



4.2. PROMOVER CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA

| | |
|--------------------------------------|----|
| 4.2.1. CONCEITOS | 2 |
| 4.2.2. ENQUADRAMENTO | 11 |
| 4.2.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA | 19 |
| 4.2.4. VISÃO PARA 2016 | 23 |
| 4.2.5. BIBLIOGRAFIA..... | 24 |

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

4.2.1. CONCEITOS

QUAL A RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE?

1. 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.

CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:

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

QUAIS AS PERSPETIVAS PARA A PROMOÇÃO DE CONTEXTOS SAUDÁVEIS?

2. A saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de saúde que podem ter um efeito acumulativo ao longo da vida.

QUADRO 4.2.1 – PERSPETIVAS ESTRATÉGICAS PARA A PROMOÇÃO DE CONTEXTOS SAUDÁVEIS

- Identificação das necessidades e potencialidades individuais ao longo do ciclo de vida;
- Promover a responsabilidade sobre a saúde em cada contexto;
- Cultura salutogénica multidisciplinar;

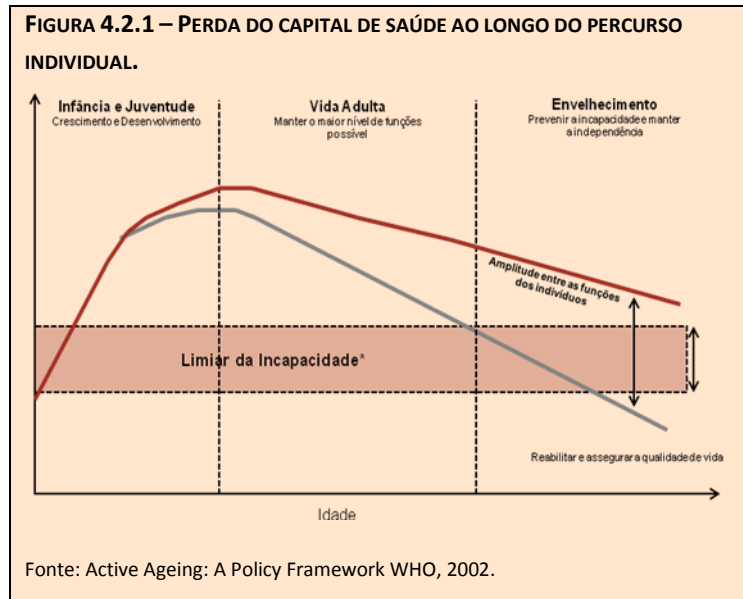
- NECESSIDADES E POTENCIALIDADES AO LONGO DO CICLO DE VIDA

3. 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 diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - JANELAS DE OPORTUNIDADE - é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo. (Social determinants of health and the role of evaluation. WHO, 2010),

4. A perspetiva de abordagem ao longo do ciclo de vida:

- Salienta a **oportunidade de intervenção precoce** nos fatores 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 fatores de risco e determinantes. Perdas cumulativas de saúde determinam o aparecimento precoce de incapacidade e de doença crónica e degenerativa (FIGURA 4.2.1.). O SdS e os contextos



saudáveis são fatores protetores e estratégia fundamental para que o crescimento da população idosa não seja proporcional ao aumento da doença crónica (Fries JF et al, 1980).

5. 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 fatores protetores, 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).

QUADRO 4.2.2. - 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 ou regionais com repercussões na sociedade, autarquias;

- **PROMOVER A RESPONSABILIDADE** .6. Estes contextos, com impacto no potencial de saúde do cidadão, saudável, doente ou com incapacidade, **são sinérgicos na criação de oportunidades de**



**SOBRE A SAÚDE EM
CADA CONTEXTO**

promoção da saúde entre si e com os serviços de saúde. As vivências individuais realizam-se em contextos sociais, laborais, institucionais ou outros, promotores da saúde e protetores 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. Podem-se considerar contextos com vários níveis (QUADRO 4.2.2.), de acordo com os determinantes de saúde (ver capítulo sobre políticas saudáveis). Associam-se a etapas da vida (p. ex., escolas, lares), a fases de maior vulnerabilidade (p. ex., cuidadores informais), ou são transversais (p. ex., a família ou a comunidade).

