

# Estratégias para a Saúde

## IV. Objectivos para o Sistema de Saúde

### 2) Promover um Contexto Favorável à Saúde, ao Longo do Ciclo de Vida

(Versão Discussão)



Plano Nacional de Saúde  
2011-2016



Alto Comissariado  
da Saúde



Ministério da Saúde



## ESTRATÉGIAS PARA A SAÚDE

### IV.2) OBJECTIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE – PROMOVER UM CONTEXTO FAVORÁVEL À SAÚDE, AO LONGO DO CICLO DE VIDA

INTRODUÇÃO.....	2
ENQUADRAMENTO .....	12
ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA.....	23

*“Saúde e bem-estar resultam de acções e oportunidades que os promovem e que previnem a doença e as complicações, ao longo do ciclo da vida, nos contextos em que esta decorre.”*

## INTRODUÇÃO

### RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE

O Sistema de Saúde (SdS) assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto.

A saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adopção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de saúde que se acumulam ao longo da vida.

#### PROMOÇÃO DE CONTEXTOS SAUDÁVEIS

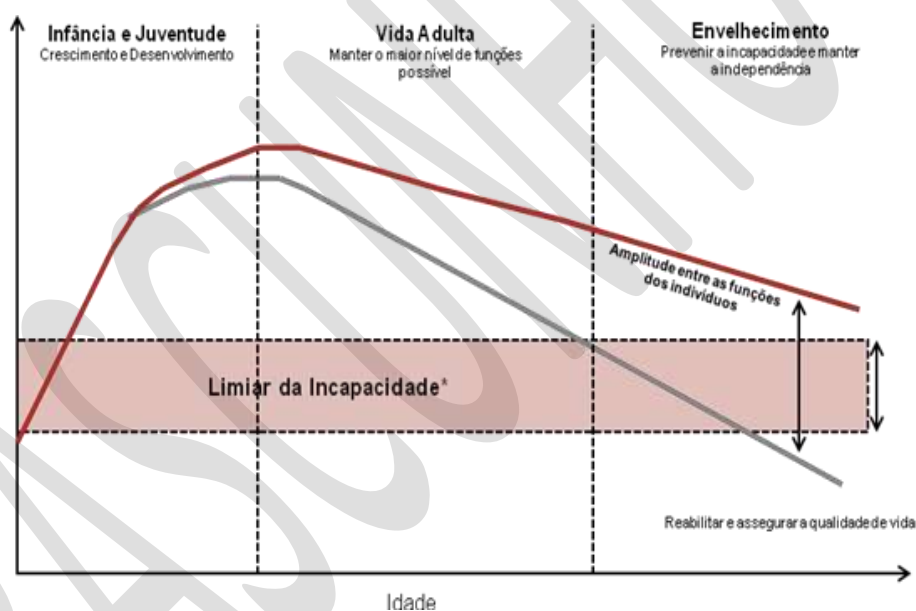
- Necessidades e potencialidades individuais identificadas ao longo do ciclo de vida;
- Responsabilidade pela promoção da saúde;
- Cultura salutogénica multidisciplinar;

### NECESSIDADES E POTENCIALIDADES AO LONGO DO CICLO DE VIDA

O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente importantes - **PERÍODOS CRÍTICOS** (Health promoting Health Systems. WHO, 2009) que, pela forma como decorrem, influenciam directamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - **JANELAS DE OPORTUNIDADE** - é promotora e protectora da saúde e tem elevada relevância a longo prazo. (Social determinants of health and the role of evaluation. WHO, 2010).

A perspectiva **de abordagem ao longo do ciclo de vida:**

- *Salienta a oportunidade de intervenção precoce nos factores de risco, essencial para a prevenção da doença crónica e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais.*
- *Retorna ganhos em saúde e em sustentabilidade, ao reforçar uma cadeia de potenciação dos efeitos positivos ou atenuação dos efeitos negativos de factores de risco e determinantes. Perdas cumulativas de saúde determinam o aparecimento precoce de incapacidade e de doença crónica e degenerativa (Figura) (Active Ageing: A Policy Framework WHO, 2002). O SdS e os contextos saudáveis são factores protectores e estratégia fundamental para que o crescimento da população idosa não seja proporcional ao aumento da doença crónica (Fries JF et al, 1980).*



**A abordagem pelo ciclo de vida permite:**

- *Promover uma organização e intervenção integrada e continuada que inclui cuidados primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os factores protectores, de risco e outros, assim como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar e nascimento até à morte.*
- *Orientar a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção, em períodos críticos e janelas de oportunidade, ao longo da vida (Women, Ageing and Health: A Framework for Action, WHO 2007), integradoras de contextos e do contributo de outras profissões, garantindo a melhor implementação e monitorização contínua de cuidados.*
- *Reforçar a responsabilidade da sociedade para a especificidade dos períodos críticos e*

*das janelas de oportunidade do cidadão saudável e, também, do doente agudo, crónico e em reabilitação (Health-promoting Health Systems, WHO 2009).*

## ETAPAS DO CICLO DE VIDA

Consideram-se etapas do Ciclo da Vida, as definidas no PNS 2004-2010, conforme Quadro. Aborda-se também a situação da morte, em Morrer com Dignidade.

## NASCER COM SAÚDE

NASCER COM SAÚDE, engloba a saúde da grávida desde a concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida.

*A gravidez na adolescência (< 20 anos ) ou tardia (> 35 anos), está relacionada com nascimentos pré-termo, má progressão ponderal e mortalidade perinatal. Os nascimentos em jovens associam-se a factores sociais e cuidados de saúde não adequados. As mães mais velhas têm maior prevalência de complicações durante a gravidez como hipertensão e diabetes e os fetos, maior frequência de anomalias congénitas.*

*As anomalias e os nascimentos pré-termo são as principais causas de morte perinatal na UE. O baixo peso à nascença mantém-se como um dos mais importantes factores de risco com impacto na saúde a longo termo (EUGLOREH, 2007).*

Há evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i)Planeamento e acompanhamento da gravidez; ii) Preparação para a parentalidade; iii) Estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); iv) Preparação para o parto; v) Amamentação; vi) Imunização.

Desenvolve-se no contexto laboral da grávida e no contexto familiar.

## CRESCER COM SEGURANÇA

**CRESCER COM SEGURANÇA**, dos 28 dias de vida aos 10 anos, respeita vários períodos críticos: primeiro ano de vida; idade pré-escolar, até aos 6 anos; idade escolar, dos 6 aos 10 anos.

