e legitimidade num conjunto de mensagens-chave, associadas ao PNS 2030 e que devem ser amplamente transmitidas, como por exemplo:

- O PNS é um processo colaborativo em construção, mesmo durante a sua implementação;
- É um instrumento que orienta e influencia as políticas públicas;
- Participar no PNS é poder influenciar o estado da saúde em Portugal nos próximos 10 anos;
- Todos somos atores de saúde e temos a possibilidade e a responsabilidade de participar na sua construção;
- A participação de todos é essencial para alcançar «Saúde Sustentável: de Tod@s para Tod@s».

10.6 — Mix de Comunicação

A concretização dos eixos de comunicação (e mensagens-chave) encontrados poderá contar com o apoio das seguintes modalidades comunicativas (e respetivos canais) (quadro 11).

QUADRO 11

Mix de comunicação

Mix de comunicação	Canais
Digital	<i>Website</i> PNS. <i>Websites</i> institucionais (DGS, Governo/Ministério da Saúde). Redes Sociais de entidades parceiras (Ex: Direção-Geral da Saúde). <i>E-mail (Mailing Lists)</i> . Plataformas complementares (<i>apps</i> e <i>newsletter</i> digitais).
Relações Públicas	Eventos (lançamento, ações de formação, <i>workshops</i> , encontros, etc.). Reuniões gerais e bilaterais. Assessoria de imprensa. Pontos de contacto.
Publicidade Institucional	Cartazes. <i>Flyers</i> . <i>Newsletter(s)</i> . <i>Display Systems</i> (parceiros).

DGS — Direção-Geral da Saúde;
PNS — Plano Nacional de Saúde.

Fonte: CECS/UM.

Em função da definição de aspetos mais concretos de implementação poderão ser identificados no *mix* de comunicação outras modalidades e canais adequados (Guias de comunicação — Plano Nacional de Saúde).

10.7 — Etapas e *outputs* (ações) de comunicação

A preocupação de dotar este documento instrumental com uma dinâmica envolvente e agregadora confluiu no desenho de um conjunto de ações e *outputs* de comunicação que se dividem pelas três etapas fundamentais: construção, lançamento e implementação (quadro 12).

Após a conclusão de cada uma destas etapas torna-se fundamental a existência de um momento de avaliação de resultados e da estratégia comunicacional adotada. Esta etapa pode ser implementada através da recolha de *feedback* dos diferentes públicos-alvo e acompanhamento dos resultados de forma faseada e sistemática ao longo do processo.

QUADRO 12

Etapas e *outputs* (ações) de comunicação

Etapa	Objetivo de comunicação	Output (ação)
Construção	Ativar e enraizar o sentimento de pertença Mobilizar interna e externamente	Criação da identidade de marca do PNS 2030.
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa. Ativar e enraizar o sentimento de pertença Partilhar conhecimento para resiliência comunitária	Website PNS 2030.
	Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde pública como um compromisso social. Criar redes colaborativas e relações de confiança... Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Vídeo de Apresentação PNS 2030 (Assessoria estratégica).
	Mobilizar interna e externamente	Reuniões e contactos periódicos com os principais <i>stakeholders</i> (assessoria estratégica).
Lançamento	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação. Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde como um compromisso social. Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Evento de lançamento (organização e assessoria).
	Informar sobre a existência do documento, bem como a sua natureza de base populacional e linhas de atuação. Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa.	Evento de lançamento (relações com os media) — <i>press kit</i> .
Implementação	Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Kit PNS — «aqui, implementamos o PNS todos os dias».
	Partilhar conhecimento para resiliência comunitária Dar a conhecer o estado de saúde da população e as estratégias de intervenção selecionadas.	Website (alimentação de conteúdos).
	Criar a predisposição positiva para o entendimento da saúde pública como um compromisso social. Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa através da participação. Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Eventos temáticos bilaterais (oportunidade de participação e estratégias de intervenção).
	Mobilizar interna e externamente	Pontos de situação da evolução (valorização e responsabilização).
	Promover práticas de comunicação participativa e colaborativa. Cocriar e implicar <i>multistakeholders</i>	Guia de Boas Práticas (comunicação e implementação)

ANEXOS

ANEXO I

Objetivos de saúde fixados para 2030, em Portugal**Objetivos de saúde relativos às necessidades de saúde decorrentes de problemas de elevada magnitude fixados para 2030, em Portugal**

