



# PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016

VERSÃO COMPLETA





# PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016

VERSÃO COMPLETA

Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016: Versão Resumo. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2013.

Planeamento em Saúde; Política de Saúde; Sistema de Saúde ; Ganhos em Saúde; Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso;  
Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis; Portugal

Editor

Direcção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques,45

1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530/1

E-mail: [dgs@dgs.pt](mailto:dgs@dgs.pt)

<http://www.dgs.pt>

Lisboa, Dezembro de 2013

# ÍNDICE

FICHA TÉCNICA **v**

SIGLAS E ACRÓNIMOS **xi**

PREFÁCIO DO MINISTRO DA SAÚDE **xiii**

MENSAGEM DO DIRETOR-GERAL DA SAÚDE **xiv**

## 1. ENQUADRAMENTO DO PLANO NACIONAL DA SAÚDE **1**

- 1.1. Nota Introdutória **1**
- 1.2. Visão do PNS **2**
- 1.3. Missão do PNS **3**
- 1.4. Processo de Construção do PNS **3**
- 1.5. Valores e Princípios **5**
- 1.6. Pressupostos do PNS **6**
- 1.7. Modelo Conceptual e Estrutura **7**

## 2. PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL **10**

- 2.1. Estado de Saúde da População **10**
  - 2.1.1. Determinantes da Saúde **10**
  - 2.1.2. Estado de Saúde **19**
- 2.2. Organização de Recursos, Prestação de Cuidados e Financiamento **23**
  - 2.2.1. Estrutura **23**
  - 2.2.2. Financiamento e Despesa **24**
- 2.3. Tendências da Saúde **24**

## 3. EIXOS ESTRATÉGICOS **27**

- 3.1. Cidadania em Saúde **27**
  - 3.1.1. Conceitos **27**
  - 3.1.2. Enquadramento **29**
  - 3.1.3. Orientações e Evidência **33**
  - 3.1.4. Visão para 2016 **35**
- 3.2. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde **36**
  - 3.2.1. Conceitos **36**
  - 3.2.2. Enquadramento **40**
  - 3.2.3. Orientações e Evidência **43**
  - 3.2.4. Visão para 2016 **45**
- 3.3. Qualidade em Saúde **46**
  - 3.3.1. Conceitos **46**
  - 3.3.2. Enquadramento **50**
  - 3.3.3. Orientações e Evidência **53**
  - 3.3.4. Visão para 2016 **55**
- 3.4. Políticas Saudáveis **56**
  - 3.4.1. Conceitos **56**

3.4.2. Enquadramento **61**

3.4.3. Orientações e Evidência **65**

3.4.4. Visão para 2016 **67**

## 4. OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE **69**

- 4.1. Obter Ganhos em Saúde **69**
  - 4.1.1. Conceitos **69**
  - 4.1.2. Enquadramento **75**
  - 4.1.3. Orientações e Evidência **79**
  - 4.1.4. Visão para 2016 **80**
- 4.2. Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida **81**
  - 4.2.1. Conceitos **81**
  - 4.2.2. Enquadramento **86**
  - 4.2.3. Orientações e Evidência **92**
  - 4.2.4. Visão para 2016 **94**
- 4.3. Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença **95**
  - 4.3.1. Conceitos **95**
  - 4.3.2. Enquadramento **99**
  - 4.3.3. Orientações e Evidência **102**
  - 4.3.4. Visão para 2016 **105**
- 4.4. Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global **105**
  - 4.4.1. Conceitos **105**
  - 4.4.2. Enquadramento **109**
  - 4.4.3. Orientações e Evidência **114**
  - 4.4.4. Visão para 2016 **116**

## 5. INDICADORES E METAS EM SAÚDE **117**

- 5.1. Conceitos **117**
- 5.2. Indicadores do PNS 2012-2016 **119**
  - 5.2.1. Indicadores Previstos **119**
    - 5.2.1.1. Indicadores de Ganhos em Saúde **119**
    - 5.2.1.2. Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde **120**
  - 5.2.2. Indicadores a Desenvolver **122**
    - 5.2.2.1. Indicadores de Ganhos em Saúde **122**
    - 5.2.2.2. Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde **123**
- 5.3. Descrição dos Indicadores do PNS Previstos **124**
- 5.4. Descrição dos Indicadores do PNS a Desenvolver **182**

## 6. BIBLIOGRAFIA GERAL **191**

# ÍNDICE DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

- Quadro 1.1.** – Documentos base de Planeamento em Saúde **3**
- Quadro 1.2.** – Principais estratégias orientadoras do PNS 2004-2010 **3**
- Quadro 1.3.** – Avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS **4**
- Quadro 1.4.** – Avaliação da implementação do PNS 2004-2010 pela OMS **4**
- Quadro 1.5.** – Análises Especializadas **5**
- Quadro 1.6.** – Valores e princípios do PNS **6**
- Quadro 1.7.** – Dimensões do modelo conceptual **7**
- Quadro 1.8.** – Perspetivas de reforço estratégico do sistema de saúde **7**
- Quadro 1.9.** – Definição, evidência e concretização das orientações **8**
- Quadro 1.10.** – Políticas transversais de concretização estratégica do PNS **9**
- Quadro 1.11.** – Domínios relativos aos Processos e instrumentos de concretização do PNS **9**
- Quadro 2.1.** – Evolução na última década **10**
- Quadro 3.1.1.** – A cidadania é compreendida na tripla aceção de: **27**
- Quadro 3.1.2.** – Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania em saúde **29**
- Quadro 3.1.3.** – Ameaças à promoção de cidadania em saúde **29**
- Quadro 3.2.1.** – Desigualdades em saúde **36**
- Quadro 3.2.2.** – O acesso adequado resulta de várias dimensões interrelacionadas **37**
- Quadro 3.2.3.** – Estratégias e recursos de promoção do acesso **38**
- Quadro 3.2.4.** – Oportunidades decorrentes da promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde **39**
- Quadro 3.3.5.** – Ameaças à promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde **39**
- Quadro 3.2.6.** – Legislação e estratégias intersectoriais dirigida a grupos vulneráveis **40**
- Quadro 3.2.7.** – Documentos de referência sobre o acesso à saúde em Portugal **40**
- Quadro 3.3.1.** – Promoção da qualidade em saúde envolve **46**
- Quadro 3.3.2.** – A questão pode ser promovida através de: **47**
- Quadro 3.3.3.** – Oportunidades do desenvolvimento da qualidade em saúde: **50**
- Quadro 3.3.4.** – Ameaças ao desenvolvimento da qualidade em saúde: **51**
- Quadro 3.4.1.** – Perspetivas chave das Políticas Saudáveis: **57**
- Quadro 3.4.2.** – As Políticas Saudáveis englobam: **57**
- Quadro 3.4.3.** – As Políticas de Saúde conduzem a ganhos em saúde através de: **58**
- Quadro 3.4.4.** – Eixos de ação da promoção da Saúde (Carta de Ottawa, 1986) **59**
- Quadro 3.4.5.** – A Saúde Pública é potenciadora dos ganhos em saúde através de: **59**
- Quadro 3.4.6.** – Oportunidades decorrentes do desenvolvimento de políticas saudáveis: **60**
- Quadro 3.4.7.** – Ameaças ao desenvolvimento de políticas saudáveis: **60**
- Quadro 3.4.8.** – Referências sobre Políticas Saudáveis: **61**
- Quadro 3.4.9.** – Iniciativas de outros ministérios com impacto na saúde e /ou parcerias com o MS, de Março 2005 a Outubro 2009 (Ferrinho P, 2010): **62**
- Quadro 4.1.1.** – Perspetivas para a obtenção de ganhos em saúde **69**
- Quadro 4.1.2.** – Modelo de Definição de Prioridades em Saúde **69**
- Quadro 4.1.3.** – A estratégia de monitorização do PNS **70**
- Quadro 4.1.4.** – Indicadores de ganhos potenciais em saúde **70**
- Quadro 4.2.1.** – Perspetivas estratégicas para a promoção de contextos saudáveis **81**
- Quadro 4.2.2.** – Níveis dos contextos promotores da saúde (european strategies for social inequalities in health, who, 2006; continuum of care, who, 2010) **82**
- Quadro 4.2.3.** – Etapas do ciclo de vida **83**
- Quadro 4.2.4.** – Recursos para a promoção de contextos favoráveis à saúde **85**
- Quadro 4.2.5.** – Aportunidades decorrentes da promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida: **85**
- Quadro 4.2.6.** – Ameaças à promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida: **86**
- Quadro 4.2.7.** – Nascer com saúde **86**
- Quadro 4.2.8.** – Nascer com segurança **87**
- Quadro 4.2.9.** – Uma juventude à procura de um futuro saudável **88**
- Quadro 4.2.10.** – Uma vida adulta produtiva **88**
- Quadro 4.2.11.** – Envelhecimento ativo **89**
- Quadro 4.2.12.** – Contextos promotores de vida saudável: **90**
- Quadro 4.2.13.** – Saúde escolar **90**
- Quadro 4.3.1.** – Perspetivas chave para o reforço do suporte social e Económico na saúde e na doença **96**
- Quadro 4.3.2.** – Comparação de tipos de organização de cuidados de saúde **97**
- Quadro 4.3.3.** – Aportunidades decorrentes do reforço do suporte social e económico na saúde e na doença: **98**
- Quadro 4.3.4.** – Ameaças ao reforço do suporte social e económico na saúde e na doença: **98**
- Quadro 4.4.1.** – Perspetivas para o reforço de portugal na saúde global: **106**
- Quadro 4.4.2.** – Oportunidades decorrentes do desenvolvimento da participação na saúde global: **108**
- Quadro 4.4.3.** – Ameaças à participação na saúde global: **109**
- Quadro 4.4.4.** – Espaços de exercício e de influência na saúde global: **109**
- Quadro 4.4.5.** – Estratégias e recursos para o reforço de portugal na saúde global: **113**

**Figura 1.1.** – Eixos Estratégicos **9**

**Figura 2.1.** – Taxas de crescimento efetivo, natural e migratório (%) em Portugal Continental **1**

**Figura 2.2.** – População residente de 15 e mais anos fumadora (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência **12**

**Figura 2.3.** – População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%) à data do inquérito nacional de saúde, por sexo **13**

**Figura 2.4.** – Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), residentes em Portugal Continental **13**

**Figura 2.5.** – População residente de 18 e mais anos obesa (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência **14**

**Figura 2.6.** – Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **15**

**Figura 2.7.** – Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **15**

**Figura 2.8.** – Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **16**

**Figura 2.9.** – Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **16**

**Figura 2.10.** – Consultas médicas (por hab/ano) em Portugal Continental, por nível de cuidados **18**

**Figura 2.11.** – Primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares (%), por região de saúde **18**

**Figura 2.12.** – Internamentos e urgências em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/1000 hab) em Portugal Continental **18**

**Figura 2.13.** – Esperança de vida à nascença (anos) em Portugal Continental, por sexo **19**

**Figura 2.14.** – Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário **20**

**Figura 2.15.** – Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário e sexo **20**

**Figura 2.16.** – Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados evitáveis por prevenção primária (/100000 hab) em Portugal Continental **20**

**Figura 2.17.** – Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados sensíveis a cuidados de ambulatório (/100000 hab) em Portugal Continental **20**

**Figura 2.18.** – Taxas de incidência de tuberculose e de VIH (/100000 hab) em Portugal Continental **21**

**Figura 2.19.** – Taxa de anos de vida potencial perdidos por todas as causas de morte (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **21**

**Figura 2.20.** – Taxa de mortalidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **23**

**Figura 2.21.** – Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **23**

**Figura 2.22.** – Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do pulmão (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo **23**

**Figura 2.23.** – Doentes saídos de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/100000 hab) em Portugal Continental, por doença **23**

**Figura 3.11.** – Adaptado: Health Canada's Public Involvement Continuum, Departmental Policy 2000 **27**

**Figura 3.2.1.** – Necessidades de saúde, procura e oferta de serviços **37**

**Figura 3.4.1..** – Modelo dos Determinantes de Saúde **57**

**Figura 4.1.1.** – Processo de estabelecimento de metas (ilustração) **73**

**Figura 4.1.2.** – Articulação entre os diferentes níveis de planeamento para obtenção de GPS **73**

**Figura 4.1.3.** – Modelo de determinantes e desenvolvimento de intervenções **74**

**Figura 4.1.4.** – Processo de identificação de intervenções prioritárias **74**

**Figura 4.2.1.** – Perda do capital de saúde ao longo do percurso individual. **82**

**Tabela 2.1.** – Alojamentos familiares de residência habitual sem infraestruturas básicas, à data dos Censos 2001 e 2011, em Portugal Continental **12**

**Tabela 2.2.** – População residente de 15 e mais anos fumadora (%), por sexo e local de residência (2006) **12**

**Tabela 2.3.** – População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%), por sexo e grupo etário (2006) **13**

**Tabela 2.4.** – Consumo de álcool puro (litros per capita) na população residente de 15 e mais anos (2007) **13**

**Tabela 2.5.** – Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), por local de residência (2010) **13**

**Tabela 2.6.** – Consumo de cannabis entre adolescentes escolarizados de 15 anos (%), por sexo (2010) **14**

**Tabela 2.7.** – População residente de 18 e mais anos obesa (%), por sexo e local de residência (2006) **14**

**Tabela 2.8.** – População residente de 15 e mais anos que pratica desporto/exercício físico ou realiza outras atividades físicas (%), por sexo e grupo etário (2009) **14**

**Tabela 2.9.** – Prática de desporto/exercício físico e de outras atividades físicas pelo menos uma vez por semana (%) em 2009 **14**

**Tabela 2.10.** – Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009) **15**

**Tabela 2.11.** – Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab), por sexo e local de residência (2008) **15**

**Tabela 2.12.** – Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009) **16**

**Tabela 2.13.** – Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009) **16**

**Tabela 2.14.** – Número de lugares de internamento e ecci e cobertura populacional, por região de saúde (1º semestre 2012) **17**

**Tabela 2.15.** – Consultas médicas (por hab/ano), por nível de cuidados e região de saúde (2010) **17**

**Tabela 2.16.** – Primeiras consultas no total de consultas externas em unidades hospitalares do SNS (%), por região de saúde (2010) **18**

**Tabela 2.17.** – Número de doentes saídos de internamento e de doentes observados nas urgências em unidades hospitalares do SNS e privadas (/1000 hab), por região de saúde (2009) **18**

**Tabela 2.18.** – Esperança de vida à nascença (anos), por sexo e local de residência (2008-2010) **19**

**Tabela 2.19.** – Taxas de incidência (/100 000 hab) em 2010 **21**

**Tabela 2.20.** – Taxa de anos de vida potenciais perdidos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2010) **21**

**Tabela 2.21.** – 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) em Portugal Continental (2010) **22**

**Tabela 2.22.** – 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo masculino em Portugal Continental (2010) **22**

**Tabela 2.23.** – 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo feminino em Portugal Continental (2010) **22**

**Tabela 2.24.** – Dimensões e indicadores para a identificação de ganhos em saúde e definição de prioridades **25**

**Tabela 2.25.** – Taxa padronizada de anos de vida potenciais perdidos (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária ou a cuidados de saúde, em Portugal Continental (2009) **25**

**Tabela 2.26.** – Taxa padronizada de AVPP (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde (Portugal Continental e países da UE que integram a OCDE, 2007): ordenação decrescente das diferenças **25**

**Tabela 2.27.** – Taxa padronizada de internamentos (/100000 hab) por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, em Portugal Continental (2009) **26**

**Tabela 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. **75**

**Tabela 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) **76**

**Tabela 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) **76**

**Tabela 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) **77**

**Tabela 4.1.9.** – Taxa padronizada de internamentos (por 100 000 hab.) por causas sensíveis a cuidados de ambulatório em Portugal Continental (2000-2009) **78**

**Tabela 4.1.10.** – Meta proposta e ganhos estimados\* para 2016 para a taxa padronizada de internamentos sensíveis aos cuidados de ambulatório (/100 000 hab.) **78**

**Tabela 5.1.** – Grupos de indicadores de saúde (adaptado de cih, 2005 e cih, 1999) **118**

**Tabela 5.2.** – Lista de indicadores de ganhos em saúde e respetivos valores (observados, projetados, metas e ganhos acumulados) em Portugal Continental **119**

**Tabela 5.3.** – Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) em Portugal Continental **120**

**Tabela 5.4.** – Lista de indicadores de ganhos em saúde a desenvolver **122**

**Tabela 5.5.** – Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde a desenvolver **123**





# FICHA TÉCNICA

## Coordenadores do PNS 2012-2016

Francisco George (2011/atuamente)  
 Maria do Céu Machado (2009/2011)  
 Paulo Ferrinho (2009/2010)  
 Jorge Simões (2009/2010)

## Grupo Trabalho do PNS 2012-2016 – Direção-Geral da Saúde (desde Setembro 2012)

Rui Portugal  
 (Director Executivo desde Maio de 2013)  
 Catarina Sena  
 Maria Cortes  
 Carlota Pacheco Vieira (tempo parcial)  
 Isabel Alves (tempo parcial)

## Grupo Trabalho do PNS 2012-2016 – Direção-Geral da Saúde (Junho 2011 a Agosto 2012)

Alexandre Diniz  
 Alexandre Duarte  
 Ana Leça  
 Belmira Rodrigues  
 Emília Nunes  
 Isabel Castelão  
 José Robalo  
 Paulo Nogueira  
 Sérgio Gomes  
 Vasco Prazeres  
 Ana Cristina Portugal  
 Anabela Coelho  
 Elisabeth Somsen  
 José Martins  
 Sofia Ferreira  
 Carlota Pacheco Vieira  
 José Alberto Marques

## Grupo Técnico do PNS 2012-2016 – Alto Comissariado da Saúde (Junho 2009 a Junho 2011)

Paulo Nicola (Diretor Executivo)  
 Carlota Pacheco Vieira  
 Isa Alves  
 Luísa Couceiro  
 Maria Cortes  
 Sílvia Machaqueiro  
 Hugo Morgado

## Outros Colaboradores do ACS

Ponciano Oliveira  
 Ana Cristina Bastos  
 Ana Guerreiro  
 Ana Veiga  
 Carla Silva

Dulce Afonso  
 Filipa Pereira  
 Irina Andrade  
 Isabel Alves  
 Leonor Nicolau  
 Luís Paiva  
 Marta Castel-Branco  
 Marta Salavisa  
 Regina Carmona  
 Ricardo Almendra  
 Sofia Ferreira  
 Telma Gaspar

## Grupo de Peritos (Outubro 2009 a Junho 2011)

Alcindo Maciel  
 Catarina Sena  
 João Pereira  
 José Manuel Calheiros  
 Pedro Pita Barros  
 Vítor Ramos  
 Zulmira Hartz

## Outros Colaboradores no Grupo de Peritos

Celeste Gonçalves  
 Luís Campos  
 Natércia Miranda  
 Rui Monteiro

## Grupo de Gestores Regionais (Janeiro 2010 a Junho 2011)

**Administração Central do Sistema de Saúde** – Ana Sofia Ferreira  
**Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo**  
 – António Tavares e Ana Dinis  
**Administração Regional de Saúde do Alentejo** – António Duarte  
**Administração Regional de Saúde do Algarve** – Estela Fabião  
**Administração Regional de Saúde do Centro** – António Morais  
**Administração Regional de Saúde do Norte** – Fernando Tavares  
**Direção-Geral da Saúde** – Alexandre Diniz

## Pontos Focais do Ministério da Saúde (Maio 2010 a Junho 2011)

**Administração Central do Sistema de Saúde** – Ana Sofia Ferreira  
**Administração Regional de Saúde Alentejo** – António Duarte  
**Administração Regional de Saúde Algarve**  
 – Estela Fabião

**Administração Regional de Saúde Centro**  
 – António Morais

**Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo** – António Tavares e Ana Dinis

**Administração Regional de Saúde Norte**  
 – Fernando Tavares

**Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação** – Margarida Amil

**Coordenação Estratégica dos Cuidados de Saúde Primários** – Vítor Ramos

**Coordenação Nacional da Infecção VIH/SIDA** – Joana Soares Ferreira

**Coordenação Nacional da Saúde Mental**  
 – José Miguel Caldas de Almeida

**Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares** – Rui Cruz Ferreira

**Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas** – Manuel António Silva

**Direção-Geral da Saúde**  
 – Alexandre Diniz

**Entidade Reguladora da Saúde**  
 – César Carneiro

**Gabinete do Ministro da Saúde**  
 – Rui Monteiro

**Gabinete do Secretário de Estado**  
 – Natércia Miranda

**Gabinete do Secretário de Estado Adjunto** – Nuno Venade

**INFARMED – Aut. Nac. Medicamento e Produtos de Saúde** – Maria João Morais

**Inspeção-Geral de Atividades em Saúde**  
 – Maria Edite Soares Correia

**Instituto da Droga e da Toxic dependência**

– Fátima Trigueiros e Cristina Ribeiro

**Instituto Nacional de Emergência Médica**  
 – Anabela Veríssimo

**Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge** – Pedro Coutinho

**Instituto Português do Sangue**  
 – António Sousa Uva

**Secretaria Regional da Saúde da RAM**  
 – José Melim

**Secretaria Regional da Saúde da RAA**  
 – Sofia Duarte

**Secretaria-Geral do Ministério da Saúde**  
 – Angelina Campos

**UMCCI** – Joaquim Abreu Nogueira

## Pontos Focais de Outros Ministérios (Maio 2010 a Junho 2011)

**Ministério da Administração Interna**  
 – José Cunha da Cruz

**Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas**

– Francisco Rico e Fernando Amaral

**Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior**

– Maria dos Anjos Macedo

**Ministério da Cultura** – Manuela Viana

**Ministério da Defesa Nacional**

– Alberto Coelho

**Ministério da Economia, da Inovação e do desenvolvimento** – Paula Santos

**Ministério da Educação** – Isabel Batista

**Ministério da Justiça (inclui IML; Serviços Prisionais; Direção Geral da Reinserção Social)** – Maria João Gonçalves,

Jorge Costa Santos e Afonso Albuquerque

**Ministério das Finanças e da Administração Pública** – Paulo Ferreira

**Ministério das Obras Públicas, Transportes e Comunicações**

– Tiago da Silva Abade

**Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território (APA)** – Regina Vilão

**Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (inclui ISS)** – Raquel Pereira

e Joana Vallera

**Ministério dos Negócios Estrangeiros**

– António Quinteiro Nobre

**Ministro da Presidência CNPD**

– Isabel Cristina Cerqueira Cruz

**Ministro da Presidência**

– Instituto do Desporto – Luís Sardinha

**Ministro da Presidência – Instituto Nacional de Estatística** – Eduarda Góis

**Ministro da Presidência – Sec. de Estado para a Igualdade** – Elza Pais

**Pontos Focais de Outros Organismos (Maio 2010 a Junho 2011)**

**Agência de Avaliação e Acreditação do Ens Superior** – Alberto Amaral

**Associação Nacional de Defesa do Consumidor – DECO**

– Ana Fialho e João Oliveira

**Associação Nacional dos Municípios Portugueses** – Artur Trindade

**Confederação Nac das Instituições de Solidariedade Social**

– José Venâncio Vicente Quirino

**Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida** – Miguel Oliveira da Silva

**Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado** – Maria Elisa Borges

**Fundação Calouste Gulbenkian**

– Jorge Soares

**Fundação Champalimaud** – Leonor Beleza

**Fundação Francisco Manuel dos Santos**

– António Barreto

**Grupo Espírito Santo Saúde** – Isabel Vaz

**Grupo José de Mello Saúde** – Salvador

de Mello e José Carlos Lopes Martins

**HPP-Saúde**

– António Manuel Maldonado Gonelha

**Instituto Nacional de Reabilitação**

– Alexandra Pimenta

**Ordem dos Enfermeiros**

– Isabel Maria Oliveira e Silva

**Ordem dos Farmacêuticos**

– Ana Paula Martins

**Ordem dos Médicos**

– Miguel Joaquim Silva Dias Galaghar

**Ordem dos Médicos Dentistas**

– Paulo Melo

**Ordem dos Psicólogos Portugueses**

– Telmo Mourinho Baptista

**Plataforma Saúde em Diálogo**

– Irene Rodrigues e Isabel Machado

**União das Misericórdias Portuguesas**

– Grupo Misericórdias Saúde:

Manuel Caldas de Almeida

**Autores das Análises Especializadas (Outubro 2009 a Junho 2011)**

**Cuidados de saúde hospitalares:**

Adalberto Campos Fernandes e Ana Escoval

**Integração e continuidade de cuidados:**

Ana Dias e Alexandra Queirós

**Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde:**

António Faria Vaz, Carlos Gouveia

Pinto, António Lourenço, Emília Monteiro,

Henrique de Barros, Maria do Carmo Vale,

Pedro Marques, Carlos Fontes Ribeiro,

Eduardo Mesquita da Cruz, António Paulo

Melo Gouveia, Gabriela Plácido, Pedro Silvério

Marques, Luís Mendão, Wim Vandeveldel,

Daniel Pinto, Bruno Heleno, Pascale

Charondièrre, Paula Broeiro, Nuno Miranda,

Américo Figueiredo; José Feio, Francisco Batel

Marques, Osvaldo Santos

**Estratégias locais de saúde:** Constantino

Sakellarides, Celeste Gonçalves, Ana Isabel

Santos, Casimiro Dias

**Recursos humanos da saúde:**

Gilles Dussault e Inês Fronteira

**Investigação em saúde:** João Lobo Antunes

**Equidade e acesso aos cuidados de saúde:**

João Pereira e Cláudia Furtado

**Descrição do sistema de saúde português:**

Jorge Simões, Pedro Pita Barros

e Sara Ribeirinho Machado

**Cuidados de saúde primários:** Luís Silva

Miguel e Armando Brito Sá

**Cuidados continuados integrados:**

Manuel Lopes, Felismina Mendes,

Ana Escoval, Manuel Agostinho, Carlos Vieira,

Isabel Vieira, Cristina Sousa, Suzete Cardozo,

Ana Fonseca, Vitória Casas Novas,

Graça Eliseu, Isaura Serra, Clara Morais

**Políticas públicas saudáveis:**

Paulo Ferrinho e Inês Rêgo

**Tecnologias de informação e comunicação:**

Rita Espanha

e Rui Brito Fonseca

**Ordenamento do território:** Suzete

Gonçalves e Alberto Manuel Miranda

**Qualidade dos cuidados e dos serviços:**

Vaz Carneiro e Luís Campos

**Cidadania e saúde – um caminho a percorrer:**

Vitor Ramos e Célia Gonçalves

**Análise de planos nacionais de saúde de outros países:**

Grupo Técnico PNS 2012-2016

**Painel de informação para planeamento em saúde:**

Grupo Técnico PNS 2012-2016

**Levantamento de recomendações de organizações internacionais da saúde:**

Grupo Técnico PNS 2012-2016



## CONTRIBUTOS RECEBIDOS

Individualidades de reconhecido mérito, Instituições, Profissionais de Saúde e Cidadãos em nome individual que contribuíram através de diferentes meios, entre eles diretamente no microsite do PNS 2012-2016 (março de 2010 a junho de 2011).

Alberto Pinto Hespanhol	Eduardo Mendes	Manuel Correia
António Arnaut	Henrique Botelho	Manuel José Lopes
António Barreto	Isabel Loureiro	Manuel Sobrinho Simões
Artur Vaz	Isabel Santos	Manuel Villaverde Cabral
Baltazar Nunes	João Lobo Antunes	Manuela Felício
Celeste Gonçalves	José Carlos Leitão	Maria de Belém Roseira
Constantino Sakellarides	José Pereira Miguel	Mirieme Ferreira
Couto dos Santos	Luís Campos	
Cristina Correia	Luís Lapão	

ACES Espinho – Gaia / José Carlos Leitão

ACES Espinho – Gaia / Rui Cernadas

ACES Porto Ocidental / Maria José Ribas

ACES S. Mamede / Margarida Silva

ACES V / Manuela Baeta

Administração Central do Sistema de Saúde, IP / Ana Sofia Ferreira

Agência Portuguesa do Ambiente – Ministério Ambiente Ordenamento do Território / Regina Vilão

ARS Alentejo, IP / António Duarte

ARS Alentejo, IP / Arquimínio Eliseu

ARS Alentejo, IP / Fernanda Santos

ARS Alentejo, IP / Fernando Miranda

ARS Alentejo, IP / Maria do Carmo Velez

ARS Alentejo, IP / Paulo Basílio

ARS Alentejo, IP / Rui Santana

ARS Centro, IP / Lúcio Almeida

ARS LVT, IP / Luísa Dias

Associação de Doentes Obesos e Ex-Obesos de Portugal – ADEXO / Carlos Oliveira

Associação de Educação e Apoio na Esquizofrenia (AEAPE)

Associação de Familiares Utentes e Amigos do Hospital Magalhães Lemos / Maria Júlia Coelho

Associação de Medicina Natural e Bioterapêuticas / Fernando Neves

Associação dos Amigos da Grande Idade – Inovação e Desenvolvimento

Associação Nacional das Unidades de Saúde Familiares / Bernardo Vilas Boas

Associação Nacional de Crianças e Jovens Transplantados Doenças Hepáticas (Hepaturix)

Associação Nacional de Defesa do Consumidor (DECO) / Teresa Figueiredo

Associação Nacional de Esclerose Múltipla / João Augusto Casais

Associação Nacional de Farmácias (ANF) / Sónia Queirós

Associação Nacional de Farmácias / Duarte Vilar

Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias / Maria Conceição Gomes

Associação para a Prevenção do Tabagismo – Braga e Universidade Minho / José Precioso

Associação para a Promoção do Desenvolvimento da Sociedade Informação / Maria Helena Monteiro

Associação para o Desenvolvimento de Novas Iniciativas Vida (ADVITA) / Rosário Sobral

Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) / João Almeida Lopes

Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA) / Rui Santos Ivo

Associação Portuguesa de Analistas Clínicos

Associação Portuguesa de Apoio à Víctima / Maria de Oliveira

Associação Portuguesa de Audiologistas

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal e Programa Nacional para a Diabetes / José Manuel Boavida

Associação Portuguesa de Dietistas / Graça Raimundo

Associação Portuguesa de Economia Saúde (APES) / Pedro Pita Barros

Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação / Belmiro Rocha

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras / Dolores Sardo

Associação Portuguesa de Estudos da Primeira Infância / José Carlos Rosa

Associação Portuguesa de Fertilidade / Cláudia Vieira

Associação Portuguesa de Fisioterapeutas / Isabel Souza Guerra

Associação Portuguesa de Hemofilia e de Coagulopatias Congénitas / Maria Lurdes Fonseca

Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral / Rubina Correia

Associação Portuguesa de Nutrição Entérica e Parentérica / Lurdes Tavares

Associação Portuguesa de Nutricionistas / Alexandra Bento

Associação Portuguesa de Parkinson / Josefa Domingos

Associação Portuguesa de Pessoas com DPOC e outras Doenças Respiratórias Crónicas (RESPIRA) / Isabel Saraiva

Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's (APPPC)



Associação Portuguesa de Psoríase / Irene Escudeiro	Direção-Geral da Saúde / Maria Goreti Silva
Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI) / Sandra Nascimento	Direção-Geral Saúde / João Manuel Vintém
Associação Vida / Teresa Almeida Pinto	Direção-Geral Saúde / João Miguel Gomes
Autoridade Nacional de Proteção Civil – Unidade de Planeamento / Carlos Mendes	Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional – Direção-Geral da Saúde / Leonor Batalha
Autoridade para as Condições Trabalho – Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst Seg Social, IP / Mariana Neto	Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional – Direção-Geral Saúde / Paulo Diegues
Autoridade para as Condições Trabalho – Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst Seg Social, IP/Alice Rodrigues	Entidade Reguladora da Saúde / César Carneiro
Autoridade para as Condições Trabalho – Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst de Seg Social, IP / José Fortes	Entidade Reguladora da Saúde / Jorge Simões
Autoridade para o Serviço Sangue e Transplantação / João Rodrigues Pena	EPI – Associação Portuguesa de Familiares, Amigos e Pessoas com Epilepsia / Nelson Ruão
Bureau Veritas / Ana Pereira	Escola de Ciências da Saúde – Universidade do Minho / Mário Freitas
Câmara Municipal de Baião / José Pereira Carneiro	Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova Lisboa / Teodoro Briz
Câmara Municipal de Batalha / António Lucas	Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova Lisboa / António Sousa Uva
Câmara Municipal de Boticas / Teresa Queiroga	Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora / Manuel José Lopes
Câmara Municipal de Évora / Maria Luísa Policarpo	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre / Raul Cordeiro
Câmara Municipal de Odivelas / Paula Ganchinho	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal / Dulmira Pombo
Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis / Gracinda Leal	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal / Fernanda Pestana
Câmara Municipal de Palmela / Adílio Costa	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal / Ondina Rabaça
Câmara Municipal de Seixal / Corália Loureiro	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / Ângela Barroso
Câmara Municipal de Silves / Rute Santos	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / João Louro
Câmara Municipal de Torres Vedras / Carlos Manuel Soares Miguel	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / Maria João Belo
Centro Tecnológico das Instalações e dos Equipamentos da Saúde / Fernando Silva	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / Maria Manuela Antunes
CH de Coimbra, EPE / Luís dos Reis	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / Marisa Biscaia
CH de Entre Douro e Vouga, EPE / Lúcia Leite	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Setúbal / Ondina Esperança
CH de Póvoa de Varzim – Vila do Conde / Clarisse Maio Milhazes	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico Viana do Castelo / Mara Rocha
CH de Setúbal, EPE / Miguel Quaresma Oliveira	Escola Superior de Saúde – Universidade do Algarve / Ana Freitas
CH de Tâmega Sousa, EPE / Alexandrina Lino	Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal / Clara Soares
CH do Barreiro – Montijo, EPE / Márcio Pires	Escola Superior de Tecnologias Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa / Aida Sousa
Colégio Especialidade Oncologia Médica – Ordem dos Médicos / Jorge Espírito Santo	Escola Superior de Tecnologias Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa / Alunos 3º ano Licenciatura Saúde Ambiental
Comissão de Coordenação Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo / Paula Santana	Escola Superior de Tecnologias Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa / Manuel Correia
Comissão de Ética – ARS Norte, IP / Maria Irene Magalhães	Escola Superior Desporto Rio Maior – Instituto Politécnico de Santarém / Rita Rocha
Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género / Isabel Elias	Escola Superior e3 Enfermagem / Pedro Miguel Parreira
Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género / Sara Falcão Casaca	Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa / José Frias Bulhosa
Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida / Miguel Oliveira da Silva	
Coordenação Estratégica para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários / Lino Ministro	
Cruz Vermelha Portuguesa / Aldina Gonçalves	
CS de Anadia / Graça Salvador	
CS de Queluz / Cristina Correia	
CS de São João/Faculdade Medicina da Universidade do Porto / Alberto Hspanhol	
CS de Torres Vedras / Luís Cruz	
Direção Regional de Saúde dos Açores / Sofia Duarte	
Direção-Geral da Saúde / Carlos Silva Santos	

Faculdade Medicina Dentária – Universidade Lisboa / Mário Bernardo	Liga de Profilaxia e Ajuda Comunitária / Manuel Marques
Faculdade Medicina Dentária – Universidade Lisboa / Paula Marques	Liga Portuguesa Contra a Epilepsia / Francisco Sales
Fundação Portuguesa Comum Contra a Sida / Filomena Frazão Aguiar	Liga Portuguesa Contra a SIDA / Maria Eugénia Saraiva
Fundação Portuguesa do Pulmão	Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) / Carlos Freire de Oliveira
Fundação Portuguesa do Pulmão / Artur Teles de Araújo	Maternidade Alfredo da Costa / Fátima Xarepe
Gabinete do Secretário de Estado da Saúde – Ministério da Saúde / Natércia Miranda	Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior / Maria dos Anjos Macedo
Gabinete Saúde – Câmara Municipal Loures	Ministério da Cultura – GPEARI / Manuela Viana
GER – Grupo Estudos de Retina – Sociedade Portuguesa Oftalmologia / José Henriques	Ministério da Economia Inovação e do Desenvolvimento – Direção Geral Consumidor / Paula Santos
Gilead Sciences / Humberto Martins	Ministério da Educação – DGIDC / Isabel Baptista
Grupo de Estudo Desnutrição – Associação Portuguesa Nutrição Entérica e Parentérica / Teresa Amaral	Ministério da Justiça / Maria João Gonçalves
Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa / Sofia Couto	Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território / Catarina Venâncio
Health Cluster Portugal / Luís Portela	Ministério do Estado e das Finanças / Paulo Alexandre Ferreira
Hospital Arcebispo João Crisóstomo / Áurea Andrade	Ministério do Trabalho Solidariedade Social / Raquel Pereira
Hospital Arcebispo João Crisóstomo / Maria Luz Reis	Ministério dos Negócios Estrangeiros / António Quinteiro Nobre
Hospital Central do Funchal – CH Funchal, EPE / Herberto Jesus	Missão dos Cuidados Saúde Primários
Hospital D. Estefânia – CH Lisboa Central / Maria do Carmo Vale	Observatório Nacional de Recursos Humanos / João D’Orey
Hospital de São Bernardo – CH Setúbal, EPE / Ana Luísa	OMS – Europa / Casimiro Dias
Hospital de São João, EPE / José Fonseca	Ordem dos Enfermeiros / Isabel Oliveira
Hospital Distrital de Pombal / Maria Helena Porfírio	Ordem dos Enfermeiros / Isabel Silva
Hospital Distrital de Santarém, EPE / Ana Graís	Ordem dos Enfermeiros / Maria Augusta de Sousa
Hospital Dona Estefânia – CH Lisboa Central, EPE / Maria do Carmo Vale	Ordem dos Enfermeiros / António Marques
Hospital dos Lusíadas / Etelvina Ferreira	Ordem dos Farmacêuticos / Ana Paula Martins
Hospital Geral de Santo António – CH Porto / Ernestina Aires	Ordem dos Farmacêuticos / Carlos Barbosa
Hospital Narciso Ferreira – Santa Casa Misericórdia Riba de Ave / Salazar Coimbra	Ordem dos Farmacêuticos / Lígia Reis
Hospital Ortopédico de Sant’Ana / Maria Conceição Moreira	Ordem dos Médicos / Miguel Galagher
Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) / Maria Edite Correia	Ordem dos Médicos Dentistas / Paulo Melo
Instituto Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP – RAM / Rita Vares	Ordem dos Psicólogos Portugueses / Telmo Baptista
Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP / Cristina Ribeiro	Organismo de Verificação Metrológica / José Freire
Instituto de Medicina Preventiva – Faculdade Medicina Lisboa / Leonor Bacelar Nicolau	Plataforma Saúde em Diálogo
Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (IPATIMUP) / Manuel Sobrinho Simões	Programa Nacional da Visão / Castanheira Diniz
Instituto de Segurança Social, IP / Joana Vallera	Programa Nacional de Controlo Asma / António Bugalho de Almeida
Instituto Droga e Toxicodependência, IP / João Meira	Programa Nacional de Prevenção Controlo Doença Pulmonar
Instituto Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa / Luís Lapão	Obstrutiva Crónica / António Segorbe Luís
Instituto Nacional de Estatística / Eduarda Góis	Programa Nacional de Saúde Ocupacional / Carlos Santos
Instituto Nacional de Reabilitação, IP / Alexandra Pimenta	Programa Nacional de Saúde Ocupacional / Eva Rasteiro
Instituto Nacional de Reabilitação, IP / Deolinda Picado	Programa Nacional Reumatologia / Jaime Branco
Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge / Pedro Coutinho	Rede Portuguesa Cidades Saudáveis / Mirieme Ferreira
Instituto Piaget	Santa Casa Misericórdia de Lisboa / Ana Campos Reis
Instituto Português de Sangue, IP / António Uva	Santa Casa Misericórdia de Vila Verde / Luís Barreira
Instituto Português do Ritmo Cardíaco / Daniel Bonhorst	Secretaria-Geral Saúde / Angelina Campos
Instituto Superior de Línguas Aplicadas – CIES – ISCTE / Rita Espanha	SERES – VIH/SIDA / Isabel Nunes
Instituto Superior Dom Afonso III / Ventura de Mello Sampayo	Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Santa Maria – CH Lisboa Norte, EPE / Rui Tato Marinho
José de Mello Saúde / José Carlos Lopes Martins	Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde / Almerindo Rego
Laço – Associação de Voluntariado / Lynne Archibald	Sindicato dos Fisioterapeutas Portugueses / Cristina de Abreu Freire
	Sociedade Portuguesa de Cefaleias
	Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo / Manuela Carvalheiro
	Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla / Jorge Silva
	Sociedade Portuguesa de Oftalmologia / António Travassos

Sociedade Portuguesa de Pneumologia

---

Sociedade Portuguesa de Pneumologia / Carlos Robalo Cordeiro

---

Sociedade Portuguesa de Saúde Ambiental / Rogério Nunes

---

SOS Voz Amiga / Estela Lourenço

---

Turma do Bem Portugal / Murilo Casa Grande

---

UCSP S. Roque da Lameira – ARS Norte, IP / Emília Aparício

---

ULS Alto Minho, EPE / Graça Ferro

---

ULS Alto Minho, EPE / Maria Céu Faria

---

ULS Alto Minho, EPE / Maria João Carneiro

---

ULS Matosinhos, EPE / Ana Ribeiro

---

Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados / Abreu Nogueira

---

Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados / Inês Guerreiro

---

Unidade de Planeamento – Autoridade Nacional de Proteção Civil / Arnaldo Cruz

---

Unidade de Saúde Ilha do Pico (Administradora Hospitalar) / Leonor Balcão Reis

---

Universidade Autónoma de Lisboa / Denise Capela dos Santos

---

Universidade de Aveiro / Gonçalo Santinha

---

Universidade de Évora / Felismina Mendes

---

Universidade do Minho / Catarina Samorinha

---

US Vale Formoso – ACES Porto Oriental / Hermínia Machado

---

USF Além Douro / Maria Assunção Dias

---

USF Conde Lousã / ACES II Amadora

---

USF Faria Guimarães – ACES Porto Oriental / Nuno Filipe Inácio

---

USF Marginal / Vítor Ramos

---

USF Monte da Caparica / Américo Varela

---

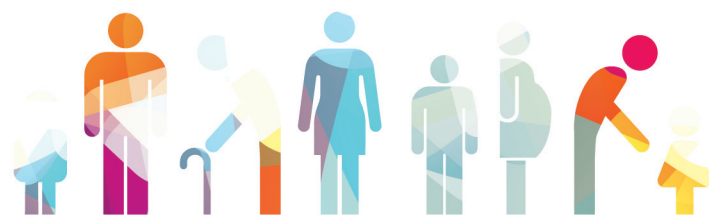
USF Santo André do Canidelo / Fernando Ferreira

---

USF Uarcos / Sofia Azevedo

---

USP – ACES Baixo Mondego I / Arlindo Santos



Alberto Melo	João Dias
Ana Marçal	João Guerra
Ana Marques	João Santos
Andreia Sara Rocha	José Loureiro dos Santos / General do Exército Aposentado
Augusto Kutter Magalhães	José Castro
Carmo Carnot	José Galrinho
Celeste Long	Leonor Fernandes
Célia Pedras	Lina Borges
César Nunes / Naturopata Graduado	Luísa Mascarenhas / Médica Família
Cláudia Sequeira	Manuel Abecassis
Cristina Correia / Enfermeira	Manuel Sá Moreira
Cristina da Cunha	Manuela Castro
Cristina Melo	Margarida Sizenando/Prof Saúde Reabilitação
Dália Isabel / Socióloga	Maria Cabral / Cidadã da RAA
Ester Moutinho Freitas	Maria Lourenço Nunes
Fátima Contreiras	Maria Manuela Castro
Pedro Coelho	Rui Pedro Ângelo
Rita de Barros e Vasconcelos	Sara Nobre
Rosa Maria Ferreira	Torcatto Santos
Rosália Marques	Vasco Calisto Duarte
Rui Cordeiro	

# SIGLAS E ACRÓNIMOS

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACIDI** – Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural
- ACS** – Alto Comissariado da Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- ADSE** – Assistência na Doença aos Servidores do Estado
- AID** – Associação Internacional de Desenvolvimento
- APD** – Ajuda Pública ao Desenvolvimento
- APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- AQSA** – Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- AVPP** – Anos de Vida Potencialmente Perdidos
- BERD** – Banco Europeu de Reconstrução e Desenvolvimento
- BSc** – Balanced Scorecard
- CAD** – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (OCDE)
- CCI** – Cuidados Continuados Integrados
- CE** – Comissão Europeia
- CECSP** – Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários
- CH** – Cuidados Hospitalares
- CH4** – Metano
- CIC** – Comissão Interministerial para a Cooperação
- CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CIHI** – Canadian Institute for Health Information
- CNPD** – Comissão Nacional de Proteção de Dados
- CNP** – Centro Nacional de Pensões
- CNRSE** – Comissão Nacional para o Registo de Saúde Eletrónico
- CNECV** – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
- CNSIDA** – Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA
- CNUDPD** – Convenção da Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- CMSMCA** – Comissão Nacional de Saúde Materna, da Criança e do Adolescente
- CO2** – Dióxido de carbono
- CODU** – Centro de Orientação de Doentes Urgentes
- COREPER** – Comité de Representantes Permanentes do Conselho da União Europeia
- CPLP** – Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
- CS** – Centros de Saúde
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- CTH** – Consulta a Tempo e horas
- DeFTV** – Doente em Fase Terminal de Vida
- DDD** – Dose Diária Definida
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DIC** – Doença Isquémica Cardíaca
- DL** – Decreto-Lei
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EAM** – Enfarte Agudo do Miocárdio
- ECCI** – Equipa domiciliária de Cuidados Continuados Integrados
- ECDC** – European Centre for Disease Prevention and Control (Centro Europeu para a Prevenção e Controlo de Doenças)
- ECOSOC** – United Nations Economic and Social Council (Conselho Económico e Social das Nações Unidas)
- ELSA** – Estratégias Locais de Saúde
- EM** – Estado(s) Membro(s)
- ENDEF** – Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013
- EMEA** – European Medicines Agency (Agência Europeia do Medicamento)
- ENQS** – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde
- ENRP** – Estratégias Nacionais de Redução da Pobreza
- ENSP** – Escola Nacional de Saúde Pública
- EPE** – Entidade Pública Empresarial
- EPSCO** – Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs Council (Conselho de Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores)
- ERA** – Equipas Regionais de Apoio
- ERS** – Entidade Reguladora da Saúde
- EUROMED** – Euro-Mediterranean Partnership (Parceria Euro-Mediterrânica)
- EUROSTAT** – Autoridade Estatística da União Europeia
- FAO** – Food and Agriculture Organization of the United Nations (Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura)
- FCCG** – Fundação Calouste Gulbenkian
- FMI** – Fundo Monetário Internacional
- FML** – Faculdade de Medicina de Lisboa
- FNUAP** – Fundo das Nações Unidas para a População
- GAIN** – Global Alliance for Improved Nutrition (Aliança Global para Melhorar a Nutrição)
- GAVI** – Global Alliance for Vaccines and Immunisation (Aliança Global para o Fomento da Vacinação e da Imunização)
- GDH** – Grupos de Diagnóstico Homogéneo
- GEE** – Gases de Efeito de Estufa
- GeS** – Ganhos em Saúde
- GFATM** – Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (Fundo Global de Combate à SIDA, Tuberculose e Malária)
- GHWA** – Global Health Workforce Alliance
- GOARN** – Global Outbreak Alert and Response Network
- GPEARI** – Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais
- GPS** – Ganhos Potenciais em Saúde
- I&D&i** – Investigação, Desenvolvimento e Inovação em Saúde
- ICOR** – Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
- IDT** – Instituto da Droga e da Toxicodependência
- IEFP** – Instituto do Emprego e Formação Profissional
- IHMT** – Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- IHP** – International Health Partnership
- II** – Instituto de Informática
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- INML** – Instituto Nacional de Medicina Legal
- IMVF** – Instituto Marquês de Valle Flôr
- INE** – Instituto Nacional de Estatística



- INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica
- INFARMED** – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
- INR** – Instituto Nacional de Reabilitação, I.P.
- INSA** – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
- INS** – Inquérito Nacional de Saúde
- IOM** – International Organization for Migration (Organização Internacional para as Migrações)
- IP** – Instituto Público
- IPAD** – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
- IPJ** – Instituto Português da Juventude
- IPO** – Instituto Português de Oncologia
- IPOFGL** – Instituto Português de Oncologia, Francisco Gentil
- IPS** – Instituto Português do Sangue
- IPSS** – Instituições Particulares de Solidariedade Social
- LBS** – Lei de Bases da Saúde
- LIC** – Lista de Inscritos para Cirurgia
- LVT** – Lisboa e Vale do Tejo
- M€** – Milhões de Euros
- MAI** – Ministério da Administração Interna
- MCSP** – Missão dos Cuidados de Saúde Primários
- MCTES** – Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
- MIGA** – Multilateral Investment Guarantee Agency (Agência Multilateral de Garantia dos Investimentos)
- MNE** – Ministério dos Negócios Estrangeiros
- MS** – Ministério da Saúde
- MTSS** – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
- NOC** – Normas de Orientação Clínica
- NU** – Nações Unidas
- OCDE** – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- ODM** – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
- OECD** – Organization for Economic Cooperation and Development (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - OCDE)
- OIT** – Organização Internacional do Trabalho
- OMC** – Organização Mundial do Comércio
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- OND** – Observatório Nacional da Diabetes
- ONG** – Organização Não Governamental
- ONGD** – Organização Não Governamental para o Desenvolvimento
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PECS/CPLP** – Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP
- PIC** – Programas Integrados de Cooperação
- PIB** – Produto Interno Bruto
- PIO** – Programa de Intervenção em Oftalmologia
- PmA** – Países Menos Avançados
- PMA** – Procriação Medicamente Assistida
- PME** – Pequenas e Médias Empresas
- PNPSO** – Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- PNUD** – Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PNV** – Programa Nacional de Vacinação
- PPP** – Parcerias Público Privadas
- PT** – Portugal
- PTCO** – Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade
- QUAR** – Quadro de Avaliação e de Responsabilidade
- QeS** – Qualidade em Saúde
- RAA** – Região Autónoma dos Açores
- RAR** – Rede de Articulação e Referenciação
- RH** – Recursos Humanos
- RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- RRH** – Rede de Referenciação Hospitalar
- RSE** – Registo de Saúde Eletrónico
- SAP** – Serviço de Atendimento Permanente
- SARS** – Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome Respiratório Agudo)
- SdS** – Sistema(s) de Saúde
- SEF** – Serviço de Estrangeiros e Fronteiras
- SIADAP** – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
- SICAD** – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
- SIGIC** – Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SISO** – Sistema de Informação para a Saúde Oral
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde
- SPA** – Sector Público Administrativo
- SU** – Serviços de Urgência
- SUB** – Serviços de Urgência Básica
- SUMC** – Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica
- SUP** – Serviços de Urgência Polivalente
- TE** – Tempo de Espera
- TMRG** – Tempos Máximos de Resposta Garantidos
- TMP** – Taxa de Mortalidade Padronizada
- t CO<sub>2</sub>eq** – Tonelada equivalente a dióxido de carbono
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCF** – Unidade Coordenadora Funcional
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UE** – União Europeia (EU – European Union)
- ULS** – Unidade Local de Saúde
- UMCCI** – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
- UNAIDS** – United Nations Programme on HIV/AIDS (Programa das Nações Unidas para o VIH-SIDA)
- UNDP** – United Nations Development Programme (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento)
- UNESCO** – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura)
- UNICEF** – United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
- UNL** – Universidade Nova de Lisboa
- URAP** – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- VIH/SIDA** – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- WFP** – World Food Programme
- WHO** – World Health Organization





# PREFÁCIO DO MINISTRO DA SAÚDE

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é o instrumento e o recurso de Planeamento em Saúde enquadrador dos objetivos, planos e estratégias de todos aqueles que inscrevem, dentro da sua missão, manter, melhorar ou recuperar a saúde de indivíduos e populações em Portugal.

Portugal tem um percurso assinalável do desenvolvimento de macro-instrumentos de Planeamento em Saúde. A exigência colocada pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010, com o estabelecimento de indicadores e metas, programas prioritários, uma comissão interministerial de acompanhamento e estruturas dedicadas à sua operacionalização e desenvolvimento, motivou a que Portugal fosse dos primeiros países europeus a realizar uma avaliação externa e independente do seu PNS e do seu Sistema de Saúde.

Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental e globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem e refundem os seus objetivos e o objeto do seu contrato social.

Este PNS propõe-se como uma fundação para o Sistema de Saúde do Século XXI:

- *Envolve e dirige-se ao Sistema de Saúde, recolhendo e enquadrando o contributo de todos, começando pelo cidadão e sociedade civil, para a obtenção de ganhos em saúde;*
- *Tem como missão o reforço da capacidade de todos os agentes em saúde;*
- *Constrói uma visão coletiva para o desenvolvimento do Sistema de Saúde;*
- *Reconhece e promove a inovação e a gestão do conhecimento, estendendo-se progressivamente e atualizando-se ciclicamente, numa procura contínua das melhores soluções a médio-longo prazo para o Sistema de Saúde.*

O PNS tem uma visão muito clara:

***“Maximizar os ganhos em saúde através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”.***

Esta visão é uma direção em que todos são convidados a reconhecerem-se.

Questões específicas em saúde exigem respostas específicas. Estão a este nível as necessidades locais, os planos de saúde dirigidos a problemas concretos, ou as reformas de partes do sistema de saúde. A missão do PNS é dar um sentido e enquadramento maior, assegurando que o Sistema de Saúde responde às necessidades, tem os planos e recursos que precisa e otimiza o impacto das suas reformas. Daí o seu sentido estratégico.

Dada a sua natureza, o PNS propõe ações de carácter estratégico. Não são todas as ações necessárias, nem todas as ações prioritárias. São as ações que, de carácter estratégico e estrutural, conduzirão a um Sistema de Saúde com maior capacidade para a obtenção de ganhos em saúde para todos. Após o alcance desses patamares, novas ações se tornarão necessárias e relevantes para os passos seguintes do desenvolvimento do Sistema de Saúde. Um PNS vivo e dinâmico assegurará que a sua missão, valor e contributo para o Sistema de Saúde será sempre inestimável.

A todos aqueles que, direta e indiretamente, contribuíram para este PNS, ao agradecimento e reconhecimento junta-se, agora, um novo convite: que ajudem o PNS a cumprir a sua missão, envolvendo cada vez mais agentes e indivíduos, continuando a trazer exigência e contributos, bem como sendo agentes privilegiados na sua operacionalização.

Não obstante a monitorização, acompanhamento e avaliação do continuada, este PNS será avaliado técnica e socialmente no término do seu mandato. Novas lições serão retiradas, e Portugal poderá iniciar um novo ciclo ainda mais enriquecido. Poderemos olhar para trás e verificar as oportunidades que usufruímos, as que criámos e as que não pudemos responder. Que este PNS seja um guia útil e essencial, um propósito comum e uma visão de convergência para que, juntos, façamos mais e melhor.

Pela Saúde de Todos.

Lisboa, 31 de Janeiro de 2012

**Paulo José Ribeiro Moita de Macedo**

Ministro da Saúde



## MENSAGEM DO DIRETOR-GERAL DA SAÚDE

Todos reconhecem, hoje, a oportunidade em harmonizar programas, projetos, ações e iniciativas no quadro de um rumo estratégico para a saúde que faça articular os produtos resultantes dos trabalhos desenvolvidos para obtenção de mais ganhos.

O documento que ora se divulga traduz essa preocupação principal ao mesmo tempo que define orientações que visam atingir as metas enunciadas.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 ergue-se sobre uma matriz transversal ao Sistema de Saúde que recolheu amplos contributos e consenso nacional. Esta matriz é estruturada em 4 eixos (Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis) e 4 objetivos para o Sistema de Saúde (Obter Ganhos em Saúde; Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida; Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença; Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global).

O PNS 2012-2016, como todos os planos, assume a missão de guia, aliás, de grande utilidade, quer para decisores políticos, instituições e prestadores de cuidados, mas deve interessar, sobretudo, o cidadão.

Fundamenta-se na promoção da equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde, impondo o desenvolvimento de medidas inadiáveis de melhoria da saúde dos cidadãos, reduzindo gaps.

Enfatiza a qualidade, na perspetiva que a melhoria contínua é dever da Administração Pública, pois são os cidadãos que, na prática, financiam, na sua quase totalidade, os serviços que recebem.

Um outro compromisso, correlacionado com o anterior, impõe o aperfeiçoamento da governança através quer do impulso do processo

de liderança, quer da facilitação da ampla participação, aberta a todos os agentes e, naturalmente, a representantes da sociedade civil.

O PNS propõe orientações de investimentos em Saúde Pública que assentam na vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos; na monitorização e resposta a riscos e emergências; na proteção da saúde nas suas diferentes vertentes (ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de Saúde em Todas as Políticas); na abordagem de determinantes sociais de saúde e de promoção da equidade; na prevenção da doença, incluindo a deteção e diagnóstico precoce; bem como na sensibilização, comunicação e mobilização social; e na análise da informação em saúde – produção de conhecimentos.

Este Plano confronta os desafios impostos pela transição demográfica e mudança do perfil epidemiológico em Portugal. Em regime de complementaridade foram criados 9 programas nacionais, prioritários, como resposta aos principais problemas de saúde.

Este documento nacional, orientador da política de saúde, tem como foco todos os cidadãos, famílias e comunidades, promovendo a sua resiliência, ou seja, a sua capacidade para resistir às adversidades. Em síntese, procura promover comunidades saudáveis através de informação e literacia em saúde, plataformas de comunicação, redes de apoio e de cooperação, e empowerment de doentes e cidadãos, sublinha-se, empowerment das famílias portuguesas.

Lisboa, Maio de 2013

**Francisco George**  
*Diretor-Geral da Saúde*



# 1. ENQUADRAMENTO DO PLANO NACIONAL DA SAÚDE

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

**“Nasce o ideal da nossa consciência da imperfeição da vida. Tantos, portanto, serão os ideais possíveis, quantos forem os modos por que é possível ter a vida por imperfeita.”**

*Fernando Pessoa, em ‘Textos de Crítica e de Intervenção’*

O PNS começou a ser elaborado durante a avaliação do PNS 2004-2010 e do Sistema de Saúde Português pela Organização Mundial de Saúde. Esta avaliação decorreu na sequência da assinatura pela Organização Mundial de Saúde, pelos seus 53 Estados Membros, pelo Banco Mundial e por outras organizações internacionais, da *Carta de Tallin: Sistemas de Saúde para Saúde e Prosperidade (2008)*<sup>1</sup>, onde se afirmou o reforço dos sistemas de saúde como uma resposta fundamental para os desafios à saúde das populações.

Nessa ocasião, criou-se a oportunidade de acompanhar a construção de referenciais para a avaliação dos sistemas de saúde e um novo enquadramento para um PNS que permitisse o reforço do Sistema de Saúde Português.

Este processo, que incluiu peritos nacionais e internacionais, acima de uma centena de entrevistas a agentes do Sistema de Saúde Português e a análise de indicadores, constituiu um capital de envolvimento e de conhecimento excecional, bem como criou uma expectativa muito elevada quanto ao potencial de um Plano Nacional de Saúde.

## DESENVOLVIMENTO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O PNS beneficiou de um consenso alargado quando à sua missão e visão, amplamente discutidos no III Fórum Nacional de Saúde (2010), e procurou traduzir os próprios princípios de envolvimento, capacitação, qualidade técnica e transparência que preconizava.

Foram recolhidos estudos nacionais e internacionais, encomendados estudos específicos para o PNS, bem como constituídos grupos de peritos e de consulta, procurando constituir uma base de evidência ampla e robusta. Foram sistematicamente solicitados os contributos a várias centenas de entidades, analisados e publicados em processos participados e transparentes.

A versão apresentada é o resultado do contributo de inúmeras entidades individuais e coletivas, através de reuniões, grupos de peritos, gestores regionais, profissionais de saúde ou de outras áreas e de cidadãos interessados através do microsite do PNS e de redes sociais. No início de Maio de 2012, contabilizam-se 72.797 visitas no

microsite, 3.409 simpatizantes no Facebook do PNS e 324 seguidores no Twitter. Uma menção especial para os grupos académicos e de peritos que realizaram análises especializadas a áreas específicas do PNS, algumas das quais inéditas, todas colocadas à discussão pública, e que em muito enriqueceram o PNS. É de salientar, igualmente, o apoio constante e de elevada qualidade da Organização Mundial de Saúde, através dos seus escritórios europeus, que facilitaram o acesso a numerosos peritos internacionais.

## OBJECTIVOS DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

O PNS propõe-se reforçar a capacidade de planeamento e operacionalidade no Sistema de Saúde Português. Para tal, pretende responder a 4 questões:

- **Na qualidade de agente do Sistema de Saúde, como posso contribuir para maximizar ganhos em saúde?** Os eixos estratégicos do PNS (capítulos 3.1 a 3.4) são as vertentes em que cada agente deve avaliar-se, valorizar-se e trazer valor ao Sistema de Saúde;
- **Como Sistema de Saúde, para que objetivos devemos convergir?** Os objetivos estratégicos do Sistema de Saúde (capítulos 4.1 a 4.4) são os resultados finais para os quais as ações de cada um deverão contribuir;
- **Quais as políticas transversais que apoiam a missão de todos na concretização dos Objetivos do Sistema de Saúde?** Os capítulos sobre políticas transversais, a publicar em Cadernos de Implementação, pretendem enquadrar criticamente e desenvolver essas mesmas políticas. Estes cadernos serão publicados na fase inicial de implementação do PNS;
- **Qual o suporte operacional para concretizar o PNS?** Os capítulos de operacionalização do PNS (capítulos 5.1 a 5.4) definem e reforçam a capacidade operacional do PNS; Estes capítulos serão publicados também como Cadernos de Implementação do PNS e serão publicados na fase inicial de implementação.

