



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

GABINETE DO MINISTRO DA SAÚDE

Exmo. Senhor  
Dr. João Bezerra da Silva  
Chefe do Gabinete da Senhora Ministra  
Adjunta e dos Assuntos Parlamentares  
Palácio de São Bento (A.R.)  
1249-068 Lisboa

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº:	DATA
Ofício nº. 1068	07.09.2022	ENT.: 9182/2022 PROC. 9/22 040.05.03/22	08.09.2022

**Assunto: Requerimento nº 45/XV/1 de 7 de setembro de 2022 do PSD - Falta de dados sobre o aumento da Mortalidade Infantil.**

Relativamente ao assunto referenciado em epígrafe, encarrega-me o Sr. Ministro da Saúde de enviar em anexo o Relatório Preliminar da Mortalidade Infantil e suas Componentes 2020, elaborado pela Direção Geral de Saúde (DGS).

No que diz respeito aos dados conhecidos, podemos confirmar que a mortalidade infantil foi de 2,43 em 2020 e de 2,40 óbitos por mil nados-vivos, os dois melhores resultados de sempre no nosso país.

Para que os excelentes resultados obtidos possam ser mantidos, a monitorização e acompanhamento constantes nesta matéria é uma exigência à qual o Governo dará a maior prioridade.

Em todo o caso, parecem pouco avisadas abordagens baseadas numa leitura parcelar dos dados ou em séries temporais demasiado estreitas, visto que sendo os números absolutos de ocorrências relativamente baixos, é fácil gerar perceções não condizentes com a realidade.

Com os melhores cumprimentos.

A Chefe do Gabinete

Sandra Gaspar

## RELATÓRIO PRELIMINAR DA MORTALIDADE INFANTIL E SUAS COMPONENTES 2020

### ÍNDICE:

	Pág.
SUMÁRIO EXECUTIVO	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E SUAS COMPONENTES	4
3. CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDADE FETAL, NEONATAL PRECOCE E TARDIA, PÓS-NEONATAL E ABAIXO DOS 5 ANOS DE IDADE – SÉRIE DE 5 ANOS 2016-2020	7

### ANEXOS

ANEXO 1 - DEFINIÇÕES

ANEXO 2 - IMPACTO DA PANDEMIA NA VIGILÂNCIA DA SAÚDE – INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

## SUMÁRIO EXECUTIVO

Os dados sobre a mortalidade infantil e os seus componentes e sobre as causas de morte são obtidos através do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).

A mortalidade infantil é uma das melhores demonstrações da evolução qualitativa dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas em Portugal. Em 2020 e 2021, este indicador teve o registo, respetivamente, de 2,43 e de 2,40 óbitos por 1000 nados-vivos, os valores mais baixos de sempre. Estes são valores históricos, sobre os quais importa fazer uma análise detalhada, uma vez que foram registados no contexto pandémico por COVID-19. As restantes componentes da mortalidade infantil (nomeadamente as taxas de mortalidade neonatal, neonatal precoce e fetal tardia) têm, naturalmente, acompanhado a tendência de melhoria do indicador da mortalidade infantil de forma consistente, apresentando valores bastante baixos em 2020.

O que respeita à mortalidade até aos 4 anos de idade (*under five*), em 2020, não se identificaram tendências diferentes dos últimos anos, quer nos números absolutos, quer na sua distribuição por causa de morte.

## 1. INTRODUÇÃO

Neste documento, apresenta-se a evolução da mortalidade Infantil e suas componentes nas últimas décadas, bem como uma breve análise da mesma.

Apresentam-se também as causas básicas da mortalidade fetal, neonatal precoce e tardia, pós-neonatal e abaixo dos 5 anos de idade, numa série de 5 anos (2016-2020).

Os dados sobre as taxas de mortalidade infantil e os seus componentes correspondem aos dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, órgão central de produção e difusão de estatísticas oficiais.

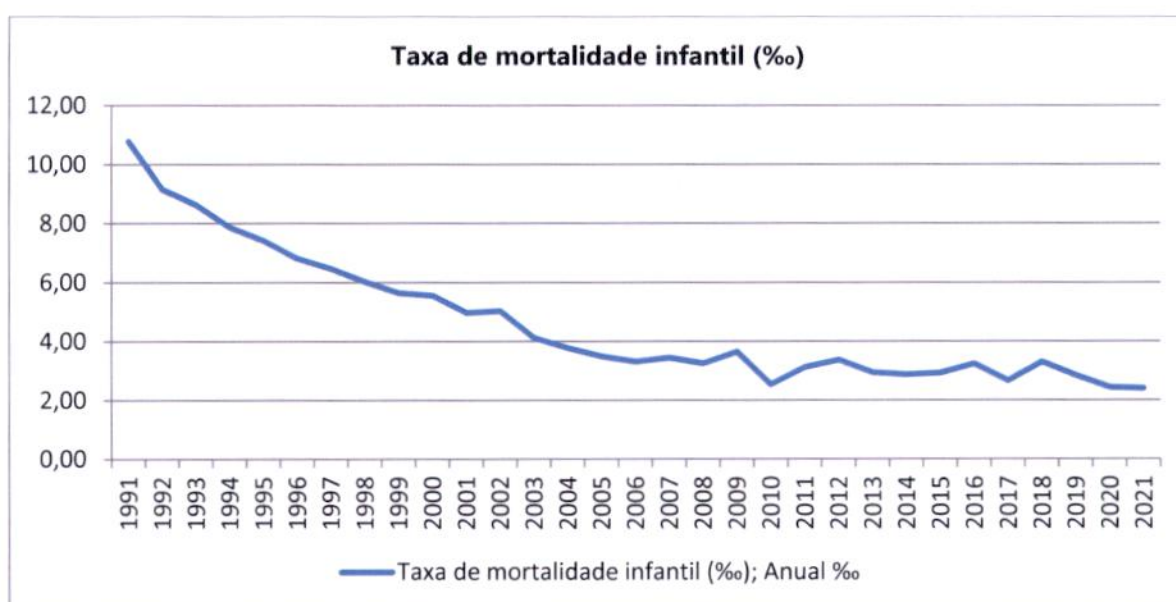
Os dados sobre as causas de morte foram obtidos através do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO).