- 1 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte em ambos os sexos para 315,0 por 100 000 habitantes.
- 2 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo masculino para 458,0 por 100 000 habitantes.
- 3 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por todas as causas de morte no sexo feminino para 196,4 por 100 000 habitantes.
- 4 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório em todas as idades e ambos os sexos para 246,5 por 100 000 habitantes.
- 5 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares em todas as idades e ambos os sexos para 58,9 por 100 000 habitantes.
- 6 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças cerebrovasculares em ambos os sexos para 13,4 por 100 000 habitantes.
- 7 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração em todas as idades e ambos os sexos para 41,8 por 100 000 habitantes.
- 8 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças isquémicas do coração em ambos os sexos para 20,5 por 100 000 habitantes.
- 9 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e ambos os sexos inferior ou igual a 242,4 por 100 000 habitantes.
- 10 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 347,2 por 100 000 habitantes.
- 11 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos em todas as idades e no sexo feminino para 161,2 por 100 000 habitantes.
- 12 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos em ambos os sexos para 132,4 por 100 000 habitantes.
- 13 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo masculino para 185,1 por 100 000 habitantes.
- 14 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumores malignos no sexo feminino para 89,0 por 100 000 habitantes.
- 15 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo masculino inferior ou igual a 73,9 por 100 000 habitantes.
- 16 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão em todas as idades e no sexo feminino inferior ou igual a 23,2 por 100 000 habitantes.
- 17 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo masculino inferior ou igual a 49,9 por 100 000 habitantes.
- 18 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão no sexo feminino inferior ou igual a 16,2 por 100 000 habitantes.
- 19 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama em todas as idades no sexo feminino para 25,1 por 100 000 habitantes.
- 20 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura por tumor maligno da mama no sexo feminino para 15,5 por 100 000 habitantes.
- 21 — Assegurar uma taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos igual ou inferior a 98,6 por 100 000 habitantes.



22 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por doenças do aparelho respiratório em todas as idades e ambos os sexos para 16,4 por 100 000 habitantes.

23 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada por diabetes *mellitus* em todas as idades e ambos os sexos para 25,6 por 100 000 habitantes.

24 — Reduzir a taxa de mortalidade padronizada prematura (inferior a 75 anos) por diabetes *mellitus* em todas as idades e ambos os sexos para 4,7 por 100 000 habitantes.

25 — Reduzir a taxa de incidência de tuberculose em todas as idades e ambos os sexos para 12,1 por 100 000 habitantes.

26 — Reduzir a taxa de incidência de infeção por vírus de imunodeficiência humana (VIH) em todas as idades e ambos os sexos para 5,7 por 100 000 habitantes.

Objetivos de saúde relativos a problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco* fixados para 2030, em Portugal

1 — Assegurar uma taxa de mortalidade materna igual ou inferior a 7,1 por 100 000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. (valor médio do triénio com melhor desempenho em Portugal nos últimos seis anos com valores disponíveis).

2 — Reduzir a taxa de mortalidade neonatal para 1,1 por 1000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. (objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho, no Mundo).

3 — Assegurar uma taxa de mortalidade infantil inferior ou igual a 2,5 por 1000 nados-vivos, no triénio 2028-2030. (objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho).

4 — Reduzir a taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos para 2,6 por 1000 nados-vivos. (objetivo a longo prazo calculado com base na média dos países com melhor desempenho, no Mundo).

5 — Aumentar a proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado para 99,5 % em todas as regiões tipo NUTS II.

6 — Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de sífilis congénita.

7 — Manter nula a transmissão endémica do sarampo, de acordo com o estatuto de eliminação do sarampo.

8 — Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal.

9 — Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de rubéola congénita.

10 — Assegurar o valor mínimo de 99,0 % do indicador de água segura em todas as regiões tipo NUTS II.

11 — Assegurar uma proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais superior ou igual a 98,0 % em todas as regiões tipo NUTS II.

Legenda:

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

ANEXO 2

Indicadores e outros componentes relativos aos objetivos de saúde fixados no PNS 2030

Indicadores dos objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Projeções PT 2030 (/10 ⁵ habitantes)		Quantificação objetivo (/10 ⁵ habitantes)	
		PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Estimativa pontual	(IC 95 %)	Ano	Valor
NS por problemas de saúde de elevada magnitude							
Taxa de mortalidade padronizada por todas as causas de morte, inferior a 75 anos.	HM	325,0	2019	315,0	[250,5-391,1]	2030	315,0
	H	466,1		458,0	[366,3-565,6]	2030	458,0
	M	204,7		196,4	[152,6-249,0]	2030	196,4