Para além da resposta a estas questões, o PNS estabelece uma lógica para a identificação de ganhos em saúde, definição de metas e de indicadores, bem como um enquadramento para programas prioritários de saúde, regionais e setoriais, facilitando a integração e articulação de esforços e criação de sinergias.

## UM PLANO NACIONAL DE SAÚDE DINÂMICO

A visão de um Plano Nacional de Saúde, por muito inteligentemente traçado, que subsistisse vários anos, como se de um itinerário

<sup>1</sup> Do Inglês, *Health Systems for Health and Wealth*.

ou caderno de encargos a cumprir se tratasse, não reconhece o enorme grau de incerteza, reforma e inovação, bem com a complexidade da resposta e do desafio a que os sistemas de saúde estão sujeitos, como seja a influência da informação e do conhecimento, expectativas sociais, influência de fatores socioeconómicos, geopolíticos e de novas ameaças à saúde com elevado grau de incerteza. Planos a curto prazo têm como inconveniente que os resultados em saúde são, em larga medida, decorrentes de cadeias de valor e de acontecimentos complexos, temporalmente espaçados e necessitam de políticas, visões e investimentos continuados, avaliáveis apenas a médio-longo prazo.

O PNS procura uma resposta inovadora, mantendo uma visão e compromisso a 5 anos, proativa no seu desenvolvimento e baseada na melhoria constante através da incorporação de novas e melhores recomendações e evidências; da identificação e disseminação de boas práticas; da atualização do contexto e da situação nacional e internacional; da promoção da investigação e inovação; da resposta a novas oportunidades, situações e desafios; bem como da correção de trajetórias por medidas adicionais, ou mais eficazes, que se demonstrem necessárias.

Este novo mandato do PNS assume o compromisso e envolvimento continuado de todos, bem como uma estrutura capacitada para produzir, recolher e gerir conhecimento, monitorizar e avaliar continuamente o Sistema de Saúde.

## RESPOSTA DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE AO CONTEXTO SÓCIOECONÓMICO ACTUAL

O PNS assume uma particular responsabilidade no atual contexto social, político e económico:

- Ao procurar incrementar a racionalidade do Sistema de Saúde, a sua capacidade de integrar esforços, criar sinergias entre os seus agentes, identificar ganhos e valor em saúde, monitorizar-se e avaliar-se, o PNS afirma o reforço da capacidade do Sistema de Saúde como uma resposta fundamental para a crise económica e um factor de garantia do suporte social e do desenvolvimento económico;
- Ao focar-se nas desigualdades como base para definição de ganhos potenciais, metas, boas práticas e ações prioritárias, o PNS orienta o Sistema de Saúde para a melhoria constante, aprendizagem e reforço de comportamentos de rede, redução das iniquidades, resposta a necessidades globais e específicas, incluindo grupos socialmente vulneráveis;
- Ao constituir-se como um instrumento de projeção de resultados, identificação continuada de modelos e evidência, e observatório de políticas em saúde nos vários níveis e setores do Sistema de Saúde, o PNS assegura manter-se como um instrumento vivo e útil para o Sistema de Saúde, capaz de responder a novos desafios, de contribuir para corrigir trajetões e incorporar e disseminar inovação;
- Finalmente, ao clarificar a responsabilidade do Sistema de Saúde pelo promoção da Cidadania em Saúde (capítulo 3.1), pela Equidade e Acesso (capítulo 3.2), pela Qualidade em Saúde (capítulo 3.3), pelas Políticas Saudáveis (capítulo 3.4), pela Obtenção de

Ganhos em Saúde (capítulo 4.1) pela promoção de Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida (capítulo 4.2), pelo Reforço do Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença (capítulo 4.3), pelo fortalecimento da Participação de Portugal na Saúde Global, o PNS vai muito além da prestação de cuidados de saúde, para mobilizar recursos e capacidades de outros setores sociais chave para a obtenção de ganhos sustentáveis em saúde.

O PNS é muito mais do que um entendimento. É um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de caráter estratégico, destinados a capacitar e a promover o *empowerment* do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial. Porque parte substancial, senão maioritária, da capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, famílias, comunidades, organizações da sociedade civil ou do setor privado e social, o PNS propõe recomendações e envolve estes agentes, procurando demonstrar como os seus esforços são decisivos para a missão social e para a concretização de uma visão comum de Sistema de Saúde.

## CONCLUSÃO

O passo que hoje se dá é de lançar o entendimento, as estruturas e ações estratégicas, de operacionalização, monitorização e de avaliação o PNS, bem como as bases para a construção das políticas transversais que reforçarão a capacidade do Sistema de Saúde cumprir a missão do PNS.

Cumprido este passo, abrem-se novos horizontes. Lembrando o poeta *"Caminhante, não há caminho, | se faz caminho ao andar..."*<sup>2</sup>, o PNS será útil se integrar e focar esforços, se servir de plataforma de entendimento e convergência, se fornecer referências para a avaliação e a valorização, se elevar a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde.

O seu poder de influência está nos agentes e no cidadão, sobretudo em todos aqueles que, dia-a-dia, reconhecem que constroem o futuro de todos. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um: governo, instituições de saúde e de outros setores, profissionais de saúde e de outros setores, públicos e privados, sociedade civil, comunidades e cidadãos.

## 1.2. VISÃO DO PNS

**Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.**

1. O PNS pretende:

- Maximizar os ganhos em saúde reconhecendo que são relativos, através de resultados de saúde adicionais para a população, globalmente e por grupo etário, sexo, região, nível socioeconómico e fatores de vulnerabilidade;

<sup>2</sup> Do poema 'Cantares', do poeta Sevilhano António Machado.

- Reforçar o Sistema de Saúde como a opção estratégica com maior retorno de saúde, social e económico, considerando o contexto nacional e internacional (WHO, 2008), promovendo as condições para que todos os intervenientes desempenhem melhor a sua missão.
2. A forma como o PNS se propõe cumprir o seu objetivo e reforçar o Sistema de Saúde constitui o seu modelo conceptual.

- comendações, identificação de ganhos e recursos necessários;
- iv) A recolha, integração e discussão de planos e instrumentos institucionais e intersectoriais;
- v) A identificação de convergências, oportunidades de reforço, colaboração e alinhamento;
- vi) A interação, envolvimento e consulta dos cidadãos, dos profissionais de saúde, instituições públicas, privadas e do setor social.

### 1.3. MISSÃO DO PNS

1. O PNS é o documento estratégico nuclear na área da saúde e tem por missão:
- Afirmar os valores e os princípios que suportam a identidade do Sistema de Saúde e reforçar a coerência do sistema em torno destes;
  - Clarificar e consolidar entendimentos comuns, que facilitem a integração de esforços e a valorização dos agentes na obtenção de ganhos e valor em saúde;
  - Enquadrar e articular os vários níveis de decisão estratégica e operacional em torno dos objetivos do Sistema de Saúde;
  - Criar e sustentar uma expectativa de desenvolvimento do Sistema de Saúde, através de orientações e propostas de ação;
  - Ser referência e permitir a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde.

### A.O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2004-2010

2. O PNS está na continuidade do PNS 2004-2010, documento de orientação estratégica, política, técnica e financeira do Sistema de Saúde (Quadro 1.2).
3. A implementação do PNS 2004-2010 foi acompanhada de reformas estruturais, nomeadamente a criação de um Gabinete de Planeamento Estratégico, Avaliação e Relações Internacionais (GPEARI) do Ministério da Saúde (MS) (Alto Comissariado da Saúde – ACS-) (Dec. Reg. 7/2005) responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010. O ACS assumiu, até 2011, uma função estratégica no Sistema de Saúde presidindo à Comissão de Acompanhamento Intermínisterial do PNS e sendo responsável pela avaliação do desempenho das instituições do MS (SIADAP1) (Despacho 33/2008), a centralização da Direção de Serviços de Coordenação Internacional, os apoios financeiros a projetos de IPSS e pelas Coordenações Nacionais para as áreas prioritárias do PNS.
4. Foram definidas Coordenações Nacionais (Saúde Mental, Doenças Oncológicas, HIV/SIDA e Doenças Cardiovasculares) da competência

### 1.4. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PNS

1. A construção do PNS teve como pontos de partida (Quadro 1.1):
- i) A reflexão sobre ganhos e insuficiências decorrentes da elaboração e implementação do PNS anterior (2004-2010) que incluiu a avaliação por entidade externa (WHO, 2010);
  - ii) Uma proposta de modelo conceptual;
  - iii) Análises especializadas setoriais, evidências e análises críticas, re-

**Box 1.2.** Principais estratégias orientadoras do PNS 2004-2010:

**Box 1.1.** Documentos base de Planeamento em Saúde:

#### A nível Internacional:

- Saúde para Todos no Ano 2000, WHO/EURO;
- Juntos para a Saúde: Uma Abordagem Estratégica para a UE (2008-2013), Comissão Europeia;
- Estratégia Europa 2020: Estratégia para um Crescimento Inteligente Sustentável e Inclusivo (2010).

#### A nível nacional:

- Saúde um Compromisso - Estratégia de Saúde para o Virar do Século 1998-2002;
- Plano Nacional de Saúde 2004-2010.

#### A nível regional:

- Plano Regional da ARS Norte 2008/2010;
- Perfis Regionais de Saúde.

#### I – ESTRATÉGIAS GERAIS:

1. Prioridade aos mais pobres;
2. Abordagem programática;
3. Abordagem com base em settings.

#### II – ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

4. Abordagem centrada na família e no ciclo de vida;
5. Abordagem à gestão integrada da doença.

#### III – ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

6. Mudança centrada no cidadão;
7. Capacitar o Sistema de Saúde para a inovação;
8. Reorientar o Sistema de Saúde;
9. Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento.

#### IV – ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO

10. Acompanhamento do Plano;
11. Cativação de recursos;
12. Diálogo;
13. Quadro de referência legal.

do ACS e Programas Verticais (por ex., Diabetes, Doenças Respiratórias, Obesidade, entre outros) da competência da DGS.

5. Foi criado pelo ACS um sistema de monitorização do PNS (microsite Indicadores e Metas do PNS), mais tarde expandido para um sistema de base geográfica e comunitária (WebSIG/Mapas Interativos), integrador de várias bases de dados disponíveis.

## B. AVALIAÇÃO DO PNS 2004-2010 (WHO – EURO, 2010) E DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE (WHO – EURO, 2010) PELA OMS

6. Realizada em 2009 e 2010, esta avaliação identificou (Quadro 1.3):

**Box 1.3.** Avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS:

### Aspetos Positivos:

- ✓ Participação alargada;
- ✓ Consenso quanto a prioridades;
- ✓ Compromisso político.

### A melhorar

- ✓ Suporte à sustentabilidade;
- ✓ Hierarquia de indicadores e metas;
- ✓ Maior foco nos determinantes sociais, resultados em saúde;
- ✓ Método para atribuição de ganhos

**Box 1.4.** Avaliação da implementação do PNS 2004-2010 pela OMS

### Aspetos Positivos:

- ✓ Criação do Alto Comissariado da Saúde;
- ✓ Comissão interministerial de acompanhamento do PNS;
- ✓ Reforço da ligação entre planeamento nacional e regional;
- ✓ Envolvimento das organizações da sociedade civil e outros setores;
- ✓ Monitorização sistematizada de indicadores de saúde.

### A melhorar

- ✓ Melhor alinhamento entre estratégia, decisão e implementação;
- ✓ Redução da fragmentação da função de planeamento;
- ✓ Política de incentivos;
- ✓ Gestão de numerosos programas de saúde locais;
- ✓ Sistema de informação fragmentado e pouco acessível ou inexistente;
- ✓ Não aplicação sistematizada de estratégias locais de saúde;
- ✓ Baixo envolvimento dos doentes e do cidadão.

7. **Aspetos positivos:** i) participação alargada dos intervenientes do Sistema de Saúde; ii) consenso quanto às prioridades e suporte para decisores políticos e profissionais de saúde; iii) compromisso político estável e alargado.

8. **Aspetos a melhorar:** i) inclusão de opções políticas de suporte à sustentabilidade do SNS e do Sistema de Saúde; ii) hierarquização de indicadores e metas, permitindo maior clareza ao estabelecimento de prioridades; iii) maior ênfase nos determinantes sociais da saúde e na distribuição da saúde, utilização de serviços e financiamento; iv) estratégias para recursos humanos, qualidade e segurança e maior foco nos resultados em saúde; v) definição do processo de cálculo de metas e da atribuição de ganhos em saúde.

9. Quanto ao **processo de implementação** (Quadro 1.4), foi salientado como **positivo:** i) a criação de uma função e de uma estrutura (ACS), incrementando a transparência e a responsabilização do Sistema de Saúde; ii) a comissão interministerial de acompanhamento; iii) o reforço de ligação entre o planeamento regional e nacional; iv) o envolvimento de organizações da sociedade civil e de outros setores; v) a monitorização sistematizada de indicadores de saúde, a nível nacional e regional.

10. E como **aspetos a melhorar:** i) falta de alinhamento entre estratégia, decisão e implementação (por ex., inexistência de instrumentos formais de responsabilização global para com as Administrações Regionais de Saúde); ii) fragmentação da função de planeamento entre as instituições; iii) ausência de política de incentivos e de promoção do desempenho e da melhoria contínua da qualidade; iv) dificuldade na gestão dos numerosos programas de saúde a nível local; v) pouco envolvimento de outros setores do governo e de colaboração intersectorial; vi) sistema de informação fragmentado, pouco disponível ou inexistente (por ex., impacto dos determinantes sociais e no financiamento); vii) não aplicação sistematizada de estratégias locais de saúde; viii) baixo envolvimento dos doentes e do cidadão.

11. **Foi recomendado que o próximo PNS deveria reforçar o desempenho do Sistema de Saúde:** i) como uma plataforma para comunicar objetivos e organizá-los em ações, indicadores, metas e prioridades; ii) com foco na avaliação do impacto na saúde; iii) considerando as ameaças à sustentabilidade; iv) suportando o alcance de ganhos em saúde através de objetivos intermédios, como a redução da mortalidade sensível aos cuidados e à promoção da saúde, a integração dos cuidados de saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.

12. Especificamente, o próximo PNS deveria:

- Ser construído a partir de estratégias do PNS anterior, com objetivos mais específicos, proporcionando um referencial para a avaliação do impacto e responsabilização pública;
- Incrementar a capacidade estratégica do MS: i) aumentando a capacidade das regiões e das estruturas locais para o planeamento e implementação; ii) reduzindo a fragmentação de funções e responsabilidades dos organismos centrais; iii) desenvolvendo instrumentos de alinhamento, monitorização e avaliação das políticas na saúde;
- Reforçar a capacidade do MS para promover a ação e a avaliação do impacto na saúde a nível intersectorial e com os setores privado e social;
- Propor um número limitado de objetivos, quantificáveis e limitados no tempo, que permita a organização e o alinhamento;

- Ser suportado pela evidência científica, incluindo áreas como estratégias dirigidas à sustentabilidade e investimento, integração de cuidados, redução das desigualdades, financiamento, qualidade, saúde em todas as políticas e avaliação do impacto;
- Reforçar uma cultura de melhoria contínua do desempenho, através da capacitação e criação de instrumentos, incentivos e processos de responsabilização: i) criando conjuntos de indicadores: a) focados nos resultados; b) organizados em modelos conceptuais, de apoio à contratualização; ii) melhorando o acesso a dados de suporte à decisão; iii) aumentando a capacidade de gestão do desempenho e o foco nos resultados a todos os níveis do sistema, através da formação;
- Promover o envolvimento dos outros setores incluindo privado e Terceiro Sector;
- Desenvolver o processo de comunicação com o cidadão, profissionais de saúde, gestores, políticos e média.

### C. ANÁLISES ESPECIALIZADAS SECTORIAIS

13. As quinze análises especializadas (Quadro 1.5) de suporte à elaboração do PNS são estudos temáticos desenvolvidos por peritos nacionais e consultoria internacional, tendo sido alvo de discussão pública.
14. O Gabinete Técnico do PNS desenvolveu outros cinco estudos.

#### Box 1.5. Análises Especializadas

##### ANÁLISES ESPECIALIZADAS EXTERNAS:

Cidadania e Saúde; Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde; Qualidade dos Cuidados e dos Serviços; Políticas Saudáveis; Ordenamento do Território; Tecnologias de Informação e Comunicação; Integração e Continuidade dos Cuidados; Descrição do Sistema de Saúde Português; Recursos Humanos na Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Cuidados de Saúde Hospitalares; Cuidados de Saúde Continuados; Política do Medicamento, Dispositivos médicos e Avaliação de Tecnologias em Saúde; Investigação em Saúde; Estratégias Locais de Saúde.

##### ANÁLISES ESPECIALIZADAS INTERNAS:

Análise de Planos de Saúde de Outros Países; Identificação de Potenciais Ganhos em Saúde; Diretório de Informação em Saúde; Painel de Informação para Planeamento em Saúde; Levantamento de Recomendações de Organizações Internacionais da Saúde; e Análise da Autoavaliação sobre Programas Nacionais de Saúde.

### D. ENVOLVIMENTO E CONSULTA PÚBLICA.

15. Foram criados grupos de trabalho articulados com o Grupo Técnico do PNS: i) Grupo de Peritos (consultores de diferentes áreas); ii) Gestores Regionais (representantes das ARS) e Pontos Focais da DGS e da ACSS.
16. O processo de consulta pública incluiu o documento de avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS e as áreas prioritárias a desenvolver, modelo conceptual, processo de construção e envolvimento das instituições e termina com a apresentação e discussão da versão final. No decorrer deste processo foram nomeados Pontos Focais dos diferentes Ministérios, Ordens Profissionais e outros organismos de relevância para a área da saúde, a quem foram solicitados diferentes contributos.
17. Foram também solicitados contributos a várias entidades e organismos (Ministérios, associações e ordens profissionais, municípios, sociedade civil, redes de cuidados e o cidadão) que integram o Conselho Consultivo.

### E. OUTROS INSTRUMENTOS

Outros instrumentos facilitadores de participação ativa utilizados foram o microsite do PNS 2012-2016 (desde Março de 2010), redes sociais Facebook e Twitter (desde Abril de 2010); Boletim "Pensar saúde" e Newsletter regular; o 3º Fórum Nacional de Saúde e os Fóruns Regionais de Saúde.

## 1.5. VALORES E PRINCÍPIOS

1. O PNS assume os mesmos valores fundamentais (Quadro 1.6) dos sistemas de saúde europeus (Conselho UE, 2006), nomeadamente:
- **Universalidade**, o que significa que ninguém pode ser excluído do acesso aos cuidados de saúde;
  - **Acesso a cuidados de qualidade**;
  - **Equidade**, implicando que todos têm idêntico acesso aos cuidados e direito à obtenção de resultados em saúde, de acordo com as necessidades, independentemente do sexo, religião, origem étnica, idade, estatuto social ou capacidade de pagar esses cuidados;
  - **Solidariedade**, ou seja, que o regime financeiro do Sistema de Saúde garante a todos o acesso aos cuidados de saúde.
2. São considerados, igualmente, os seguintes valores:
- **Justiça Social**, no sentido em que as políticas e as instituições se relacionam com os cidadãos valorizando a igualdade de direitos e deveres, na equidade e na solidariedade, compreendendo e reconhecendo a dignidade de cada pessoa.
  - **Capacitação do cidadão**, promovendo o potencial de cada pessoa, organizações e comunidades para promoverem a saúde e a dos outros;
  - **Prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa**, dando resposta às suas necessidades individuais;
  - **Respeito pela pessoa humana**, nas várias dimensões física, psíquica, social e espiritual, promotora da ética e da autonomia;
  - **Solicitude**, ou seja, a capacidade de dar atenção proativa e de qualidade às necessidades de bem-estar e de cuidados;

• **Decisão apoiada na evidência científica**, como forma de incorporar a melhor evidência e a inovação, incluindo a clínica, epidemiológica, gestão, avaliação económica, tecnológica e de impacto em saúde, em processos de melhoria contínua.

3. Dos princípios do PNS realçam-se:

- **transparência e a responsabilização**, que permitam a confiança e valorização dos agentes e que o sistema se desenvolva, aprendendo;
- **envolvimento e participação** de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde;
- **Redução das iniquidades em saúde**, como base para a promoção da equidade e justiça social; • A integração e continuidade dos cuidados;
- **sustentabilidade**, de forma a preservar estes valores para o futuro.

4. O PNS responde a estes valores e princípios:

- Promovendo-os no seu próprio **processo de construção**;
- Propondo **orientações estratégicas, indicadores, ações e recomendações** no sentido da sua concretização;
- Constituinte referencial para a **responsabilização e avaliação** do grau e da forma como o Sistema de Saúde promove os valores e os princípios enunciados.

## 1.6. PRESSUPOSTOS DO PNS

1. São pressupostos do PNS:

- Que a melhor opção estratégica atual para a obtenção de Ganhos em Saúde em Portugal é o **reforço, capacitação e empowerment do Sistema de Saúde**, reforçando as competências e os recursos

para o planeamento, implementação, monitorização e avaliação das práticas e políticas dos agentes do Sistema de Saúde;

- Assumir uma **perspetiva do Sistema de Saúde**, como o conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e ações cuja intenção primária é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde (WHO, 2007); e **do cidadão**, como parte essencial do Sistema de Saúde, assumindo este vários papéis: i) doente, com necessidades específicas; ii) consumidor, com expectativa e direito a cuidados de qualidade; iii) contribuinte e recurso de financiamento; iv) coprodutor de cuidados, adesão terapêutica e comportamentos que promovem a sua saúde e a dos outros;
- Que os processos de construção, implementação, monitorização e avaliação do PNS devem ser **criadores de conhecimento, inovação, estratégia, visão e expectativa, compromisso e envolvimento**, na perspetiva do Sistema de Saúde;
- **Integrar instrumentos e mecanismos que lhe permitam lidar com a incerteza e a inovação**, incluindo novos cenários e contextos sociais, económicos, epidemiológicos, políticos e técnico-científicos;
- Que o PNS é **instrumento de estratégia enquadrador dos níveis de planeamento** nacionais, regionais, locais e institucionais com impacto direto na saúde;
- Constituir-se como **referência e influência para os vários espaços de planeamento** infra e suprajacentes, bem como deve ser influenciado por estes, como são exemplos:
  - o **Supranacionais**: estratégias, planos, diretivas e recomendações de conselhos, organizações internacionais, de que se destacam a Comissão Europeia, a OMS e a OCDE;
  - o **Interministerial**: conselhos, comissões, planos e projetos interministeriais, legislação;
  - o **Organismos Centrais do MS**: planos de atividades, análises e relatórios de atividades, bem como Quadros de Avaliação e de Responsabilização (QUAR);
  - o **Administrações Regionais de Saúde**: Planos Regionais de Saúde, Perfis de Saúde e estudos regionais, relatórios de atividades, QUAR;
  - o **Agrupamentos dos Centros de Saúde, Unidades Locais de Saúde e Centros Hospitalares**: planos de atividades, contratos anuais, perfis de saúde e estudos locais, relatórios de atividade, QUAR;
  - o **Autarquias**: planos, relatórios de atividades e programas de saúde locais;
  - o **Instituições prestadoras de cuidados**: planos de atividades, "tableaux de bord", contratualização de serviços e contratos-programa, relatórios de atividades e programas institucionais;
  - o **Ordens, associações profissionais, sociedades científicas, associações de doentes, recreativas e de consumidores**: planos, estratégias, projetos, estudos, recomendações e reflexões;
  - o **Cidadão individual**: opinião, estudos, vivências, recomendações e reflexões.

### Box 1.6. Valores e princípios do PNS

#### Valores do PNS:

- ✓ Universalidade;
- ✓ Acesso a cuidados de qualidade;
- ✓ Equidade;
- ✓ Solidariedade;
- ✓ Justiça Social;
- ✓ Capacitação do cidadão;
- ✓ Prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa;
- ✓ Respeito;
- ✓ Solicitude;
- ✓ Decisão apoiada na evidência científica.

#### Princípios do PNS 2012-2016:

- ✓ Transparência e responsabilização;
- ✓ Envolvimento e participação;
- ✓ Redução das desigualdades em saúde;
- ✓ Integração e continuidade de cuidados;
- ✓ Sustentabilidade.



## 1.7. MODELO CONCEPTUAL E ESTRUTURA

1. O modelo conceptual explicita a organização, bem como as opções estruturais e temáticas do PNS.
2. Para cumprir a visão e missão, o PNS assume duas Dimensões (Quadro 1.7):
  - **Intrínsecas:** linguagem e processos de apoio às orientações estratégicas, ações e recomendações;
  - **Extrínsecas:** perspetivas estratégicas complementares que asseguram a coerência do Sistema de Saúde.

### Dimensões Intrínsecas

3. As perspetivas de reforço estratégico do Sistema de Saúde (Quadro 1.8) permitem compreender a natureza e os objetivos das orientações estratégicas que promovem o alinhamento, a integração e os esforços sustentados.

### Alinhamento estratégico

4. Procura garantir que os agentes assumem direções comuns para a concretização de objetivos com maior valor em saúde, bem como que os objetivos a médio/longo prazo não são comprometidos pelos de curto prazo.
5. A saúde é um domínio complexo, de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, com grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas e que exige políticas consistentes e persistentes.
6. Existe elevada descentralização na decisão (cidadão, profissional de saúde, administrador, político), necessidade de flexibilidade na resposta a novas ameaças e situações, correção e satisfação de necessidades imprevistas, revisão das práticas, investigação, experimentação e incorporação contínua da inovação e sistemas de planeamento iterativos e interdependentes.

### Integração estratégica:

7. Procura garantir o melhor desempenho e adequação de cuidados que maximizem a utilização de recursos, a qualidade, a equidade e o acesso; bem como maximizar comportamentos de rede, comunicação e de criação de incentivos e vantagens para a associação e parceria.
8. O Sistema de Saúde encontra equilíbrios entre a proximidade de cuidados e a gestão racional de recursos limitados; entre a redundância e complementaridade de serviços oferecidos pelo setor público, privado e social; entre a resposta compreensiva e a resposta especializada às necessidades de saúde.
9. Destes equilíbrios depende a equidade e acesso, a qualidade e a utilização mais eficiente de recursos. A procura ótima deste equilíbrio é dinâmica, assume dimensão nacional, regional e local, e de relação entre setores público e privado.

Definição de Saúde

**“Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal” (Bircher, 2005).**

### Esforços sustentados:

10. A definição de Saúde é útil como horizonte para a priorização de ações.
11. Nesta perspetiva, **todas as sociedades determinam que parte dos recursos e da capacidade de investimento atribuem ao Sistema de Saúde:** i) pelos valores sociais subjacentes e perceção da capacidade do Sistema de Saúde de ser concretizador desses valores; ii) pelo valor social da saúde, das instituições e dos profissionais; iii) pela expectativa dos ganhos potenciais em saúde e socioeconómicos decorrentes desse investimento; iv) pela perceção do impacto do Sistema de Saúde no padrão de vida social (qualidade de vida, segurança na doença).
12. O **investimento de recursos sociais no Sistema de Saúde é realizado em concorrência com os outros sistemas sociais** (economia, educação, governo e administração pública, segurança social, justiça, etc.). Esta concorrência reduz-se com a capacidade dos setores integrarem esforços e recursos, com ganhos para todos.
13. **Criar e transmitir valor que promova e justifique o investimento é responsabilidade do Sistema de Saúde**, que realiza continuamente compromissos entre os recursos disponíveis e a desenvolver, os serviços prestados e os resultados obtidos. Este é o conceito de **Valor em Saúde** (Porter ME, Teisberg EO, 2006), ou seja, obtenção de ganhos considerando o investimento feito. A criação de valor é importante no atual contexto económico como instrumento de sustentabilidade e requer visão, reforma e investimento a longo prazo.

### Box 1.7. Dimensões do modelo conceptual

#### Intrínsecas

- ✓ Reforço estratégico do Sistema de Saúde;
- ✓ Definição, evidência e concretização das orientações estratégicas.

#### Extrínsecas

- ✓ Eixos Estratégicos;
- ✓ Objetivos do Sistema de Saúde;
- ✓ Políticas Transversais;
- ✓ Processos e Instrumentos de Operacionalização.

### Box 1.8. Perspetivas de reforço estratégico do sistema de saúde

- Alinhamento estratégico;
- Integração estratégica;
- Sustentabilidade.

14. O PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja do melhor desempenho. As orientações do PNS incluem, de forma direta ou indireta, objetivos de promoção do valor social, de adequação e de desempenho do Sistema de Saúde, bem como de concretização dos valores sociais, definição dos ganhos potenciais de saúde e de impacto do Sistema de Saúde no padrão de vida social.

15. As linhas de definição, evidência e concretização das orientações permitem **explicitar a lógica subjacente às propostas de orientações, ações e recomendações**. O processo baseia-se em (Quadro 1.9):

- **Conceitos e Princípios**, que garantem um entendimento comum, especificam os ganhos em saúde, identificam determinantes, instrumentos e mecanismos e salientam oportunidades e ameaças;
- **Enquadramento atual** dos recursos legais e normativos, bem como documentos estratégicos, estudos e análises da situação, instrumentos e mecanismos relevantes, boas práticas e projetos-piloto e perspectivas futuras e de inovação;
- **Orientações estratégicas e evidência**, como propostas dirigidas às oportunidades identificadas, suportadas por modelos, estudos e recomendações;
- **Visão para 2016** - permite compreender como se concretizam as oportunidades previstas, se as ações propostas são as necessárias/suficientes e realizar correções de percurso;
- **Quadro sinóptico de ações e recomendações** - estabelece a forma como as orientações serão concretizadas em ações (compromissos do Sistema de Saúde) e recomendações (para o cidadão e os restantes sectores do Sistema de Saúde);
- **Ações e recomendações**. De natureza estratégica, permitem operacionalizar diferentes orientações. Para cada ação, são explicitados objetivos, realizada a sua descrição (incluindo modelos); especificados produtos finais e intermédios, indicadores e metas para a concretização e identificada a instituição líder, outras a envolver e a instituição responsável pela avaliação.

**Box 1.9.** Definição, evidência e concretização das orientações

#### Explicitação de conceitos e princípios:

- ✓ Conceitos;
- ✓ Determinantes;
- ✓ Instrumentos e mecanismos;
- ✓ Oportunidades e ameaças.

#### Situação atual;

#### Orientações e evidência para a ação;

#### Visão para 2016;

#### Ações e recomendações.

## A. EIXOS ESTRATÉGICOS E OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

### Eixos estratégicos

16. Os eixos estratégicos do PNS são perspectivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, representante de grupos de interesses, empresário, decisor político), cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspectiva de Sistema de Saúde. Retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de Saúde, bem como a capacidade de este se desenvolver como um todo.

17. São considerados quatro eixos estratégicos (Figura 1.1):

- **Cidadania em Saúde;**
- **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde;**
- **Qualidade em Saúde;**
- **Políticas Saudáveis.**

### Objetivos para o Sistema de Saúde

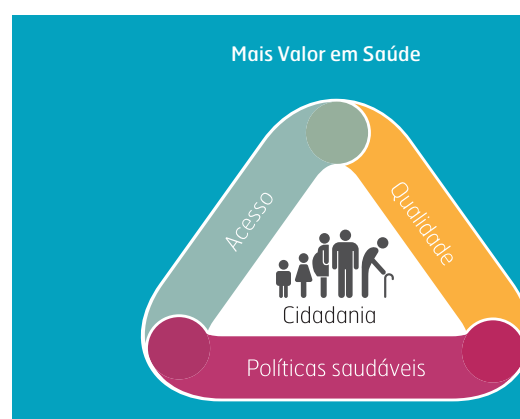
18. Correspondem a objetivos finais do Sistema de Saúde e asseguram que:

- Os valores e princípios são concretizados de forma objetiva e avaliável;
- O Sistema de Saúde está orientado para a obtenção de resultados de forma integrada, alinhada e aberta, dispendo de instrumentos e processos adequados para esse efeito;
- O Sistema de Saúde promove as garantias de resposta, efetividade, proteção, solidariedade e inovação esperadas e é valorizado pela sua capacidade.

19. O PNS explicita e enquadra **quatro objetivos do Sistema de Saúde**:

- **DSS 1 – Obter ganhos em Saúde** – O desenvolvimento do Sistema de Saúde deve refletir-se na obtenção de ganhos em saúde das populações e subgrupos mensuráveis, através da identificação de prioridades e alocação de recursos aos vários níveis, considerando as intervenções custo-efetivas com maior impacto.
- **DSS 2 – Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo da vida** – Fomentar contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida implica a promoção, proteção e manutenção da

**Figura 1.1** Eixos Estratégicos



saúde, prevenção, tratamento e reabilitação da doença, permitindo uma visão integrada das necessidades e oportunidades de intervenção de modo contínuo (WHO, 2002), específico de cada contexto, mas também sobrepondo visões de articulação e de integração de esforços entre contextos.

- **DSS 3 – Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença** – A saúde é um bem individual e social e os mecanismos de solidariedade e proteção na doença são determinantes para a coesão, justiça e segurança social. A capacidade do Sistema de Saúde para promover o suporte social e económico na saúde e na doença implicam a clarificação do papel dos vários agentes do sistema, o reforço dos mecanismos próprios e a sustentabilidade do próprio Sistema de Saúde.
- **DSS 4 – Fortalecer a participação de Portugal na Saúde Global** – Os Sistemas de Saúde devem ser abertos, interdependentes, de desenvolvimento rápido e capazes de resposta rápida a novas ameaças. O Sistema de Saúde português deve partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, contribuir para o reforço e o desenvolvimento solidário de outros sistemas e incorporar os avanços internacionais.

## B. POLÍTICAS TRANSVERSAIS, PROCESSOS E INSTRUMENTOS DE OPERACIONALIZAÇÃO

20. As políticas transversais (Quadro 1.10) são orientações para o Sistema de Saúde (níveis de cuidados, processos, instrumentos e mecanismos) desenvolver capacidade para concretizar as estratégias do PNS.

21. Os processos e instrumentos de operacionalização (Quadro 1.11) propõem orientações relativas ao planeamento, condução, operacionalização, participação e envolvimento, monitorização e avaliação do PNS e dos processos de tomada de decisão associados.

### Box 1.10. Políticas transversais de concretização estratégica do PNS

- ✓ Saúde pública
- ✓ Primários
- ✓ Hospitalares
- ✓ Cuidados continuados integrados
- ✓ Articulação e continuidade de cuidados
- ✓ Ordenamento do território e estratégias locais de saúde
- ✓ Recursos humanos da saúde
- ✓ Tecnologias de informação e comunicação
- ✓ Medicamentos, dispositivos médicos e avaliação das tecnologias
- ✓ Investigação, desenvolvimento e inovação
- ✓ Sustentabilidade

### Box 1.11. Domínios relativos aos Processos e instrumentos de concretização do PNS

- ✓ Governação;
- ✓ Participação e Influência;
- ✓ Monitorização;
- ✓ Avaliação.



## 2. PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL

No que a seguir se expõe, com vista à obtenção de um fotograma atual do Sistema de Saúde e do estado de saúde dos portugueses, sobressaem os significativos ganhos de saúde que Portugal alcançou nos últimos anos, medidos e avaliados por um conjunto de indicadores que se têm aproximado dos melhores valores registados nos países da União Europeia.

De facto, o estado de saúde da população melhorou de forma consistente e sustentada, o que terá resultado de uma evolução positiva dos vários determinantes da saúde e da capacidade de investimento nesta área.

Neste capítulo caracteriza-se o estado de saúde da população portuguesa<sup>3</sup>, começando por descrever os seus fatores determinantes. Segue-se um breve resumo do Sistema de Saúde. Apresentam-se os valores atuais dos indicadores mais relevantes para esta análise e respetiva evolução na última década, para reconhecimento de tendências. Sendo objetivo deste capítulo contribuir para a identificação de ganhos de saúde ainda possíveis, os valores dos indicadores de Portugal Continental são comparados com os que se observaram nas diferentes regiões de saúde, assim como com a média dos cinco melhores valores registados nos países da União Europeia, sempre que esta informação esteja disponível.

### 2.1. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

#### 2.1.1. DETERMINANTES DA SAÚDE

1. Os determinantes da saúde são de diversa natureza, podendo ser categorizados de muitas maneiras diferentes. Por exemplo, Kirch sugere quatro categorias: contexto demográfico e social (cultura, política, género, fatores socioeconómicos e capacidade comunitária), ambiente físico (condições de vida e de trabalho), dimensões individuais (legado genético e comportamentos) e acesso a serviços de saúde (Kirch, 2008).

#### Contexto demográfico e social

2. À data dos Censos 2011 residiam em Portugal Continental 10 047 083 habitantes, dos quais 15% tinha menos de 15 anos e 19% tinha 65 e mais anos (dados provisórios disponíveis no portal do INE). Para 2020, embora a maioria dos cenários de previsão aponte para o não decréscimo da população, espera-se que a proporção de jovens (0-14 anos) desça para 14% e a de população de 65 e mais anos aumente para 21%, incluindo este valor 6% de indivíduos com 80 ou mais anos<sup>4</sup> (portal do INE, 2012).

3. Em 2010 verificou-se uma diminuição da população residente, o que não ocorria desde o início da década de 90. Entre 2001 e 2010 a taxa de crescimento natural diminuiu de 0,07% para -0,05% e o índice sintético de fecundidade<sup>5</sup> de 1,5 para 1,4 (não permitindo a renovação de

<sup>3</sup> Os valores apresentados ao longo do capítulo dizem respeito a Portugal Continental, excepto se tais valores não estiverem disponíveis. Nesses casos, identificados em nota de rodapé, apresentam-se os valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

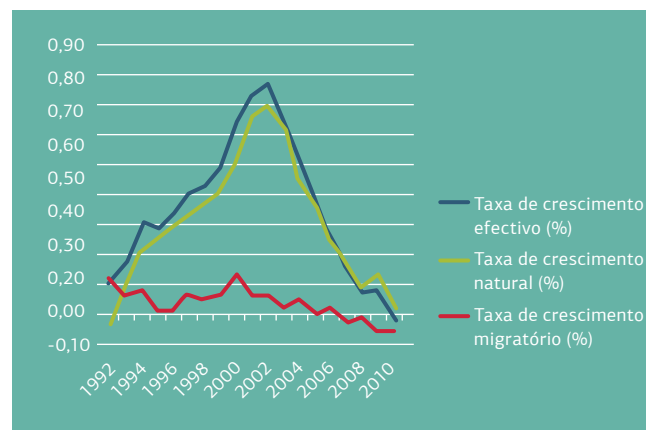
<sup>4</sup> Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas, de acordo com os resultados do cenário central das "Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060" (publicação disponibilizada no portal do INE em 19 de Março 2009).

<sup>5</sup> Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento.

**Quadro 2.1.** Evolução na última década

- ✓ Proporção crescente de idosos e decrescente de jovens;
- ✓ Aumento do índice de dependência de idosos e de envelhecimento;
- ✓ Taxa de crescimento natural negativa;
- ✓ Decréscimo do índice sintético de fecundidade;
- ✓ Diminuição da taxa de crescimento migratório;
- ✓ Melhoria generalizada do nível de instrução;
- ✓ Crescente taxa de desemprego;
- ✓ Diminuição da taxa de risco de pobreza.

**Figura 2.1.** Taxas de crescimento efetivo, natural e migratório (%) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

gerações). Após as grandes vagas de imigração registadas no início dos anos 2000, a taxa de crescimento migratório apresentou uma forte desaceleração, tendo passado de 0,66% para 0,03%, entre 2001 e 2010 (FIGURA 2.1) (portal do INE, 2012).

4. O peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade. Os resultados provisórios dos Censos 2011 mostram que o índice de envelhecimento da população é de 131, o que significa que por cada por cada 100 jovens há hoje 131 idosos (65 ou mais anos). Em 2001 este índice era de 104. Verificou-se igualmente um agravamento do índice de dependência de idosos na última década, que passou de 25 para 30 idosos, por cada 100 pessoas em idade ativa (INE, 2011b).

5. O nível de instrução atingido pela população portuguesa progrediu de forma muito expressiva na última década. A proporção da população que possui o ensino superior completo passou de 9% a 12%. Nos restantes níveis de ensino, os Censos 2011 indicam que 13% da população possui o ensino secundário completo, 16% concluiu o 3o ciclo e 13% o 2o ciclo. No entanto, a proporção da população que apenas completou o 1o ciclo do ensino básico representa ainda 25%; a população que não

terminou qualquer nível de ensino atinge 19%. De referir, que as mulheres possuem qualificações mais elevadas do que os homens e que cerca de 61% dos licenciados é do sexo feminino (INE, 2011b).

6. Em 2010, o Produto Interno Bruto<sup>6</sup> (PIB), a preços constantes de 2006, era de 15 248 euros, por habitante, o que representa um aumento de 316 euros (2,1%) relativamente ao ano 2004 (INE, 2011a).

7. À semelhança do que se verifica nos outros países europeus, em Portugal também a taxa de desemprego regista uma tendência crescente, que se agravou nos últimos anos. Em 2011, entre o 1o e o 4o trimestre, a taxa de desemprego aumentou de 12,4% para 14,0% da população ativa (portal do INE, 2012).

8. Considerando apenas os rendimentos do trabalho, de capital e transferências privadas, 42,5% da população residente em Portugal, incluindo as Regiões Autónomas, estaria em risco de pobreza em 2010. Nesse ano, os rendimentos provenientes de pensões de reforma e sobrevivência contribuíram para um decréscimo de 17,1 pontos percentuais, observando-se uma taxa de risco de pobreza após pensões e antes de transferências sociais de 25,4%. Globalmente, as transferências sociais, relacionadas com a doença e incapacidade, família, desemprego e inclusão social contribuíram para a redução do risco de pobreza em 7,4 pontos percentuais. Assim, após transferências sociais, a taxa de risco de pobreza fixou-se em 18,0% em 2010, valor próximo do estimado para os dois anos anteriores. A taxa de risco de pobreza das famílias com crianças dependentes atingiu 20,1%, mais 2 pontos percentuais do que o valor registado para o total da população residente. Os resultados para os indicadores de desigualdade na distribuição dos rendimentos foram em 2010 superiores aos registados em 2009, todavia inferiores ao observado nos restantes anos. Em 2010, o rendimento monetário líquido equivalente dos 20% da população com maiores recursos correspondia a 5,7 vezes o rendimento dos 20% da população com mais baixos recursos (INE, 2012a).

9. Entre 2007 e 2010, o número de beneficiários do rendimento social de inserção aumentou de 39,4 para 56,7 por 1000 habitantes em idade ativa (portal do INE, 2012).

### Ambiente Físico

10. O território físico e o tecido social também constituem importantes determinantes da saúde. A organização dos espaços, a qualidade do ar, da água e a gestão dos resíduos, assim como as condições de habitação são alguns dos aspetos que interferem com o estado de saúde da população.

11. Entre os dois momentos censitários (2001 e 2011) o país acentuou o padrão de litoralização e reforçou o movimento de concentração da população junto das grandes áreas metropolitanas de Lisboa e Porto. Agravou-se o desequilíbrio na distribuição da população pelo território e a desertificação alastrou-se a uma parte significativa do território. Os municípios do litoral, em geral, mantiveram ou reforçaram a capacidade para fixar e atrair população. A grande maioria dos municípios do interior perdeu população na última década. Em 2001, 171 municípios tinham perdido população, mas em 2011 este valor subiu para 198 (INE, 2011b). Globalmente, no território continental, a densidade populacional passou de 110,9 para 113,9hab/km<sup>2</sup>, no período 2001-2010 (portal do INE, 2012).

<sup>6</sup> Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

12. Em Portugal<sup>7</sup>, no período de 2006 a 2009 verificou-se uma diminuição do potencial de efeito de estufa<sup>8</sup>, em cerca de 9%. Após um aumento significativo das emissões até 2006, a tendência de emissão de gases de efeito de estufa (GEE) inverteu-se, registando em 2009, uma percentagem de emissões de 24%, valor que se situa 3 pontos percentuais abaixo da meta de Quioto<sup>3</sup>. Das emissões ocorridas em 2009, destacam-se a "indústria da energia" e os "transportes" como as principais atividades antropogénicas responsáveis pelas emissões de GEE, com cerca de 27% e 26%, respetivamente. Em 2006, registava-se uma emissão de 7,58 t CO<sub>2</sub>eq *per capita*, enquanto em 2009 este valor era de 6,90t CO<sub>2</sub>eq *per capita*. No que se refere ao índice de qualidade do ar, constata-se que entre 2006 e 2010, predominou a classe "bom", tendo-se verificado a partir de 2008 um decréscimo acentuado das classes de "médio", "fraco" e "mau" (INE, 2011c).

13. Entre 2006 e 2009, a percentagem de população residente em Portugal Continental que se encontrava servida por sistemas de abastecimento de água aumentou de 90% para 96%. No mesmo período, a percentagem da população servida por sistemas de drenagem de águas residuais aumentou de 77% para 84% e por estações de tratamento de águas residuais de 71% para 74% (portal do INE, 2012). Em termos globais<sup>9</sup>, os operadores de serviços de águas atingiram em 2010 um cumprimento quase pleno no que se refere à realização de análises obrigatórias, com cerca de 99% de análises realizadas. No período 2006-2010, a proporção de água controlada e de boa qualidade foi sempre superior a 95%, atingindo 97% em 2010 (INE, 2011c).

14. A produção anual de resíduos urbanos tem vindo a aumentar. Entre 2002 e 2010 passou de 441 a 511kg/habitante. A quantidade de resíduos urbanos recolhidos seletivamente representa ainda uma pequena fração do total de resíduos produzidos, apesar de também mostrar tendência crescente: de 20 a 78kg/habitante, no mesmo período (portal do INE, 2012).

15. Observaram-se melhorias nas condições de habitabilidade dos alojamentos, nas últimas décadas. As infraestruturas básicas, como água canalizada, esgotos e instalações sanitárias com banho e duche, estão hoje praticamente presentes em todas as casas.

16. No território continental, à data dos Censos 2011, a percentagem de alojamentos familiares de residência habitual que ainda não dispunha de água canalizada era de 0,6% (23 176 alojamentos), percentagem análoga à observada em 2001. Também a disponibilidade de sistema de esgotos é hoje praticamente universal: há apenas 0,5% (17 679) de alojamentos que não dispõem de sistema de esgotos, enquanto em 2001 essa percentagem atingia 1,7%. No ano 2011 cerca de 1,9% (74 088) dos alojamentos ainda não dispõem de casa de banho com banho e duche, mas esta percentagem encontra-se 4,4 pontos percentuais abaixo da apurada em 2001 (6,3%) (portal do INE, 2012).

<sup>7</sup> Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

<sup>8</sup> O potencial de efeito de estufa é calculado através da combinação dos três principais gases que mais contribuem para o efeito de estufa: o dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), o óxido nitroso (N<sub>2</sub>O) e o metano (CH<sub>4</sub>).

<sup>9</sup> Ao abrigo do protocolo de Quioto e do acordo da partilha de responsabilidades, Portugal deverá limitar em 27% o aumento das emissões de GEE, no período 2008-2012, face ao valor de referência ajustado a partir do registo de 1990.

<sup>10</sup> Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

**Tabela 2.1** Alojamentos familiares de residência habitual sem infraestruturas básicas, à data dos Censos 2001 e 2011, em Portugal Continental

	2001		2011	
	N	%	N	%
Sem água canalizada no alojamento	20529	0,6%	23176	0,6%
Sem sistema de drenagem de águas residuais	58559	1,7%	17679	0,5%
Sem instalação de banho ou duche	21513	6,3%	74088	1,9%

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

### Dimensões individuais

17. Entre os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida destacam-se o consumo de tabaco e o consumo de bebidas alcoólicas. Os dados recolhidos no 4º Inquérito Nacional de Saúde (INS) (entre Fevereiro de 2005 e Fevereiro de 2006) permitem caracterizar estes consumos, na população de 15 e mais anos (INE/INSA, 2009).

18. Em 2006, 20,8% da população residente em Portugal Continental era fumadora. Entre os fumadores, cerca de 10,6% fumava apenas ocasionalmente e 89,4% fazia-o diariamente. A proporção de fumadores atuais era mais elevada na população masculina: 30,5%, contra 11,8% das mulheres. Em ambos os sexos, o valor mais elevado encontrava-se no grupo dos 35 aos 44 anos: 44,6% e 21,2%, respetivamente, em homens e em mulheres.

19. Considerando a média dos 5 melhores valores europeus, no mesmo ano, verifica-se que a prevalência de fumadores em Portugal é ligeiramente superior (20,8% versus 19,5%). No entanto, esta diferença é mais elevada ao considerar apenas a população masculina (30,5% versus 21,2%). Por outro lado, Portugal é o país da UE em que a proporção de mulheres fumadoras é mais baixa.

**Tabela 2.2** População residente de 15 e mais anos fumadora (%), por sexo e local de residência (2006)

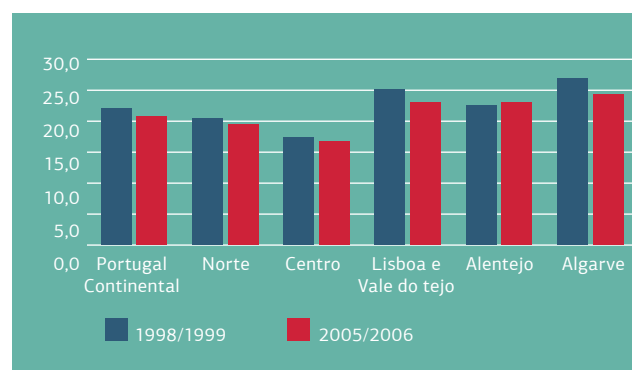
	HM	H	M
Norte	19,7	31,4	8,9
Centro	17,0	26,6	8,2
Lisboa e Vale do Tejo	23,1	30,5	16,2
Alentejo	23,0	35,5	11,2
Algarve	24,4	34,1	14,8
Portugal Continental	20,8	30,5	11,8
Média 5 melhores valores UE	19,5	21,2	15,0

Fonte: Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009 e WHO, Health for All Database, 2012.

20. Entre 1999 e 2006, os INS mostraram que o número de fumadores diminuiu (de 22,0% para 20,8%). Para a população masculina a prevalência de fumadores aumentou no grupo dos 15 aos 24 anos (de 29,7% para 31,4%) e diminuiu em todos os restantes grupos etários, com des-

taque para uma diminuição de 50,4% para 39,0% entre os jovens adultos (25 a 34 anos). Entre a população feminina também se observou diminuição da prevalência neste grupo etário. No entanto, registou-se aumento nos restantes grupos etários até aos 74 anos, com destaque para um aumento de 4,7 pontos percentuais nas mulheres dos 45 aos 54 anos.

**Figura 2.2** População residente de 15 e mais anos fumadora (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência



Fonte: Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

21. Segundo o estudo Health Behaviour in School-aged Children (Matos *et al.*, 2012), a percentagem de adolescentes escolarizados, com 11, 13 e 15 anos, que responde que fuma todos os dias tem vindo a diminuir: 5,4% em 1998, 8,5% em 2002, 5,0% em 2006 e 4,5% em 2010. Não foram encontradas diferenças significativas para o género, na análise dos dados de 2010 relativos a experimentação e consumo de tabaco.

22. A designada Lei do Tabaco (Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto) veio alterar os hábitos tabágicos entre os fumadores, quer no que se refere à redução do fumo ativo, quer no que respeita aos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo. O relatório da primeira avaliação do impacto da Lei do Tabaco, relativamente ao período 2008-2010 (DGS/INSA, 2011), reuniu evidência de que a prevalência do consumo do tabaco diminuiu cerca de 5% no período de dois anos de vigência da lei; relativamente às mulheres não foi encontrada evidência de que a prevalência do consumo de tabaco continuasse a aumentar.

23. De acordo com dados recolhidos no 4º INS, 40,5% dos residentes em Portugal Continental referiu ter tomado pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista. Essa proporção aumentou para os 54,8% no conjunto da população masculina, o dobro da que se observou para as mulheres: 27,0%. Ainda de acordo com o 4º INS, 24,5% dos residentes referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista. Este indicador era mais elevado nos homens, com 37,6%, face ao observado para as mulheres (12,3%) e contrastava com o observado para consumos pontuais de 1 ou 2 dias durante a semana, em que a proporção estimada rondava os 11% em ambos os sexos.

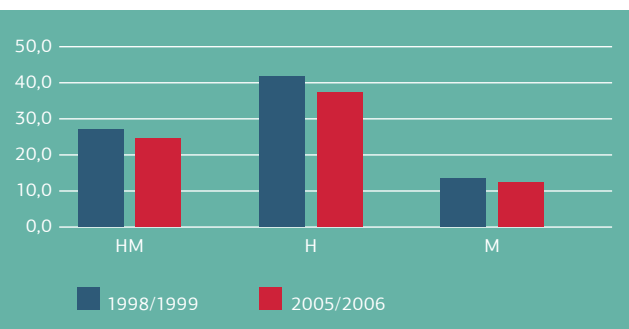
24. No período entre 1999 e 2006, a proporção da população residente que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista diminuiu de 26,8% para 24,5%, tendência que se verificou nos dois sexos, com uma diminuição de 41,3% para 37,6% nos homens e de 13,4% para 12,3% nas mulheres.

**Tabela 2.3** População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%), por sexo e grupo etário (2006)

	HM	H	M
15 a 24 anos	5,7	9,8	1,4
25 a 34 anos	18,2	30,3	5,9
35 a 44 anos	31,3	48,2	14,8
45 a 54 anos	41,8	63,3	21,3
55 a 64 anos	41,8	64,1	21,9
65 a 74 anos	37,7	58,6	20,8
75 a 84 anos	32,3	55,5	17,0
85 anos ou mais	26,4	47,7	16,3
<b>Total</b>	<b>24,5</b>	<b>37,6</b>	<b>12,3</b>

**Fonte:** Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009

**Figura 2.3** População residente de 15 e mais anos que referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias na semana anterior à entrevista (%) a data do inquérito nacional de saúde, por sexo



**Fonte:** Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009

25. Considerando o consumo que é registado através de dados nacionais de produção, importação, exportação e vendas, estima-se que em 2007 terão sido consumidos 11,4 litros de álcool puro *per capita* em Portugal, valor superior à média dos 5 países da UE com menores consumos no mesmo ano (8,1 litros *per capita*) (WHO, Health for All Database, 2012).

**Tabela 2.4** Consumo de álcool puro (litros *per capita*) na população residente de 15 e mais anos (2007)

	HM
Portugal <sup>11</sup>	5,7
Média 5 melhores valores UE	18,2

**Fonte:** Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

26. Dados recolhidos no inquérito realizado em 2010 a adolescentes portugueses escolarizados (Matos *et al.*, 2012) revelam que, ao nível da

<sup>11</sup> Valor referente a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

experimentação de drogas, a substância mais frequentemente referida é haxixe/erva (8,8% refere já ter experimentado) e que são os rapazes que mais frequentemente referem ter experimentado haxixe (10,7% nos rapazes e 7,0% nas raparigas). O consumo regular de drogas ilícitas no mês anterior à entrevista foi referido por 1,4% dos adolescentes (2,2% nos rapazes e 0,7% nas raparigas).

27. Quer a experimentação de haxixe, quer o consumo regular no mês anterior à entrevista são mais frequentemente referidos por adolescentes que residem nas regiões do Algarve e de Lisboa e Vale do Tejo (Matos *et al.*, 2012)

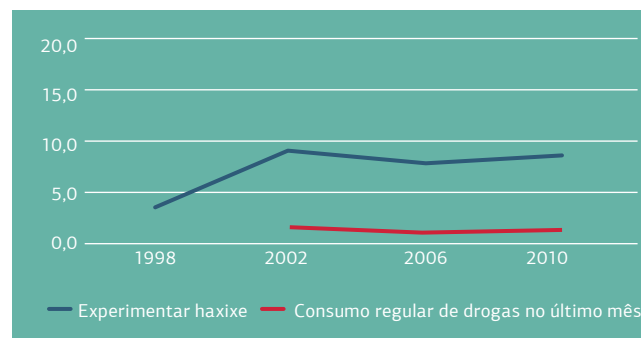
**Tabela 2.5** Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), por local de residência (2010)

	Experimentar haxixe	Consumo regular de drogas no mês anterior
Norte	7,7	1,3
Centro	7,8	1,5
Lisboa e Vale do Tejo	10,3	1,7
Alentejo	8,9	0,4
Algarve	10,9	1,8
Portugal Continental	8,8	1,4

**Fonte:** Elaborado a partir de dados de Matos *et al.*, 2012.

28. A análise dos dados recolhidos desde 1998 revela que o número de jovens que afirmou ter experimentado haxixe aumentou entre 1998 e 2002 (de 3,8% para 9,2%), mas tem-se mantido abaixo dos 9% desde então. A proporção de adolescentes que tinha consumido regularmente drogas ilícitas no mês anterior ao da entrevista é inferior a 1,5% em todo o período analisado.

**Figura 2.4** Experimentação e consumo de drogas ilícitas entre adolescentes escolarizados (%), residentes em Portugal Continental



**Fonte:** Elaborado a partir de dados de Matos *et al.*, 2012.

29. No contexto europeu, verifica-se que a proporção de adolescentes portugueses de 15 anos que referiu ter consumido cannabis é superior à média calculada para os 5 países da UE em que o consumo declarado é mais baixo. Esta tendência observa-se quer no consumo ao longo da vida (ter consumido pelo menos uma vez), quer no consumo recente (ter consumido no mês anterior à entrevista) (Currie *et al.*, 2012).

**Tabela 2.6** Consumo de cannabis entre adolescentes escolarizados de 15 anos (%), por sexo (2010)

	Ao longo da vida		No último mês	
	H	M	H	M
Portugal	15	9	7	4
Média 5 melhores valores UE	12	7	5	2

Fonte: Elaborado a partir de dados de Currie et al, 2012.

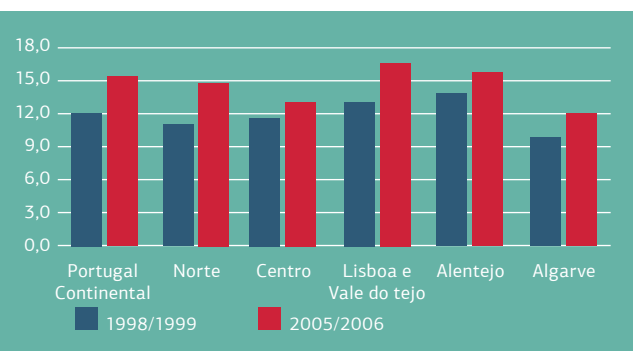
30. Em 2006, 15,2% da população residente adulta (18 e mais anos) em Portugal era obesa<sup>12</sup>. A prevalência de mulheres com obesidade (15,9%) era ligeiramente superior à verificada para os homens (14,4%). Independentemente do sexo, a proporção de indivíduos com obesidade era mais elevada nos grupos etários entre os 45 e os 74 anos, com valores acima de 20%.

**Tabela 2.7** População residente de 18 e mais anos obesa (%), por sexo e local de residência (2006)

	HM	H	M
Norte	14,9	14,6	15,2
Centro	13,1	12,5	13,6
Lisboa e Vale do Tejo	16,8	15,5	18,0
Alentejo	15,5	13,3	17,6
Algarve	12,0	12,5	11,5
Portugal Continental	15,2	14,4	15,9

Fonte: Elaborado a partir de dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

31. No Continente, a prevalência de obesos aumentou em 3,2 pontos percentuais entre 1999 (12,0%) e 2006 (15,2%). A região Norte e a região Lisboa e Vale do Tejo registaram os aumentos mais acentuados,

**Figura 2.5** População residente de 18 e mais anos obesa (%) à data do Inquérito Nacional de Saúde, por local de residência

Fonte: Elaborado a partir de dados do 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006, INE/INSA, 2009.

<sup>12</sup> A condição de obesidade foi calculada com base no Índice de Massa Corporal (IMC). De acordo com este indicador, são consideradas obesas todas as pessoas com um resultado igual ou superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

respetivamente com 14,9% e 16,8% em 2006 face a 11,1% e 12,9% em 1999 (INE/INSA, 2009).

32. Resultados do Eurobarómetro sobre desporto e atividade física (Special Eurobarometer, 2010) indicam que a maioria dos portugueses<sup>13</sup> (55%) nunca pratica desporto ou exercício físico e que 11% fazem-no raramente. Apenas 9% dos portugueses referiu prática regular (pelo menos 5 vezes por semana), sendo esta proporção mais elevada entre a população masculina dos 15 aos 24 anos (24%). A proporção de portugueses que pratica desporto ou exercício físico com alguma regularidade (1-2 ou 3-4 vezes por semana) atinge 24%.

33. A prática de algum tipo de atividade física, excluindo a prática de desporto - ciclismo, marcha, dança ou jardinagem, por exemplo - é mais comum do que a prática de um desporto organizado: 17% dos portugueses refere fazê-lo regularmente e 31% com alguma regularidade. O grupo etário mais jovem (15-24 anos) é aquele em que se regista maior proporção de prática de algum tipo de atividade física com alguma regularidade. A razão mais citada pelos portugueses que praticam desporto ou outro tipo de atividade física (65%) é a melhoria do estado de saúde.

**Tabela 2.8** População residente de 15 e mais anos que pratica desporto/exercício físico ou realiza outras atividades físicas (%), por sexo e grupo etário (2009)

	Prática de desporto/exercício físico regularmente		Prática de outras atividades físicas com alguma regularidade	
	H	M	H	M
15 a 24 anos	24	7	48	39
25 a 39 anos	7	6	31	32
40 a 54 anos	7	8	23	34
55 a 69 anos	8	7	27	31
70 anos ou mais	10	6	23	23

Fonte: Elaborado a partir de dados de Special Eurobarometer, 2010.