*A morbidade e mortalidade nas crianças e jovens é prevenível através de ambiente adequado, habitação segura, nutrição, água potável e estilos de vida saudáveis, bem como serviços acessíveis. Existem sinais de alerta que prevêm o reaparecimento de infecções como a tuberculose; o aumento de doenças não transmissíveis, como a asma e as alergias; e uma nova morbidade devido ao abuso de substâncias ilícitas,*

ETAPAS DO CICLO DE VIDA
○ <b>Nascer com Saúde</b> , gravidez e período neonatal;
○ <b>Crescer com Segurança</b> , pós-neonatal até 9 anos;
○ <b>Juventude à procura de um Futuro saudável</b> , dos 10 aos 24 anos;
○ <b>Uma Vida Adulta Produtiva</b> , dos 25 aos 64 anos;
○ <b>Um Envelhecimento Activo</b> , acima dos 65 anos.

*lesões e distúrbios mentais. Também o aumento das desigualdades socioeconómicas provoca efeitos adversos na saúde das crianças (OMS/Europa, website, 2011).*

*A morte perinatal é a principal causa da mortalidade infantil e decorre da prematuridade e das malformações congénitas. Os acidentes são a causa de morte mais frequente entre 1 e 14 anos de idade (EUGLOREH, 2007), nomeadamente os rodoviários (39%) e afogamento (14%) (Eur Report on Child Injury Prevention, OMS/Euro, 2008).*

Há evidência de benefício para a saúde, a longo prazo, através de intervenções a nível de: i) Promoção das relações parentais; ii) Estilos de vida saudáveis; iii) Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; iv) Diagnóstico e intervenção precoce; v) Serviços de saúde adequados à criança.

Desenvolve-se no contexto familiar, nas creches e escolas, nos locais de lazer e desporto, nas comunidades e nas instituições de acolhimento.

A prática de estilos de vida saudáveis contribui para uma melhor saúde ao longo da vida e, a infância e adolescência, são períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis.

#### JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

**JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL**, dos 10 aos 24 anos, engloba a adolescência, desde a puberdade até aos 20 anos e a juventude, dos 15 aos 24 anos. *Período de grandes mudanças físicas e psicológicas, a nível da interação social e das relações. O suicídio, a violência e os acidentes rodoviários são causa de morte nesta idade. Outros têm de conviver com doenças crónicas ou infecciosas. O aumento das situações crónicas nos adolescentes é uma sobrecarga social e do sistema de saúde, nas próximas décadas (OMS/Europa website, 2010).*

*Na UE, cerca de 9.000 crianças e jovens até aos 19 anos morrem anualmente em acidentes rodoviários e outros 335.000 sofrem lesões. A maior proporção verifica-se entre os adolescentes dos 15 aos 19 anos de idade (EUGLOREH, 2007).*

*O número de crianças com excesso de peso e obesidade varia entre 5 e 25% na UE (EUGLOREH, 2007), dos 11 aos 13 anos de idade, factor de risco de doença crónica associado a mortalidade prematura. Tem aumentado o consumo de alcoolem idades mais jovens.*

Há evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Promoção das relações parentais; ii) Estilos de vida saudáveis; iii) Prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência; iv) Apoio à saúde mental; v) Relações

saudáveis e planeamento familiar; vi) Serviços de saúde adequados ao adolescente.

Desenvolve-se no contexto familiar; escolas e universidades; inserção no trabalho; comunidades; locais de lazer e desporto; instituições de acolhimento.

## UMA VIDA ADULTA PRODUTIVA

Uma **VIDA ADULTA PRODUTIVA** respeita o período dos 25 anos aos 64 anos.

*Na União Europeia, as principais causas de morte: doenças cardiovasculares, cancro, acidentes e envenenamento. A depressão, ansiedade e factores relacionados com o stress são as principais causas de morbilidade a longo prazo. Cerca de 15 a 20% dos adultos da União Europeia, já sofreu de algum problema de saúde mental (EUGLOREH, 2007).*

*O excesso de peso e a obesidade são causa de maior risco de hipertensão, hiperlipidemia e diabetes, devido à relação entre a obesidade abdominal e as síndromes metabólicas (EUGLOREH, 2007).*

*O cancro constitui a segunda principal causa de morte e morbilidade, depois das doenças cardiovasculares (OMS/Europa website, 2010).*

*Acentuam-se as diferenças entre sexos: maior mortalidade por acidente nomeadamente laboral e de viação, para os homens e morbilidade por problemas ligados à saúde reprodutiva e à saúde mental, para as mulheres. Aumento de patologias como o cancro do pulmão pela maior prevalência de tabagismo no sexo feminino.*

Há evidência de benefício para a saúde a longo prazo através de intervenções a nível de: i) Estilos de vida saudáveis; ii) Promoção da saúde mental; iii) Controlo de factores de risco como o excesso de peso, hipertensão arterial, tabaco, álcool, colesterol elevado, baixa ingestão de vegetais e frutas e inactividade física; iv) Adesão aos rastreios e acções de diagnóstico precoce; v) Cultura de participação activa e de responsabilização pela sua própria saúde; vi) Controlo e auto-gestão da doença crónica; vii) Respostas adequadas e específicas em função do sexo.

Desenvolve-se no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; nas comunidades; nas prisões e nas instituições de acolhimento.

## ENVELHECIMENTO ACTIVO

**ENVELHECIMENTO ACTIVO**, a partir dos 65 anos

Período com crescente expressão demográfica e social, devido ao aumento da esperança de vida que traduz os progressos da medicina e a melhoria das condições de vida mas constitui um desafio para a sociedade, para o sistema de saúde e de protecção social.



*Este grupo é heterogéneo, o que deve ser considerado nas estratégias a desenvolver: idoso activo; idoso com patologia crónica, dependente; idoso frágil, com 85+ ou qualquer idade mas com patologias múltiplas e declínio funcional decorrente da associação dos efeitos da idade e da doença (Paw et al. 2003; Lally e Crome, 2007).*

O aumento da esperança de vida favorece: i) Aumento da doença crónica e de comorbilidades que se reflectem na maior procura de cuidados de saúde; ii) Aumento da incapacidade e dependência com carga variável para a família e para o sistema de saúde (por ex: crescente procura de procedimentos de diagnóstico, terapêuticos, de reabilitação física e de saúde mental (Escoval, 2010); iii) Sustentabilidade da segurança social.

*As patologias e disfunções mais frequentes são do foro da saúde mental como a depressão e a doença de Alzheimer. E também as quedas e acidentes que reduzem a mobilidade e a independência e aumentam o risco de morte prematura, a artrite e osteoporose e cancro. A incontinência urinária, hipoavitaminoses, alterações da memória, da visão e da audição e problemas da pele são factores de grande vulnerabilidade.*

*O cancro e as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte.*

As intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação activa, auto-realização e dignidade da pessoa idosa.

Desenvolve-se no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; nas instituições de acolhimento (por ex., lares).

## MORTE COM DIGNIDADE

### MORTE COM DIGNIDADE

Considera-se **doente em fase terminal da vida** (DeFTV) quando o estado clínico indíca uma aproximação da morte, sendo a decisão clínica fundamentalmente dirigida para o alívio de sintomas.