A análise que se apresenta é resumida e preliminar.

## 2. EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E SUAS COMPONENTES

A mortalidade infantil é um indicador por excelência demonstrativo da evolução qualitativa dos cuidados de saúde e das condições socioeconómicas em Portugal. Desde 1965 que se tem verificado uma diminuição acentuada, tendo estabilizado desde 2013 nos 3 óbitos por 1.000 nados-vivos. Em 2020 e 2021, este indicador teve o registo, respetivamente, de 2,43 e de 2,40 óbitos por 1.000 nados-vivos, os valores mais baixos de sempre (Gráfico 1). Estes são valores históricos, sobre os quais importa fazer uma análise detalhada, uma vez que foram registados no contexto pandémico por COVID-19.

**Gráfico 1. Evolução da mortalidade infantil em Portugal nos últimos 30 anos (1991-2021)**



Fonte: INE, <http://www.ine.pt>, consultado a 15 de maio de 2022.

### **Evolução da mortalidade fetal tardia**

No período 1988-2017, a mortalidade fetal tardia (após 28 semanas de gestação) caracterizou-se por um decréscimo contínuo até 2004, ano em que atingiu o valor de 2,7. A partir daí observam-se pequenas oscilações, sendo que em 2020 e 2021 o valor foi de 2,2 (em ambos os anos) (Gráfico 2).

A taxa de mortalidade neonatal, número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos, tem-se mantido, consistentemente, abaixo de 3 desde 2003, sendo que em 2020 e 2021 foi de 1,70 em ambos os anos (Gráfico 3).

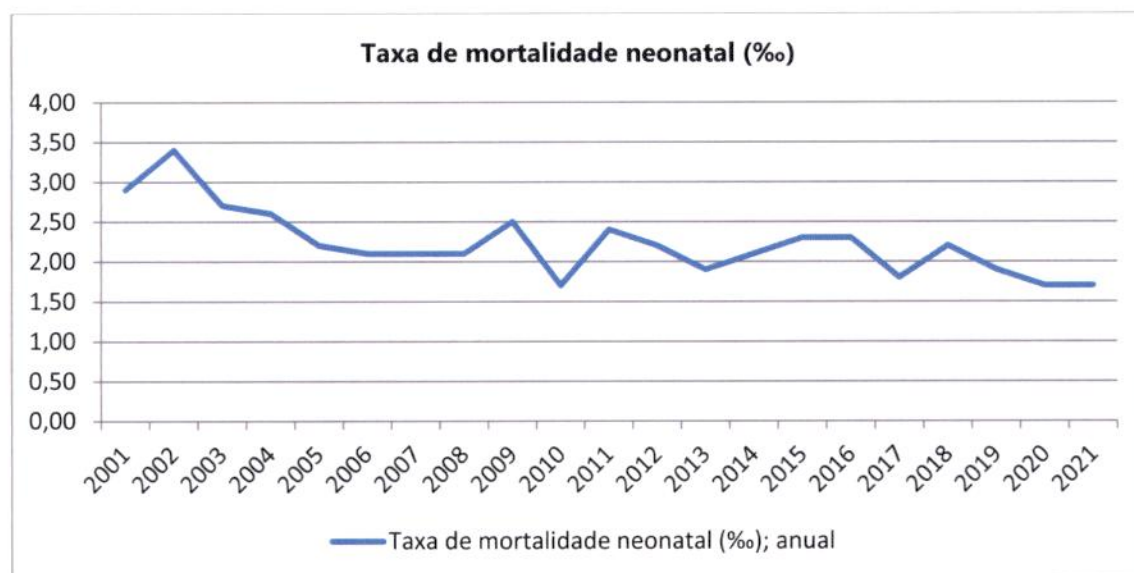
SAÚDE

**Gráfico 2 – Evolução da taxa de mortalidade fetal tardia (%) nos últimos 20 anos (2001-2021)**



Fonte: INE, <http://www.ine.pt>, consultado a 15 de maio de 2022.

**Gráfico 3 – Evolução da taxa de mortalidade neonatal (%) nos últimos 20 anos (2001-2021)**

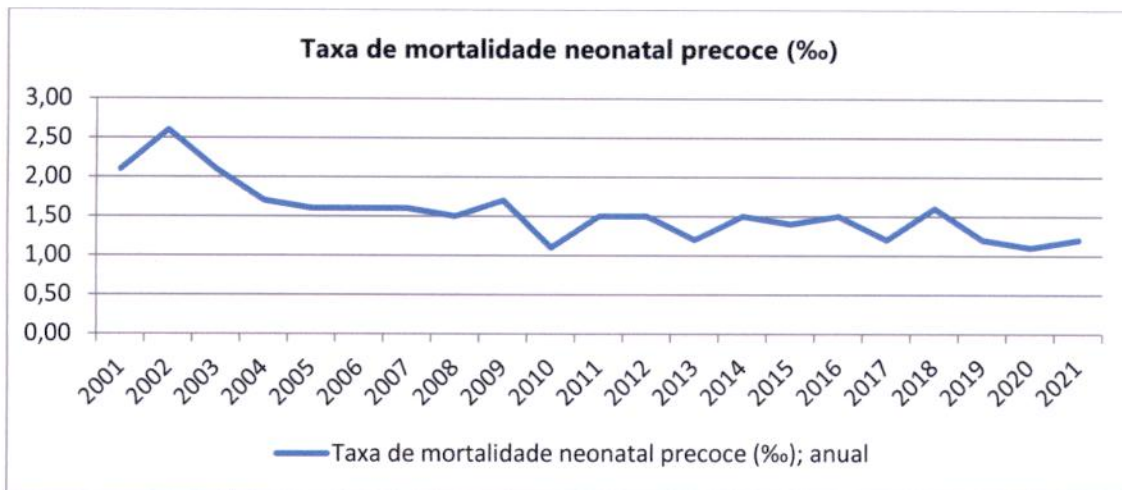


Fonte: INE, <http://www.ine.pt>, consultado a 15 de maio de 2022.