Indicadores dos objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Projeções PT 2030 (/10 ⁵ habitantes)		Quantificação objetivo (/10 ⁵ habitantes)	
		PT (/10 ⁵ habitantes)	Ano	Estimativa pontual	(IC 95 %)	Ano	Valor
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho circulatório, todas as idades.	HM	271,7	2019	246,5	[164,0-356,4]	2030	246,5
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, todas as idades.	HM	88,7	2019	58,9	[37,7-87,9]	2030	58,9
Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares, inferior a 75 anos.	HM	18,9	2019	13,4	[7,8-21,4]	2030	13,4
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, todas as idades.	HM	58,6	2019	41,8	[28,8-58,7]	2030	41,8
Taxa de mortalidade padronizada por doenças isquémicas do coração, inferior a 75 anos.	HM	23,9	2019	20,5	[12,5-31,9]	2030	20,5
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, todas as idades.	HM	242,6	2019	242,4	[227,6-258,0]	2030	242,4
	H	347,6		347,2	[320,4-375,5]	2030	347,2
	M	169,0		161,2	[132,5-194,2]	2030	161,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumores malignos, inferior a 75 anos.	HM	136,9	2019	132,4	[124,0-141,3]	2030	132,4
	H	187,6		185,1	[174,1-195,6]	2030	185,1
	M	94,2		89,0	[83,4-94,9]	2030	89,0
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, todas as idades.	H	72,1	2019	73,9	[69,8-78,1]	2030	73,9
	M	17,4		23,2	[18,3-29,0]	2030	23,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da laringe, traqueia, brônquios e pulmão, inferior a 75 anos.	H	49,8	2019	49,9	[46,4-53,5]	2030	49,9
	M	12,3		16,2	[12,1-21,2]	2030	16,2
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, todas as idades.	M	27,7	2019	25,1	[23,3-27,0]	2030	25,1
Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama, inferior a 75 anos.	M	17,8	2019	15,5	[14,2-16,8]	2030	15,5
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, todas as idades.	HM	98,6	2019	98,6	[19,7-177,4]	2030	98,6
Taxa de mortalidade padronizada por doenças do aparelho respiratório, inferior a 75 anos.	HM	17,7	2019	16,4	[10,5-24,3]	2030	16,4
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , todas as idades.	HM	31,3	2019	25,6	[12,1-48,0]	2030	25,6
Taxa de mortalidade padronizada por diabetes <i>mellitus</i> , inferior a 75 anos.	HM	8,1	2019	4,7	[3,6-6,6]	2030	4,7
Taxa de incidência de tuberculose	HM	16,5	2019	12,1	[7,3-18,9]	2030	12,1
Taxa de incidência de infeção VIH	HM	7,6	2019	5,7	[2,0-13,0]	2030	5,7

Legenda:

H — sexo masculino;
 HM — sexos feminino e masculino;
 IC — intervalo de confiança;
 M — sexo feminino;
 NS — necessidades de saúde;
 PT — Portugal;



VIH — vírus da imunodeficiência humana;
/10⁵ habitantes — por 100.000 habitantes.

Indicadores dos objetivos relativos a:	Sexo	Último valor		Quantificação objetivo	
		PT/NUTS II de valor menos favorável	Ano/ período de tempo	Ano/ período de tempo	Valor
Problemas de saúde de baixa magnitude e elevado potencial de risco					
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados-vivos)	M	13,5	2017-2019	2028-2030	7,1
Taxa de mortalidade neonatal (por 1000 nados-vivos)	HM	1,9	2018-2020	2028-2030	1,1
Taxa de mortalidade infantil (por 1000 nados-vivos)	HM	2,9	2018-2020	2028-2030	2,5
Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos (por 1000 nados-vivos)	HM	3,0	2020	2030	2,6
Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado (%)	HM	98,6/98,0 (PT/AML)	2020	2030	99,5
Número absoluto de casos de sífilis congénita	HM	7	2018	2030	0
Número absoluto de casos autóctones de sarampo	HM			2030	0
Número absoluto de casos de tétano neonatal	HM	0	2018	2030	0
Número absoluto de casos de rubéola congénita	HM	0	2018	2030	0
Indicador de água segura (%)		98,8/98,2 (PT/RAM)	2020	2030	99,0
Proporção de alojamentos servidos por drenagem de águas residuais (%)		n.d./67,5 (PT/RAM)	2019	2030	98,0

Legenda:

AML — Área Metropolitana de Lisboa;

H — sexo masculino;

HM — sexos feminino e masculino;

M — sexo feminino;

n.d. — não disponível;

NUTS II — Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos — nível 2;

PT — Portugal;

RAM — Região Autónoma da Madeira.

ANEXO 3

Documentos de enquadramento do PNS 2030

ANEXO 3.1

Alguns documentos internacionais de enquadramento do PNS 2030

World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control (2003, updated reprint 2004, 2005).	The WHO FCTC was developed in response to the globalization of the tobacco epidemic. The spread of the tobacco epidemic is facilitated through a variety of complex factors with cross-border effects, including trade liberalization and direct foreign investment. Other factors such as global marketing, transnational tobacco advertising, promotion and sponsorship, and the international movement of contraband and counterfeit cigarettes have also contributed to the explosive increase in tobacco use.
Permanent Mission of Ireland to the OSCE — Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia — Conference held in Dublin on 23-24 February. — “Breaking the Barriers — Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia” — 2004.	The Dublin Declaration on Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia adopted in 2004, was the first in a series of regional declarations which emphasised HIV as an important political priority for the countries of Europe and Central Asia. Following the UNAIDS mandate to report annually on the progress, it was agreed that ECDC from 2019 onwards monitors the HIV response of EU/EEA countries annually, but with a significantly reduced questionnaire in alternate years.



