

Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016

4.1. Objetivo para o Sistema de Saúde - Obter Ganhos em Saúde

(JANEIRO 2012)



**Plano Nacional de Saúde
2012-2016**



4.1. OBTER GANHOS EM SAÚDE

4.1.1. CONCEITOS.....	2
4.1.2. ENQUADRAMENTO	12
4.1.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA.....	17
4.1.4. VISÃO PARA 2016.....	20
4.1.5. BIBLIOGRAFIA	21

“80% dos resultados são obtidos através da intervenção nos 20% dos problemas mais importantes.” (Princípio de Pareto)

4.1.1. CONCEITOS

QUAL A RESPONSABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE E DO PNS?

.1. **Melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos é um dos objetivos últimos de um Sistema de Saúde (SdS).**

.2. No entanto, o seu contexto é complexo, com recursos limitados, constante evolução do conhecimento e tecnologia, perfil dinâmico de necessidades em saúde (devido, p. ex., ao envelhecimento, aumento da prevalência das doenças crónicas, novas ameaças para a saúde), difícil determinação (em aspetos, como p. ex., da qualidade de vida, auto-perceção da saúde, satisfação) e sob forte influência de fatores sociais exteriores à saúde como a economia, a cultura e a situação internacional.

.3. Esta complexidade determina que seja necessário, regularmente, **definir as áreas em relação às quais uma intervenção programada resulte em mais saúde para a população.** O PNS tem essa responsabilidade: identificar os ganhos a obter, de forma a orientar o SdS, na utilização mais adequada dos recursos disponíveis.

O QUE SÃO GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE?

.4. **Ganhos em Saúde (GeS)** são entendidos como resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução.

- Expressam a melhoria dos resultados (Nutbeam D, 1998) e traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (MS, 2000).

.5. **Ganhos Potenciais em Saúde (GPS)** são os que decorrem da capacidade de intervir sobre causas evitáveis, controláveis ou rapidamente resolúveis. São calculados, considerando a evolução temporal a nível nacional, regional ou local, numa lógica de redução das desigualdades.

QUAIS AS PERSPETIVAS PARA A OBTENÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE?

.6. As perspetivas para a obtenção de GeS incluem a definição de GPS, metas, articulação com agentes, identificação de modelos de determinantes e respetivas intervenções prioritárias (QUADRO 4.1.1.).

QUADRO 4.1.1. PERSPETIVAS PARA A OBTENÇÃO DE GANHOS EM SAÚDE

- Processo de planeamento com a definição de:
 - Ganhos Potenciais de Saúde;
 - Prioridades;
 - Metas.
- Articulação entre agentes;
- Modelos de determinantes e intervenções prioritárias.

- PROCESSO DE PLANEAMENTO EM SAÚDE .7. No **processo de planeamento em saúde, a todos os níveis** (nacional, regional, local, vertical, etc.), há a responsabilidade de identificar necessidades de saúde, GPS e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis.

- Este é um processo interativo e complexo que pode ser esquematizado (QUADRO 4.1.2.):

- **DEFINIÇÃO DE NECESSIDADES EM SAÚDE**, como potencial de saúde do indivíduo ou de populações sobre as quais pode ser obtida alguma melhoria no estado de saúde;
- **IDENTIFICAÇÃO DE GPS**: identificação de áreas prioritárias suscetíveis de ação pelo SdS conducentes a ganhos;

QUADRO 4.1.2. - MODELO DE DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE



- **MODELO DE DETERMINANTES EM SAÚDE** em que se identificam, para os vários ganhos potenciais, quais os determinantes (fatores de risco, socioeconómicos, de acesso e qualidade dos serviços de saúde, etc.) com maior influência e interação entre si e com outros contextos;
- **INTERVENÇÕES DISPONÍVEIS**: a perspetiva de determinantes e de intervenções deve ser alargada e incluir uma abrangência multidisciplinar e multi-setorial;
- **ANÁLISES ECONÓMICAS**, que permitem relacionar os ganhos esperados com os recursos necessários;
- **ANÁLISE DE RECURSOS DISPONÍVEIS E DE GANHOS ESPERADOS**: Os recursos disponíveis, as redes e o alinhamento existentes entre agentes, a existência de *quick-wins*, as expectativas sociais e ganhos estratégicos noutras áreas devem ser considerados na decisão de priorização de intervenções;
- **DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES**, justificada como a combinação de intervenções capazes de obter os maiores ganhos em saúde com os recursos disponíveis;
- **INTERVENÇÃO**, correspondente à operacionalização do plano. Deve ser monitorizada e avaliado o impacto.

- CÁLCULO DE GANHOS POTENCIAIS DE SAÚDE .8. O cálculo de GPS insere-se na **estratégia de monitorização do PNS** (QUADRO 4.1.3.), com as seguintes finalidades:

- i) Identificar as áreas e subsequentemente as intervenções com maior potencial para a obtenção de ganhos em saúde, incluindo a perspetiva da redução das desigualdades;
- ii) Estabelecer a relação entre necessidades de saúde e a resposta do SdS (**adequação**) e, entre esta, e a utilização de recursos (**desempenho**);
- iii) Definir responsabilidade, objetivos, metas e intervenções dos agentes do SdS, através de modelos de determinantes;

- iv) Serem baseados na informação existente, mas parte de um processo atualizável e evolutivo.

QUADRO 4.1.3. - ESTRATÉGIA DE MONITORIZAÇÃO DO PNS

Definem-se dois conjuntos de indicadores:

- 1) **Indicadores de Ganhos em Saúde**, no âmbito do PNS, são indicadores de saúde cujo comportamento é significativamente atribuível à ação do SdS;
- 2) **Indicadores do Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema de Saúde** (recursos, ação desenvolvida pelos serviços de saúde, satisfação, etc.). Incluem-se os indicadores de continuidade do PNS 2004-10, os de GPS e outros considerados relevantes;
- 3) **Indicadores de execução das ações e recomendações do PNS 2012-2016.**

- INDICADORES PARA O CÁLCULO DE GPS

9. Os GPS apresentam uma perspetiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do SdS e sustentabilidade. No entanto, o conceito de GeS é dinâmico, dependendo da definição de saúde, de doença e de capacidade de intervenção. À medida que novos diagnósticos ou intervenções vão sendo desenvolvidos e aceites, surgem novas áreas com perspetivas de ganhos. Igualmente, a capacidade de um sistema de informação cruzar dados e características sociodemográficas ou compreender a relevância dos fatores ao longo da vida permite compreender, com maior rigor e abrangência, o impacto dos determinantes sociais e dos contextos de vida no estado de saúde e, deste modo, melhor identificar ganhos.

10. O QUADRO 4.1.4. lista os indicadores seleccionados. A metodologia de cálculo dos indicadores identificados é descrita no capítulo “Indicadores e Metas em Saúde”.

QUADRO 4.1.4. - INDICADORES DE GANHOS POTENCIAIS EM SAÚDE

GRUPO	INDICADOR	FONTE
MORTALIDADE	Número de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) - Causas evitáveis por prevenção primária; - Causas evitáveis por cuidados de saúde.	INE
MORBILIDADE	Taxa de internamento por 100 000 habitantes - Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatorio.	ACSS - GDH
INCAPACIDADE	Pensionistas de invalidez.	MTSS - CNP

- **MORTALIDADE PREMATURA** 11. O indicador de mortalidade prematura **Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP)** tem sido utilizado para avaliar a magnitude, vulnerabilidade e transcendência dos fenómenos em saúde, ou seja: o número de mortes (magnitude), o momento de ocorrência, quanto à idade do óbito, com maior destaque às ocorridas em idades mais jovens as quais, *a priori*, são evitáveis (vulnerabilidade). Por outro lado, quanto mais prematura foi a morte, maior valor social lhe é atribuído (transcendência) (Araújo E *et al*, 2009).