A taxa de mortalidade neonatal precoce, número de óbitos de crianças com menos de 7 dias de idade por 1000 nados vivos, tem-se mantido, consistentemente, abaixo de 2 (com pequenas variações) desde 2004, sendo que em 2020 e 2021 foi de 1,10 e 1,20 respetivamente (Gráfico 4).

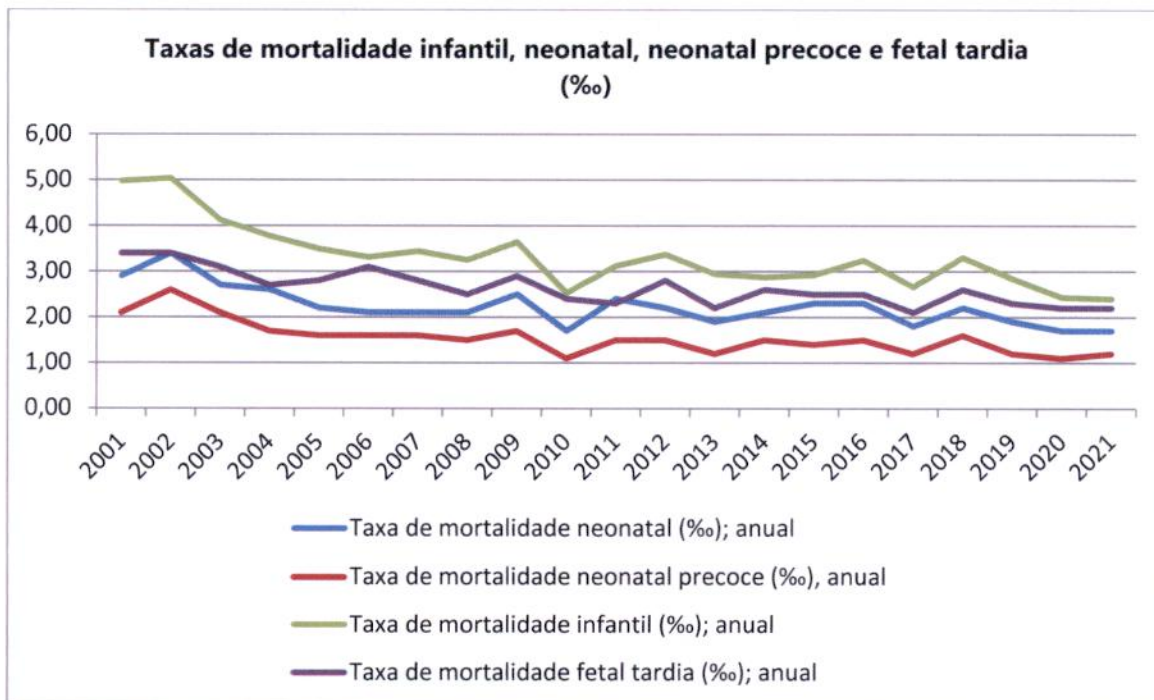
SAÚDE

Gráfico 4 – Evolução da taxa de mortalidade neonatal precoce (%) nos últimos 20 anos (2001-2021)



Fonte: INE, <http://www.ine.pt>, consultado a 15 de maio de 2022.

Gráfico 5 - Evolução das taxas de mortalidade infantil, neonatal, neonatal precoce e fetal tardia (%) nos últimos 20 anos (2001 – 2021)



Fonte: INE, <http://www.ine.pt>, consultado a 15 de maio de 2022.

### 3. CAUSAS BÁSICAS DE MORTALIDADE FETAL, NEONATAL PRECOCE E TARDIA, PÓS-NEONATAL E ABAIXO DOS 5 ANOS DE IDADE – SÉRIE DE 5 ANOS 2016-2020

A análise da informação da causa básica de morte, registada no Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), foi efetuada de acordo com os Capítulos da Classificação Internacional de Doenças - 10ª versão (CID 10).

A componente da mortalidade fetal (maioritariamente, fetos com idade gestacional superior a 24 semanas), em 2020 apresenta 306 óbitos anuais registados (sem diferença significativa entre os anos em análise). Predominam, nesta componente as causas de morte do capítulo das Afeções Originadas no Período Perinatal (capítulo XVI da CID-10) e o das Anomalias Congénitas (capítulo XVII da CID-10) este numa dimensão de cerca de 7 vezes inferior (Tabela 1).

As componentes da mortalidade neonatal, em conjunto, têm tido, ao longo dos anos, uma dimensão absoluta abaixo dos 200 óbitos anuais por ano. O ano de 2020 regista o número mais baixo nesta componente comparativamente com os anos do período em análise, tendo sido registados 142 óbitos em crianças que, tendo nascido vivas, não completam o 28.º dia. Nestas componentes, predominam também as causas de morte do capítulo das Afeções Originadas no Período Perinatal<sup>1</sup> (Capítulo XVI) seguido do capítulo das Anomalias Congénitas (Capítulo XVII).

A componente da mortalidade pós-neonatal (dos 28 aos 365 dias de vida) apresenta uma dimensão abaixo dos 100 óbitos anuais. A predominância das causas básicas de morte denota ainda um papel relevante das Afeções Originadas no Período Perinatal (capítulo XVI) e das Anomalias Congénitas (capítulo XVII), invertendo-se aqui a posição entre ambas, sendo mais relevante o capítulo das Anomalias Congénitas.

Na componente da **mortalidade dos 1 a 4 anos de idade**, o número absoluto de óbitos por ano no período em análise, manteve-se abaixo dos 70 óbitos por ano. Nesta faixa etária, os capítulos das causas básicas de morte mais relevantes são as Anomalias Congénitas (capítulo XVII), as Lesões e Envenenamentos (capítulo XIX) e as Neoplasias (capítulo II). Os óbitos por lesões e envenenamentos merecem reflexão adicional, por se considerar que estão associadas a eventos que poderão ser prevenidos e portanto poderão ser mortes evitáveis quase na sua totalidade.