34. No conjunto dos países da UE, Portugal é o país com maior percentagem de cidadãos que afirmou nunca realizar qualquer atividade física (36%), valor muito superior à média europeia (14%). A proporção de portugueses que, pelo menos uma vez por semana, pratica desporto ou exercício físico é 33%. No caso da prática de outras atividades físicas, atinge 48%. Estes valores encontram-se abaixo da média dos 5 melhores valores europeus, respetivamente 64% e 82%.

**Tabela 2.9** Prática de desporto/exercício físico e de outras atividades físicas pelo menos uma vez por semana (%) em 2009

	Prática de desporto/exercício físico	Prática de outras atividades físicas
Portugal <sup>14</sup>	33	48
Média 5 melhores valores UE	64	82

Fonte: Elaborado a partir de dados de Special Eurobarometer, 2010.

<sup>13, 14</sup> Valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.



35. Outros determinantes relacionados com comportamentos de risco mostram uma melhoria, registando-se um decréscimo na proporção de internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool, assim como na proporção de vítimas mortais de acidentes de viação com taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l.

36. Em 2008 os internamentos exclusivamente atribuíveis ao álcool representavam 1,8% do total de internamentos nos hospitais públicos de Portugal Continental, enquanto em 2003 representavam 2,5% (ACS, 2010). Do total de vítimas mortais de acidentes de viação autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal (INML) em 2011, 27% tinha taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l; em 2007 esta percentagem era superior a 31% (INML, 2012).

37. Também a mortalidade por acidentes com veículos a motor e por acidentes laborais têm apresentado, genericamente, tendência decrescente.

38. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos, era de 7,6 óbitos por 100000 habitantes, verificando-se uma grande disparidade entre os valores para a população masculina e a feminina (12,4 versus 2,9), assim como entre regiões. Observou-se, ainda, que a mortalidade prematura por acidentes com veículos a motor em Portugal foi cerca do dobro da média dos 5 países da UE com melhores valores, para o mesmo ano.

**Tabela 2.10** Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	5,4	8,2	2,6
Centro	9,9	16,2	3,8
Lisboa e Vale do Tejo	7,7	12,8	2,7
Alentejo	13,0	21,1	4,5
Algarve	12,2	22,1	1,8
Portugal Continental	7,6	12,4	2,9
Média 5 melhores valores UE	3,6	5,6	1,5

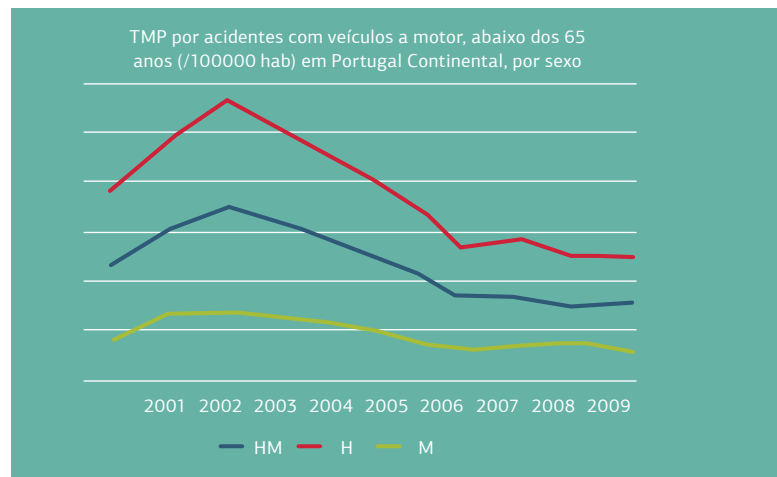
**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

39. A evolução deste indicador entre 2000 e 2009 caracterizou-se por um crescimento até 2002, a que se seguiu um período de redução e de estabilização. A evolução foi análoga para homens e mulheres.

40. A taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais em 2008 foi de 1,8 óbitos por 100000 habitantes. Tal como no caso da mortalidade por acidentes com veículos a motor, também a mortalidade por acidentes laborais é mais elevada entre a população masculina (3,4 versus 0,1).

41. A taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais, em Portugal Continental, no período 2004-2008 baixou de 2,7 para 1,8 óbitos por 100000 habitantes. Para o sexo masculino a tendência no mesmo período também foi decrescente: de 5,3 para 3,4 óbitos por 100000 habitantes. A mortalidade por acidentes laborais para as mulheres, muito inferior à do sexo masculino, oscilou no período em causa entre 0,1 e 0,2 óbitos por 100000 habitantes.

**Figura 2.6** Taxa de mortalidade padronizada por acidentes com veículos a motor, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal continental, por sexo



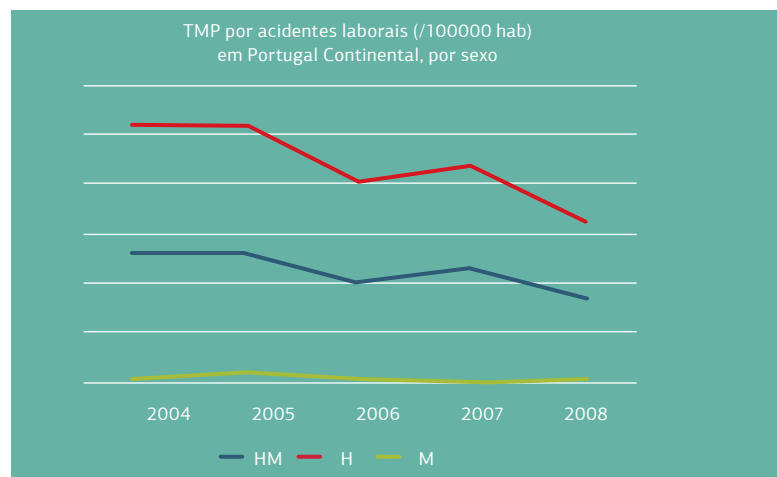
**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

**Tabela 2.11** Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab), por sexo e local de residência (2008)

	HM	H	M
Norte	1,5	2,9	0,1
Centro	2,5	5,0	0,1
Lisboa e Vale do Tejo	1,3	2,5	0,1
Alentejo	2,4	4,5	0,3
Algarve	2,0	3,5	0,5
Portugal Continental	1,8	3,4	0,1

**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011.

**Figura 2.7** Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100000 hab) em Portugal continental, por sexo



**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011.

42. Outros determinantes, como a mortalidade prematura por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio apresentam, nos últimos anos, uma tendência de aumento. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos, atingiu 12,9 óbitos por 100000 habitantes e a taxa masculina foi cerca de 6 vezes superior à taxa feminina, indicando que é um problema que condiciona essencialmente a saúde dos homens. Os valores regionais variaram entre 9,2 e 15,0 óbitos por 100000 habitantes.

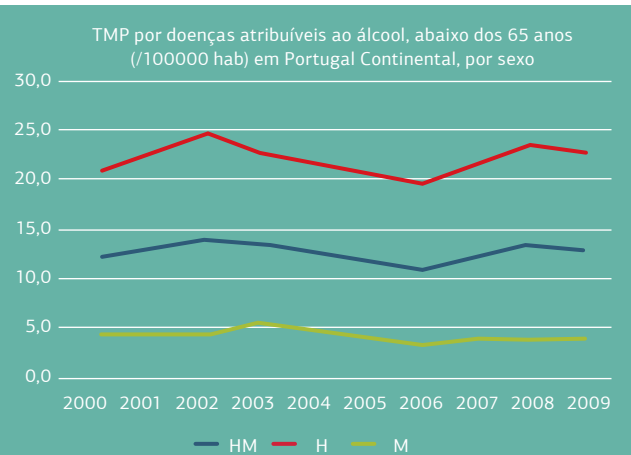
**Tabela 2.12** Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	15,0	25,7	5,0
Centro	13,3	24,2	3,0
Lisboa e Vale do Tejo	10,8	19,7	2,7
Alentejo	9,2	16,8	1,8
Algarve	14,4	23,8	4,9
Portugal Continental	12,9	22,7	3,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

43. Na evolução deste indicador na década 2000-2009 observa-se um valor máximo (13,9/100000 hab) no ano 2002, seguido de um período de decréscimo até 2006. Entre 2006 e 2009 a taxa aumentou de 11,2 para 12,9 óbitos por 100000 habitantes.

**Figura 2.8** Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2011.

44. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, era de 5,9 óbitos por 100000 habitantes, sendo a taxa masculina 4 vezes superior à taxa feminina. A variabilidade espacial também foi elevada, com taxas regionais entre 3,7 e 12,6 óbitos por 100000

habitantes. No contexto europeu, Portugal permanece ainda entre os países com menor mortalidade prematura por suicídio.

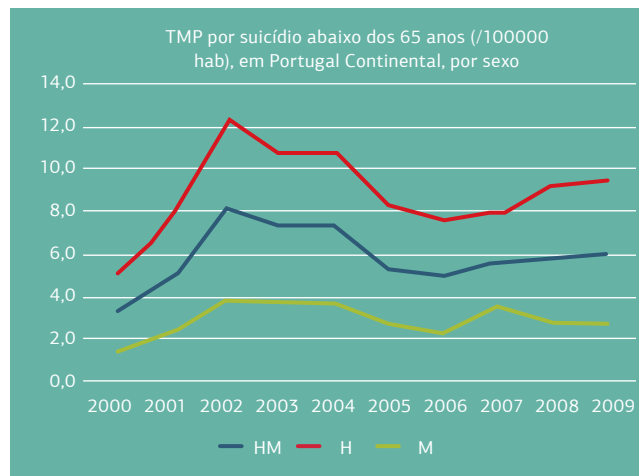
**Tabela 2.13** Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2009)

	HM	H	M
Norte	3,7	6,1	1,5
Centro	6,9	11,3	2,6
Lisboa e Vale do Tejo	6,5	10,9	2,4
Alentejo	12,6	18,0	6,9
Algarve	8,2	12,5	3,7
Portugal Continental	5,9	9,6	2,4
Média 5 melhores valores UE	4,6	7,3	1,5

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

45. A taxa de mortalidade padronizada por suicídio abaixo dos 65 anos, em Portugal Continental, apresentou na década 2000-2009 evolução semelhante à das doenças atribuíveis ao álcool, com períodos alternados de crescimento e decréscimo. Em 2002 registou-se o valor mais elevado (7,9 óbitos por 100000 habitantes) e a partir de 2006 a tendência voltou a ser crescente. Entre 2006 e 2009, a taxa aumentou de 4,9 para 5,9 óbitos por 100000 habitantes.

**Figura 2.9** Taxa de mortalidade padronizada por suicídio, abaixo dos 65 anos (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

46. Numa análise global dos dados apresentados para os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida, observam-se diferenças assinaláveis entre sexos. Estas incidem maioritariamente no consumo de tabaco e álcool, em todos os grupos etários estudados, e na mortalidade por acidentes laborais e com veículos a motor, por doenças atribuíveis ao álcool e por suicídio, cabendo os valores mais elevados ao sexo masculino.

**Acesso a serviços de saúde**

47. Em 2006, 81,1% da população residente recorria essencialmente ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) para obtenção de serviços de saúde, valor ligeiramente inferior ao registado em 1999 (82,5%). O segundo subsistema mais referido correspondia à Assistência na Doença aos Servidores do Estado (ADSE), sendo utilizado por 10,1% dos residentes em 2006 e por 8,8% em 1999 (INE/INSA, 2009).

48. A maioria da população portuguesa em 2006 não tinha seguro de saúde: apenas 10,5% dos residentes em Portugal Continental declarou a posse de um seguro desta natureza. Todavia, verificou-se que entre 1999 e 2006 a proporção de residentes com seguro de saúde quase duplicou (de acordo com o 3º INS estimou-se que 5,5% dos residentes tinha seguro de saúde em 1999). Dos residentes em Portugal Continental com seguro de saúde em 2006, 30,8% referiu que o seguro abrangia os riscos de internamento, consultas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica; 40,3% optou por incluir adicionalmente a opção medicamentos.

49. O Programa Nacional de Vacinação (PNV), de carácter universal e gratuito, no terreno desde 1965, ultrapassou a cobertura de 95% da população.

50. Em 2006, foi criada a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), com a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde e apoio social, recuperadora e paliativa, a todas as pessoas que, independentemente da idade se encontrem em situação de dependência e apoiar os familiares ou cuidadores informais, na qualificação e na prestação dos cuidados. O número de camas contratualizado para cuidados continuados e integrados de saúde tem vindo a aumentar, atingindo o valor de 5948 em junho de 2012: 906 “de convalescença”, 1808 “de média duração e reabilitação”, 3041 “de longa duração e manutenção” e 193 “de paliativos”, com taxas de ocupação entre 94% e 100% nas diversas regiões de saúde. A capacidade assistencial das equipas domiciliárias de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) correspondia a 6964 lugares domiciliários na Rede, ou seja 54% dos lugares totais da RNCCI (UMCCI, 2011).

51. Desde a criação da RNCCI foram referenciados 122523 utentes pelos Cuidados de Saúde Primários ou pelos Cuidados Hospitalares. O total de utentes referenciados para a Rede durante o 1º semestre de 2012 foi de 17266 utentes, representando um crescimento de 18% em relação aos referenciados no 1º semestre de 2011 (14618 utentes). A distribuição nacional da proveniência da referenciação por entidade referenciadora mostra um aumento percentual da referenciação pelos Centros de Saúde, subindo para 35%, reforçando o papel da referenciação a partir da comunidade.

52. Na última década, registaram-se aumentos no número médio de consultas médicas por habitante, assim como na percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas. Nas unidades hospitalares do SNS observou-se um ligeiro decréscimo em anos mais recentes tanto no número de doentes saídos de internamento como no número de doentes observados nas urgências (a partir de 2005 no primeiro caso e de 2007 no segundo caso). No entanto, nesta análise temporal deve ser tido em conta o surgimento de novos estabelecimentos hospitalares privados, o que pode fazer variar, substancialmen-

**Tabela 2.14** Número de lugares de internamento e ecci e cobertura populacional, por região de saúde (1º semestre 2012)

	Nº de lugares			Nº de lugares por 100000 hab. 65 e mais anos		
	Camas	ECCI	TOTAL	Camas	ECCI	TOTAL
Norte	1888	1730	3618	297	273	570
Centro	1666	1188	2854	421	301	722
Lisboa e Vale do Tejo	1279	1961	3240	182	279	461
Alentejo	702	570	1272	544	442	986
Algarve	413	1515	1928	467	1714	2181
Portugal Continental	5948	6964	12912	305	357	662

Fonte: Elaborado a partir de dados de UMCCI, 2011.

te, os resultados. Em 2009, por exemplo, os doentes saídos de internamento em unidades hospitalares do SNS representavam 77,1% do total de doentes saídos de internamento. No caso dos doentes observados nas urgências, no mesmo ano, 86,8% foram observados em unidades hospitalares do SNS (DGS, 2011).

53. Em 2010 cada habitante de Portugal Continental recorreu 4,2 vezes ao médico<sup>15</sup>, em média. Nas regiões de saúde os valores médios variaram entre 3,9 e 4,9 consultas médicas por habitante. Discriminando esta informação por nível de cuidados de saúde, verifica-se que houve maior recurso às consultas nos centros de saúde do que nos hospitais (2,7 versus 1,5). Esta tendência foi observada em todas as regiões, mas foi mais patente na região do Alentejo (3,9 versus 1,0) e menos nas regiões Norte (2,3 versus 1,6) e Lisboa e Vale do Tejo (2,5 versus 1,6).

**Tabela 2.15** Consultas médicas (por hab/ano), por nível de cuidados e região de saúde (2010)

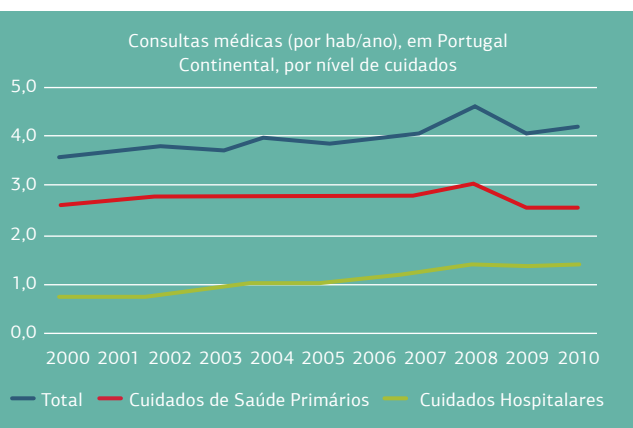
	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares	Total
Norte	2,3	1,6	3,9
Centro	3,4	1,3	4,8
Lisboa e Vale do Tejo	2,5	1,6	4,2
Alentejo	3,9	1,0	4,9
Algarve	2,9	1,0	3,9
Portugal Continental	2,7	1,5	4,2

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

54. O número médio de consultas médicas por habitante aumentou de 3,6 em 2000 para 4,2 em 2010. Esta variação deveu-se, essencialmente ao aumento do número médio de consultas médicas nos hospitais (de 0,8 em 2000 para 1,5 em 2010), uma vez que o número médio anual de consultas por habitante nos centros de saúde se manteve próximo de 2,7 em todo o período.

<sup>15</sup> Para cálculo do valor médio de consultas médicas foram consideradas as consultas externas nos Hospitais (todas as especialidades) e as consultas nos Centros de Saúde (seguintes especialidades: Medicina Geral e Familiar/Clinica Geral – Saúde de adultos, Ginecologia/Obstetrícia, Planeamento familiar, Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, Saúde materna).

**Figura 2.10** Consultas médicas (por hab/ano) em Portugal continental, por nível de cuidados



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

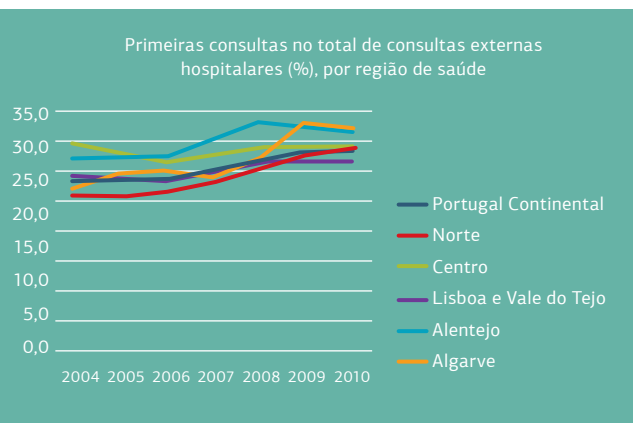
**Tabela 2.16** Primeiras consultas no total de consultas externas em unidades hospitalares do SNS (%), por região de saúde (2010)

	1ª consultas/total
Norte	28,9
Centro	29,4
Lisboa e Vale do Tejo	27,6
Alentejo	31,4
Algarve	31,4
Portugal Continental	28,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados por ACSS, 2011.

55. Do total de consultas externas realizadas em 2010 em unidades hospitalares do SNS, 28,7% foram primeiras consultas. A nível regional, este indicador atingiu valores mais elevados nas regiões do Alentejo e Algarve (31,4%). 56. Durante o período 2004-2010, observou-se aumento da percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares em todas as regiões de saúde, excepto na região Centro onde se registou um ligeiro decréscimo.

**Figura 2.11.** Primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares (%), por região de saúde



Fonte: Elaborado a partir de dados disponibilizados por ACSS, 2011.

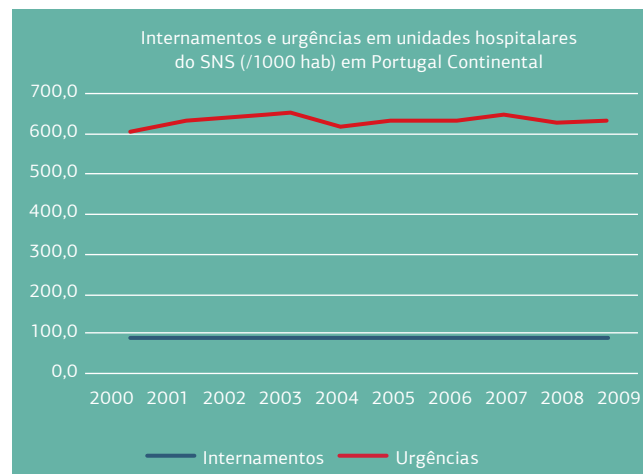
**Tabela 2.17** Número de doentes saídos de internamento e de doentes observados nas urgências em unidades hospitalares do SNS e privadas (/1000 hab), por região de saúde (2009)

	Internamentos	Episódios de urgência
Norte	86,3	595,0
Centro	108,3	753,6
Lisboa e Vale do Tejo	83,8	609,9
Alentejo	69,3	561,2
Algarve	76,1	645,5
Portugal Continental	88,0	628,8

Fonte: Elaborado a partir de dados de DGS, 2011.

57. Para estudar a evolução temporal consideraram-se apenas os doentes saídos de internamento ou observados nas urgências em unidades hospitalares do SNS, por não estarem disponíveis dados referentes às unidades privadas desde o ano 2000.

**Figura 2.12** Internamentos e urgências em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/1000 hab) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados de DGS, 2003 a 2011.

58. Relativamente ao acesso a cuidados cirúrgicos, de acordo com o Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada (ACSS, 2012), a procura de cuidados cirúrgicos (avaliada através da inscrição de novos episódios – entradas - em lista de inscritos para cirurgia) tende a crescer continuamente desde que é efetuada uma medição sistematizada. O crescimento face ao primeiro semestre de 2006 é de 41,5%, situando-se acima de 319 mil entradas no primeiro semestre de 2012 o que face ao período homólogo representa um aumento de 1,8% (5.769 episódios).

59. A lista de inscritos para cirurgia (LIC) que representa o acumulado de episódios a aguardar cirurgia, tinha vindo a decrescer continuamente desde a instauração do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) e pela primeira vez inverteu a tendência, apresentando em Dezembro de 2011, em relação ao período homólogo, um

crescimento de 11,2%. No entanto, e apesar do valor no primeiro semestre de 2012 ainda ser superior ao primeiro semestre de 2011, houve uma diminuição de 3,3% face a 31 de Dezembro de 2011.

60. O comportamento da mediana do tempo de espera (TE) dos utentes que aguardam cirurgia é semelhante ao da LIC. No primeiro semestre de 2006 apresentava um valor de quase 7 meses e desde então vinha progressivamente a diminuir, apresentando no primeiro semestre de 2011 um valor de 3,13 meses. Esta tendência inverteu-se no segundo semestre de 2011 onde apresentava um valor de 3,33 meses. Já no primeiro semestre de 2012 apesar da mediana do TE da LIC ter diminuído ligeiramente para 3,30 meses, este valor ainda é superior ao valor do primeiro semestre de 2011 (mais 5 dias).

61. A rede pública/convencionada de estruturas especializadas para o tratamento de dependências associadas ao consumo de álcool e drogas, constituída por unidades de ambulatório, unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas e centros de dia, tem aumentado a cobertura nacional, facilitando a integração em programas de desabilitação. Em 2010, na rede pública de tratamento da toxicodependência (ambulatório) estiveram integrados 37983 utentes, 8444 dos quais eram novos utentes (primeiras consultas) (IDT, 2011).

62. O investimento em meios de suporte básico e avançado de vida, cujo rácio por 100 000 habitantes mais do que duplicou nos últimos anos, garante uma mais rápida e correta prestação de cuidados de saúde a sinistrados ou vítimas de doença súbita. Durante o ano de 2011, 56% das ocorrências (a nível nacional) foram triadas pelos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) com envio de meios de emergência para o local da ocorrência, tendo-se verificado um aumento de 3% em relação ao ano 2010. Face à percentagem de situações, 44%, cujo resultado não resultou no envio de meios de emergência médica e, com o objetivo de proporcionar a melhoria da qualidade de atendimento, no final de 2011, foi dado início a um novo procedimento relacionado com as chamadas não emergentes. Assim, começaram a ser transferidas para o serviço da Saúde 24 um conjunto de chamadas catalogadas como não emergentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulte no envio de meios de emergência (INEM, 2011).

63. O consumo de medicamentos *per capita*, no mercado total, aumentou de 288 euros em 2002 para 327 euros em 2009 (INFARMED, 2009).

### 2.1.2. ESTADO DE SAÚDE

64. A esperança de vida à nascença em Portugal Continental no triénio 2008/2010 atingiu 79,38 anos, vivendo as mulheres, em média, mais 6 anos do que os homens. A diferença entre as regiões onde, em média, se vive mais e se vive menos é de 1,24 anos (portal do INE, 2012). Observa-se, ainda, uma diferença de cerca de 2,4 anos entre a esperança de vida à nascença em Portugal Continental e o valor médio deste indicador nos cinco países da União Europeia onde se vive mais. Esta diferença é mais notória para o sexo masculino (3,1 anos) do que para o sexo feminino (1,8 anos).

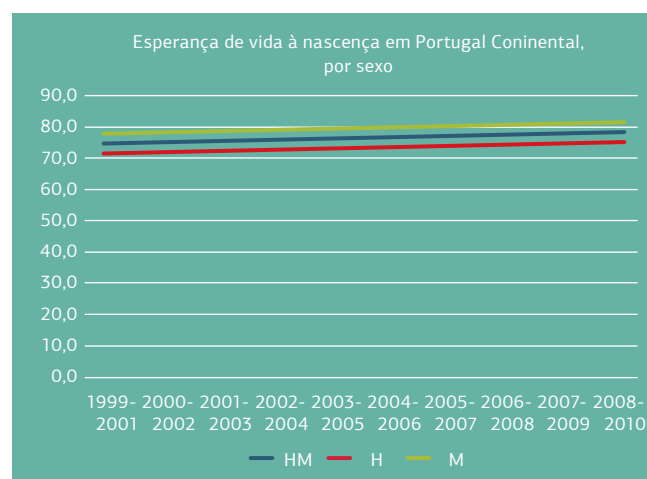
65. Entre o triénio de 1999/2001 e o de 2008/10, a esperança de vida à nascença aumentou de forma expressiva, passando de 76,6 anos para 79,4 anos. Em 1999/2001 a diferença entre sexos era de 6,6 anos e em 2008/2010 de 6,1 anos.

**Tabela 2.18** Esperança de vida à nascença (anos), por sexo e local de residência (2008-2010)

	HM	H	M
Norte	79,58	76,48	82,44
Centro	79,59	76,58	82,48
Lisboa	79,22	76,05	82,10
Alentejo	78,35	75,29	81,27
Algarve	78,66	75,63	81,80
Portugal Continental	79,38	76,26	82,37
Média 5 melhores valores UE	81,80	79,36	84,18

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE e WHO, Health for All Database, 2012.

**Figura 2.13** Esperança de vida à nascença (anos) em Portugal continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

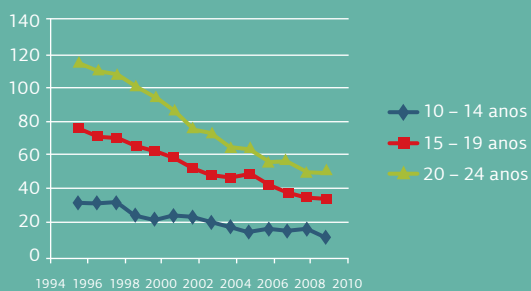
66. No entanto, quando analisada a esperança de vida sem incapacidade em Portugal, para o ano 2010, verifica-se que os homens vivem, em média, 59,3 anos sem limitações na sua atividade, enquanto para as mulheres a esperança de vida sem incapacidade é de 56,6 anos (Eurostat, 2012).

67. A evolução positiva da saúde materna e da saúde infantil em Portugal tem sido referida como exemplo de boas políticas de saúde. A OMS (WHO, 2008) considerou Portugal um dos países mais bem sucedidos na redução consistente das mortalidades, em especial das mortalidades perinatal, infantil, dos 1 aos 4 anos e materna. O crescimento do PIB *per capita* e o desenvolvimento da rede de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares são alguns dos fatores apontados como decisivos para essa evolução. No entanto, a sustentabilidade destes resultados está dependente da evolução social. A maternidade mais tardia, o tratamento da infertilidade e o tabagismo são causas de maior número de gestações de risco, mais prematuridade e mais recém-nascidos com baixo peso e atraso de crescimento intrauterino, situações com um impacto futuro potencialmente nefasto em saúde pública, nomeadamente na obesidade, na diabetes, na hipertensão e nas doenças cardiovasculares (Gluckman, 2005; Machado, 2008).

68. Na última década (2001-2011), a mortalidade infantil diminuiu de 4,8 para 3,1 óbitos e o risco de morrer antes dos 5 anos de 6,2 para 3,9 óbitos de menores de 5 anos (por 1000 nados vivos). O número de nados vivos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos) decresceu de 5,9 para 3,6; o número de nados vivos pré-termo aumentou de 5,7 para 7,5 e o número de nados vivos com baixo peso ao nascer de 7,2 para 8,4 (por 100 nados vivos). O número de partos por cesariana aumentou de 29,7 para 36,1 (por 100 nados vivos), entre 2001 e 2010 (portal do INE, 2012).

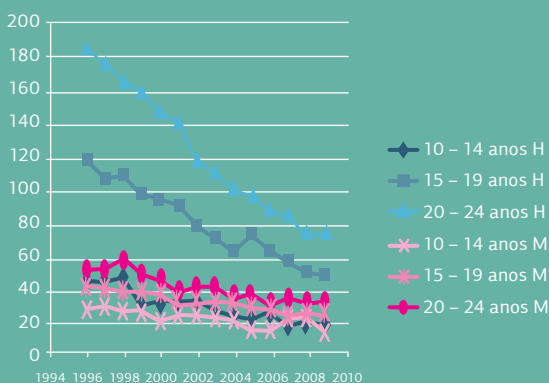
69. A mortalidade em idades jovens (10 a 24 anos) é reduzida, comparativamente ao que se observa em idades posteriores, mas mesmo assim tem diminuído de forma sustentada nas últimas duas décadas. As taxas de mortalidade são mais elevadas no sexo feminino do que no sexo masculino. No entanto, a diferença tem vindo progressivamente a diminuir. No grupo etário dos 10 aos 14 anos, até 2006, as taxas de mortalidade no sexo masculino apresentaram, sistematicamente, valores superiores às do sexo feminino, situação que deixou de se verificar em 2007 e 2008, anos em que as taxas no sexo feminino foram superiores. Segundo a DGS (DGS, 2005), a mortalidade no grupo etário dos 10 aos 14 anos está associada a causas naturais, enquanto nos grupos etários seguintes decorre, predominantemente, de causas violentas.

**Figura 2.14.** Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário



**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

**Figura 2.15.** Taxa de mortalidade em idades jovens (/100000 hab) em Portugal Continental, por grupo etário e sexo

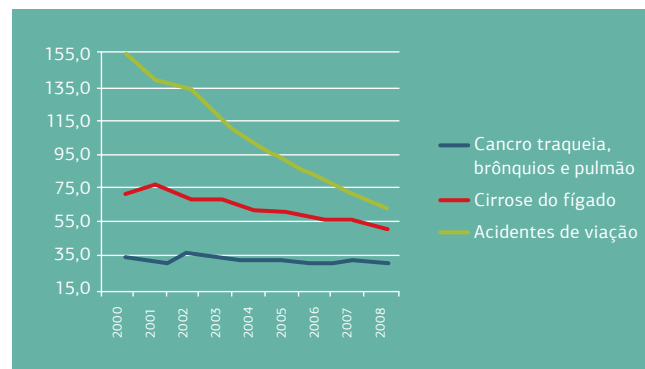


**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

70. As principais causas de internamento de crianças e jovens com menos de 18 anos são as doenças dos aparelhos respiratório (22,8%) e digestivo (13,9%). Na população adulta, as doenças do aparelho circulatório e o cancro representam, respetivamente, 10,1% e 7,9% dos internamentos hospitalares (base de dados dos GDH, ACSS, 2010).

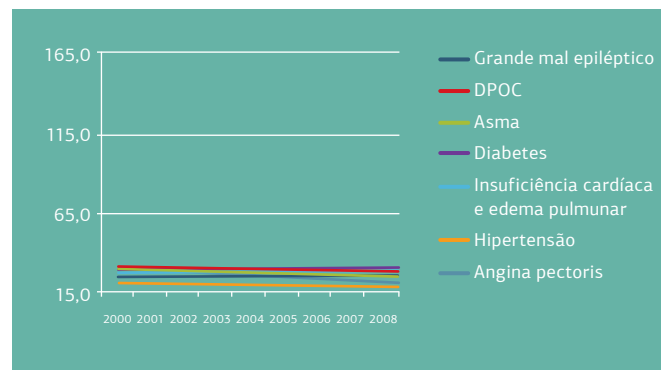
71. Nos internamentos considerados evitáveis por prevenção primária, nomeadamente internamentos por cancro da traqueia, brônquios e pulmões (0-74 anos), cirrose do fígado (0-74 anos) e acidentes com veículos a motor (todas as idades)<sup>16</sup>, destacam-se com maior expressão os internamentos devidos a acidentes com veículos motorizados (43,5%). Relativamente aos internamentos evitáveis através de cuidados de ambulatório<sup>17</sup> destacam-se os relacionados com a diabetes (18,9%).

**Figura 2.16.** Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados evitáveis por prevenção primária (/100000 hab) em Portugal Continental



**Fonte:** Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ACSS, 2010.

**Figura 2.17.** Taxa padronizada de internamentos hospitalares considerados sensíveis a cuidados de ambulatório (/100000 hab) em Portugal Continental



**Fonte:** Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogêneos, ACSS, 2010.

72. A morbilidade e a mortalidade por doenças infecciosas têm tido um decréscimo significativo e sustentado desde a implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV), em 1965. O 2.º Inquérito Serológico Nacional (2001-2002) (DGS, 2004) demonstrou que a maioria da

<sup>16</sup> Metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004) para as mortalidades evitáveis por prevenção primária.

<sup>17</sup> Internamentos considerados: Grande Mal epilético, DPOC, Asma, Diabetes, Insuficiência cardíaca e edema pulmonar, Hipertensão e Angina pectoris (0-74 anos). Metodologia do Canadian Institute for Health Information (CIHI, 2012).

população se encontrava imunizada contra as doenças preveníveis pela vacinação. No entanto, apesar das melhorias expressivas registadas, a incidência de tuberculose e de infeção por VIH em Portugal é ainda muito elevada, quando comparada com a média dos 5 países da EU com as taxas de incidência mais baixas.

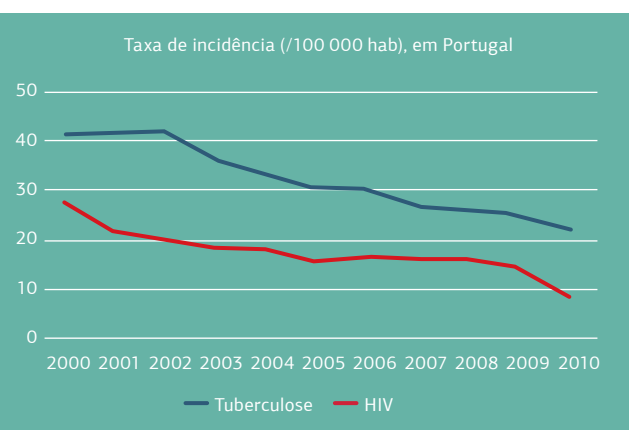
**Tabela 2.19** Taxas de incidência (/100 000 hab) em 2010

	Incidência de tuberculose	Incidência de VIH
Portugal <sup>18</sup>	23,4	9,0
Média 5 melhores valores UE	3,7	1,3

Fonte: Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

73. Entre 2000 e 2010, a taxa de incidência de tuberculose baixou de 41,3 para 23,4 e a de VIH de 27,6 para 9,0 (por 100 000 habitantes) (WHO, Health for All Database, 2012).

**Figura 2.18** Taxas de incidência de tuberculose e de vih (/100000 hab) em Portugal Continental



Fonte: Elaborado a partir de dados de WHO, Health for All Database, 2012.

74. As doenças circulatórias (32%), os tumores malignos (23%) e as doenças respiratórias (11,1%) são, para ambos os sexos, as principais causas de mortalidade. A quarta principal causa engloba acidentes, envenenamentos e violência, para o sexo masculino, e diabetes mellitus, para o sexo feminino (portal do INE, 2012).

75. A mortalidade prematura, medida pela taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP), é mais baixa nas regiões do norte do país, sendo mais elevada no Alentejo. Verifica-se ainda que os valores deste indicador, que considera todas as causas de morte, são mais elevados para o sexo masculino do que para o feminino (duas vezes superiores).

76. A taxa de AVPP evoluiu positivamente na última década. Assistiu-se de 2002 para 2010 a uma redução considerável: de 5280 para 3906 anos de vida perdidos por 100000 habitantes. Esta evolução é mais acentuada no sexo masculino, em que o problema da morte precoce é mais importante. Nos últimos anos, parece existir alguma tendência de convergência nestas taxas. No entanto, embora seja claro que, nos valores respeitantes ao sexo

<sup>18</sup> Valor referente a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

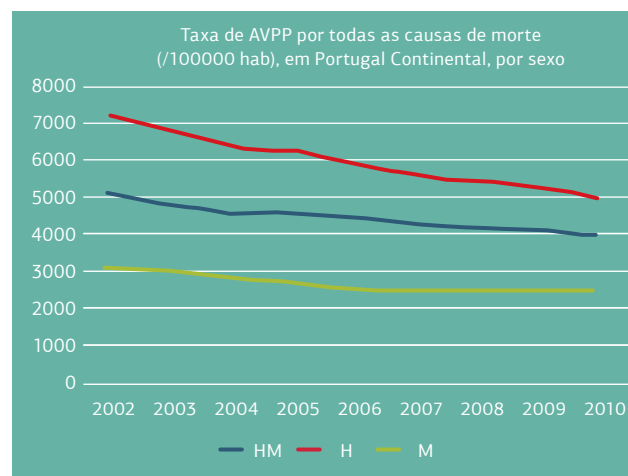
**Tabela 2.20** Taxa de anos de vida potenciais perdidos (/100000 hab), por sexo e local de residência (2010)

	HM	H	M
Norte	3622	5099	2179
Centro	3776	5115	2452
Lisboa	4218	5651	2823
Alentejo	4386	5921	2809
Algarve	4259	5569	2885
Portugal Continental	3906	5337	2497

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

masculino existe larga margem de progressão positiva (para alcançar o nível de AVPP observado nas mulheres, por exemplo), no sexo feminino parece ter sido atingido o ponto de nadir que coloca sérios desafios quanto às políticas a seguir para se obterem ganhos neste indicador.

**Figura 2.19** Taxa de anos de vida potencial perdidos por todas as causas de morte (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

77. As principais causas de mortalidade prematura, medida através da taxa de AVPP, são os tumores malignos (31,7%), as causas externas (16,3%) e as doenças do aparelho circulatório (11,5%), sendo de destacar que as causas indeterminadas ocupam efetivamente a 3.ª posição (13,0%) (portal do INE, 2012).

78. As principais causas de AVPP em ambos os sexos estão completamente alinhadas com o padrão observado no sexo masculino o que se compreende dado a mortalidade prematura estar particularmente associada ao sexo masculino.

79. A distribuição das principais causas de AVPP no sexo feminino apresenta um padrão diferente. Causas como tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos, doenças atribuíveis ao álcool, acidentes de transporte e algumas doenças infecciosas e parasitárias são causas relevantes de mortalidade prematura para os homens mas não para as mulheres. Em contrapartida, ganham relevância como causas de mortalidade prematura para o sexo feminino

**Tabela 2.21** 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) em Portugal Continental (2010)

	HM	Ordem HM	%
Todas as causas	3906	-	100,0
Tumores malignos	1239	1	31,7
Causas externas de mortalidade	636	2	16,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	507	3	13,0
Doenças do aparelho circulatório	450	4	11,5
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	386	5	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	243	6	6,2
Doenças atribuíveis ao álcool	236	7	6,0
Doenças do aparelho digestivo	231	8	5,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	231	9	5,9
Acidentes de transporte	230	10	5,9

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

**Tabela 2.22** 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo masculino em Portugal Continental (2010)

	H	Ordem H	%
Todas as causas	5337	0	100,0
Tumores malignos	1519	1	28,5
Causas externas de mortalidade	987	2	18,5
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	765	3	14,3
Doenças do aparelho circulatório	644	4	12,1
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	528	5	9,9
Tumores malignos do aparelho respiratório e dos órgãos intratorácicos	407	6	7,6
Doenças atribuíveis ao álcool	406	7	7,6
Acidentes de transporte	368	8	6,9
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	353	9	6,6
Acidentes de trânsito com veículos a motor	351	10	6,6

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

tumores malignos de certas localizações (ossos, pele e mama ou dos órgãos genitourinários, por exemplo).

80. Os AVPP por causas consideradas evitáveis por prevenção primária e por cuidados de saúde<sup>19</sup> correspondem a 36% do total de AVPP (12% e 24%, respetivamente).

<sup>19</sup> Causas de morte selecionadas com base na metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004)

**Tabela 2.23** 10 principais causas de mortalidade prematura (taxa de AVPP/100000 hab) para o sexo feminino em Portugal Continental (2010)

	M	Ordem M	%
Todas as causas	2497	0	100,0
Tumores malignos	964	1	38,6
Causas externas de mortalidade	291	2	11,6
Tumores malignos dos ossos, pele e mama	266	3	10,7
Doenças do aparelho circulatório	258	4	10,3
Sintomas e sinais, resultados anormais e causas mal definidas	253	5	10,1
Tumores malignos do aparelho digestivo e peritoneu	246	6	9,9
Tumor maligno da mama feminina	241	7	9,6
Tumores malignos dos órgãos genitourinários	134	8	5,4
Doenças do aparelho digestivo	119	9	4,8
Tumores malignos de outras localizações e de localizações não especificadas	117	10	4,7

Fonte: Elaborado a partir de dados disponíveis no portal do INE, 2012.

81. Em termos de causas de AVPP evitáveis por prevenção primária, em 2002 e 2010, os acidentes com veículos motorizados (2002-2010: 53552 – 19372 anos) e os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão (16298 – 17763 anos) foram as mais relevantes.

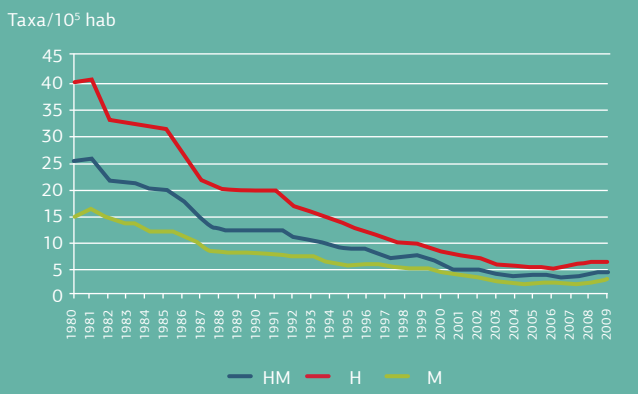
82. Apesar das melhorias registadas, entre 2002 e 2010, as doenças cerebrovasculares (24109 – 13960 anos) e as doenças isquémicas cardíacas (24900 – 13845 anos) mantiveram-se como as causas mais expressivas de AVPP evitáveis através de cuidados de saúde.

83. O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cardiocerebrovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes. A hipertensão arterial e a diabetes, para além de doenças crónicas, são também importantes fatores de risco para outras doenças. Entre 1999 e 2006, a população que reporta ter hipertensão arterial aumentou 34% e diabetes, 38% (INE/INSA, 2009). Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial seja de 46%, aproximadamente (Espiga de Macedo, 2007) e a de diabetes de 12,3% (OND, 2010)

84. Alguns dos indicadores disponíveis relativos a doenças associadas ao consumo de tabaco apresentam uma evolução favorável. A taxa de mortalidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) decresceu sustentadamente desde 1980, atingindo os valores mais baixos durante a primeira década de 2000; a taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (DIC) diminuiu desde o princípio dos anos 90, apresentando, em 2009, a taxa mais baixa das três décadas precedentes e a taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do pulmão parece ter atingido o seu valor máximo no final dos anos 90.

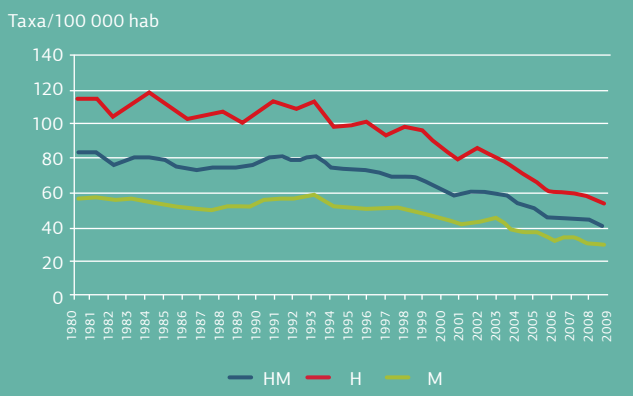


**Figura 2.20.** Taxa de mortalidade padronizada por doença pulmonar obstrutiva crónica (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



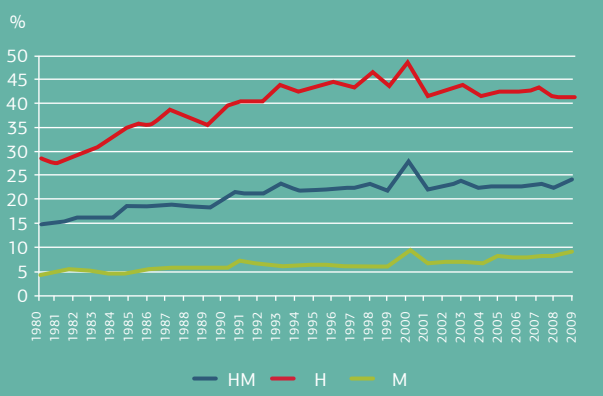
**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

**Figura 2.21.** Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

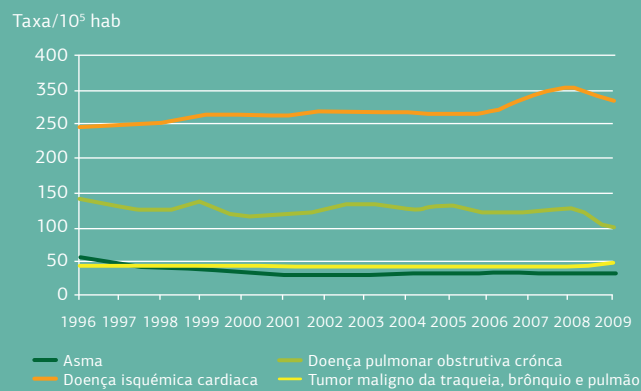
**Figura 2.22.** Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do pulmão (/100000 hab) em Portugal Continental, por sexo



**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

85. Em termos de morbilidade, as taxas de doentes saídos dos hospitais públicos por asma, DPOC e DIC também apresentam aspetos positivos. A taxa por DIC aumentou até 2008, apresentando um decréscimo em 2009; a taxa de DPOC também baixou substancialmente em 2009 e a taxa por asma continua a decrescer desde meados da citada década de 90.

**Figura 2.23.** Doentes saídos de unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (/100000 hab) em Portugal Continental, por doença



**Fonte:** Direção-Geral da Saúde. Divisão de Epidemiologia: Estatísticas de mortalidade de 1980-2006. INE: Estatísticas de mortalidade 2007, 2008 e 2009.

86. O número médio de dias de absentismo laboral por doença<sup>20</sup> tem vindo a decrescer, embora no último ano a tendência se tenha invertido, atingindo os 7,3 dias. O número de pensionistas por invalidez também tem vindo a diminuir (dados disponibilizados pelo MTSS, 2010).

87. A auto-percepção do estado de saúde é um indicador importante preditivo de mortalidade e morbilidade, bem como de utilização de serviços de saúde. Entre 1999 e 2006 (INE/INSA, 2009), a proporção de indivíduos que avalia positivamente (bom ou muito bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. No entanto, as assimetrias regionais são elevadas, oscilando os valores entre os 46,8% e os 57,2%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma auto-percepção menos positiva do seu estado de saúde.

## 2.2. ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E FINANCIAMENTO

### 2.2.1. ESTRUTURA

88. A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um SNS, de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados (Barros *et al*, 2011). O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, tendo sido criado pela Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, como instrumento do Estado para assegurar o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. O SNS integra todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social (Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro).

89. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência na rede e nas urgências hospitalares, nos Cuidados de Saúde Primários e nos Cuidados Continuados Integrados (CCI). A rede hospitalar em Portugal Continental é formada por 212 Hospitais,

<sup>20</sup> Rácio Dias de Ausência por Doença/Pessoas Singulares, com pelo menos uma remuneração e/ou contribuição no ano (MTSS/GEP, 2010).

dos quais 91 são privados (portal do INE, 2012). Os 363 Centros de Saúde foram organizados em 74 Agrupamentos de Centro de Saúde (ACES). Em 2012 estavam em atividade 342 Unidades de Saúde Familiar e 186 Unidades de Cuidados na Comunidade (CSP, 2012). O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2011, na RNCCI, atingia 5595. Estas camas estavam distribuídas pelas seguintes tipologias: 906 de convalescença, 1747 de média duração e reabilitação, 2752 de longa duração e manutenção e 190 de cuidados paliativos (UMCCI, 2011).

90. Este processo de reestruturação e criação de novos serviços de saúde foi acompanhado por uma evolução positiva do número de profissionais de saúde. O rácio de médicos por 1000 habitantes aumentou de 3,3 para 4,0 entre 2001 e 2010, embora existam especialidades que já mostram ou anteveem alguma carência, como a Medicina Geral e Familiar, Pediatria, Anestesiologia, Medicina Interna, entre outras. Também o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes aumentou: de 3,8 para 6,0, entre 2001 e 2011 (portal do INE, 2012).

91. A distribuição geográfica dos serviços de saúde e dos recursos humanos evidencia assimetrias, traduzidas em maior oferta no litoral relativamente ao interior.

## 2.2.2. FINANCIAMENTO E DESPESA

92. O Sistema de Saúde Português incorpora simultaneamente financiamento público e privado. O SNS é maioritariamente (90%) financiado pela tributação, os subsistemas pelos trabalhadores e empregadores e o privado por co-pagamentos e pagamentos diretos do utente, bem como pelo prémio dos seguros de saúde (Barros *et al.*, 2011).

93. O aumento da longevidade da população e a utilização crescente de medicamentos e tecnologia têm determinado um acréscimo nas despesas em saúde, traduzindo-se numa fração cada vez maior do Produto Interno Bruto (PIB) português. Os serviços de cuidados curativos e reabilitação e os dispositivos médicos disponibilizados a doentes não internados constituem as despesas mais representativas, quer nos prestadores privados, quer nos públicos.

94. Em 2010, a despesa corrente em saúde cresceu 1,6% face a 2009, atingindo os 17534,7 milhões de euros, correspondendo a 10,2% do PIB e a uma despesa *per capita* de 1648,41 euros. Os resultados preliminares revelaram que em 2011 se registou uma diminuição da despesa corrente em saúde, de cerca de 4,6%. Nesse ano, a despesa decresceu para os 16 727,7 milhões de euros, passando a representar 9,8% do PIB (INE, 2012b). Em 2010 e 2011, o peso relativo da despesa corrente suportada por agentes financiadores públicos<sup>21</sup> diminuiu, particularmente no último ano (65,5% em 2011, menos 1,8 pontos percentuais face a 2010, atingindo o seu ponto mínimo desde 2000).

95. Ao nível dos agentes financiadores privados,<sup>22</sup> em 2010 e 2011, a despesa corrente registou aumentos pouco significativos (2,5% e 0,6%, respetivamente). Entre 2006 e 2011, em termos acumulados, a despesa corrente privada em saúde apresentou um crescimento de 12,1 pontos percentuais superior à despesa corrente pública. Em média, a primeira registou uma taxa de crescimento anual de 3,6%, enquanto que a segunda

<sup>21</sup> Os agentes financiadores públicos englobam as entidades das administrações públicas, tais como as que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os subsistemas de saúde públicos e os fundos de segurança social.

<sup>22</sup> Os agentes financiadores privados englobam os seguros privados (subsistemas de saúde privados e outros seguros privados), as famílias, as instituições sem fim lucrativo ao serviço das famílias e as outras sociedades.

cresceu 1,4%. O ano de 2011 foi determinante neste distanciamento.

96. Os gastos com medicamentos em Portugal constituem 21,8% dos custos totais com a saúde, num total de 3362 M€, o que corresponde a 2,1% do PIB (2.ª taxa mais elevada dos países da OCDE) [dados de 2006]. No entanto, o financiamento público desta despesa é apenas de 55,9%, uma das percentagens mais baixas no contexto europeu. Nos hospitais do SNS, verifica-se uma tendência de crescimento sustentado no mercado de medicamentos; em termos nominais, o valor dos gastos em medicamentos mais que duplicou, entre 2002 e 2009, registando-se um crescimento médio anual acima dos 10% (Tribunal de Contas, 2011). Nestas instituições, a terapêutica do cancro, os antirretrovirais e os medicamentos biológicos representam 70% das despesas com medicamentos. Os ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos são os que mais têm contribuído para esse aumento, no âmbito dos cuidados de ambulatório. O consumo de antibióticos, nomeadamente quinolonas e cefalosporinas, utilizado como indicador da qualidade, tem vindo a decrescer

97. O consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos no mercado total do SNS (DDD/1000hab/dia) registou um aumento relativo superior a 40% entre 2002 e 2009 (2002: 115,6; 2009: 162,3). O consumo (DDD) de antibióticos decresceu de 65.279.709 para 63.635.373 entre 2006 e 2009 e a percentagem de cefalosporinas e quinolonas no total de antibióticos baixou, de 2002 para 2009, respetivamente, de 12,6% para 9,2% e de 14,9% para 12,6% (dados disponibilizados pelo INFARMED, 2010).

## 2.3. TENDÊNCIAS DA SAÚDE

98. A saúde em Portugal apresentou, nos últimos anos, uma evolução muito positiva, que se deseja assegurar e reforçar no futuro próximo pelo que, apesar do desafio acrescido que o atual contexto económico representa, devem ser definidas prioridades que, em conjunto com a racionalização dos recursos existentes, permitam alcançar uma melhoria continuada da saúde da população.

99. Os ganhos potenciais em saúde (GPS) têm carácter multidimensional, incluindo os aspectos relacionados com mortalidade, morbidade, incapacidade e auto-percepção da saúde.

100. Em Portugal, na última década, a mortalidade prematura, medida pelos AVPP decresceu 30% (dados disponibilizados pelo INE, 2011). Em 2009, as principais causas foram: tumores malignos; causas externas; doenças do aparelho circulatório; situações originadas no período perinatal; doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho respiratório; anomalias congénitas e anomalias cromossómicas; doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.

101. Existem, no entanto, outras doenças com mortalidade baixa e taxas de incidência elevadas. Este aspeto deve ser considerado na definição de áreas prioritárias. São disso exemplo os problemas de saúde mental.

102. Uma elevada proporção de AVPP é devida a óbitos por causas classificadas como "sintomas, sinais e causas mal definidas" e "tumores malignos não especificados de outra forma". Os valores excessivamente elevados de óbitos sem diagnóstico definido comprometem a utilidade da informação e apontam para a necessidade de melhoria nos registos.

**Tabela 2.24** Dimensões e indicadores para a identificação de ganhos em saúde e definição de prioridades

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	Base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH), ACSS
Incapacidade	Permanente: pensionistas de invalidez; anos de trabalho perdidos por invalidez	MTSS
	Temporária: dias de ausência ao trabalho devido a doença	MTSS
Percepção da Saúde	Auto-percepção do estado de saúde	Inquérito Nacional de Saúde, INE/INSA

**Tabela 2.25** Taxa padronizada de anos de vida potenciais perdidos (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária ou a cuidados de saúde, em Portugal Continental (2009)

Causa de morte	Taxa de AVPP
Acidente de transporte com veículos a motor	241,7
Situações 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
AVC	119,9
Doença isquémica cardíaca	105,9
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	86,6
Pneumonia	58,5
Tumor maligno do colo do útero	40,3
Diabetes Mellitus	40,1

**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo INE, 2011.

103. De entre as causas de morte consideradas mais sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde, identificaram-se em Portugal Continental as que registam maior número de AVPP: acidentes com veículos a motor, situações 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 cardiovasculares.

104. Algumas destas causas são passíveis de prevenção primária, através do controlo dos seus fatores de risco (tabaco, álcool, regime alimentar desequilibrado, sedentarismo), ou de prevenção secundária, através de rastreios e deteção precoce (cancro da mama, carcinoma do colo do útero e cólon). Também o acesso a tratamento em tempo útil é fundamental para a minimização das consequências de situações como as doenças cardiovasculares.

105. O Quadro abaixo compara os AVPP por causas mais sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde em Portugal e nos países da UE. As causas identificadas são as que apresentam uma maior diferença entre os dois grupos estudados, ou seja, com maior potencial de melhoria em Portugal.

**Tabela 2.26** Taxa padronizada de AVPP (/100000 hab) por causas sensíveis à prevenção primária e a cuidados de saúde (Portugal Continental e países da UE que integram a OCDE, 2007): ordenação decrescente das diferenças

	Portugal	Média dos 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
AVC	127	69	58
Tumor maligno do cólon, reto e ânus	85	56	29
Pneumonia*	48	19	29
Situações 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
Diabetes Mellitus	40	25	15

**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+Influenza. Os valores atribuídos à influenza são muito reduzidos não influenciando as taxas

**Fonte:** Elaborado a partir de dados disponibilizados pelo INE, 2011 e OECD Health Data, 2010.

106. Os indicadores de AVPP relativos ao suicídio e à doença isquémica cardíaca apresentavam valores inferiores à média dos cinco melhores valores encontrados nos países em análise. No entanto, o suicídio tem registado uma tendência crescente entre 2000 e 2009.

107. Na última década, tem-se assistido a um decréscimo da taxa de internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatorio por 100 000 habitantes, que passou de 220,4 para 179,7 (decrécimo relativo de 18,5%).

108. Em 2009, as principais causas de internamentos evitáveis por cuidados de ambulatório foram a diabetes, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

**Tabela 2.27** Taxa padronizada de internamentos (/100000 hab) por causas sensíveis a cuidados de ambulatório, em Portugal Continental (2009)

Causas	Taxa 2009
Diabetes	30,0
Asma	29,5
DPOC	29,4
Epilepsia e grande mal	28,3
Insuficiência cardíaca	27,9
Angina de peito	23,3
Hipertensão	11,3
Total	179,7

Fonte: Elaborado a partir da base de dados dos Grupos de Diagnósticos Homogéneos, ACSS, 2010.

109. Em Portugal, o número médio de dias de ausência ao trabalho devido a doença apresentou um decréscimo relativo de 18,9%, entre 2005 e 2009, diminuindo de 9,0 para 7,3 dias (MTSS, 2011). Entre 2000 e 2009, o número de pensionistas por invalidez na população dos 18 aos 64 anos (/100000 hab.) decresceu 23,9%, passando de 55,6‰ para 42,3‰. Em 2010, o número médio de dias de trabalho perdidos por invalidez era de 11,2 dias (dados disponibilizados pelo Ministério da Solidariedade e Segurança Social, 2011).

110. No país, o valor percentual de habitantes que consideram o seu estado de saúde "bom" ou "muito bom" aumentou entre os últimos INS. No entanto, verificam-se diferenças expressivas entre grupos etários, sexo, níveis de escolaridade, profissões, rendimentos ou regiões de residência. Os valores mais baixos observaram-se nos mais idosos, no sexo feminino, nas pessoas com baixa escolaridade e menor rendimento, nos trabalhadores agrícolas ou não qualificados e nos residentes na região Centro (Graça L, 2002), o que reflete desigualdades demográficas, sociais e económicas sobre as quais é necessário atuar.

111. A percentagem de população residente que avalia positivamente o seu estado de saúde tem vindo a aumentar, atingindo os 53,2% em 2006 (INE/INSA, 2009).



# 3. EIXOS ESTRATÉGICOS

## 3.1. CIDADANIA EM SAÚDE

*Promover a Cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar, de realização dos projetos de vida pessoais, familiares e das comunidades.*

### 3.1.1. CONCEITOS

#### O que se entende por cidadania?

27. **Cidadania** designa um estatuto de membro de uma comunidade política (local, nacional, supranacional) sobre o qual existe uma relação de responsabilidade, legitimada por cada pessoa assumir direitos e deveres (Gaventa J et al., 2002).

- **cidadania ativa** pressupõe que pessoas e organizações (famílias, comunidades, associações, empresas) assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia.
- **responsabilidade das organizações** o seu impacto global e equitativo, o desempenho, a capacidade de resposta às necessidades e expectativas, a promoção do envolvimento do cidadão e da sociedade civil, o seu desenvolvimento contínuo e criação do seu valor social (serviços, produtos, padrões de qualidade e de segurança).

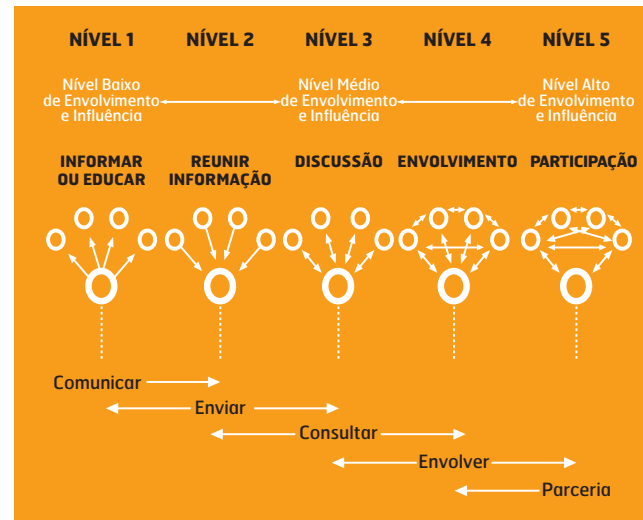
#### Quais os níveis de envolvimento do Cidadão e da Sociedade civil?