- **A análise dos AVPP (mortalidade prematura) por causas evitáveis** permite identificar áreas de intervenção prioritárias e com maiores ganhos potenciais em saúde;

- MORTALIDADE EVITÁVEL • O conceito de **mortalidade evitável** surgiu em 1970 nos EUA para avaliar o Estado de Saúde e o desempenho do SdS e foi adotado e adaptado por diversos investigadores que identificaram um conjunto de causas (doença, incapacidade ou morte) consideradas evitáveis por cuidados preventivos ou curativos (Rutstein D *et al*, 1976; Treurniet H *et al*, 2004; Nolte *et al*, 2004).;

• Em 2011, a OCDE comparou as duas listas mais recentes de causas de morte sensíveis aos cuidados de saúde (Nolte e McKee - NMK, 2008; Tobias e Yeh - TY, 2009), estabelecendo as principais diferenças. As opções para o cálculo de ganhos potenciais no PNS têm por base este estudo, tendo sido consideradas as causas comuns às duas listas quanto às doenças infecciosas, circulatórias, respiratórias e digestivas. Ao grupo dos tumores, acrescentou-se o do testículo e, ao das causas externas, a morte por acidente provocado durante procedimento médico ou cirúrgico. Para a *Diabetes Mellitus*, estabeleceu-se a mesma idade limite (70 anos), apesar de E. Nolte considerar evitável por cuidados de saúde adequados a morte por esta causa, quando ocorrida antes dos 50 anos.

- Seleccionaram-se assim, as seguintes causas de morte evitável, sensíveis aos cuidados de saúde: infeções intestinais, tuberculose, outras infeções (difteria, tétano, poliomielite), septicemia, tumores malignos do cólon e reto, pele, mama feminina, colo do útero e testículo, doença de *Hodgkin*, leucemia, doença da tiróide, *Diabetes Mellitus*, epilepsia, doença reumática crónica do coração, doença hipertensiva, DIC, AVC, doença respiratória, úlcera péptica, apendicite, hérnia abdominal, colelitíase e colecistite, nefrite e nefrose, complicações da gravidez, parto e puerpério, morte materna, situações originadas no período perinatal, anomalias congénitas do aparelho circulatório, acidentes em doentes durante procedimentos médicos ou cirúrgico;
- Quanto às causas de morte evitáveis por prevenção primária, consideraram-se: cancro da traqueia, brônquios e pulmão, cirrose do fígado e acidentes com veículos a motor;
- A esta lista de causas foi ainda acrescentada o **VIH-SIDA e o suicídio**, por se considerar que ações de prevenção primária e no âmbito dos cuidados de saúde podem ter impacto na sua redução;
- Esta análise identifica como idade limite para muitas causas serem consideradas evitáveis os 74 anos. Como no cálculo dos AVPP, segundo a metodologia da OCDE, estabelece os 70 anos como idade máxima, considerou-se esta última.

- INTERNAMENTOS EVITÁVEIS .12. Os **internamentos hospitalares evitáveis** refletem, também, o desempenho do SdS, permitindo, por um lado, a monitorização da morbilidade, das necessidades, das variações no acesso ou da qualidade dos cuidados primários prestados e, por outro, a alocação de recursos e a definição do tipo de intervenções com mais impacto (Billings J *et al*, 1993).

- Os internamentos hospitalares evitáveis representam um conjunto de situações que deveriam ser evitadas porque a doença ou condição foi impedida de ocorrer (prevenção primária) ou porque houve um bom acesso e acompanhamento nos cuidados de ambulatório (prevenção secundária ou terciária) (Page *et al*, 2007);
- Valores elevados de internamentos hospitalares evitáveis refletem a necessidade de se reforçar o desempenho dos cuidados de saúde primários e de ambulatório. No

entanto, existem outros fatores que influenciam aqueles valores, tais como a idade e sexo, nível socioeconómico, incidência e prevalência, acesso aos cuidados e recursos humanos, tecnológicos e físicos disponíveis (Page A *et al*, 2007);

- Os **internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório** referem-se aos evitáveis por intervenções profiláticas ou terapêuticas desenvolvidas nos Cuidados de Saúde Primários e de ambulatório. Cuidados de Saúde Primários adequados podem evitar o aparecimento de uma doença, potenciar o controlo de uma doença aguda episódica ou crónica ou evitar o internamento hospitalar.

- De entre as listagens descritas na literatura, optou-se pela do *Canadian Institute for Health Information*, que é a que mais se ajusta à informação disponível em Portugal. Inclui epilepsia e estado de grande mal epilético, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), asma, diabetes, insuficiência cardíaca e edema pulmonar, hipertensão, *angina pectoris* (0-74 anos) (CIHI, 2010).

- INCAPACIDADE .13. Para além das medidas de mortalidade e morbilidade tradicionais, os indicadores de **incapacidade** assumem um papel relevante na análise do Estado de Saúde de uma população e do desempenho do Sistema.

- O conceito de incapacidade é complexo pois reflete uma **interação entre as características físicas e mentais de uma pessoa e as da sociedade na qual está inserida**. Para além de afetar o estado de saúde, a incapacidade tem repercussões no desenvolvimento económico e social de um país;
- Incapacidade (temporária ou permanente) inclui **deficiência, limitação de atividade ou restrição de participação**. Deficiência é um problema na função ou estrutura do corpo; limitação de atividade, uma dificuldade encontrada na execução de uma tarefa ou ação; restrição de participação, um problema sentido por um indivíduo nas diversas situações da vida (WHO, 2011).
 - A **incapacidade temporária** para a realização de tarefas habituais pode ser definida como uma restrição durante um período de tempo curto da capacidade funcional habitual do indivíduo (Goffredo G *et al*, 2008). Pode ser medida, indiretamente, através de diversos indicadores provenientes de fontes administrativas (exemplo do número de dias de ausência por doença ou número de horas não trabalhadas por doença, retirados das bases de dados do MTSS) ou por auto-reporte (p. ex., INS);
 - A **incapacidade de longa duração/permanente** define-se como inaptidão para desempenhar as tarefas habituais do indivíduo durante um período de tempo prolongado ou de uma forma crónica (INS, 2006). À semelhança da incapacidade temporária, para o cálculo da incapacidade permanente podem ser tidos em consideração os dados provenientes do MTSS (exemplo dos pensionistas por invalidez absoluta ou relativa) ou do Inquérito Nacional de Saúde (INS) (auto-relatados) (Kivimaki M *et al*, 2003). No entanto, a análise do absentismo laboral por doença apresenta a limitação de apenas ter em consideração a população no ativo, pelo que deve ser complementada com outros indicadores, nomeadamente os do INS (auto-reporte). O afastamento laboral por doença medicamente comprovado, como é o caso dos pensionistas por invalidez, é um forte indicador preditor do estado de saúde.