---

<sup>1</sup> Feto e recém-nascidos afetados por factores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto; Transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal; Traumatismo de parto; Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal; Infecções específicas do período perinatal; Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido; Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido; Transtornos do aparelho digestivo do feto ou do recém-nascido; Afeções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido; Outros transtornos originados no período perinatal.



**Tabela 1 – Evolução das causas de mortalidade fetal, neonatal precoce e tardia, pós-neonatal e abaixo dos 5 anos de idade 2016 – 2020**

Capítulo CID-10	Componente de Mortalidade																										
	Fetal					Neonatal precoce					Neonatal tardia					Pós-neonatal					1 - 4 anos						
	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020	2016	2017	2018	2019	2020		
I. Doenças infecciosas e parasitárias			1								1			3		3	2		6	5	1	2	5		2	3	2
II. Neoplasias					1	1		1			1			1		7	2		2	1	1	10	12		14	12	11
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários				1		1									1				1	1	1	1			1	2	
IV. Doenças das glândulas endócrinas, da nutrição e do metabolismo							1			1	2	1			4	4	2		2	1	1	2	3		7	4	4
VI. Doenças do sistema nervoso						1					2			3		7	8		6	4	4	7	4		9	6	5
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide																	1								1		
IX. Doenças do aparelho circulatório									1							2	5			6	2	3	2		1	3	2
X. Doenças do aparelho respiratório													1			6	3		9	7	8	7			6	5	6
XI. Doenças do aparelho Digestivo																1	2		1	2	1	1				1	
XIV. Doenças do aparelho genitourinário					1																		2				
XVI. Algumas afeções originadas no período perinatal	271	255	287	276	263	109	83	114	80	77	50	38	37	38	28	20	13		21	24	10				4		
XVII. Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas	35	30	42	38	38	22	18	27	23	20	12	14	10	17	8	26	23		34	23	25	8	9		11	17	8
XVIII. Sintomas, sinais e afeções mal definidas					2			1	1				1		2	2	7		11	11	5	1	2		4	1	
IX. Lesões e envenenamentos								2			1					1	8		3	4	4	11	13		6	10	15
XXII. COVID-19?					1										1						1						
Não classificado			1	8																							
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>285</b>	<b>331</b>	<b>323</b>	<b>306</b>	<b>133</b>	<b>103</b>	<b>145</b>	<b>105</b>	<b>98</b>	<b>68</b>	<b>54</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>44</b>	<b>79</b>	<b>76</b>		<b>96</b>	<b>89</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>53</b>		<b>66</b>	<b>64</b>	<b>53</b>

Fonte: Sistema de Informação dos Certificados de Óbito. DGS, 2022

## ANEXO 1 – DEFINIÇÕES

**Mortalidade infantil** – refere-se à ocorrência de óbitos de crianças que, tendo nascido vivas, não completam o primeiro ano de vida.

**Taxa de mortalidade infantil** – corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade por cada mil nascimentos vivos num determinado período de tempo, normalmente um ano civil, e numa dada área geográfica. Traduz o risco de morte das crianças durante o primeiro ano de vida.

**Mortalidade pós-neonatal** – refere-se à ocorrência de óbitos em crianças com mais de 28 dias de idade que não completam o primeiro ano de vida.

**Taxa de mortalidade pós-neonatal** – corresponde ao número de óbitos de crianças com mais de 28 dias de idade e menos de um ano de idade por cada mil nascimentos vivos num determinado período de tempo e numa dada área geográfica.

**Mortalidade neonatal** – refere-se à ocorrência de óbitos em crianças que, tendo nascido vivas, não completam o 28.º dia. Pode ainda distinguir-se o período neonatal precoce (óbitos que se referem a crianças com menos de 7 dias) do período neonatal tardio (óbitos que se referem a crianças com mais de 7 e menos de 28 dias).

**Taxa de mortalidade neonatal** – corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 28 dias de idade por 1000 nados vivos).

**Taxa de mortalidade neonatal Precoce** - Número de óbitos de crianças com menos de 7 dias de idade observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido ao número de nados vivos do mesmo período (habitualmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de 7 dias de idade por 1000 nados vivos)

**Mortalidade fetal tardia** – refere-se à ocorrência de óbitos in útero em fetos com 28 ou mais semanas de gestação num determinado período de tempo e numa dada área geográfica.

**Taxa de mortalidade fetal tardia** – corresponde ao número de óbitos in útero em fetos com 28 ou mais semanas de gestação por cada mil nascimentos vivos num determinado período de tempo e numa dada área geográfica.

**Mortalidade abaixo dos cinco anos (*under five*)** – refere-se à ocorrência de óbitos de crianças que, tendo nascido vivas, não completam o quinto ano de vida.

**Taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos (*under five*)** – corresponde ao número de óbitos de crianças com menos de cinco anos de idade por cada mil crianças com menos de cinco anos de idade num determinado período de tempo e numa dada área geográfica.

## ANEXO 2. IMPACTO DA PANDEMIA NA VIGILÂNCIA DA SAÚDE – INDICADORES DE CONTRATUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A DGS perante a implementação de medidas excecionais pelas instituições de saúde, no sentido de adiar os serviços não urgentes (com o objetivo de conter a Pandemia de COVID-19), publicou a Informação nº 008/2020 de 26/03/2020 priorizando a realização do rastreio ao recém-nascido previsto no Programa Nacional do Rastreio Neonatal (PNRN) (“teste do pezinho”), as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (PNSIJ) e o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV)<sup>2</sup>, para que estes cuidados de saúde não fossem adiados.

O contexto pandémico parece ter tido um impacto ligeiro sobre alguns indicadores da vigilância de saúde infantil e juvenil. No entanto, é importante referir que os dados apenas têm por base os cidadãos com inscrição ativa<sup>3</sup> e não os residentes em Portugal, o que deve ser merecedor de reflexão, com implementação de medidas de melhoria no acesso aos dados.