<p>World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. WHO; 2013.</p>	<p>The WHO Global NCD Action Plan 2013-2020 follows on from commitments made by Heads of State and Government in the United Nations Political Declaration on the Prevention and Control of NCDs (resolution A/RES/66/2), recognizing the primary role and responsibility of Governments in responding to the challenge of NCDs and the important role of international cooperation to support national efforts.</p>
<p>World Health Organization. Noncommunicable Diseases Global Monitoring Framework: Indicator Definitions and Specifications. WHO; 2013.</p>	<p>In May 2013 the 66th World Health Assembly adopted the comprehensive global monitoring framework (GMF) for the prevention and control of noncommunicable diseases. The Global Monitoring Framework included a set of indicators capable of application across regions and country settings to monitor trends and assess progress made in the implementation of national strategies and plans on noncommunicable diseases.</p>
<p>World Health Organization. European Food and Nutrition: Action Plan 2015-2020. WHO Regional Office for Europe; 2014.</p>	<p>The intention of the Action Plan is to significantly reduce the burden of preventable diet-related noncommunicable diseases, obesity and all other forms of malnutrition still prevalent in the WHO European Region. It calls for action through a whole-of-government, health-in-all-policies approach. Its priority actions will contribute to improving food system governance and the overall quality of the European population's diet and nutritional status.</p>
<p>World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015). The Minsk Declaration: the life-course approach in the context of Health 2020. World Health Organization. Regional Office for Europe.</p>	<p>The adoption of the life-course approach across the whole of government would improve health and well-being, promote social justice, and contribute to sustainable development and inclusive growth and wealth; The life-course approach encompasses actions that are taken: • early; • appropriately to transitions in life; • together as the whole of society.</p>
<p>United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development — adopted at the United Nations Sustainable Development Summit on 25 September 2015.</p>	<p>This Agenda is a plan of action for people, planet and prosperity. It also seeks to strengthen universal peace in larger freedom. We recognize that eradicating poverty in all its forms and dimensions, including extreme poverty, is the greatest global challenge and an indispensable requirement for sustainable development.</p>
<p>World Health Organization. Promoting health in the SDGs. Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization; 2017.</p>	<p>The 9th Global Conference on Health Promotion was an extraordinary milestone because it positioned health promotion within the 2030 agenda. The Shanghai Declaration recognizes health and well-being as essential to achieving sustainable development. It reaffirms health as a universal right, an essential resource for everyday living, a shared social goal, and a political priority for all countries.</p>
<p>World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. WHO; 2018.</p>	<p>Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world — Regular physical activity is proven to help prevent and treat noncommunicable diseases (NCDs) such as heart disease, stroke, diabetes and breast and colon cancer. It also helps to prevent hypertension, overweight and obesity and can improve mental health, quality of life and well-being. The action plan was developed through a worldwide consultation process involving governments and key stakeholders across multiple sectors including health, sports, transport, urban design, civil society, academia and the private sector.</p>
<p>UNESCO — International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport.</p>	<p>Adopted at the 20th session of the UNESCO's General Conference (1978), the original Charter was perceived as innovative at the time — as it was the first rights-based document to state that “the practice of physical education and sport is a fundamental right for all”. Based on the universal spirit of the original Charter and integrating the significant evolutions in the field of sport since 1978, the revised International Charter of Physical Education, Physical Activity and Sport was adopted during UNESCO's 38th session of the General Conference (November 2015). The revised Charter introduces universal principles such as gender equality, non-discrimination and social inclusion in and through sport. It also highlights the benefits of physical activity, the sustainability of sport, the inclusion of persons with disabilities and the protection of children.</p>



<p>Tartu Call for a Healthy Lifestyle</p>	<p>In September 2017 the Commission launched the Tartu call for a healthy lifestyle. The Tartu call aims to promote healthy lifestyles in Europe, in particular among children.</p>
<p>Recomendação do Conselho de 26 de novembro de 2013 relativa à promoção transetorial das atividades físicas benéficas para a saúde.</p>	<p>Recomenda aos Estados-Membros, o desenvolvimento de políticas eficazes no domínio da HEPA, adotando uma abordagem transetorial que envolva domínios de intervenção como o desporto, a saúde, a educação, o ambiente e os transportes, tendo em conta as OR UE AF, bem como outros setores relevantes e de acordo com as especificidades nacionais.</p>
<p>United Nations. Declaração política da 3.ª Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral sobre a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis: resolução/aprovada pela Assembleia Geral. UN; 2018.</p>	<p>Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. Time to deliver: accelerating our response to address non-communicable diseases for the health and well-being of present and future generations.</p>
<p>World Health Organization. Time to deliver: report of the WHO Independent high-level commission on noncommunicable diseases. World Health Organization; 2018.</p>	<p>The recommendations in this report are intended for Heads of State and Government and policymakers across government sectors, as well as other stakeholders, and as input towards the third High-level Meeting of the UN General Assembly on NCDs.</p>
<p>World Health Organization. Declaration of Astana. World Health Organization; 2018.</p>	<p>Declaration of Astana on Primary Health care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals.</p>
<p>Mendenhall E, Singer M. The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change. — Lancet 2019; 393: 791-846 Published Online January 27, 2019.</p>	<p>«Obesity, undernutrition, and climate change-represent The Global Syndemic that affects most people in every country and region worldwide. They constitute a syndemic, or synergy of epidemics, because they co-occur in time and place, interact with each other to produce complex sequelae, and share common underlying societal drivers».</p>
<p>Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? WHO Regional Office for Europe; 2019.</p>	<p>This report synthesizes the global evidence on the role of the arts in improving health and well-being, with a specific focus on the WHO European Region. Results from over 3000 studies identified a major role for the arts in the prevention of ill health, promotion of health, and management and treatment of illness across the lifespan. The beneficial impact of the arts could be furthered through acknowledging and acting on the growing evidence base; promoting arts engagement at the individual, local and national levels; and supporting cross-sectoral collaboration.</p>
<p>European Commission. Reflection paper: Towards a sustainable Europe by 2030. European Commission; 2019 Jan.</p>	<p>The Multi-Stakeholder Platform on the implementation of the Sustainable Development Goals in the European Union — the «EU SDG multi-stakeholder platform» — was established in May 2017 to support and advise the European Commission and all stakeholders involved on the implementation of the SDGs at EU level. Achieving the Goals requires a comprehensive review, the identification of areas where changes are needed, and the development of coherent policies which produce lasting social, economic, governance and environmental co-benefits, recognising and acting on interlinkages between all goals and targets. The recommendations of the Multi-Stakeholder Platform provide an ambitious and consensus-based contribution to this goal.</p>
<p>World Health Organization. Health Equity Policy Tool: A framework to track policies for increasing health equity in the WHO European Region. WHO Regional Office for Europe; 2019.</p>	<p>The WHO Health Equity Policy Tool has been developed to support WHO Member States and partners to strengthen the implementation of these commitments and strategies through specific policy actions. To accelerate progress in reaching those being left behind because of poor health and in preventing others from falling behind, policy action is required that reaches not only the most vulnerable but also those disproportionately at risk of avoidable poor health.</p>