- ESTABELECIMENTO DE PRIORIDADES .14. O PNS propõe, como base da identificação de GPS, a consideração das áreas nas quais existem maiores desigualdades entre níveis (ver secção de ENQUADRAMENTO). Assim:



- **ÁREAS PRIORITÁRIAS NACIONAIS** são identificadas como aquelas em que Portugal se encontra com maior intervalo (*gap*) relativamente a outros países com melhores valores;
- **ÁREAS PRIORITÁRIAS REGIONAIS** são aquelas em que uma região se encontra com um maior intervalo relativamente a outra com melhores valores;
- O mesmo processo se aplica na definição de **áreas prioritárias locais** ou **institucionais**, utilizando-se como referência a unidade do mesmo nível, equiparável, com melhor valor.

- ESTABELECIMENTO DE METAS .15. **Metas são definidas como expectativas de percurso e de valores a alcançar.** O

processo de estabelecimento de metas deve obedecer a regras transversais aos vários níveis (nacional, regional, local e institucional), de modo a manter a coerência e a cadeia de criação de valor entre níveis. A metodologia de cálculo de GPS e estabelecimento de metas pode ser aplicado aos vários indicadores de saúde com medições regulares, considerando estratificações sociodemográficas. Segue as seguintes etapas:

- **Projeta a tendência dos indicadores**, permitindo criar uma **expectativa da evolução, assumindo que as condições se mantêm**. Deste modo, torna-se possível procurar intervenções que melhorem o desempenho a curto, médio e longo prazo e monitorizar o seu impacto. Permite também identificar desvios do percurso projetado, estudá-los e intervir.
 - Aplicou-se, aos dados disponíveis, uma regressão exponencial como método estatístico mais adequado às características dos mesmos;
 - Dada a complexidade inerente à obtenção de resultados em saúde, a **projeção de indicadores é uma simples estimativa da continuidade da tendência da evolução desse indicador**, por vezes estratificada (por grupo etário, sexo ou região geográfica), conforme possível ou relevante.

- Identifica, num determinado nível, a unidade com melhor desempenho como **referência orientadora** (FIGURA 4.1.1.). Para unidades com responsabilidade e estrutura semelhante, esta comparação é desejável e reforça os processos de identificação de boas práticas e de redução das desigualdades.

- Este processo comparativo torna-se, também, **mais robusto** relativamente ao possível impacto de situações que possam afetar o Sistema de Saúde como um todo (p. ex., epidemias, crises socioeconómicas, alterações legislativas, inovação tecnológica e científica, etc.);

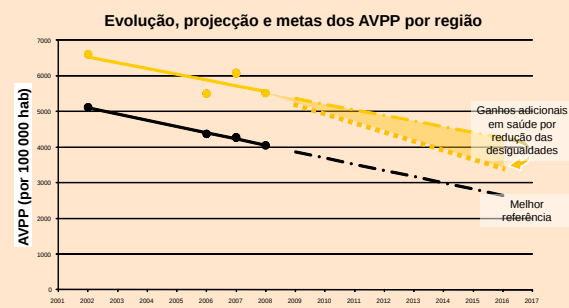
- A informação relativa aos pensionistas de invalidez apenas se encontra desagregada por distrito. Para se obter uma estimativa por ARS associou-se cada distrito à respetiva região de saúde e nos casos em que existem concelhos repartidos por ARS diferentes, estimou-se a percentagem de população (utilizada no denominador: 18-64 anos) do distrito que reside em cada um dos concelhos correspondente. Este procedimento aplicou-se nos distritos de Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Santarém e Setúbal.

- Cálculo da meta reduzindo para 50% a diferença entre o valor projetado para 2016 em cada unidade (p. ex., ARS) e a unidade de referência (melhor valor projetado para 2016). A proposta de meta nacional é o resultado de uma média do valor das unidades (p. ex. ARS) ponderada pela população do denominador (<70 anos para os AVPP e internamentos e 18-64 anos para os pensionistas de invalidez);
- As metas fixadas podem ser revistas regularmente, mantendo-se os mesmos objetivos de convergência;
- Os GPS obtêm-se somando a diferença estimada para cada ano, e em cada unidade (p. ex. ARS), de 2010 a 2106, entre a evolução esperada (valor projetado) e a evolução resultante da progressiva redução das desigualdades para 50% em 2016 (meta). Os ganhos indicados são, desta forma, cumulativos.

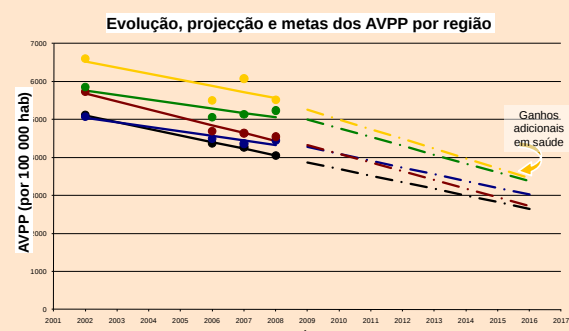
FIGURA 4.1.1. - PROCESSO DE ESTABELECIMENTO DE METAS (ILUSTRAÇÃO)

Evolução do indicador de AVPP por região de saúde.

Na primeira figura, é comparada a projeção do desempenho de uma região de saúde à que mostra melhor desempenho (neste caso, o menor valor).



Estimam-se GeS pela redução das diferenças entre regiões. Deste modo, estabelece-se um percurso esperado e fixam-se metas baseadas na convergência com o melhor valor de desempenho.

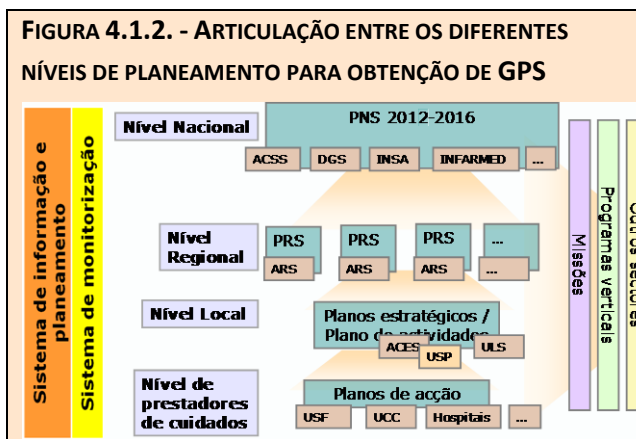


Na figura de baixo, são representados ganhos aplicando o mesmo processo a todas as unidades de um mesmo nível.

- PROCESSO DE ALINHAMENTO .16. O estabelecimento de metas a um determinado nível deve ter reflexo no estabelecimento de metas nos níveis subsidiários, garantindo que o contributo dos vários níveis seja bem identificado e valorizado, numa cadeia hierárquica (FIGURA 4.1.2.).

- As metas estabelecidas a um determinado nível ou unidade podem não ser da sua responsabilidade exclusiva. As intervenções necessárias poderão necessitar da ação de níveis acima (ações centrais ou regionais, por exemplo);

- Não obstante cada nível (nacional, regional, local), poder eleger e comprometer-se a alcançar um número limitado de metas (p. ex., através da contratualização), deverá manter a monitorização do desempenho integrado e de forma comparativa.



- DEFINIÇÃO DO MODELO DE DETERMINANTES E DE INTERVENÇÕES .17. O **MODELO DE DETERMINANTES** (FIGURA 4.1.3.) pretende estabelecer a ligação entre as áreas de maiores GPS, identificação de intervenções disponíveis e a definição de prioridades de entre as que possibilitam maior valor em saúde. É um processo que orienta, também, o âmbito de intervenção do setor da saúde, outros setores e agentes.