.7. A perspetiva da promoção do potencial de saúde individual, em cada contexto: **CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:**

- 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.**

**- CULTURA
SALUTOGÉNICA
MULTIDISCIPLINAR**

.8. Cada profissão ou atividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade em aspetos como educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, segurança, entre outros. Os profissionais devem cultivar uma **perspetiva holística e salutogénica** da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar. A saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o seu saber e responsabilidade.

**IMPACTO DAS
NECESSIDADES E
DOS CONTEXTOS
ESPECÍFICOS AO
LONGO DO
CICLO DE VIDA:**

.9. Consideram-se etapas do Ciclo da Vida, as definidas no PNS 2004-2010, conforme o QUADRO 3.2.3.

Aborda-se também a situação de falecimento, em Morrer com Dignidade. Para cada etapa, ilustram-se necessidades e determinantes de saúde específicos.

QUADRO 4.2.3. ETAPAS DO CICLO DE VIDA:

- **Nascer com Saúde**, gravidez e período neonatal;
- **Crescer com Segurança**, pós-neonatal até 9 anos;
- **Juventude à procura de um Futuro Saudável**, dos 10 aos 24 anos;
- Uma **Vida Adulta Produtiva**, dos 25 aos 64 anos;
- Um **Envelhecimento Ativo**, acima dos 65 anos.
- **Morrer com Dignidade.**

**- NASCER
COM SAÚDE**

.10. **NASCER COM SAÚDE**, engloba a saúde da grávida desde a conceção 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 fatores sociais e cuidados de saúde não



adequados. As mães com mais idade 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 fatores 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.

.11. São contextos particularmente relevantes para a grávida o contexto laboral, familiar e a comunidade.

- CRESCER COM SEGURANÇA .12. **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 morbilidade e mortalidade nas crianças e jovens é prevenível através de ambientes adequados, habitação segura, nutrição, água potável e estilos de vida saudáveis, bem como serviços acessíveis. Existem sinais de alerta que prevêm o reaparecimento de infeções como a tuberculose; o aumento de doenças não transmissíveis, como a asma e as alergias; e uma nova morbilidade devido ao abuso de substâncias ilícitas, 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.

- JUVENTUDE À PROCURA DE UM FUTURO SAUDÁVEL .13. **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. 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**.

- 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, fator de risco de doença crónica associado a mortalidade prematura. Tem aumentado o consumo de álcool em 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 .14. Uma **VIDA ADULTA PRODUTIVA** respeita o período dos 25 anos aos 64 anos.

**ADULTA
PRODUTIVA**

- Na União Europeia, as principais causas de morte: doenças cardiovasculares, cancro, acidentes e envenenamento. A depressão, ansiedade e fatores 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 fatores de risco como o excesso de peso, hipertensão arterial, tabaco, álcool, colesterol elevado, baixa ingestão de vegetais e frutas e inatividade física; iv) Adesão aos rastreios e ações de diagnóstico precoce; v) Cultura de participação ativa 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 ATIVO .15. **ENVELHECIMENTO ATIVO**, 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 proteção social.

- Este grupo é heterogéneo, o que deve ser considerado nas estratégias a desenvolver: idoso ativo; 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 refletem 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;
- O cancro e as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte. 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 fatores de grande vulnerabilidade;
- As intervenções devem basear-se nos princípios da autonomia, participação ativa, auto-realização e dignidade da pessoa idosa. Desenvolvem-se no contexto familiar; nos locais de trabalho e lazer; na comunidade; nas instituições de acolhimento (p. ex., lares).

- MORRER COM DIGNIDADE .16. **MORRER COM DIGNIDADE**. Considera-se **doente em fase terminal da vida** (DeFTV) quando o estado clínico indicia uma aproximação da morte, sendo a decisão clínica fundamentalmente dirigida para o alívio de sintomas.

- O DeFTV deve ser cuidado com compreensão afetiva 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).