<p>International Organization for Migration (IOM), 2019. Migration Governance Indicators: A Global Perspective. IOM. Geneva.</p>	<p>The MGI was developed when countries around the world agreed to work towards the achievement of 17 Sustainable Development Goals (SDGs) and 169 SDG targets, including many important references to migration. The SDGs' central reference to migration is in Target 10.7, which calls upon all countries to facilitate orderly, safe, regular and responsible migration and the mobility of people, including through the implementation of planned and well-managed migration policies.</p>
<p>Comissão Europeia — Pacto Ecológico Europeu, 2019.</p>	<p>Este pacto redefine o compromisso da Comissão de enfrentar os desafios climáticos e ambientais, tarefa determinante desta geração. Trata-se de uma nova estratégia de crescimento que visa transformar a UE numa sociedade equitativa e próspera, dotada de uma economia moderna, eficiente na utilização dos recursos e competitiva, que, em 2050, tenha zero emissões líquidas de gases com efeito de estufa e em que o crescimento económico esteja dissociado da utilização dos recursos.</p>
<p>European Union — From farm to fork: the European Green Deal, 2020.</p>	<p>At the heart of the Green Deal the Biodiversity and Farm to Fork strategies point to a new and better balance of nature, food systems and biodiversity; to protect our people's health and well-being, and at the same time to increase the EU's competitiveness and resilience.</p>
<p>Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison-build J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review: The pandemic, socioeconomic and health inequalities in England. Institute of Health Equity; 2020.</p>	<p>Build Back Better has become the mantra. Important, but we need to Build Back Fairer. The levels of social, environmental and economic inequality in society are damaging health and well-being. As the UK emerges from the pandemic it would be a tragic mistake to attempt to re-establish the status quo that existed before the pandemic — a status quo marked in England, over the past decade, by stagnation of health improvement that was the second worst in Europe and widening health inequalities.</p>
<p>Clark H, Coll-Seck et al. A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. UNICEF; 2020.</p>	<p>Despite dramatic improvements in survival, nutrition, and education over recent decades, today's children face an uncertain future. Climate change, ecological degradation, migrating populations, conflict, pervasive inequalities, and predatory commercial practices threaten the health and future of children in every country. In 2015, the world's countries agreed on the Sustainable Development Goals (SDGs), yet nearly 5 years later, few countries have recorded much progress towards achieving them. This Commission presents the case for placing children, aged 0-18 years, at the centre of the SDGs: at the heart of the concept of sustainability and our shared human endeavour.</p>
<p>United Nations General Assembly — United Nations Decade of Healthy Ageing (2021-2030). Resolution adopted by the General Assembly — 44th plenary meeting 14 December 2020.</p>	<p>Decides to proclaim 2021-2030 the United Nations Decade of Healthy Ageing, within existing structures and available resources to provide a work programme with voluntary policy options and strategies for use by Governments and other stakeholders, as appropriate, and notes that this is a living document developed through an inclusive, continuous and collaborative process.</p>
<p>IPCC, 2021: Climate Change, 2021: The physical science basis. Technical Summary. The Working Group I (WGI) contribution to the Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) Sixth Assessment Report (AR6) assesses the physical science basis of climate change.</p>	<p>The Technical Summary provides a synthesis of the key findings of the Report and serves as a bridge between the Summary for Policymakers and the chapters of the full report.</p>
<p>World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization; 2021.</p>	<p>The purpose of the action plan is to provide strategic direction for all stakeholders for eliminating avoidable harm in health care and improving patient safety in different practice domains through policy actions on safety and quality of health services, as well as for implementation of recommendations at the point of care. The action plan provides a framework for countries to develop their respective national action plans on patient safety, as well to align existing strategic instruments for improving patient safety in all clinical and health-related programmes.</p>