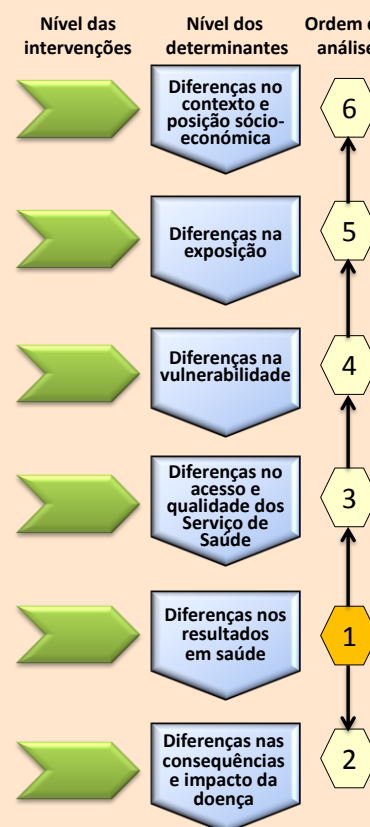
- O processo de identificação de determinantes e intervenções associadas tem como **ponto de partida a análise de diferenças nos resultados em saúde** (ponto 1);
- É relevante analisar **diferenças nas consequências e no impacto negativo da doença** (p. ex., tratamento, controlo, reabilitação, reintegração) que possam gerar perdas de saúde (ponto 2). A análise simples da história natural da doença, dos fatores associados à incidência ou ao prognóstico não é suficiente nem adequada, por si só, para a identificação de determinantes e intervenções;
- Na consideração de determinantes deve-se atender a **diferenças no acesso e qualidade dos serviços de saúde** (ponto 3), na **vulnerabilidade** (por exemplo, exclusão social, literacia) (ponto 4), na **exposição** (por exemplo, condições ambientais, de trabalho, barreiras à adoção de estilos de vida saudáveis) (ponto 5), **no contexto e posição socioeconómica** (por exemplo, rendimentos, educação, ordenamento territorial, suporte social) (ponto 6);

- Deste modo, para cada problema de saúde ou área de planeamento, deverá ser explícito o modelo de determinantes informado ou adaptado à realidade nacional, regional ou local, consoante o âmbito do plano.

18. O Sistema de Saúde tem a responsabilidade de priorizar a resposta às áreas de maiores GPS, sendo que a alocação de recursos deve ter como finalidade suportar o conjunto de intervenções capazes de obter maiores ganhos (intervenções prioritárias). Dada a limitação de recursos e complexidade do sistema, existe inevitavelmente uma limitação no número de intervenções possíveis de serem concretizadas em cada ciclo de planeamento.

FIGURA 4.1.3. -MODELO DE DETERMINANTES E DESENVOLVIMENTO DE INTERVENÇÕES

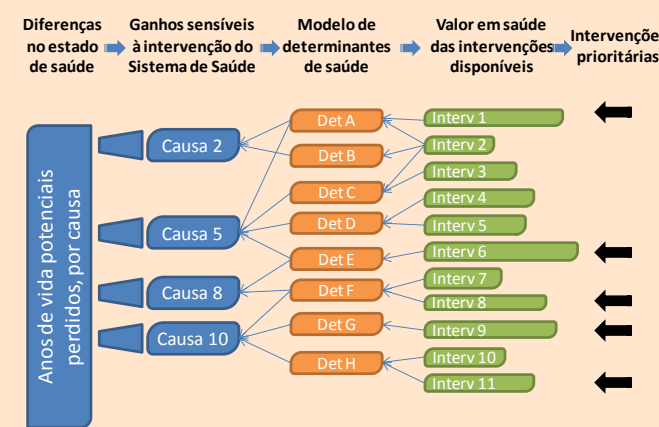
Fonte: Commission on Social Determinants of Health Priority Public Health Conditions Knowledge Network)¹



- IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS 19. O processo de seleção das intervenções prioritárias pode ser esquematizado da seguinte forma (FIGURA 4.1.4.):

- São ordenadas as **diferenças no estado de saúde** entre unidades de um determinado nível (p. ex. entre países, regiões, ACES, instituições prestadoras de cuidados, etc.);
- São **identificadas as causas passíveis de intervenção** entre as quais as sensíveis aos cuidados de saúde e à prevenção primária;

FIGURA 4.1.4. – PROCESSO DE IDENTIFICAÇÃO DE INTERVENÇÕES PRIORITÁRIAS (ILUSTRAÇÃO)



- Para cada causa, são identificados os **determinantes mais importantes para os quais existem intervenções**. Um determinante poderá associar-se a uma ou mais causas ou constituir-se como um conjunto de determinantes (p. ex., educação escolar, acesso aos

¹ Adaptado de Commission on Social Determinants of Health Priority Public Health Conditions Knowledge Network. Scoping paper: Priority Public Health Conditions. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_scoping_paper.pdf, acedido em Fevereiro de 2011.



cuidados de saúde primários);

- Como já referido, o **conceito de determinante deverá ser alargado**, por forma a incluir determinantes comportamentais, ambientais, socioeconómicos, etc., e não apenas os da responsabilidade exclusiva dos serviços de saúde;
- Uma intervenção poderá ter como objeto um ou mais determinantes, e poderá ser um conjunto de estratégias de intervenção (p. ex., conjunto de normas de orientação clínica, rastreio oncológico, campanhas de educação);
- São **analisadas as intervenções com maior retorno previsível em ganhos em saúde por custo** (consoante as dimensões mais adequadas e disponíveis, através de análises de custo-benefício, custo-efetividade, custo-utilidade, etc.), que irá depender da natureza da intervenção, mas também do facto desta ser capaz de atingir vários determinantes que, por sua vez, operam sobre várias causas relevantes;
- Os recursos disponíveis devem ser distribuídos pelas intervenções com maior retorno por custo. Estas **intervenções são consideradas prioritárias**;
- Devem ser consideradas, de forma criteriosa e transparente, outras questões estratégicas, como o histórico e os recursos já disponíveis, a necessidade de parcerias, a necessidade de criação de recursos e economia de escala, implicações estruturais a médio e longo prazo, apoio e aceitabilidade social, etc., podem interferir na decisão sobre quais intervenções devem ser consideradas prioritárias.

4.1.2. ENQUADRAMENTO

MORTALIDADE PREMATURA (AVPP)

1. Em Portugal, na última década, a **mortalidade prematura**, medida pelos AVPP, decresceu 30%. Os principais grupos de causas, em 2009, foram: i) tumores malignos; ii) causas externas; iii) doenças do aparelho circulatório; iv) algumas afeções originadas no período perinatal; v) doenças infecciosas e parasitárias; vi) doenças do aparelho digestivo; vii) doenças do aparelho respiratório; viii) anomalias congénitas e anomalias cromossómicas; ix) doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e x) doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.
2. Quando analisadas causas específicas, destacam-se, por apresentarem **maior número de AVPP**: os acidentes de transporte com veículos a motor, algumas afeções originadas no período perinatal, os tumores malignos da mama feminina e da traqueia, brônquios e pulmão, VIH-SIDA, doença crónica do fígado, suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente e as doenças cerebrovasculares e isquémica do coração.
3. Uma elevada proporção de AVPP é ainda devida a **óbitos classificados com causas indeterminadas**, como os “sintomas, sinais, exames anormais e causas mal definidas” e “tumores malignos não especificados de outra forma”. Valores excessivamente elevados sem diagnóstico definido, assim como lesões cuja intenção é indeterminada, tumores malignos de outras localizações e de localizações mal definidas ou insuficiência cardíaca comprometem a utilidade da informação e têm sido identificados como indicadores da má qualidade do preenchimento do registo da mortalidade segundo a causa (Mathers C *et al*, 2005). Esta situação vem destacar a importância da desmaterialização dos certificados de óbito, processo que está em fase avançada de implementação em Portugal.