ESTRATÉGIAS E RECURSOS PARA A PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE

.17. Identificam-se como **estratégias e recursos** para a promoção de contextos favoráveis à saúde:

- **Gestão estratégica e partilha da operacionalização** entre vários setores, com capacidade para planear e mobilizar instituições e organizações sociais (p. ex., Conselhos da Comunidade dos ACES), integração de serviços (p. ex., rastreios nas escolas) e modelos de financiamento e utilização de recursos comuns;
- **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 setores** que promovam a partilha de responsabilidade e fomentem sinergias e otimização dos



recursos. Incluem sistemas de avaliação, comunicação e referência (p. ex., entre a escola e os cuidados de saúde);

- **Programas multissetoriais**, capazes de estabelecer diagnósticos, potencialidade e referências facilitadoras da intervenção, articulação e integração de atividades, com reforço de parcerias multidisciplinares;

- **Gestão do conhecimento multissetorial/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;

QUADRO 4.2.4. - RECURSOS PARA A PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE:

- Gestão estratégica e operacionalização partilhada entre vários setores;
- Normas para a avaliação de necessidades e intervenções multissetoriais;
- Normas e protocolos de colaboração e articulação entre instituições e setores;
- Programas multissetoriais;
- Gestão do conhecimento multissetorial/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.

- **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 deteção e sinalização, vigilância epidemiológica, entre outros;
- **Identificar características promotoras e protetoras da saúde**, para cada contexto;
- **Integrar ações entre setores** (p. ex., escola e saúde), de modo a evitar a fragmentação de cuidados e promover a sinergia entre estes.

- **Comunicação, formação e capacitação intersetorial 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.



QUADRO 4.2.5. - GANHOS ESPERADOS PELA 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 intersetorial e partilha de responsabilidades na definição de políticas e ações;
- iii) Valorização dos agentes do SdS como parceiros, integrando os setores social, privado e da saúde e os contextos familiar, laboral, escolar;
- iv) Redução da carga de doença como resultado do investimento efetivo, personalizado e alinhado entre agentes.

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 intersetorial 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;
- ix) Valorização da responsabilidade social das instituições e dos seus profissionais.

A NÍVEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

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

A NÍVEL DO CIDADÃO:

- xiii) Cultura de saúde e bem-estar valorizada, de forma coerente, alargada e integrada, em todos os contextos de vivência, com maior apoio ao seu desejo de viver de forma saudável.



QUADRO 4.2.6. - AMEAÇAS À PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA:

A NÍVEL DA SOCIEDADE:

- i) Falta de percepção quanto às limitações que decorrem das ações não articuladas e coerentes entre setores;
- ii) Sociedade deslumbrada com os avanços tecnológicos e que desvaloriza os comportamentos salutogénicos;
- iii) Orientação da sociedade em direção à criação de riqueza económica, em contexto de elevada competitividade, que desvalorize a saúde, qualidade de vida e o bem-estar como finalidade social pelo menos igualmente importante.

A NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA:

- iv) Não capacitação e/ou empoderamento das instituições para a concretização de estratégias locais de saúde;
- v) Baixo investimento em ações individualizadas e integradas, nos contextos de vivência;
- vi) Instabilidade na disponibilidade e capacidade dos profissionais e alterações não articuladas nas políticas e prioridades.

A NÍVEL INSTITUCIONAL:

- vii) Resistência em assumir a partilha de responsabilidades em contextos de outros setores;
- viii) Dificuldade em medir o impacto a médio/longo prazo das ações multissetoriais no estado de saúde da população;
- ix) Falta de incentivo à partilha de recursos, mecanismos de gestão, informação e conhecimento entre instituições;
- x) Políticas tímidas de investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, setorializadas e não integradas.

A NÍVEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- xi) Dificuldade em partilhar linguagens e perspetivas de outros setores e de compreender o potencial impacto na saúde da ação de outros setores;
- xii) Falta de formação e de competências para o trabalho intersetorial e multidisciplinar;
- xiii) Dificuldade em integrar a relação intersetorial e multidisciplinar na gestão de caso e na gestão de risco, por falta de condições para a resposta adequada às necessidades do cidadão/família.



4.2.2. ENQUADRAMENTO

.1. O enquadramento é desenvolvido pelo CICLO DA VIDA e pelos CONTEXTOS, com a seguinte organização:

- i) Análise da situação de Saúde;
- ii) Políticas, estratégias, recursos e intervenções;
- iii) Áreas com recomendações de intervenção a considerar.

LEGAL,
NORMATIVO,
REGULAMENTAR E
ESTRATÉGICO

.2. 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 a gestão integrada da doença, através de programas e baseada em contextos (PNS 2004-2010). Os indicadores e metas do PNS 2004-2010 foram monitorizados pelo ACS (ACS, 2010, WebSIG).

CICLO DE VIDA:

- NASCER
COM SAÚDE

.3. **SITUAÇÃO DE SAÚDE** (ver QUADRO 4.2.7.):

- 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 afeções do período perinatal são a 2ª causa de Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) sensíveis aos Cuidados de Saúde e à Promoção da Saúde.