*O DeFTV deve ser cuidado com compreensão afectiva e respeito, sem terapêuticas fúteis, no domicílio ou em contexto hospitalar, em ambiente de privacidade e sempre que possível familiar. Todos os cuidados prestados devem conduzir a uma morte digna, socializada, reconhecida e aceite (CNECV, 1995).*

*O DeFTV, em situação de intenso sofrimento, decorrente de doença incurável em fase avançada e rapidamente progressiva, necessita de cuidados paliativos que promovam o bem-estar e a qualidade de vida possíveis até à morte (CNECV, 1995).*

## PROMOVER O POTENCIAL DE

## SAÚDE EM CADA CONTEXTO

As vivências individuais realizam-se em contextos sociais, laborais, institucionais ou outros, promotores da saúde e protectores da doença (European strategies for social inequalities in health, WHO, 2006), constituindo-se como ambiente salutogénico. Cada contexto possui também um potencial de risco para saúde que deve ser adequadamente reconhecido e minimizado.

Estes contextos, com impacto no potencial de saúde do cidadão, saudável, doente ou com incapacidade, são sinérgicos na criação de oportunidades de promoção da saúde entre si e com os serviços de saúde.

Podem considerar-se vários níveis (QUADRO), de acordo com os determinantes (ver POLÍTICAS SAUDÁVEIS<sup>1</sup>). Associam-se a etapas da vida (por ex, escolas, lares), a fases de maior vulnerabilidade (por ex, cuidadores informais), ou são transversais (por ex, a família ou a comunidade).

A perspectiva da promoção do potencial de saúde individual, **em cada contexto:**

- *Constitui uma condição indispensável para a promoção de uma cultura holística e positiva da saúde, em que os ambientes são reconhecidos e responsabilizados pela influência e contributo (através das instituições e profissionais).*
- *Mobiliza as instituições, recursos sociais e comunitários na avaliação das necessidades em saúde, influência e capacidade de contribuir, de acordo com a sua especificidade;*
- *Promove sinergias entre os contextos e os serviços de saúde, com a mesma responsabilidade e reconhecendo a complementaridade, seja na promoção da saúde, prevenção da doença e das suas complicações, reabilitação ou integração;*

### NÍVEIS DOS CONTEXTOS PROMOTORES DA SAÚDE

(European strategies for social inequalities in health, WHO, 2006; Continuum of care, WHO, 2010)

- **micro-sistema:** famílias, cuidadores informais e relações de proximidade;
- **meso-sistema:** comunidade, locais de trabalho e de lazer, escolas e universidades, instituições de acolhimento, voluntariado, organizações religiosas, juntas de freguesia;
- **macro-sistema:** políticas nacionais com repercussões em toda a sociedade, autarquias;

### CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:

*Períodos Críticos, Janela de Oportunidade, Avaliação de Necessidades, Idoso Frágil, Salutógenese*

## CULTURA SALUTOGÉNICA MULTIDISCIPLINAR

Cada profissão ou actividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade em aspectos como educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, segurança, entre outros. Os profissionais devem cultivar uma perspectiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar. A

<sup>1</sup> Ver conceitos e princípios das políticas públicas saudáveis





saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o saber e responsabilidade.

**ESTRATÉGIAS E  
RECURSOS PARA  
CONTEXTOS  
FAVORÁVEIS À  
SAÚDE**

Identificam-se como recursos para a promoção de contextos favoráveis à saúde:

**Gestão estratégica e partilha da operacionalização** entre vários sectores, com capacidade para planear e mobilizar instituições e organizações sociais (por ex, Conselhos da Comunidade dos ACES), integração de serviços (por ex, rastreios nas escolas) e modelos de financiamento e utilização de recursos comuns.

**RECURSOS PARA A promoção DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE:**

- Gestão estratégica e operacionalização partilhada entre vários sectores;
- Normas para a avaliação de necessidades e intervenções multisectoriais;
- Normas e protocolos de colaboração e articulação entre instituições e sectores;
- Programas multisectoriais;
- Gestão do conhecimento multisectorial / interdisciplinar;
- Sistemas de informação, monitorização e avaliação do estado de saúde e do impacto na saúde;
- Comunicação, formação e capacitação do cidadão e dos cuidadores informais.

**Normas de orientação para a avaliação de necessidades de saúde** segundo a etapa do ciclo de vida, sexo, situação fisiológica (por exemplo, gravidez), condição clínica, adaptadas aos recursos locais de saúde e aos vários contextos, que promovam a identificação de períodos críticos e de janelas de oportunidade, articulação e integração de procedimentos;

**Normas e protocolos de colaboração e articulação entre instituições e sectores** que promovam a partilha de responsabilidade e fomentem sinergias e optimização dos recursos. Incluem sistemas de avaliação, comunicação e referência (por ex, entre a escola e os cuidados de saúde);

**Programas multisectoriais**, capazes de estabelecer diagnósticos, potencialidades e referências facilitadores da intervenção, articulação e integração de actividades, com reforço de parcerias multidisciplinares;

**Gestão do conhecimento multisectorial/interdisciplinar**, através da identificação de conhecimentos, boas práticas, investigação e inovação com impacto na saúde, estabelecendo espaços de comunicação e de influência a nível dos profissionais e das instituições; na formação de profissionais, de saúde ou outros, sobre o potencial de saúde dos vários contextos;

**Sistemas de informação, monitorização e avaliação do estado de saúde e do**

**impacto na saúde que permitam:**

- Monitorizar a influência de cada contexto como inquéritos epidemiológicos, sistemas de detecção e sinalização, vigilância epidemiológica, entre outros;
- Identificar características promotoras e protectoras da saúde, para cada contexto.
- Integrar acções entre sectores (por ex, escola e saúde), de modo a evitar a fragmentação de cuidados e promover a sinergia entre estes.

**Comunicação, formação e capacitação intersectorial do cidadão e dos cuidadores informais para a saúde.** Mensagens e oportunidades de educação para a saúde serão potencializadas se forem coerentemente transmitidas e promovidas nos vários contextos de vivência.