28. Os cidadãos e/ ou as organizações representativas do cidadão e de interesses sociais, como sejam as associações de doentes, associações de consumidores, instituições particulares de solidariedade social, misericórdias, organizações não-governamentais, etc., podem situar a sua participação segundo um modelo **continuum de envolvimento**:

**Quadro 3.1.1.** A cidadania é compreendida na tripla aceção de:

- **Direitos civis** (liberdade de circulação, de associação, de expressão e direito à justiça);
- **Participação política** (definição de estratégias e decisões políticas e institucionais);
- **Direitos sociais** (acesso a recursos que garantam bem-estar e segurança e definam a normalidade social - educação, habitação e cuidados de saúde, entre outros).

**Figura 3.1.1.** Adaptado: Health Canada’s Public Involvement Continuum, Departmental Policy 2000



**Fonte:** Adaptado: Health Canada’s Public Involvement Continuum, Departmental Policy 2000

29. **As capacidades e responsabilidades do cidadão** são ampliadas nas organizações sociais não lucrativas como IPSS, Associações, Sociedades e Fundações; e nas entidades com fins lucrativos, como as pessoas coletivas/empresas, com direitos e deveres compatíveis com a sua natureza (Constituição Portuguesa, Artigo 63º, 2005).

30. **A responsabilidade social** das empresas supõe a integração voluntária de preocupações e intervenções sociais e ambientais na prossecução da sua atividade e interligação com as comunidades locais e outras (Lei 12/2004).

#### O que se entende por cidadania em Saúde?

31. **A Cidadania em Saúde** emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978).

#### Qual é o papel do cidadão?

32. É responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido, tendo o dever de a defender e promover, no respeito pelo bem comum e em proveito dos seus interesses e reconhecida liberdade de escolha (Lei de Bases da Saúde, 1990), através de ações individuais e/ ou associando-se e constituindo instituições.

- educação, o comportamento e estilos de vida, a gestão da doença crónica, a utilização adequada dos cuidados de saúde, a promoção de cuidados informais, a aliança terapêutica e a

adesão à terapêutica são determinantes-chave para a melhoria do estado de saúde e do desempenho do Sistema de Saúde.

- Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos necessidades e interesses.

### A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida

- Reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação dos cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços (Lei de Bases da Saúde, 1990).
- Os cidadãos devem poder aceder a condições que lhes permitam desenvolver o seu potencial de bem-estar biopsicossocial, individualmente e enquanto membros da sociedade.

33. O cidadão é o centro do Sistema de Saúde, significando que o Sistema de Saúde se deve organizar com a missão de responder às suas necessidades, satisfação e legítimas expectativas enquanto indivíduo e enquanto elemento de uma comunidade, e nos seus diversos papéis: ativo e saudável, doente, utilizador dos serviços, consumidor, cuidador, membro da família e da comunidade.

34. O utente do séc. XXI (Coulter A, 2002) é decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo cuja voz deve influenciar os decisores em saúde (Carta de Ottawa, 1986).

#### Que perspetivas estratégicas para o desenvolvimento da cidadania em saúde?

35. O reforço do poder e da responsabilidade do cidadão em contribuir para a melhoria da saúde individual e coletiva, reforça-se através da promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (**literacia em saúde**), numa cultura de pro-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (**capacitação/participação ativa**), para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (**empowerment**).

#### Que recursos e instrumentos para o reforço da cidadania em saúde?

36. São recursos e instrumentos para o reforço da cidadania em saúde:

- **Representação e participação do cidadão** e da comunidade em estruturas de governação.
- **Organizações de representação de interesses na saúde**, como sejam associações de doentes ou de utentes.
- **Processos de definição da expectativa e satisfação do cidadão**, como sejam estudos de satisfação, análise de reclamações, gabinetes institucionais (por exemplo, gabinete do utente),

ou avaliações pela sociedade civil (por exemplo, observatórios).

- **Iniciativas de sensibilização e educação para a saúde**, como sejam eventos, comemorações, dias específicos, ao nível institucional, local, municipal e nacional.
- **Organização** por associações locais, juntas de freguesia, câmaras municipais, organizações religiosas, etc., de grupos de apoio, assistência domiciliária ou prestação de cuidados a grupos específicos, envolvendo **objetivos de literacia, capacitação e empowerment**.
- **Aconselhamento e orientação**, através de portais, linhas telefónicas, sites institucionais, ou outros.
- **Informação de saúde** na área da promoção, prevenção, intervenção, tratamento ou reabilitação, dirigida ao público em geral.
- **Formação formal**, como são exemplos:
  - o Matérias, programas e iniciativas de educação para a saúde incluídas no ensino oficial.
  - o Programas de formação sobre saúde para profissionais de outras áreas, como sejam professores ou jornalistas.
  - o Dirigida a situações específicas de saúde, como sejam grupos de apoio e educação de doentes, formações de preparação para o parto, formação de cuidadores informais.
  - o Dos profissionais de saúde para a educação, capacitação e *empowerment* do cidadão, como sejam formação sobre a educação para a saúde, relação profissional de saúde-doente, resolução de conflitos, etc.
- **Atos de cuidados em saúde**, sejam consultas médicas, atos de enfermagem, consultas com outros profissionais de saúde, que, de forma oportunista, ou programada, transmitem ou constroem conhecimento, envolvimento e responsabilidade pela saúde individual e de terceiros.
- **Meios de Comunicação Social**, quer gerais, quer especializados na área da saúde, como disseminadores de conhecimento, boas práticas e avaliadores do Sistema de Saúde.
- **Informação pública de carácter político**, institucional ou profissional, que permita compreender a natureza e objetivos das políticas, instituições e serviços, a evolução dos seus padrões de qualidade e desempenho, as suas atividades e práticas de avaliação.
- **Redes sociais**, fóruns e grupos informais associados aos problemas ou contextos de saúde.
- **Associações de doentes e de consumidores** com objetivos de incrementar a literacia, capacitação e *empowerment* dos seus elementos, sensibilização social e influência sobre as instituições do Sistema de Saúde.
- **Iniciativas nas empresas e fundações**, ou apoiadas por estas, de responsabilidade social associada à saúde.
- **Estudos dirigidos** à caracterização e compreensão dos determinantes da literacia, participação, capacitação e *empowerment* do cidadão, incluindo subgrupos vulneráveis.

**Quadro 3.1.2.** Oportunidades decorrentes da promoção de cidadania em saúde:

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Maior consciência da sua capacidade e poder para a concretização do seu potencial de saúde;
- ii) Maior participação na decisão clínica, na gestão da doença e na governação das instituições de saúde;
- iii) Maior e mais adequada exigência sobre o Sistema de Saúde, as suas instituições e profissionais;
- iv) Crescente atenção e interesse, por parte do cidadão, pelas questões da saúde e bem-estar individual e social;
- v) Reforço dos contextos saudáveis, de promoção de escolhas saudáveis e de apoio na doença;

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- vi) Promoção da adesão, aliança terapêutica e efetividade da sua prática;
- vii) Maior reconhecimento da qualidade e do valor da sua atividade;

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- viii) Maior suporte à sua missão, através do voluntariado, cuidadores informais, participação no desenvolvimento e filantropia;
- ix) Melhor utilização dos seus serviços e comunicação com os utilizadores;
- x) Maior reconhecimento social do seu valor;

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- xi) Afirmção da saúde como valor social transversal e definidor do bem comum.
- xii) Incremento do diálogo, coesão e resposta social aos desafios ao Sistema de Saúde.
- xiii) Centralidade do Sistema de Saúde nas necessidades e expectativas do cidadão como objetivo promotor da integração e articulação dos esforços dos seus agentes.

**Quadro 3.1.3.** Ameaças à promoção de cidadania em saúde:

**AO NÍVEL DO CIDADÃO:**

- i) Assimetria de conhecimentos entre o cidadão e o profissional que resulta numa barreira à parceria;
- ii) Expectativas desadequadas quanto às capacidades dos profissionais e das instituições;
- iii) A perspetiva da saúde como um bem de consumo e suportado pela mera prestação de serviços;

**AO NÍVEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iv) Litigiosidade e medicina defensiva, bem como a insatisfação dos utentes e dos profissionais;
- v) Desagregação das estruturas sociais como a família, a comunidade e os grupos informais de apoio;

**AO NÍVEL DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE:**

- vi) Desequilíbrio de poder entre grupos sociais excluídos ou com menor empowerment, como os idosos, jovens, pobres, imigrantes, reclusos, deficientes, entre outros;
- vii) Falta de integração das atividades da sociedade civil com os serviços de saúde;

**AO NÍVEL DO DECISOR POLÍTICO:**

- viii) Processos de decisão pouco participados e pouco transparentes nos critérios, fundamentos e nos ganhos esperados;
- ix) Ausência de estratégia, transparência e responsabilidade no acesso e distribuição dos recursos sociais;
- x) Informação social parcial, tendenciosa, carecendo de evidência, circunstancial ou não promotora de literacia;

3.1.2. ENQUADRAMENTO

**Legal, normativo, regulamentar e estratégico**

- 37. Os direitos e deveres do cidadão em saúde estão definidos legalmente (QUADRO 3.1.2.).
- 38. Portugal ratificou a Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1978.
- 39. O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** tem orientações estratégicas e indicação de linhas de atuação concretas para a participação do cidadão e para as questões relacionadas com as escolhas, a humanização dos serviços e a assistência espiritual e religiosa.

**Instrumentos de promoção da cidadania em saúde:**

40. São instrumentos fundamentais na promoção da Cidadania em Saúde: a informação; a sensibilização, a educação e a formação; a consulta e auscultação; a participação na decisão. Referem-se como exemplos, alguns dos quais de âmbito intersectorial:

**Literacia, informação e orientação**

- **Portal da Saúde**, sítio do MS, tem cerca de 250 mil visitantes por mês, inclui informação sobre organização e políticas, temas de saúde e acesso a serviços.
- **Sítio da Direção-Geral da Saúde**, que divulga informação relevante para os cidadãos, em linguagem acessível e continuamente atualizada.
- **Sítio do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP**, tendo como responsabilidade a investigação na área da saúde e

as funções como laboratório do Estado no sector da saúde, laboratório nacional de referência e observatório nacional de saúde divulga informação relevante para os cidadãos, profissionais e decisores, em linguagem acessível e continuamente atualizada.

- **Harvard Medical School – Portugal Program in translational research and information**, foca-se na disponibilização pública de conteúdos médicos e de investigação biomédica, de qualidade validada, para estudantes de medicina, profissionais de saúde e população geral, de acesso livre na *Internet*, e em investigação médica de translação (*translation medical research*). Tem como objetivo principal estimular a internacionalização e a cooperação entre as faculdades de medicina, e destas com os principais laboratórios e centros de investigação nacionais em ciências biomédicas ([www.hmsportugal.org/](http://www.hmsportugal.org/)).
- **Site do Instituto Nacional de Estatística, IP**, que produz e divulga informação estatística oficial de qualidade, promovendo a coordenação, o desenvolvimento e a divulgação da atividade estatística de âmbito nacional.
- **Linhas de informação e orientação telefónica:**
  - o **Linha Saúde 24** é uma linha de apoio telefónico permanente e incorpora estratégias de promoção de capacitação no aconselhamento e orientação do cidadão. Em 2009, a média de chamadas por dia foi de 2.500 (*Relatório Anual de Acesso, MS, 2010*).
  - o **Linha do Cidadão Idoso**, da *Provedoria da Justiça*, informa sobre os direitos e benefícios na saúde.
  - o **Linha Telefónica de Informação às Vítimas de Violência Doméstica**, para atendimento de vítimas de violência física, sexual ou psicológica, para apoio psicológico e informação sobre os direitos das vítimas e orientação sobre os recursos de apoio existentes.
  - o **Linha SOS Imigrante**, que presta informação geral sobre as problemáticas da imigração. Está preparada, nomeadamente, para aconselhar e prestar informações, num quadro de situações graves (por exemplo: atentados à integridade física, situações de exploração laboral, de abusos no alojamento ou atitudes de discriminação, entre outros).
  - o **SOS Grávida**, linha de informação, apoio e assistência a grávidas.
  - o **SOS Criança**, ligado ao Instituto de Apoio à Criança (IAC), serviço anónimo e confidencial para crianças, jovens, famílias, profissionais e comunidade. Tem como objetivo dar apoio à Criança em Portugal, principalmente à criança em risco, maltratada e/ou vítima de abuso sexual, desaparecida, desintegrada na escola, com conflitos com os pais, que se sente rejeitada ou tem ideação suicida, procurando encontrar soluções para estas situações-problema. É de âmbito nacional e internacional.
  - o **APAV**, organização sem fins lucrativos e de voluntariado, que apoia, de forma individualizada, qualificada e humanizada, vítimas de crimes, através da prestação de serviços gratuitos

e confidenciais.

- o **Linha Rara**, plataforma de apoio e informação, que se propõe escutar, informar e aconselhar os portadores de doenças raras e seus familiares, profissionais de saúde/ação social, estudantes, professores e público em geral, no que respeita às doenças raras e aos direitos dos seus portadores.

## Sensibilização, formação e educação

- **Promovidos por instituições do MS:** Plataforma Contra a Obesidade, com a promoção de estilos de vida saudáveis; campanhas de sensibilização pública (malefícios do tabaco; promoção da utilização do preservativo; Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral no contexto do Programa Vias Verdes; promoção dos medicamentos genéricos); Canal Mais Saúde, entre outros.
- **Iniciativas intersectoriais:** parceria com o Ministério da Educação, integrada no projeto educativo das escolas (DL 259/2000), espaço privilegiado para a promoção da literacia em saúde. Outras iniciativas interministeriais e sectoriais, de âmbito nacional: "Ler + Dá Saúde", incluído no Plano Nacional de Leitura (ME, 2006); Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis; Nascer Cidadão; a Escola Segura; CUIDA-TE; Campanhas de segurança rodoviária; Cidades Amigas das Pessoas Idosas.
- **Campanhas públicas de associações de doentes**, designadamente em dias comemorativos, com ações de mobilização social (conferências, maratonas, festas, feiras, entre outros).

## Participação na decisão

- **Conselhos da Comunidade (ACES)**, presididos por autarcas, com o objetivo de promover o envolvimento e articulação dos cuidados de saúde primários com as escolas, os serviços municipais e as redes sociais locais.
- **Conselhos Consultivos dos hospitais** (participação, consulta e apoio técnico cidadão).
- **Gabinetes do Cidadão (ACES)** – incentivam e valorizam a participação do cidadão na melhoria do funcionamento dos serviços de saúde, através das reclamações e dos comentários relacionados com problemas estruturais e recursos disponíveis (*Reclamações dos Utentes, IGAS, 2009*).
- **Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco** (centros de saúde e hospitais) – assentam a sua intervenção no envolvimento e participação dos cuidadores e das próprias crianças ou jovens.
- **Doutros:** ligas de amigos; associações de doentes; comissões de utentes; grupos de voluntariado.



## Estudos sobre a satisfação e percepção da qualidade

### 41. Avaliação da satisfação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (Villaverde Cabral M e Silva PA, 2009)

- No nível de satisfação dos utentes com o SNS mostrou-se semelhante em 2001 e 2008.
  - o A satisfação foi avaliada relativamente ao médico de família e aos Centros de Saúde, assim como aos internamentos e consultas externas hospitalares, serviços de urgência, cuidados continuados e Linha Saúde 24. Verificaram-se, no entanto, variações a nível regional. A relação com o médico de família e com o Centro de Saúde é o determinante mais importante de satisfação. Acentuou-se a opinião negativa sobre o desempenho do SNS, sem diferenças quanto ao sexo, idade e nível de escolaridade, sendo mais favorável nos estratos socioeconómicos mais elevados.
  - o A preferência pelo sector público, relativamente ao privado, aumentou, quer na medicina geral e familiar, quer nas especialidades hospitalares. Os principais motivos são económicos e relacionados com instalações, recursos humanos, proximidade, confiança e segurança nos tratamentos e serviço humanizado. Os fatores de preferência pelo sector privado são: rapidez de atendimento, atenção dispensada, humanização dos serviços, mais eficácia e melhor organização.

- A saúde é o sector onde o governo mais deve investir é a opinião de 49,4% em 2001 para 55,1% em 2008, sobretudo mulheres, idosos e menos escolarizados ou seja os que mais recorrem ao SNS, o que denota o valor social atribuído à saúde.

### 42. Eurobarómetro (2008)

- Em 2008, 54% dos portugueses acredita que a prestação de cuidados de saúde públicos é positiva mas necessita de grandes transformações para melhorar e 13% considera que deve ser completamente refeita, valor significativamente inferior aos 32%, em 1996 (Eurobarómetro, 2008).

### 43. Indicadores de satisfação dos utentes e profissionais, monitorizados no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CEISUC, 2009)

- No âmbito da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, passam a ser monitorizados indicadores de satisfação dos utentes e profissionais, sendo contratualizadas metas de melhoria individuais para cada USF (CEISUC, 2009).
- A avaliação da satisfação conclui sobre a necessidade de maior envolvimento do utente na organização dos cuidados. Aspectos como a relação e comunicação, humanização, envolvimento, informação e apoio foram avaliados de forma muito positiva.

### 44. Avaliação da qualidade e da satisfação nos hospitais EPE e SPA

- A avaliação da qualidade e da satisfação nos hospitais EPE e SPA (ISEGI-UNL, 2009), na sequência de avaliações anteriores (ISEGI-UNL, 2003) mostrou: i) como positivo a qualidade percebida acerca dos profissionais; ii) como negativo, tempos de espera e ausência de resposta adequada às reclamações. A imagem das

instituições é a área com maior impacto na satisfação. A avaliação das condições de conforto dos Hospitais SA, gerou recomendações prioritárias (2003) (Programa Conforto, 2004).

- Em 2010, 88% dos hospitais tinha presença na internet, 97% informação institucional, 82% sobre os serviços prestados, 61% sobre prevenção e cuidados de saúde, 31% indicações de procedimento em caso de emergência médica e apenas 8% funcionalidades de marcação de consultas médicas em linha (Inquérito TICS Hospitais, INE, 2010). Cerca de 27% dos hospitais permitiam o uso de computadores com ligação à internet pelos doentes, 12% tinham internet sem fios e 4,7% sistemas de videoconferência para as atividades curriculares das crianças internadas.

### 45. Avaliação da satisfação dos utentes e profissionais, monitorizada no âmbito dos Cuidados Continuados Integrados.

- A maioria dos utentes considerou que os cuidados de saúde ministrados nas unidades são bons e entendeu estar melhor do seu estado de saúde desde que ingressou na unidade (GIES-TA-ISCTE, BestSalus, 2008).

## Estudos sobre literacia e comportamentos dos cidadãos

46. **A internet é um recurso para a informação e educação para a saúde** (LINI, 2010). Em 2010, 49% dos lares possuem acesso e 44% da população é utilizadora (acréscimo significativo relativamente aos 29% em 2003). Destes, dois terços têm entre os 15 e os 24 anos; os idosos (1,6%), os reformados e pensionistas (5%), as domésticas (11%) e os trabalhadores manuais (22%) são menos utilizadores. Um terço procura informação sobre saúde, 16% dos quais semanalmente.

47. Os portugueses declaravam, em 2008, adotar por iniciativa própria, comportamentos mais saudáveis do que sete anos antes, sobretudo idosos e níveis sociais elevados (Villaverde Cabral M e Silva PA, 2009). Verificou-se um aumento dos que afirmam fazer exercício físico regular (de 33% para 48%) e adotar dietas saudáveis no seu dia-a-dia (de 8% para 43%).

## Boas práticas da sociedade civil

48. Citam-se como exemplos de boas práticas de *empowerment* e participação da sociedade civil:

- Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos (FIADC) e a Plataforma Saúde em Diálogo são agrupamentos de associações de doentes que promovem formação e informação para profissionais de saúde e doentes, sobre temas como a responsabilidade individual em saúde, o voluntariado, grupos vulneráveis e literacia em saúde.
- As associações de doentes, representadas nas Comissões de Acompanhamento dos programas nacionais ou verticais, de que se destacam: o Programa Nacional de Controlo da Diabetes, o

Programa Nacional de Controlo da Asma, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e a Plataforma Contra a Obesidade. As associações de doentes também participam no processo de discussão e implementação da gestão integrada da doença, relativamente a algumas patologias (Departamento da Qualidade em Saúde – DGS), como a Doença Renal Crónica.

- **Existem** atividades desenvolvidas no sentido da educação terapêutica na diabetes, reconhecida internacionalmente; o projeto João Dentão, na área da Saúde Oral; as campanhas contra o afogamento em piscinas e de promoção dos mecanismos de contenção no automóvel; o movimento cívico Pais-em-Rede.
- **Existem** outras iniciativas, de âmbito privado, visam informar os cidadãos da evolução das estatísticas de saúde, como o projeto PORDATA.

### Boas práticas políticas

- **Existem** monitorização do PNS 2004-2010, apoiada por dois sítios do ACS (microsite “Indicadores e Metas do PNS” e plataforma “WebSIG – Mapas Interactivos”) onde são atualizados os indicadores, calculada a sua evolução em relação às metas preconizadas para 2010 e comparados os valores com os dos países da União Europeia (ACS- metas e indicadores do PNS).
- **Existem** colocação à discussão pública a estratégia de reordenamento hospitalar da Área Metropolitana do Porto pela ARS Norte, fundamentada em quatro estudos (ARS Norte, 2009).

### Tecnologias de informação e comunicação

- **Existem** Agenda Digital (Comissão Europeia, 2010) prevê que as tecnologias de informação e comunicação integrem o direito do cidadão terem os seus dados pessoais de saúde guardados com segurança num sistema acessível em linha; salienta a necessidade de suprimir os obstáculos jurídicos e organizacionais, em especial no que respeita à interoperabilidade, normalização e acesso. Recomenda também reforçar um programa comum de assistência à autonomia no domicílio, através de telemedicina (p. ex., consultas médicas em linha), cuidados de urgência e dispositivos portáteis para monitorizar o estado de saúde do doente crónico ou com deficiência e que permitem maior autonomia destes doentes.
- **Existem** em Portugal, têm sido desenvolvidas e implementadas tecnologias de informação em saúde e e-Health, como a e-Agenda (<https://servicos.min-saude.pt/acesso/>), o e-SIGIC (<https://servicos.min-saude.pt/acesso/>), e-prescrição na doença crónica (<http://gid.min-saude.pt/>) e o início do processo de criação da Plataforma de Dados de Saúde, onde o cidadão terá a possibilidade de efetuar o seu registo de saúde pessoal (<https://servicos.min-saude.pt/acesso/>).

• **Existem** aplicações de telemedicina, com telemonitorização e de teleassistência e iniciativas isoladas de teleconsulta, (Monteiro, MH et al., 2007). Exemplos disso são:

- o Telemonitorização: O Projeto AIRMED – Monitorização remota de doentes cardíacos do Hospital de Santa Marta;
- o Teleassistência: A Saúde 24, o Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde;
- o Teleconsulta: A Teleconsulta da Dor Crónica do Hospital do Espírito Santo (Évora);
- o Telemedicina: Projeto “Telemedicina em Castela e Leão no Nordeste Transmontano – CALENO” da ARS do Norte; Projeto INTERREG de Telemedicina – Algarve – Andaluzia.

• **Existem** Ministério da Saúde está a implementar serviços em linha, como o Registo Nacional do Utente, criado para conter informação única e consolidada sobre o utente do Serviço Nacional de Saúde.

• **Existem** Ano Europeu das Atividades de Voluntariado que Promovam uma Cidadania Ativa (2011) (Res CM 62/2010), constituiu uma oportunidade para desenvolver ações de sensibilização e promoção do voluntariado e de uma cidadania mais ativa.

### Apoios a iniciativas do sector social na saúde

• **Existem** PNS 2004-2010 previu o financiamento de projetos de IPSS (DL 119/83, de 25 de fevereiro). O ACS, a DGS, o IDT, o IPS, a CNSIDA e as ARS apoiaram e financiaram projetos das IPSS com atuação na área da Saúde, privilegiando ações que visavam a literacia e capacitação do cidadão (DL n.º 186/2006).

### Avaliação do exercício da cidadania

- **Existem** Portugal está classificado em 24º lugar no Índice Europeu de *empowerment* 2010 (Health Consumer Powerhouse, 2010) em 37 países.
- **Existem** Na avaliação da OMS (ao PNS 2004-2010 e ao Sistema de Saúde) é recomendado que seja prestada mais atenção à legislação sobre os Direitos dos Utentes (Ninth Futures Fórum, WHO, 2006). No mesmo Fórum Portugal foi dado como bom exemplo pelo incentivo ao envolvimento dos cidadãos nos processos de decisão no âmbito da saúde, designadamente através de consultas públicas.



### 3.1.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível político, deve-se

- Promover uma cultura de cidadania, assente no desenvolvimento de iniciativas dirigidas à comunidade ou a grupo populacionais, visando a promoção da literacia, capacitação, *empowerment* e participação, tendo como eixos a difusão da informação (atual, compreensível e credível), o desenvolvimento de competências, e o envolvimento e participação na decisão individual, institucional e política, criando condições para que os cidadãos se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende, bem como promovendo uma visão positiva em saúde.

- o Acesso à informação, inclusão e participação, a responsabilização e capacidade de organização local são os elementos base de uma estratégia bem sucedida de cidadania em saúde (Ramos V, 2010).

- o A cidadania em saúde exige a intervenção e articulação de todos os sectores, de modo concertado e articulado. E a capacitação do cidadão é um processo que se desenvolve ao longo da vida, no contexto da família, da escola, da universidade, do local de trabalho, da comunidade e dos serviços de saúde.

- o A participação das crianças deve ser feita no reconhecimento das suas capacidades em desenvolvimento e respeito pelas suas competências, maturidade e autonomia pessoal (Lansdown, 2005 in Ramos V, 2010) (Coyne, 2006 in Ramos V, 2010).

- o A Estratégia Europeia da OMS sobre a Saúde e Desenvolvimento das Crianças e Adolescentes (2005) sugere que todos os estados membros adotem a participação das crianças como um dos princípios dos planos nacionais de saúde.

- o A educação para a cidadania resulta em ganhos inequívocos em saúde quando iniciada na infância e adolescência, e continuada no jovem adulto, integrada no currículo escolar e universitário e acompanhada de um contexto familiar promotor de capacitação. Este potencial é evidenciado nas campanhas de sensibilização para a prática da reciclagem cujo foco são as crianças como motor de aprendizagem da família.

- o A mobilização da comunidade é uma das formas mais efetivas de capacitação como via para a democracia participativa, com enfoque na saúde coletiva, através da promoção de saúde e redução de desigualdades (Milewa T, 2000).

- o A estrutura familiar atual, verticalizada, constitui um contexto facilitador de solidariedade intergeracional e promotor de cidadania e capacitação.

- o Os mecanismos de intervenção devem ser desenvolvidos com estratégias concertadas que associam as clássicas e as novas tecnologias.

- o Os órgãos de comunicação social desempenham um papel importante como influência de atitudes, crenças e comportamentos. As campanhas públicas através da televisão, rádio e

cartazes têm eficácia comprovada. No entanto, são onerosas e necessitam de refrescamento regular. Por exemplo, a promoção da atividade física conduz a aumentos, a curto prazo, nos níveis de atividade física, mas os efeitos perdem-se a longo prazo (Wakefield MA, 2010).

- o As tecnologias de informação e comunicação são formas inovadoras (Observatório Português de Sistemas de saúde, 2009), pouco dispendiosas e de fácil repetição.

- Promulgar e divulgar a carta de direitos e deveres do cidadão no domínio da Saúde, incluindo serviços públicos e privados que defina as responsabilidades sociais e para com cada indivíduo dos serviços de saúde e seja referência base para cartas de direitos e deveres institucionais adaptáveis ao local e ao contexto da prestação de serviços.

- Desenvolver o planeamento, intervenções, monitorização e avaliação na área da Cidadania em Saúde, incluindo sistemas de informação e monitorização, elaboração de evidência e recomendações, avaliação e identificação de boas práticas, promoção de uma agenda de investigação e inovação.

- o A e-Health inclui a telemedicina, os registos de saúde eletrónicos e soluções informáticas em linha. Com alterações organizacionais e desenvolvimento de novas competências, a prestação de melhores cuidados com menos custos.

- o m-Health é um conceito recente da utilização do telemóvel em saúde, através de mensagens escritas, com evidência de benefícios (Atun *et al.*, 2008), relevante para grupos particulares, como os adolescentes ou as populações vulneráveis e residentes em zonas remotas (Ramos V, 2010).

- Promover a participação ativa das organizações representativas dos interesses do cidadão, como as Associações de Doentes, de Consumidores, IPSS, Misericórdias, Organizações não-governamentais, Congregações Religiosas.

- Assegurar o desenvolvimento de competências pelos profissionais de saúde promotoras da cidadania, a nível pré – e pós-graduado, de comunicação pessoal e social, humanização dos cuidados, relação com o doente e educação para a saúde e monitorizar e avaliar essas práticas.

- o Os profissionais de saúde e as instituições são o meio mais acessível e apropriado de informação – medicina oportunista e de proximidade.

- Promover, a nível institucional, processos de melhoria contínua do exercício da cidadania como por exemplo avaliações regulares das necessidades do cidadão, intervenções promotoras da literacia e competências e promoção de processos de participação do cidadão e das suas estruturas representativas.

- o De referir que há escassa evidência sobre as práticas dos hospitais e outros serviços de saúde quanto aos processos de envolvimento na decisão, nomeadamente o consentimento informado por parte das crianças e/ou adolescentes (Moore e Kirk, 2009).



### A nível organizacional, as instituições devem

- **Melhorar os conhecimentos dos cidadãos sobre direitos e deveres e promover as condições para o respetivo exercício.**
  - o São exemplos, medidas como: Adaptar e divulgar a Carta de Direitos e Deveres do Cidadão, adaptando-a às especificidades locais; Avaliar os conhecimentos dos cidadãos sobre os direitos e deveres e melhorar continuamente as condições para o exercício destes.
- **Implementar estratégias e planos de formação para reforçar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais de saúde, tendo em conta as expectativas e necessidades dos cidadãos, com atenção particular a grupos vulneráveis.**
  - o Profissionais de saúde mais competentes mostram melhor comunicação com o doente, prescrições mais adequadas e maior satisfação. O doente tem menos ansiedade e maior adesão à terapêutica (Ramos V, 2010).
- **Melhorar a confiança dos cidadãos nas instituições e as condições para a sua valorização,** através da auscultação regular das necessidades, expectativas, satisfação e vivências dos utilizadores; divulgar informação institucional, de forma transparente, publicando os indicadores de evolução do desempenho e dos resultados dos serviços e dos profissionais de saúde, em formato, apresentação e linguagem simples e acessível; assegurar uma resposta eficiente e responsável perante a sociedade e os órgãos de comunicação social.
  - o O envolvimento do cidadão e da comunidade, no desenvolvimento e na monitorização do desempenho dos serviços de saúde, implica a criação de instrumentos de recolha ativa, sistemática e obrigatória da opinião dos utilizadores, familiares e cuidadores e da incorporação no processo de desenvolvimento e melhoria da prestação de serviços (Governação dos Hospitais, MS, 2010).
- **Desenvolver programas na área da educação para a saúde e autogestão da doença,** por ex., apoiando a produção e disponibilização de manuais e guias de apoio que incluam registo de resultados, dos tratamentos e dos sintomas, a organização de grupos de apoio, voluntariado, entre outros.
  - o As atividades de voluntariado, incluindo apoio interpares, têm um efeito positivo não só na saúde e bem-estar de quem é ajudado, mas também na do próprio voluntário. A capacitação do cuidador facilita a gestão da doença, regula a utilização de serviços de saúde, e melhora a qualidade de vida.
- **Promover o exercício da cidadania no processo de tomada de decisão, desenvolvimento estratégico e na avaliação institucional, num contexto de transparência, implementando mecanismos de auscultação da satisfação, estimulando o diálogo e o**

debate e criando condições culturais e estruturais consequentes. Monitorizar e avaliar esse envolvimento e participação.

- **Promover o voluntariado para uma cidadania mais ativa.**

### Na sua prática, o profissional de saúde deve

- **Incrementar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do doente no processo de decisão terapêutica.**
- **Considerar e avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde á realidade do cidadão, sua família e comunidade, incorporando os princípios da medicina humanizada, holística e trabalhando aspetos da aliança e da adesão à terapêutica.**

### A nível individual o cidadão deve

- **Melhorar proactivamente os seus conhecimentos e capacidade de exercer as suas responsabilidades, os seus direitos e cumprir os seus deveres em saúde.**
  - o A promoção de cidadania gera bem-estar e saúde em todas as idades, locais e ocasiões.
  - o O cidadão capacitado tem a expectativa de cuidados de saúde mais personalizados e a exigência de melhores serviços e respostas às necessidades e preferências (Ninth Futures Forum, WHO, 2006).
  - o Os serviços de saúde são promotores de cidadania em saúde, através da informação e cumprimento dos direitos e deveres do cidadão, da qualificação dos profissionais e da organização das instituições.
- **Assumir a responsabilidade pela promoção da saúde e por estilos de vida saudáveis e participar ativamente nas decisões referentes à saúde pessoal, da família e da comunidade.**
  - o Os estilos de vida e a adoção de comportamentos adequados e saudáveis são determinantes da saúde e de doença.
  - o O aparecimento de doenças crónicas como as cardiovasculares, pulmonares, diabetes e obesidade, está relacionado com hábitos e estilos de vida menos adequados.
  - o O aumento da prevalência das doenças crónicas, e de patologias múltiplas concomitantes, exige sistemas de saúde centrados no doente (The European Health Report, WHO, 2009) mas as opções dos sistemas de saúde estão ainda longe das expectativas do cidadão (Health Consumer Powerhouse, 2009).
  - o A participação na decisão aumenta com a idade, a escolaridade, diminui com a gravidade do estado de saúde e potencia os níveis de conhecimento, de percepção geral sobre a saúde e de satisfação (Ramos V, 2010).
  - o O cidadão capacitado tem mais saúde por um período mais longo (Ninth Futures Forum, WHO, 2006).

o Na gestão da doença crónica, o recurso a aplicações informáticas personalizadas, facilita o envolvimento do doente, e as intervenções clínicas e mostra efeitos positivos nos resultados (Ramos V, 2010).

- Estabelecer alianças terapêuticas com os profissionais de saúde, formando parcerias na gestão da doença.
- Promover a utilização racional e adequada dos serviços de saúde.

### 3.1.4. VISÃO PARA 2016

#### Estratégias de comunicação avaliadas para a concretização de acordos sociais nas prioridades e nas expectativas

Existem estratégias para a capacitação do cidadão e incremento da literacia em saúde, a nível nacional, regional, local e institucional, intersectoriais e envolvendo o sector social e privado. Identificam os objetivos, instrumentos e avaliam o seu impacto. Podem envolver figuras públicas, instituições desportivas, programas de educação, meios de comunicação social, entre outros. Há um acordo social sobre as mensagens, da responsabilidade de todos, quanto a ganhos em saúde, utilização adequada dos serviços e valores subjacentes ao Sistema de Saúde. O cidadão tem uma percepção das prioridades em saúde a nível nacional, regional e local. Instituições e cidadão partilham visões e expectativas comuns de desenvolvimento.

#### Informação online em saúde e apoio ao Sistema de Saúde

O Portal da Saúde evoluiu para um instrumento privilegiado de informação sobre a saúde e acesso aos serviços. Através dele acede-se a indicadores de desempenho das instituições prestadoras de cuidados públicas, privadas ou sociais. Existe uma área de acesso privada, com informação personalizada sobre a situação do cidadão, quanto a benefícios, inscrição nos Cuidados de Saúde Primários e consultas de especialidade, subsistemas, seguros, listas de esperas, dossiers clínicos dispersos, entre outros. Permite informação, por mensagens ou outros meios, sobre o acesso e funcionamento dos serviços de saúde. Articula-se com outros serviços, como a Linha Saúde 24, para aconselhamento e orientação personalizada e em tempo real.

#### Acesso ao registo de saúde electrónico

O cidadão deve aceder ao seu registo de saúde pessoa de forma electrónica que reúne informação dos vários prestadores de cuidados, exames complementares, calendário de ações de vigilância da saúde e prevenção da doença, gestão da doença crónica, bem como anotações do próprio. Este dossier é alimentado por ficheiros clínicos, através de informação formatada (por ex., resumo da consulta ou nota de alta do internamento, resultados de exames) e/ou personalizada (por ex., nota do profissional de saúde). É uma plataforma privilegiada para a emissão de recomendações e informação personalizada e apoio à autogestão da doença crónica, que deve ter como base parcerias com as sociedades científicas, profissionais, academia, associações de doentes.

#### Monitorização, avaliação e valorização da promoção da cidadania a nível local e institucional.

As administrações regionais de saúde, as autarquias, as instituições de cuidados primários, hospitalares e continuados e os profissionais de saúde têm indicadores padronizados e específicos de satisfação com a prestação de cuidados e grau de literacia que lhes permite monitorizar o desempenho, identificar boas-práticas e implementar processos de melhoria contínua e acreditação. Os indicadores estão estratificados por características socio-demográficas e permitem monitorizar grupos vulneráveis. Os instrumentos de planeamento (planos nacionais, regionais, locais e institucionais; planos de atividades) incluem a análise desta informação e intervenções dirigidas a melhorar a satisfação e experiência do cidadão. A evolução do desempenho das instituições nestas áreas é parte dos objetivos contratualizáveis e de avaliação, para além da gestão de reclamações e aspectos qualitativos da auscultação e da experiência do utilizador. As instituições privilegiam a participação do cidadão e dos seus representantes, na discussão das estratégias e políticas, através de discussões públicas, estudos, consultoria, avaliação e decisão, entre outros. As instituições e os profissionais são valorizados por este envolvimento.

#### Desenvolvimento do sistema de saúde local, através de redes e parcerias

As instituições da saúde e organizações públicas e privadas da sociedade civil desenvolveram imagens de marca e de identidade, cartas de missão e cartas de direitos e deveres, que refletem a sua responsabilidade social, incluindo a responsabilidade pelo estado de saúde da comunidade onde se inserem, dos profissionais e dos utilizadores e processos de participação pública e envolvimento (por ex., voluntariado). Os Conselhos da Comunidade reforçam a existência de redes e parcerias, projetos e o desenvolvimento de estratégias de saúde locais, informando a população e os media dos recursos e do capital social local (por ex., grupos de apoio, serviços na comunidade), projetos e atividades a decorrer e resultados, indicadores da monitorização do estado de saúde e da satisfação, adicionando valor social ao seu trabalho.

#### Profissionais competentes na comunicação, relação e educação

O currículo dos profissionais de saúde inclui a avaliação de competências de comunicação pessoal e social, humanização dos cuidados, relação com o doente, bem como educação e promoção da saúde. As associações e ordens profissionais promovem as competências, o papel social e valorizam os profissionais nestas áreas.

## 3.2. EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

*A equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde resultam em ganhos de saúde, garantem a coesão e a justiça social e promovem o desenvolvimento de um país.*

### 3.2.1. CONCEITOS

#### O que se entende por equidade e por acesso?

1. Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010b). Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde.

2. O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e define-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

#### Quadro 3.2.1. Desigualdades em saúde:

- Estão fortemente associadas a determinantes sociais (WHO, 2010a; Marmot M, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde. Verifica-se existir um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem em pleno o potencial individual de saúde;
- Afetam particularmente os grupos vulneráveis: por situação socioeconómica (por exemplo, pobres, sem-abrigo, desempregados de longa duração, imigrantes), condicionantes individuais (por exemplo, deficiência ou doença rara) ou grupo etário (por exemplo, crianças e idosos);
- Afetam o desenvolvimento socioeconómico (Johnson S et al., 2008). A saúde está associada à riqueza de cada país, sendo também geradora de desenvolvimento.
- Podem ser avaliadas através de indicadores de esperança de média de vida, mortalidade e morbilidade, resultados em saúde materna e infantil, estratificados pelas características socioeconómicas;
- A sua redução envolve geralmente ações multi e intersectoriais, de outras instituições e da comunidade, a nível regional e local.

3. As desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre diferentes grupos da população. Algumas são inevitáveis, não sendo possível alterar as condições que as determinam. Outras, porém, afiguram-se desnecessárias e evitáveis, configurando injustiças relativas, socialmente geradas e mantidas, que traduzem verdadeiras iniquidades em saúde; torna-se, por isso, mandatário, no plano ético, tomar medidas que as permitam reparar.

#### Perspetivas do acesso

4. O acesso adequado é um dos determinantes da saúde potenciador da redução das desigualdades.

#### Acesso adequado

• A utilização dos cuidados de saúde é mediada por fatores predisponentes e de capacitação (Andersen R, 1995; Furtado C, Pereira J, 2010).

o Os fatores de predisposição incluem o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia e as redes sociais e familiares. Estes, por seu turno, influenciam as convicções em saúde – valores e atitudes perante a saúde e os cuidados de saúde –, podendo condicionar a subsequente perceção do risco e da necessidade de utilização de serviços de saúde. Ou seja, determinam a capacidade do indivíduo para se responsabilizar pela utilização adequada dos cuidados de saúde disponíveis.

o Os fatores de capacitação dizem respeito aos meios necessários para o indivíduo aceder efetivamente aos serviços de saúde e para os utilizar como, por exemplo, a possibilidade de suportar os custos de transporte.

• Depende da oferta de serviços e da utilização pelo cidadão. Para uma adequada oferta de serviços de saúde, estes devem estar organizados de forma proporcional, necessária e suficiente às necessidades de saúde do cidadão.

• Os Sistemas de Saúde orientados para os Cuidados de Saúde Primários, como cuidados holísticos, de proximidade, continuidade e transversais, mostram melhor desempenho, melhores resultados, mais equidade e acessibilidade, melhor relação custo-benefício e maior satisfação do cidadão (Atun R, 2004).

• A despesa com serviços e tratamento pode ser uma barreira no acesso aos cuidados de saúde. Situações de doença com os custos que daí decorrem e opções entre a saúde e bens essenciais podem ser fatores precipitantes de pobreza, sobretudo para doentes crónicos, desempregados e idosos. Estes grupos são os que mais necessitam de cuidados de saúde, ficando duplamente fragilizados (Furtado C, Pereira J, 2010; WHO, 2008).

- Em situação de crise social e económica, os serviços de saúde ganham maior relevância, pois o agravamento das condições sociais condiciona uma procura crescente de cuidados (Furtado C, Pereira J, 2010; WHO, 2008).

### Papel do sector público

5. Na promoção da equidade em saúde colocam-se vários desafios ao sector público<sup>24</sup>:

- Definição de serviços essenciais, ou sejam, aqueles para os quais deve ser explícita e garantida a possibilidade de acesso a todos os cidadãos (Schreyögg J et al., 2005).
- Determinar o grau com que é possível aproximar e personalizar os cuidados para com as necessidades individuais, de famílias e comunidades.
- Determinar a forma como os benefícios da prestação de cuidados de saúde são distribuídos pelos indivíduos de diferentes classes socioeconómicas (por exemplo, através do grau de regressividade da comparticipação dos cuidados).

6. Dentro das opções de política social está o posicionamento do papel do estado quanto à redução das diferenças entre classes sociais (“estado socializante”) ou quanto à promoção das garantias mínimas de acesso real aos cuidados de saúde (“estado social”), para todos os cidadãos. Necessariamente, os estados adotam políticas mistas ou mais privilegiadas de uma opção ou da outra consoante os seus valores, filosofias e prioridades políticas.

### Papel do setor privado

**Quadro 3.2.2.** O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas:

- Procura adequada de serviços, consequência da perceção da saúde e do serviço como a resposta mais vantajosa;
- Disponibilidade, referida à oferta adequada de cuidados às necessidades da população;
- Proximidade, refletida pela dispersão geográfica dos serviços;
- Custos diretos, como aquisição de serviços;
- Custos indiretos, como faltas ao emprego e o transporte;
- Qualidade, quanto à organização dos serviços e à dimensão técnica e humanização;
- Aceitação, resultante das expectativas, atitudes e comportamentos do cidadão.

Fonte: Furtado C, Pereira J, 2010.

<sup>24</sup> Este assunto é desenvolvido no capítulo “Objetivos para o Sistema de Saúde – Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença”

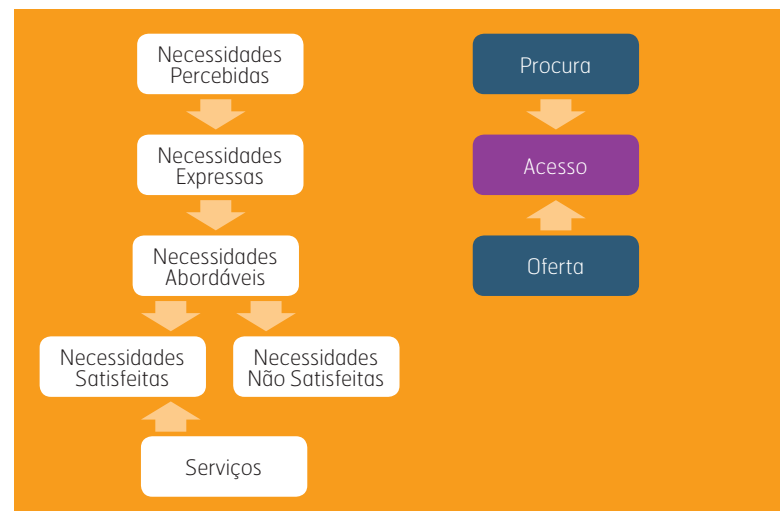
7. Perante a responsabilidade assumida pelo estado, o Sector Privado assume três funções:

- Possibilita a complementaridade dos serviços públicos, alargando a capacidade técnica e de resposta, numa relação de convenção.
- Amplia a liberdade de escolha e diversidade de modelos e prestação de serviços, fundamentada na livre iniciativa, no respeito pelas garantias necessárias de certificação, qualidade, informação e articulação.
- Contratualiza, com o sector público, a responsabilidade da prestação de serviços na saúde, assegurando as infraestruturas, a gestão e outros aspetos da prestação de cuidados.

### Avaliação de necessidades em saúde

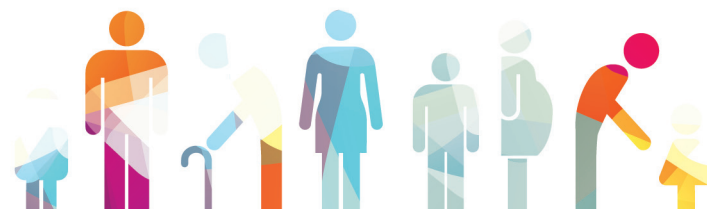
8. O planeamento da acessibilidade tem por base a avaliação das necessidades, os critérios de qualidade dos serviços e os princípios de gestão de recursos. A adequação de cuidados responde, assim, a necessidades locais.

Figura 3.2.1. Necessidades de saúde, procura e oferta de serviços



Fonte: Adaptado de Wright J, Williams R, Wilkinson JR, 1998.

- Discrimina entre necessidades percebidas, expressas e abordáveis, procura e resposta do serviço de saúde.
- Permite identificar as necessidades não satisfeitas que necessitam de intervenção de outros sectores.
- Facilita cuidados de saúde proactivos, definição de prioridades e separação entre a responsabilidade de financiamento e prestação de cuidados.



### Que estratégias e recursos para a promoção do Acesso?

9. Identificam-se como estratégias e recursos para a promoção do acesso:

- utilização de sistemas de informação e monitorização do acesso que incluam indicadores sobre determinantes sociais, de forma a compreender o problema e possibilitar a intervenção eficaz.
- implementação de projetos específicos (temporários, verticais ou integrados) dirigidos a ganhos adicionais em saúde através da redução das desigualdades em saúde, de forma transversal ou focada a grupos vulneráveis. Serão particularmente mais relevantes quanto mais capacitarem o sistema, melhorarem a sua efetividade e se disseminarem como boas práticas.

### Organização dos cuidados de saúde

- organização territorial dos cuidados de saúde que contempla:
  - o A rede de Cuidados de Saúde Primários como estrutura de proximidade, continuidade e de acesso privilegiado, centrada no cidadão, família e comunidade;
  - o Os Cuidados pré-hospitalares, nomeadamente a emergência médica;
  - o A rede hospitalar (número de hospitais, localização e tipologia) entendida como um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, altamente especializados, urgentes e emergentes, organizado de modo coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência;
  - o A Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.

### Articulação entre níveis

- articulação em cada nível de cuidados, entre níveis e entre sectores, no sentido de assegurar:
  - o A partilha de informação através de: plataformas de gestão integrada da doença, sistemas de informação e pro-

**Quadro 3.2.3.** Estratégias e recursos de promoção do acesso:

- Sistemas de informação e monitorização do acesso;
- Projetos específicos
- Organização territorial dos cuidados de saúde
- Estratégias de articulação
  - o Entre níveis de cuidados
  - o Em cada nível
  - o Intrainstitucional
  - o Entre sectores
- Estratégias de empowerment

cessos clínicos, protocolos de referênciação, consultadoria, gestão do percurso entre níveis de cuidados (gestão de caso) (Dias A, Queirós A, 2010);

- o A boa atividade das organizações interinstitucionais, responsáveis por definir, implementar, monitorizar e avaliar a articulação entre Cuidados Primários e Hospitalares, segundo as áreas clínicas, como por exemplo, as Unidades Coordenadoras Funcionais de saúde materna e neonatal, da criança e do adolescente;
- o A gestão estratégica e operacionalização comum entre unidades de prestação de serviços de níveis diferentes, das quais são exemplo as Unidades Locais de Saúde;
- o As Redes de Referênciação Hospitalar (RRH) como instrumentos de organização do acesso que permitem cuidados em complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional (Ministério da Saúde, 2007). As RRH baseiam-se em especialidades médicas, o que pode dificultar esta integração, seja pela dispersão dos profissionais, seja pelo facto de os doentes poderem ser portadores de patologias múltiplas;
- o A gestão estratégica e operacionalização comum a várias unidades de prestação de serviços com capacidade para realizar planeamento intermédio e coordenar recursos complementares (por ex., ACES);
- o A articulação entre a Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados (Despacho n.º 7968/2011) e o hospital, para uma gestão da alta hospitalar mais eficiente, maior envolvimento da família e/ou dos cuidadores informais, menor risco de complicações e de morbilidade, bem como menor despesa;

### Institucionais

- o A gestão integrada dos recursos intra-hospitalares e gestão de altas, processos promotores de equidade e acessibilidade que incluem: a transferência de cuidados gerais para os Cuidados Primários e para a comunidade, gestão comum de camas para situações agudas, reforço dos serviços de hospital de dia e da cirurgia de ambulatório, planeamento da alta hospitalar o mais precocemente possível;
- o Uma estratégia de articulação intersectorial, facilitada através do gestor de caso, cuja missão inclui mobilizar os recursos sociais necessários para cada situação, através dos diversos intervenientes (Saúde, Segurança Social e Autarquias) (Dias A, Queirós A, 2010; Lopes et al., 2010);



## De capacitação

**Quadro 3.2.4.** Oportunidades decorrentes da promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde:

### PARA O CIDADÃO:

- i) Valorização da continuidade de cuidados, cuidados holísticos, próximos e personalizados, como condição essencial para a promoção de estilos de vida saudáveis, promoção da saúde e prevenção da doença, numa visão positiva de saúde;
- ii) Melhoria da morbidade e incapacidade consequentes do rastreio e diagnóstico precoce, intervenção em patologias-chave, resolução célere de problemas de saúde e reabilitação precoce;
- iii) Percurso clínico adequado e célere entre e dentro das instituições, com cuidados integrados, internamentos mais curtos, recuperação e cuidados continuados na comunidade ou em unidades próximas da residência;
- iv) Aumento da literacia e do empowerment dos cidadãos e cuidadores informais, dirigido aos autocuidados e ao acesso adequado aos serviços de saúde;

### PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- v) Melhor comunicação entre profissionais de saúde, com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro;
- vi) Trabalho multidisciplinar, multiprofissional e interinstitucional reforçado, com foco nas necessidades da pessoa, família ou comunidade.

### PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- vii) Empowerment das instituições como organizações responsáveis pelo estado de saúde das comunidades e populações, através do reforço da avaliação de necessidades e da capacidade de resposta no planeamento dos seus serviços;
- viii) Apoio social integrado através da mobilização planeada e proactiva de recursos sociais, de forma personalizada às necessidades individuais e familiares, como admissão a lares, integração faseada no trabalho, apoios sociais;
- ix) Redução das despesas e libertação de recursos decorrentes;

### PARA O DECISOR POLÍTICO:

- x) Equidade de acesso nos grupos vulneráveis ou com necessidades especiais, como toxicodependentes, VIH-Sida e outras doenças de transmissão sexual, doença mental ou situações associadas à pobreza e exclusão social;
- xi) Incremento do valor social do Sistema de Saúde, como recurso acessível, próximo e personalizado, de apoio incondicional e continuado em situações de dificuldade económica, social, de doença e sofrimento.

o Estratégias de *empowerment* do cidadão, dos cuidadores informais e promoção do voluntariado (ver capítulo da Cidadania em Saúde), relevantes para melhorar a literacia, capacitar para o autocuidado e minimizar a necessidade de acesso e reduzir a procura inadequada dos serviços de saúde (Lopes *et al.*, 2010). Os serviços na comunidade para os mais idosos permitem, ainda, reduzir os internamentos, melhorar a qualidade de vida e reduzir as despesas (Lopes *et al.*, 2010; Fassbender K, 2009 cit in Escoval A, Fernandes AC, 2010).

**Quadro 3.2.5.** Ameaças à promoção da equidade e acesso aos cuidados de saúde:

### PARA O CIDADÃO:

- i) Baixa literacia e autonomia do cidadão/doente para com serviços de saúde impessoais, baseados na tecnologia e focados na prestação de serviços (versus cuidados);
- ii) Cuidados de saúde entendidos como meros bens comerciais, transacionáveis numa lógica de mercado, sem respeito pelos princípios éticos necessários para criar confiança e aliança terapêutica;

### PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- iii) Falta de comunicação e articulação entre prestadores e cuidados, com baixa responsabilidade dos prestadores pela gestão do caso e por orientarem o percurso clínico do doente pelo serviço de saúde;

### PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- iv) Dificuldades no acesso pela dispersão e fragmentação de cuidados nos centros hospitalares unidos por instituições geográficas distantes entre si.
- v) Baixa capacidade de planeamento e organização das instituições, incluindo obtenção e análise de informação para a definição de necessidades em saúde; definição de intervenções para a melhoria contínua; implementação e sustentabilidade das medidas; monitorização e avaliação dos resultados em saúde. Baixa capacidade de organizar serviços e respostas proactivas.

### PARA O DECISOR POLÍTICO:

- vi) Baixa orientação dos serviços de saúde para a obtenção de resultados em saúde, mantendo o foco na prestação oportunista e não proactiva da doença, bem como baixo investimento na gestão do risco;
- vii) Perceção insuficiente do impacto dos determinantes sociais da saúde no acesso e na incapacidade, morbidade e mortalidade sensível aos cuidados de saúde;
- viii) Fragmentação dos serviços de saúde, com baixa responsabilidade pela evolução do estado de saúde de uma população.

### 3.2.2. ENQUADRAMENTO

#### Legal, normativo, regulamentar e estratégico

1. Ainda de acordo com a Constituição, “todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover” (artigo 64.º, n.º 1).
2. A equidade e acesso universal aos cuidados de saúde são garantidos em Portugal pelo Serviço Nacional de Saúde e pela Lei de Bases da Saúde (Lei 56/79; Lei 48/90).

**Quadro 3.2.6.** Legislação e estratégias intersectoriais dirigida a grupos vulneráveis:

De acordo com a Constituição da República Portuguesa, “ninguém pode ser privilegiado, beneficiado, prejudicado, privado de qualquer direito ou isento de qualquer dever em razão de ascendência, sexo, raça, língua, território de origem, religião, convicções políticas ou ideológicas, instrução, situação económica, condição social ou orientação sexual” (artigo 13.º, n.º 2 QUADRO)

- **Imigrantes:** Despacho do MS quanto ao acesso ao SNS (Despacho 25360/2001; Resolução Conselho Ministros 63-A/2007)<sup>24</sup> e Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013 da responsabilidade do ACIDI (Despacho nº25360/2001).
- **Crianças e Jovens:** Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil (Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 (Despacho nº 12045/2006 ); Ação de Saúde Para Crianças e Jovens em Risco (Despacho nº31292/2008); Programa CUIDA-TE (Portaria n.º 655/2008); Sistema Nacional de Intervenção Precoce - SNIPI (Decreto-Lei nº 281/2009);
- **Idosos:** Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas 2004-2010 (DGS-PNSPI, 2006);
- **Portadores de Deficiência:** Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (Resolução do Conselho de Ministros nº 97/2010);
- Programa Nacional de **Doenças Raras** 2010-2015 (Aprovado pelo Ministro da Saúde em 2 Novembro de 2008; DGS-PNDR 2007).
- **Mulheres e Homens:** IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e Não Discriminação 2011-2013 (Resolução do Conselho de Ministros, nº5/2011); II Plano Nacional contra o Tráfico de Seres Humanos (Resolução do Conselho de Ministros, nº 94/2010); IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica (Resolução do Conselho de Ministros, nº 100/2010).

- Os Princípios Gerais da Lei de Bases da Saúde (LBS) frisam que “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (Princípio Geral 1) e que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (Princípio Geral 2).
- A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90), prevê na Base I Princípio 1 que “o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde” e que o Serviço Nacional de Saúde deve “garantir a equidade no acesso, de modo a atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (Base XXIV). Ainda de acordo com a LBS, o Sistema de Saúde assenta nos Cuidados de Saúde Primários, devendo localizar-se próximo das comunidades, com intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde (Base X); também conforme o diploma, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) caracteriza-se por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados (Base XX).
- A Carta dos Direitos de Acesso (Lei n.º 41/2007) estabelece a prestação de cuidados de saúde num período de tempo clinicamente aceitável e o direito à informação.
- O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (<http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/index.html>) estabelece a Prioridade aos Mais Pobres e a necessidade de reduzir as desigualdades em saúde através de ações dirigidas a grupos vulneráveis. As estratégias adotadas baseiam-se numa abordagem com base em settings, com impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas e concentradas territorialmente.

#### Estudos e fontes de conhecimento sobre o acesso e desigualdades em saúde

3. No capítulo “Perfil de Saúde em Portugal” são descritas desigualdades em saúde.
  - Na perspectiva do género, apresentando as mulheres maior esperança de vida ao nascer e metade dos anos de vida potencial perdidos (WHO, 2010), com menor mortalidade precoce por doença isquémica cardíaca e AVC, mas pior esperança de vida

**Quadro 3.2.7.** Documentos de referência sobre o acesso à saúde em Portugal:

- Ministério da Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. 2010.
- Pereira J, Furtado C. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Alto Comissariado da Saúde 2010

<sup>24</sup> Em Portugal, a legislação é facilitadora da integração e do acesso adequado aos cuidados de saúde para os imigrantes e famílias desde que residentes há mais de 90 dias.

saudável (Eurostat, 2010); relativamente a causas evitáveis, os homens apresentam maior mortalidade por acidentes de trabalho, acidente de trânsito com veículos motor, doenças relacionadas com o álcool (Santana P, 2009) e por suicídio. No que diz respeito a fatores de risco, a obesidade é mais prevalente nas mulheres e o tabagismo nos homens.

- As desigualdades regionais, que podem ser marcadas, verificando-se menor esperança de vida em idades jovens e regiões menos habitadas e rurais do Alentejo e Algarve, regiões essas com taxas de mortalidade precoce específicas mais elevadas para o suicídio, a doença isquémica cardíaca e os acidentes de viação. São mais frequentes os internamentos por diabetes na região do Alentejo, e menos frequentes no Algarve; e mais frequentes os internamentos por causas atribuíveis ao álcool no Norte e menos no Alentejo. O baixo peso à nascença e a taxa de mortalidade infantil são mais elevadas no Alentejo e mais baixas no Centro. Relativamente ao acesso, os concelhos do interior e o sul do país são os mais envelhecidos e, simultaneamente com os locais de residência mais afastados dos serviços de saúde, sobretudo dos serviços de especialidade.
- As desigualdades socioeconómicas, observando-se impacto no acesso, com os grupos de nível socioeconómico mais elevado e com maior escolaridade tendo melhor acesso a consultas de especialidade, nomeadamente medicina dentária e cardiologia (Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2006).
- As desigualdades em grupos vulneráveis, observando-se que as famílias imigrantes têm piores indicadores de saúde por múltiplas barreiras, nomeadamente estruturais, organizativas, económicas, culturais e linguísticas. Há ainda evidência de discriminação, desigualdades quanto ao género (Dias SF, Severo M, Barros H, 2008) e de maior mortalidade perinatal e infantil nos filhos de imigrantes, assim como mais patologia materna na gravidez (Machado MC *et al.*, 2007).
- A utilização dos serviços do sector privado apresenta desigualdades de género (mais frequentes nas mulheres), regionais (maior oferta em Lisboa e Vale do Tejo), e socioeconómicas (mais em cidadãos em idade ativa, com maior nível escolaridade e estatuto socioeconómico mais elevado) (Villaverde Cabral M, Silva PA, 2009).

### Acesso aos serviços de saúde

4. Da análise do acesso aos serviços de saúde:

- Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, em 2009, verificou-se melhor acesso, mais consultas e maior racionalização da utilização dos cuidados, sugerido pela melhoria do indicador da utilização média (Ministério da Saúde, 2010); apenas 0,03% da população reside a mais de 30 minutos (em transporte próprio) de um centro de saúde ou extensão (ERS, 2009); dos inscritos nos centros de saúde, 85,2% têm médico de família atribuído (ACSS, 2010).