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

- **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 ações 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);
- **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.

.5. Como **estratégias e intervenções** organizadas para a promoção da saúde nesta fase do

QUADRO 4.2.7. - 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



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 acompanhamento da grávida e recém-nascido é da responsabilidade dos cuidados primários, do Médico e do Enfermeiro, 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.

.6. **Áreas com recomendações de intervenção a considerar:**

- 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 natal nestas situações.

**- CRESCER
COM SEGURANÇA**

.7. **SITUAÇÃO DE SAÚDE** (ver QUADRO 4.2.8.):

- O QUADRO 3.2.6. 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.

QUADRO 4.2.8. - 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.

.8. Como **estratégias e intervenções** organizadas para a promoção da saúde nesta fase do ciclo de vida, para além dos identificados na etapa anterior, nomeadamente as Comissões Nacional e Regionais e programas da DGS, salientam-se:

- **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).

.9. **Áreas com recomendações de intervenção a considerar:**

- Prevenção da prematuridade e baixo-peso ao nascer e cuidados adequados pós-natal 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**

.10. SITUAÇÃO DE SAÚDE (ver QUADRO 4.2.9.):

- O QUADRO 3.2.9. 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;
- Os acidentes de viação são a 1ª causa de AVPP sensíveis aos cuidados de saúde e à promoção da saúde;
- A principal causa de internamento nos jovens é a doença respiratória.

.11. 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.

.12. 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 interativo. Por ex: *Aparece* (1999) no CS da Lapa; *Olá Jovem*, no CS da Amadora (2001);
- **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 respetivo 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).

.13. Outros programas de saúde e atividades:

- **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 setor público e privado (por ex. ACS, ARS, Instituto do Desporto de Portugal). Caracteriza-se por 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).

.14. Áreas com recomendações de intervenção a considerar:

- Determinantes de saúde: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da atividade física,

| QUADRO 4.2.9. - 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. |



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**

15. SITUAÇÃO DE SAÚDE (ver QUADRO 4.2.10.):

- 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; acidente vascular cerebral, doença isquémica cardíaca (INE, 2010);
- A hipertensão arterial e a obesidade são os principais fatores de risco, também a diabetes tem vindo a aumentar (Diabetes: Factos e Números, 2010) assim como os problemas relacionados com a saúde mental.

QUADRO 4.2.10. - 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 dos 45 aos 49 anos;
Taxa de Mortalidade Prematura (<65 anos) por Doença Isquémica Cardíaca;
Taxa de Mortalidade Prematura (<65 anos) por Acidente Vascular Cerebral.

A caminho da meta:

Taxa de mortalidade dos 25 aos 44 anos;
Taxa de mortalidade dos 45 aos 64 anos.

Em sentido contrário:

Nascimentos em mulheres com 35 ou mais anos;
Mortalidade por cancro da mama feminina;
Mortalidade por cancro do 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.

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

- **Programas da DGS/ACS:** 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; 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/SICAD:** 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 direta 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;



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

.17. São **enquadramentos legais relevantes** para esta fase do ciclo de vida:

- **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).

.18. **Áreas com recomendações de intervenção a considerar:**

- 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 atividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável; sexualidade segura;
- Gestão da doença crónica.

**- ENVELHECIMENTO
ATIVO**

.19. **SITUAÇÃO DE SAÚDE** (VER QUADRO 4.2.11.):

- os tumores, as doenças cardiovasculares, respiratórias e digestivas são as principais causas de óbitos;
- Desconhece-se o nível de saúde da população institucionalizada em lares, bem como as respostas ao nível da saúde que as instituições oferecem.

QUADRO 4.2.11. - ENVELHECIMENTO ATIVO

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

Meta atingida:

Esperança de vida dos 65 aos 69 anos.

A caminho da meta:

Auto-apreciação negativa do estado de saúde (65 a 74 anos).

Em sentido contrário:

Consumo diário de tabaco dos 65 aos 74 anos;

Excesso de peso dos 65 aos 74 anos;

Obesidade dos 65 aos 74 anos.

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

- **Programa de Saúde da DGS:** Implementado em 1 ARS (Alentejo) - Programa Nacional para a Saúde dos Idosos (Circular Normativa, N^o: 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.

.21. São **enquadramentos legais relevantes** para esta 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).