**GANHOS ESPERADOS DA PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA:**

**A NÍVEL DA SOCIEDADE:**

- i) Reforço da perspectiva salutogénica, adaptada às necessidades;
- ii) Maior expectativa social de colaboração intersectorial e partilha de responsabilidades na definição de políticas e acções;
- iii) Valorização do SdS como parceiro, integrando os sectores social, privado e da saúde e os contextos familiar, laboral, escolar;
- iv) Redução da carga de doença por investimento efectivo e personalizado;

**A NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA:**

- v) Reforço da responsabilidade e cultura de planeamento e intervenção multi-estratégica.
- vi) Incremento da evidência e boas práticas de planeamento e intervenção intersectorial e multi-institucional, trabalho em rede e participação das instituições;

**A NÍVEL INSTITUCIONAL:**

- vii) Partilha de recursos, mecanismos de gestão, conhecimentos e estratégias. Reforço das estratégias locais de saúde;
- viii) Capacitação, transparência e responsabilização social, capacidade de intervenção, evidência e identificação de boas práticas;

**A NÍVEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- ix) Reforço da rede de suporte e de trabalho noutros sectores, de acordo com as necessidades do cidadão;
- x) Capacidade de intervenção promotora da saúde, prevenção e diagnóstico precoce da doença noutros contextos;
- xi) Actuação e conhecimento facilitadores de intervenções e estratégias multidisciplinares, em equipa e entre instituições;

**A NÍVEL DO CIDADÃO:**

- xii) Cultura de saúde e bem-estar valorizada, de forma coerente e integrada, em todos os contextos de vivência;



RASCUNHO

## ENQUADRAMENTO

O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**, em *Estratégias para obter mais saúde para todos*, promove a abordagem centrada na família e no ciclo da vida e, ainda, na gestão integrada da doença, através de programas e baseada em settings (PNS 2004-2010). Os indicadores e metas são monitorizados pelo ACS (ACS, 2010, WebSIG).

A perspectiva do PNS actual de **PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA** permite dar continuidade à do plano anterior.

O enquadramento é desenvolvido pelo **CICLO DA VIDA** e pelos **CONTEXTOS**, com a seguinte orientação: i) Enquadramento legal, normativo e estratégico; ii) Análise da situação actual de Saúde; iii) Áreas identificadas como necessidade de intervenção.

### CICLO DA VIDA

Apoiam a formulação de políticas dirigidas à gravidez e ao período perinatal:

#### NASCER COM SAÚDE

**Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente (CNSMCA)** (Despacho 21929/2009), órgão de consulta do MS, com a missão de desenvolver programas e acções em áreas como promoção da saúde, qualidade, equidade e acesso, recursos disponíveis, diagnóstico pré-natal, violência doméstica, gravidez na adolescência, promoção de ambientes saudáveis. A CNSMCA articula-se com **Comissões Regionais de Saúde Materna e Infantil** (Despacho 9871/2010), existentes em 3 ARSs (Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo).

#### NASCER COM SAÚDE

Evolução Indicadores do PNS 2004-2011 (ACS, Dez 2010)

##### Meta atingida:

% de nascimentos em mulheres adolescentes  
Taxa de mortalidade fetal  
Taxa de mortalidade perinatal  
Taxa de mortalidade neonatal

##### A caminho da meta:

Esperança de vida à nascença  
Mortalidade perinatal

##### Em sentido contrário:

% de nascimentos em mulheres > 35 anos  
% de nascimentos pré-termo  
% de crianças com baixo peso à nascença  
% de partos por cesariana

##### Não monitorizados:

% de mulheres que amamentam em exclusivo até 3 meses  
% de grávidas que fumam durante a gravidez

• **Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF) da Saúde Materna e Neonatal** (Despacho 9872/2010), articulação entre Cuidados Primários e Cuidados Hospitalares.

**Isenção das taxas moderadoras** (DL 173/2003) para grávidas, parturientes e crianças até 12 anos.

Como estratégias e intervenções organizadas para a promoção da saúde nesta fase do ciclo de vida, salientam-se:

- **Programa da Comissão Nacional da Saúde Materna e Neonatal** (2006);
- **Programas da DGS:** Plano Nacional de Assistência Partilhada à Grávida, Recém-nascido, Criança e Adolescente; Boletins de saúde Materna e Infantil (1975); Rede de Referência Materno-Infantil (2001); Programa Tipo de Actuação na Saúde Infantil e Juvenil (2002); Programa Nacional de Vacinação (2006); Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho 31292/2008).

O Quadro mostra a evolução dos indicadores do PNS anterior.

As principais causas de mortalidade são: prematuridade e baixo-peso relacionados com o aumento da idade materna, infertilidade, gemelaridade e tabagismo; malformações congénitas (PNS em foco, ACS 2008). Grupos vulneráveis como os imigrantes mostram piores resultados nestes indicadores (Imigrantes, Machado *et al*, 2007).

As afecções do período perinatal são a 2ª causa de Anos de Vida Potencial Perdidos sensíveis aos Cuidados de Saúde e à promoção da saúde (ver OSdS1).

O acompanhamento da grávida e recém-nascido é da responsabilidade dos cuidados primários, do Médico e do Enfermeiro de Família, em articulação com os cuidados hospitalares em situações de risco. Uma percentagem não conhecida de grávidas e crianças é seguida por especialistas de Obstetrícia e Pediatria em regime privado.

#### **ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO:**

- Planeamento familiar e controlo das interrupções da gravidez
- Seguimento adequado da grávida nos cuidados primários e da gestação de risco nos serviços de referência
- Prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natais nestas situações

#### **CRESCER COM SEGURANÇA**

Para além dos identificados na etapa anterior, nomeadamente as Comissões Nacional e Regionais e os Programas da DGS:

**Programas da DGS:** Implementados nas 5 ARS - Programa Nacional de Saúde Escolar (Despacho 12045/2006); Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho 31292/2008). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (DL 281/2009).



O Quadro mostra a evolução dos indicadores do PNS anterior. A mortalidade infantil tem oscilado nos últimos 3 anos (3.4‰ em 2007; 3.3‰ em 2008; 3.6‰ em 2009) pelo aumento da mortalidade perinatal, prematuridade e anomalias congénitas do aparelho circulatório.

Dos 1 aos 4 anos, a mortalidade está relacionada com causas externas, nomeadamente acidentes. Emergem situações de risco como a obesidade infantil, a doença crónica e as doenças raras, a depressão infantil, o cancro, negligência e maus-tratos, necessidades educativas especiais, entre outras (Machado, 2009).

Os acidentes de viação são a 1ª causa de AVPP sensíveis aos cuidados de saúde e à promoção da saúde.

#### CRESCER COM SEGURANÇA

Evolução do Indicadores do PNS 2004-2010 (ACS, Dez 2010)

##### Meta atingida:

- Esperança de vida dos 1 aos 4 anos
- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade do 1 aos 4 anos
- Taxa de mortalidade dos 5 anos 9 anos
- Risco de mortalidade aos 5 anos

#### ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO:

- Prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós natais nestas situações (já referido)
- Prevenção dos acidentes, da obesidade e da depressão infantil
- Intervenção precoce nas situações de doença rara e deficiência.

#### UMA JUVENTUDE À

#### PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL

Apoiam a formulação de políticas de saúde dirigidas à juventude:

- Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente e Comissões Regionais, já referidas.

São enquadramentos legais específicos desta fase do ciclo de vida:

- **DL 259/2000**, adolescentes como grupo de intervenção prioritária em saúde reprodutiva e na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis; cria consultas nos CSP, como espaço amigável e interactivo. Ex: *Aparece* (1999) no CS da Lapa; *Olá Jovem*, no CS da Amadora (2001).