MORTALIDADE EVITÁVEL POR PREVENÇÃO PRIMÁRIA OU POR CUIDADOS DE SAÚDE

4. De entre as **causas de morte consideradas como sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde** (QUADRO 4.1.5), identificaram-se em Portugal Continental as que registam

QUADRO 4.1.5. - TAXA PADRONIZADA DE ANOS DE VIDA POTENCIAL PERDIDOS (POR 100 000 HABITANTES) POR CAUSAS SENSÍVEIS À PREVENÇÃO PRIMÁRIA OU A CUIDADOS DE SAÚDE, EM PORTUGAL CONTINENTAL, REFERENTE AO ANO DE 2009.	
CAUSA DE MORTE	TAXA DE AVPP
Acidente de transporte com veículos a motor	241,7
Algumas afeções originadas no período perinatal	236,3
Tumor maligno da mama feminina	159,7
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	144,4
VIH/SIDA	128,5
Doença crónica do fígado	128,5
Suicídio	123,8
Doenças cerebrovasculares	119,9
Doença isquémica do coração	105,9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	86,6
Pneumonia	58,5
Tumor maligno do colo do útero	40,3
<i>Diabetes Mellitus*</i>	40,0

* Segundo os critérios de Ellen Nolte (2004) a morte por Diabetes Mellitus apenas é evitável por cuidados de saúde adequados quando ocorrida antes dos 50 anos. Neste caso considerámos como idade limite os 70 anos.

Fonte: INE, 2011

maior número de AVPP: acidentes com veículos a motor, algumas afeções originadas no período perinatal, tumores malignos (com especial relevância para a mama feminina, traqueia, brônquios e pulmão, cólon, reto e ânus e colo do útero), doença crónica do fígado e doenças

cerebrovasculares e isquémica do coração. Estão associadas à prevenção primária, nomeadamente consumo de tabaco e álcool ou a cuidados de saúde adequados, como acesso, controlo dos fatores de risco e tratamentos em tempo útil.

**GANHOS
POTENCIAIS EM
SAÚDE POR
REDUÇÃO DA
MORTALIDADE
EVITÁVEL
- A NÍVEL
NACIONAL**

5. Numa ótica de cálculo de ganhos potenciais por comparação com outros países (unidades de comparação) e redução das desigualdades, os valores de Portugal devem ter como referência outros países. O quadro seguinte compara os AVPP por causas sensíveis à promoção primária e a cuidados de saúde em Portugal e nos países da UE que integram a OCDE, referente ao ano de 2007. As causas listadas encontram-se ordenadas, de forma decrescente, pela diferença entre os dois grupos estudados, ou seja, as que apresentam maior potencial de melhoria em Portugal. A estas causas acrescentaram-se o VIH-SIDA e o suicídio, por se considerarem passíveis de ações de prevenção primárias e/ou secundária. O suicídio e a doença isquémica cardíaca apresentam melhores resultados em Portugal do que a média dos 5 melhores valores dos países analisados. No entanto, o suicídio tem registado uma tendência crescente entre 2000 e 2009.

QUADRO 4.1.6. – ORDENAÇÃO DA TAXA PADRONIZADA DE AVPP (POR 100 000 HAB.) POR CAUSAS SENSÍVEIS À PREVENÇÃO PRIMÁRIA E A CUIDADOS DE SAÚDE SELECIONADOS (PORTUGAL CONTINENTAL E PAÍSES DA UE QUE INTEGRAM A OCDE, DADOS REFERENTES AO ANO DE 2007).

CAUSA DE MORTE	PORTUGAL	MÉDIA 5 MELHORES PAÍSES DA UE	DIFERENÇA PT-UE
VIH-SIDA	166	2	164
Acidentes de transporte terrestre	298	182	116
Doença crónica do fígado	144	52	92
Doenças cerebrovasculares	127	69	58
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	85	56	29
Pneumonia*	48	19	29
Algumas afeções originadas no período perinatal	186	148	28
Tumor maligno da mama feminina	164	145	19
Tumor maligno do colo do útero	35	16	19
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	141	125	16
<i>Diabetes Mellitus</i>	40	25	15
Doença isquémica do coração	124	153	- 29
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	114	152	- 38

NOTA: Os valores de 2007 dos países da UE que integram a OCDE representam o último ano disponível na base de dados OECD Health Data 2010.

* Os dados da OCDE são para Pneumonia ou *Influenza*. Os valores atribuídos à *Influenza* são muito reduzidos, não influenciando as taxas.

Fontes: INE, Fevereiro 2011 (taxas para Portugal Continental) e OECD Health Data, Junho 2010.

6. Pelo processo descrito na secção de CONCEITOS, identificam-se os seguintes ganhos e metas a nível nacional e regional (QUADRO 4.1.7.) para a mortalidade evitável por causas sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde:

QUADRO 4.1.7. – TAXA PADRONIZADA DE AVPP (POR 100 000 HAB.) POR CAUSAS SENSÍVEIS À PREVENÇÃO PRIMÁRIA E A CUIDADOS DE SAÚDE (REGIÕES DE SAÚDE, DADOS REFERENTES A 2009)

CAUSA DE MORTE	META PROPOSTA E GANHOS CUMULATIVOS ESTIMADOS 2016	CONTINENTE	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
VIH-SIDA	<i>Meta</i>	45,0	36,8	27,1	61,8	26,2	64,0
	Ganhos	241,5	25,2	1,5	94,3	VR	120,5
Acidentes de transporte terrestre	<i>Meta</i>	100,1	73,8	114,1	108,6	133,9	162,1
	Ganhos	620,5	VR	100,8	97,2	158,9	263,6
Doença crónica do fígado	<i>Meta</i>	93,6	103,5	86,0	73,8	80,3	215,6
	Ganhos	612,7	101,8	37,9	VR	21,8	451,2
AVC	<i>Meta</i>	59,1	56,7	53,9	62,2	75,5	55,8
	Ganhos	93,5	1,4	VR	19,6	70,6	1,9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	<i>Meta</i>	77,1	70,5	78,6	78,2	79,3	114,5
	Ganhos	232,8	VR	28,2	26,9	30,6	147,1
Pneumonia	<i>Meta</i>	31,0	22,6	33,7	36,7	39,4	36,5
	Ganhos	191,1	VR	38,5	48,8	58,8	45,0
Situações originadas no período perinatal	<i>Meta</i>	174,3	141,4	144,5	215,5	220,3	175,5
	Ganhos	560,8	VR	10,7	156,4	275,7	118,0
Tumor maligno da mama feminina	<i>Meta</i>	118,3	108,6	100,5	135,6	118,4	124,1
	Ganhos	291,6	27,3	VR	122,6	61,2	80,5
Tumor maligno do colo do útero	<i>Meta</i>	18,9	16,8	20,2	10,5	63,8	52,4
	Ganhos	111,4	6,4	9,7	RV	53,4	42,0
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	<i>Meta</i>	131,7	134,0	117,1	137,3	97,8	156,9
	Ganhos	532,4	126,3	64,5	137,3	VR	204,3
<i>Diabetes Mellitus</i>	<i>Meta</i>	18,7	15,3	20,7	19,8	38,1	10,5
	Ganhos	177,9	15,0	35,4	30,8	96,7	VR

* Os ganhos são cumulativos ao longo dos anos de vigência do PNS (2012-2016) VR, Valor de referência

Fonte: Elaborado a partir dos dados disponibilizados pelo INE

- A NÍVEL REGIONAL .7. O QUADRO 4.1.8. identifica as causas de morte responsáveis por taxas padronizadas de AVPP (por 100 000 habitantes) mais elevadas em Portugal Continental e respetivos números de ordem nas Regiões de Saúde.