European Commission. Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European parliament and the council. European Commission; 2021.	Europe's Beating Cancer Plan reflects a political commitment to leave no stone unturned to take action against cancer. Mobilising the collective power of the EU to drive change to the benefit of our citizens, the Cancer Plan contains concrete, ambitious actions that will support, coordinate and complement Member States' efforts to reduce the suffering caused by cancer.
Parlamento Europeu e do Conselho. — EU4Health Programme — Regulamento (UE) 2021/522. 2021 Mar.	Cria um programa de ação da União no domínio da saúde («Programa UE pela Saúde») para o período 2021-2027 e que revoga o Regulamento (UE) n.º 282/2014.
European Commission. Proposal for a council recommendation establishing a European child guarantee. European Commission; 2021.	The European Child Guarantee was approved unanimously by a Council Recommendation on 14 June 2021. The aim of the recommendation is to prevent and combat social exclusion of children in need by guaranteeing access to a set of key services, to combat child poverty and fostering equal opportunities.
World Health Organization. Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development. WHO Regional Office for Europe; 2021 Set.	Over the past year, members of the Commission have reflected on what worked and, more often, what did not work in the COVID-19 response and in previous crises. In the Call to Action that we issued in March 2021 and in this final report, we have made a series of recommendations with the aim of achieving seven key objectives to prevent a catastrophe on the same scale from happening again.
UHC2030 2021. State of commitment to universal health coverage: Synthesis 2021	UHC2030's mission is to create a movement for accelerating equitable and sustainable progress towards universal health coverage (UHC).
Conselho União Europeia. Recomendação do Conselho (UE) 2021/1004 garantia europeia para crianças. UE; 2021 Jun.	This annotated outline aims to provide more detailed information on the content and structure of the National Action Plan (NAP) in order to support Member States, in particular the Child Guarantee coordinators, in the preparation of their NAPs. It follows the scope of the Council Recommendation (EU) 2021/1004 of 14 June 2021 establishing a European Child Guarantee.
Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 — 2021.	End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 is a bold new approach to use an inequalities lens to close the gaps that are preventing progress towards ending AIDS. The Global AIDS Strategy aims to reduce these inequalities that drive the AIDS epidemic and prioritize people who are not yet accessing life-saving HIV services. The Strategy sets out evidence-based priority actions and bold targets to get every country and every community on-track to end AIDS as a public health threat by 2030.
United Nations General Assembly — 2021 — Political Declaration on HIV and AIDS: Ending Inequalities and Getting on Track to End AIDS by 2030.	United Nations Member States adopted this political declaration at the United Nations General Assembly High-Level Meeting on AIDS . If the international community reaches the targets, 3.6 million new HIV-infections and 1.7 million AIDS-related deaths will be prevented by 2030.
IPCC Sixth Assessment Report — Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability — Summary for Policymakers.	The Working Group II contribution to the IPCC Sixth Assessment Report assesses the impacts of climate change, looking at ecosystems, biodiversity, and human communities at global and regional levels. It also reviews vulnerabilities and the capacities and limits of the natural world and human societies to adapt to climate change.

ANEXO 3.2

Alguns documentos nacionais de enquadramento do PNS 2030

Estratégia Portugal 2030 — Resolução do Conselho de Ministros n.º 98/2020, de 13 de novembro.	A Estratégia Portugal 2030 constitui a referência principal de planeamento das políticas públicas de promoção do desenvolvimento económico e social do país. Está estruturada em torno de quatro agendas temáticas centrais para o desenvolvimento da economia, da sociedade e do território de Portugal no horizonte de 2030. A Estratégia Portugal 2030 destaca a resiliência do sistema de saúde como um domínio estratégico da agenda 1 «as pessoas primeiro: um melhor equilíbrio demográfico, maior inclusão, menos desigualdade».
---	---