#### Uma Juventude à procura de um futuro saudável

Evolução do Indicadores do PNS 2004-2010, (ACS, Dez 2010)

##### Meta atingida:

- Esperança de vida dos 15 aos 19 anos;
- Nascimentos em mulheres adolescentes.

##### A caminho da meta:

- Taxa de mortalidade dos 10 aos 14 anos;
- Taxa de mortalidade dos 15 aos 19 anos
- Taxa de mortalidade dos 20 aos 24.
- Auto-apreciação do estado de saúde

##### Em sentido contrário:

- Consumo de tabaco.
- Consumo de Álcool
- Excesso de peso e Obesidade



- **DL 259/2000, Lei 120/99**, reforçam o direito à saúde reprodutiva, fixam condições de promoção da educação sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde (sexualidade e planeamento familiar).
- **DL 259/ 2000, Educação Sexual nas Escolas**, estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar e respectivo conteúdo.
- **Despacho 9871/2010**, alargamento da idade pediátrica até aos 18 anos.
- **Isenção das taxas moderadoras** para crianças abaixo dos 12 anos (DL 173/2003)

Outros programas de saúde e actividades:

Da **DGS, além dos referidos**: Programa Nacional de Saúde Juvenil (2006), Vacina contra o HPV(2007) nas 5 ARSs; Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em 3 ARSs (Norte, Centro e LVT); Programa Nacional de Controlo da Asma em 2 ARSs (Norte e LVT).

• **Do IDT**: Programa Nacional de Redução dos Problemas ligados ao Álcool (2009-2012); Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012); Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012).

Do **Instituto Português da Juventude**: Programa **Cuida-te** (Portaria 655/2008), intersectorial com o sector público e privado (por ex ACS, ARS, Instituto do Desporto de Portugal). Caracteriza-se por várias acções: recurso a Unidades Móveis; Formações; criação de Gabinetes de Saúde Juvenil. **Gabinetes de Saúde e Sexualidade Juvenil** (nas 5 ARSs), com técnicos de saúde (médicos e psicólogos).

O Quadro mostra a evolução dos indicadores do PNS. De salientar o aumento da obesidade, do tabagismo (mais acentuado no sexo feminino) e do consumo de álcool nomeadamente dos 15 aos 24 anos. A principal causa de internamento nos jovens é a doença respiratória e de morte, as externas (acidentes).

Os acidentes de viação são a 1ª causa de AVPP sensíveis aos cuidados de saúde e à promoção da saúde.

#### **ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO:**

- **Determinantes de saúde**: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física, sexualidade segura e condução segura e responsável;
- Controlo da doença respiratória crónica, nomeadamente asma;
- Gestão da doença crónica;
- Controlo da gravidez na adolescência;
- Alargamento do sistema de isenção de taxas moderadoras, coincidente com a idade pediátrica.

**UMA VIDA  
ADULTA  
PRODUTIVA**

Apoiam a formulação de políticas de saúde para esta fase do ciclo da vida:

- **Programas do ACS/MS:** Implementados nas 5 ARSs - Programa Nacional de Doenças Cardiovasculares; Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas; Plano Nacional de Saúde Mental; Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA

- **Programas da DGS:** Implementados nas 5 ARSs - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (2008); Programa Nacional de Combate à Obesidade (2005) e Plataforma de Luta Contra a Obesidade; Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Em 3 ARSs - Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde e Estilos de Vida (Norte, Centro e Algarve). Em 2 ARSs (Norte e LVT) - Programa Nacional de Controlo da Dor (2008). Não está implementado - Programa de Prevenção de Acidentes.

- **Programas do IDT:** Programa Nacional de Redução dos Problemas ligados ao Álcool (2009-2012) e Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012) e Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências (2009-2012). As **Delegações**

**Regionais** gerem as unidades de intervenção local (Centros de Respostas Integradas – CRI) que asseguram a intervenção directa e personalizada nas áreas da Prevenção, do Tratamento, da Redução de Riscos e Minimização de Danos e da Reinserção e as **Unidades Especializadas** que integram Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas e Unidades de Alcoologia.

- como estratégias: ser centrado no cidadão; em parceria activa com a sociedade civil e partilha da responsabilidade; pró-actividade e políticas de proximidade; prevenção em meio escolar, laboral e familiar. Tem 7 áreas de

**UMA VIDA ADULTA PRODUTIVA**

Evolução do Indicadores do PNS 2004-2010 (ACS, 2010) (2005/2006 para os indicadores do INS)

**Meta atingida:**

- Esperança de vida (45 a 49 anos):
  - Homens: 33,1 anos
  - Mulheres: 38,2 anos
- TMP < 65 anos por DIC:
  - Homens: 15,1 por 100 000
  - Mulheres: 3,8 por 100 000
- TMP <65 anos por AVC:
  - Homens: 13,0 por 100 000
  - Mulheres: 6,4 por 100 000

**A caminho da meta:**

- Taxa de mortalidade (25 a 44 anos):
  - Homens: 148,4 por 100 000
  - Mulheres: 65,9 por 100 000
- Taxa de mortalidade (45 a 64 anos):
  - Homens: 720,8 por 100 000
  - Mulheres: 309,4 por 100 000

**Em sentido contrário:**

Nascimentos em mulheres com 35 e mais anos  
Mortalidade por cancro da mama feminina e colo do útero antes dos 65 anos  
Consumo diário de tabaco dos 25 aos 44; dos 45 aos 64 anos.  
Excesso de peso e obesidade

intervenção prioritária: Jovens, crianças e grávidas; Sinistralidade Rodoviária; Adultos e Meio Laboral; Prevenção, Formação, Comunicação e Educação; Sistemas de Informação e Recolha de Dados; Tratamento; Reinserção

- **Isenção de taxas moderadoras** para cidadãos com doença crónica, dadores sangue e medula, bem como grupos vulneráveis e de baixo rendimento (DL 173/2003; Despacho 6961/2004; Portaria 349/96; DL 201/2007; DL 38/2010; Portaria 1319/2010).

Quanto à evolução dos indicadores, a esperança de vida tem aumentado de forma progressiva, mantendo-se as doenças circulatórias (DIC e AVC), os tumores malignos e as doenças respiratórias como as principais causas de morte.

Identificam-se como as principais causas de AVPP por prevenção primária por ordem decrescente de anos perdidos: acidentes com veículos a motor; tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão, doença crónica do fígado (INE, 2010).

Encontram-se entre os principais AVPP evitáveis por cuidados de saúde: tumor maligno da mama feminino; AVC, doença isquémica cardíaca (DIC) (INE, 2010).

A hipertensão arterial e a obesidade são os principais factores de risco, também a diabetes tem vindo a aumentar (Diabetes: Factos e Números, 2010) assim como os problemas relacionados com a saúde mental.

#### ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO:

- Promoção de uma condução segura e responsável
- Prevenção primária, secundária e terciária das Doenças Oncológicas
- Prevenção primária, secundária e terciária das doenças cardio e cerebrovasculares
- Determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; sexualidade segura.
- Gestão da doença crónica

## ENVELHECIMENTO

### ACTIVO

São enquadramentos legais específicos desta fase do ciclo de vida:

- **Isenção de taxas moderadoras** que abrange cidadãos com mais de 65 anos. (DL 173/2003; Despacho 6961/2004; Portaria 349/96; DL 201/2007; DL 38/2010; Portaria 1319/2010).

Como estratégias e intervenções, salientam-se:

- **Programa de Saúde da DGS:** Implementado em 1 ARS (Alentejo) - Programa Nacional para a saúde dos Idosos (Circular Normativa, Nº: 13/DGCG; DGS, 2004). Implementado em 2 ARSs Programa Nacional de Controlo da Dor (Norte e LVT). Programa Nacional de Saúde Oral, área específica para este grupo etário.

**Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados**, implementada nas 5 ARSs embora ainda insuficiente em Lisboa e Porto. Foram referenciados, em 2010, 24004 doentes dos quais 79.9% com mais de 65 anos e 40.3% com mais 80 anos.

- Integra o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, implementado em 3 ARSs (Norte, Alentejo e Algarve).

Os tumores, as doenças cardiovasculares, respiratórias e digestivas são as principais causas de óbitos (Evolução do Indicadores do PNS 2004-201, ACS, 2010).

Grande diversidade de respostas da segurança social e do 3º sector: Complemento solidário para idosos (ObSS, 2009); Complemento por dependência (Decreto-lei nº 265/99, de 14 de Julho); Pensão de sobrevivência (Decreto-Lei n.º 322/90, de 18 de Outubro 1990); Pensão social de velhice ou invalidez (Decreto-Lei nº 208/2001 de 27 de Julho de 2001. Diário da Republica I série A); Pensão de velhice (Decreto-Lei n.º 187/2007 de 10 de Maio de 2007); Taxas moderadoras (Portaria n.º 1637/2007 de 31 de Dezembro de 2007). Apesar destes apoios verifica-se que “dos 25 países da União Europeia, Portugal aparece em quarto lugar na percentagem de idosos que vive na pobreza. 29% da população com mais de 65 anos está no limiar da pobreza, com um rendimento inferior a 60% do rendimento médio (Zaidi et al, 2006).

Desconhece-se o nível de saúde da população institucionalizada em lares, bem como as respostas ao nível da saúde que as instituições oferecem.

#### ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

- Gestão da Doença Crónica e patologia múltipla
- Determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da actividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; sexualidade segura.
- Promoção da autonomia.
- Combate à exclusão/isolamento social.

#### Envelhecimento Activo

Evolução do Indicadores do PNS 2004-2010 (ACS, 2010)

##### Meta atingida:

- Esperança de vida dos 65 aos 69 anos:
  - Homens: 16,5 anos
  - Mulheres: 19,9 anos

##### A caminho da meta:

- Auto-apreciação negativa do estado de saúde (65 a 74 anos):
  - Homens: 30,4% (Meta: 18%; Evolução em relação à meta: 25,3%)
  - Mulheres: 44,3% (Meta: 26%; Evolução em relação à meta: 32,7%)

##### Em sentido contrário:

- Consumo diário de tabaco dos 65 aos 74 anos:
  - Homens: 12,1% (Meta: 11%)
  - Mulheres: 1,3% (Meta: 0,5%)
- Excesso de peso dos 65 aos 74 anos:
  - Homens: 26,4% (Meta: 19%)
  - Mulheres: 22,3% (Meta: 17%)
- Obesidade dos 65 aos 74 anos:
  - Homens: 19,6% (Meta: 11%)
  - Mulheres: 23,5% (Meta: 14%)

## ASPECTOS

**PARTICULARES DE CONTEXTOS** Na continuidade e alargamento dos contextos incluídos no PNS 2004-2010, são consideradas a família, escolas, cresces, universidades, locais de trabalho, locais de desporto e recreio, locais de lazer, locais de acolhimento (lares, acolhimento de deficientes, acolhimento de crianças e mulheres em risco), prisões, comunidades.

## ESCOLAS

São programas de saúde específicos deste contexto:

- **Programas de Saúde da DGS: Programa Nacional de Saúde Escolar** (Despacho 12045/2006), implementado nas 5 ARSs, nas áreas de vigilância e protecção da saúde, aquisição de conhecimentos, capacidades e competências em promoção da saúde; destinado a Jardins-de-Infância, Escolas do Ensino Básico e Secundário e instituições com intervenção na população escolar.

- **Protocolo entre os Ministérios da Educação e da Saúde (2006)** com o compromisso de: i) Dinamizar princípios e práticas da promoção da saúde, em meio escolar; ii) Dinamizar o PN de Saúde Escolar, nos serviços de saúde; iii) Incrementar modelos de parceria na implementação das Escolas Promotoras da Saúde.

São enquadramentos legais promotores da saúde específicos deste contexto:

- **DL 259/ 2000, Educação Sexual nas Escolas;** Lei 60/ 2009, estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar e respectivo conteúdo.

- Portugal integra a **Rede de Escolas Promotoras de Saúde** (<http://www.schoolsforhealth.eu/>) desde 1994 (3407 escolas em 2002)

O Ministério da Educação, através da Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (<http://www.dgicd.min-edu.pt>) estabelece áreas prioritárias na Educação para a Saúde, protocolos para intervenções promotora da saúde na escola com várias instituições (outros ministérios e institutos, empresas da área alimentar, produtores de conteúdos educativos, etc.), projectos e acções de interesse. O Núcleo de Educação para a Saúde e Acção Social Escolar (NESASE) apoia anualmente projectos na área da Promoção e Educação para a Saúde, tendo em 2010-2011 concorrido 803 escolas/agrupamentos (73% do total), sendo que dos projectos o principal parceiro foi o Centro de Saúde (88%), seguido das Associações de Pais (54%),

### Saúde Escolar

#### Meta atingida

Alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução, que têm no final do ano o seu problema resolvido

#### A caminho da meta

% de alunos com monitorização do estado de saúde aos 6 anos e aos 13 anos  
Alunos com PNV actualizado, aos 6 e aos 13 anos

#### Em sentido contrário

CS com Equipas de Saúde escolar  
Escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente

das Autarquias (47%) e Organismos de Estado (41%). Os apoios dos Centros de Saúde consistiam em Sessões de Esclarecimento aos Alunos (90%), o Apoio clínico (Consultas Médicas para Alunos – 86%), o Apoio Técnico-Científico aos Docentes (81%) e o Apoio com Sessões para Pais e Encarregados de Educação (80%).