QUADRO 4.1.8. – TAXA PADRONIZADA DE AVPP (POR 100 000 HAB.) POR CAUSAS SENSÍVEIS À PREVENÇÃO PRIMÁRIA E A CUIDADOS DE SAÚDE (REGIÕES DE SAÚDE, DADOS REFERENTES A 2009)												
CAUSA DE MORTE	CONTINENTE		NORTE		CENTRO		LVT		ALENTEJO		ALGARVE	
	ORD.	TAXA	ORD.	TAXA	ORD.	TAXA	ORD.	TAXA	ORD.	TAXA	ORD.	TAXA
Acidente de transporte com veículos a motor	1	241,7	2	167,1	1	301,8	2	247,1	1	414,6	1	438,4
Algumas afeções originadas no período perinatal	2	236,3	1	213,1	2	153,7	1	281,4	2	334,6	3	187,8
Tumor maligno da mama feminina	3	159,7	5	141,5	4	134,1	3	187,6	5	150,4	4	185,0
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	4	144,4	3	160,1	6	102,4	4	150,2	7	102,9	6	180,8
Doença crónica do fígado	5	128,5	4	150,1	3	135,9	7	97,7	6	119,0	5	181,1
Doenças cerebrovasculares	6	119,9	6	105,1	5	113,9	6	132,5	4	157,6	7	129,6
Doença isquémica do coração	7	105,9	8	68,0	10	53,4	5	138,7	3	249,3	2	207,2
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	8	86,6	7	80,3	7	89,4	8	89,0	8	93,0	8	103,7
Pneumonia	9	58,5	9	49,9	9	53,8	9	65,2	10	56,7	9	83,2
Tumor maligno do colo do útero	10	40,3	10	29,7	12	41,9	11	41,0	9	78,4	10	81,5
Anomalias congénitas do aparelho circulatório	11	37,9	11	28,8	8	54,6	10	43,6	11	50,1	24	0,0
Septicemia	12	27,4	12	28,3	18	12,0	12	31,3	14	30,9	12	42,3
Leucemia	13	25,0	14	17,5	11	45,2	13	26,4	19	7,9	13	29,0
Nefrite e nefrose	14	18,3	13	19,6	17	13,2	14	16,9	15	23,0	14	27,6
Epilepsia	15	16,5	15	17,3	13	26,3	17	9,3	12	43,1	24	0,0
Diabetes Mellitus [0-49 anos]	16	12,1	18	10,2	19	11,3	16	12,2	13	37,2	19	5,0
Tuberculose	17	10,0	16	10,8	23	3,1	15	13,0	21	6,5	18	9,0
Acidente em doentes durante procedimento médico ou cirúrgico	18	8,4	17	10,4	15	16,2	19	5,0	23	1,0	22	3,3
Doenças hipertensivas	19	7,7	19	8,6	20	10,4	20	4,9	20	6,5	16	13,9
Tumor maligno do testículo	20	7,4	24	2,4	14	20,0	18	8,3	25	0,0	24	0,0
Fonte: INE, 2011												

INTERNAMENTOS SENSÍVEIS A CUIDADOS DE AMBULATÓRIO .8. Na última década (2000-2009) tem-se, também, registado um decréscimo da taxa de internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório por 100 000 habitantes (QUADRO 4.1.9.), passando de 29,7 para 28,3 (decréscimo relativo de 4,7%).

.9. Em 2009, as principais causas de internamentos evitáveis por cuidados de ambulatório adequados foram a diabetes, asma e doença pulmonar obstrutiva crónica. Entre 2000 e 2009 os internamentos por diabetes foram os únicos a registar um aumento relativo (3%). Por oposição, a hipertensão arterial e a *angina pectoris* registaram, no mesmo período, decréscimos expressivos.



QUADRO 4.1.9. - TAXA PADRONIZADA DE INTERNAMENTOS (POR 100 000 HAB.) POR CAUSAS SENSÍVEIS A CUIDADOS DE AMBULATÓRIO EM PORTUGAL CONTINENTAL (2000-2009)

Causas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Diabetes Mellitus</i>	34,3	38,9	39,7	39,4	39,9	39,3	35,9	38,3	37,1	30,0
<i>Asma</i>	39,9	39,8	36,4	35,5	34,6	30,4	36	29,8	28,6	29,5
<i>DPOC</i>	35,2	35,4	34,2	34,2	29,3	32	27,5	31,7	30,6	29,4
<i>Epilepsia e grande mal</i>	29,7	30,3	30,2	31,4	27,9	30,8	29,2	29	31,4	28,3
<i>Insuf. cardíaca</i>	28,5	27,6	27,3	24,9	26,4	26,3	27,5	29,9	28,3	27,9
<i>Angina pectoris</i>	37,5	33,3	27,1	24,9	24,8	22,3	23,1	28,1	28,8	23,3
<i>Hipertensão</i>	20,6	20,5	17,9	16,7	14,9	14,7	14,5	14,4	13,6	11,3

Fonte: Elaborado a partir das bases de dados dos GDH, ACSS.

.10. Pelo processo descrito na secção de CONCEITOS, identificam-se os seguintes ganhos e metas a nível nacional e regional (QUADRO 4.1.10.) para os internamentos sensíveis aos cuidados de ambulatório:

QUADRO 4.1.10. - META PROPOSTA E GANHOS ESTIMADOS* PARA 2016 PARA A TAXA PADRONIZADA DE INTERNAMENTOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE AMBULATÓRIO (/100 000 HAB.)

CAUSA DE INTERNAMENTO SENSÍVEL AOS CUIDADOS DE AMBULATÓRIO	META PROPOSTA E GANHOS CUMULATIVOS ESTIMADOS 2016	CONTINENTE	NORTE	CENTRO	LVT	ALENTEJO	ALGARVE
<i>Diabetes Mellitus</i>	Meta	25,5	19,4	25,8	25,7	52,6	45,0
	Ganhos	236,9	VR	22,3	22,2	105,6	86,8
<i>Asma</i>	Meta	20,1	16,9	28,5	17,3	20,7	37,4
	Ganhos	123,8	VR	40,4	0,5	13,1	69,8
<i>DPOC</i>	Meta	17,9	19,1	19,3	16,9	17,5	11,2
	Ganhos	95,9	27,1	28,0	19,5	21,3	VR
<i>Epilepsia e grande mal</i>	Meta	25,2	27,2	24,6	20,9	24,3	46,3
	Ganhos	131,3	21,8	12,8	VR	11,7	85,0
<i>Insuficiência Cardíaca</i>	Meta	25,3	21,1	25,8	29,5	25,1	25,1
	Ganhos	72,9	VR	16,5	28,5	13,9	14,0
<i>Angina pectoris</i>	Meta	16,4	10,2	36,4	10,9	22,7	32,1
	Ganhos	206,8	VR	87,2	1,0	43,5	75,1
<i>Hipertensão</i>	Meta	6,4	4,8	7,9	6,5	8,6	11,4
	Ganhos	51,4	VR	9,3	5,4	13,5	23,2

* Os ganhos são cumulativos ao longo dos anos de vigência do PNS (2012-2016)

VR, valor de referência.