- A rede hospitalar atual (2009) permite que 88% da população resida a menos de 30 minutos em transporte próprio e apenas 1% da população resida a mais de 60 minutos de um hospital (Portaria 615/2008), sendo as distâncias maiores existentes nos concelhos do interior. Existe desigualdade na concentração de médicos especialistas, sendo esta maior na região de LVT e menor no Alentejo e Algarve (Pereira J, Furtado C, 2010).
- Sobre a utilização de subsistemas e serviços privados, em Portugal existem mais de 2500000 habitantes com subsistemas ou com seguros de saúde (2010) e uma diversidade de prestadores de cuidados de saúde. 81,1% da população recorre ao SNS, 10,1% tem acesso à ADSE (INSA-INE, 2005-2006), 1,3% não utiliza nenhum subsistema de saúde e 7,5% utiliza outros subsistemas (INSA-INE, 2005-2006). 10,5% da população possui seguros de saúde privados (INSA-INE, 2005-2006), tendo este número sido crescente entre 2001 e 2008, em detrimento dos seguros de empresa (de 57,3% para 80,0%). Entre 2001 e 2008, verificou-se uma diminuição do número de cidadãos que acedem ao SNS através de subsistemas de saúde. Marcador não definido.

### Sistemas de informação ao cidadão

5. Diversos sistemas, ações e programas desenvolvem-se enquanto instrumentos e mecanismos de monitorização e promoção da equidade e do acesso aos serviços de saúde, de que são exemplo (ver também Capítulo 2.1 – Cidadania em Saúde):

- Linha Saúde 24;
- Número Nacional de Emergência Médica;
- Portal da Saúde;
- Site da DGS.

### Sistemas de informação relevantes para a monitorização do acesso

6. Outros sistemas de informação para a monitorização e promoção do acesso:

- Registo Nacional de Utentes do SNS, que permite conhecer a cobertura e a utilização dos serviços do SNS, em fase de desenvolvimento.
- Nascer Cidadão, parceria com o Ministério da Justiça e do Ministério do Trabalho e Solidariedade Social que permite o registo de recém-nascido nas maternidades públicas e privadas, simultaneamente com vários fins, incluindo a articulação de cuidados de saúde ao recém-nascido.
- IM-Cidadão, Sistema de Gestão de Sugestões e Reclamações dos Utentes do Serviço Nacional de Saúde que permite monitorizar as perceções dos utentes utilizadores de cuidados face aos contactos que têm com as diversas entidades prestadoras.
- Serviços de e-Saúde que permitem maior autonomia e um acesso direto à informação e aos serviços de saúde. São exemplo

o e-SIGIC, para acompanhamento da posição na lista de espera cirúrgica; a e-Agenda, que permite o agendamento em linha de consultas nos cuidados de saúde primários; a e-Prescrição; a e-vacina e a Plataforma de Dados em Saúde (em fase de implementação).

### Instrumentos e mecanismos de promoção do acesso aos serviços de saúde:

#### Governança

- Iniciou-se, em 2005, uma Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Ministério da Saúde, Reforma Cuidados Saúde Primários. Plano Estratégico 2010-2011; Decreto-Lei 88/2005; Resolução do Conselho de Ministros 157/2005), que inclui objetivos de melhoria do acesso a cuidados próximos e adequados, reorganizando os CSP em 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) (Decreto Lei 28/2008) com responsabilidade pelo acesso da comunidade aos cuidados de saúde, contratualização de indicadores de acesso e produção, bem como incentivos às Unidades de Saúde Familiares (315 em Fevereiro 2012); criação de Unidades de Cuidados na Comunidade (155 em Fevereiro 2012) ([www.mcsp.min-saude.pt](http://www.mcsp.min-saude.pt)).
- Iniciou-se, em 2007, a implementação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), baseada em parcerias entre instituições públicas, privadas e do sector social. Integra Unidades de Convalescença, de Média Duração e Reabilitação, de Longa Duração e Manutenção, de Cuidados Paliativos, de Dia e de Promoção da Autonomia e Equipas Domiciliárias. Desde a sua criação, recebeu mais de 61401 utentes, verificando-se um aumento de 20% no primeiro semestre de 2010 (mais 10.251) relativamente a 2009. Em Junho de 2010, dispunha de 4120 camas (crescimento superior a 5%, face a 2009) e de 3733 equipas domiciliárias, a maioria nas regiões Centro e LVT. Tem um sistema de informação próprio que permite a monitorização do acesso (Decreto Lei 101/2006).
- Em 2007, foram amplamente discutidos os critérios, condições de acesso e proposta de pontos de rede de urgência, na sequência do trabalho da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, criada pelo despacho n.º 17736/2006 (2.ª série), de 31 de Agosto, tendo sido realizada a requalificação e redistribuição geográfica dos pontos de urgência, com nova rede de urgência definida e classificada pelo despacho n.º 5414/2008 (2.ª série), de 28 de Fevereiro. Esta rede prevê a existência de 89 unidades de urgência, em três níveis de diferenciação: 14 polivalentes (SUP), 30 médico-cirúrgicas (SUMC) e 45 básicas (SUB). A implementação da rede está atualmente a ser reavaliada, na sequência dos trabalhos da Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência, criada pelo despacho n.º 13377/2011 (2.ª série) de 6 de Outubro.

- Relativamente às Redes de Referência Hospitalar, 17 estão aprovadas e publicadas<sup>25</sup> e outras 10 aguardam aprovação<sup>26</sup>.

### Sistemas de promoção do acesso

7. Sistemas dedicados à facilitação e definição de prioridades do acesso:
  - Linha de Saúde 24: serviço telefónico nacional, de triagem, aconselhamento e encaminhamento dos cidadãos em situação de doença, incluindo urgência e emergência. Permite o acesso a um serviço universal e de elevada disponibilidade, com uma taxa de eficácia de 97% e crescimento na utilização face à taxa média do ano de 2009 (dados do 1º trimestre de 2010) (Ministério da Saúde, 2010).
  - Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester no Serviço de Urgência: instituído em Junho de 2003, na sequência do protocolo estabelecido com o Grupo Português de Triagem, utiliza um protocolo clínico que realiza uma rápida identificação dos doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, permitindo atender, em primeiro lugar, os doentes mais graves e não, necessariamente, quem chega primeiro.
  - As Vias Verdes do Enfarte Agudo do Miocárdio e do Acidente Vascular Cerebral: constituem um programa estratégico implementado em 2007 que visa obter ganhos relativamente à mortalidade e morbilidade daquelas situações, através de parceria com as ARS, INEM, rede de urgências e rede hospitalar e capacitação do cidadão.
  - Via Verde da Sepsis (DGS, 2010): organização e protocolização de mecanismos que permitam a sua rápida identificação e instituição atempada de terapêutica otimizada.

### Programas de promoção do acesso

- Sistema de Informação de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) (Resolução do Conselho de Ministros 79/2004): monitoriza os tempos de espera para cirurgia programada e permite gerir a lista de espera. De 2005 a 2009 verificou-se uma redução em 39% do tempo médio de espera, com um aumento de 4% do número de doentes operados, e um aumento do número de inscritos de 7,3%, em 2008.
- Consulta a Tempo e Horas (CTH) (Portaria 615/2008): monitoriza o acesso a consultas de especialidade hospitalares de doentes referenciados pelos médicos de família. A CTH operacionaliza os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) (Portaria 1529/2008), definidos pela Carta dos Direitos de Acesso. Em 2011, 70% das consultas solicitadas decorreram dentro do

<sup>25</sup> Materno-Infantil, Neurologia, Intervenção Cardiológica, Infeciologia, Oncologia, Imunoalergologia, Medicina Física e de Reabilitação, Reumatologia, Nefrologia, Transplantação, Anatomia Patológica, Genética Médica, Cirurgia Vasculuar, Psiquiatria e Saúde Mental, Oftalmologia, Urologia e Gastrenterologia.

<sup>26</sup> Medicina Nuclear, Endocrinologia, Medicina Interna, Pneumologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia e Intervenção Cardiológica. Em revisão a de Oncologia e em preparação a de Neurocirurgia.

tempo recomendado para o nível de prioridade. Maior dificuldade na resposta hospitalar em Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Dermato-venereologia; menor número de consultas fora do TMRG nas consultas de cirurgia da cabeça e do pescoço, maxilo-facial e pediátrica.

- Plataforma de Gestão Integrada da Doença (<http://gid.min-saude.pt/publicacoes/index.php>): implementada em 2007 com a gestão dos doentes insuficientes renais, evoluiu para incluir a obesidade, doença pulmonar obstrutiva crónica, a retinopatia diabética, a esclerose múltipla e prevendo-se a sua expansão para o cuidado aos doentes diabéticos; permite a partilha de informação entre vários cuidadores e é suportada por um modelo de convenção para a prestação de cuidados entre o sector público e privado.
- Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) (Portaria 301/2009): desenvolvido em serviços privados em articulação com os programas de saúde escolar, saúde infantil e juvenil e saúde materna e com Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO) (<https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/welcome/welcomeUser.action>) que permite a gestão do programa a nível nacional, regional e local. O acesso aos cuidados realiza-se através do cheque-dentista destinado a mulheres grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, crianças e jovens com idade inferior a 16 anos. Em 2011, foram emitidos 543619 cheques-dentista e utilizados 409998 (taxa de utilização de 75%) num total de 321166 utentes, dos quais: 38882 grávidas, 5496 idosos e 276566 crianças. (DGS. SISO, 2012).
- Programa de Incentivo à Procriação Medicamente Assistida (Lei n.º 32/2006): permite o acesso a consultas de infertilidade e às técnicas de procriação medicamente assistida (PMA), mediante critérios rigorosos de inclusão e permanência. Por outro lado, procedeu-se a aumentos na taxa de comparticipação dos medicamentos associados, foi definida uma rede de referência, foi dada formação aos médicos de medicina geral e familiar, foram realizados investimentos em infraestruturas e equipamentos e iniciou-se a criação duma plataforma informática articulada - FERTIS.
- Cação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (Despacho nº31292/2008): cria uma resposta estruturada do Serviço Nacional de Saúde ao fenómeno dos Maus-Tratos, através do desenvolvimento da "Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco" implantada a nível dos ACES, das ULS e dos hospitais com atendimento pediátrico (Aplicação informática em elaboração).

8. Outros Programas para a promoção do acesso, por convenção de atos:

- Programa de Intervenção em Oftalmologia (PIO) (Portaria 1306/2008): prevê a diminuição de listas de espera de cirúrgica oftalmológica. Durante a vigência do PIO, entre Julho de 2008 e Junho de 2009, houve um acréscimo de 30 mil cirurgias e 75 mil primeiras consultas.
- Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade (PTCO)

(Portaria 1454/2009): está em fase de implementação, tendo sido contratualizadas 2500 cirurgias no SNS para o tratamento da obesidade em 2010.

### Avaliação do acesso aos cuidados de saúde:

- Ministério da Saúde publicou em 2010 o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS (Relatório Anual de Acesso a Cuidados de Saúde, 2010), que analisa as ações para a melhoria do acesso a cuidados de saúde e a resposta nos vários níveis de cuidados.
- Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências avaliou os serviços de urgência existentes e identificou uma oferta desadequada às necessidades, um atendimento que não satisfaz as expectativas dos doentes e famílias, meios desorganizados ou inexistentes de comunicação interna e externa, potencial não concretizado na melhoria da comunicação e do serviço ao doente, difícil drenagem de doentes, inexistência de sistemas uniformes de registo de dados clínicos e falta de campanhas de informação à população para a correta utilização dos serviços (A Rede de Urgência. Recomendações para a organização dos cuidados urgentes e emergentes, Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, 2007).

### Projetos de inovação e perspectivas futuras

- As políticas estratégicas e ações para a redução da iniquidade são consideradas prioritárias na Estratégia da União Europeia para a Saúde (2008-2013) (EU, 2008); a OMS estabelece como meta, até 2020, a redução em 25% das diferenças nos níveis de saúde, centrada nos grupos vulneráveis.

### 3.2.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível político deve-se

- Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para considerar de forma abrangente e integrada a perspectiva do acesso, permitindo a integração de cuidados e o apoio à tomada de decisão aos vários níveis, através da sua integração / interoperabilidade, inclusão de informação associada aos determinantes sociais da saúde, e informação necessária à consideração das necessidades, recursos, adequação e desempenho dos serviços e resultados em saúde.
- Estabelecer, de forma integrada, referenciais para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e promoção da equidade, que consi-

derem as necessidades de saúde, desigualdades, a qualidade das respostas dos serviços, e que sejam associados a processos de alocação de recursos e de avaliação do desempenho.

- Avaliar sistematicamente o impacto das políticas e práticas institucionais na saúde e das políticas de outros ministérios e sectores no acesso e na equidade, anterior à implementação ou posterior, através de processos de avaliação do impacto na Saúde.

- Priorizar recursos na melhoria do acesso, adequação e desempenho dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados, na medida em que o reforço destes níveis diminui a utilização dos serviços de urgência hospitalar e liberta recursos para a melhoria do acesso e desempenho dos cuidados hospitalares, e de todo o sistema.

- o Os serviços na comunidade para os mais idosos permitem reduzir os internamentos, os custos e melhorar a qualidade de vida (Lopes *et al.*, 2010; Fassbender K, 2009).

- Reforçar a articulação dos serviços de saúde (públicos, privados e do terceiro setor), sistematizando e reorganizando os Cuidados pré-hospitalares, Serviços de Urgência, Cuidados de Saúde Primários, Hospitalares, Continuados Integrados, serviços convencionados e recursos privados e sociais, permitindo a visão integrada dos percursos clínicos em todas as situações, clarificar a cobertura e responsabilidade técnica e dos serviços, a articulação entre estes, e avaliar da adequação e eficiência da resposta em rede.

- o A requalificação dos serviços de urgência apresenta um carácter dinâmico e adaptável às exigências de desenvolvimento local e regional (Resolução Assembleia da República nº48/2010).

- o Os cuidados hospitalares devem desenvolver um elevado grau de flexibilidade que lhes permita adaptarem-se rapidamente às mudanças de necessidades e expectativas dos cidadãos (Rechel B *et al.*, 2010).

- o Deve ser promovida a qualidade e eficiência hospitalar que inclui necessariamente evitar substituir-se aos cuidados primários, garantir apropriados níveis de acesso e estreita colaboração com os outros serviços de CP e CCI e locais (Escoval A, Fernandes AC, 2010; Dia A, Queirós A, 2010).

- o A rede hospitalar deve ser um sistema integrado de prestação de cuidados altamente especializados, organizada de um modo coerente, assente em princípios de racionalidade, colaboração e eficiência (Ministério da Saúde, 2010) dos quais a gestão integrada dos recursos intra-hospitalares (Dias A, Queirós A, 2010) e a gestão de altas são os instrumentos a utilizar (Ministério da Saúde, 2010).

- o Maior colaboração entre especialistas hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, sob a forma de consultoria técnica, capacitando os cuidados de saúde primários, e evitando o recurso de alguns doentes ao hospital.

### A nível das instituições, deve-se:

- Publicitar a evolução de indicadores de acesso e os compromissos assumidos para melhoria do acesso e a resposta da instituição às necessidades especiais de grupos vulneráveis quanto ao acesso (por exemplo, jovens, cidadãos com incapacidade, idoso, sem-abrigo, imigrantes).

- Desenvolver, monitorizar indicadores e avaliar a acessibilidade e adequação dos serviços, incluindo parceria e integração de cuidados nos vários níveis de serviços de saúde e recursos comunitários, a satisfação das necessidades de saúde e da procura de serviços, os canais de referência intra e interinstitucionais, e a resposta da própria instituição às referências.

- Reforçar o contributo dos serviços de saúde, a nível local, na redução do impacto dos determinantes sociais, enquadrando o acesso e as iniquidades em saúde como fatores-chave para a redução das desigualdades e trabalhando com outros sectores nas respostas integradas e proactivas às necessidades em saúde dos grupos vulneráveis.

### A nível dos profissionais, deve-se:

- Desenvolver e protocolar a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços, assegurando a articulação de cuidados e orientando o doente de forma eficiente, e permitir a monitorização e avaliação.

- Intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde, promovendo estratégias de melhoria do acesso aos seus cuidados, adequando os seus serviços (por exemplo primeira consulta de resposta rápida para triagem ou reencaminhamento), flexibilizando a sua resposta, diversificando as suas práticas (acesso telefónico, email), trocando experiências e avaliando o seu desempenho.

- Estimular ativamente a educação para a saúde, o autocuidado, a figura de cuidador informal, do voluntário e o sector social como relevantes na prestação de cuidados e como parceiros nos cuidados de saúde, pois minimizam a necessidade de acesso e reduzem a procura inadequada dos serviços de saúde.

- Promover a confiança do cidadão no seu médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como principais gestores da sua situação de saúde, e responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde.

### A nível individual, os cidadãos devem:

- Utilizar os mecanismos de acesso de forma adequada às suas necessidades de saúde, compreendendo as vantagens de se recorrer a orientações rápidas e urgentes (Linha Saúde 24, Número Nacional de Emergência Médica) e cuidados personalizados e continuados (consulta do médico de família), em detrimento da utilização inadequada da urgência hospitalar.

### 3.2.4. VISÃO PARA 2016

#### As instituições assumem compromissos públicos de condições de acesso adequadas às necessidades

Em 2016 existem indicadores de acessibilidade para todos os serviços dos cuidados de saúde primários, continuados integrados, hospitalares, de emergência e de urgência, assumidos como compromissos públicos de resposta do sistema de saúde. Existem modelos robustos de organização dos cuidados que maximizam o acesso, respeitam especificidades e contextos locais, construídos por processos de inovação, desenvolvimento contínuo e incorporação de boas práticas, permitindo a estabilidade dos recursos, incluindo humanos, nos serviços de saúde. Existe uma visão e um sistema de informação que integra o sector público, privado, terceiro sector e recursos comunitários, que permite monitorizar as reais condições de acesso, utilização e mobilidade nos serviços de saúde. As instituições competem, formam redes e parcerias, e são avaliadas pela capacidade de resposta, incluindo o acesso. O cidadão apercebe-se que o acesso, juntamente com a qualidade e a sua participação ativa, são domínios em que os serviços de saúde procuram o desenvolvimento contínuo.

#### O cidadão confia no apoio do gestor de caso e de risco, e participa ativamente na utilização adequada dos serviços de saúde

Os profissionais de saúde consideram o contexto e histórico do doente, adaptando e orientando o seu percurso nos cuidados de saúde de forma célere e efetiva, estando explícito o empowerment na responsabilidade de gestor de caso. Os prestadores de cuidados comunicam entre si e partilham informação através do processo eletrónico integrado, e outros canais, assegurando uma resposta ótima, personalizada e holística. Existe uma gestão do risco, que antevê os cenários de novas necessidades de cuidados médicos, e facilita o acesso adequado aos cuidados nessas situações. Os profissionais capacitam o cidadão/doente e os cuidadores informais à autogestão da doença e ao acesso adequado aos serviços de saúde, quer de forma oportunistica, quer de forma pró-ativa e organizada.

#### As instituições são valorizadas pela capacidade de resposta, melhoria do estado de saúde e redução das iniquidades das populações que servem

As instituições compreendem o seu contributo e responsabilidade pela saúde das populações e/ou grupos específicos, baseando a organização dos seus cuidados na monitorização e avaliação das necessidades de saúde dos grupos a que servem, no acesso e na qualidade. E alargam a capacidade de resposta às necessidades de saúde através do apoio e parcerias com outros sectores, organizações privadas e da sociedade civil, com enfoque nos recursos comunitários. Existe flexibilidade na resposta, permitindo cuidados próximos e acessíveis a grupos vulneráveis e com necessidades especiais. As instituições são avaliadas e valorizadas pela capacidade de resposta, desempenho e contributo para a melhoria do estado de saúde e redução das iniquidades das populações que servem.

#### As organizações informam e influenciam o cidadão e as instituições prestadoras de cuidados, de forma a promover o acesso adequado

As administrações locais, regionais e nacionais, as organizações da sociedade civil, como as associações de doentes e as sociedades científicas, entre outros, promovem ativamente a melhoria do acesso adequado. Participam na informação e capacitação dos cidadãos/doentes para a utilização adequada dos serviços de saúde. Informam e influenciam a negociação de modelos de intervenção e de alocação de recursos com impacto na acessibilidade, por exemplo, através da contratualização. Participam na monitorização e avaliação da resposta do sistema de saúde, identificação de necessidades de saúde e de boas práticas. Promovem a introdução e disseminação sustentada de tecnologia custo-efetiva e o acesso adequado.

#### O cidadão tem confiança na resposta do sistema de saúde

O cidadão tem confiança na resposta do sistema de saúde. Essa confiança resulta: da relação personalizada, de proximidade e continuidade para com o seu médico de família e equipa de cuidados de saúde primários, que se estende para lá do Centro de Saúde / USF, envolvendo os recursos da comunidade e o percurso do cidadão/doente nos restantes níveis de cuidados; da diversidade e efetividade de respostas adequadas às várias necessidades de saúde (emergência, doença aguda, doença crónica, etc.); da visibilidade do investimento organizacional na prestação de cuidados acessíveis, capazes de compreender as necessidades reais e expressas de saúde de cada indivíduo, e de dar uma resposta adequada, capacitadora e sustentável. O Sistema de Saúde apresenta serviços alargados e interfaces amigáveis para acesso à informação, aconselhamento e administração, incluindo serviços em linha e telefónicos. A confiança do cidadão é medida, avaliada, orienta a organização dos serviços, e faz parte do valor social dado aos serviços de saúde, e da sua identidade.

#### O acesso aos serviços de saúde é entendido, socialmente, como fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde

O acesso aos serviços de saúde é entendido, socialmente, como um fator determinante para a obtenção de ganhos adicionais em saúde. As políticas

sociais, quer ao nível nacional, quer ao nível local, potenciam o acesso de forma diversa e sinérgica (educação, ordenamento do território, legislação do trabalho, etc.), bem como o impacto de novas políticas noutros sectores é avaliada em termos da forma como influencia a saúde, incluindo o acesso aos serviços de saúde. Os outros ministérios e as autarquias contam com o Sistema de Saúde como parceiro nas iniciativas de desenho, implementação e avaliação de políticas promotoras do acesso adequado.

### 3.3. QUALIDADE EM SAÚDE

*Quality of care – doing the right things right, at the first time to the right people, at the right time in the right place, at the lower cost (The New NHS: UK, 1997).*

*(Tradução: Qualidade de cuidados: fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo.)*

#### 3.3.1. CONCEITOS

##### O que se entende por qualidade em saúde?

1. A Qualidade em Saúde (QeS) pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

- Acesso a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, é um direito fundamental do cidadão, a quem é reconhecida toda a legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados.
- O grau da QeS pode ser condicionado por múltiplos factores: i) evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica extraordinária; ii) incerteza e imprevisibilidade de ocorrências como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo; iii) características do Sistema de Saúde; iv) determinantes da procura de cuidados (por ex., envelhecimento, doença crónica, mais informação, expectativa e exigência) e da capacidade de resposta (por ex., recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial); v) novos conceitos de

resultados (outcomes) em saúde e de qualidade de vida (Campos L, Carneiro AV, 2010).

- QeS tem diferentes dimensões como a adequação, efectividade, eficiência, acesso, segurança dos doentes, profissionais e outras partes interessadas, equidade, oportunidade, cuidados centrados no doente, continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial, respeito mútuo e não discriminação, a sustentabilidade, a oportunidade na prestação dos cuidados, a comunicação e participação (Campos L, Carneiro AV, 2010; Norway And it's going to get better, 2005) e diferentes perspectivas: a do utilizador dos serviços de saúde, do profissional e do gestor ou seja, o uso efectivo e eficiente dos recursos na resposta às necessidades do utilizador (Lopes M et al., 2010).
- QeS depende da intervenção dirigida a: i) estruturas de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização; ii) processos decorrentes da própria prestação de cuidados, com sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados; iii) resultados, que incluem a reabilitação / recuperação do doente (UK Integrated Governance Handbook, 2006), o controlo da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados (Donabedian A, 1997).

##### Quais as perspectivas para a promoção da qualidade em saúde?

2. A Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, com alterações introduzidas pela Lei 27/2002) confere especial relevância à adequação dos meios e à atuação do Sistema de Saúde, orientadas para a promoção da saúde e para a prevenção das doenças. Tal facto implica uma conceção integral da saúde e impõe o desafio, aos serviços prestadores de cuidados de saúde, de incorporarem, num quadro de melhoria contínua da qualidade, as ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, da mesma forma que incorporam a prestação de cuidados curativos, reabilitadores ou de cuidados paliativos.

**Quadro 3.3.1.** Promoção da qualidade em saúde envolve:

- Promoção da cadeia de valor em saúde;
- Ciclos de melhoria contínua da qualidade e Desenvolvimento profissional e institucional;
- Monitorização, benchmarking e avaliação (interna e externa).

3. Da avaliação externa do PNS 2004-2010, infere-se a necessidade de colmatar lacunas importantes nas políticas, nomeadamente na qualidade dos cuidados de saúde e na segurança dos doentes, numa abordagem mais integrada.

#### CONSULTAR NO GLOSSÁRIO:

Autogestão da doença, Avaliação das tecnologias em saúde, Avaliação do impacto em saúde, Cadeia de valor em saúde, Gestão da doença crónica, Governança, Governança clínica, Literacia em saúde, Medicina baseada na evidência, Monitorização, Normas de orientação clínica (NOCs), Processos de acreditação, Programas de gestão da doença, Resultado de saúde (outcomes), Valor em saúde



4. Favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade implica equacionar perspetivas para o seu aperfeiçoamento e implementação.
5. As perspetivas para a promoção da QeS envolvem:

- **Promoção da cadeia de valor em saúde (QUADRO 3.3.1)**, entendida como os processos que conduzem a uma maior obtenção de ganhos considerando o investimento feito (Porter M, Teisberg EO, 2006).

*Considera a forma como a cadeia de cuidados usa os recursos disponíveis (organizacionais, humanos, financeiros, conhecimento, tecnológicos, etc.) para obter o melhor resultado. Inclui os processos de criação de valor em saúde em cada serviço de saúde, mas também: A transmissão de valor entre serviços e instituições (acesso e processos de referênciação, partilha de informação, gestão integrada, conciliação terapêutica, etc.).*

*A capacitação do cidadão para tomar a decisão que represente mais valor, fomentada com informação, comunicação e transparência (Yong PL et al., 2009).*

*Considera custos que podem ser diretos, indiretos e intangíveis. Os custos diretos estão relacionados com os recursos utilizados no programa (medicamentos, transporte, remuneração de técnicos e cuidadores); os custos indiretos com a redução da produtividade do cidadão (tempo despendido para participar no programa de saúde); os custos intangíveis (p. ex. sofrimento associado ao tratamento) são dificilmente mensuráveis, mas devem ser considerados dada a sua relevância para a saúde.*

*Fomenta a investigação e a inovação que reduza o esforço financeiro e organizacional necessário (custo da não-qualidade e da perda de oportunidade), mantendo ou incrementando os ganhos obtidos, e libertando recursos para outras necessidades.*

- **Ciclos de melhoria contínua da qualidade** através da identificação sistemática de problemas e oportunidades com o objectivo de os solucionar ou melhorar, estabelecer padrões desejáveis e realistas, identificar e actuar sobre os pontos críticos, planear e implementar as mudanças, monitorizar e avaliar. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais e estarem associados a planos de desenvolvimento profissional e das instituições.
- **Monitorização, benchmarking e avaliação** (interna e externa), incluindo processos de acreditação, de avaliação e de identificação de boas práticas, entre outros. Devem decorrer ao nível do profissional, da equipa, do serviço, da instituição e da decisão política, de forma transparente, promovendo a responsabilidade social e para com o cidadão. Deve-se explicitar objectivos, indicadores e metas; modelos de organização e de prestação, que permitam a comparabilidade e a identificação de boas práticas, e padrões de estrutura, processo e de resultado.

### Estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde

6. A QeS depende da intervenção programada em determinadas áreas-chave (QUADRO 3.3.2):

- **Governação Integrada** abrange a governação clínica, empresarial, financeira, da informação e a gestão do risco (UK NHS in East Essex, 2010).

*A Governação Clínica (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Glossário) constitui uma referência para áreas como o desempenho profissional e a competência técnica, a utilização eficiente de recursos, a gestão do risco e a satisfação do doente (UK Integrated Governance Handbook, 2006):*

*Assenta em: 1) cuidados baseados numa relação contínua entre médico e doente; 2) cuidados personalizados, antecipando as necessidades do doente; 3) partilha de informação e conhecimento; 4) decisões com base em evidência; 5) segurança; 6) transparência; 7) redução do desperdício (Campos L, Carneiro AV, 2010).*

*Associa-se a uma cultura de não culpabilização, interrogação e aprendizagem, valorização profissional e parceria com o doente (Halligan A, Donaldson L, 2001).*

*Prevê o incentivo à participação e investigação; a definição clara da responsabilidade e prestação de contas (accountability); a disseminação da prática clínica baseada na evidência; o trabalho em equipa multidisciplinar e a liderança, sendo valorizada a autonomia e capacidade de gestão da prestação de cuidados por cada profissional (MS Governação dos Hospitais, 2010; Som CV, 2004).*

**Quadro 3.3.2.** A questão pode ser promovida através de

- **Reforço da governação integrada:**
  - o Clínica
  - o Empresarial (Corporate)
  - o Financeira
  - o De informação
  - o Gestão de risco
- **Mecanismos de influência:**
  - o Normas de Orientação Clínica (NOCs)
  - o Ambiente e arquitectura
  - o Modelos de financiamento
  - o Planeamento de recursos humanos
  - o Cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade
    - Avaliação de tecnologia e de impacto
    - Monitorização e benchmarking
    - Avaliação e acreditação de unidades de saúde.
    - Desenvolvimento de Centros de Referência
    - Investigação, desenvolvimento e inovação
- **Processos assistenciais integrados**
- **Participação e capacitação dos doentes**

*Necessita de instrumentos de que são exemplo, entre outros, as normas e orientações clínicas, os processos assistenciais integrados, o desenvolvimento profissional, os sistemas de informação.*

*A Governança Empresarial aplicada à saúde é entendida como o conjunto de sistemas e processos pelos quais os Serviços de Saúde lideram, dirigem e controlam as suas funções de modo a cumprir os seus objectivos organizacionais e através dos quais se relacionam com os seus parceiros e a comunidade (UK Corporate Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities, 2003).*

*Os sistemas de informação são um instrumento de melhoria da qualidade e redução de custos, na medida em que:*

*Possibilitam a partilha de conhecimento clínico, apoio à decisão, recolha e comunicação de informação clínica e epidemiológica, a utilização de sistemas de alerta, assim como a monitorização de indicadores e consequente avaliação.*

*Influenciam a prestação de cuidados, através de mecanismos como lembretes computadorizados, prescrição informatizada, sistemas computadorizados de suporte à decisão clínica ou, ainda, educação clínica informatizada.*

*Permitem a redução dos erros de medicação, a recuperação e disponibilização da informação em tempo real, de forma legível e codificada.*

*Promovem a comparabilidade entre práticas e serviços e a investigação.*

*A Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia:*

*A complexidade dos tratamentos e das tecnologias, a interdependência das tarefas e as infecções são fatores que tornam a prestação de cuidados uma atividade de elevada complexidade e risco, incerteza e insegurança que favorece a ocorrência de eventos adversos e erros, com possibilidade de indução de danos (Fragata J, Martins L, 2004).*

*A origem do erro é, geralmente, multi-factorial, decorrendo de factores associados à prática assistencial, envolvendo profissionais e organização, à complexidade do doente ou, ainda, a todos estes factores conjugados. A ocorrência de erros e eventos adversos representa uma oportunidade para aprendizagem e melhoria (Campos L, Carneiro AV, 2010).*

*São instrumentos de gestão de risco e prevenção do erro: sistemas de notificação, sistemas de alerta, auditorias, protocolos, decisão em equipa multidisciplinar, sistemas de verificação redundante, reuniões de mortalidade e morbilidade, discussão de evolução clínica inesperada, formação contínua.*

#### • Mecanismos de influência:

*Normas de Orientação Clínica (NOCs) e Organizacionais - possibilitam a decisão mais informada e sustentada em evidência, seja na prática clínica como na gestão e decisão política. A decisão é simplificada, a incerteza, o risco e a variabilidade são reduzidos e a qualidade assistencial melhora (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Glossário). A elaboração de normas de*

*orientação clínica, a sua edição, divulgação e implementação, assim como o seu acompanhamento/monitorização em matéria de resultados constituem um elemento-chave para garantir a sustentabilidade do Sistema de Saúde. As normas e orientações clínicas e organizacionais podem ser elaboradas por peritos, por organismos nacionais, por sociedades científicas nacionais ou internacionais, por universidades ou por instituições prestadoras de cuidados, devendo ser conhecidas as declarações de interesses dos seus autores científicos para cumprimento do princípio ético da transparência. As NOCs permitem:*

*Que os profissionais tenham acesso a uma síntese da informação clínica relevante, com recomendações e constituem um referencial da melhor prática (Campos L, Carneiro AV, 2010).*

*Proporcionar aos doentes fontes de informação fiáveis sobre a prática clínica, risco e prognóstico.*

*Reduzir a variabilidade da prática clínica e os erros de medicação, aumentando assim a segurança dos doentes e a optimização da prestação de cuidados.*

*Harmonizar e integrar práticas, incluindo multidisciplinares e multinstitucionais, da perspectiva do doente, da doença e dos processos, melhorando a continuidade assistencial.*

*Optimizar recursos, prevenir a repetição desnecessária de procedimentos (Sakellarides C, 2009), reduzir os custos de desperdício derivados da duplicação de atos e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, contribuir para a generalização das práticas e intervenções que se evidenciam mais custo-efectivas.*

*Disseminar inovação e melhor conhecimento, ajudar os profissionais de saúde a exercer com base na evidência e em consensos científicos nacionais e internacionais recentes.*

*Ser referencial para a organização e previsão de cuidados, gestão e comunicação do risco, previsão e gestão de recursos, indicadores de estrutura, processo, resultados e impactos e avaliação da qualidade.*

*Podem ser elaboradas ou adaptadas por agências nacionais (por exemplo, o NICE no Reino Unido), por sociedades científicas nacionais ou internacionais, por universidades ou por instituições prestadoras de cuidados, desejavelmente de forma transparente, fundamentada, sistemática e colaborativa.*

*Aspectos estruturais, como a arquitectura e o ambiente. Os espaços, acessos (incluindo para as pessoas com dificuldades de mobilidade), a sinalética, a decoração, a luz, as cores, os ruídos, os cheiros e a privacidade contribuem para uma prestação de cuidados de maior qualidade e influenciam positivamente o processo de recuperação, optimizando a satisfação de doentes e profissionais (Altimier LB, 2004; Ulrich RS, 2001).*

*Modelos de financiamento e sistema de pagamento de cuidados: os sistemas mistos de carácter prospectivo (incentivos de cumprimento e penalizações por não cumprimento), baseados na contratualização e acordo de objectivos e metas, parecem ser os mais vantajosos, responsabilizadores, promotores da autonomia das partes envolvi-*

das e promovem a motivação dos profissionais embora careçam de estudos de impacto sobre os resultados clínicos.

Planeamento dos Recursos Humanos, envolvendo:

O desenvolvimento profissional, incluindo a formação pré- e pós-graduada, formação contínua, o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipa multidisciplinar, comunicação, gestão e investigação.

A gestão institucional: as organizações devem dotar-se dos profissionais adequados às especificidades da prestação de cuidados de saúde, mediante um correto planeamento, orientação e integração, tendo em vista as necessidades dos cidadãos. Devem, simultaneamente, disponibilizar aos profissionais os meios necessários para a sua atualização, adaptação e adequação às mudanças tecnológicas, reorganização funcional ou evolução do conhecimento de acordo com os princípios da Ética e da Deontologia.

Processos conducentes a uma cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade nos vários níveis do sistema.

A Avaliação do Impacto das mudanças que ocorrem no sistema permite aumentar o grau de evidência nos processos de tomada de decisão, constituir modelos e boas práticas, e fundamentar o investimento em determinadas áreas e desinvestimento noutras.

A Monitorização permite comparar com outros centros ou com padrões pré-estabelecidos, identificar áreas problemáticas a corrigir e áreas de excelência, como exemplo de boas práticas, e documentar o resultado de mudanças introduzidas.

Os processos de Acreditação dos serviços, orientados por critérios de qualidade e com o objectivo de acreditar, impulsionar a melhoria contínua da gestão e da qualidade, valorizar o seu desempenho e fortalecer a confiança dos cidadãos e dos profissionais nas instituições prestadoras de cuidados de saúde. Estabelecem padrões, definindo e promovendo as melhores práticas, baseando-se em critérios de qualidade, nas recomendações para a prática clínica baseada na evidência e na avaliação das tecnologias em saúde. É possível referir que o modelo nacional de acreditação é autossustentável, pelo impulso ao uso racional e seguro dos medicamentos e das tecnologias da saúde e à monitorização permanente do desempenho em relação aos resultados económicos e de saúde.

O desenvolvimento de Centros de Referência: os centros de referência são estruturas organizacionais que permitem prevenir, diagnosticar e tratar pessoas com patologias específicas, informar e apoiar as respetivas famílias e estabelecer articulação com outros profissionais de saúde e da área social. Pela concentração de casuística, de tecnologias e de competências, favorecem a economia de escala e elevam o patamar de qualidade, devendo garantir uma oferta de cuidados de saúde de elevada qualidade, eficazes e seguros, explorando as potencialidades da cooperação europeia no domínio dos cuidados de saúde altamente especializados e tirando partido da inovação em saúde. Estas estruturas devem participar ativamente no ensino, na investigação e registo das respetivas patologias, maximizando o potencial inovador da ciência médica e das tecnologias da saúde, através de uma necessária e inerente partilha de conhecimentos e formação dos profissionais de saúde, sendo a sua elevada diferenciação reconhecida, a nível nacional e

internacional, pelos profissionais de saúde e, também, pelos doentes e respetivas associações.

A Investigação, o Desenvolvimento e a Inovação em saúde (I@D@i) são, por excelência, processos de melhoria contínua centrais para a sustentabilidade e competitividade do sistema de saúde. Considera processos de base biológica, a investigação translacional, epidemiológica, clínica, de saúde pública, em serviços de e políticas de saúde, de avaliação da tecnologia e do impacto. A investigação fundamenta e motiva o desenvolvimento e a inovação, como processos transversais com dimensão organizacional, social, política e cultural de mudança nas formas como a sociedade organiza as respostas aos desafios da saúde, incluindo o combate às inequidades em saúde e o acréscimo da cadeia de valor em saúde. Promove a confiança e o investimento no sistema de saúde e o seu valor económico e social.

#### • Processos Assistenciais Integrados

Os processos assistenciais integrados colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema e englobam, numa lógica de processo contínuo, todas as atuações dos profissionais de saúde em toda a rede de prestação de cuidados, ao longo de todo o circuito do doente (com uma determinada patologia ou problema de saúde), em qualquer ponto de contacto e em qualquer nível de cuidados do sistema de saúde. Proporciona-se, assim, uma mudança organizacional, com base no conhecimento e no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, movido pela sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

A abordagem por processos assistenciais integrados permite ordenar e otimizar os diferentes fluxos de trabalho, integrando as diferentes componentes que intervêm na prestação dos cuidados, homogeneizando as atuações e colocando a ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais.

O desenvolvimento e implementação dos processos assistenciais integrados, que incluem normas clínicas e organizacionais com fluxogramas funcionais, itinerários clínicos, standards de qualidade e indicadores de desempenho bem definidos, visa garantir que:

As atuações dos profissionais se encontrem definidas e parametrizadas, com as responsabilidades dos diferentes agentes claramente identificadas.

Essas atuações sejam realizadas para que as necessidades, direitos e expectativas da pessoa doente venham a ser satisfeitos.

A educação para a saúde e a educação terapêutica, incluindo a educação para a segurança, se façam de forma continuada e constante.

A participação do doente nas decisões sobre os cuidados que lhe são prestados seja uma realidade, corresponsabilizando profissionais, doentes e seus cuidadores.

A organização dos serviços permita o melhor uso dos recursos disponíveis, integrando-os e harmonizando-os caso a caso, ao mesmo tempo que a continuidade dos cuidados é assegurada sem ruturas.

Os serviços evoluam tendo em vista a inovação, a modernização organizativa, o desenvolvimento das competências específicas dos profissionais, a segurança do doente e a partilha do conhecimento.

A prestação de cuidados se baseie no princípio da racionalidade, evitando a duplicação de exames e a variabilidade assente em práticas não validadas e onerosas, com a decorrente contenção dos custos da não-qualidade.

A integração de padrões de qualidade em todo o circuito do doente e a atribuição clara de responsabilidades, conhecidas por todos os intervenientes, permitam obter os melhores resultados de saúde ao destinatário dos cuidados.

- **Participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais**, incluindo aspectos da gestão da doença crónica, são objectivos de qualidade em saúde, conducentes à promoção da autogestão e autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e do acesso adequado aos recursos (Canada British Columbia Chronic Disease Management). Os programas de gestão da doença nomeadamente através do apoio à autogestão da doença crónica, o aconselhamento motivacional e acesso à informação, grupos de apoio e de autoajuda, assim como o envolvimento na decisão e na organização dos serviços, resultam em maior adesão e aliança terapêutica, melhor qualidade de vida do doente e ganhos em saúde.

### 3.3.2. ENQUADRAMENTO

#### Legal, normativo, regulamentar e estratégico

7. A Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde (ENQS) (Despacho 14223/2009), é o programa do MS que estabelece como áreas prioritárias de atuação:

*Qualidade clínica e organizacional.*

*Informação transparente ao cidadão.*

*Segurança do doente.*

*Qualificação e acreditação nacional de unidades de saúde.*

*Gestão integrada da doença e inovação.*

*Gestão da mobilidade internacional de doentes.*

*Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do SNS.*

- **Direção-Geral da Saúde**, através do Departamento da Qualidade na Saúde, criado em 2009 (Portaria 155/2009), tem a competência de coordenar a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, os programas e atividades de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, de assegurar o sistema de qualificação de unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes, para além da vigilância de doenças abrangidas pelo sistema de gestão integrada da doença, da coordenação de fluxos de mobilidade internacional de doentes, da gestão dos sistemas de monitorização e perceção da qualidade

**Quadro 3.3.3.** Oportunidades do desenvolvimento da qualidade em saúde:

#### PARA O CIDADÃO:

- Maior participação na decisão, melhor utilização adequada de cuidados, e gestão integrada da sua doença;
- Capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio da família e de cuidadores informais;
- Expectativas mais realistas sobre a obtenção de resultados em saúde, maior segurança e proteção de campanhas de marketing e publicidade criadoras de expectativas não fundamentadas;

#### PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- Maior segurança em relação à incerteza clínica, referenciais claros para a avaliação do seu trabalho e valorização do mérito e do desenvolvimento contínuo, com maior satisfação;
- Promoção do trabalho multidisciplinar, focado na obtenção de resultados, elevação dos padrões de segurança e de cuidados de excelência;
- Promoção da investigação clínica e melhor capacidade para incorporar evidência e inovação na prática clínica, e maior facilidade em orientar a formação pós-graduada para o incremento da qualidade da prática clínica;

#### PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- Reconhecimento da qualidade e efectividade dos cuidados prestados, e sua valorização;
- Profissionais e utentes orientados para a melhoria contínua, numa cultura de avaliação e desenvolvimento;
- Maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e da segurança;
- Garantia do investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento do impacto em resultados em qualidade, segurança e ganhos em saúde;

#### PARA O DECISOR POLÍTICO:

- Mais valor em saúde - o investimento público traduz-se em cuidados de qualidade acrescida e uma visão mais clara, a longo prazo dos cuidados possíveis para os recursos disponíveis;
- Benchmarking entre unidades quando ao desempenho, a partir de referenciais de actuação comuns;
- O Sistema de Saúde ser reconhecido como um motor social de promoção do envolvimento e da excelência.

**Quadro 3.3.4.** Ameaças ao desenvolvimento da qualidade em saúde:

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Pressão inadequada de grupos de interesses, através de processos de comunicação e uso de evidência enviesados;
- ii) Informação descontextualizada é usada para promover a procura de serviços, sem se encontrar aferida ao risco e ao ganho;

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iii) Processos de melhoria contínua da qualidade exigentes em tempo e burocracia, desadaptados das prioridades e do contexto de trabalho e sem retorno quanto a incentivos claros e a recursos para a melhoria sustentada e efectiva;
- iv) Envolvimento insuficiente na cadeia de cuidados ao doente e pouca adesão a protocolos de actuação;
- v) Falta de alinhamento entre os objectivos e prioridades das administrações, dos profissionais e dos cidadãos, resultando em perspectivas fragmentadas da qualidade;

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- vi) Perfil de população, de situação de acesso e de serviços prestados pouco claro e heterogéneo, dificultando a comparabilidade com instituições de responsabilidade semelhante;
- vii) Insensibilidade para os processos de melhoria contínua da qualidade, que exigem o envolvimento da administração, dos profissionais, dos doentes/cidadãos, a articulação dos sistemas de informação, organização dos serviços e sinergia com as actividades de formação e investigação;

**AO NÍVEL DA DECISÃO POLÍTICA:**

- viii) Falta de estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar, de forma extensa e sistemática, orientações e recomendações técnico-científicas;
- ix) Visão punitiva do erro e da falta de qualidade, desincentivadores das iniciativas dos profissionais;
- x) Dificuldade em libertar recursos decorrentes do incremento da qualidade, não proporcionando evidência sobre o retorno atribuível à melhoria e ao valor do seu investimento;
- xi) Falta de visão a longo prazo e duração de mandato (ciclo político) insuficiente em tempo útil de obtenção de ganhos de eficiência atribuíveis às políticas;
- xii) Falta de articulação das políticas referentes aos sistemas de informação, contratualização e incentivos, investimento em recursos, integração e continuidade de cuidados e formação e investigação, em torno da promoção da qualidade.

dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde e da inovação em saúde.

- **IN** Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, nomeado em 2009 (Despacho 13793/2009), é o órgão consultivo com competência de se pronunciar sobre questões inerentes à execução da missão do Departamento da QeS, através da operacionalização da ENQS.

8. Outras instituições desenvolvem, também, actividades complementares na área da qualidade na saúde, sob tutela do Ministério da Saúde, como por exemplo:

*A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) (Decreto-Lei 46/2012) que assegura a qualidade e segurança dos medicamentos de uso humano e dos produtos de saúde.*

*O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (Decreto-Lei 27/2012) que garante a avaliação externa da qualidade laboratorial.*

*O Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P. (Decreto-Lei 39/2012), que agrupa: a anterior Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (Decreto Regulamentar 67/2007), com a missão de fiscalizar a qualidade e segurança da dâdiva, colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de componentes sanguíneos, de órgãos, de tecidos e de células de origem humana; e o Instituto Português do Sangue (Decreto-Lei 270/2007), que regula a actividade da medicina transfusional e garante a disponibilidade e acessibilidade de sangue e componentes sanguíneos de qualidade, seguros e eficazes.*

- **IP** Para maior qualidade em gestão e na prestação de cuidados foram criadas Estruturas de Gestão Integrada (GI) de que são exemplo:

**Horizontais:** *Centros Hospitalares entre hospitais; ACES entre Centros de Saúde; permitem economia de escala e maior poder de mercado.*

**Verticais:** *Unidades Locais de Saúde (Decreto-Lei 207/99) (ULS), englobando Cuidados Primários e Hospitalares: Matosinhos (Decreto-Lei 207/99); Alto Minho, Baixo Alentejo e Guarda (Decreto-Lei 183/2008); Norte Alentejano (Decreto-Lei 50-B/2007); Castelo Branco (Decreto-Lei 318/2009) e Nordeste (Decreto-Lei 67/2011).*

9. Identificam-se várias estratégias conducentes a maior desenvolvimento e competitividade do Sistema de Saúde, com influência na vertente de qualidade: Estratégia Europa 2020 (OMS-Euro), Estratégia de Saúde da União Europeia "Juntos para a Saúde", Estratégia de Inovação da OCDE, Estratégia de Lisboa, Plano Tecnológico - Conhecimento, Tecnologia e Inovação, Programa Factores de Competitividade do Quadro de Referência Estratégica Nacional QREN 2007-2013 e Agenda Digital 2015.



### Estudos e fontes de conhecimento sobre qualidade em saúde

10. Existe escassa avaliação da qualidade dos cuidados em Portugal.

- **A** Avaliação do PNS 2004-10 como instrumento da QeS pela OMS-Euro (WHO Evaluation of the NHP, WHO/ACS, 2010) identifica um conjunto de áreas onde se verifica um menor desempenho, nomeadamente os comportamentos saudáveis e as desigualdades em saúde. É também referido que áreas fundamentais como a sustentabilidade do Sistema de Saúde, os recursos humanos e a qualidade e segurança dos cuidados não foram objecto de atenção nesse PNS. Aponta ainda o número excessivo de programas e a falta de enfoque em objectivos prioritários, mobilizadores e compreensíveis, representativos de áreas problemáticas, com potencialidade de melhoria e impacto sobre a saúde.

11. Contudo, outros indicadores sugerem algumas lacunas na qualidade ao nível do SNS:

- **N**o estudo O Estado Da Saúde em Portugal (Villaverde Cabral M, Silva PA, 2009), é referido que 95% dos portugueses defendem a necessidade de mudanças no SNS (67% grandes mudanças) nomeadamente redução dos tempos de espera (43%), melhor organização dos recursos (33%), mais investimento (30%), melhor qualidade (24%);
- **A** análise das reclamações através do Sistema Sim-Cidadão mostra que os hospitais são as instituições com maior número de reclamações e a urgência a maior causa de insatisfação.

12. Gabinetes do Cidadão (DGS Circular Normativa 12/2009), reformulados em 2009, para análise e tratamento das sugestões e reclamações apresentadas nos Cuidados de Saúde Primários, resposta e medidas corretivas.

### Processos e instrumentos de promoção da qualidade em saúde

13. Informatização dos Serviços de Saúde. Existem uma variedade de aplicações em desenvolvimento: prescrição eletrónica; agendamento de consultas médicas (CTH e e-agenda); gestão e publicitação de tempos de espera cirúrgicos (eSIGIC); desmaterialização das certidões de óbito.

*A Comissão Nacional para o Registo de Saúde Electrónico (CNRSE) (Despacho 381/2011), criada em 2011, com a missão de, em continuidade com o Programa Registo de Saúde Electrónico (RSE), coordenar e implementar o RSE, até final de 2012.*

*No seguimento foi ainda criada a Comissão para a Informatização Clínica (CIC) para a criação e implementação da Plataforma de Dados de Saúde (PDS, PDSi.1) – sucessora do Registo de Saúde Electrónico. Perspectiva-se que esteja em funcionamento no 1º semestre de 2012. Através dela os profissionais de saúde, numa primeira fase, e os utentes, numa fase posterior, poderão ter acesso a informação*

*clínica até agora depositada nas instituições de saúde.*

14. Acreditação de Instituições de Saúde

*Entre 2001 e 2009, 13 dos 27 hospitais que tinham iniciado o processo de acreditação pelo KF/HQS, obtiveram a acreditação; dos 15 hospitais em processo de acreditação pela JCI, apenas 2 a obtiveram (DGS, 2009).*

*A acreditação centrou-se em termos organizativos, de infra-estruturas ou de certificação individual de determinadas áreas, mas foi pouco focada na componente clínica do processo de prestação de cuidados e resultados.*

*Ao nível dos CSP, a acreditação da USF de Valongo (2010) segundo o modelo da Agência da Qualidade Sanitária de Andaluzia (ACSA), definido pelo Ministério da Saúde como modelo oficial para o SNS, no quadro da ENQS.*

- **P**rograma Nacional de Acreditação em Saúde

*O modelo de acreditação ACSA, que foi aprovado como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação em Saúde por despacho ministerial (Despacho 69/2009) baseia-se no modelo de qualidade, nos padrões do Manual de Standards e nas metodologias desenvolvidas pela ACSA, entidade com quem a Direção-Geral da Saúde celebrou um protocolo de cooperação.*

*Focalizado essencialmente sobre a acreditação da gestão clínica e dos seus resultados, o que permite reconhecer o desempenho e a qualidade dos cuidados prestados, para além dos aspetos de suporte e estruturais, o programa de acreditação de unidades de saúde é um poderoso instrumento para promover e apoiar a implementação das normas e orientações clínicas editadas pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde. O mesmo se aplica aos processos assistenciais integrados que incorporam, eles próprios, normas e orientações de boa prática clínica.*

*O manual de standards do modelo de acreditação ACSA desenvolve-se em torno de cinco áreas:*

*O cidadão, centro do sistema.*

*A organização da atividade centrada no utente.*

*O desenvolvimento profissional.*

*Os processos de suporte e os sistemas da qualidade e informação.*

*Os resultados dos processos-chave.*

*Para além da acreditação das unidades de saúde o Programa Nacional de Acreditação em Saúde comporta, ainda, a acreditação de competências profissionais (na ótica do posto de trabalho), a acreditação da formação contínua e a acreditação de páginas web.*

15. Avaliação das reclamações e sugestões dos utilizadores do Serviço Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema SIM-CIDADÃO, que foi reformulado em 2009, permite a análise e tratamento sistemáticos das sugestões, reclamações e comentários apresentados pelos cidadãos nos serviços de saúde. Proporciona, assim, o registo, tratamento adequado e atempado das exposições apresentadas pelos cidadãos e a sua análise qualitativa, sendo fonte de informação importante para a tomada de medidas corretoras e a melhoria contínua do Sistema de Saúde.

16. A inclusão, pela ACSS, de objetivos da qualidade nos contratos-programa com os ACES e hospitais, associados a incentivos ou penalizações, é uma ferramenta forte de responsabilização pela QeS.

## Programas

17. Outros exemplos de planos/programas em desenvolvimento:

- Da responsabilidade da DGS:

*De segurança: Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (DGS, 2007); Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos (DGS, 2010); Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos e Observatório da Segurança do Doente (DGS, 2012); Campanha Nacional de Higiene das Mãos (WHO World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care); Projeto “e-Bug”, plataforma da iniciativa europeia para sensibilizar alunos para a prevenção de doenças transmissíveis e o uso prudente de antibióticos (DGS, Projeto “e-Bug”); Projeto Healthcare Associated Infections in European Long Term Care Facilities (DGS, Projeto HALT); Projeto “Cirurgia segura salva vidas” (Circular Normativa 16/2010).*

*De Gestão Integrada da Doença (DGS, Circular Normativa 2 e 13/2008) – Esclerose Múltipla, Doença Renal Crónica, Obesidade Mórbida (DGS, Dep Qualidade, 2010) e Diabetes (DGS, Circular Normativa 23/2007).*

## Redes internacionais promotoras de qualidade em saúde

18. Há diversas Redes Internacionais Promotoras de Saúde: i) de Acreditação como King’s Fund, Joint Commission, ACSA; ii) de gestão e segurança do doente como European Foundation for Quality Management (EFQM), EUNetPaS (European Union Network for Patient Safety); iii) específicas para os hospitais como Health Promoting Hospitals and Health Services (WHO Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services), para as cidades, European Healthy Cities Network (WHO European Healthy Cities Network).

19. E Instituições e Agências Nacionais dos Departamentos de Saúde como o NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), o NPSA (National Patient Safety Agency) no Reino Unido, HAS (Haute Autorité de Santé) em França ou independentes como a German Agency for Quality in Medicine.

20. A OECD está a desenvolver, com os seus Estados Membros, o projeto Health Care Quality Indicators - OECD (OECD Health Care Quality Indicators, 2010), um conjunto de indicadores da qualidade para os sistemas de saúde que pretende ser uma ferramenta para os agentes e para a promoção de aprendizagem transnacional.

## Projectos de inovação e perspectivas futuras

21. Experiências piloto de sistemas de financiamento por capitação ajustada pelo risco (e.g. Unidades Locais de Saúde). Permitem que as instituições beneficiem com a melhoria de desempenhos, mas persis-

tem problemas como a seleção de doentes/patologias com base em critérios financeiros (UK Corporate Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities, 2003).

22. Painel de Indicadores Nacionais de Qualidade, em elaboração pela DGS, deverá permitir colmatar a falta de indicadores de apoio à decisão e monitorizar o desempenho das organizações e a qualidade do SNS, em quatro áreas principais: determinantes de saúde; Sistema de Saúde; acessibilidade; qualidade e resultados (DGS, Departamento da Qualidade).

23. Nas Unidades de Saúde Familiares, o USF Performance Monitor, é um painel de indicadores Institucionais da Qualidade, associados aos sistemas de informação, que permite aos profissionais de saúde, a monitorização contínua dos indicadores da qualidade contratualizados e a convocatória automática de utentes com rastreios atrasados.

### 3.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível político, deve-se:

24. Reforçar a responsabilidade pela governação integrada, incluindo a governação clínica, em todos os níveis e em todos os sectores do Sistema de Saúde, em consonância com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde.

- O desenvolvimento das políticas, desenho, articulação e integração de estruturas e redes em função da prestação de cuidados de qualidade são promotoras de melhores resultados, satisfação de profissionais e cidadãos, segurança dos doentes e combate ao desperdício. A governação das organizações prestadoras deve estar integrada no quadro de governação do Sistema de Saúde.
- A avaliação da qualidade dos cuidados e dos serviços integra áreas como: i) informação e envolvimento, assegurando a disponibilização de informação pelos prestadores aos cidadãos; ii) cuidados e apoio personalizados, garantindo a efectividade e adequação; iii) segurança dos equipamentos e instalações; iv) garantia da qualificação e competência dos profissionais; v) gestão do risco, padrões de segurança e notificação de mortes e outros incidentes na organização; vi) gestão adequada da organização (UK Care Quality Commission, Focused on Better Care, 2009).

- As estratégias facilitadoras de melhor acesso dos profissionais ao conhecimento são promotoras de boas práticas clínicas e de melhor desempenho.

- Os sistemas de informação têm um papel fundamental na qualidade, em todos os níveis de cuidados e na articulação entre eles.

25. Avaliar a política de qualidade, através de nomeação de entidades externas e independentes, responsáveis pela monitorização, elaboração de recomendações e publicitação regular de resultados.

- Escócia, a Inglaterra e a Austrália são exemplos de países com agências independentes com o mandato de coordenação da segurança e qualidade dos cuidados de saúde, identificação

de questões e políticas e recomendação de prioridades para a acção; disseminação do conhecimento e reporte do desempenho relativamente a padrões nacionais (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care).

26. Desenvolver instrumentos de padronização (standards) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições.

- Os padrões deverão especificar os valores mínimos e os valores desejáveis de desempenho, adesão, resultados, entre outros, e permitir compreender a evolução do desempenho de cada instituição e a comparabilidade entre instituições.

27. Promover a acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

28. Reforçar a responsabilidade das especialidades médicas generalistas, como a medicina geral e familiar, a medicina interna e a pediatria, na gestão global do caso/pessoa/família e na responsabilidade pelo percurso clínico.

29. Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde como requisito para a introdução incremental e criteriosa de inovação, incluindo medicamentos, dispositivos médicos, procedimentos, tecnologias de informação e comunicação e organização dos cuidados.

- As tecnologias são causa significativa e crescente das despesas em saúde e as decisões incorrectas têm enorme impacto.

- A avaliação de tecnologias em saúde é o conjunto de processos de apoio à decisão de adopção de nova tecnologia, com base na evidência. Inclui perspectivas de custo-efectividade, relevância epidemiológica, expectativas e preferências dos cidadãos e profissionais, aceitabilidade social e ética, entre outros.

- Vários países têm agências responsáveis pela avaliação independente e adaptada ao contexto social, práticas e organização dos cuidados de saúde e existem redes internacionais de avaliação das tecnologias em saúde.

30. Promover a adopção de intervenções com melhor custo-efetividade e combater o desperdício.

31. Desenvolver mecanismos que promovam o benchmarking, a identificação de boas práticas, o incremento das cadeias de valor, que permitam caracterizar ganhos potenciais em saúde decorrentes da adopção de padrões usando as melhores referências, e orientar as inerentes intervenções prioritárias.

### A nível organizacional, as instituições devem:

32. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros.

- Cada instituição de saúde deve ter uma estrutura de governação clínica, responsável pela monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados, com recursos humanos e financeiros,

instalações e estratégia próprios. A estratégia será de obtenção do compromisso, empenho e partilha da responsabilidade por profissionais de saúde e gestores pela segurança dos doentes, pela qualidade e pelo combate ao desperdício.

- Cada instituição é responsável pelo desenvolvimento de uma estratégia de segurança e gestão de risco, através da comunicação, padronização e controlo de procedimentos, gestão de equipas e cultura de segurança.

- As auditorias às dimensões associadas ao erro, a monitorização do desempenho, o uso de ferramentas informáticas automáticas e de uma terminologia uniforme, as normas e protocolos de actuação e a análise e processamento das queixas e reclamações são promotores de QeS.

- Deverá, simultaneamente, ser promovido o registo de erros, acidentes e incidentes, num processo de melhoria, considerando os múltiplos factores envolvidos desde a pessoa à instituição e numa cultura de não culpabilização.

- Deve ser estimulado o trabalho de equipa, a formação, a liderança, a supervisão e divisão de tarefas, a limitação de longos períodos de trabalho e prevenção de burn-out.

- O processo de acreditação a que as instituições podem aderir de forma voluntária é também promotor de QeS, pelo que cada instituição deve candidatar-se e desenvolver esforços para ser acreditada.

33. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e dos profissionais.

34. Monitorizar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

35. Promover ações de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde, orientadas para a utilização de normas e orientações segundo a mais atual evidência científica.

- Devem ser garantidos conhecimentos e competências que permitam reforçar os processos de melhoria contínua da qualidade, gestão de caso, gestão de risco, redução da variabilidade da prática de cuidados, crítica da evidência científica, cultura de avaliação e discussão científica.

36. Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efetividade das práticas institucionais, de forma rigorosa e transparente, contribuindo para uma cultura de construção de conhecimento e de boas práticas.

- O Sistema de Saúde é um sistema complexo adaptativo pelo que a capacidade de adaptação ao contexto, a flexibilidade de resposta, a gestão dos recursos disponíveis e a necessidade de responder a expectativas individuais, desaconselham a aplicação de recomendações rígidas (Campos L, Carneiro AV, 2010). No entanto, é desejável a aplicação de princípios, de uma prática científica, avaliável e disseminável, que contribua para o conhecimento e o incremento da qualidade dos cuidados.

- Deve ser explicitada e publicitada (por ex., no site da instituição) a adesão e adopção de normas de orientação clínica, de evidência custo-efetiva para a adopção de novas tecnologias, de acções de melhoria contínua da qualidade e de projectos de investigação institucionais.



### Na sua prática, o profissional de saúde deve

37. Os profissionais devem assegurar a procura de uma visão da QeS, compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a sua atividade se insere, o percurso clínico, a função de gestão de caso e a gestão do risco, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua.

- A doença crónica é paradigmática da relevância da gestão de caso, e representa um carga importante (Velasco-Garrido et al., 2003), com grande impacto individual e social, pelos custos e impacto económico (custos indirectos, como dias de internamento, mortes prematuras, absentismo laboral, etc.).
- Existe evidência da efectividade de intervenções de apoio à auto-gestão, de apoio à decisão e ao nível da organização dos serviços. Medidas como a educação, o aconselhamento motivacional e a distribuição de materiais informativos têm impacto ao nível da qualidade de vida do doente, do estado de saúde, conhecimento e adesão à terapêutica. A participação do cidadão na decisão é cada vez mais importante, existindo evidência de que a capacitação e o contributo para o planeamento dos serviços pode influenciar significativamente a qualidade.
- A prática de trabalho em equipas multidisciplinares, motiva a adesão dos profissionais a NOCs, tal como sucede com a implementação de guidelines baseadas na evidência ou a realização de reuniões de discussão clínica (Busse R et al., 2010).

38. Para além dos aspetos globais da qualidade, os profissionais de saúde devem ter uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado.

39. Reforçar a responsabilidade dos profissionais de saúde na promoção da saúde, na prevenção da doença e, sempre que se justifique, na gestão da doença, no âmbito da sua área de intervenção e competência, com ênfase para uma cultura de multidisciplinaridade e articulação.

### Individual o cidadão deve:

40. Contribuir para a melhoria da qualidade do Sistema de Saúde, fazendo uso adequado dos seus serviços, colaborando com as normas e regras, apoiando os profissionais na sua missão, apresentando reclamações, críticas, sugestões de melhoria, e envolvendo-se nas decisões a vários níveis.

41. Incrementar os seus conhecimentos e competências associados às responsabilidades individuais, enquanto elemento de uma família, comunidade e responsabilidades sociais, constituindo-se um parceiro ativo, com *empowerment* e exigente de um Sistema de Saúde de qualidade.

### 3.3.4. VISÃO PARA 2016

#### “As instituições assumem a melhoria contínua da qualidade como cultura”

*As instituições competem para demonstrar a qualidade dos seus serviços e profissionais. Os profissionais e utentes comprovam a evolução nos aspetos técnicos e humanos dos cuidados, na gestão e na articulação entre instituições impulsionada com o processo de acreditação. O processo de monitorização institucional de indicadores de acesso e qualidade é consensual com as áreas de relevância clínica e epidemiológica, da gestão e da qualidade e segurança do doente, assumindo um carácter estratégico no desenvolvimento da instituição e dos profissionais e associado à formação e investigação. Os profissionais sentem retorno pelo seu empenho na melhoria contínua, quer de carácter financeiro, quer nas condições para desenvolver inovação e projetos próprios, quer no reconhecimento pelo cidadão e pela instituição. A melhoria contínua e o alcance de padrões de excelência e referência fazem parte da identidade e da missão das instituições.*

#### “Os planos de desenvolvimento das instituições/ serviços são articulados e contratualizados”

*As instituições e os serviços/departamentos têm uma visão de desenvolvimento assente na melhoria da qualidade e integrada numa partilha de responsabilidade em rede, com valorização da complementaridade entre serviços de proximidade, de polivalência e de especialidade. Consideram a área de influência, a relação ótima entre concentração de recursos (serviços, tecnologia, recursos humanos especializados) e acessibilidade (no âmbito de uma rede geográfica de distribuição de recursos). A contratualização reforça esta visão, bem como a responsabilidade de cada unidade no âmbito da rede em que está inserida e da articulação com as restantes. E tem por base a negociação de objetivos e responsabilidades, numa lógica de desenvolvimento coerente e contínuo que obedece a planos articulados aos vários níveis (nacional, regional, local, institucional), de diferentes naturezas (tipologia de serviços e distribuição de tecnologia, recursos humanos, formativos, redes de referência), e reforçando programas de desenvolvimento estratégico (por ex., a gestão integrada da doença, de qualidade ou investigação).*

#### “A Plataforma de Dados em Saúde promove a qualidade e a continuidade de cuidados”

*Existe um registo de saúde eletrónico único, com níveis de acesso e de segurança adequados que garantam a privacidade dos dados. É partilhado por prestadores públicos e privados e disponibiliza informação ao cidadão sobre a sua situação clínica, incluindo os episódios de urgência. O profissional de saúde devidamente autorizado tem acesso à história clínica, exames complementares e terapêutica, para uma decisão clínica bem informada, menor risco, partilha de informação entre prestadores e melhor conciliação terapêutica. O registo de saúde eletrónico está também associado a protocolos de orientação clínica, de prevenção (por ex., calendarização de vacinação e de rastreios) e de vigilância da doença crónica, através de avisos, reduzindo as oportunidades perdidas no contacto com vários prestadores.*

Alerta também para interações medicamentosas e situações de segurança pré-definidas, respeitando a autonomia do profissional de saúde. Este registo tem um interface com o cidadão, sendo um instrumento de comunicação, literacia, apoio à autogestão e empowerment. Permite, ainda, a criação de estatísticas indicadoras da qualidade do percurso clínico, da integração de cuidados e da adesão às NOCs. Os profissionais sentem a necessidade de manter adequadamente documentados e válidos os seus registos, dado que são partilhados e informativos para o próprio cidadão, para as estatísticas de adequação e desempenho do profissional e da instituição, e apoiam a investigação clínica.

### “Existem referências nacionais sobre padrões de qualidade dos cuidados, que apoiam a decisão clínica, a integração e articulação de cuidados e o trabalho interdisciplinar”

Os profissionais de saúde têm acesso a Normas de Orientação Clínica atualizadas que incorporam a evidência científica e respondem às situações mais frequentes e mais relevantes. As NOCs assumem, de forma adequada, o contexto da prática de cuidados, os cuidados multidisciplinares, a patologia múltipla, a polimedicação, a gestão de risco e a perspetiva de percurso clínico, capacitando a gestão de caso e o trabalho em equipa. As NOCs promovem a melhor eficiência dos serviços e estabelecem padrões comparativos de qualidade, incluindo indicadores de acesso, adequação e desempenho, com mais ações custo-efetivas. Os profissionais adotam e implementam as NOCs em equipa, publicitando junto do cidadão/doente como referencial a instituição de saúde. As instituições têm políticas explícitas de adoção, implementação e avaliação da adesão e do impacto das NOCs e participam na criação e revisão. As academias, sociedades científicas, associações de doentes e indústria (medicamentos, dispositivos médicos e tecnologias de informação) são impulsionadoras da criação de NOCs, cuja qualidade, certificação e avaliação é realizado por um instituto independente.

### “A formação e avaliação dos profissionais centram-se na melhoria contínua da qualidade”

A formação dos profissionais incorpora: i) perspetivas e determinantes de estrutura, processo e resultado que influenciam a qualidade dos atos; ii) segurança do doente e gestão do risco; iii) competência para a melhoria contínua da qualidade; iv) aspetos do trabalho em equipa multidisciplinar, de comunicação e de educação para a saúde. Inclui também competências para a crítica da evidência científica, de envolvimento e partilha da decisão com o doente, de auditoria e elaboração de estudos/avaliações clínicas, de participação na investigação. Os profissionais são avaliados pela adequação e desempenho dos serviços, incluindo conhecimentos, competências e atitudes clínicas, gestão da sua atividade, trabalho em equipa e relacionamento com o cidadão.

### “Promover uma cultura de avaliação, a todos os níveis”

A avaliação das políticas, instituições e profissionais é entendida como um passo essencial no processo de melhoria contínua, de credibilização e de

valorização de todos os intervenientes e como um processo de aprendizagem das organizações, vital para a sua dinâmica. O estado assume um papel positivo de regulador ao assegurar recursos e instrumentos de elevada qualidade para a avaliação sistemática das políticas, instituições e dos profissionais. Esses recursos incluem governação empresarial (corporate governance), governação clínica, sistemas de apoio à decisão (política, de gestão e clínica), monitorização, identificação das boas práticas e avaliação. As instituições, serviços e departamentos promovem processos internos de melhoria contínua da qualidade, processos de acreditação e participam em avaliações externas como processos altamente enriquecedores nos quais se envolvem instituições congéneres do sector público, sector privado e social, ordens e associações profissionais, sociedades científicas e associações de doentes.

## 3.4. POLÍTICAS SAUDÁVEIS

*As Políticas Saudáveis visam orientar os esforços da sociedade para que todos os cidadãos tenham igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir plenamente o seu potencial de saúde.*

### 3.4.1. CONCEITOS

#### O que se entende por políticas saudáveis?

1. Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros setores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (Glossary, WHO 1998).
2. Consubstanciam-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva. Estas medidas devem contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos. Traduzem uma preocupação explícita com a saúde e a equidade, bem como com a prestação de contas relativamente aos impactos na saúde decorrentes das decisões políticas assumidas pelos diferentes setores da governação (WHO Declaração de Adelaide, 1988).
3. Trata-se de um conceito abrangente, que responsabiliza não só o setor da saúde, mas todos os outros, incluindo o setor privado e o terceiro setor, que devem contribuir para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e da saúde das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO Health Report, 2010) e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável.

**Quais as perspectivas para a promoção das políticas saudáveis?**

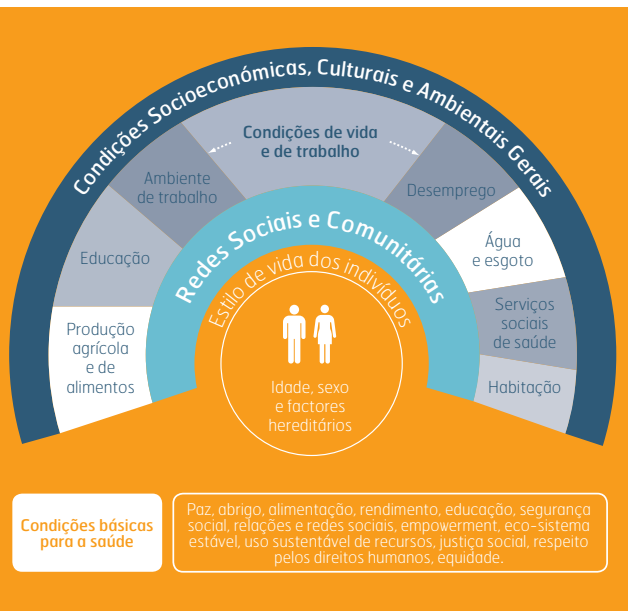
4. A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (WHO Declaração de Jakarta, 1997) e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (FIGURA 3.4.1.) (Dahlgren G, Whitehead M, 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os setores.

**Quadro 3.4.1.** Perspetivas chave das Políticas Saudáveis:

- A saúde resulta da interação de determinantes, influenciáveis por diferentes níveis de intervenção.
- As Políticas Saudáveis englobam as políticas de Saúde Pública e as políticas de outros setores.
- Todas as políticas têm um potencial de impacto na saúde, que deve ser previsto, potencializado de forma positiva, gerido, monitorizado e avaliado.

• Os fatores com maior influência na saúde designam-se por determinantes da saúde. Nem todos os determinantes são modificáveis. Alguns podem ser alterados pela ação individual. Outros requerem intervenções de âmbito social, como seja a redução da pobreza ou a melhoria do nível de literacia da população.

**Figura 3.4.1.** Modelo dos Determinantes de Saúde



Fonte: Adaptado de Dahlgren G, Whitehead M, 1991

• Os determinantes de saúde interligam-se e potenciam-se, permitindo perceber como diferentes níveis de intervenção política têm impacto na saúde individual e das populações:

- o O primeiro nível respeita intervenções dirigidas a melhorar as condições socioeconómicas, culturais e ambientais,

através de medidas estruturais profundas e a longo prazo;

- o O segundo nível prevê medidas de melhoria das condições sociais e materiais de vida e de trabalho, através do desenvolvimento de serviços e recursos;
- o O terceiro nível pretende fortalecer o suporte social e comunitário em proximidade com o cidadão;
- o O quarto nível visa influenciar os estilos de vida e atitudes individuais.

5. Assim, a responsabilidade pela promoção da saúde cabe a todos os setores sociais, às famílias e aos próprios cidadãos.

**Políticas de saúde pública**

6. O conceito de Políticas Saudáveis engloba uma dupla perspetiva: Políticas de Saúde Pública e Saúde em Todas as Políticas:

**Quadro 3.4.2.** As Políticas Saudáveis englobam:

- Políticas de Saúde Pública
  - o Globais
  - o Específicas para o sistema de saúde
- Saúde em Todas as Políticas

• **POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA** são esforços organizados dirigidos primariamente a beneficiar o estado de saúde de uma população, enfatizando a proteção e promoção da saúde e a prevenção da doença, para além da prestação de cuidados de saúde (Ottawa Hospital Research Institute, 2009; WHO, 1984). Podem ser Globais ou Específicas para o sistema de saúde:

- o **Globais** – de que são exemplo: a educação para a saúde, a vigilância sanitária e epidemiológica, da responsabilidade direta do setor da saúde e a intervenção sobre determinantes de saúde, incluindo o ambiente e a preparação de resposta a epidemias e catástrofes, coordenadas entre setores (ambiente, educação, economia, ordenamento do território, segurança social, etc.) (Sihto M *et al.*, 2006). O setor da saúde pode assumir posições de liderança, suporte, parceria e/ou advocacia para o desenvolvimento da ação intersectorial em determinadas áreas (Ferrinho P, Rego I, 2010), segundo a responsabilidade direta, o conhecimento específico sobre estratégias efetivas ou o controlo sobre os meios de intervenção. Por exemplo, potencia e suporta iniciativas com impacto direto na saúde, como programas da saúde nas escolas; forma parcerias para a intervenção sobre determinantes de saúde, como com a indústria alimentar no combate à obesidade; ou advoga o impacto para a saúde como a legislação reguladora do consumo de bebidas alcoólicas.
- o **Específicas para o Sistema de Saúde** – direcionadas para a coordenação, regulação, produção ou distribuição

de bens e serviços de saúde. São exemplos o acesso aos cuidados, medicamentos e outras tecnologias da saúde, qualidade dos cuidados, gestão de serviços, adequação e distribuição de recursos humanos e financeiros da saúde.

• **SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS** é uma estratégia explícita de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade (Kickbusch E, 2007; Svensson PG, 1988). Visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções dirigidas aos grandes determinantes sociais da saúde. Esta abordagem:

- o Promove a saúde e o bem-estar como valor e objetivo partilhado por todos os setores, permitindo abordar a saúde de forma integrada e sistematizada. Salienta igualmente o impacto da melhoria da saúde, como recurso e fator de sustentabilidade, nos objectivos dos outros setores.
- o Reconhece que o impacto dos determinantes da saúde é gerador de desigualdades e que a intervenção sobre fatores socioeconómicos, culturais e ambientais é fundamental para a sua redução.
- o Exige que o setor da saúde assuma um papel de advocacia da saúde, construa o conhecimento e as bases de evidência que fundamentem as medidas de política e as decisões a adotar, compreenda a linguagem e o mandato dos outros setores, crie plataformas de diálogo intersectorial e promova o trabalho em parceria com os restantes setores.
- o Promove sinergias e compromissos entre setores, a nível nacional, regional e local, críticos para a efetividade e sustentabilidade das intervenções a longo prazo tão mais importante quanto o impacto crescente da doença crónica na saúde e na economia.

### Escalas de definição e implementação

7. As Políticas Saudáveis podem ser perspectivadas a múltiplas escalas de definição e implementação, envolvendo o governo, as autarquias e/ou outras instituições, regionais e locais, públicas, privadas ou do terceiro setor, instituições de ensino superior, sociedades científicas, bem como com outras organizações da sociedade civil, comunidades e famílias.

- A definição e envolvimento político dependem da necessidade, efetividade e especificidade no uso de recursos e serviços próximos das comunidades e da capacidade para as capacitar e para reforçar a coesão social, parcerias e apropriação das responsabilidades ao nível local.
- As políticas definidas localmente podem ser reforçadas pela existência de estratégias, instrumentos e pela valorização a outros níveis, pelo que devem ter um enquadramento nas estratégias regionais e nacionais.

8. Neste sentido, as políticas de Saúde Pública, devem:

- Basear-se na identificação de prioridades em saúde: necessidades em saúde de base populacional ou de subgrupos, para as quais existam intervenções custo-efetivas conducentes à obtenção de ganhos em saúde.
- Ser priorizadas as intervenções resultantes em maior impacto na obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.
- Realizar compromissos entre as oportunidades, recursos e prioridades locais, regionais e nacionais, de modo a maximizar ganhos em saúde a cada nível.
- Promover o acesso, a qualidade, a cidadania e a redução das desigualdades.

### De que formas as políticas saudáveis conduzem a ganhos em saúde?

#### Promoção da saúde

9. A promoção da saúde é o processo que visa criar condições para que as pessoas, individual ou coletivamente, possam agir sobre os fatores determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997) (QUADRO 3.4.3.).

**Quadro 3.4.3.** As Políticas de Saúde conduzem a ganhos em saúde através de:

- Processos de promoção da saúde;
- Atribuição de prioridade a intervenções com uma relação de custo-efetividade favorável;
- Gestão eficiente dos recursos em saúde.

- Um processo participativo, holístico, intersectorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias (WHO Evaluation in Health Promotion, 2001).
- A responsabilidade pela promoção da saúde envolve ações de outros setores além da saúde e inclui o bem-estar e a qualidade de vida (WHO Declaração de Jakarta, 1997).

#### Definição de prioridades

10. O planeamento estratégico define as prioridades de intervenção em Saúde Pública e permite a avaliação de planos, estratégias e ações, a vários níveis, na seguinte sequência: i) avaliação das necessidades em saúde; ii) identificação dos determinantes-alvo e de ganhos potenciais; iii) identificação das intervenções mais efetivas; iv) definição de prioridades.

- O processo de definição de prioridades reconhece que os recursos

**Quadro 3.4.4.** Eixos de ação da promoção da Saúde (Carta de Ottawa, 1986)

- Definição de Políticas Saudáveis em todas as áreas da governação e setores sociais.
- Capacitação de pessoas e comunidades para agirem sobre os determinantes da saúde, incrementando uma responsabilidade partilhada de todos pela própria saúde. A saúde é entendida como um bem público, essencial ao desenvolvimento social e económico;
- Criação de ambientes favoráveis à saúde e promotores da realização de opções de vida saudável.
- Reforço da ação comunitária e intersectorial.
- Reorientação dos serviços de saúde, tornando-os mais eficientes, equitativos e próximos das populações.

são limitados face às necessidades em saúde e que nem tudo o que é efetivo pode ser realizado e que nem tudo que é realizado é efetivo (Banta HD, 2008).

- **Identificação de ganhos em saúde** é geradora e mobilizadora de recursos adicionais (investimento, voluntariado, ação de organizações não governamentais, adesão da população a campanhas) e as prioridades devem assumir os seguintes princípios:
  - o Evidência de impacto explicitada, com prioridade a intervenções com maior definição de ganhos identificados através de análises de custo-efetividade. Estas análises são mais comuns relativamente ao uso de medicamentos e aos serviços clínicos mas são escassas quanto aos serviços preventivos pela forte dependência do contexto e das características da população, por serem multi-estratégicos e de difícil controlo ou comparação.
  - o Intervenções baseadas em modelos, monitorizadas e avaliadas, de forma a identificar boas práticas, assegurar comparabilidade e decisão estratégica de desenvolvimento, disseminação, reformulação ou extinção.
  - o Envolvimento dos atores e destinatários na definição, operacionalização, monitorização e avaliação, através de transparência, responsabilização, publicitação e atribuição de um valor social.

### Que estratégias e recursos para o reforço das políticas Saudáveis?

11. As Políticas Saudáveis suportam-se em estratégias e recursos, como:

- **MEDIDAS REGULADORAS**, legislativas, fiscais, normativas e reguladoras, cartas e declarações, incluindo compromissos

**Quadro 3.4.5.** A Saúde Pública é potenciadora dos ganhos em saúde através de:

- **Optimização da capacidade dos serviços:**
  - o Identificando necessidades de saúde populacionais e de subgrupos relevantes;
  - o Promovendo a equidade e o acesso aos serviços;
  - o Incrementando a custo-efetividade na satisfação das necessidades, privilegiando a medição de resultados;
  - o Participando nos processos para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados;
  - o Participando no planeamento, organização e estratégias de gestão dos serviços e interfaces (entre níveis de cuidados);
- **Decisões políticas, institucionais e sociais, explícitas e participadas, sobre o investimento e distribuição de recursos em saúde, pela:**
  - o Análise e publicitação da evolução do estado de saúde e seus determinantes;
  - o Identificação de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de saúde e/ou dependentes de outros setores;
  - o Identificação e desenvolvimento da capacidade dos serviços de saúde e outros recursos, estratégias e políticas;
  - o Definição de prioridades quanto a estratégias e recursos para obter ganhos de saúde, assegurando a equidade.

internacionais enquadreadores do mandato e da responsabilidade das instituições e das organizações civis, que contribuam para a proteção e a promoção da saúde pública.

- **INSTITUIÇÕES, AGÊNCIAS E DEPARTAMENTOS** com responsabilidade pelo desenvolvimento, administração, implementação, vigilância, monitorização e avaliação, a nível central, regional, local e institucional, desde a estratégia macro ao nível operacional. Incluem-se as instituições de ensino superior e as sociedades científicas com conhecimento, formação e investigação na área da Saúde Pública, administração e gestão de serviços de saúde.
- **PLATAFORMAS DE PARCERIA INTERSECTORIAL**, a nível do governo central e local, envolvendo os setores privados e social, com o mandato de envolvimento, criação, implementação e avaliação de políticas entre setores.
- **PLANEAMENTO E GOVERNAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE**, com capacidade para informar, influenciar e coordenar, considerando sistematicamente a oportunidade e capacidade de outros setores formarem parcerias e sinergias em intervenções promotoras da saúde.
  - o A nível local salientam-se as **ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE**, que podem ser entendidas como processos dire-

cionados para a obtenção de ganhos em saúde através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais (Santos A *et al.*, 2010).

- **CREAÇÃO E SUPORTE DE REDES INTERSECTORIAIS**, capazes de capitalizar e partilhar recursos, incluindo conhecimento, enquadrar modelos de ação e sustentar estratégias.
- **SISTEMA DE GESTÃO DO CONHECIMENTO E DE CRIAÇÃO DE EVIDÊNCIA** sobre políticas, práticas e intervenções do setor da saúde e de outros setores, conducentes a ganhos em saúde através de processos custo-efetivos e reforçando as áreas da avaliação de tecnologias, avaliação de impacto, investigação de serviços de saúde, análise económica e investigação epidemiológica, em processos participados.
- **SISTEMAS DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA E EPIDEMIOLÓGICA**, contínua ou regular, de determinantes, estados de saúde, doenças, serviços e intervenções relevantes para a saúde das populações, incluindo doenças transmissíveis e não transmissíveis, acidentes, fenómenos ambientais e fatores sociais. Esta vigilância permite alerta e resposta, planeamento e avaliação e, ainda identificar e intervir em grupos de risco ou vulneráveis.
- **ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE** incentivando explicitamente a responsabilidade por ações de promoção de saúde sistemáticas ou oportunistas, adequadas os vários níveis, contextos e mandatos, com critérios de qualidade. Por exemplo, através de orientações clínicas, indicadores de qualidade, medição de resultados a médio/longo prazo como controlo da doença crónica, modelos de planeamento, monitorização e avaliação das instituições, contratualização, identificação de boas práticas, etc.

**Quadro 3.4.6.** Oportunidades decorrentes do desenvolvimento de políticas saudáveis:

A existência de documentos internacionais e nacionais de referência que promovem as Políticas Saudáveis (WHO Carta de Tallinn, 2008; Plano Nacional de Saúde 2004-2010);

- ii) A promoção da intersectoralidade da saúde por parte do Ministério da Saúde;
- iii) A Presidência do Conselho de Ministros como recurso promotor da intersectoralidade;
- iv) Iniciativas de outros ministérios e sectores com impacto positivo na saúde;
- v) Implementação de legislação conducente à saúde (por ex., Lei do Tabaco);
- vi) Globalização da sensibilização do cidadão relativamente às questões ambientais, à sustentabilidade, à saúde e ao bem-estar;
- vii) Maior número de estratégias concertadas de comunicação e marketing que promovem a literacia e o empowerment do cidadão.

- **ESTRATÉGIAS DE MÉDIO E LONGO PRAZO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL E DE MARKETING SOCIAL**, ao nível dos programas de saúde, do mandato das instituições e das organizações da sociedade civil; reforçadas por redes, parcerias e envolvimento da sociedade civil; construídas com bases de conhecimento e evidência sólidas; capazes de incrementar a sensibilização, a literacia, o *empowerment*, a mobilização social e a capacidade para a advocacia na intervenção sobre os determinantes de saúde.

**Quadro 3.4.7.** Ameaças ao desenvolvimento de políticas saudáveis:

#### A NÍVEL DA DECISÃO NACIONAL, REGIONAL E LOCAL:

- Baixa valorização da promoção da saúde como um investimento que contribui para a sustentabilidade do sistema;
- Planeamento fracamente associado a centros de decisão e afectação de recursos, contratualização, monitorização e avaliação;
- Baixa qualidade e responsabilização na decisão, sem suporte em estratégias de médio e longo prazo;
- Incompreensão da capacidade e do papel das estruturas locais na efectividade da redução das desigualdades;
- Dificuldade na articulação de linguagens, paradigmas e culturas setoriais; incapacidade de valorizar o impacto da saúde nos outros setores; má gestão de oportunidades políticas; falta de visão estratégica como um valor em todas as políticas;
- Falta de evidência científica adaptada ao contexto nacional, interdisciplinar e intersectorial; incapacidade de formular recomendações úteis e influenciar o planeamento e a decisão, avaliar as Políticas Saudáveis e disseminar boas práticas;

#### A NÍVEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- Conhecimento insuficiente sobre o impacto da promoção e educação para a saúde em todos os contextos, empowerment do cidadão e satisfação dos profissionais;
- Falta de referenciais e feedback do impacto da sua actividade na saúde da comunidade, a médio e longo prazo; do impacto sobre a redução de desigualdades, determinantes sociais e grupos vulneráveis;
- Dificuldade na negociação e partilha de poder com outros setores e outros profissionais, na resolução de conflitos de interesses e na criação de processos sinérgicos; resistência, falta de incentivos e de segurança à mudança;
- Falta de investimento e valorização de modelos interdisciplinares e intersectoriais.

- **PREPARAÇÃO E RESPOSTA A AMEAÇAS DE SAÚDE**, incluindo a preparação da comunidade, dos serviços de saúde e de outros serviços no planeamento, simulação, coordenação e avaliação da resposta a surtos, emergências, desastres naturais ou o bioterrorismo; aumentando a flexibilidade e capacidade de resposta, a articulação interinstitucional e intersectorial, a capacitação para a gestão de recursos e para a comunicação em crise e o valor social do sistema de saúde.
- **AVALIAÇÃO DE IMPACTO NA SAÚDE (AIS)** das políticas dos outros setores (WHO Health Impact Assessment, 1999), orientada por princípios de participação cívica, equidade, desenvolvimento sustentável, ética da evidência e abordagem global de saúde (Quigley R *et al.*, 2006), com foco na equidade, na sociedade, ou no sistema de saúde. Estes processos geram conhecimento e apoiam a decisão e a parceria. A avaliação de impacto em saúde é uma ferramenta importante que ajuda a prever ou avaliar as consequências das diferentes ações e orientar a decisão quer ao nível do Sistema de Saúde quer no desenvolvimento de melhores práticas em Saúde Pública.

### 3.4.2. ENQUADRAMENTO

#### Legal, normativo, regulamentar e estratégico

12. Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, Base I) a proteção da saúde constitui "um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado". A promoção da Saúde Pública concretiza-se através da atividade do Estado, em articulação com a sociedade civil, nomeadamente com o terceiro setor. Os cidadãos, as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à proteção da saúde e a adoção de estilos de vida saudáveis (Lei 48/90, Base II).

- O Ministério da Saúde tem por missão definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis de recursos e a avaliação dos seus resultados (Decreto-Lei 86-A/2011). Coordena a sua ação com a dos ministérios que tutelam áreas conexas, cujos departamentos devem estar envolvidos em todas as actividades de promoção da saúde, nomeadamente nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia (Lei 48/90, Base VI).
- Salientam-se algumas instituições e agências com responsabilidades no desenvolvimento, administração, implementação, vigilância e monitorização e avaliação das políticas de saúde:
  - o Direção-Geral da Saúde (Decreto Regulamentar 14/2012), que regulamenta, orienta e coordena as atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e definição das condições técnicas para adequada prestação de cuidados; planeia e programa a política nacional para a qualidade

no sistema de saúde, bem como assegura a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda, coordena as relações internacionais do Ministério da Saúde;

- o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (Decreto-Lei 27/2012), que funciona como laboratório nacional de referência e observatório nacional de saúde;
- o Administrações Regionais de Saúde, I.P. (Decreto-Lei 22/2012), que garantem o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, a nível regional, adequando os recursos disponíveis às necessidades e executam políticas e programas de saúde na sua área de intervenção, dispondo de Departamentos de Saúde Pública, Planeamento e de Contratualização;
- o Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (Decreto-Lei 35/2012), que administra os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do SNS e promove a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, incluindo a formação de profissionais;
- o Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED) (Decreto-Lei 46/2012), que regula e supervisiona os setores dos medicamentos, dispositivos médicos e produtos cosméticos e de higiene corporal.

Quadro 3.4.8. Referências sobre Políticas Saudáveis:

#### INTERNACIONAIS:

- Declaração de Alma-Ata (1978). A responsabilidade dos estados e dos cuidados de saúde primários na saúde.
- Carta de Ottawa (1986). Promoção da Saúde nos Países Industrializados.
- Declaração de Adelaide (1988). Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis.
- Declaração de Sundsvall (1991). Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde.
- Declaração de Jacarta (1997). Promoção da Saúde no Século XXI.
- Declaração do México (2000). Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade.
- Carta de Bangucoque (2005). Promoção da Saúde num Mundo Globalizado.
- Carta de Tallinn (2009). Sistemas de saúde como motores de desenvolvimentos social.

#### NACIONAIS:

- Plano Nacional de Saúde 2004-2010 (DGS, 2004).
- Estratégias Locais de Saúde. Análise para o PNS 2011-16 (Santos A *et al.*, 2010).
- Políticas Públicas Saudáveis. Análise para o PNS 2011-16 (Ferrinho P, Rego I, 2010).
- Declaração para uma vida melhor (DGS, 2010).

O Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, abreviadamente designado por SICAD (Decreto-Lei 17/2012), com a missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências.

- As Autoridades de Saúde (Lei 48/90, Base XIX), a nível nacional, regional e concelhio, dependentes do Diretor-Geral da Saúde, garantem a intervenção em situações de grave risco para a Saúde Pública, tendo para isso funções e poderes especiais de vigilância e intervenção.

### Cuidados de saúde primários

13. No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, são de realçar:

- O Conselho Executivo dos ACES (Decreto-Lei 28/2008), responsável pela definição da política de saúde de âmbito local em articulação com a comunidade.
- Os Conselhos da Comunidade (Decreto-Lei 28/2008), como plataformas de ação intersectorial.
- Unidades de Saúde Pública (Decreto-Lei 81/2009) com funções de Observatório de Saúde da área geodemográfica em que se integram, competindo-lhes elaborar informação e planos em domínios da Saúde Pública, vigilância epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos e colaborar, no exercício das funções de autoridade de saúde.

### Plano nacional de saúde 2004-2010

14. A nível estratégico, é de referir o Plano Nacional de Saúde 2004-2010:

- O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 afirmou-se como um documento orientador para as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos da Saúde – governamentais, privados e de solidariedade social – e de outros setores de atividade, poderem assegurar ou contribuir para a obtenção de ganhos em saúde (DGS, 2004). É um documento enquadrador de programas de saúde, identificando áreas prioritárias e programas de saúde vigentes.
- As estratégias, planos, projetos e ações em saúde, decorrentes do PNS e com relevância para as políticas de saúde pública.

### Políticas intersectoriais

15. As políticas intersectoriais podem ser desenvolvidas nos vários níveis:

- A nível nacional, destacam-se o Conselho Nacional de Saúde Pública (Lei 81/2009), com representantes do setor público, privado e social. Identifica situações de risco através do Sistema de Vigilância em Saúde Pública e propõe os planos de contingência em situações de emergência ou calamidade pública.

**Quadro 3.4.9.** Iniciativas de outros ministérios com impacto na saúde e / ou parcerias com o MS, de Março 2005 a Outubro 2009 (Ferrinho P, 2010):

- **EDUCAÇÃO:** Educação para a Saúde, educação sexual, refeições escolares, modernização dos estabelecimentos de ensino, Plano de Leitura;
- **CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR:** Bolsas de investigação na área da saúde, Proteção Radiológica;
- **TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL:** Alargamento e apoio ao investimento de equipamentos sociais, rede de cuidados continuados, benefícios adicionais à saúde do idoso, rendimento social de inserção, Plano Nacional de Inclusão, Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade, Plano Nacional para a Promoção da Acessibilidade, Integração de Pessoas Sem-abrigo, Rede Social, Programa de Saúde e Termalismo Sénior, promoção de políticas de família e conselho consultivo das famílias, Sistema de Atribuição de Produtos de Apoio, formação dos técnicos de saúde nas necessidades especiais das pessoas com deficiência, promoção do direito à informação em saúde em formatos acessíveis, articulação nas respostas à pandemia de gripe, ondas de calor e vagas de frio;
- **PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS:** Programa CUIDA-TE, voluntariado na saúde “SNS Jovem”, PN para a Igualdade, PN contra a Violência Doméstica, PN contra o Tráfico de Seres Humanos, Integração de Imigrantes, estatísticas em saúde;
- **AMBIENTE E DE ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO:** Plano Nacional Ambiente e Saúde, transporte rodoviário de resíduos, centros integrados de recolha, valorização e eliminação de resíduos, Plano Estratégico para Resíduos Hospitalares, Protocolo Água e Saúde, registo, avaliação, autorização e restrição dos produtos químicos;
- **OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTES DE COMUNICAÇÕES:** Habilitação global para conduzir, redes de nova geração;
- **NEGÓCIOS ESTRANGEIROS:** Cooperação e internacionalização, Plano de Cooperação em Saúde da CPLP, acordos internacionais;
- **JUSTIÇA:** interrupção voluntária da gravidez, saúde nas prisões, centros educativos, certificado de óbito, Plano Nacional para Combate à Propagação de Doenças Infeciosas em Meio Prisional, Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Álcool;
- **ADMINISTRAÇÃO INTERNA:** Sistema integrado de segurança interna, Plano Nacional de Defesa da Floresta contra Incêndios, transporte de doentes, fiscalização da condução sob influência de álcool;
- **AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS:** Produtos alimentares, rotulagem;
- **CULTURA:** Gestão de documentos das instituições de saúde.



- **A** nível local, sobressaem os Conselhos da Comunidade já referidos, que integram representantes da autarquia, segurança social, escolas, instituições de solidariedade social, associações, do hospital de referência, das equipas de voluntariado social e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Este envolvimento abrangente permite a gestão local da saúde em todas as perspetivas.
- **E** de mencionar também a implementação das Estratégias Locais de Saúde, desenvolvidas em alguns Centros de Saúde, para concretizar os objetivos do PNS a nível local. Neste contexto contou-se com a participação ativa de autarquias e municípios, segurança social, instituições de ensino, instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e organizações não-governamentais, entre outros.

### Estudos sobre políticas saudáveis

16. O PNS 2004-2010 foi avaliado pela OMS-Euro e o relatório publicado pelo ACS pode ser consultado online (WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal, 2010). A OMS-Euro avaliou também o desempenho do Sistema de Saúde Português (WHO Portugal Health System Performance Assessment, 2010), com relevância para as políticas de saúde.

### Avaliações externas da OMS

- **C**omo conclusões, salientam-se: i) a necessidade que as políticas de saúde e sociais considerem diferenças e especificidades de grupos populacionais, incluindo de género, geográficas ou sociais; ii) que as respostas às políticas poderão exigir adaptação a contextos locais, comunitários e sociais; iii) que estes processos devem ser monitorizados, avaliados e acompanhados por sistemas de informação que incluam a desagregação por determinantes sociais.
- **D**as recomendações, salientam-se: i) desenvolver a liderança e incorporar a saúde em todas as políticas, fortalecer os mecanismos de coordenação interministerial e de intervenção intersectorial; ii) investir em ações de promoção da saúde, sensíveis a questões de género, de forma a intervir sobre os fatores de risco e integrar os determinantes sociais na Saúde Pública, na promoção da saúde e dos programas de prevenção da doença; iii) realizar um estudo sobre o impacto dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde, de forma a obter um perfil e identificar prioridades conducentes à sua redução; iv) reforçar as reformas dos cuidados de saúde primários e da saúde pública, como fundação para a obtenção de ganhos em saúde e melhor gestão das doenças crónicas; v) desenvolver um sistema de informação adequado que permita o reporte regular e a monitorização das necessidades de saúde populacionais, com um foco das iniquidades associadas aos fatores socioeconómicos; vi)

construir sobre as boas práticas retiradas dos casos de sucesso de políticas de saúde, ao abordar as principais causas de mortalidade e morbilidade.

### Análise no âmbito do PNS

17. O estudo Políticas Públicas Saudáveis (Ferrinho P, 2010) concretiza um levantamento sobre as políticas dos vários Ministérios com potencial impacto na saúde (quadro 3.4.7.) e recomenda:

- **C**riar sistemas de informação que integrem todos os setores, para a avaliação de impacto em saúde;
- **D**isponibilizar a evidência científica a decisores políticos e à população para melhor compreensão da causalidade que os diferentes fatores exercem sobre a saúde;
- **P**roporcionar formação aos profissionais de saúde, na aquisição de competências que lhes permitam trabalhar em conjunto com outros setores;
- **D**efinir os problemas de saúde e seus determinantes, de forma a dialogar e influenciar as políticas extra-setor da saúde mais relevantes;
- **A**umentar a participação do MS em áreas-chave, como no acesso a grupos de baixa escolaridade, na educação de seniores e outras medidas de envelhecimento ativo e saúde do idoso, nas políticas para a juventude e planeamento urbano.

### Avaliação do impacto na saúde

18. Dos escassos estudos de avaliação de impacto, salienta-se o Estudo de Avaliação de Impacto na Saúde (AIS) de Estratégias do Emprego, a decorrer até 2014, numa colaboração entre o Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge e a Direção-Geral de Saúde.

### Processos e instrumentos

19. Como processos e instrumentos de governação, há a considerar:

- **C**onselho Nacional de Saúde Pública (Lei 81/2009), com representantes do setor público, privado e social, que identifica situações de risco através do Sistema de Vigilância em Saúde Pública e propõe os planos de contingência em situações de emergência ou calamidade pública.

## Governança

- **As** Comissões de Acompanhamento do PNS 2004-2010, presididas pelo Alto Comissário da Saúde: Permanente, com representantes das ARS, DGS e ACSS e Plenária, com representantes das instituições do MS e de outros Ministérios, nomeadamente Educação, Trabalho e Solidariedade Social, Ambiente, Ordenamento do Território e Desenvolvimento Regional, Presidência do Conselho de Ministros, assim como um representante do Instituto Nacional de Estatística (Despacho 18800/2007).
- **Os** Programas Nacionais Prioritários da DGS (Despacho do SEAMS de 3 Janeiro de 2012), compreendendo o desenvolvimento do Programa Nacional para a Diabetes, Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA, Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, Programa Nacional para a Saúde Mental, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Programa Nacional para as Doenças Respiratórias e Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares. Sucederam as responsabilidades das Coordenações Nacionais para as áreas prioritárias do PNS 2004-2010 (doenças oncológicas, doenças cardiovasculares, HIV/SIDA, saúde mental), até 2011.
- **O** Observatório de Saúde (DGS, Circular Informativa 46/2006), cuja definição foi reformulada pela Direcção-Geral de Saúde. A ARS Norte constitui, em 2010, a Rede de Observatórios Locais de Saúde do Norte, formada pelas Unidades de Saúde Públicas e pelo Departamento de Saúde Pública da Região Norte, com um quadro de referência funcional explícito (DGS, 2010; ARS Norte, 2010).

## Informação

20. Para instrumentos de informação, sensibilização e educação do cidadão, como o Portal de Saúde, consultar a secção de CIDADANIA EM SAÚDE.

- **S**istema de Monitorização do PNS (ACS, Indicadores e Metas do PNS), microsite desenvolvido pelo ACS e expandido para um sistema de base geográfica e comunitária (ACS, WebSIG - Mapas Interativos); levantamento intersectorial das fontes de dados disponíveis com relevância para a saúde (ACS, Directório de Informação em Saúde);
- **S**IARS, sistema de informação em tempo real que congrega informação de vários sistemas informáticos de natureza administrativa e clínica, de apoio à decisão e monitorização de indicadores de desempenho (ACSS) a nível central, regional e local, na área da saúde;
- **P**ortal do INE, onde é possível aceder a informação de saúde, bem como de áreas temáticas associadas como ambiente, condições de vida e cidadania, educação, mercado de trabalho, população, proteção social, entre outras. No conjunto das publicações do INE, são de referir os "Anuários Estatísticos Regionais", que

constituem a publicação de referência no âmbito da informação estatística de escala regional e municipal, servindo de suporte às análises dos percursos de desenvolvimento regional e ao estudo de problemáticas de base territorial; refiram-se, ainda, os quatro dossiês temáticos: Território, Género, Indicadores Estruturais e Indicadores de Desenvolvimento Sustentável, assim como as publicações decenais com os resultados dos Recenseamentos Gerais da População e da Habitação. Quanto aos indicadores de saúde disponibilizados pelo INE, parte deles provém de inquéritos à população, nomeadamente o Inquérito Nacional de Saúde e o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, pelo que estes indicadores podem ser cruzados com variáveis de caracterização sociodemográfica, como género, idade, nível educacional, situação laboral e escalão de rendimento.

- **A**pesar de ainda se encontrarem em fase de desenvolvimento, podem ainda ser referidas, a título de exemplo, as seguintes fontes de informação intersectorial: o Sistema de Indicadores Ambiente e Saúde, preconizado no Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde 2008-2013 (Resolução do Conselho de Ministros 91/2008) e o Sistema de Informação e Avaliação da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, o qual tem por base uma grelha de indicadores de saúde que pretende monitorizar os projetos locais da Rede e servir de base aos Perfis de Saúde e aos Planos Municipais de Saúde (Rede Portuguesa das Cidades Saudáveis, 2010).

## Estratégias locais de saúde

21. Ao nível local, constituem processos e instrumentos para desenvolvimento de Políticas Saudáveis:

- **C**onselhos da Comunidade, já referidos, têm representantes da autarquia, segurança social, escolas, instituições de solidariedade social, associações, do hospital de referência, das equipas de voluntariado social e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. Este envolvimento abrangente permite a gestão local da saúde em todas as perspetivas.
- **E**stratégias Locais de Saúde, iniciativa do ACS, em parceria com a ENSP e as ARS, desenvolvida em cinco Centros de Saúde, para a concretização dos objetivos do PNS a nível local, envolveram a participação ativa de autarquias e municípios, segurança social, instituições de ensino, instituições particulares de solidariedade social (IPSS) e organizações não-governamentais, entre outros.

## Avaliação de impacto na saúde

22. A Avaliação de Impacto na Saúde está em fase de desenvolvimento e implementação, salientando-se as recomendações da DGS para a integração e apreciação da Componente Saúde Humana nos Planos Municipais de Ordenamento do Território (DGS, Circular Informativa 36/2009).

### Redes internacionais promotoras de políticas saudáveis

23. Portugal participa em redes internacionais promotoras de Políticas Saudáveis, quer ao nível da governação e representação, que integrando projetos, de que são exemplo:

- Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, integrando a Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS desde Junho de 2001, atualmente com 29 municípios membros apoiando, de forma organizada e cooperativa, estratégias locais conducentes a ganhos em saúde. A Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS dá ênfase aos ambientes promotores da inclusão social, literacia em saúde; ao desenvolvimento de serviços sociais e de saúde de resposta rápida; políticas promotoras da participação e *empowerment* de crianças e idosos; de ambientes sem fumo e de prevenção do consumo de álcool e drogas; fortalecimento dos sistemas de saúde locais e das parcerias na prevenção de doenças não transmissíveis; promoção de atividade física e alimentação saudável; o desenvolvimento de espaços e ambientes saudáveis; integração da saúde nos processos, programas e projetos de planeamento urbano saudável; implicações e o impacto para a Saúde Pública das alterações climáticas.
- Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (DGS, Escolas Promotoras de Saúde), suportada pelo Conselho da Europa, OMS-Euro e pela Comissão Europeia (Schools for Health in Europe) com o objetivo de promover escolas-modelo que demonstrem o impacto da promoção da saúde no meio escolar, através da educação para a saúde e envolvimento da comunidade educativa. No ano letivo 2004-2005, havia já 411 parcerias, das quais 261 (64%) pertenciam à região Centro (DGS, 2006). Este projeto foi concluído com a integração desta abordagem em todo o sistema educativo, sob coordenação do Ministério da Educação.

### Boas práticas e iniciativas políticas e intersectoriais

24. Neste domínio, sobressaem os seguintes exemplos:

- Planos de Contingência das Ondas de Calor (DGS, 2004), cujo principal objetivo é minimizar os efeitos do calor extremo na saúde através da avaliação precoce do risco e desenvolvimento de respostas apropriadas. Integra diversas instituições do setor da saúde (INEM, ARS) e externas (Proteção Civil, Agência Portuguesa do Ambiente, Instituto de Segurança Social, Instituto de Meteorologia, Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional, PSP, GNR, Bombeiros, paróquias, entre outros).
- Implementação da Lei do Tabaco (Lei 37/2007), pela articulação intersectorial (por ex., setor económico e fiscalização), a discussão social que envolveu e o compromisso de avaliação da sua implementação.
- Resposta à pandemia da gripe H1N1 em 2009, pelo envolvi-

mento social transversal que exigiu, articulando entidades públicas dentro e fora da saúde, entidades privadas e a comunicação social.

- Plataforma Laboral contra a SIDA (constituída em 2005 e coordenada pela Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida), que tem como objetivo a priorização da infeção pelo VIH/SIDA como uma questão laboral mediante a criação de uma rede de intervenientes de referência do setor que, em conjunto, elaborem políticas de empresa e guidelines sobre VIH/SIDA para o local de trabalho e contribuam para a sua implementação.

### Avaliação da capacidade de implementação de políticas saudáveis

25. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde publica anualmente o relatório de Primavera que descreve, analisa e avalia as áreas da governação, gestão e políticas de Saúde, evolução de doenças e fatores de risco, entre outros. Estes relatórios permitem uma avaliação independente e fundamentada das políticas de saúde e políticas dirigidas ao reforço do sistema de saúde (incluindo o envolvimento do cidadão), realizando avaliações regulares da governação e da contratação e elaborando recomendações.

### 3.4.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível da decisão política

26. Maximizar sistematicamente as oportunidades existentes e criar novas oportunidades, desenvolver a liderança e incorporar a saúde em todas as políticas, fortalecer os mecanismos de coordenação e de intervenção intersectorial, para maior impacto na saúde das políticas de outros setores, incluindo outros ministérios, autarquias, setor privado e terceiro setor, assumindo papéis de liderança, parceria, suporte e/ou advocacia aos níveis nacional, regional e local.

o A nível governamental, devem existir estruturas com um mandato claro de interação entre setores, mediação de interesses, identificação sistemática de oportunidades e avaliação da sua implementação, de forma proactiva e participada (WHO Declaração de Adelaide, 1988). Outros países têm sido bem-sucedidos a desenvolver estes mecanismos (Finlândia, Austrália do Sul, Reino Unido, Suécia) e estão identificados programas de saúde pública nos quais os mecanismos intersectoriais são essenciais, em áreas críticas como o consumo nocivo de álcool, consumo de tabaco, acidentes, saúde mental ou a prevenção da violência (WHO/Euro Equity, social determinants and public health programmes, 2010).

o A avaliação de impacto em saúde é uma ferramenta importante que ajuda a prever ou avaliar as consequências

das diferentes ações e orientar a decisão, quer ao nível do sistema de saúde quer no desenvolvimento de melhores práticas em Saúde Pública.

o Esta metodologia tem sido utilizada para estudar o impacto na saúde de políticas de ambiente, resíduos, saneamento, energia, transportes e comunicações, agricultura e alimentos, planeamento de espaços verdes e de lazer, habitação, cultura e turismo.

o Existem orientações, manuais e instrumentos nacionais para implementação de processos de avaliação a nível europeu (Eur Policy HIA).

27. Desenvolver e disponibilizar bases de evidência da efetividade e de custo-benefício das intervenções e políticas no âmbito da Políticas Saudáveis, incluindo Saúde Pública e impacto na saúde das políticas de outros setores, de apoio e influência na decisão e que incluem políticas nacionais, autoridades locais, profissionais de saúde, setor privado, setor social e população em geral.

o São exemplos de modelos de organizações: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) e o Public Health Interventions Cost Effectiveness Database do Yorkshire and Humber Public Health Observatory do Reino Unido, o NHS Health Scotland's Public Health Science Directorate.

28. Usar criticamente um referencial alargado e bem definido, para a avaliação de necessidades de saúde, identificação de determinantes de saúde, priorização de intervenções e monitorização/avaliação de impacto das políticas aos vários níveis e envolvendo os vários setores, que permita considerar e concretizar políticas e intervenções intersectoriais e multi-estratégicas nos vários níveis dos determinantes de saúde.

o A Saúde Pública deve participar na definição e medição das necessidades de saúde populacionais, desenvolvimento e priorização das intervenções e avaliação da adequação dos cuidados de saúde e dos serviços de saúde. Uma participação operacional inclui a previsão, contratualização e avaliação de serviços, planos de respostas a ameaças de saúde, intervenções multisectoriais e articulação a todos os níveis.

29. Integrar e disponibilizar informação longitudinal e georreferenciada de monitorização sociodemográfica de saúde, com indicadores, serviços e recursos a todos os níveis e de todos os setores que inclua as intervenções da responsabilidade dos vários níveis (nacional, regional, local) e agentes (instituições de saúde, autarquias, outros) e o impacto esperado na saúde (metas).

o A capacidade para definir necessidades em saúde de base comunitária, identificar o impacto dos determinantes de saúde, incluindo os determinantes ambientais, sociais e de acesso aos serviços de saúde e monitorizar o impacto das políticas na saúde é, de sobremaneira, dependente dos sistemas de informação, sua interligação e da produção / utilização de conhecimento multidisciplinar.

30. Promover e testar modelos de planeamento, financiamento, gestão conjunta e avaliação intersectorial de iniciativas e serviços com impac-

te na saúde, com vista a integrar multi-estratégias intersectoriais nas instituições.

31. Fomentar a avaliação sistemática das oportunidades nacionais, regionais e locais para o desenvolvimento de Políticas Saudáveis, com influência nos planos e atividades das instituições com responsabilidades políticas, de prestação de serviços em todos os setores; formação de profissionais e investigação.

32. Assegurar a preparação e a resposta intersectoriais a ameaças de Saúde Pública.

### A nível das instituições

33. Promover o diálogo, redes e parcerias de intervenções intersectoriais e multidisciplinares intra e inter-instituições, em processos de planeamento, prestação de serviços e avaliação.

34. Promover oportunidades de intervenção, formação e investigação intersectorial e multidisciplinar, com vista a reforçar a sensibilidade e as competências dos profissionais de saúde para a ação intersectorial e multidisciplinar, fomentar o trabalho em rede e em equipa e a intervenção ampla e integrada nos determinantes da saúde.

35. Utilizar os referenciais de informação, estabelecimento de prioridades, alocação de recursos, monitorização e avaliação comuns, de forma a permitir articulação de serviços e cuidados, a comparabilidade e identificação de boas práticas e a avaliação das instituições. Complementarmente devem desenvolver-se respostas específicas e inovadoras a necessidades de saúde prioritárias, com modelos que permitam a integração dessas respostas, a avaliação do seu impacto e a disseminação como boa prática.

36. Desenvolver a preparação e resposta a ameaças de Saúde (McCabe *et al.*, 2010; Guoqing H *et al.*, 2006; Nelson CD, 2008; Ransom MM, 2008), incluindo:

o Os sistemas de Vigilância Epidemiológica, relativos à função de deteção, registo, reporte, confirmação, análise e resposta em situação agudas ou mantidas (McNabb SJ *et al.*, 2002), incluindo a sua eficiência no suporte à decisão (Canada Health Surveillance Coordinating Committee, 2004);

o O planeamento de ações, comunicação e planos de contingência;

o A capacitação das instituições e dos profissionais através da formação, simulação e exercícios.

37. Reforçar as Estratégias Locais de Saúde (ELSA), como processos direcionados para a obtenção de ganhos em saúde através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais (Santos A *et al.*, 2010) como os Conselhos da Comunidade.

o As ELSA promovem a capacitação e o envolvimento das comunidades, dos cidadãos, de doentes e de cuidadores informais; devem ter um âmbito de ação suficientemente extenso para mobilizar um número considerável de atores e influenciar problemas de saúde significativos ou mais

vulneráveis a curto prazo (quick-wins); exigem capacidades de informação (por ex., perfis de saúde), análise, planeamento, negociação, trabalho em rede e de gestão.

o Dadas as suas características podem exigir processos de financiamento próprios, partilha de conhecimento e de experiências em rede e uma estrutura de governação que permita a criação de conhecimento e capacidade. A nível local existem modelos de suporte à planificação, implementação e avaliação (USA, CDC, 2000) de estratégias locais e comunitárias, com o suporte de formação, instrumentos e grupos consultores (Health Improvement Planning of Scotland), bem como evidência do seu efeito nas comunidades (Hayes S et al., 2010).

#### A nível dos profissionais:

38. Sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância da abordagem e intervenção intersectorial na saúde e desenvolvimento de competências que permitam otimizar o trabalho conjunto com profissionais de outros setores.

39. Promover a formação regular na área de Saúde Pública que inclua definição de políticas, planeamento, implementação, monitorização e avaliação e envolvimento de todos incluindo os destinatários.

#### A nível do cidadão:

40. Sensibilizar os cidadãos e a sociedade civil para o cumprimento das medidas de proteção e promoção da saúde.

41. Promover a participação ativa dos cidadãos nos processos de promoção e proteção da saúde, individual e coletiva.

### 3.4.4. VISÃO PARA 2016

#### A cultura de saúde é um capital social de elevado valor

As Políticas Saudáveis devem promover uma visão positiva de saúde como um recurso que permite ao cidadão, famílias e comunidades, a realização de todo o seu potencial. Com o aumento da literacia em saúde, do envelhecimento ativo e da prevalência das doenças crónicas, globalização e interculturalidade social, reforço das redes sociais e foco nas questões da sustentabilidade económica e ambiental, a resposta isolada, fragmentada e puramente técnica do sistema de saúde na prevenção e controlo da doença será cada vez mais insuficiente. As Políticas Saudáveis deverão promover uma cultura de saúde como um capital social em todos os contextos e atividades, privilegiando a qualidade de vida, a equidade, a redução das desigualdades sociais e as competências individuais e sociais.

#### A Saúde em Todas as Políticas é um pilar da governação central e local, procurando sistematicamente oportunidades para criação e otimização de Políticas Saudáveis, com o envolvimento dos vários setores

Os vários setores trabalham em conjunto, através de uma rede dos gabinetes estratégicos. Analisam o calendário legislativo das medidas com impacto potencial na saúde, otimizam a positividade desse impacto, realizam previamente estudos e análises de impacto e criam oportunidades para o reforço do trabalho intersectorial. Esse trabalho tem o forte apoio técnico das instituições de saúde e fora da saúde (públicas e não públicas), da academia, sociedades científicas e associações de doentes, permitindo a sua influência, contributo e envolvimento no planeamento, implementação, monitorização e avaliação das Políticas Saudáveis. Existe um modelo semelhante de rede intersectorial, a nível regional e local, que reforça as oportunidades de articulação sinérgica entre níveis.

#### Instituições, autarquias, ACES e Estratégias Locais de Saúde com respostas inovadoras e específicas, articuladas entre si e a nível nacional

As instituições, dentro e fora do setor da saúde (por ex., escolas, lares, prisões), as autarquias, os ACES, regiões, e outros níveis de planeamento, têm a capacidade e a responsabilidade de monitorizar o estado de saúde das populações que servem, e incluir ações de melhoria nos seus planos. O sistema de monitorização cria relatórios com modelos comuns de perfil de saúde, permitindo a análise longitudinal, a comparação do desempenho entre níveis, cálculo e projeção de indicadores, a deteção de especificidades locais e o apoio à decisão informada sobre ganhos potenciais, prioridades e impacto das intervenções. Existe um mapeamento temporal e geográfico e acompanhamento das intervenções relevantes em Saúde Pública que inclui as Estratégias Locais de Saúde. Os indicadores do estado de saúde e desempenho do sistema de saúde permitem cruzar dados socioeconómicos, ambientais, de recursos sociais, serviços e políticas locais e informam sobre desigualdades em saúde e sobre o contributo das organizações para a sua redução.

#### Uma Visão a médio/longo prazo sobre ganhos em saúde permite o desenvolvimento de Políticas Saudáveis, das instituições e dos profissionais

Existe um acordo social e uma visão a médio/longo prazo sobre as necessidades em saúde, ganhos potenciais e prioridades a nível nacional, regional e local, que permite planear, implementar e avaliar Políticas Saudáveis, de forma estável. As instituições compreendem a sua capacidade e responsabilidade pela obtenção de ganhos e são valorizadas pela sua adequação e desempenho. A governação reforça o sistema de saúde através de regulação, estratégias e instrumentos transversais que aumentam a capacidade, autonomia e o empowerment de instituições, profissionais de saúde e cidadãos. Instituições e profissionais têm retorno do desempenho, de forma a incentivar o desenvolvimento contínuo, o trabalho multidisciplinar, o envolvimento do cidadão e a satisfação profissional. É clara a interdependência dos profissionais, instituições e setores para a obtenção de ganhos em saúde.

### A evidência científica, a avaliação de custo-efetividade e de impacto fortalecem as Políticas Saudáveis

As Políticas Saudáveis são construídas e analisadas sobre uma base robusta de evidência científica. Têm prioridade as intervenções sobre as quais existe evidência de benefício custo-efetivo. Há avaliação sistemática do impacto das intervenções e programas de Saúde Pública e do impacto na saúde de políticas de outros setores. Esta cultura existe a nível central, regional, local e institucional e proporciona intensa troca de experiências e aprendizagem, discussão sobre recomendações e decisões de Saúde Pública e saúde em todas as políticas e fortalece a influência da Saúde Pública. Estes processos de monitorização, avaliação de oportunidades e de influência sobre as políticas de saúde e gestão dos recursos de saúde, de

forma articulada e integrada, aumentam a capacidade de resposta social e do sistema de saúde às necessidades e ameaças à saúde.

### A Saúde é fundamental para a realização, identidade e desenvolvimento social

A Saúde é fundamental para o bem-estar, identidade e desenvolvimento social. Reconhece-se que a Saúde contribui para o desenvolvimento económico e social e depende de outros setores como educação, economia, segurança social, ambiente, ordenamento do território, investigação e inovação, etc., pelo que os ganhos são resultados mais ou menos diretos destes setores e também influenciam os seus objetivos. Esta compreensão é política e social pelo que a importância e o discurso social sobre a saúde transcende a perspectiva individual, económica, de acesso e de qualidade dos serviços.



## 4. OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

### 4.1. OBTER GANHOS EM SAÚDE

“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.

##### Quadro 4.1.2. Modelo de Definição de Prioridades em Saúde



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;

**MODELO DE DETERMINANTES EM SAÚDE** em que se identificam, para os vários ganhos potenciais, quais os determinantes (fatores de risco, socioeconômicos, de acesso e qualidade dos serviços de saúde, etc.) com maior influência e interação entre si e com outros contextos;

**INTERVENÇÕES DISPONÍVEIS**: a perspectiva 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:

- Identificar as áreas e subsequentemente as intervenções com maior potencial para a obtenção de ganhos em saúde, incluindo a perspectiva da redução das desigualdades;
- Estabelecer a relação entre necessidades de saúde e a resposta do SdS (adequação) e, entre esta, e a utilização de

**Quadro 4.1.3.** A 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.

recursos (desempenho);

- Definir responsabilidade, objetivos, metas e intervenções dos agentes do SdS, através de modelos de determinantes;
- Serem baseados na informação existente, mas parte de um processo atualizável e evolutivo.

### – Indicadores para o cálculo de GPS

9. Os GPS apresentam uma perspectiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbidade, 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 perspectivas 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 selecionados. 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	<b>Número de anos de vida potenciais perdidos (AVPP)</b> – Causas evitáveis por prevenção primária; – Causas evitáveis por cuidados de saúde.	INE
Morbidade	<b>Taxa de internamento por 100 000 habitantes</b> – 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 óbi-



to, 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.