#### RECURSOS PARTICULARES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NESTE CONTEXTO:

Existe um conjunto de diferentes instrumentos que são aplicados em contexto escolar como:

- **Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)**, integrado em estudo da OMS, de 4 em 4 anos, para diagnóstico dos comportamentos de saúde dos adolescentes de 11, 13 e 15 anos.
- **Programa de Estudos em Meio Escolar do IDT que engloba dois projectos:** o INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar e o ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, sendo este uma ampliação do projecto ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*.

O Quadro mostra a evolução dos indicadores do PNS anterior. Mantém-se insuficiente a % de alunos com exame de saúde aos 6 e 13 anos.

#### INSTITUIÇÕES DO ENSINO SUPERIOR

As instituições do ensino superior devem ser influenciadas e abrangidas no sentido de valorizarem a saúde escolar e a promoção da saúde, enquanto dimensão do desenvolvimento pessoal e social do jovem.

**Serviços de Acção Social das Universidades**, de organização e responsabilidade de cada uma, na promoção da saúde e apoio médico, Medicina Geral, enfermagem, ginecologia, psicologia, psiquiatria.

Ex: Departamento de Integração Académica, Saúde e Desporto (Universidade do Porto) (<http://sigarra.up.pt/>), com a missão de promover e organizar programas e acções de educação para a saúde, em colaboração outras entidades.

#### LABORAL

O **contexto laboral** remete para a operacionalização dos princípios da saúde ocupacional e para a responsabilidade das instituições públicas e privadas pela promoção e protecção da saúde dos funcionários, clientes e da sociedade em geral.

São identificados como programas de saúde específicos:

**Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012** (Lei 59/2008; Lei 102/2009); Programa **Nacional de Saúde Ocupacional** (2009-2012), implementado nas 5 ARSs. Têm como objectivos: i) a gestão dos riscos profissionais,



a vigilância (segurança) e a promoção da saúde dos trabalhadores; ii) a qualidade de vida no trabalho, conducente à realização pessoal e profissional; iii) a reabilitação e reintegração profissional de indivíduos com doença crónica ou vítimas de acidente laboral.

#### PRISIONAL

A saúde em contexto prisional é tutelada pelo Ministério da Justiça através da Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

Os reclusos têm direito de beneficiar de cuidados de saúde iguais aos oferecidos à população que não se encontra privada de liberdade, no cumprimento do princípio da equidade e universalidade do Serviço Nacional de Saúde Português.

**Decreto-lei 125/2007**, estabelece um modelo de organização interna para a área do tratamento penitenciário: estrutura matricial agrupada por centros de competências, nomeadamente na área da prestação de cuidados de saúde.

**Plano de Acção Nacional para o Combate à Propagação de Doenças Infecto-Contagiosas em Meio Prisional (PANCPDI)**, na prevenção e tratamento das toxicodependências e das patologias associadas ao consumo.

**DR 71/2011**, cada estabelecimento prisional elabora um plano de promoção da saúde e prevenção da doença, com particular incidência na redução dos comportamentos de risco.

Quanto aos indicadores de saúde, não tem sido possível a sua monitorização, por falta de dados sobre o estado de saúde da população reclusa, bem como dos funcionários das prisões.

#### ÁREAS COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

- Reintegração dos cidadãos com patologia na sociedade;
- Gestão da doença em sistema de liberdade condicional e regime de fins-de-semana em liberdade;
- Regras de higiene, segurança e prevenção de riscos profissionais.
- Actividades desenvolvidas no âmbito dos programas e projectos da Direcção dos Serviços Prisionais.
- Promoção da saúde em meio prisional: exemplos da alimentação saudável nos bares e cantinas das prisões e a actividade física.
- Combate à tuberculose e IST.



## COMUNIDADES E

**ESPAÇOS DE LAZER** Salientam-se as áreas relacionadas com a qualidade da habitação, a disponibilidade de áreas verdes, espaços recreativos tanto para crianças, jovens, adultos e idosos.

Existem diversos programas e projectos de promoção e protecção da saúde desenvolvidos tanto a nível autárquico como a nível das juntas de freguesia

Exemplo: **Rede Nacional de Cidades Saudáveis; Cidades Amigas dos Idosos.**

Programa Nacional de Saúde e Ambiente / Programa Nacional de Saúde Ambiental implementado em 3 ARSs (Norte, Centro, Algarve).

RASCUNHO

## ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

### A NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA

**1.1. Desenvolver referenciais e orientações que incentivem as oportunidades de promoção e protecção da saúde e prevenção das doenças e complicações**, ao longo do ciclo de vida (períodos críticos e janelas de oportunidade), contextos, situações fisiológicas e necessidades especiais, nas perspectivas da responsabilidade:

- Dos serviços de saúde, incluindo a capacitação das famílias, cuidados informais, comunidade e articulação com instituições fora da saúde;
- De outros contextos institucionais (escolas, locais de trabalho, prisões, associações desportivas, etc.)

*Estas orientações devem permitir identificar necessidades em saúde sensíveis à influência do contexto, intervenções e benefícios esperados e avaliação do impacto (por ex, a nível do profissional e da instituição).*

*Devem incluir recomendações operacionais a concretizar pelos vários sectores nos contextos mais relevantes, bem como normas e protocolos de colaboração intersectorial que estabeleçam responsabilidades partilhadas, fomentem sinergias e permitam otimizar recursos intersectoriais.*

*Como exemplo, The Guide to Clinical Preventive Services (2008. U.S. Preventive Services Task Force) tem sido utilizado como orientação clínica para os cuidados de saúde primários. São actualizadas orientações para a promoção da saúde e prevenção da doença para os serviços de saúde, baseados na evidência e propondo intervenções custo-efectivas, organizadas de acordo com a idade, o sexo, e factores de risco.*

**1.2. Nos programas e orientações clínicas, incluir recomendações, mecanismos e instrumentos que facilitem a identificação e a compreensão das necessidades de saúde sensíveis à influência do contexto** e promovam a acção integrada de outros profissionais;

*Destacam-se as orientações dirigidas aos determinantes de saúde, factores de risco e factores protectores, procurando utilizar uma perspectiva individualista ou específica atendendo à fase do ciclo de vida, ao contexto ou instituições influentes.*

*São exemplos: as recomendações às Escolas (Escola Saudável), da Plataforma Contra a Obesidade, para uma oferta alimentar saudável na cantina e bares escolares, incluindo sugestões de menus, identificação de barreiras à alimentação saudável na escola e construção de uma Política Alimentar Escolar, incluindo diagnóstico, implementação, monitorização e avaliação. (site plataforma da obesidade)*



**1.3. Os programas, recomendações e critérios de qualidade/acreditação de práticas e das instituições fora da saúde devem incluir orientações e instrumentos que facilitem a identificação e a compreensão das necessidades de saúde sensíveis à influência do contexto e promovam a responsabilidade social;**