A “franja” vulnerável da população, nomeadamente os migrantes/pessoa em situação irregular, têm frequentemente inscrições esporádicas não sendo contabilizados no denominador do indicador, pelo que não puderam ser contemplados na análise.

Segundo os dados obtidos através dos indicadores de monitorização do PNSIJ, apesar de discreta diminuição em alguns indicadores nacionais, não se verificou, no global, uma disrupção abrupta na proporção de crianças em qua a vigilância de saúde é feita no SNS, nos Cuidados de Saúde Primários. No entanto, manteve-se a tendência mantida de assimetria de resultados entre ARSs, com uma variação importante entre as ARSs Norte e Centro e as restantes, em que se verifica que o peso da variação (ou não variação abruptas) se mantém à custa da ARS Norte seguida da ARS Centro.

Abaixo, apresentam-se os dados dos indicadores de contratualização associados ao PNSIJ, nos cuidados de saúde primários, por ARS, nomeadamente: proporção de recém-nascidos (RN)

---

<sup>2</sup> Informação nº 008/2020 de 26/03/2020

<sup>3</sup> O conceito de [inscrição ativa] não inclui “utentes esporádicos” (código de SINUS 3), nem “utentes não frequentadores” (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição. (ACSS - Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização CSP para o ano 2017, p.25 e 26).

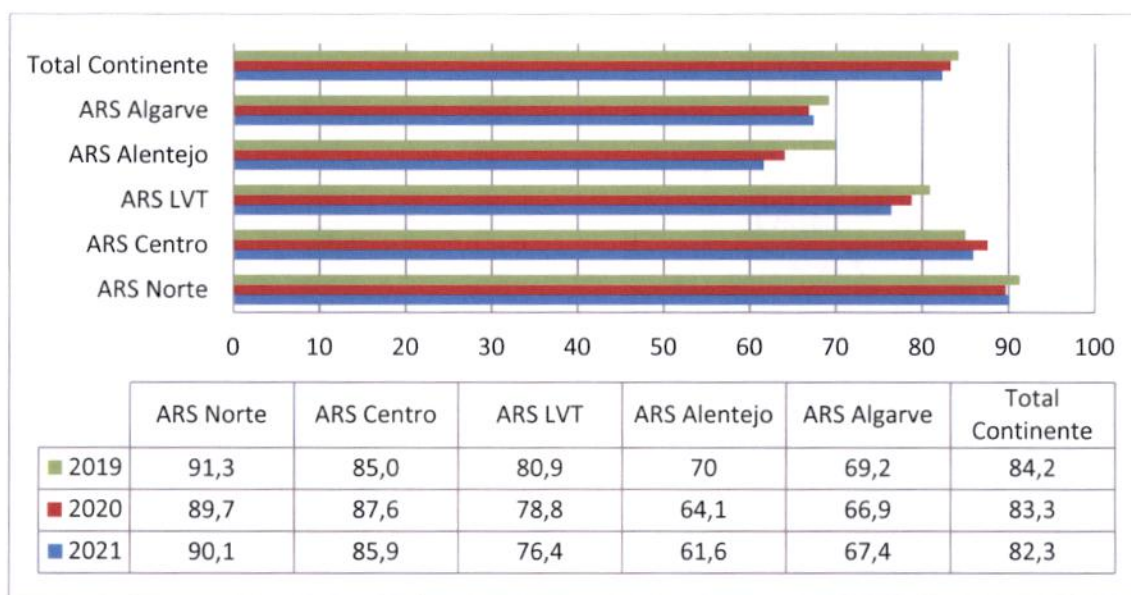
SAÚDE

com rastreio neonatal realizado até ao 6º dia; proporção de RN com consulta domiciliária de enfermagem até ao 15º dia de vida; proporção RN com consulta médica de vigilância até aos 28 dias vida; proporção de crianças com 1 ano, com acompanhamento adequado; proporção crianças com 2 anos, com acompanhamento adequado; proporção de crianças aos entre os 5 e os 7 anos ([5; 7[ anos), com peso e altura avaliados.

Os dados apenas têm por base os cidadãos com inscrição ativa<sup>4</sup>, e não todos os residentes em Portugal, o que deve ser merecedor de reflexão, com implementação de medidas de melhoria no acesso aos dados.

A “franja” vulnerável da população, nomeadamente os migrantes/pessoa em situação irregular, têm frequentemente inscrições esporádicas não sendo contabilizados no denominador do indicador, pelo que não puderam ser contemplados na análise.

**Gráfico 6. Proporção de RN com rastreio neonatal realizado até ao 6º dia – variação dos resultados entre 2019 e 2021**



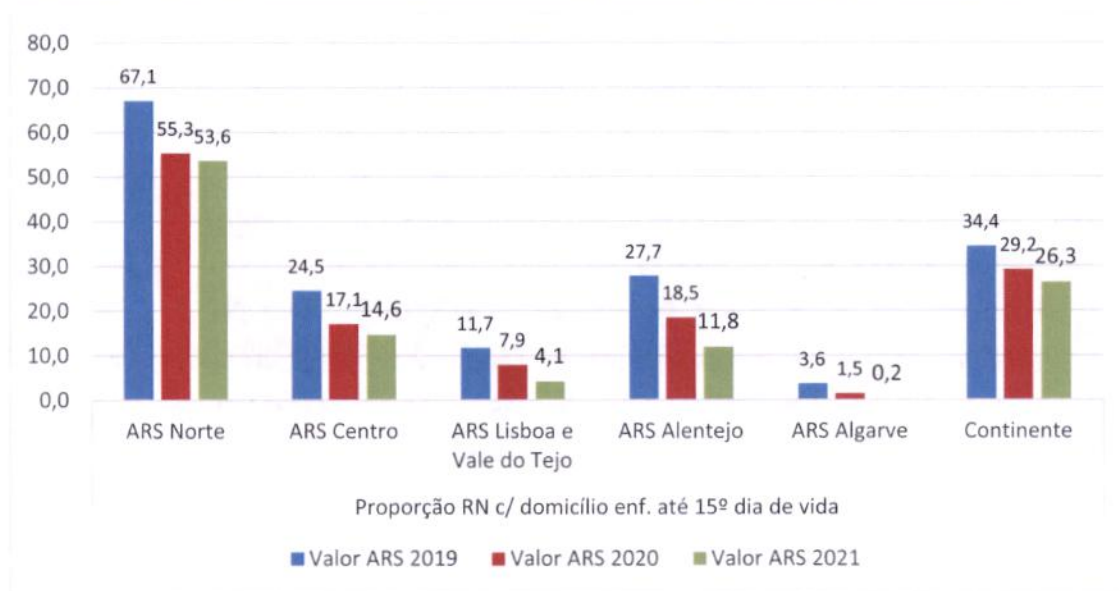
Entre 2019 e 2021, os resultados do indicador, proporção de RN com rastreio neonatal realizado até ao 6º dia, apresentam uma diminuição global (Portugal Continental) de 1,9%. A diminuição verificou-se transversalmente ao nível das ARS, com exceção da ARS Centro, onde se verificou alguma oscilação do indicador.