Selecionaram-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, coledoclitase 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;

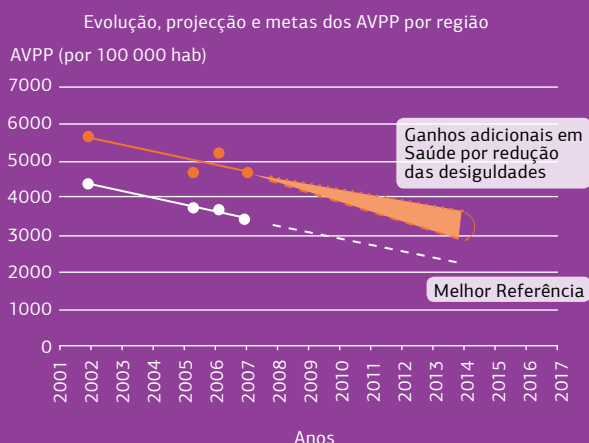
- Os GPS obtêm-se somando a diferença estimada para cada ano, e em cada unidade (p. ex. ARS), de 2010 a 2106, entre a evolução esperada (valor projetado) e a evolução resultante da progressiva redução das desigualdades para 50% em 2016 (meta). Os ganhos indicados são, desta forma, cumulativos.

– Processo de alinhamento

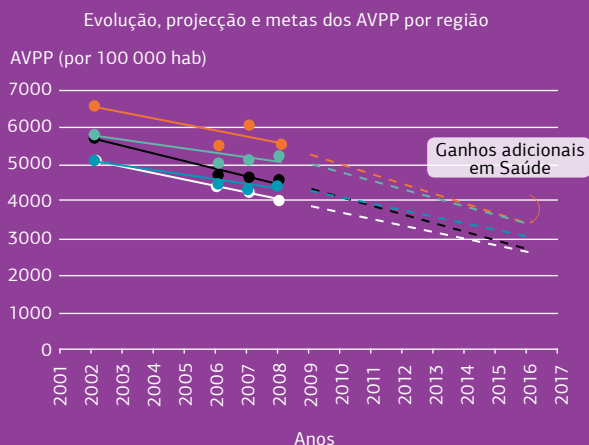
16. O estabelecimento de metas a um determinado nível deve ter reflexo no estabelecimento de metas nos níveis subsidiários, garantindo que o contributo dos vários níveis seja bem identificado e valorizado, numa cadeia hierárquica (FIGURA 4.1.2.).

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 projecção 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.

- 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);

Figura 4.1.2 Articulação entre os diferentes níveis de planeamento para obtenção de GPS



- 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);

Figura 4.1.3 Modelo de determinantes e desenvolvimento de intervenções



Fonte: Commission on Social Determinants of Health Priority Public Health Conditions Knowledge Network<sup>27</sup>

- 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.

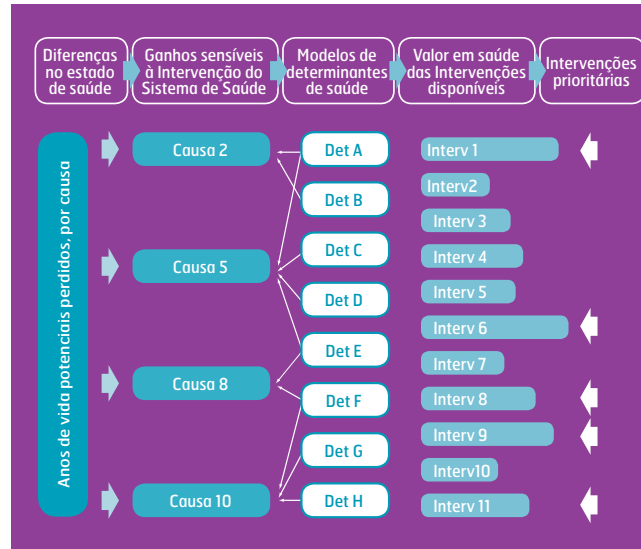
18. O Sistema de Saúde tem a responsabilidade de priorizar a resposta às áreas de maiores GPS, sendo que a alocação de recursos deve ter como finalidade suportar o conjunto de intervenções capazes de obter maiores ganhos (intervenções prioritárias). Dada a limitação de recursos e complexidade do sistema,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

#### – 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



- 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 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.

<sup>27</sup> 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](http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_scoping_paper.pdf), acedido em Fevereiro de 2011.

### 4.1.2. ENQUADRAMENTO

#### Mortalidade prematura (AVPP)

20. 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.

21. 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.

22. 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

23. 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 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.

**Tabela 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
Diabetes Mellitus*	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

#### Ganhos potenciais em saúde por redução da mortalidade evitável

##### – A nível nacional

24. 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.



**Tabela 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
Diabetes Mellitus	40	25	15
Doença isquémica do coração	124	153	-29
Suicídio e outras lesões auto-infligidas intencionalmente	144	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.

25. 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.

**Tabela 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	Meta	45,0	36,8	27,1	61,8	26,2	64,0
	Ganhos	241,5	25,5	1,5	94,3	VR	120,5
Acidentes de transporte terrestre	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	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	Meta	131,7	134,0	117,1	137,3	97,8	156,9
	Ganhos	532,4	126,3	64,5	137,3	VR	204,3
Diabetes Mellitus	Meta	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

26. 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.

## Internamentos sensíveis a cuidados de ambulatório

27. 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%).

**Tabela 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

Nota: INE, 2011

28. 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.



**Tabela 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
Diabetes Mellitus	34,3	38,9	39,7	39,4	39,9	39,3	35,9	38,3	37,1	30,0
Asma	39,9	39,8	36,4	35,5	34,6	30,4	36	29,8	28,6	29,5
DPOC	35,2	35,4	34,2	34,2	29,3	32	27,5	31,7	30,6	29,4
Epilepsia e grande mal	29,7	30,3	30,2	31,4	27,9	30,8	29,2	29	31,4	28,3
Insuficiência cardíaca	28,5	27,6	27,3	24,9	26,4	26,3	27,5	29,9	28,3	27,9
Angina pectoris	37,5	33,3	27,1	24,9	24,8	22,3	23,1	28,1	28,8	23,3
Hipertensão	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.

29. 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:



**Tabela 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
Diabetes Mellitus	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
Asma	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
DPOC	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
Epilepsia e grande mal	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
Insuficiência cardíaca	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
Angina pectoris	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
Hipertensão	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

30. 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

31. **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 (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 contri-

buto 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.

32. 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.

33. 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.

34. 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.

35. 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.

### A nível das instituições de saúde

36. 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.

37. 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.

38. 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

39. **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.

40. 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.

41. **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

42. **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

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

*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.*

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

*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 avali-*

ação. Têm uma perspectiva 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.

**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**

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

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 perspectiva 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.

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

Existe uma perspectiva 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 perspectiva 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.

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

### 4.2.1. CONCEITOS

**Qual a responsabilidade do sistema de saúde?**

1. O 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.

**Quais as perspetivas para a promoção de contextos saudáveis?**

**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;

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.

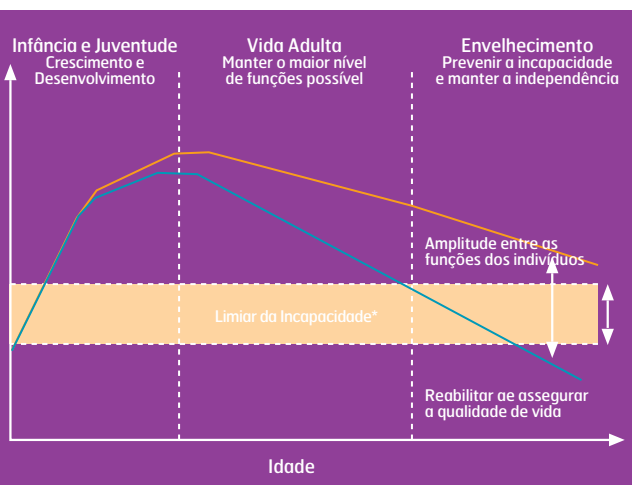
**– Necessidades e potencialidades ao longo do ciclo de vida**

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 perspectiva 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.

Figura 4.2.1 Perda do capital de saúde ao longo do percurso individual



Fonte: Active Ageing: A Policy Framework WHO, 2002

- 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;

**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;

- 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).

#### – Promover a responsabilidade sobre a saúde em cada contexto

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

- 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 concepção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias de vida.

- Há 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.

- Há 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 socio-económicas provoca efeitos adversos na saúde das crianças (OMS/Europa, website, 2011);
- Há 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);
- 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.

- Na União Europeia, as principais causas de morte são: doenças cardiovasculares, cancro, acidentes e o grupo das lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas. 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 autogestão 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 mais 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 mental como a depressão e a doença de Alzheimer. 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, hipovitaminoses, 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.

- 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);
- 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 optimização 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;
- **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;

**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.

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

**Quadro 4.2.5.** Aportunidades decorrentes da promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida:

#### A NÍVEL DA SOCIEDADE:

- i) Reforço da perspectiva salutogénica, adaptada às necessidades;
- ii) Maior expectativa social de colaboração intersectorial e partilha de responsabilidades na definição de políticas e 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 intersectorial e multi-institucional, trabalho em rede e participação das instituições.

#### A NÍVEL INSTITUCIONAL:

- vii) Partilha de recursos, mecanismos de gestão, conhecimentos e estratégias. Reforço das estratégias locais de saúde;
- viii) Capacitação, transparência e responsabilização social, capacidade de intervenção, evidência e identificação de boas práticas;
- 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 empowerment 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 intersectorial e multidisciplinar;
- xiii) Dificuldade em integrar a relação intersectorial 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

18. O enquadramento é desenvolvido pelo CICLO DA VIDA e pelos CON-TEXTOS, com a seguinte organização:

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

### Legal, normativo, regulamentar e estratégico

22. 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:

23. SITUAÇÃO DE SAÚDE (ver QUADRO 4.2.7):

#### 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





– Nascer com saúde

- 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 AVPP sensíveis aos Cuidados de Saúde e à Promoção da Saúde.

24. 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.

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

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

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

- Planeamento familiar e controlo das interrupções da gravidez;
- Seguimento adequado da grávida nos Cuidados de Saúde 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

27. SITUACÃO DE SAÚDE (ver QUADRO 4.2.8.):

**Quadro 4.2.8.** Nascer 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.

- 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;
- Os 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.

28. 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).

29. 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

30. SITUACÃO DE SAÚDE (ver QUADRO 4.2.9.):

- 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;



**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.

- 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.

31. 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.

32. 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).

## 33. 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);
- Programas do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT) / Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD): Programa Nacional de Redução dos

Problemas ligados ao Álcool (2009-2012); Plano Nacional Contra as Drogas e as Toxicoddependências (2009-2012); Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicoddependências (2009-2012);

- Do Instituto Português da Juventude (IPJ): Programa Cuidate (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).

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

- Determinantes de saúde: redução do consumo de tabaco e álcool; promoção da atividade física, sexualidade segura e condução segura e responsável;
- Controlo da doença respiratória crónica, nomeadamente asma;
- Testão 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**

## 35. SITUACÃO 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.;

**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.

- 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.

36. 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.

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

- **isenção de taxas moderadoras** para cidadãos com doença crónica, dadores de 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).

38. **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;
- **Estão da doença crónica.**

## – Envelhecimento ativo

39. **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.**

40. 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, Nº: 13/DGCG; DGS, 2004). Implementado em 2 ARSs Programa Nacional de Controlo da Dor (Norte e LVT). Programa Nacional de Saúde Oral, área específica para este grupo etário.

41. 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).

42. 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);

### 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.

- 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 nº 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 nº 187/2007 de 10 de Maio de 2007); Taxas moderadoras (Portaria nº 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).

43. Áreas com recomendações de intervenção a considerar:

- Estão 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

44. 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.).

### – Escolas

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

**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.

46. 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.

47. 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).

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

- 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

**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.

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%).

49. 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

50. 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 Acção 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

51. 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.

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

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

53. 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.

54. 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.

55. 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.

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

- **Reintegração dos cidadãos com patologia na sociedade;**
- **Estão 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

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

58. 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

59. **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.

60. **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 perspectiva individualista ou específica atendendo à fase do ciclo de vida, ao contexto ou instituições influentes;

- São exemplos: as recomendações às Escolas (Escola Saudável), da Plataforma Contra a Obesidade, para uma oferta alimentar saudável na cantina e bares escolares, incluindo sugestões de menus, identificação de barreiras à alimentação saudável na escola e construção de uma Política Alimentar Escolar, incluindo diagnóstico, implementação, monitorização e avaliação (<http://www.plataformacontraobesidade.dgs.pt>).

61. **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.

62. **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.

63. **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;

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

**64. 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 capítulo sobre 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.

**65. 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).

**66. 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 partici-**

**ção 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 perspectiva 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**

67. 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.

68. 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.

69. Desenvolver atividades de formação, intervenção e colaboração intersectoriais 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**

70. 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.

71. 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 intersectoriais com vista à promoção da saúde e prevenção da doença.

72. 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

73. 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

74. 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.

75. 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

**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.**

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, seja por esta, seja através de colaborações interinstitucionais e intersectoriais. 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.

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

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, intersectorial e inter-institucional. Estes critérios, e as respetivas redes, encontram-se bem tipificados e estabelecidos, 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 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.**

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 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.**

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 intersectoriais, 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.





## 4.3. REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

### 4.3.1. CONCEITOS

#### Responsabilidade do sistema de saúde

1. O SdS não se ocupa apenas da melhoria do estado de saúde dos indivíduos e das populações, mas também de proteger indivíduos e famílias do peso financeiro e social da saúde e da doença. Para este efeito e no respeito pelos valores e princípios sociais do SdS, este tem a responsabilidade de:

- Ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger social e economicamente o cidadão, a família e os cuidadores informais na promoção da saúde, prevenção da doença, no acesso a cuidados de saúde que incluem a reabilitação e os cuidados paliativos;
- Desenvolver os seus serviços e intervenções com base em critérios de custo-benefício e sustentabilidade, de forma a obter o maior retorno em GeS, valor económico e social com os recursos disponíveis.

2. A saúde é um capital humano e social inestimável, interdependente de capitais, como a educação e a riqueza. Mas, ao contrário destes, a saúde não pode ser acumulada.

3. A doença representa um custo acrescido para a maioria das pessoas, quer em cuidados diretos (por exemplo, medicação e exames complementares de diagnóstico), quer em custos indiretos (por exemplo, ausências ao trabalho e perda de produtividade, acesso aos cuidados médicos).

4. A solidariedade e justiça social significam que o peso da despesa é distribuído justamente de acordo com a capacidade de contribuir, e que as famílias não devem ficar empobrecidas como resultado da doença e da utilização dos serviços de saúde (WHO. The Tallinn Charter, 2008).

5. A proteção social universal é um meio fundamental para alcançar a equidade, melhorar a saúde e reduzir os riscos de doença que podem gerar a pobreza (WHO. Primary health care, 2008).

6. O custo do tratamento pode constituir um obstáculo ao acesso, à equidade e aos GeS, pois grupos socioeconómicos mais desfavorecidos terão menos capacidade para aceder aos cuidados de saúde se tiverem de pagar os cuidados no momento da sua utilização (Pereira et al, 2010).

#### Redução do impacto dos custos na saúde

7. Pode considerar-se impacto dos custos dos cuidados de saúde a dois níveis:

- Na proteção de grupos socioeconómicos desfavorecidos, ou seja, aqueles que se encontram abaixo de um limiar que dificulta o acesso aos cuidados de saúde;

o Encontram-se neste grupo as políticas de isenção de custos diretos com a saúde;

o As despesas diretas, sobretudo em doentes crónicos, os desempregados e os mais idosos, são consideradas o principal contribuidor para a situação de catástrofe financeira associada à doença, ou seja, um fator precipitante de pobreza (WHO Europe, 2009), ocorrendo nos que mais necessitam de cuidados de saúde (WHO. Primary health care, 2008). As despesas diretas não comparticipadas pelo Estado ('out-of-pocket expenses') constituem as mais lesivas e impeditivas de acessos aos cuidados de entre os mais desfavorecidos, e devem ser reservadas para acesso a cuidados não essenciais.

- Na redução do impacto dos custos em saúde nos cidadãos socioeconomicamente vulneráveis, prevenindo que as famílias possam empobrecer devido a situações de doença. Encontram-se neste grupo as políticas de comparticipação das despesas em saúde.
8. A proteção do impacto dos custos dos cuidados de saúde pode contribuir para a obtenção de GeS através:
- Na redução do impacto das desvantagens socioeconómicas e educacionais nos comportamentos promotores da saúde e de prevenção da doença;
  - Na proteção do acesso e da continuidade de cuidados de saúde, garantindo cuidados de qualidade que previnam a perda do capital individual de saúde e que promovam o regresso à vida ativa e produtiva logo que possível;
  - Na reabilitação e integração do cidadão com incapacidade temporária ou permanente, de modo a alcançar, o mais cedo possível, o seu potencial de saúde e de participação económica e social.

#### Sustentabilidade e ganhos em investimento

9. A sustentabilidade do SdS implica a procura de um equilíbrio satisfatório entre as necessidades de saúde, a capacidade para corresponder a estas necessidades (através de serviços de saúde, intervenções e políticas), e provisão de recursos necessários. A secção sobre 'SUSTENTABILIDADE DO SISTEMA DE SAÚDE' do PNS debruça-se sobre este tema.

10. Na perspetiva da sustentabilidade e dos ganhos em investimento, o SdS é tanto mais capaz de REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA quanto:

- Consiga intervir nas janelas de oportunidade para a prevenção e promoção da saúde, diminuindo os custos em saúde, produtividade e despesa acrescida pela intervenção tardia;
- Consiga maior retorno, mais equitativo, em GeS, aproximando a história de saúde dos cidadãos socioeconomicamente mais vulneráveis dos que têm melhores condições. Desse modo, o potencial de saúde de todos é maximizado;
- Reduza o desperdício, os cuidados de saúde e intervenções menos



eficazes e com menor relação custo-benefício, mobilizando esses recursos para cuidados com maior retorno.

11. Dada a capacidade crescente para melhorar os cuidados e serviços de saúde, e as necessidades de saúde indetermináveis, todos os sistemas de saúde tentam dirigir os seus recursos ao cumprimento das suas expectativas sociais e na obtenção de GeS, colocando limites, regras e políticas (por exemplo, tipos de serviços, tempos de espera, isenções e co-participações, etc.). De um melhor uso dos recursos, e da capacidade de gerar e mobilizar recursos, surge a possibilidade de reduzir o grau de racionamento e aumentar a capacidade de obter GeS com maior equidade.

12. Nesta perspetiva, a utilização racional e eficiente dos recursos, bem como a capacidade de gerar e distribuir estes, é condição necessária para a capacidade dos sistemas de saúde obterem GeS. Este aspecto é tão mais importante quanto o crescimento da despesa per capita em cuidados de saúde é muito mais determinado pela introdução de novas tecnologias e pelo crescimento da procura de cuidados, do que pelo aumento da prevalência das doenças crónicas (Pita Barros, 2008), e não sendo necessariamente acompanhada de resultados adicionais em saúde.

### Influência dos períodos de crise económica nos sistemas de Saúde

13. Períodos de crise propiciam, na sociedade e nas instituições, abertura à mudança mas aumentam a vulnerabilidades sociais e económicas à doença e ao seu impacto.

14. Também o padrão de comportamentos de saúde e de prevenção da doença pode alterar-se nestes períodos. Na perspetiva do SdS, face a situações de crise económica (WHO Europe, 2009), podem esperar-se os seguintes comportamentos:

- **A** cresce a vulnerabilidade individual e social e crescem as desigualdades entre ricos e pobres. O número de pobres aumenta, sendo as crianças e os idosos os mais vulneráveis. Os mais pobres adoecem mais e apresentam pior saúde que os mais ricos, enquanto estes vivenciam o fenómeno inverso: adoecem menos e apresentam níveis de saúde mais elevados (WHO Europe, 2010);
- **A**s despesas privadas decrescem como resultado de menor rendimento familiar;
- **A**s despesas públicas decrescem por menor retorno fiscal e necessidade de realizar investimentos impulsionadores da economia;
- **D**os investimentos em saúde são adiados ou redirecionados para a manutenção dos níveis de serviços;
- **A** utilização dos serviços de saúde taxados decresce, com um aumento de recorrência ao Serviço Nacional de Saúde subsidiado e sem custos diretos;
- **A**umentam as diferenças no acesso e na qualidade dos serviços e há redução da capacidade de resposta adequada às necessidades de saúde. A satisfação com os serviços pode diminuir.

15. Nos períodos de crise económica os SdS devem focar-se em proteger aqueles com maiores necessidades e vulnerabilidades sociais e económicas; concentrarem-se nas áreas onde são mais efetivos e onde devolvem maior valor em saúde; serem agentes económicos inteligentes, em termos de investimento, despesas e empregabilidade (WHO Europe, 2009).

### PERSPETIVAS CHAVE PARA O REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA.

#### Redução do impacto económico e social da doença

**Quadro 4.3.1.** Perspetivas chave para o reforço do suporte social e Económico na saúde e na doença

- Redução do impacto económico e social da doença;
- Garantia de cuidados de saúde de qualidade, assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias;
- Complementaridade e concorrência dos Serviços Públicos e Privados;
- Valorização social e económica da saúde e do Sistema de Saúde.

16. O pagamento dos cuidados de saúde é feito por diferentes vias: impostos diretos e indiretos; contribuições para subsistemas de saúde, públicos ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos diretos efectuados no momento do consumo (taxas moderadoras) (Pita Barros, 2008). Uma elevada proporção de pagamentos diretos limita a acessibilidade aos cuidados de saúde e coloca um peso indevido nos agregados familiares mais pobres.

17. Existem igualmente questões acerca de dupla cobertura dos serviços de saúde. Os serviços de saúde básicos com cobertura para todos os residentes em Portugal são prestados através do SNS, que é financiado publicamente e maioritariamente através de receitas tributárias. No entanto, perto de um quinto da população tem, igualmente, uma cobertura de seguro através de subsistemas de saúde, que estão distribuídos em função da categoria profissional ou emprego. Esta cobertura pode ter como resultado o facto de alguns indivíduos terem um acesso mais rápido e mais fácil aos serviços de saúde (WHO Europe, 2010).

#### Garantia de cuidados de saúde assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias

18. Embora seja necessário complementar a proteção social com o financiamento é sempre necessário:

- **I**dentificar os grupos excluídos ou vulneráveis e desenvolver mecanismos sociais específicos (WHO. Primary health care, 2008);

- Abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde através de políticas intersectoriais aos vários níveis (Health 2015. Public Health Programme. Finland, 2001).

**Concorrência e complementaridade dos serviços públicos e privados**

19. Os SdS têm de encontrar equilíbrios complexos entre interesses tendencialmente divergentes: generalização versus especialização e concentração de recursos; acessibilidade versus liberdade de escolha; decisão fiduciária e informação assimétrica versus responsabilidade individual; interesse do doente versus interesse da instituição com recursos limitados e/ou de fins lucrativos.

20. Numa perspetiva de complementaridade, contrastam-se os objetivos, vantagens e eventuais limitações, necessariamente tipificadas, destes 3 conjuntos:

21. A existência destes 'conflitos' dentro do próprio SdS é a razão pelo qual este não pode ser entendido apenas na perspetiva de uma simples lógica de mercado, e pela qual o desempenho e qualidade das instituições e dos profissionais deve ser demonstrado, contribuindo para a sua accountability e valor social.

22. A diversidade de respostas surge com a co-existência de vários sistemas de saúde, que competem entre si e que alargam o leque de oferta ao cidadão. No âmbito do SdS, podem-se diferenciar 3 conjuntos

de instituições e organizações prestadoras de cuidados de saúde, com objetivos e naturezas próprias:

- Serviço Nacional de Saúde, com o objetivo de efectivar, por parte do Estado, a responsabilidade de proteção da saúde individual e coletiva (Lei n.º 11/93);
- Instituições Particulares de Solidariedade Social com objetivos de saúde (Lei n.º 48/90) (Decreto-Lei n.º 119/83);
- As organizações de saúde privadas com fins lucrativos.

**Valorização social e económica da saúde e do sistema de saúde**

23. Para além do seu valor intrínseco, a saúde contribui para o bem-estar social através do seu impacto no desenvolvimento económico, competitividade e produtividade (WHO. The Tallinn Charter, 2008).

24. O SdS deve demonstrar aos outros sectores e à sociedade que serviços de saúde acessíveis e com elevada qualidade são uma forma efetiva e eficiente de prevenir e reduzir a pobreza e as desigualdades sociais, e que os investimentos inteligentes na saúde, como promoção da equidade, contribuem para o desenvolvimento económico com coesão social.

**Quadro 4.3.2** Comparação de tipos de organização de cuidados de saúde

	Serviço Nacional de Saúde	IPSS com objetivos de saúde	Organizações de saúde com fins lucrativos
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem por objetivo assegurar a resposta às necessidades de saúde através de cuidados de saúde e efetivação de políticas de saúde, de acordo com a responsabilidade do Estado e usando os recursos deste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem como objetivo responder a necessidades específicas de grupos de população, mobilizando e criando recursos sociais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tem como objetivo a obtenção de receitas através da resposta</li> </ul>
VANTAGENS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade pelas necessidades em saúde coletiva e individual;</li> <li>• Integração de serviços de saúde;</li> <li>• Foco na satisfação da população / comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foco na adequação dos cuidados às necessidades e expectativas de grupos específicos;</li> <li>• Empowerment de grupos com necessidades de saúde específicas na construção de cuidados próprios;</li> <li>• Foco na satisfação de subgrupos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta de serviços diversificada e ampliação da liberdade de escolha;</li> <li>• Liberdade de organização e gestão, sendo responsáveis por propor serviços e cuidados que justifiquem a sua sustentação e valor económico;</li> <li>• Possibilidade de oferecer serviços e acesso a tecnologias inovadoras sem demonstração de custo-efetividade, na perspetiva social.</li> <li>• Foco na satisfação individual.</li> </ul>
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipificação dos cuidados prestados;</li> <li>• Gestão dos recursos sob uma perspetiva de bem social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oferta limitada de cuidados, e integração com os restantes cuidados;</li> <li>• Capacidade reduzida para a prestação de cuidados dispendiosos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem distribuição ou distribuição limitada de riscos, suscetibilidade individual às despesas e uso de tectos para as despesas pré-pagas em saúde.</li> </ul>

**Quadro 4.3.3.** Aportunidades decorrentes do reforço do suporte social e económico na saúde e na doença:

**PARA O CIDADÃO:**

- xiv) O cidadão tem o Sistema de Saúde, quer público, quer privado na sua perspetiva solidária ou mutualista, como recurso e garantia sólida e continuada de apoio social na saúde e na doença, confiando que a sua saúde será protegida independentemente da sua situação social ou económica, e que este não empobrecerá devido às necessidades de cuidados de saúde;
- xv) O cidadão tem expectativas informadas e realistas sobre os custos reais e esperados dos seus cuidados de saúde, bem como uma perceção do componente solidário que constitui os seus cuidados de saúde;
- xvi) O cidadão faz uso adequado dos recursos para apoio social e económico, ajudando a reduzir as iniquidades em saúde e é apoiado neste processo pelas instituições e profissionais de saúde.

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- xvii) O profissional torna-se agente mais capaz e com mais potencial para promover o empowerment ao considerar as dimensões sociais e económicas da sua decisão e da sua atividade, e um recurso mais útil ao cidadão;
- xviii) As organizações confiam nos profissionais o bom juízo e a boa gestão de recursos, reduzindo as barreiras administrativas e financeiras e investindo na sua atividade.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- xix) A instituição participa mais do contrato social, e obtém maior reconhecimento social, ao incluir objetivos de apoio social e económico nas suas atividades, monitorizar e avaliar do impacto, divulgando resultados e partilhando boas práticas;
- xx) A instituição consegue melhores resultados de eficiência e GeS ao incluir uma perspetiva social e económica na sua atividade, ao reduzir o impacto destes fatores no acesso, qualidade, continuidade de cuidados e resultados em saúde.

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- xxi) Maior valor social decorrente da oportunidade e capacidade do Sistema de Saúde identificar e apoiar as situações de carência social e económica, numa perspetiva intersectorial e aos vários níveis (nacional, regional, local);
- xxii) Ao reduzirem-se as iniquidades, decorre maior retorno GeS, económico e social, reforçando o valor da solidariedade social;
- xxiii) Incorporação de expectativas realistas e responsáveis sobre a capacidade e a resposta do sistema de saúde, dos recursos possíveis e sua distribuição pelos gradientes sociais, bem como do valor acrescentado de investimentos na saúde;
- xxiv) Maior autonomia dos agentes do sistema de saúde, ao associarem preocupações com a gestão e distribuição de recursos à redução das desigualdades e ao apoio social e económico dos cidadãos.

**Quadro 4.3.4.** Ameaças ao reforço do suporte social e económico na saúde e na doença:

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Processos demasiado burocráticos, garantistas e complexos de obtenção de apoio social e financeiro;
- ii) Apoios insuficientes que no âmbito, duração e montante, para cumprirem os seus objetivos e responderem às necessidades.

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iii) A ação e as implicações sociais e económicas da decisão e da atividade dos profissionais de saúde devem ser entendidas como fora do âmbito da sua responsabilidade profissional e social, e como tendo objetivos meramente economicistas;
- iv) Baixa perceção do real impacto dos determinantes socioeconómicos no percurso de saúde e de doença do cidadão individual;
- v) Dificuldade em manter-se atualizado, identificar, aconselhar ou referenciar situações de carência social e económica;
- vi) Instrumentalização dos serviços de saúde com fins da obtenção ilegítima de apoios sociais e económicos.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- vii) Baixa valorização e incentivo de ações institucionais

- conducentes a um melhor apoio social e económico;
- viii) Dificuldade em monitorizar e avaliar do impacto de intervenções institucionais.

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- ix) Dificuldade na obtenção e cruzamento de dados que permitam identificar barreiras socioeconómicas no acesso, qualidade, continuidade e resultados em saúde, bem com identificar grupos socioeconomicamente vulneráveis ou medir do impacto na saúde de políticas sociais ou da redistribuição de recursos;
- x) Dificuldade em medir o retorno em GeS, económicos ou sociais decorrentes do investimento em medidas conducentes à redução das iniquidades e no apoio a situações socioeconomicamente vulneráveis;
- xi) Discussão política e social sobre o papel do Sistema de Saúde nas garantias e no apoio social e económico demasiado centrado nos princípios, valores e ideologias político-sociais, sem tradução em decisões equilibradas e sustentáveis, de maior retorno em GeS e na economia, respeitadoras das reais capacidades do país.

### 4.3.2. ENQUADRAMENTO

#### LEGAL, NORMATIVO, REGULAMENTAR E ESTRATÉGICO

##### Direito Constitucional

25. Cada indivíduo deve aspirar pelo melhor estado de saúde possível, como um direito humano fundamental (ONU, 2000). O direito à saúde é enquadrado nas obrigações de Portugal enquanto membro da ONU, UE, da OMS e da OCDE.

26. O direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover está constitucionalmente consagrado (Artº 64º. Constituição da RP. 2005) numa dupla dimensão: a saúde individual e a coletiva – saúde pública (Provedoria de Justiça. Lisboa, 2008).

27. O Estado Português caracteriza-se pelos princípios do Estado Providência e de bem-estar social. Desempenha as funções de promoção e proteção da saúde dos cidadãos e garante a coesão social. A Constituição do Estado Português (VII Revisão Constitucional, 2005) e a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79) determinam que os serviços de saúde são universais e tendencialmente gratuitos.

##### Lei de bases da saúde

28. O SNS é definido como o conjunto ordenado e hierárquico de instituições públicas e prestadores oficiais de cuidados. Posteriores alterações à Lei de Bases da Saúde introduziram alterações no que toca à gratuitidade do acesso ao sistema e ao reconhecimento explícito do papel do sector privado (Lei n.º 48/90, Lei n.º 27/2002).

##### Financiamento dos cuidados de saúde em Portugal

29. O pagamento dos cuidados de saúde em Portugal é feito por diferentes vias: impostos diretos e indiretos (IRS, IRC e IVA); contribuições para subsistemas de saúde, públicos (e.g. ADSE) ou privados; prémios de seguros privados; e pagamentos diretos efetuados no momento do consumo (taxas moderadoras, co-pagamentos) (Pita Barros, 2008). O modelo de financiamento do SNS assenta, tradicionalmente, nas receitas dos seus impostos (Provedoria de Justiça. Lisboa, 2008).

##### Despesas totais em saúde

30. À semelhança da maioria dos países desenvolvidos, as despesas totais em saúde em Portugal, tanto em percentagem do PIB como per capita, têm aumentado significativamente na última década. No entanto, nos últimos anos, uma quantia desproporcional deste aumento teve origem em fundos privados que originam uma diminuição da

percentagem dos gastos financiados pelo setor público. As despesas privadas em saúde em percentagem do total das despesas em saúde mantiveram-se de um modo consistente acima da média da UE-15 (WHO Europe, 2010).

##### Despesas diretas em saúde

31. Os gastos privados diretos (co-pagamentos e de partilha de custos) representam valores acima de um quinto do total (20%), enquanto a maioria dos países da UE-15 têm taxas abaixo de 17%, sendo que a OMS propõe uma taxa de 15%, ou inferior, como sendo a mais eficaz na proteção contra gastos familiares em cuidados de saúde catastróficos (WHO Europe, 2010).

32. Verifica-se que 8% das famílias no quintil de rendimentos mais baixos declararam que gastam mais de 40% das suas despesas não alimentares, em cuidados de saúde e medicamentos (WHO Europe, 2010).

##### Cobertura dos serviços privados de saúde

33. A sobreposição da prestação de cuidados entre serviços públicos e privados não pode ser entendida de uma forma simples, dado que o cidadão com seguro de saúde mantém contribuições para o SNS e direito de acesso. Cerca de um quinto da população tem dupla cobertura de seguro através de subsistemas de saúde, em função da categoria profissional ou emprego, de que pode resultar um acesso mais rápido e mais fácil aos serviços de saúde (WHO Europe, 2010).

##### Impacto dos determinantes socioeconómicos na saúde

34. Portugal mostra uma elevada taxa de desigualdade relacionada com o rendimento na utilização de serviços médicos. Entre os 13 países da UE-15 ficou classificado em último lugar na desigualdade relacionada com o rendimento na utilização das consultas de especialidade e em penúltimo nas consultas de médicos de família (WHO Europe, 2010).

##### Estratégias e instrumentos de proteção económica e Social

35. Têm vindo a ser desenvolvidas um conjunto de respostas sociais e económicas na doença que pretendem minimizar as barreiras que impedem os cidadãos de aceder aos cuidados de saúde e que a sua condição socioeconómica se não deteriore em função do seu estado de saúde.

### Oferta de serviços com atenção à equidade

36. Em Portugal, nos últimos anos, o SNS tem expandido a sua oferta de serviços com atenção à equidade. São exemplos:

- Programa Nacional de Saúde Oral, destinado a crianças, jovens (até aos 16 anos), grávidas e idosos (beneficiários complemento solidário para idosos), comparticipa serviços de saúde oral privados com a distribuição de cheque-dentista; O apoio à procriação medicamente assistida (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, DGS);
- implementação das Unidades de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP), unidades funcionais dos ACES, implementadas com a reestruturação organizacional dos Cuidados de Saúde Primários, permitindo a definição de um perfil de serviços comunitários mais alargados.

### Taxas moderadoras

37. Como estratégia, moderação e promoção do acesso adequado aos serviços, o impacto das taxas moderadoras como possível barreira económica no acesso e utilização dos serviços necessários pretende ser relativamente pequeno, o que se deve às diversas isenções e a um propósito essencialmente regulador da procura, ao constituírem um valor abaixo do custo real do serviço.

- sistema de isenções de taxas moderadoras nos serviços de saúde baseia-se em quatro critérios que reduzem a seletividade no benefício que pretendem: incapacidade económica; prestação de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas e medidas de prevenção e promoção de cuidados; grupos particularmente vulneráveis (como grávidas e parturientes ou crianças até 12 anos); e grupos benévolos (Decreto-Lei nº 113/2011).

### Comparticipação das despesas com medicamentos, MCDT e transporte

38. Como medida de proteção económica existe a comparticipação parcial ou total de medicamentos [e.g. comparticipação total dos medicamentos genéricos aos indivíduos com rendimento mensal inferior ao salário mínimo (Decreto-Lei nº 118/92, Decreto-Lei nº 129/2009)], aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, assim como apoio ao transporte de doentes (Despacho nº 19264/2010).

### Subsídios e apoios sociais gerais

39. Dos recursos individuais de apoio social e económico na doença, salienta-se a reforma e pensão por invalidez, o subsídio de doença de curta ou longa duração, o complemento por dependência e os benefícios associados a despesas de saúde, como por exemplo deduções fiscais.

### Subsídios e apoios sociais na maternidade e paternidade

40. Existem instrumentos e recursos de apoio familiar na área do suporte social e económico na saúde e na doença que contribuem para garantir equidade em fases particularmente vulneráveis do ciclo de vida, como seja durante a gravidez, após o parto ou na adoção, como sejam o subsídio social por risco clínico durante a gravidez e por interrupção de gravidez e riscos específicos; o subsídio de maternidade; o subsídio de assistência à família; entre outros.

### Respostas sociais e económicas para o idoso

41. Para o cidadão sénior existem instrumentos de apoio socioeconómicos específicos, nomeadamente o complemento solidário para idosos, com cobertura suplementar específica para medicamentos e outras necessidades de saúde.

42. No sentido de uma organização e responsabilidade da sociedade civil estão constituídas comissões que se dedicam a áreas específicas de ação na saúde do idoso, como sejam: a Comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e aos Cidadãos em Situação de Dependência; e a Comissão de Acompanhamento do Programa Saúde e Termalismo Sénior 2007 (Ferrinho et al, 2010).

### Respostas sociais e económicas para o trabalhador

43. No contexto da segurança no trabalho existem apoios e recursos socioeconómicos, designadamente: os subsídios por incapacidade resultante de doença profissional e o subsídios por acidente de trabalho.

### Programas e apoio de inserção

44. Um dos instrumentos de apoio, quer financeiro quer técnico, na contratação de pessoas com especiais dificuldades de inserção, são os programas e medidas específicas, designadamente: Contrato Emprego-Inserção; Contrato Emprego-Inserção+; Programa Empresas de Inserção; Programa Vida-Emprego; ou ainda programas e medidas diri-

gidas especificamente à integração de pessoas com deficiência (IEFP, 2010).

### Respostas sociais e económicas para o cidadão com deficiência e incapacidade

45. O Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P. (IFP), proporciona, em adição ao conjunto de apoios que atribui no âmbito dos programas e medidas ativas de emprego de carácter geral (alguns dos quais apresentam majorações ou condições específicas para pessoas com deficiências e incapacidades), um conjunto de instrumentos de apoio específicos, de natureza técnica e financeira, previstos no Programa de Emprego e Apoio à Qualificação das Pessoas com Deficiências e Incapacidades (Decreto-Lei nº 290/2009).

### Estratégias para o cidadão portador de deficiência

46. Para o cidadão portador de deficiência, o Instituto Nacional de Reabilitação, I.P. (INR), desenvolve ações de acordo com o reconhecimento da dignidade, integridade, liberdade e dos seus direitos fundamentais, promovendo a transversalidade das questões relacionadas com a deficiência nas várias áreas de actuação política, apoiada no suporte legislativo existente (Decreto-Lei nº 38/2010).

- Um dos instrumentos utilizados neste contexto é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) do indivíduo, cujo objetivo é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde (OMS, DGS, 2004);
- Na sequência do cumprimento das obrigações incumbidas ao abrigo da Convenção da Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CNUDPD), as ações desenvolvidas dão seguimento à recente Estratégia Europeia para a Deficiência 2010-2020, "Compromisso renovado a favor de uma Europa sem barreiras". Esta estratégia europeia visa essencialmente a capacitação das pessoas com deficiências para que possam usufruir de todos os seus direitos numa base de igualdade com as outras e a eliminação dos obstáculos na vida diária (INR, 2010);
- Outro instrumento de articulação é a Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013 (ENDEF) (Resolução CM nº 97/2010). Atribui especial importância à área da promoção dos direitos e da qualidade devida das pessoas com deficiências e incapacidades. Dá continuidade a um planeamento de políticas públicas, transversal a vários ministérios, que combatam a discriminação e garantam a participação ativa das pessoas com deficiências e incapacidades nas várias esferas da vida social.

### Estudos e fontes de conhecimento

47. O INE realiza anualmente, desde 2004, o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) no quadro do Regulamento relativo às estatísticas do rendimento e das condições de vida na Comunidade (EU-SILC). O inquérito incide sobre o rendimento e as condições de vida da população residente no País, incluindo um conjunto de observações relativas à autoapreciação do estado de saúde, à existência de problemas de saúde de longa duração e à falta de acesso a consultas de medicina e de medicina dentária. A recolha de dados sobre a existência de problemas de saúde de longa duração concorre para o cálculo anual do indicador Esperança de vida saudável (Healthy Life Years).

48. Estes indicadores podem ser desagregados por variáveis demográficas (sexo, idade), nível educacional, situação laboral e escalão de rendimento.

49. A OCDE, no seu relatório Your Better Life Index, indica que, em 2010, 66% dos adultos no quintil com maior rendimento autoapreciava a sua saúde como 'boa' ou 'muito boa', percentagem que reduzia-se para 33% no quintil com pior rendimento. Esta desigualdade na autoapreciação do estado de saúde colocava Portugal em último lugar dos países da OCDE quanto às desigualdades sociais associadas ao rendimento (OCDE, 2012).

50. No conjunto dos países europeus da UE, Portugal tinha o valor mais elevado de desigualdade nos rendimentos (Gini Index de 43,3 para o ano 2000) (Förster et al, 2005).

51. Verifica-se em Portugal, tal como noutros países, valores mais elevados de doença auto-reportada nos grupos com desvantagem económica e social, que não é associada a uma utilização mais frequente do SNS, mesmo quando essas pessoas têm isenção de taxas. Esta utilização não depende também em exclusivo, da existência de serviços. Estas desigualdades parecem ser mais acentuadas nos sem-abrigo e dos alcoólicos (Santana, 2002).

### Avaliação e recomendações

52. A saúde em Portugal deve ser alvo de reformas para, num quadro de sustentabilidade, continuar a garantir a qualidade dos cuidados prestados e assegurar a competitividade da cadeia de valor envolvente (Health Cluster Portugal, 2010).

53. Um dos desafios para o SdS português é o de consolidar e continuar a melhorar os recentes GeS, em conjunto com a melhoria da equidade em saúde e a maior capacidade de resposta às expectativas dos portugueses através da adequação dos serviços às necessidades da população saúde (WHO Europe, 2010).



### 4.3.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível da decisão política

**54. Reforçar os mecanismos de solidariedade e apoio social na promoção da saúde e na resposta a necessidades temporárias ou permanentes de saúde,** com foco nos que mais necessitam.

- Seguir e definir políticas de comparticipação e de contenção de custos, compras de serviços de cuidados de saúde, produtos farmacêuticos e de reabilitação, que reduzam as despesas em saúde diretas e indiretas e respeitem o gradiente da capacidade socioeconómica do cidadão e das famílias, com foco particular nas doenças crónicas, raras, incapacitantes de forma prolongada e doenças com elevados custos de tratamento;
- Rever os elementos mais regressivos do sistema de financiamento de modo a melhorar a equidade na saúde. Deve ser dada uma atenção particular às barreiras económicas à acessibilidade aos cuidados de saúde, como um nível relativamente elevado de pagamentos diretos nos serviços e de comparticipações em Portugal que poderão requer políticas de redução do seu impacto, em especial para as famílias mais desfavorecidas;
- Investir nos cuidados de proximidade que permitem ao doente manter-se próximo da casa, minimizando os gastos com deslocações e faltas ao emprego (Pereira et al, 2010);
- Adotar uma carta de princípios de apoio a mecanismos pré-pagos que garantam a gratuidade tendencial da prestação e a solidariedade financeira e intergeracional num espírito de sustentabilidade financeira do SNS, de responsabilização do cidadão e de valorização do contrato social;
- Desenvolver liderança e investir na capacitação para incorporar a saúde em todas as políticas e fortalecer os mecanismos para uma coordenação interministerial e uma acção intersectorial centrada no reforço do suporte social e económico na saúde e na doença. Várias são as parcerias que permitem potencializar as respostas existentes, como são exemplos:
  - o MTSS, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersectoriais estruturadas e sustentáveis que promovem um aumento dos GeS e a redução das desigualdades (e.g. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados);
  - o Organismos privados com fins não-lucrativos, como as Misericórdias, Associações e Organizações Não-Governamentais, que funcionam como parceiro fundamentais numa estrutura de suporte social e económico na saúde e na doença.
- A nível internacional, os países têm procurado reforçar os mecanismos de solidariedade social existentes através de vários tipos de respostas (WHO. Primary health care, 2008) (NHS, 2009), nomeadamente: subsídios e pensões para os mais necessitados (International Labour Organization, 2005) (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001); financiamento por seguros

sociais pré-pagos (Correia de Campos, 2008) (Pita Barros et al, 2008); medidas intersectoriais de combate ao desemprego e reintegração na vida ativa; saúde ocupacional para indivíduos com incapacidade (Health in Germany, 2008); apoio aos cuidadores informais de idosos e cidadãos dependentes (Ministério da Saúde, Brasil, 2007); entre outros.

o A maioria dos países opta por reforçar o papel dos Cuidados de Saúde Primários, assim como recorrer a abordagens intersectoriais enfatizando o papel dos agentes locais do setor da saúde e da segurança social, especificamente: na área da cooperação e incentivos ao trabalho das ONG's e IPSS (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001) para apoiarem os mais vulneráveis de forma mais próxima (WHO. Primary health care, 2008). Estas respostas estão geralmente centradas em pessoas com doenças crónicas, incapacitadas, em grupos vulneráveis e/ou crianças (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001) (Health in Germany, 2008). Por exemplo, na Bélgica, os agentes locais do setor da saúde e de suporte social foram agrupados em 11 fóruns temáticos: ajuda legal, apoio e segurança de menores; serviços para jovens e adolescentes; cuidados infantis; minorias culturais étnicas; pessoas portadoras de deficiência; idosos; habitação; trabalho e emprego; pessoas que vivem de "rendimento crítico"; e saúde. O Chile desenvolveu um programa de proteção social que envolve 3 componentes: apoio psicossocial direto, apoio financeiro e prioridade no acesso a programas sociais. Este programa tem como alvos prioritários as crianças dos 0 aos 18 anos, o reforço das mães que trabalham e a inserção das mulheres no mercado de trabalho (WHO. Primary health care, 2008).

**55. Prioritarizar o acesso e a qualidade da resposta dos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Continuados Integrados, Cuidados Comunitários e de Saúde Pública,** como base para a satisfação de necessidades de saúde próxima e em primeira linha e para a libertação de recursos nos cuidados hospitalares.

- Desenvolver a expansão adequada e custo-efetiva da Telemedicina como um meio de promoção e capacitação dos cuidados de proximidade, de contenção dos custos de transporte de doente, e resposta mais célere e com melhor bem-estar dos doentes, que são assim tratados mais perto de casa (Pereira et al, 2010);
- Investir num sistema/rede de cuidados domiciliários que permita às pessoas idosas manterem-se apoiadas em casa, de forma o mais independente e autónoma possível.

**56. Especificar os serviços mínimos e desejáveis, em termos de tipo de serviço, distância e tempos de acesso, a serem assegurados pelo SNS,** como base para a definição da resposta do Serviço Nacional de Saúde, políticas de convenções e necessidade de articulação com os serviços de saúde não públicos.

- Face a cenários de incerteza na evolução económica, é responsabilidade do MS e dos níveis de planeamento regional e local, esta-



belecer cenários de orçamentação prospetivos que garantam a manutenção dos serviços essenciais e principais opções estratégicas com maior retorno de GeS, bem como uma política de investimentos variável e fundamentada em avaliação da tecnologia em saúde;

- **Esclarecer** o âmbito de ação para o setor privado através de regulamentação adequada: desenvolver e garantir o cumprimento dos requisitos da apresentação de resultados ao público, adesão a normas de qualidade e segurança, regras para o emprego duplo dos profissionais de saúde e mecanismos de pagamento recompensando a melhoria do desempenho nos sectores público e privado;

- **Há** que evitar, na medida do possível, opções com consequências a médio-prazo que constituem ameaças, como (WHO Europe, 2009):

- o A redução do acesso e aumento das listas de espera, por menos eficiência (menos serviços por unidade de custo), exacerba a situação de doença, e incentiva ao recurso aos privados, com diminuição da poupança e da satisfação e aumenta os custos de transação (por exemplo, repetição de exames complementares de diagnóstico);

- o Compromisso da qualidade, com o conseqüente diminuição da segurança do doente e menor custo-efetividade dos cuidados, diminuindo a confiança nos serviços;

- o Diminuição indiscriminada das despesas, que focam sobretudo no custo, e não no valor do serviço, mantendo as ineficiências previamente existentes;

- o Desinvestimento nos recursos humanos, com desmotivação, diminuição da formação, redução da produtividade e saída de profissionais de maior valor;

- o Desinvestimento nas atividades de prevenção e de saúde pública custo-efetivas para proteger os serviços curativos.

- **MS** deve explicitar quais os serviços, tratamentos e atividades que constituem o núcleo do serviço público e que devem ser protegidos, sobretudo em tempos de crise.

- o A cobertura e tempos de acesso a esses serviços deverão ser monitorizados;

- o A comparticipação estatal de serviços complementares poderá ser realizada para aqueles cujo acesso é condicionado por motivos económicos, poderá fazer uso de serviços privados convencionados e poderá ser variável consoante os recursos financeiros disponíveis;

- o Poderão existir especificidades regionais e locais neste perfil de serviços essenciais, desde que justificadas em termos de saúde pública.

- **da** responsabilidade do MS, e das suas instituições, a revisão de planos e programas que mantenham a acessibilidade e a qualidade dos serviços, mesmo em cenários de redução de recursos, recorrendo a:

- o Mecanismos de aquisição de competências e redistribuição de responsabilidades entre os vários grupos profissionais (por exemplo, em protocolos de triagem e de seguimento);

- o Redução do investimento em tecnologia sofisticada e infra-estruturas não essenciais ou redundantes com baixo valor acrescentado;

- o Informação regular e advocacia para com os representantes dos vários intervenientes, sejam grupos profissionais, de doentes, cidadãos, prestadores de serviços ou indústria;

- o Descentralização da gestão e da decisão de racionalização dos recursos, mantendo o foco nos resultados em saúde, acesso, qualidade e envolvimento do cidadão;

- o Concentração de serviços comuns, de modo a maximizar a custo-efetividade dos recursos e a qualidade, mantendo o acesso;

- o Certificação e normalização de procedimentos clínicos e apoio à tomada de decisão clínica e de gestão, com foco na qualidade e segurança, acompanhada de monitorização e avaliação de situações anómalas.

- **Reforçar** o cumprimento dos padrões mínimos pelos prestadores públicos e privados e assegurar a apresentação pública de resultados em relação a um conjunto de indicadores de resposta e de desempenho.

**57. Incrementar a racionalização da afetação de recursos para a saúde**, de modo a conseguir GeS com maior custo-efetividade.

- **melhoria** do desempenho de um SdS com recursos limitados deve ter a capacidade de seguir opções estratégicas para afetação de recursos, em áreas onde são mais eficazes;

- **Estado** deve assegurar a resposta às necessidades de saúde individuais e das populações, segundo as suas funções de financiador, regulador, administrador e prestador de cuidados. Essas garantias devem ser concretizadas:

- o No acesso efetivo e equitativo aos serviços que cubram as necessidades básicas de saúde, expresso em termos critérios mínimos e ótimos de distância aos serviços, tempo de espera de acesso, qualidade, custo e continuidade de cuidados;

- o Numa política de acesso a tecnologias em saúde racionalizada em termos de custo-efetividade, maximização do uso dos recursos, e distribuição equitativa de base geográfica;

- o Numa política de intervenções promotoras da saúde que minimizem as necessidades de saúde, diminuam o efeito do envelhecimento populacional e promovam o estado de saúde e a coesão social.

- **Dever-se-á** valorizar o papel das Autoridades Regionais de Saúde e das instituições na procura de ganhos de eficiência e de produtividade com melhor acesso, qualidade e segurança através de um planeamento otimizado a nível local e de acordo com as necessidades das populações servidas.

58. **Organizar as políticas de saúde pública, programas verticais de saúde e incorporação de tecnologia numa lógica de priorização por critérios de custo-efetividade, incremento da equidade e impacto nos GeS.**

- **A** utilização de uma estratégia de promoção de saúde desenvolve as garantias de equidade em saúde, uma vez que reduz as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegura a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitar o seu potencial de saúde. Para atingir este objetivo, torna-se necessária uma sólida implantação da população num meio favorável, com acesso à informação e a estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis (WHO, Geneva, 1986).

59. **Implementar sistemas de informação e monitorização de determinantes socioeconómicos de saúde e de notificação/referenciação de situações de desvantagem socioeconómica,** despesas anómalas com cuidados de saúde e de dificuldades no acesso e continuidade de cuidados derivados de limitações socioeconómicas.

- **A**s políticas de reforço do suporte social e económico na saúde e na doença devem ser adaptáveis à comunidade, instituição e famílias. Os sistemas de informação serão capazes de monitorizar o impacto socioeconómico da doença e dos cuidados de saúde, promover a intervenção atempada e apoiar na avaliação das políticas. Inclui o cruzamento de dados de várias instituições, a garantia de manutenção da privacidade, capacidade de análise desagregada por determinantes socioeconómicos (como a educação, nível de rendimento individual e familiar, situação laboral), e consideração das várias dimensões de despesas diretas e indiretas relacionadas com a saúde. Estes sistemas deverão permitir caracterizar a distribuição desigual de fatores socioeconómicos relacionados com os fatores de risco, acesso, qualidade e resultados em saúde;
- **D**ever-se-á efetuar uma revisão abrangente dos determinantes sociais da saúde e das desigualdades em saúde num modelo de monitorização que permita o reporte periódico e um controlo da equidade.

### A nível das instituições

60. **Assumir, na sua função social, o objetivo de reforçar o suporte económico e social das populações servidas,** a traduzir em políticas e serviços institucionais, com foco na acessibilidade, despesas públicas e privadas, capacitação, empowerment e resultados equitativos em saúde.

61. **Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e empowerment, bem como apoio solidário aos cidadãos.**

62. **Colaboração pró-ativa em grupos sociais e intersectoriais nacionais, regionais e locais** com a missão de promover a saúde e o bem-estar de populações vulneráveis.

63. **Reforço da articulação com os serviços sociais e recursos sociais das comunidades** que servem, numa perspectiva de identificação e encaminhamento de situações de carência social e económica com impacto na saúde, de apoio ao episódio de doença, à continuidade de apoio e de cuidados e à reinserção social.

64. **Monitorização e avaliação do impacto das políticas institucionais na acessibilidade, equidade, despesas e resultados em saúde nas populações que servem,** em geral e de acordo com o nível socioeconómico, bem como disponibilizar essa informação, no respeito pelas garantias legais.

65. **Informar os cidadãos, a nível geral e individual, dos custos reais com os cuidados de saúde,** como base para a promoção da responsabilidade no uso adequado de recursos e uma consciência da solidariedade subjacente aos serviços públicos de saúde.

### A nível dos profissionais de saúde

66. **Incrementar a sensibilidade e ponderar as questões sociais e económicas nas decisões em saúde,** do ponto de vista das implicações para o cidadão / doente, para as suas famílias ou cuidadores, para as instituições e para a sociedade.

67. **Incluir, de forma sistemática e adequada, a avaliação das condições sociais e económicas na avaliação holística da situação de saúde e de doença,** quer de forma direta, quer associada a implicações nos cuidados prestados (por exemplo, existência de cuidadores informais, adesão à terapêutica, capacidade para manter os cuidados), bem como promover a atualização dos sistemas de informação quanto a estas dimensões.

68. **Identificar situações de risco ou carência social e económica e referenciar ou aconselhar serviços e recursos de apoio.**

### A nível do cidadão

69. **Conhecer os seus deveres e direitos quanto aos recursos de apoio social e económico na saúde e na doença.**

70. **Promover os mecanismos de solidariedade e a capacidade de resposta do sistema de saúde,** através da autorresponsabilização pela própria saúde, da sua família e comunidade, uso adequado dos serviços de saúde e envolvimento nas instituições de saúde e organizações de cariz social e de voluntariado.

#### 4.3.4. VISÃO PARA 2016

**A sociedade está bem informada sobre a capacidade e os compromissos de resposta e capacidade de apoio social e económico do Sistema de Saúde, e como estes estão associados à capacidade económica do país.**

A capacidade e os compromissos de resposta do Sistema de Saúde, e em particular, do SNS, são claros para a sociedade. Tal expressa-se em tempos de resposta garantidos, despesas e cuidados estimados por doença ou processo patológico, redes de referência por níveis, indicadores de desempenho do sistema de saúde, entre outros. No debate e decisão sobre as opções sociais e políticas, ao nível nacional, regional e local, existe informação de qualidade sobre a capacidade de resposta e desempenho, a adequação do uso dos serviços de saúde, a possibilidade de otimizar o sistema de saúde e sobre o retorno esperado de investimentos adicionais no sistema de saúde. Esta informação não se baseia apenas em dados médios, mas inclui a distribuição segundo as características socioeconómicas e geográficas, com indicadores de desigualdade e de iniquidade e, sempre que pertinente, uma perspetiva intergeracional. A capacidade de resposta e de desempenho, bem como os recursos destinados ao suporte social e económico na saúde e na doença encontram-se associados a indicadores macroeconómicos que traduzem a capacidade económica e de investimento do país.

**Há uma boa compreensão das barreiras socioeconómicas, monitorização das desigualdades em saúde, avaliação de impacto e partilha de boas práticas, pelo que se compreende os GeS, económicos e sociais, decorrentes da redução das iniquidades.**

Existe evidência das barreiras económicas, sociais, culturais ou outras que justificam as desigualdades e iniquidades em saúde. Tal evidência baseia-se em recursos de monitorização e cruzamento de informação a vários níveis, associada a investigação sobre desigualdades e determinantes socioeconómicos da saúde. Esta monitorização permite avaliar do impacto das políticas e instrumentos de apoio social e económico aos vários níveis (institucional, autárquico, regional, nacional), constituir base para a identificação e partilha de boas práticas. As instituições assumem o objetivo de serem promotores de inclusão e coesão social e medem e divulgam o impacto das suas políticas, serviços e colaborações interinstitucionais na redução das desigualdades.

**Os profissionais de saúde consideram a condição socioeconómica na avaliação e na decisão, bem como são agentes informados e promotores de empowerment dos cidadãos e das suas famílias nestas áreas, no âmbito das suas competências.**

Os profissionais de saúde são sensíveis e avaliam as condições socioeconómicas, bem como das implicações socioeconómicas das suas decisões, ao nível do cidadão / doente, cuidadores, instituições e sociedade. Como gestores de recursos, os profissionais de saúde compreendem a sua respon-

sabilidade distributiva de recursos e de capacitação do cidadão ou de cuidadores informais. Dentro da sua responsabilidade profissional são recurso e agentes de informação, referência e apoio social e económico. Os profissionais de saúde recebem informação sobre o impacto económico e social das suas decisões, bem como participam na elaboração e avaliação de orientações e boas práticas que consideram as desigualdades em saúde e os recursos para o apoio social e económico.

## 4.4. FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DE PORTUGAL NA SAÚDE GLOBAL

*Os Sistemas de Saúde não são fechados. Influenciam e são influenciados pelos contextos externos e pelos outros Sistemas de Saúde, criando-se oportunidades, ameaças e um potencial de desenvolvimento a perseguir.*

### 4.4.1. CONCEITOS

#### Saúde global e sistemas de saúde

1. A **Saúde Global** é um conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países.

- É independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua (Health Diplomacy in the 21st century, Chan, 2007) e requer ação articulada, assente numa perspetiva alargada e multidimensional (Istanbul Declaration, OECD, 2007);
- Constitui uma plataforma que permite a acumulação de experiências, conhecimento e recursos e inclui determinantes transnacionais, independentes de aspetos geográficos (Koplan et al, 2009).

2. No contexto da Saúde Global definem-se prioridades, segundo diferentes perspetivas: i) promoção da equidade social e económica e redução de desigualdades (Koplan et al, 2009); ii) intervenção em populações desfavorecidas e países em desenvolvimento; iii) vigilância e proteção contra as ameaças globais; iv) determinantes globais com influência sobre a saúde, como o comércio, as alterações climáticas, o crescimento populacional e a segurança alimentar.

#### – Globalização

3. A liberalização dos fluxos internacionais de comércio, capitais, tecnologias e informação evoluiu de forma progressiva para uma rede de interdependência social, política e económica. Este fenómeno, conhecido como globalização, configura uma nova forma de desenvolvimento de ações conjuntas, organização de movimentos sociais transnacionais e é uma oportunidade de intervenção nacional na agenda global (Castells, 1996, Woodward 2001)

## 4. A globalização:

- **Ex**em como consequência uma maior vulnerabilidade de que decorrem inúmeros desafios para a saúde (Foreign policy and global health, Chan et al, 2008);
- **Ex**ige resposta coletiva a questões como os fluxos migratórios, tráfico de drogas e de seres humanos, transmissão de doenças infecciosas, falsificação de medicamentos, recursos humanos (Woodward et al, 2001);
- **Ex**determina a necessidade de políticas em saúde assentes na gestão dos riscos sanitários e de alinhamento entre política interna e externa (Drager et al, 2006);
- **Ex**em influência a nível político e socioeconómico sobre os sistemas de saúde, exigindo respostas nacionais e ação internacional (Fidler et al, 2009).