.22. Como **estratégias e intervenções** organizadas com impacto na promoção da saúde nesta fase do ciclo de vida, salientam-se:

- **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);

- Grande diversidade de respostas da segurança social e do 3º setor: 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).

.23. Áreas com recomendações de intervenção a considerar:

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

CONTEXTOS PROMOTORES DE SAÚDE

.24. Na continuidade e alargamento dos contextos incluídos no PNS 2004-2010, são consideradas a família, escolas, creches, universidades, locais de trabalho, locais de desporto e recreio, locais de lazer, locais de acolhimento (lares, acolhimento de portadores de deficiência, acolhimento de crianças e mulheres em risco), prisões, comunidades (QUADRO 4.2.12.).

QUADRO 4.2.12. CONTEXTOS PROMOTORES DE VIDA SAUDÁVEL:

- Família;
- Creches, escolas, universidades;
- Locais de trabalho;
- Locais de recreação, desporto e lazer;
- Instituições de acolhimento (lares, internatos, acolhimento de portadores de deficiência, acolhimento de mulheres e crianças em risco);
- Contexto prisional;
- Comunidades.

- ESCOLAS

.25. **SITUAÇÃO DE SAÚDE (QUADRO 4.2.13.)** Mantém-se insuficiente a % de alunos com exame de saúde aos 6 e 13 anos.

.26. 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 proteção 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.

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

.28. Como **estratégias e intervenções** organizadas para a promoção da saúde no contexto da escola, salientam-se:

- O Ministério da Educação, através da **Direção-Geral da Educação** (<http://www.dgidec.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.), projetos e ações de interesse. O **Núcleo de Educação para a Saúde e Ação Social Escolar** (NESASE) apoia anualmente projetos na área da Promoção e Educação para a Saúde, tendo em 2010-2011 concorrido 803 escolas/agrupamentos (73% do total), sendo que dos projetos o principal parceiro foi o Centro de Saúde (88%), seguido das Associações de Pais (54%), 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%).

.29. São **recursos particulares de promoção da saúde** que são aplicados em contexto escolar:

- Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), integrado em estudos 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 projetos:** o INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar e o ECATD - Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Droga, sendo este uma ampliação do projeto ESPAD – *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*.

- INSTITUIÇÕES DO ENSINO SUPERIOR

.30. 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. São exemplos:

- **Serviços de Ação Social das Universidades**, de organização e responsabilidade de cada uma, na promoção da saúde e apoio médico, Medicina Geral, enfermagem, ginecologia, psicologia, psiquiatria. Por ex.: Departamento de Integração Académica, Saúde e Desporto (Universidade do Porto) (<http://sigarra.up.pt/>), com a missão de promover e organizar programas e ações de educação para a saúde, em colaboração outras entidades.

- CONTEXTO LABORAL

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

.32. São identificados como **programas de saúde específicos**:

- **A Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012** (Lei 59/2008; Lei 102/2009);

QUADRO 4.2.13. - SAÚDE ESCOLAR

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

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 atualizado, 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.



Programa Nacional de Saúde Ocupacional (2009-2012), implementado nas 5 ARSs. Têm como objetivos: 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.

**- CONTEXTO
PRISIONAL**

.33. A saúde em contexto prisional é tutelada pelo Ministério da Justiça através da Direção 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.

.34. São **enquadramentos legais promotores da saúde específicos** no contexto prisional:

- **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.

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

.36. Áreas **com recomendações de intervenção a considerar**:

- 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;
- Atividades desenvolvidas no âmbito dos programas e projetos da Direção dos Serviços Prisionais;
- Promoção da saúde em meio prisional: exemplos da alimentação saudável nos bares e cantinas das prisões e a atividade física;
- Combate à tuberculose e IST.

**- COMUNIDADES
E ESPAÇOS DE
LAZER**

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

.38. São **programas de saúde específicos** no contexto comunitário:

- Existem diversos programas e projetos de promoção e proteção da saúde desenvolvidos tanto a nível autárquico como a nível das juntas de freguesia. São exemplo a **Rede Nacional de Cidades Saudáveis** ou as **Cidades Amigas dos Idosos**;
- Programa Nacional de Saúde e Ambiente / Programa Nacional de Saúde Ambiental implementado em **3 ARSs (Norte, Centro, Algarve)**.



4.2.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A NÍVEL DA
DECISÃO
POLÍTICA

1. **Desenvolver referenciais e orientações** que incentivem as oportunidades de promoção e proteção 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.