Verifica-se uma tendência mantida de assimetria de resultados entre ARSs, com uma variação importante entre as ARSs Norte e Centro e as restantes.

<sup>4</sup> O conceito de [inscrição ativa] não inclui "utentes esporádicos" (código de SINUS 3), nem "utentes não frequentadores" (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição. (ACSS - Bilhete de Identidade dos Indicadores de Contratualização CSP para o ano 2017, p.25 e 26).

A diminuição dos resultados do indicador pode enquadrar-se na necessária reorganização dos serviços durante a pandemia por COVID-19. Podendo também ter como justificação a dificuldade em monitorizar as intervenções de saúde realizadas a todos os recém-nascidos após a saída da maternidade, uma vez que a maioria saía sem registo por fecho dos Balcões do Nascer Cidadão. A atribuição de número de utente até ao momento da alta do RN da maternidade no SNS, a todos os recém-nascidos (mesmo sem número de identificação civil e independentemente da situação dos pais (regular ou irregular)) está neste momento a em fase adiantada dos trabalhos conjuntos entre a DGS, a ACSS e os SPMS.

**Gráfico 7. Proporção RN consulta domiciliária de enfermagem até ao 15º dia de vida**

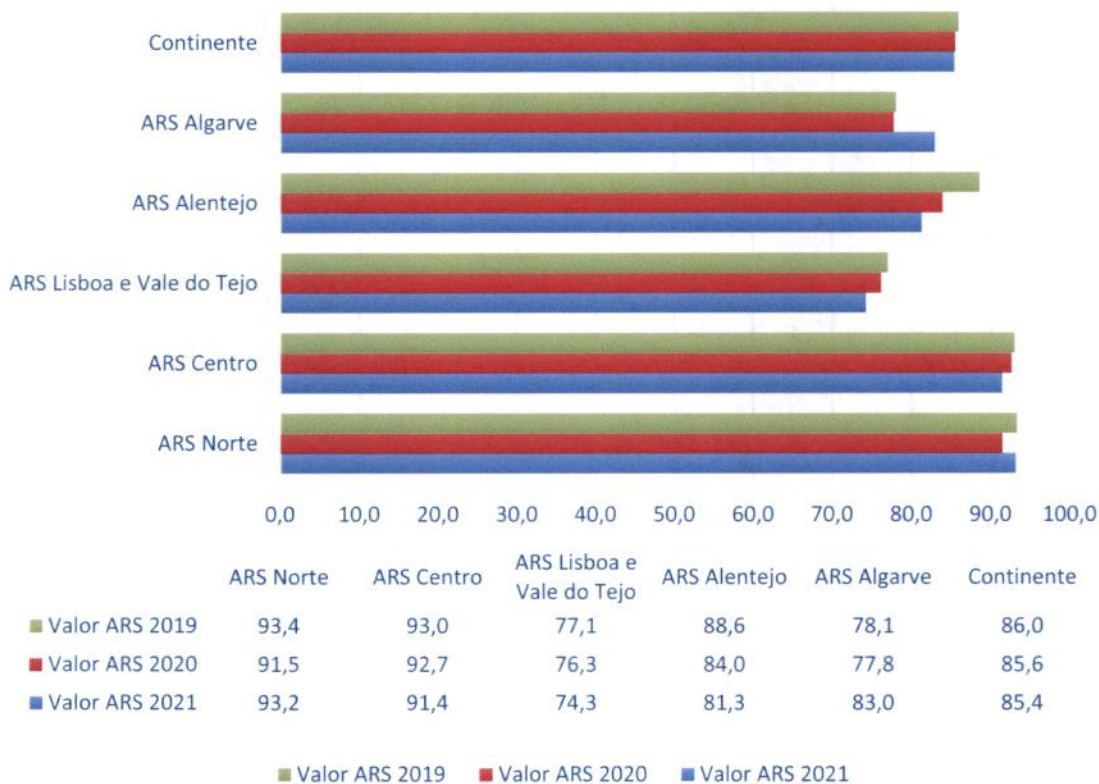


Entre 2019 e 2021, os resultados do indicador, proporção de RN com consulta domiciliária de enfermagem até ao 15º dia de vida apresentam uma diminuição global (Portugal Continental) de 8,1%. A diminuição verificou-se transversalmente ao nível das ARS,

Verifica-se uma tendência mantida de assimetria de resultados entre ARSs, com uma variação importante entre as ARSs Norte, Centro, Alentejo e as restantes.