<p>Estratégia Nacional para a Integração das Comunidades Ciganas 2013-2022 — Resolução do Conselho de Ministros n.º 154/2018, de 29 de novembro.</p>	<p>Visa a eliminação das barreiras à plena participação cidadã e inclusão social de pessoas das comunidades ciganas, assumindo como central a eliminação dos estereótipos que estão na base de discriminações diretas e indiretas em razão da origem racial e étnica.</p>
<p>Grupo de Trabalho de Educação para a Cidadania — Despacho n.º 6173/2016, publicado no <i>Diário da República</i>, 2.ª série, n.º 90, de 10 de maio de 2016. Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania.</p>	<p>A Estratégia Nacional de Educação para a Cidadania (ENEC) integra um conjunto de direitos e deveres que devem estar presentes na formação cidadã das crianças e dos jovens portugueses, para que no futuro sejam adultos e adultas com uma conduta cívica que privilegie a igualdade nas relações interpessoais, a integração da diferença, o respeito pelos Direitos Humanos e a valorização de conceitos e valores de cidadania democrática.</p>
<p>Plano ação economia circular — Resolução do Conselho de Ministros n.º 190-A/2017, de 11 de dezembro.</p>	<p>A economia circular, é um conceito estratégico que assenta na prevenção, redução, reutilização, recuperação e reciclagem de materiais e energia. Substituindo o conceito de «fim-de-vida» da economia linear por novos fluxos circulares de reutilização, restauração e renovação, num processo integrado, a economia circular é vista como um elemento-chave para promover a dissociação entre o crescimento económico e o aumento no consumo de recursos.</p>
<p>Gosseries A. <i>Desafios sobre Justiça Intergeracional</i>. Fundação Calouste Gulbenkian; 2018.</p>	<p>Todos os seres humanos — no passado, presente, ou futuro — merecem que a sua dignidade seja protegida e respeitada. Por outras palavras, o princípio de igual dignidade dos seres humanos deve aplicar-se não apenas aos homens e mulheres que vivem hoje, mas também aos que virão a existir.</p>
<p>Estratégia Nacional de Educação para o Desenvolvimento 2018-2022. Resolução do Conselho de Ministros n.º 94/2018, de 16 de julho.</p>	<p>A ENED 2018-2022 vai ainda ao encontro das responsabilidades assumidas por Portugal no quadro da União Europeia (UE). O Novo Consenso Europeu sobre o Desenvolvimento «O Nosso Mundo, a Nossa Dignidade, o Nosso Futuro», aprovado pelo Parlamento Europeu, pela Comissão Europeia, pelo Conselho e pelos Estados-Membros, em 7 de junho de 2017, prevê que a UE e os seus Estados -Membros devam apoiar as Organizações da Sociedade Civil (OSC) enquanto «promotores, executantes e agentes da mudança no âmbito da sensibilização e da Educação para o Desenvolvimento».</p>
<p>Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação 2018-2030 — Resolução do Conselho de Ministros n.º 61/2018, de 21 de maio.</p>	<p>Reconhecimento da igualdade e da não discriminação como condição para a construção de um futuro sustentável para Portugal, enquanto país que realiza efetivamente os direitos humanos e assegura plenamente a participação de todas e de todos. Neste âmbito, a Estratégia Nacional para a Igualdade e a Não Discriminação — Portugal + Igual (ENIND), alinhada temporal e substantivamente com a Agenda 2030, é apoiada em três planos de ação que definem objetivos estratégicos e específicos em matéria de não discriminação em razão do sexo e igualdade entre mulheres e homens (IMH), de prevenção e combate a todas as formas de violência contra as mulheres, violência de género e violência doméstica (VMVD), e de combate à discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género, e características sexuais (OIEC). Estes planos de ação definem, ainda, as medidas concretas a prosseguir no primeiro período de execução de quatro anos até 2021, a que se deverá seguir o processo de revisão e redefinição para o período seguinte de quatro anos, e assim sucessivamente.</p>
<p>Estratégia da Saúde na Área das Demências — Despacho n.º 5988/2018, publicado no <i>Diário da República</i>, 2.ª série, n.º 116, de 19 de junho de 2018.</p>	<p>O documento discute, na linha das propostas internacionais, os pontos principais de uma estratégia da saúde para as demências em Portugal, bem como uma ordem de prioridade para estes pontos. Pretende-se colmatar uma lacuna existente em Portugal e criar condições para que se possam desenvolver políticas públicas no âmbito da saúde, traduzidas em planos e ações coerentes, nomeadamente através de um futuro Plano da Saúde para as Demências em Portugal.</p>