- As orientações devem ser elaboradas de modo a **reforçar a 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, possíveis intervenções e benefícios esperados e avaliação do impacto** (p. ex., a nível do profissional e da instituição);
- Devem incluir **recomendações operacionais a concretizar pelos vários setores** 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 atualizadas orientações para a promoção da saúde e prevenção da doença para os serviços de saúde, baseados na evidência e propondo intervenções custo-efetivas, organizadas de acordo com a idade, o sexo, e fatores de risco.

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 ação integrada de outros profissionais.**

- Destacam-se as orientações dirigidas aos determinantes de saúde, fatores de risco e fatores protetores, procurando utilizar uma perspetiva 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 (<http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt>).

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 perspetiva de saúde e de segurança nos vários contextos (por exemplo, nas escolas e nas empresas), que inclua aspetos de bem-estar, conciliação e saúde mental;
- Por exemplo, a *Escola Promotora de Saúde* (Declaração de Vilnius, 2009) é uma acreditação em que a escola 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.

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 detetáveis 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 toxicodependência 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 detetáveis 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.

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

- Conhecer o potencial de saúde e de risco para a saúde associado a cada contexto;
- Medir os resultados da atividade e das intervenções com impacto na saúde;
- Analisar indicadores de saúde na perspetiva 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 aspetos particulares das doenças profissionais e acidentes de trabalho;
- A análise de indicadores de saúde sob uma perspetiva 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.



.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.

.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 ações 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 proteção 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).

.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 proteção da saúde, prevenção e tratamento da doença.

- **Fomentar proativamente a comunicação e interação entre prestadores de cuidados, agentes da comunidade, instituições, associações e cidadãos**, em articulação de cuidados e ações;
- **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 projetos 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 projetos promotores da saúde com a colaboração e parcerias dos serviços de saúde locais e de outras instituições;

- Os **sistemas de monitorização devem reforçar a perspetiva de integração e continuidade de cuidados ao longo da vida**, considerando os diferentes contextos onde o indivíduo se move. Este aspeto 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.

**A NÍVEL DAS
INSTITUIÇÕES
DE SAÚDE**

.9. Identificar os problemas de saúde e as oportunidades de promoção de saúde prioritárias no seu contexto e nível de atuação e **procurar pro-ativamente a colaboração e contribuição de instituições e recursos fora do setor da saúde em respostas sinérgicas e articuladas.**

.10. **Partilhar informação e análise sobre necessidades de saúde e potencialidades de intervenção que permita, às instituições fora da saúde e comunidades, compreenderem o seu próprio perfil de saúde, as suas necessidades específicas e priorizar estratégias locais ou específicas de saúde.**

.11. **Desenvolver atividades de formação, intervenção e colaboração intersetoriais a nível local, regional e nacional, com vista a criar sinergias, continuidade de ação e interligação entre profissionais e instituições, para resposta a necessidades de saúde.**

**A NÍVEL DAS
INSTITUIÇÕES
FORA DO
SISTEMA DE
SAÚDE**

.12. **Recolher e partilhar informação e análise sobre dados de saúde, ambiente e determinantes de saúde relativos aos profissionais, clientes e/ou grupos da população direta ou indiretamente sob influência da atividade ou responsabilidade da instituição**, de modo a se compreender as necessidades de saúde e oportunidades de intervenção nesses grupos.

.13. **Desenvolver a responsabilidade social das instituições e dos seus profissionais pela criação de oportunidades de saúde e por escolhas saudáveis, promoção de uma cultura salutogénica e pelo desenvolvimento de relações e iniciativas interinstitucionais e intersetoriais com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.**

.14. **Valorizar, partilhar e desenvolver em rede os projeto e os resultados em saúde desenvolvido por instituições fora do setor da saúde.**

**A NÍVEL DOS
PROFISSIONAIS
DE SAÚDE**

.15. **Incorporar aspetos da saúde e do bem-estar dos indivíduos e das populações na missão da sua atividade profissional, numa perspetiva de agente do sistema de saúde, com capacidade e responsabilidade por produzir e/ou proteger a saúde.**



- A NÍVEL DOS CIDADÃOS**
- .16. Criar a expectativa, valorizar e colaborar com as instituições da saúde e fora da saúde nos seus esforços de promoção da saúde e de prevenção da doença, incluindo o desenvolvimento de ações locais, regionais e nacionais da iniciativa dos cidadãos.
 - .17. Compreender o seu potencial de saúde, os determinantes de saúde e especificidades próprias associadas à sua fase de ciclo de vida e contexto, e desenvolver conhecimentos, atitudes, competências e responsabilidade que promova a saúde e previna a doença do próprio, suas famílias, comunidades e contexto em que participa.