Fonte: Elaborado a partir das bases de dados dos GDH

INCAPACIDADE

.11. Entre 2000 e 2009, o número de **pensionistas por invalidez** na população dos 18 aos 64 anos (por 100 000 hab.) decresceu 23,9%, passando de 55,6% para 42,3%.

4.1.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A NÍVEL DA
DECISÃO
POLÍTICA

- .1. **As áreas identificadas como as de maiores potenciais ganhos em saúde devem ser alvo de análise de modelos de determinantes e de identificação de intervenções com relação custo-benefício** que permita alocar recursos e investimento para a obtenção desses ganhos.
 - Este processo deve ter referenciais nacionais e, sempre que pertinente, adaptações regionais e/ou locais;
 - Estes modelos de estratégia nacional, alinhada com os planos regionais de saúde das ARS e com os planos locais como por ex. dos ACES, devem incluir:
 - Fatores de risco/determinantes e impacto nos resultados;
 - Intervenções disponíveis e análise custo-benefício;
 - Estratégias alternativas (multisetoriais, se pertinente) e oportunidades e limitações;
 - Ganhos potenciais e recursos necessários;
 - Indicadores de monitorização;
 - Avaliação de impacto;
 - Implicações para as normas de orientação clínica.
 - Sempre que possível e relevante, devem-se integrar as ações que tenham com alvo vários determinantes;
 - As intervenções devem, desejavelmente, encontrarem-se integradas nas instituições, fazendo uso dos seus recursos, e não constituírem estruturas verticais. São exceção, situações bem identificadas ou pontuais, como: necessidade de resposta rápida (epidemias, catástrofes); dirigidas a grupos específicos (crianças e jovens, idosos); para reformas pontuais (urgências); ou a necessidade de competências especiais (When do vertical programmes have a place in health systems? Atun A, Bennett S, Duran A, WHO 2008);
 - Estas intervenções devem ser muito bem definidas no seu âmbito, modelo de governação e envolvimento, período, processo de informação, monitorização e avaliação de impacto, bem como quanto aos ganhos esperados a nível nacional, regional ou local, como pertinente.
 - Sempre que possível e pertinente, os ganhos esperados devem ser decompostos em objetivos e metas de desempenho locais e institucionais, que ajudem a mobilizar e organizar as instituições e estratégias locais de saúde (p. ex., equipas interinstitucionais, contratualização interna, etc.);
 - Deve ser, sempre que possível e pertinente, assumida uma perspetiva de Sistema de Saúde, procurando-se reforçar a capacidade e o mandato dos agentes envolvidos, o contributo dos diferentes agentes interessados (p. ex., sociedades científicas, associações de doentes e profissionais), o trabalho em rede e a disseminação de boas práticas;
 - Promover o trabalho em rede e em integração com outras instituições, entre vários níveis e multisetorial sempre que pertinente;
 - Avaliar o impacto dos serviços e intervenções institucionais. A avaliação deve ser previamente definida, baseada em modelos explícitos que permitam a disseminação de boas práticas, o *benchmarking* e a valorização do contributo institucional na obtenção de ganhos em saúde.
- .2. Devem ser fixadas **metas e objetivos, com as regiões e com as instituições, que incluam o desempenho, os instrumentos de planeamento e a expectativa da obtenção de ganhos em saúde**, de modo a valorizar estes aspetos na contratualização e distribuição de recursos, e de modo a alinhar e articular as instituições e os profissionais no sentido da obtenção dos ganhos

em saúde identificados.

- Os **planos regionais, locais e institucionais devem fazer referência, nos seus objetivos, às metas e atividades destinados a efetivar a orientações do PNS** e de outros planos, programas e políticas de saúde, aos vários níveis, de modo a estabelecer-se o respetivo grau de atribuição entre a atividade institucional e os ganhos observados;
- Os **processos de contratualização e fixação de objetivos e metas, aos vários níveis, devem ser bem informados e fundamentados**, de preferência com informação longitudinal e comparada; análises de desempenho das próprias instituições e instituições de referência; boas práticas e recomendações para as instituições; planos de envolvimento das instituições em redes, estratégias locais ou projetos de intervenção; planos de monitorização; de modo a empoderar das instituições na obtenção de ganhos adicionais de saúde e na melhoria do desempenho. Deve ser conhecida e analisada a forma com os processos de contratualização ajudam as instituições a melhorar o seu desempenho e a obterem ganhos em saúde.

.3. Devem ser criadas as condições para que os diversos **sistemas de informação permitam a interoperabilidade entre sistemas e a monitorização e avaliação.**

- A capacidade de identificar áreas com ganhos potenciais em saúde depende da informação disponível para análise. É prioritário o acesso sistematizado e atempado de dados relativos a:
 - Mortalidade e morbilidade desagregada por fatores de risco e determinantes, incluindo determinantes sociais;
 - Morbilidade, fatores de risco e determinantes por indivíduo, independentemente do ponto de contacto com o Sistema de Saúde, e caracterizando a experiência de saúde ao longo da vida;
 - Morbilidade, para o cálculo de incidência e prevalência de incapacidade temporária e permanente segundo a causa, fatores de risco e determinantes;
 - Sobrevivência de cancro aos 5 anos, a nível nacional.
- Deve-se realizar o INS em 2013-14.

.4. A **qualidade da informação deve ser sistematicamente melhorada**, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais, com os seguintes objetivos:

- Desenvolver o processo de redução do erro e variabilidade na classificação dos eventos;
- Eliminar o duplo registo;
- Reduzir o registo de situações mal definidas.

.5. Os **Planos Regionais das cinco Regiões de Saúde devem alinhados entre o Plano Nacional** e os planos locais e a implementação das estratégias deve seguir a orientação das áreas consideradas prioritárias, a nível nacional.

- As ARS devem definir áreas regionais de potenciais ganhos em saúde, identificadas de entre as que, em cada região, mostram diferenças significativas para a região com melhores resultados;
- O processo de identificação de GPS e de definição de metas locais deve estar articulado com o processo utilizado na definição de metas regionais e nacionais.

.6. As instituições devem-se habilitar para **compreender a sua capacidade de contribuir para ganhos em saúde, ao nível do seu mandato e a níveis superiores** (local, regional e nacional), como forma de promoverem o seu valor e o valor dos seus profissionais.

- Deverá ser possível compreender o contributo das instituições para a obtenção de ganhos



adicionais, bem como avaliar e disseminar as suas práticas;

- **Os sistemas de informação das instituições devem-se articular e permitir um sistema integrado de informação**, que promova a monitorização da adequação e do desempenho das instituições, e a obtenção de ganhos em saúde.

.7. As instituições devem **adotar e maximizar o efeito das recomendações, orientações e políticas dirigidas à obtenção de ganhos em saúde**, seja no âmbito do seu mandato, sejam colaborando com outras instituições, dentro e fora da saúde.

.8. As instituições devem promover a **orientação de recursos internos no sentido da obtenção de ganhos de saúde em áreas prioritárias a partir de intervenções com custo-benefício demonstrado ou investigação de intervenções consideradas promissoras**.

- Assume particular importância a promoção da formação dos profissionais, o trabalho em equipa, os processos de melhoria contínua da qualidade, a contratualização interna, a investigação e os processos de monitorização e avaliação do desempenho.

A NÍVEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

.9. **Assegurar registos de elevada qualidade**, compreendendo o seu valor, não apenas para o cuidado direto, continuado e multidisciplinar do cidadão, mas também para a informação, organização e desempenho do Sistema de Saúde.