<p>Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações. Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, de 20 de agosto.</p>	<p>Aprovado pela Assembleia-Geral das Nações Unidas em dezembro de 2018, o Pacto Global para as Migrações, Seguras Ordenadas e Regulares das Nações Unidas exorta os Estados signatários a desenhar Planos Nacionais adaptados à sua realidade migratória. Portugal foi o primeiro país das Nações Unidas a elaborar um Plano Nacional de Implementação do Pacto Global das Migrações (PNIPGM), o qual entrou em vigor em 21 de agosto de 2019, com a publicação da Resolução do Conselho de Ministros n.º 141/2019, de 20 de agosto.</p> <p>O PNIPGM preconiza uma abordagem holística das migrações, pelo que envolve todos os níveis da Administração Pública, bem como a Sociedade Civil. As 97 medidas do Plano Nacional implementam os 23 objetivos do Pacto, os quais, por sua vez, prosseguem os 10 princípios orientadores do Pacto Global para as Migrações, Seguras Ordenadas e Regulares das Nações Unidas.</p>
<p>Carta para a Participação Pública em Saúde — aprovada como anexo I, à Lei n.º 108/2019, de 9 de setembro.</p>	<p>A Carta para a Participação Pública em Saúde pretende fomentar a participação por parte das pessoas, com ou sem doença e seus representantes, nas decisões que afetam a saúde da população, e incentivar a tomada de decisão em saúde assente numa ampla participação pública. A Carta pretende ainda promover e consolidar a participação pública a nível político e dos diferentes órgãos e entidades do Estado, em Portugal, através do aprofundamento dos processos de participação já existentes e da criação de novos espaços e mecanismos participativos.</p>
<p>Plano Nacional Energia e Clima 2030 (PNEC 2030) — Resolução do Conselho de Ministros n.º 53/2020, de 10 de julho.</p>	<p>O PNEC inclui uma caracterização da situação existente em Portugal em matéria de Energia e Clima, abrangendo as cinco dimensões do Regulamento (UE) 2018/1999 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de dezembro de 2018: descarbonização, eficiência energética, segurança de abastecimento, mercado interno da energia e investigação, inovação e competitividade, bem como a definição dos contributos nacionais e políticas e medidas planeadas para o cumprimento dos diferentes compromissos globais da União, incluindo em termos de redução de emissões de gases com efeito de estufa, energias renováveis, eficiência energética e interligações.</p>
<p>Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo (ENIPSSA): Prevenção, Intervenção e Acompanhamento, 2017-2023 — Resolução do Conselho de Ministros n.º 107/2017, de 25 de julho, e Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2020, de 21 de janeiro.</p>	<p>2017 — A ENIPSSA 2017-2023 assenta em três objetivos estratégicos, que visam a promoção do conhecimento do fenómeno das pessoas em situação de sem-abrigo, informação, sensibilização e educação, o reforço de uma intervenção promotora da integração das pessoas em situação de sem-abrigo, bem como a sua coordenação, monitorização e avaliação.</p> <p>2020 — O gestor executivo coordena o Grupo de Implementação, Monitorização e Avaliação da Estratégia (GIMAE) e o Núcleo Executivo do GIMAE, assegura a articulação entre os diversos órgãos e estruturas da ENIPSSA 2017-2023, o acompanhamento, monitorização, agilização e prossecução dos objetivos, recursos e estratégias na implementação de medidas de política e de intervenção para as pessoas em situação de sem-abrigo, designadamente as previstas nos Planos de Ação bienais.</p>
<p>Estratégia Nacional para os Direitos da Criança (ENDC) — 2021-2024. Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, de 18 de dezembro.</p>	<p>A ENDC 2021-2024 assenta em cinco áreas estratégicas, configuradas em cinco prioridades que se desenvolvem em objetivos estratégicos:</p> <p>I — Promover o bem-estar e a igualdade de oportunidades; II — Apoiar as famílias e a parentalidade; III — Promover o acesso à informação e à participação das crianças e jovens; IV — Prevenir e combater a violência contra crianças e jovens; V — Promover a produção de instrumentos e de conhecimento científico potenciadores de uma visão global dos direitos das crianças e jovens.</p>



Agenda da juventude para a saúde 2030. Conselho Nacional de Saúde, 2021.	A saúde das crianças e jovens é, não só um direito humano como um recurso fundamental para uma sociedade mais saudável e justa — agora e no futuro. Esta Agenda centra-se nas áreas que as crianças e jovens inquiridos consideraram prioritárias para a sua saúde na próxima década.
Plano Nacional de Combate ao Racismo e à Discriminação 2021-2025 — Portugal contra o racismo — Resolução do Conselho de Ministros n.º 101/2021, de 28 de julho.	Tem como objetivo a promoção da igualdade, o combate ao racismo e à discriminação racial considerada, nos termos do artigo 1.º da Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, como «qualquer distinção, exclusão, restrição ou preferência fundada na raça, cor, ascendência ou origem nacional ou étnica que tenha como objetivo ou efeito destruir ou comprometer o reconhecimento, o gozo ou o exercício, em condições de igualdade, dos direitos humanos e das liberdades fundamentais nos domínios político, económico, social e cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública».
Recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade — Resolução da Assembleia da República n.º 195/2021, de 8 de julho.	Recomenda ao Governo medidas de prevenção, tratamento e combate à obesidade.
Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), da Direção-Geral da Saúde — Despacho n.º 9390/2021, publicado no <i>Diário da República</i> , 2.ª série, n.º 187, de 24 de setembro de 2021.	O PNSD 2021-2026 tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, e, em particular no SNS, incluindo em contextos próprios dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.
Estratégia Nacional para Inclusão das Pessoas com Deficiência 2021-2025 — 2021.	A ENIPD 2021-2025 orienta-se pelos princípios fundamentais de respeito e garantia da dignidade humana da pessoa com deficiência, da sua autonomia, independência e autodeterminação, da participação em todos os domínios da vida, da promoção da igualdade e não discriminação nas suas diversas dimensões, incluindo discriminações múltiplas e pelo respeito pela diferença e diversidade.
Estratégia Nacional de Combate à Pobreza 2021-2030. Resolução do Conselho de Ministros n.º 184/2021, de 29 de dezembro.	Instrumento de política pública, com um conjunto de ações coerentes e articuladas, que permitam reduzir de forma expressiva a incidência da pobreza. Os impactos socioeconómicos da pandemia, de magnitude ainda incerta, renovaram e reforçaram a pertinência da existência deste instrumento.
Estudo do impacto da pandemia COVID-19 na prática de atividade física e desportiva da população portuguesa durante os períodos de isolamento social 2020-2021, do Instituto Português do Desporto e Juventude, I. P. (IPDJ).	Este estudo, realizado pelo IPDJ, I. P. analisa o impacto significativo, causado pela pandemia COVID-19, na diminuição da prática de atividade física e desportiva da população portuguesa, através de indicadores de prática de atividade física e desportiva e as suas determinantes. Esta análise permite aprofundar o conhecimento sobre o impacto da pandemia e disponibilizar evidência científica que suporte o desenvolvimento de medidas ajustadas.