A diminuição dos resultados do indicador pode enquadrar-se na necessária reorganização dos serviços de saúde durante a pandemia por COVID-19, nomeadamente com a alocação de profissionais de enfermagem a atividades emergentes com a pandemia

Gráfico 8. Proporção de RN com consulta médica de vigilância até aos 28 dias vida – variação dos resultados entre 2019 e 2021

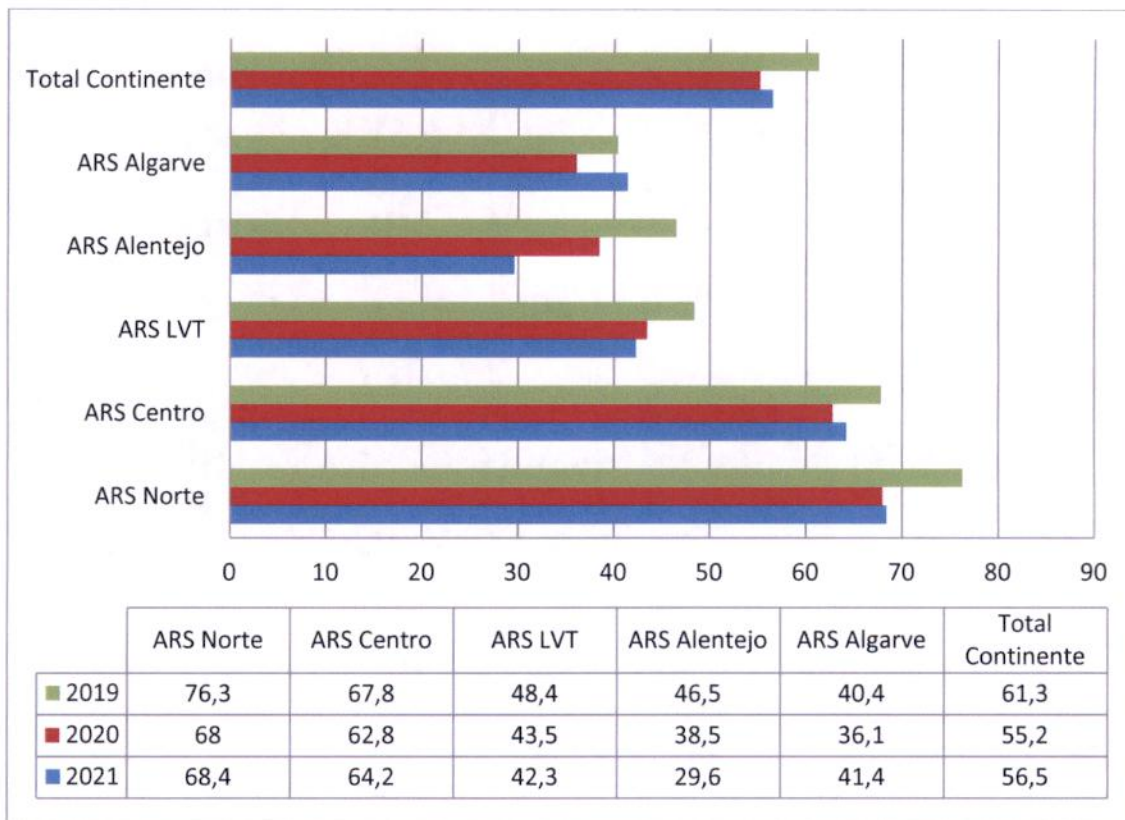


Entre 2019 e 2021, mantém-se alguma assimetria entre as 5 ARS, nomeadamente entre as ARS Norte e Centro (que mantêm valores do indicador acima dos 90%) e restantes ARS. Na globalidade, a variação do indicador em Portugal Continental sofreu uma variação decrescente de 0,6% entre 2019 e 2021 não sendo simétrica entre ARSs. O peso desta variação é traduzido principalmente pelo decréscimo do indicador verificado na ARS LVT e na ARS Alentejo.

Os resultados detalhados do indicador encontram-se traduzidos na tabela abaixo.

O numerador é definido pela contagem de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância nos primeiros 28 dias de vida. O denominador é definido pela contagem de recém-nascidos que completam 30 dias de vida durante o período em análise, com inscrição ativa na unidade de saúde, durante pelo menos um dia do período compreendido entre o nascimento e os 28 dias de vida.

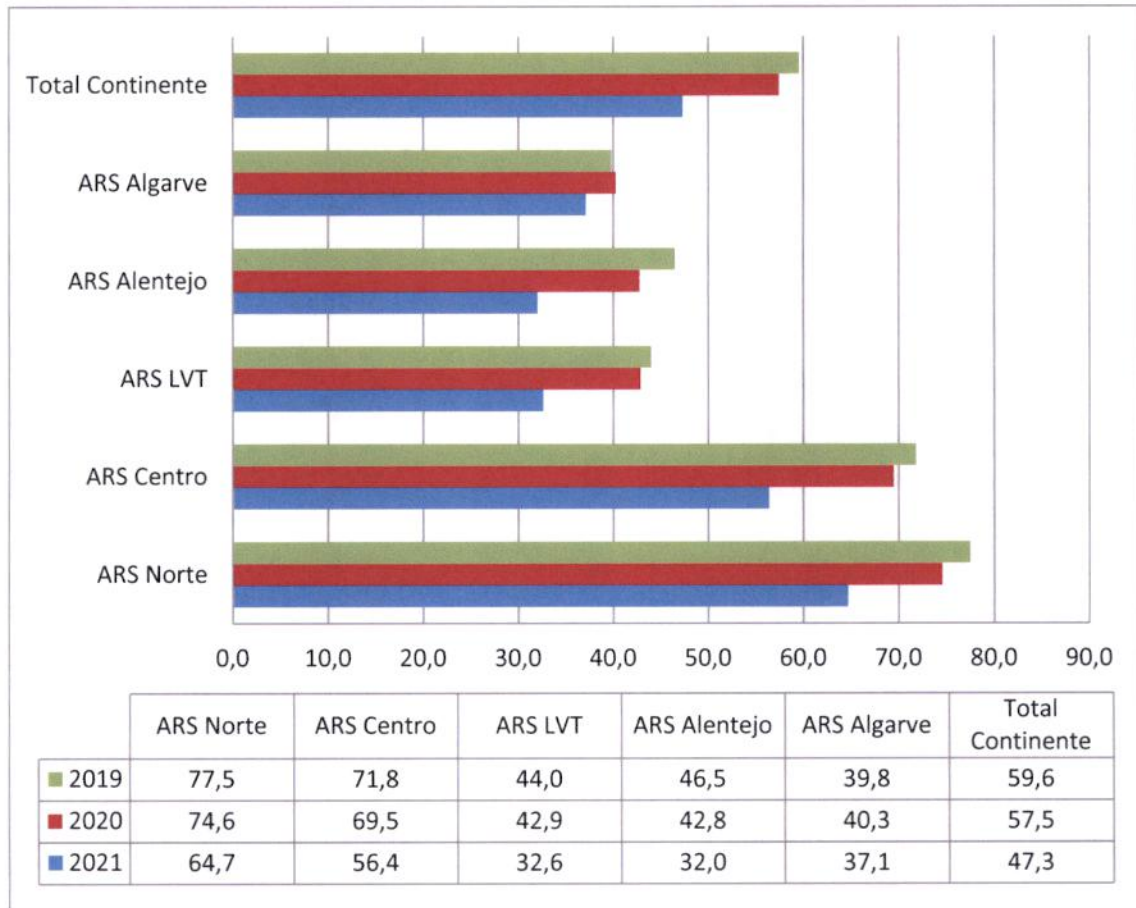
Gráfico 9. Proporção de crianças com 1 ano, com acompanhamento adequado