4.2.4. VISÃO PARA 2016

As instituições conhecem o perfil de saúde dos seus profissionais, 'clientes' ou dos grupos sob sua influência (p. ex., autarquias, escolas, universidades, lares, locais de trabalho, prisões, associações desportivas, etc.). Esse perfil é elaborado com a colaboração de outras instituições, incluindo instituições da saúde (informação e análise), e tem por objetivo identificar prioridades em saúde sensíveis à intervenção no contexto da instituição,

Em cada contexto, são claramente identificadas as oportunidades de promoção da saúde e prevenção da doença da responsabilidade das instituições, incluindo as que fazem uso de recursos intersetoriais.

seja por esta, seja através de colaborações interinstitucionais e intersetoriais. Esta análise estabelece um potencial de saúde sob influência ou responsabilidade da instituição e identifica os recursos que a instituição tem para promover a saúde e prevenir a doença, incluindo protocolos de colaboração, intervenções com efetividade demonstrada, ou

recursos de outras instituições e comunitários concretos acessíveis à instituição. Estes perfis encontram-se tipificados e são desenvolvidos, de forma regular, a partir da adequação de modelos e com suporte técnico em rede, incluindo de profissionais e instituições de saúde. As instituições, ao longo do tempo, compreendem o impacto das suas políticas e ações no estado de saúde das populações sob sua influência.

Existe uma perspetiva holística adaptada ao ciclo de vida e à noção de potencial em saúde a promover e preservar. Nos vários contextos, são claros os períodos críticos e as janelas de oportunidade e seus critérios de etapas bem sucedidas. Estes incluem aspetos educacionais e comportamentais, de suporte social e critérios de sinalização, articulação e referência interprofissional, intersetorial e inter-institucional. Estes critérios, e as respetivas redes, encontram-se bem tipificadas e estabelecidas, sendo o desenvolvimento, monitorização do desempenho e avaliação promovidas por modelos de colaboração em rede. As instituições e os profissionais de saúde colaboram com estas redes em aspetos como a partilha de informação, capacitação, intervenção conjunta, consultadoria, investigação e avaliação do impacto.

As instituições colaboram e desenvolvem redes de intervenção, sinalização e articulação, com monitorização e avaliação próprias.



As instituições e os profissionais de saúde conhecem as redes e os recursos interinstitucionais, bem como os canais de colaboração com profissionais de outras instituições fora da saúde. As orientações clínicas incluem, sempre que pertinente, aspetos específicos do ciclo de vida e da articulação com outros contextos que potenciam as intervenções dos serviços de saúde. As instituições de saúde partilham informação que permitem aos vários contextos realizar os seus perfis de saúde, bem como colaboram proativamente no desenvolvimento de intervenções conjuntas com outros setores nos problemas prioritários. A resposta das instituições de saúde às necessidades de colaboração de outros setores é conhecida, avaliada e valorizada, fazendo parte da sua responsabilidade social.

As instituições e os profissionais de saúde são proativos no envolvimento de profissionais e instituições fora da saúde na intervenção sobre necessidades individuais e populacionais de saúde, bem como respondem às necessidades de colaboração nos contextos fora da saúde.

Para os principais problemas de saúde em que são esperados ganhos através da organização de respostas locais ou de proximidade, existem estratégias locais de saúde intersetoriais, cuja liderança pode ser de instituições da saúde ou fora da saúde, e que mobilizam os recursos locais, regionais e nacionais. Estas estratégias são conhecidas, avaliadas e valorizadas, devendo ser dirigidas a situações específicas, numa lógica da obtenção de ganhos em saúde.

As estratégias locais de saúde são desenvolvidas como meios de articular respostas de várias instituições e setores em torno de situações específicas, para a obtenção de ganhos em saúde.