*Devem ser fomentados processos de gestão do conhecimento intersectorial/interdisciplinar para os diferentes profissionais, como recolha de evidência, identificação de recomendações e boas práticas, partilha de experiências e investigação (com particular destaque para a avaliação de impacto).*

*Deve ser considerada uma perspectiva de saúde e de segurança nos vários contextos (por exemplo, nas escolas e nas empresas), que inclua aspectos de bem-estar, conciliação e saúde mental.*

*Escola Promotora de Saúde (Declaração de Vilnius, 2009) é a que implementa planos sistemáticos e estruturados para a saúde, bem-estar e o desenvolvimento do capital social de todos os alunos, pessoal docente e não-docente. A escola é identificada como um recurso comunitário promotor da redução das desigualdades na saúde e colaboradora em áreas como a juventude, as políticas sociais e o ambiente sustentável.*

**1.4. Desenvolver referenciais e orientações para identificar períodos críticos e janelas de oportunidade onde o potencial para a promoção da saúde e prevenção da doença são elevados, para sinalização e articulação com os cuidados de saúde.**

*São exemplos de períodos críticos/janelas de oportunidade detectáveis nos vários contextos, com interesse de sinalização e articulação com os cuidados de saúde (exemplo, Plano Nacional de Saúde Escolar, DGS 2006; Exame Global de Saúde, DGS 2006; Plano Nacional de Vacinação, 2006,): as idades escolares de mudança de ciclo (6 e 13 anos), o casamento, a viuvez, a reforma, o aborto não-terapêutico, a toxicod dependência e o abuso do álcool, a criminalidade juvenil e criminalidade minor, o insucesso escolar, a violência escolar (bullying) e familiar, o luto prolongado, o isolamento de idosos.*

*São exemplos de períodos críticos / janelas de oportunidade detectáveis nos cuidados de saúde, a merecer uma abordagem integrada dos vários níveis: o internamento por doença súbita, a doença/morte de familiares próximos, a disfunção familiar, a depressão ou a não adesão terapêutica.*

**1.5. Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para que, de um modo abrangente e integrado, seja possível:**

- i) *Conhecer o potencial de saúde e de risco para a saúde associado a cada contexto;*
- ii) *Medir os resultados da actividade e das intervenções com impacto na saúde;*
- iii) *Analisar indicadores de saúde na perspectiva de ciclo de vida;*

*Por exemplo, reportar regularmente às escolas, universidades, prisões, autarquias e outros contextos, relatórios sobre a evolução do estado de saúde e necessidades de saúde, mais relevantes. Os serviços de saúde locais terão particular responsabilidade.*

*Os sistemas de informação deverão ser desenvolvidos para responder às necessidades específicas de informação de cada contexto. Por exemplo, relativo à saúde ocupacional, dever-se-á promover a articulação de informação com o MTSS-Autoridade para as Condições do Trabalho, e incluir aspectos particulares das doenças profissionais e acidentes de trabalho.*

*A análise de indicadores de saúde sob uma perspectiva de ciclo de vida deve permitir compreender as necessidades de saúde segundo o sexo, idade e contexto, bem como monitorizar a concretização das oportunidades de promoção da saúde / prevenção da doença segundo as janelas de oportunidade e os períodos críticos.*

**1.6. Avaliar o impacto na saúde das políticas e práticas de outros contextos com maior potencial de melhoria e/ou de risco para a saúde.**

*Através do (re)conhecimento do impacto na saúde, a relevância dos diversos contextos na preservação do potencial de saúde de cada indivíduos será valorizada. Ver secção de Políticas Saudáveis.*

*Os vários contextos poderão ter maior capacidade de intervir sobre grupos vulneráveis e com necessidades especiais. Por exemplo, no âmbito da Saúde Ocupacional, poderão ser criadas oportunidades de intervenção sobre os trabalhadores imigrantes, os trabalhadores precários e temporários e os portadores de deficiência.*

**1.7. Promover na sociedade uma cultura de valorização da saúde que reconheça o contributo individual, dos serviços de saúde e das instituições fora da saúde.**

*Integrando indicadores, sistemas de informação e de monitorização.*

*Avaliando regularmente o estado e as necessidades de saúde bem como o impacto de acções e políticas institucionais com possível repercussão na saúde (através de inquéritos de saúde nas escolas, prisões, lares, indústrias, empresas, desportistas, etc).*



*Relatando e divulgando sucessos, boas práticas e dificuldades das instituições fora da saúde nas intervenções destinadas a obter ganhos em saúde.*

*A promoção e protecção da saúde, bem como a prevenção da doença constitui-se como uma responsabilidade social dos cidadãos, das instituições (por exemplo, escolas e empresas) e da comunidade (por exemplo: autarquias e juntas de freguesias).*

**1.8. Reforçar o contributo articulado dos serviços de saúde e dos agentes locais na melhoria da saúde da população, tendo em consideração os determinantes e uma abordagem centrada na promoção e protecção da saúde, prevenção e tratamento da doença.**

*Fomentar proactivamente a comunicação e interacção entre prestadores de cuidados, agentes da comunidade, instituições, associações e cidadãos, em articulação de cuidados e acções.*

*Definir prioridades a nível do cidadão, do contexto, da comunidade e do sistema local, recursos na promoção da saúde e prevenção da doença, na medida em que a responsabilidade partilhada, diminui a pressão sobre o acesso aos serviços de saúde (primários, hospitalares ou integrados continuados), permitindo a libertação de recursos para a melhoria do desempenho de todo o sistema. São de particular importância, os serviços de apoio na comunidade, o voluntariado e os cuidadores informais, facilitadores da prestação de cuidados de proximidade.*

*A articulação poderá ser organizada sob a forma de estratégias locais de saúde, protocolos de cooperação ou a participação em projectos e iniciativas conjuntas. Deverá resultar na promoção de intervenções, de acordo com uma abordagem holística e integrada, capacidades e competências complementares das instituições, contextos e profissionais que a compõem.*

*Têm particular responsabilidade as autarquias e juntas de freguesia, conhecedoras das necessidades de saúde das populações e também, cada instituição que deve empreender iniciativas e projectos promotores da saúde com a colaboração e parcerias dos serviços de saúde locais e de outras instituições.*

*Os sistemas de monitorização devem reforçar a perspectiva de integração e continuidade de cuidados ao longo da vida, considerando os diferentes contextos onde o indivíduo se move. Este aspecto facilita a emergência de uma visão integrada dos percursos clínicos em todas as situações e contextos, bem como em diferentes níveis de cuidados de saúde. Simultaneamente deve ser definida a cobertura e responsabilidade técnica e dos serviços, bem como a articulação entre estes, avaliando a eficiência e adequação da resposta em rede e de continuidade.*