Entre 2019 e 2021, mantém-se alguma assimetria entre as 5 ARS, nomeadamente entre as ARS Norte e Centro (que mantêm valores do indicador acima dos 60%) e restantes ARS. Na globalidade, a variação do indicador em Portugal Continental sofreu uma variação decrescente de 4,8% entre 2019 e 2021 não sendo simétrica entre ARSs. O peso desta variação é traduzido principalmente pelo decréscimo do indicador verificado na ARS Norte, ARSLVT e na ARS Alentejo.

Os resultados detalhados do indicador encontram-se traduzidos na tabela acima, de notar que na ARS Algarve só temos dados sobre vigilância de saúde adequada de menos de 40% das crianças no primeiro ano de vida e nas restantes ARS esse valor é também preocupante e será de cerca 40% das crianças até 1 ano de idade. No entanto, as ARSs Norte e Centro ainda mantêm valores do indicador acima da média nacional.

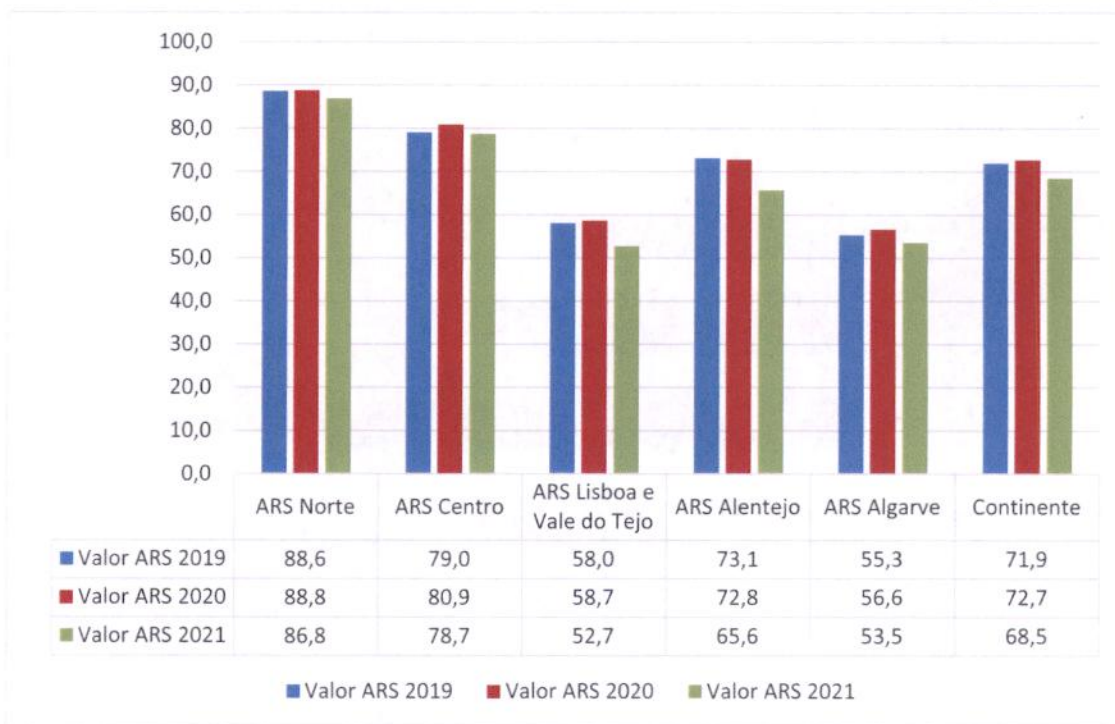
Gráfico 10. Proporção de crianças com 2 ano, com acompanhamento adequado



Entre 2019 e 2021, mantém-se alguma assimetria entre as 5 ARS, nomeadamente entre as ARS Norte e Centro (que mantêm valores do indicador acima dos 50%) e restantes ARS. Na globalidade, a variação do indicador em Portugal Continental sofreu uma variação decrescente de 12,3% entre 2019 e 2021 não sendo simétrica entre ARSs. O peso desta variação é traduzido principalmente pelo decréscimo do indicador verificado na ARS Norte, Centro, LVT e na ARS Alentejo. No entanto, as ARSs Norte e Centro ainda mantêm valores do indicador acima da média nacional.



Gráfico 11. Proporção de crianças aos entre os 5 e os 7 anos ([5; 7[ anos), com peso e altura avaliados



A proporção de crianças que entre 2019 e 2021 apresentavam peso e altura registados, entre os 5 e os 7 anos de idade, decresceu em todas as ARS, traduzindo-se numa variação de 3,4% a nível nacional, sendo a média de 71%. As ARS Norte e Centro e a ARS Alentejo mantiveram valores muito próximos desta média. As ARS Norte e Centro continuaram com valores acima da média nacional.