4.2.5. BIBLIOGRAFIA

- Alto Comissariado da Saúde, WebSIG, 2010. Disponível em <http://www.websig.acs.min-saude.pt/>, consultado em 22 de Junho de 2012.
- Declaração de Vilnius : melhores escolas, escolas mais saudáveis, 2009. Disponível em http://www.dgicd.min-edu.pt/educacaosaude/data/educacaosaude/promocaoeducacaosaude/vilnius_resolucao_portugues.pdf, consultado em 22 de Junho de 2012.
- Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº 13/DGCG -2004. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>, consultada em 18 de Junho de 2012.
- Escoval A, Campos Fernandes A. Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Alto Comissariado da Saúde. 2010.
- European Report on Child Injury Prevention. OMS/Eur. 2008.
- Evolução dos Indicadores do PNS 2004-2010. ACS. Dezembro 2010.
- Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. 1980. *New Engl J Med*:330 3 130
- Lally F, Crome P. Understanding frailty. *Postgrad Med J*. 2007; 83: 16-20.
- Machado MC et al. Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Ed Bial, Porto, 2007.
- Machado MC, Couceiro L, Alves I, Almedra R, Cortes M. A Morte e o Morrer em Portugal. Ed. Almedina, 2009.



- Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponível em www.dgs.pt.
- Observatório Nacional da Diabetes. Diabetes: Factos e Números. 2010. Disponível em http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/RelatorioAnualDiabetes_2010.pdf, consultado em 22 de Junho de 2012.
- Paw M, Chin A, De Groot L et al. Inactivity and weight loss: effective criteria to identify frailty. J Nutr, health, aging. 2003; 7(1): 50-60.
- PNS em Foco. ACS. 2008.
- Portugal. Decreto Regulamentar 71/2011.
- Portugal. Decreto-Lei 125/2007, de 27 de Abril.
- Portugal. Decreto-Lei 173/2003, de 1 de Agosto.
- Portugal. Decreto-Lei 187/2007, de 10 de Maio.
- Portugal. Decreto-Lei 201/2007, de 24 de Maio.
- Portugal. Decreto-Lei 208/2001, de 27 de Julho.
- Portugal. Decreto-Lei 265/99, de 14 de Julho.
- Portugal. Decreto-Lei 281/2009, de 6 de Outubro.
- Portugal. Decreto-Lei 322/90, de 8 de Outubro.
- Portugal. Decreto-Lei 59/2008, de 11 de Setembro.
- Portugal. Decreto-Lei nº 259/2000, de 17 de Outubro, DR Nº 240 Série I-A. Portugal.
- Portugal. Decreto-Lei nº 38/2010 de 20 de Abril de 2010 - Prestações de saúde no âmbito do SNS implica o pagamento de taxas moderadoras. DR Nº 76 Série I.
- Portugal. Despacho 12045/2006, de 7 de Junho.
- Portugal. Despacho 21929/2009, de 1 de Outubro.
- Portugal. Despacho 31292/2008, de 5 de Dezembro.
- Portugal. Despacho 6961/2004, de 6 de Abril.
- Portugal. Despacho 9871/2010, de 11 de Junho.
- Portugal. Despacho 9872/2010, de 11 de Junho.
- Portugal. Lei 102/2009, de 10 de Setembro.
- Portugal. Lei 120/99, de 11 de Agosto.
- Portugal. Lei 59/2008, de 11 de Setembro.
- Portugal. Lei 60/2009, de 6 de Agosto.
- Portugal. Portaria 1319/2010, de 28 de Dezembro.
- Portugal. Portaria 1637/2007, de 31 de Dezembro.



- Portugal. Portaria 349/96, de 8 de Agosto.
- Portugal. Portaria 655/2008, de 25 de Julho.
- Programa da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal. 2006.
- The Guide to Clinical Preventive Services. U.S. Preventive Services Task Force, 2008.
- The Report on the Status of Health in the European Union. EUGLOREH, 2007. Disponível em <http://www.eugloreh.it/>, consultado em 20 de Junho de 2012.
- World Health Organization. Continuum of Care, 2010.
- World Health Organization. European strategies for social inequalities in health, 2006.
- World Health Organization. Health Promoting Health Systems, 2009.
- World Health Organization. Social determinants of health and the role of evaluation, 2010.
- World Health Organization. Women, Ageing and Health: A Framework for Action, 2007.
- Zaidi, A., Makovec, M. et al. (2006), Poverty of Elderly People in EU25, (2006) Report to the European Commission, DG Employment and Social Affairs. Disponível em http://www.euro.centre.org/data/1156245035_36346.pdf, consultado em 20 de Junho de 2012.