.10. Promover a **melhoria contínua do desempenho nas áreas e intervenções consideradas prioritárias**.

- Considerar a **formação avançada, multidisciplinar e aplicada**, segundo o contexto, associada a indicadores mais específicos e locais de adequação e desempenho dos profissionais.

.11. **Desenvolver, investigar, avaliar e disseminar estratégias inovadoras** para situações e contexto específicos no âmbito das áreas consideradas como prioritárias.

- Através de modelos abrangentes de determinantes e de intervenção, dever-se-á considerar o **trabalho multidisciplinar e inter-institucional**, sempre que pertinente, como forma de integrar recursos e criar sinergias para a inovação e reforço da capacidade do Sistema de Saúde.

A NÍVEL DOS CIDADÃOS

.12. **Mobilizar-se, aos vários níveis, em torno das áreas onde existem atrasos e perdas acrescidas de saúde**, como **desígnios sociais**, sendo muitos sinais ou resultados de desigualdades socioeconómicas, educacionais ou de suporte familiar e social.

- Subjacente ao processo de cálculo de ganhos e metas do PNS está a redução das desigualdades, sejam geográficas ou outras, pelo que a obtenção desses ganhos poderão ser encarados como imperativos sociais, que deverão mobilizar os recursos políticos, institucionais e da sociedade civil.



4.1.4. VISÃO PARA 2016

As áreas de potenciais ganhos em saúde são motivo de foco e alinhamento a todos os níveis. Há uma estratégia articulada do setor da saúde e de outros setores. Os indicadores de estrutura, processo, resultados intermédios e finais demonstram esses esforços, premiando a capacidade do Sistema de Saúde em convergir as suas ações para o desenvolvimento económico e de bem-estar social.

Portugal aproxima-se dos melhores valores europeus nas áreas identificadas como de potenciais ganhos em saúde

Existem modelos conceptuais abrangentes e concretos nas áreas identificadas e seus determinantes. Foram implementadas as intervenções possíveis, custo-efetivas, com base em recomendações estratégicas nacionais que incorporam evidência nacional e internacional. Está bem definido o seu impacto, intervenções e recursos necessários, monitorização e avaliação. Têm uma perspetiva de integração, alinhamento e capacitação do Sistema de Saúde, evitando intervenções pontuais, não sustentáveis ou não integradas. Reconhecem a partilha de determinantes e de estratégias de intervenção. Existe um mapeamento das políticas e estratégias nacionais, regionais e locais, dos indicadores e das avaliações de impacto num trabalho contínuo de ajuda à decisão, contratualização e estratégias locais de saúde, a todos os níveis.

Existem recomendações nacionais que definem as estratégias custo-efetivas para as áreas identificadas de potenciais ganhos

Os Planos Regionais de Saúde assim como os Planos Locais estão alinhados com a estratégia nacional e contribuem, de forma articulada para o cumprimento das metas nacionais. As regiões desenvolveram ainda estratégias específicas nas áreas identificadas como de potenciais ganhos regionais e definiram o seu impacto, intervenções e recursos necessários, monitorização e avaliação. Existe um mapeamento das políticas e estratégias regionais e locais, dos indicadores e das avaliações de impacto.

As regiões desenvolvem estratégias específicas nas áreas identificadas como de potenciais ganhos regionais e definem o seu impacto, intervenções e recursos necessários, monitorização e avaliação

Cada instituição identifica oportunidades de intervenção e de melhoria do acesso, qualidade e envolvimento do cidadão. Esta é a base da proposta de serviços e intervenções na contratualização, considerando também a perspetiva de sustentabilidade. As instituições promovem e inserem-se em redes, parcerias e estratégias locais de saúde, como forma de capitalizar ganhos e sinergias inter-institucionais e intersetoriais. Monitorizam o impacto das suas ações, sendo valorizadas pelo contributo que prestam. Intervenções de elevado impacto são propostas como boas práticas e o seu modelo disseminado. Os cidadãos e os profissionais sentem o valor das instituições na obtenção desses ganhos.

As instituições articulam esforços, monitorizam intervenções e avaliam o impacto da sua atividade

Existe uma perspetiva de integração e desenvolvimento dos sistemas de informação, no sentido de capacitarem os vários níveis de decisão a identificarem ganhos potenciais em saúde, intervenções prioritárias e monitorizarem a atividade e desempenho. Esta perspetiva assenta num plano de desenvolvimento dos sistemas de informação, revisto anualmente, resultado do envolvimento das várias partes interessadas. A fiabilidade dos sistemas de informação permite a reformulação de políticas e prioridades e a melhoria da qualidade da decisão, do desempenho e da monitorização do Sistema de Saúde. Constrói-se, progressivamente, uma melhor compreensão e capacidade de mobilização social e das instituições em torno de objetivos e determinantes, ao se tornar claro a influência destes na saúde, na economia e no potencial de bem-estar dos cidadãos.

Sistemas de informação integrados capacitam o planeamento, a decisão e a monitorização do desempenho do SdS

4.1.5. BIBLIOGRAFIA

- Araújo E, Costa M, Hogan V, Mota E, Oliveira N, Araujo T. Race/skin color differentials in potential years of life lost due to external causes. Rev Saúde Pública 2009;43(3): 1-7.
- Atun A, Bennett S, Duran A. When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? WHO 2008.
- Billings J, Zeital J, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. Health Affairs 1993; 12(1): 162-173.
- CIHI. Canadian Institute for Health Information 2010 Disponível em <http://www.cihi.ca> .
- Commission on Social Determinantes of Health Priority Public Health Conditions Knowledge Network. Scoping paper: Priority Public Health Conditions, adaptado de. Disponível em http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_scoping_paper.pdf, acedido em Fevereiro de 2011.
- Goffredo G. Incapacidade Temporária para actividades habituais: relação com a pressão arterial e o uso de terapia farmacológica anti-hipertensiva no estudo Pró-saúde. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.
- Graça L. Auto-percepção do Estado de Saúde da população trabalhadora (acedido a 22 de Fevereiro de 2011). Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos150.html> .
- INE (acedido a 22 de Fevereiro de 2011). Disponível em www.ine.pt .
- Inquérito Nacional de Saúde, INE. 1996.
- Inquérito Nacional de Saúde, INE. 1999.
- Inquérito Nacional de Saúde, INE. 2006.
- Kivimaki M, Head J, Ferrie J, Shipley M, Vahtera J, Marmot M. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. BMJ 2003; 327:327-364.
- Mathers C, Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez A. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull WHO 2005;83(3):171-7.
- Nolte E, McKee M. Measuring the Health of the Nations: Updating and Earlier Analysis. Project HOPE – The people to people health foundation. 2008.
- Nolte E, McKee M. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. London: The Nuffield Trust; 2004. 138 p.
- Nutbeam D (1998) Health promotion glossary. Health Promotion International: V 0113. no. 4. Oxford University Press.
- Page A, Ambrose S, Glover J, Hetzel D. Atlas of Avoidable Hospitalizations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions. Adelaide: PHIDU, University of Adelaide ; 2007.
- Peres M, Masiero A, Longo G, Rocha G, Matos I, Najnie K, Oliveira M, Arruda M, Peres K. Auto-avaliação da saúde em adultos no sul do Brasil. Rev Saúde Pública ANO???, 44 (5): 901-911.



- Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PP. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:290–295.
- Vitém J. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão do género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (2): 5-16, 2008.