– Influência de acontecimentos externos na saúde dos países

5. As políticas e acontecimentos internacionais têm impacto sobre as políticas nacionais, que, por sua vez, exercem influência sobre a Saúde Global (Health is Global. A UK Government Strategy 2008-2013, UK, 2008).

- **Ex** crescente preocupação com o impacto na saúde de outras políticas sectoriais exige coordenação, eficácia das respostas e adequação dos recursos;
- **Ex** intercâmbio de informação quanto a políticas e resultados permite complementaridade e efetividade na implementação de estratégias e políticas;
- **Ex** A cooperação internacional em saúde é especialmente pertinente pelo impacto de alguns problemas de saúde com implicações políticas, sociais e económicas (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007) e que exigem uma estratégia global (por ex., HIV/SIDA, acesso a vacinas e medicamentos, recursos e educação em saúde nos países em vias de desenvolvimento).

Responsabilidade dos sistemas de saúde para com a saúde global

6. Os SdS são permeáveis a ameaças exteriores e às características sociodemográficas e económicas. Concorrem, cooperam e contribuem para a formação, tecnologia, prestação de serviços, criação de conhecimento, inovação e desenvolvimento a nível internacional.

7. São responsabilidades dos SdS para com a Saúde Global:

- **Ex** criar oportunidades e influenciar a agenda internacional, de forma coerente com as necessidades e interesses nacionais;
- **Ex** incorporar e demonstrar cumprir os compromissos internacionais, alinhar os seus objectivos internos com estes, aproveitando sinergias e oportunidades;

- **Ex** incorporar conhecimento, inovação, modelos e boas práticas internacionais (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007);
- **Ex** valorizar-se, competindo e usando o capital da saúde para a cooperação entre países, prestando serviços a nível internacional e obtendo reconhecimento;
- **Ex** reconhecer a influência da Saúde Global e, estarem preparados, de forma articulada, para minimizar ameaças internacionais à saúde (Oslo Ministerial Declaration, 2007).

Perspetivas para o reforço de Portugal na saúde global

8. Salientam-se como **perspetivas para o reforço da posição de Portugal na Saúde Global:**

– Fortalecimento da diplomacia em saúde

- **Ex** **DIPLOMACIA EM SAÚDE** (Kickbusch, Novotny, Drager et al., 2007; Blumenthal et al, 2007) reconhece a importância da saúde e o seu capital potencial como um elemento fomentador das relações internacionais. A saúde é referência comum para a cooperação entre países, na realização de objectivos de interesse global.
  - o *Constitui a primeira linha da governação global*<sup>28</sup> (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007);
  - o *Evidencia-se em situações de crise (por ex., pandemia da gripe A), através de parcerias e respostas concertadas que, por pressão política e económica, impulsionaram a capacidade de gestão global de futuras epidemias* (MacPherson et al, 2007);
  - o *Está fortemente ligada à segurança, atendendo ao carácter transnacional de áreas como Comércio, Ambiente, Direito Internacional, Economia, Desenvolvimento Social e Direitos Humanos* (Oslo Ministerial Declaration, 2007) *que podem*

**Quadro 4.4.1.** Perspetivas para o reforço de Portugal na saúde global:

- Fortalecimento da diplomacia em saúde;
- Políticas integradas de saúde e migração;
- Preparação para os riscos e ameaças globais à saúde;
- Intersectorialidade e Saúde em Todas as Políticas Globais;
- Competitividade, inovação e excelência;
- Políticas de mobilidade de profissionais;
- Criar oportunidades a partir da crescente mobilidade dos cidadãos;
- A saúde como capital de cooperação entre países.

<sup>28</sup> Governação global distingue-se de governação internacional, implicando a interação de Estados, organizações internacionais e atores não-governamentais na definição de valores, políticas e normas (Lee & Dodgson, 2000 in Fidler, 2001).

ter repercussões na saúde e, por outro lado, estão sujeitas às ameaças e desafios que esta coloca;

o Promove compromissos, coordenação dos recursos económicos, da governação, coerência política e capacidade dos sistemas de saúde (Fidler et al, 2009).

### – Políticas integradas de saúde e migração

• **As MIGRAÇÕES** têm por base motivações sociais, políticas e económicas e colocam diversos desafios, como sejam: i) a mobilidade entre diferentes países e sistemas de saúde; ii) a saúde dos migrantes e impacto nos países de acolhimento; iii) a migração de profissionais e “fuga de cérebros” de países em desenvolvimento (O papel da UE na área da saúde mundial, Comissão Europeia, 2010).

o São fator de crescimento demográfico dos países de acolhimento (Health is Global. A UK Government Strategy 2008-2013, UK, 2008) e podem representar, frequentemente, um risco sanitário acrescido, devido ao diferente perfil epidemiológico de determinadas doenças no país de origem, ao trajeto migratório, à falta de adequação e flexibilidade cultural das instituições e comunidades e às condições de vida no país de acolhimento.

o O impacto adicional sobre os serviços sociais e de saúde, bem como as necessidades específicas dos migrantes determina a necessidade de políticas integradas de saúde e migração (MacPherson et al, 2007).

### – Riscos e ameaças globais à saúde

• **As AMEAÇAS GLOBAIS À SAÚDE**, de difícil previsão, incluem as pandemias, acidentes físicos e biológicos, bioterrorismo e alterações climáticas, exigindo capacidade de resposta rápida e coordenada e garantia de segurança (Uma abordagem estratégica para a UE 2008-2013, Comissão Europeia, 2007) através de:

o Capacitação dos países a nível da vigilância epidemiológica, deteção, diagnóstico e contenção de doenças infecciosas;

o Abordagem global de doenças não transmissíveis (por ex., cardiovasculares, cancro, doença mental) e fatores de risco como o tabaco, álcool e obesidade (Health is Global. A UK Government Strategy 2008-2013, UK, 2008);

o Organização internacional da resposta a outras ameaças, como a falsificação de medicamentos, problema global e complexo, grave ameaça para a Saúde Pública e que mostra um aumento exponencial.

### – Intersectorialidade e saúde em todas as políticas globais

• **SAÚDE EM TODAS AS POLÍTICAS** (Capítulo 3.4 POLÍTICAS SAUDÁVEIS) constitui uma das perspetivas da Estratégia da UE, reconhecendo que as políticas adotadas em diversos setores podem contribuir para a melhoria da saúde.

o A articulação entre políticas sociais, ambientais, de segurança internacional, entre outras, permite desenvolver uma abordagem mais coerente à Saúde Global (O papel da UE na saúde mundial, CE 2010).

o A Saúde Global pode, também, beneficiar de parcerias com ONG que prestam cuidados de forma efetiva e inovadora e desempenham um importante papel na mobilização de apoios e sensibilização da população (e.g., Cimeira do G8).

• Para atingir os objetivos em saúde internacional (e.g., ODM) é necessário agir em vários setores e a todos os níveis: individual, comunitário, regional, nacional e global (WHO, Regional Office for Europe, 2006).

### – Competitividade, inovação e excelência

• Os SdS valorizam-se no quadro internacional através do investimento e auto-capacitação em áreas como a qualidade, investigação e inovação;

• O intercâmbio de experiências, conhecimentos e boas práticas deve ter por base a existência de dados e de instrumentos de avaliação, comparáveis e disponíveis, associados a políticas coerentes.

o A identificação de indicadores internacionais comuns permite: i) assegurar a comparabilidade entre países; ii) estabelecer parâmetros de referência; iii) informar sobre o impacto do desenvolvimento de políticas internacionais (O papel da UE na saúde mundial, CE 2010).

• A investigação é fundamental para o desenvolvimento e avaliação de boas práticas, uma forma de promover a Saúde Global e a inovação, facilitadora do acesso e participação dos países menos capacitados em redes de conhecimento global (Oslo Ministerial Declaration, 2007);

• Os SdS devem considerar o impacto das áreas de intensa inovação, como as TICS, a genómica, a biotecnologia e a nanotecnologia, na sustentabilidade e competitividade internacional (Uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013), Comissão Europeia, 2007).

### – Políticas de mobilidade de profissionais

• Os recursos humanos da saúde, garantia da acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados, enfrentam escassez e distribuição pouco equilibrada entre países (Global Health and Foreign Policy UN, 2010), devido à economia, às migrações e à negociação global de serviços (Oslo Ministerial Declaration, 2007).

*o Além das motivações individuais, sociais e económicas, o recrutamento internacional agrava a falta de profissionais nos países de origem (Buchan, 2007; Wismar et al., 2011), enfraquece os SdS e tem impacto direto na saúde das populações (MacPherson et al, 2007);*

*o No entanto, o intercâmbio de profissionais e aquisição de experiência e formação noutros países são benéficos para os SdS e devem ser encorajados desde que cumprindo códigos de boas práticas (WHO) e promovendo o regresso aos países de origem.*

### – Criar oportunidades a partir da crescente mobilidade dos Cidadãos

• **MOBILIDADE DOS CIDADÃOS** têm impacto económico, social e ético, a nível dos recursos humanos, dos custos e da própria acessibilidade e qualidade dos cuidados nos países de afiliação e de acolhimento.

*o O turismo em saúde tem aumentado pela procura de qualidade, baixo custo, disponibilidade ou especificidade dos cuidados. A mobilidade é facilitada pela melhor informação sobre prestadores, redução da barreira linguística e maior flexibilidade na circulação internacional (Helble, 2011);*

*o O crescente reconhecimento de direitos internacionais dos doentes, como o mesmo direito de acesso e prestação de cuidados de saúde noutro país, exige o reforço do envolvimento e parceria dos países em domínios como redes de referência, e-health e a avaliação das tecnologias na saúde, para uma gestão adequada da movimentação do cidadão (Direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, CCE, 2008).*

### – A saúde como capital de cooperação

• A saúde é um valor básico e uma mais-valia no diálogo e relacionamento entre países, no estabelecimento de objetivos comuns (Oslo Ministerial Declaration, 2007). A cooperação entre países beneficia de um enquadramento supranacional, que assegure que recursos, cada vez mais escassos, sejam usados de forma sinérgica, capacitante e promotora do empowerment, e se evite a duplicação de esforços por parte dos países cooperantes [WHO, Health Strategy 2020, 27 Jan Draft].

*o A Cimeira do Milénio sobre redução da pobreza a nível mundial (2000), contribuiu para reavivar o interesse pela Saúde Global, através de parceria e compromissos de diversos países (UN, MDGs). Foram globalmente acordados 8 ODM e estabelecidas metas para 2015 que geraram uma mudança de paradigma, ao estabelecer uma relação direta entre a intervenção social e económica e os resultados em saúde (MacPherson et al, 2007);*

*o Em 2007, na sequência da Foreign Policy and Global Health initiative, foi aprovada a Declaração Ministerial de Oslo, que reconhece a relevância da Saúde Global na política externa dos países, pela importância do bem saúde, como base para a estabilidade e segurança e pelos diversos desafios que coloca e que exigem respostas e esforços concertados a nível internacional (Oslo Ministerial Declaration, 2007).*

**Quadro 4.4.2.** Oportunidades decorrentes do desenvolvimento da participação na saúde global:

#### PARA O CIDADÃO:

- xxv) Maior proteção contra as vulnerabilidades de políticas externas da saúde e de outros sectores;
- xxvi) Maior proteção contra ameaças transnacionais à saúde.

#### PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:

- i) Promoção do intercâmbio, formação profissional e investigação entre centros reconhecidos internacionalmente;
- ii) Promoção da incorporação e do reconhecimento das melhores práticas profissionais, a nível internacional;
- iii) Facilitação da pertença a redes internacionais.

#### PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:

- iv) Reconhecimento internacional de modelos de excelência, inovação, conhecimento e boas práticas;
- v) Incorporação de evidência internacional e incremento da qualidade dos seus serviços e recursos humanos;
- vi) Facilitação da pertença a redes internacionais;
- vii) Acesso a fundos e recursos internacionais.

#### PARA O DECISOR POLÍTICO:

- viii) Criação de sinergias e oportunidades internacionais que se alinhem com os interesses e necessidades nacionais;
- ix) Valorização do capital organizacional, técnico e de conhecimento nacional a nível internacional;
- x) Cultura de competitividade, inovação e excelência pelo das melhores referências a nível internacional;
- xi) Maior coerência e alinhamento das políticas nacionais e de outros países.

**Quadro 4.4.3.** Ameaças à participação na saúde global:

**PARA O CIDADÃO:**

- i) Visão fragmentada e desinformada dos acontecimentos e decisões políticas internacionais;
- ii) Insuficiente discussão e envolvimento social nas decisões de entidades governativas transnacionais, com o consequente distanciamento entre o cidadão e estas instituições.

**PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE:**

- iii) Falta de valorização na carreira e nas instituições da participação e envolvimento em projetos e formações internacionais de referência;
- iv) Dificuldades linguísticas e de cultura de intercâmbio, que dificultam quer a participação no exterior, quer o acolhimento e comunicação com profissionais estrangeiros.

**PARA A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE:**

- v) Dificuldade em identificar-se com modelos internacionais face ao contexto nacional;
- vi) Baixa valorização da participação internacional das instituições portuguesas.

**PARA O DECISOR POLÍTICO:**

- vii) Projetos de cooperação pontuais e não capacitantes dos países e sistemas de saúde acolhedores;
- viii) Dificuldade na identificação e envolvimento de peritos nacionais que capacitem e informem a diplomacia em saúde;
- ix) Falta de coerência e continuidade nas políticas e relações externas na saúde e da saúde para com outros setores, bem como entre políticas internas e externas;
- x) Volatilidade e abrangência da agenda internacional e necessidade de representação pró-ativa e de resposta rápida e bem informada no palco da discussão e decisão internacional.

**Quadro 4.4.4.** Espaços de exercício e de influência na saúde global:

- União Europeia (UE);
- Conselho da Europa (CoE);
- Organização das Nações Unidas/OMS;
- Comunidades de Nações;
- Outras organizações multilaterais;
- Colaborações e parcerias bilaterais;
- Outras organizações internacionais;
- ONG e academias;
- Sociedades científicas, de doentes e de interesses.

**4.4.2. ENQUADRAMENTO**

**Normativo, regulamentar e estratégico**

9. O Sistema de Saúde Português insere-se e enquadra-se em diferentes contextos e espaços de responsabilidade partilhada a nível internacional (quadro).

- Da cooperação multi e bilateral e do envolvimento de Portugal dependem a visibilidade e a capacidade de influência nacionais na Saúde Global, assim como a defesa dos interesses estratégicos da política portuguesa externa e de saúde (Estratégia Portuguesa de Cooperação Multilateral, IPAD, 2010).

10. O **MNE** integra serviços centrais e periféricos externos como o Fundo para as Relações Internacionais, o IPAD e a Comissão Nacional da UNESCO através dos quais assume diversas responsabilidades: i) *Assegurar a coordenação e decisão dos assuntos de natureza político-diplomática;* ii) *Executar a política externa portuguesa no plano das relações bilaterais e multilaterais;* iii) *Orientar a ação portuguesa nas instituições da UE, as relações bilaterais e acompanhar e coordenar a definição das posições nacionais;* iv) *Assegurar a efetividade e continuidade da ação em assuntos de caráter económico, científico e técnico.*

11. A **Direção de Serviços de Coordenação Internacional do MS** está integrada na DGS desde 2012 (Decreto-Lei n.º 14/2012 de 26 de Janeiro, Lei Orgânica do DGS), articula-se com o MNE e interage com todos as instituições do Ministério da Saúde e outras. Desde de 2007 até esta data esteve integrada no ACS desde 2007 (Decreto-Lei n.º 218/2007 de 29 de Maio, Lei Orgânica do ACS).

**– União Europeia**

12. Portugal é Estado Membro (EM) da **União Europeia** desde 1986, tendo assumido a **Presidência do Conselho da UE** em 1993, 2000 e 2007. Em 2000, aprovou a Estratégia de Lisboa, na área dos determinantes em saúde; em 2007, desenvolveu os temas “Estratégias para a Saúde na Europa” e “Saúde e Migrações”. Realizou, ainda, a I Cimeira UE/África (MNE online; Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia, 2007).

- Portugal participou na elaboração do **Tratado de Lisboa**, que clarifica as competências dos EM no planeamento, organização e gestão dos sistemas de saúde (Tratado de Lisboa, 2007), onde se estabelece as “...responsabilidades dos EM no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.” (Cap. 3-A – “Disposições específicas para os Estados-Membros cuja moeda seja o Euro”, Art. 152º, par. n.º7) in Tratado de Lisboa. Jornal Oficial da União Europeia, Dezembro de 2007. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu>;
- Portugal tem representantes e participa nos diferentes organismos e agências europeias como o ECDC e a EMEA (European

Medicines Agency, online). É, também, membro da EUROMED, que inclui os 27 EM da EU e 16 outros Estados (e.g. Argélia; Israel; Síria) (European Union External Action. Euro-Mediterranean Partnership, online);

- De entre as Diretivas da CE, foram transpostas as relativas a produtos do tabaco, qualificações profissionais e normas de qualidade e segurança em matéria de sangue, células e tecidos. Em transposição, a prevenção de ferimentos por objetos cortantes e normas de qualidade e segurança em matéria de órgãos humanos para transplantação;
- Foram, também, aprovados regulamentos com repercussões na saúde, nas áreas da alimentação e nutrição, medicamentos para uso pediátrico, coordenação dos sistemas de segurança social, farmacovigilância e fiscalização dos medicamentos;
- Mais recentemente, foi aprovada a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011 relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços;
- Portugal subscreveu: a *Convenção-Quadro da OMS para a Luta Antitabaco* em 2004 (WHO Framework Convention on Tobacco Control online), o *Regulamento Sanitário Internacional* (Portal de Saúde da UE online), *acordo internacional entre a UE e a OMS, assim como outros (e.g. Acordo UE-China na segurança dos alimentos)* (Portal de Saúde da UE online; Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde online);
- Portugal aderiu a iniciativas dos EM no âmbito da promoção da Saúde Global (e.g. *Global Health Europe, 2011, plataforma para o envolvimento europeu na Saúde Global*); *Dias Europeus do Desenvolvimento* (European Development Days, 2011).

### – Conselho da Europa

13. Portugal é membro do **Conselho da Europa** (CoE) desde 1976 e participa nos Comités de Peritos e subcomités, na elaboração de documentos e recomendações.

- Foram ratificadas e implementadas diversas Convenções com impacto sobre a saúde: Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais (1978); Farmacopeia Europeia (1989); Prevenção da Tortura e Tratamento ou Punição Desumano ou Degradante (1990); Ação contra o Tráfico de Seres Humanos (2008); Direitos Humanos e Biomedicina (2011);
- Portugal organizou a 9ª Conferência de Ministros da Saúde do CoE, que visa os direitos das crianças e a sua participação e acesso à saúde.

### – Organização das Nações Unidas

14. A **OMS** é a agência especializada das NU para a saúde, central para a política externa e ação diplomática em Saúde Global (Fidler et al, 2009).

- Salientam-se algumas Redes da OMS: *Global Health Workforce Alliance (GOARN)*, *Global Outbreak Alert and Response Network (GHWA)*, *Network of WHO Collaborating Centres in occupational health, Gender, Women and Health Network (GWHN)*, *NCDnet (Global Noncommunicable Disease Network)*;
- A OMS é, ainda, plataforma para outras organizações [e.g. GAVI (The Global Alliance for Vaccines and Immunization online); GFATM (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria online); iniciativa Stop TB];
- Outros organismos das NU que contribuem para o diálogo político internacional e mobilização de fundos: ECOSOC, FAO, PNUD, UNICEF, FNUAP e UNAIDS;
- Portugal é, também, signatário de Convenções (CI) e Pactos Internacionais (PI) com implicações na área da saúde: PI sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais, 1976; PI sobre os Direitos Civis e Políticos, 1976; CI sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, 1965 e contra as Mulheres, 1980;
- MS e a OMS-Europa têm Acordos de Colaboração Bianual (BCA), tendo o terceiro (2010/2011) incidido sobre as áreas do reforço do sistema de saúde pela avaliação do PNS 2004-2010 e do desempenho do Sistema de Saúde; Recursos Humanos; Saúde Mental; Ambiente em Saúde, com enfoque na habitação;
- MS assinou, também, com a OMS-África, uma Convenção Geral de Cooperação (2007) com os seguintes objetivos: planeamento, execução e avaliação de programas nacionais; formação de quadros e pessoal; investigação, em particular, nas doenças endémicas);
- MS assinou um protocolo específico com a OMS, para o projecto ePORTUGUÊSe, que inclui iniciativas como a Biblioteca Virtual em Saúde e as Bibliotecas Azuis.

### Comunidades de Nações/Relações Multilaterais

15. A **Comunidade dos Países de Língua Portuguesa** (CPLP) é a organização de países de língua portuguesa para cooperação para o desenvolvimento e engloba os países africanos (PALOP) e Timor.

- A participação portuguesa é orientada por princípios de coordenação, coerência, complementaridade e alinhamento (CPLP, 2009): i) foco em África, particularmente nos países menos adiantados e os estados frágeis; ii) apoio à estabilização e à transição para o desenvolvimento; iii) alinhamento e harmonização entre as estratégias e políticas nacionais, com vista ao alcance dos ODM; iv) reforço dos PALOP na comunidade internacional;
- Projetos desenvolvidos: Rede de Escolas Técnicas de Saúde e



Escolas Nacionais de Saúde Pública; Centro de Formação Médica Especializada e Centros Técnicos de Instalação e Manutenção de Equipamentos; Rede de Investigação e Desenvolvimento em IST, VIH e SIDA (Portugal coordena até 2012);

- **PECS/CPLP** (2009-2012) constitui um compromisso coletivo de cooperação estratégica em saúde entre os EM da CPLP, visando o reforço dos SdS e melhoria da prestação de cuidados (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, 2009-2012);
- **MS/ACS** organizou a Mesa de Doadores, em Lisboa, em Setembro de 2009. Participou, também, no Grupo do Fórum de Saúde para o Desenvolvimento, na elaboração do novo documento da Estratégia da Cooperação Portuguesa na Saúde;
- Outros instrumentos e mecanismos: Acordos de parcerias específicas (Estratégia Portuguesa de Cooperação Multilateral, IPAD, 2010); Comissão Interministerial para a Cooperação (CIC) (Decreto-Lei n.º 302/98), para o planeamento articulado de programas e projetos e coordenação da execução (DL 127/97);
- **SOFID** (2007), empresa pública, maioritariamente do Estado português, responsável por financiar e apoiar empresas portuguesas e parceiros em projetos de investimento sustentáveis em países emergentes e em vias de desenvolvimento (SOFID online).

16. **Conferência Ibero-Americana**, que inclui 19 EM da América do Sul, Portugal e Espanha. Portugal deteve a Presidência em 2009, tendo o MS/ACS organizado a XI Conferência de Ministros de Saúde sobre "Inovação e Cuidados de Saúde Primários" em Évora (Declaração Final da XI Conferência Ibero-americana de Ministros da Saúde, ACS, 2009).

17. **International Health Partnership (IHP)** (2007): coordena fundos e doadores para ajuda ao desenvolvimento dos SdS nos países mais pobres, em parceria com organizações internacionais como a CE, OMS, Banco Mundial e Aliança GAVI, países frágeis (e.g. Camboja; Moçambique; Ruanda) e outros parceiros para o desenvolvimento (e.g. Alemanha; Noruega; Reino Unido; Portugal) (IHP online).

## Relações Bilaterais

18. Portugal desenvolve cooperação bilateral em saúde com países de todos os continentes. Destacam-se:

- **Portugal – Espanha**
  - o Comissão de Acompanhamento Paritária Luso-Espanhola, para a coordenação entre as políticas de saúde de Portugal e Espanha (e.g. transplante, vacinação, investigação);
  - o Acordo-Quadro entre a República Portuguesa e o Reino de Espanha sobre Cooperação Sanitária Transfronteiriça (2009), para melhor acesso a cuidados das populações;
  - o Memorando de Entendimento entre o MS português e a Consejería de Salud da Junta de Andalucía (Espanha) para Partilha de Políticas em Matéria de Saúde (2010);
  - o Protocolo de Cooperação Específica entre DGS e Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, para implementação do

modelo de acreditação em Portugal e o seu futuro desenvolvimento e melhoria conjuntos;

- o Laboratório Ibérico de Nanotecnologia de referência a nível internacional (International Iberian Nanotechnology Laboratory online);
- o A nível regional: Protocolo técnico de prestação de cuidados a doentes pediátricos da área de saúde de Elvas e Portalegre pelos hospitais de Badajoz (2006); Projetos "Galiza e Minho Através da Telemedicina" (GAMITE), para rentabilização de equipamentos e RH e melhoria da acessibilidade; "Prevenção e Tratamento do Alcoolismo na Zona Transfronteiriça do Norte de Portugal e Castela e Leão" (ALCOHOLISMO), para prevenção primária e integração de pessoas dependentes do álcool, no âmbito do Programa INTERREG III – A, uma iniciativa comunitária financiada pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), visando promover a cooperação transfronteiriça.

## África

- As ações de cooperação bilateral têm por base os Programas Indicativos de Cooperação (PIC), que definem as grandes orientações da cooperação. As ações aí incluídas resultam de negociações entre os MNE/MS de Portugal e MS de cada país;
- Para além destas, o MS desenvolve protocolos com outras instituições e ONGs, de que são exemplo as seguintes parcerias:
  - o Angola – MS/ACS, formação para médicos e enfermeiros; FCC, MS de Angola e Governo Provincial do Bengo para o desenvolvimento de Centro de Investigação em Saúde (CISA); INSA e Instituto Nacional de Saúde Pública de Angola em formação de RH e transferência de tecnologias; HUC e Hospital Agostinho Neto; Fundação Evangelização e Culturas para melhoria de saúde materno-infantil; CH do Alto Ave e Clínica Sagrada Esperança;
  - o Moçambique – Cirurgia Cardiorácica do HUC e Instituto do Coração (Maputo);
  - o Cabo Verde – MS/ACS/ACSS para a instalação de um Centro de Diálise e formação de técnicos (IPAD online); Plataforma para a vigilância epidemiológica das doenças oncológicas; capacitação de RH – formação e estágios a profissionais de saúde;
  - o Guiné-Bissau – IHMT, no Plano de Recursos Humanos em Saúde; ONG VIDA – "Jirijipe – Saúde até à Tabanka";
  - o S. Tomé e Príncipe – protocolo MS/ACS-IMVF para desenvolvimento da Telemedicina.

- Portugal tem acordos na prestação de cuidados a doentes evacuados, sob responsabilidade da DGS envolvendo, também, o MNE e o MAI (SEF) (Circular normativa n.º 4/DCI, de 16 de Abril de 2004, DGS);

## América

- o **Uruguai** – Memorando de Entendimento entre os MS (2007), para o desenvolvimento profissional e inserção temporária de recursos humanos no sistema nacional de saúde português e uruguaio;
- o **Brasil** – MS português e brasileiro (2008); INSA e Fundação Oswaldo Cruz (2009-2012).

## Outros

- o **China** – Memorando de Entendimento sobre Cooperação em Saúde entre os MS (2004 e 2008), para promoção e reforço da cooperação em áreas como prevenção e controlo das doenças transmissíveis, CSP, saúde materna e infantil, emergência médica, entre outras;
- o **Arábia Saudita** – Memorando de Entendimento sobre Cooperação em Saúde entre os MS (2010) em áreas como os CSP, RH, informação estatística, estágios, entre outras;
- o Convenções bilaterais de segurança social que abrangem a doença e maternidade (e.g. Brasil, Cabo Verde, Marrocos, Andorra, Reino Unido) (DGS, Microsite do Departamento da Qualidade na Saúde, 2011).

## Outras Organizações Internacionais

- 19. **OCDE** – Portugal tem delegação permanente e integra o Comité de Saúde e respetivos grupos, participando em projetos como “Health Accounts for Portugal” e “Health Care Quality Indicators” (OECD online).
- 20. **OIM** – Portugal mantém uma colaboração regular no âmbito da Saúde e Migração, contribuindo para o apoio técnico e financeiro e desenvolvimento de projetos (e.g. formação aos técnicos de saúde sobre as necessidades específicas dos migrantes).
- 21. Outras organizações internacionais de âmbito de atuação mais lato desempenham um importante papel na definição de políticas na Saúde Global (e.g. OMC; OIT; FMI).
- 22. Existem, também, organizações e redes regionais europeias importantes na promoção da coesão económica e social e redução de desigualdades a nível europeu, como sejam a Rede Sanitária da Europa do Sudeste (O papel da UE na área da saúde mundial, Comissão Europeia, 2010), a Rede Internacional das Cidades Saudáveis e das Regiões para a Saúde, Saúde nas Prisões, Promoção da Saúde nos Locais de Trabalho, Hospitais Promotores de Saúde, de natureza intersectorial.
- 23. Exemplos de organizações e programas que desenvolvem projetos de investigação em doenças associadas à pobreza, desenvolvimento de novos fármacos e acesso a tecnologias e medicamentos são o **GAVI** (online); **Tropical Disease Research**, do Banco Mundial; **GFATM** (online); **UNITAID** (online); **WFP**; **GAIN** ou o **Roll Back Malaria**.

## – Parcerias com ONG e académicas

24. Além das parcerias referidas anteriormente, Portugal é parceiro de ONG no âmbito da Cooperação para o Desenvolvimento: Caritas Portuguesa (online); Cruz Vermelha Portuguesa (online); Rede Europeia Anti-Pobreza/Portugal (REAPN) (online).

- Exemplo de projetos e parcerias académicas: Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto e a FMP – promoção da qualidade da Educação e Formação Médica em Angola (IPAD online); “Saúde para Todos” em S. Tomé e Príncipe, cofinanciado pelo IPAD, IMVF e FCG, para entrega de medicamentos e viaturas (IPAD online); NAME (Network Approach in Medical Education for Health) – Rede entre as FMP, Luanda (Univ. Agostinho Neto), Maputo (Univ. Eduardo Mondlane) e Nampula (Unilúrio), para a educação médica em obstetria, pediatria e doenças infecciosas (Programa Edulink/UE e o Hospital de S. João (Porto) (FCG online); “Melhoria da Atenção Primária à Saúde” em Angola – parceria entre Médicos do Mundo e Direção Provincial de Saúde do Plano Nacional de Luta contra a SIDA (PNLS); “Comunidade Apoio à Vida” em S. Tomé e Príncipe, dos Médicos do Mundo, financiado pelo Fundo Global, ONUSIDA e IPAD (Médicos do Mundo online).

## – Sociedades científicas, Instituições académicas e Associações Profissionais

25. A cooperação entre países deve estender-se, também, ao domínio científico, no sentido da integração de instituições portuguesas em redes de instituições com interesses semelhantes, assim como parcerias internacionais.

- São exemplos: Laboratórios associados do MCTES, com apoio financeiro da UE, como o Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, o Centro de Neurociências e Biologia Celular, o Centro de Neurociências e Biologia Molecular (IBMC) e os Institutos de Medicina Molecular (IMM), de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP) e de Tecnologia Química e Biológica (ITQB). Estes têm diversas parcerias nacionais com outras instituições promotoras da Investigação (e.g. IPATIMUP com o INSA e o CHP; o IMM e o CHLN). São polos de atração de investigadores de outros países, através da atribuição de bolsas pelo que constituem uma grande mais-valia para o reforço de Portugal no domínio da Investigação;
- Portugal é membro do Comité Permanente de Médicos Europeus (através da Ordem dos Médicos), da Federação Europeia de Academias de Medicina (FEAM) (através da Academia Nacional de Medicina de Portugal), do Conselho Internacional de Enfermeiros (através da Ordem dos Enfermeiros), entre outras;
- Outros exemplos de parcerias: MS e o MCTES de Portugal e a Harvard Medical School (2009) com a finalidade de melhorar a competitividade e participação internacionais, através da maior qualidade da formação em Medicina em Portugal; de maior cooperação entre as faculdades de Medicina portuguesas, labo-

ratórios associados e instituições de Investigação e Desenvolvimento; e da capacitação ao nível da investigação clínica e de translação (*Harvard Medical School-Portugal online*).

### Estratégias e recursos

26. São instrumentos estratégicos e recursos de coordenação estratégica a nível internacional:

#### – Mecanismos e instrumentos de coordenação estratégica

- **Comité de Ajuda ao Desenvolvimento da OCDE:** produz normas e recomendações, divulga boas práticas e promove a avaliação entre pares, monitorizando o desempenho na área da cooperação para o desenvolvimento (*OECD online*);
- **Regulamento Sanitário Internacional** (*International Health Regulations, WHO online*) recomenda a notificação internacional precoce de doenças e o apoio de infraestruturas nacionais (e.g. sistemas nacionais de vigilância e resposta), no controlo de surtos com impacto sobre a Saúde Global (MacPherson et al., 2007; *International Health Regulations: Areas of work for implementation, WHO, 2007*). Constitui uma base para a intensificação da cooperação em áreas como as pandemias, partilha de vírus, direitos de patentes e a resistência antimicrobiana (Norway, 2010);
- **Código de Práticas Internacional para o Recrutamento de Profissionais de Saúde**, para os EM, “tendo em conta os direitos, obrigações e expectativas dos países de origem, de destino e profissionais migrantes (*The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel, WHO, 2010*).

#### – Boas práticas internacionais em saúde global

27. São exemplos de boas práticas na promoção estratégica da participação nacional na Saúde Global:

**Quadro 4.4.5.** Estratégias e recursos para o reforço de Portugal na saúde global:

- Mecanismos e instrumentos de coordenação estratégica;
- Boas práticas em Saúde Global;
- Indicadores de Saúde e de monitorização internacionais;
- Sistemas de financiamento.

- **Suíça** – abordagem estratégica conjunta à Saúde Global, envolvendo os Departamentos do Interior e de Negócios Estrangeiros, que se traduziu num Acordo sobre Objectivos para a Política Externa de Saúde (Sridhar, 2008);
- **Reino Unido** – estratégia *Health is Global*, envolvendo um Grupo Interministerial (e.g. Saúde; Desenvolvimento Internacional);
- **França** – integração permanente de peritos da área da saúde nas embaixadas e missões (Sridhar, 2008);
- **Canadá** – documento estratégico da saúde canadense, com uma seção dedicada aos Cuidados de Saúde e a Globalização (2002. *Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report*).

#### – Indicadores de saúde e de monitorização internacionais

28. Portugal colabora com a OCDE em diversos projetos envolvendo indicadores e sistemas de monitorização: *Health Care Quality Indicators Project; System of Health Accounts (SHA)*; participação no questionário conjunto da OCDE, Eurostat e OMS (*OECD online, Health Policies, Statistics online*).

- MS participou, ainda, em outros questionários internacionais (e.g. da Academia Chilena de Medicina, da OMS Europa, da ONU) e em diversos projetos da OMS-Euro nesta área (e.g. *Maternal Estimates; HealthSTAT; Global Observatory for eHealth: eHealth Survey 2011*), assim como no Comité de Informação em Saúde (Comissão Europeia) e projecto sobre Desempenho Ambiental de Portugal 2001-2010 (OCDE);
- CE e os EM da EU pretendem consenso quanto a indicadores comuns em articulação com a OMS e a OCDE, para a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde e comparabilidade internacional (*The Council Working Party on Public Health at Senior Level: Multi-Annual Work Programme, Council of the European Union, 2009*);
- Intercâmbio de informação é uma das oportunidades criadas pela crescente mobilidade de doentes no espaço UE e pelos cuidados transfronteiriços. Estes impulsionam a utilização de sistemas e processos comuns de recolha de dados (Wismar et al., 2011), importantes para a monitorização da mobilidade de doentes e de profissionais de saúde e consequente avaliação de impacto para os SdS (Buchan, 2007).

#### – Sistemas de financiamento

29. Portugal participa nos projetos e ações conjuntas cofinanciadas pela União Europeia no quadro do Programa de Saúde Pública da UE, dos Fundos Estruturais e do Programa-Quadro de Investigação da UE, no quadro mais lato da Estratégia Europa 2020.

30. Exemplos de outros sistemas de financiamento internacional para a Saúde Global:

- **UNITAID** (*online*), mecanismo inovador, destinado à melhoria de acesso a diagnósticos e medicamentos de qualidade, em HIV/SIDA, malária e tuberculose, através da cobrança (solidária) de taxas sobre os bilhetes de avião nos países aderentes;
- **Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária (GFATM)**, parceria entre governos, sociedade civil, o setor privado e comunidades afetadas, que contribui, também, para o fortalecimento dos sistemas de saúde através da melhoria de infraestruturas e do treino de prestadores de cuidados (GFATM *online*). Portugal integra o grupo de doadores desde 2004.

### Projetos de inovação e perspetivas futuras

31. Diversos projetos, estratégias e iniciativas internacionais abrem perspetivas à participação na Saúde Global:

- **Tratado de Lisboa** (2009) prevê medidas para abordar problemas globais de saúde como o tabagismo e o alcoolismo (Portal da União Europeia *online*);
- **7º Programa-Quadro** (FP7), mecanismo financeiro da UE de apoio a atividades de investigação e desenvolvimento (I&D), em quatro áreas principais: cooperação, ideias, pessoas e capacidades.
  - o *Cooperação - apoio transnacional em I&DT, através de projetos que envolvem empresas, universidades, centros de investigação, entidades públicas e organizações sociais sem fins lucrativos, dentro e fora da Europa* (Gabinete de Promoção do 7º Programa-Quadro de I&DT *online*);
  - o *Saúde – enfoque em três áreas (até 2013):*
    - i) *Bioteχνologia, instrumentos e tecnologias médicas;*
    - ii) *Investigação de translação (e.g. desenvolvimento humano e envelhecimento, doenças infecciosas, doenças de elevada prevalência e impacto, como cancro e diabetes);*
    - iii) *Otimização da prestação de cuidados de saúde aos cidadãos europeus (e.g. segurança do doente, utilização de medicamentos, farmacovigilância, promoção da saúde) (Seventh Framework Programme, European Commission *online*).*

o *Portugal é parceiro em diversos projetos comunitários neste âmbito (e.g. SMEs Go Health; Ideal-IST. O Gabinete de Promoção do 7º Programa-Quadro de I&DT identifica sinergias entre projetos em diferentes áreas que se intersejam (e.g. Saúde e TIC; Saúde e Transportes) e promove reuniões de apresentação dos respetivos trabalhos.*

- **Estratégia Health 2020** (OMS-Euro) assume-se como enquadramento político e estratégico para o desenvolvimento em saúde com meta em 2020. Objetivos: consensos e parcerias entre os EM; melhoria da saúde e redução das desigualdades; melhoria da governação em saúde; definição de objetivos

estratégicos comuns; partilha de conhecimento; mais literacia e participação dos cidadãos (European Health Policy Forum for High-Level Government Officials, WHO, 2011);

- **Diretiva** do Parlamento Europeu e do Conselho sobre a aplicação dos direitos dos doentes em matéria de **Cuidados de Saúde Transfronteiriços** cria oportunidades, nomeadamente a nível da atratividade para cidadãos estrangeiros na prestação de cuidados de saúde (e.g. criação de respostas em cuidados de saúde a necessidades identificadas em Espanha; visibilidade de áreas de referência como a transplantação);
- Os desafios da Saúde Global incluem a avaliação do papel da saúde na segurança nacional e global; o cumprimento dos ODM; o acesso aos medicamentos; controlo da emergência de doenças; apoio internacional ao fortalecimento dos SdS; integração da saúde em todas as políticas e abordagem estratégica das doenças não transmissíveis (WHO, Regional Office for Europe, 2010);

### Avaliação da participação de Portugal na saúde global

- **Lei n.º 43/2006** de 25 de Agosto. Acompanhamento, apreciação e pronúncia pela Assembleia da República no âmbito do processo de construção da União Europeia;
- **Relatório de balanço "Portugal na União Europeia"** (MNE, 2009).

### 4.4.3. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

#### A nível da decisão política

32. Assegurar a continuidade da participação em áreas em que Portugal se destacou recentemente, tais como Estratégias de Saúde para a Europa e Saúde e Migrações (desenvolvidas durante a presidência portuguesa da União Europeia em 2007); Sistemas de Saúde, Saúde em Todas as Políticas e Avaliação do Impacto de Políticas de outros sectores (em colaboração com a OMS, 2009 a 2011).

33. **Liderar, de forma coerente e substantiva, contributos próprios em áreas estratégicas de interesse nacional**, e espaço de governação internacional, conducentes ao desenvolvimento do Sistema de Saúde Português, reforço estratégico das relações internacionais e reconhecimento do valor e do capital nacional da saúde e suas organizações.

- **Assegurar** a coerência das políticas e ações portuguesas no exterior em relação às definidas internacionalmente (e.g. atuação em conjunto dos Estados-Membros da UE; apoio a programas e iniciativas saúde dos imigrantes, transplantação de órgãos, farmacovigilância), através da gestão de dossiers temáticos, cruzados por organizações.

34. **Investir e participar em investigação a nível europeu**, contribuindo para abordar problemas globais de saúde, desenvolver e aplicar novas tecnologias em cuidados de saúde, melhorar a qualidade e efetividade destes, desenvolver intervenções efetivas que se traduzam em decisões de gestão (Decision No 1982/2006/EC of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006, European Union, 2006).

- Influenciar a governação internacional em setores fora da saúde para aspetos com impacto na saúde, preferencialmente de forma coordenada através da ação intersectorial nacional. Fomentar a avaliação do impacto em saúde de políticas de outros setores. São exemplo, o ambiente e alterações climáticas, o comércio, políticas demográficas, resposta na catástrofe e segurança civil, a segurança alimenta, entre outras.

35. **Identificar, de forma pró-ativa e sistemática, oportunidades de participação, divulgação e captação de recursos internacionais** (financiamento, parcerias, formação, etc.), capacitadores do Sistema de Saúde Português, bem como promover serviços de apoio conducentes ao seu aproveitamento.

- Valorizar e incentivar a participação das instituições em redes de investigação multinacionais, por exemplo através do cofinanciamento e da contratualização;
- Criar uma plataforma com instituições de investigação e de formação (e.g. IHMT; ENSP; centros de investigação; fundações, etc.), de modo a reforçar a capacidade de Portugal se constituir como parceiro a nível internacional em várias áreas;
- Reforçar a capacidade das Pequenas e Médias Empresas (PME) que desenvolvem investigação, enquanto principais motores das tecnologias da saúde, médicas e da biotecnologia, melhorando a sua competitividade e participação em projetos internacionais e, em particular, a nível europeu.

36. **Realizar a atribuição, planificação estratégica e operacional, responsabilização, monitorização e avaliação dos compromissos internacionais**, incluindo a vigilância epidemiológica, informação e estatísticas, planos, programa e projetos, bem como influenciar e alinhar a resposta institucional a estes.

- Realizar a avaliação regular, pública e transparente dos compromissos internacionais assumidos e da sua concretização a nível nacional.

37. **Desenvolver e executar simulações de planos de ação para situações de ameaças de saúde internacionais**, quer próprios, quer integrados em estratégias de ação internacional

- Exemplos: o Plano de Contingência para a pandemia de Gripe A foi desenvolvido pela DGS, com base em diretivas da EU e da OMS e foram planeados exercícios conjuntos entre regiões transfronteiriças como a ARS Norte e a Galiza.

38. **Analisar e monitorizar o impacto da mobilidade bidirecional de pessoas e doentes: estrangeiros e migrantes** quanto ao acesso, qualidade e impacto na sustentabilidade do Sistema de Saúde, bem como quanto à satisfação de necessidades de saúde específicas; portugueses na procura de cuidados no exterior.

- Identificar e divulgar a nível internacional, de forma pró-ativa e sistemática, **Centros de Excelência, peritos, boas práticas e recursos nacionais**;

- Utilizar **inquéritos de satisfação, avaliação das instituições, incorporação de NOCs e programas de qualidade**;

- Promover o valor do Sistema de Saúde Português no mercado internacional da saúde, quer em termos de acesso, qualidade e custo dos serviços, quer termos de inovação e conhecimento.

39. **Organizar, construir perspetivas estratégicas, e promover a sua discussão** a nível nacional e regional, sobre objetivos, prioridades e recursos para a **cooperação portuguesa na saúde**, bem como avaliar e reportar do seu impacto.

- Promover, no âmbito da ajuda ao desenvolvimento, o alinhamento e coordenação de doadores, reduzindo a fragmentação dos apoios e limitações financeiras, melhorando a efetividade da ajuda ao desenvolvimento, procurando corresponder às prioridades de desenvolvimento definidas pelos países beneficiários, e aumentando a visibilidade internacional da cooperação portuguesa (e.g. Mesa de Doadores para mobilização de apoios para a implementação do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde CPLP 2009-2012 (CPLP, 2009) DAC Peer Review – Main Findings and Recommendations, OECD, 2010). Inclusão de pequenos projetos de cooperação em projetos mais abrangentes e com maior impacto potencial sobre a Saúde Global;

- Desenvolver ferramentas e recursos para a formação de profissionais à distância, em particular em países menos desenvolvidos. Esta estratégia permite a partilha de conhecimentos e experiência para a capacitação de SdS menos desenvolvidos, evitando a emigração de importantes RH destes países. PT tem forte participação internacional ao nível da cooperação e ajuda para o desenvolvimento, acolhendo temporariamente profissionais estrangeiros ao abrigo de diversos protocolos.

40. **Promover o desenvolvimento e disponibilização de estágios de ensino pós-graduado para estrangeiros** nas Universidades e instituições de ensino, de investigação e prestação de cuidados de saúde portuguesas, através de protocolos com outros países, participação em redes de formação internacionais e da criação de condições para o ensino a estrangeiros (e.g. programas específicos em língua inglesa).

- Isto permitirá atrair estudantes de outros países, valorizando o ensino português a nível internacional e integrando experiência e conhecimentos trazidos por essas pessoas.

41. **Formar e capacitar recursos em diplomacia em saúde**, que permitam exercer uma função de liderança, negociação e influência bem informada na agenda internacional, bem como influência sobre as instituições nacionais.

- Assegurar a participação qualificada em reuniões externas (e.g. OMS), grupos técnicos (e.g. Comissão Europeia, Conselho da UE), conferências e *workshops* de âmbito internacional, através de equipas/delegações com competência técnica para tomar decisões e transmitir opções políticas e posições sólidas e responsabilizáveis pela tradução nacional dos contributos e compromissos decorridos dessa participação;

- Suportar a política externa portuguesa com uma rede de consultores e peritos;

- Criar e reforçar disciplinas que visem: a saúde e diplomacia e a

sua importância na política externa em formação pós-graduada em saúde; a Saúde Global e o papel das relações externas na sua promoção em cursos de relações internacionais;

- Reforçar o papel das embaixadas e missões diplomáticas na saúde (e.g. presença e capacitação de um ponto focal para a saúde).

### A nível das instituições

**42. Identificar e incorporar modelos internacionais de funcionamento nas instituições**, incluindo conceitos, boas práticas, processos e indicadores (*benchmarking*) seleccionando por critérios de efetividade e adequando à realidade portuguesa.

- Incorporar critérios e comparadores de desempenho internacionais na sua avaliação.

**43. Procurar modelos e promover a participação em processos de acreditação internacional**, desenvolver formação, material e páginas da *internet* em inglês, de forma a **facilitar o reconhecimento de centros de excelência e Portugal** e captar profissionais em formação de outros países. **Promover as discussões estratégicas e operacionais a nível internacional e a nível nacional sobre a participação portuguesa na Saúde Global.**

### A nível dos profissionais de saúde

**44. Identificar as melhores referências internacionais para a prática profissional**, reforçar uma perspectiva de desenvolvimento individual e de equipe, e promover e avaliar a prática profissional ao nível destes.

**45. Participar e contribuir para as discussões estratégicas e operacionais a nível internacional e a nível nacional sobre visões de desenvolvimento para as profissões** das recomendações internacionais e suas implicações.

## 4.4.4. VISÃO PARA 2016

### Portugal tem uma perspectiva sólida de participação na Saúde Global, suportada por uma dinâmica multisectorial e envolvimento do Sistema de Saúde

A responsabilidade de participar na Saúde Global é assumida por todos e incorporada nos processos de planeamento, monitorização e avaliação, incentivos e identificação de boas práticas. O Sistema de Saúde partilha uma visão comum, com identificação de prioridades e alinhamento de contributos de peritos, instituições e organizações públicas e privadas bem como de outros setores. Existe um diretório histórico e de análise das áreas de interesse internacional na saúde, que estimula a discussão multidisciplinar e intersectorial e integra a reflexão crítica dos representantes portugueses

nas instituições internacionais. As oportunidades de intervenção política encontram-se identificadas e antecipadas. Os compromissos internacionais, a operacionalização política e institucional, monitorização e avaliação são realizados de forma pró-ativa e transparente, contribuindo para a criação de capital político em saúde.

### As boas práticas políticas, das instituições e profissões são sistematicamente identificadas e valorizadas no contexto internacional

O Sistema de Saúde Português identifica, valoriza e divulga a nível internacional, boas práticas nas suas políticas, organizações e profissões. As boas práticas decorrem do planeamento, monitorização, avaliação, trabalho intersectorial e multidisciplinar, investigação e inovação. As representações internacionais conhecem e acompanham-nas, promovendo-as como capital nacional e oportunidade de cooperação, valorização e desenvolvimento.

### As instituições e associações enquadram o mandato e atividades em modelos de excelência internacional, assegurando a comparabilidade, incorporando e divulgando boas práticas, inovação e visão comum

As atividades das instituições, seus planos e avaliações enquadram-se em modelos de excelência reconhecidos internacionalmente, promovendo a sua comparabilidade. As instituições identificam e divulgam inovação e boas práticas, quer individualmente, quer em redes e parcerias. As sociedades científicas, associações profissionais ou de doentes posicionam a sua atividade, definem o seu valor e contribuem para o desenvolvimento de visões a nível internacional.

### As competências em diplomacia são reforçadas e entendidas como processo essencial para o desenvolvimento das instituições e dos profissionais, bem como para a participação internacional

Portugal entende o valor da saúde na política externa e o corpo diplomático integra profissionais com formação e experiência na saúde, permitindo participação externa qualificada e decisão informada. Os representantes internacionais são apoiados por peritos e instituições com experiência e perspectivas construídas para responder, contribuir e influenciar a agenda internacional. Existem modelos de formação de Diplomacia em Saúde, Saúde Global e Saúde Internacional que criam oportunidades de participação, desenvolvimento e valorização no contexto internacional



## 5. INDICADORES E METAS EM SAÚDE

*Os sistemas organizam-se em torno de objetivos comuns, colaborando sinergicamente para o alcance de metas.*

### 5.1. CONCEITOS

#### Qual a responsabilidade do PNS?

1. Pese embora o processo de monitorização do PNS propor-se como dinâmico e evolutivo, é necessário estabelecer um conjunto de indicadores de saúde que comprometa o Sistema de Saúde para com GeS e para com a monitorização de resultados e desempenho.

#### Qual a função dos indicadores do PNS?

2. Na saúde de uma população, intervêm uma multiplicidade de fatores. O estado de saúde depende do património genético de cada cidadão, do ambiente social, cultural e físico em que vive (Quigley et al, 2006) mas também do desempenho do SdS.

- **Indicadores de Saúde (IdS)** são instrumentos de medida sumária que refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam (Dias C et al, cit., 2007) (Nutbeam D, 1998)

#### Grupos de indicadores de saúde considerados

3. Genericamente, podem ser considerados quatro grandes grupos de Indicadores de Saúde:

- **Grupo I: Indicadores de Estado de Saúde** – permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como a mortalidade, morbilidade, incapacidade e bem-estar;
- **Grupo II: Indicadores de Determinantes de Saúde** – possibilitam o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais);
- **Grupo III: Indicadores de Desempenho do SdS** – nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, auxiliam a análise da qualidade do SdS;

- **Grupo IV: Indicadores de Contexto** – contêm medidas de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do SdS, fornecem informação contextual importante e permitem, por ajustamento, comparar populações distintas.

4. Estes grupos são, ainda, subdivididos em várias áreas, assegurando que as várias dimensões de informação sobre a Saúde se encontram devidamente consideradas (TABELA 5.1).

5. Considera-se que indicadores de Estado de Saúde (resultado) e de desempenho do Sistema de Saúde (processo) não são completamente indistintos, pois, paralelamente ao património genético e aos comportamentos individuais, ambos influenciam a saúde de uma população. De forma semelhante, vários Determinantes de Saúde podem ser considerados indicadores do estado de saúde, como é o caso dos fatores de risco para várias doenças.

6. Os IdS podem ser usados para melhorar o conhecimento sobre os determinantes da saúde e identificar lacunas no estado de saúde e/ou populações específicas mas são igualmente úteis para informar o planeamento e a política de saúde e gerir o Sistema de Saúde (CIHI, 2005).

#### Organização dos indicadores do PNS

7. A estratégia de monitorização do PNS define dois grandes conjuntos de indicadores: 1) de Ganhos em Saúde; 2) do Estado de Saúde e de Desempenho do Sistema de Saúde.

- **Indicadores de Ganhos em Saúde**, no âmbito do PNS, são indicadores de saúde cujo comportamento é significativamente atribuível à ação do SdS. Neste conjunto de indicadores de Ganhos em Saúde, previstos e a desenvolver, estão incluídos indicadores do Grupo I (indicadores de Estado de Saúde) e do Grupo III (indicadores de Desempenho do SdS). O processo de seleção, fixação de metas e cálculo dos GeS encontra-se descrito no CAPÍTULO 4.1. OBTER GANHOS EM SAÚDE.
- **Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde** descrevem o estado de saúde da população portuguesa e a capacidade do SdS atingir os objetivos propostos. São integrados num único conjunto pois influenciam-se mutuamente. Neste conjunto de indicadores de Estado de Saúde e de Desempenho do SdS, previstos e a desenvolver, estão incluídos indicadores de todos os grupos anteriormente definidos (I a IV).

### Articulação com outros processos de monitorização

8. Entre os indicadores do PNS incluem-se alguns indicadores já monitorizados no PNS 2004-2010 por se considerarem relevantes na abordagem pelo ciclo de vida e por contextos, também utilizada neste plano, por medirem importantes problemas de saúde e o desempenho do Sistema e pelas vantagens na continuidade da monitorização. Estão, ainda, incluídos novos indicadores selecionados para o cálculo de GANHOS EM SAÚDE e outros considerados relevantes.

9. Os indicadores considerados no PNS poderão ser complementados por outros indicadores, como sejam específicos das Regiões, de planos, programas, projetos, ações ou intervenções de interesse nacional e que concorram para a missão do PNS.

### Processo de cálculo de metas

10. Os critérios de cálculo de metas encontram-se descritos no capítulo OBTER GANHOS EM SAÚDE, e baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças em 2016, de acordo com as projeções, entre cada unidade e a unidade com o melhor desempenho do indicador. O alcance das metas é, deste modo, necessariamente o resultado de melhorias expressivas e articuladas a nível local, regional e nacional.



**Tabela 5.1** Grupos de indicadores de saúde (adaptado de cihi, 2005 e cihi, 1999)

Grupo I: Indicadores de Estado de Saúde			
Mortalidade	Morbilidade de saúde	Incapacidade	Bem-estar
<ul style="list-style-type: none"> <li>Por grupos de idade (por ex. infantil); por causas específicas; derivados (por ex. esperança de vida, AVPP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interfere com a atividade diária e com a procura dos serviços de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclui deficiência (da função ou estrutura do corpo), limitação de atividade (dificuldade na execução de uma tarefa ou ação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Físico, mental e social. São exemplos a auto-percepção do estado de saúde.</li> </ul>
Grupo II: Indicadores de Determinantes de Saúde			
Comportamentos	Condições de vida e trabalho	Recursos Pessoais	Ambientais
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que influenciam o estado de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perfil socioeconómico e condições de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevalência de fatores como apoio social e eventos de vida produtores de estresse relacionados com a saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que influenciam o estado de saúde.</li> </ul>
Grupo III: Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde			
Aceitabilidade	Acesso	Qualidade	Capacitação do cidadão
<ul style="list-style-type: none"> <li>Responde às expectativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequado conforme as necessidades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adequado e baseado em padrões estabelecidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os conhecimentos do cidadão são adequados aos cuidados prestados</li> </ul>
Integração de cuidados	Efetividade	Eficiência	Segurança
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidade de prestar cuidados, de forma continuada e coordenada, através de programas, profissionais entre níveis de cuidados, ao longo do tempo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>São atingidos os resultados propostos, a nível técnico e satisfação de prestadores e utentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os resultados são maximizados (quantitativa e qualitativamente) com um mínimo de recursos e tempo despendidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde</li> </ul>
Grupo IV: Indicadores de Contexto			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Não são indicadores do estado de saúde ou de desempenho do SdS mas fornecem informações contextuais úteis, permitindo comparar populações entre si e ao longo do tempo.</li> </ul>			



## 5.2. INDICADORES DO PNS 2012-2016

### 5.2.1. INDICADORES PREVISTOS


#### Descrição

11. Para cada um dos indicadores apresentados encontra-se em anexo:

- Gráfico e quadro onde se apresenta histórico do indicador, projeção de tendências até 2016 e cálculo de metas, com estratificação regional;
- Ficha onde consta a designação do indicador, classificação de grupo e área a que pertence, numerador, denominador, fonte e unidade de medida; é ainda indicado se o indicador tem comparação internacional e respetiva fonte.

#### 5.2.1.1. INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE

**Tabela 5.2** Lista de indicadores de ganhos em saúde e respetivos valores (observados, projetados, metas e ganhos acumulados) em Portugal Continental



INDICADOR		VALORES				
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016	Ganhos acumulados
<b>ÁREA: MORTALIDADE</b>						
1	AVPP por acidentes de transporte terrestre (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	515,2	248,6	124,3	100,1	620,5
2	AVPP por doença crónica do fígado (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	162,6	128,5	106,6	93,6	612,7
3	AVPP por algumas afeções originadas no período perinatal (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	224,2	236,3	199,4	174,3	560,8
4	AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	122,3	144,4	164,6	131,7	532,4
5	AVPP por tumor maligno do colo do útero (/100 000 mulheres abaixo dos 70 anos) (b)	52,4	40,3	27,0	18,9	111,4
6	AVPP por tumor maligno da mama feminina (/100 000 mulheres abaixo dos 70 anos)	190,8	159,7	134,7	118,3	291,6
7	AVPP por VIH/SIDA (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	297,6	128,5	63,1	45,0	241,5
8	AVPP por tumor maligno do cólon, reto e ânus (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	91,6	86,6	82,1	77,1	232,8
9	AVPP por pneumonia (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	76,5	58,5	38,2	31,0	191,1
10	AVPP por diabetes (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	56,9	40,0	26,6	18,7	177,9
11	AVPP por doenças cerebrovasculares (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	219,4	119,9	63,9	59,1	93,5

INDICADOR		VALORES				
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016	Ganhos acumulados
ÁREA: MORBILIDADE						
12	Internamentos por diabetes (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	35,2	30,0	29,4	25,5	236,9
13	Internamentos por asma (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	39,9	29,5	22,1	20,1	123,8
14	Internamentos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	35,2	29,4	24,8	17,9	95,9
15	Internamentos por epilepsia e estado de grande mal epilético (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	29,7	28,3	28,8	25,2	131,3
16	Internamentos por insuficiência cardíaca (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	28,5	27,9	28,8	25,3	72,9
17	Internamentos por angina de peito (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	37,2	23,2	18,4	16,4	206,8
18	Internamentos por hipertensão arterial (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)	20,6	11,3	7,9	6,4	51,4
ÁREA: INCAPACIDADE						
19	Pensionistas de invalidez (/1000 hab. entre 18 e 64 anos)	55,8	42,3	34,4	30,2	82,6

(a) Ou ano mais próximo. (b) Devido à acentuada tendência crescente da série 2001-2009 deste indicador na Região de Saúde do Alentejo, para efectuar as projeções foi utilizado um modelo matemático diferente do modelo utilizado para os outros indicadores.

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

### 5.2.1.2. INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE E DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

**Tabela 5.3** Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde e respetivos valores (observados, projetados e metas) em Portugal Continental

INDICADOR		VALORES			
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016
ÁREA: MORTALIDADE					
20	Esperança de vida à nascença (anos)	76,6	79,2	81,7	81,8
21	Esperança de vida aos 65 anos (anos)	17,0	18,4	19,8	20,0
ÁREA: MORBILIDADE					
22	Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos)	5,9	8,8	13,5	11,2
23	Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)	7,1	8,2	8,8	8,5
ÁREA: QUALIDADE					
24	Partos por cesariana (/100 nados vivos)	28,0	36,4	45,7	40,4
ÁREA: EFETIVIDADE					
25	Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos)	6,0	4,2	3,0	2,6

INDICADOR		VALORES			
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016
ÁREA: MORTALIDADE					
26	Mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)	6,2	4,5	3,0	2,5
27	Mortalidade infantil (/1000 nados vivos)	5,3	3,6	2,1	1,9
28	Mortalidade abaixo dos 5 anos (/1000 nados vivos)	6,8	4,5	2,6	2,3
30	Mortalidade dos 15 aos 24 anos (/100 000 hab.)	81,9	41,4	23,3	21,8
31	Mortalidade dos 25 aos 64 anos (/100 000 hab.)	354,1	292,5	242,8	237,6
32	Mortalidade dos 65 aos 74 anos (/100 000 hab.)	2182,5	1649,5	1325,4	1301,4
33	Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100 000 mulheres)	13,8	12,6	9,1	9,0
34	Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (/100 000 mulheres)	2,6	2,7	2,1	2,0
35	Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	7,1	7,3	7,1	6,8
36	Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	14,8	9,2	6,0	4,4
37	Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	17,8	9,5	5,2	5,0
38	Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	9,9	6,2	4,2	3,1
39	Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	3,0	5,9	7,3	6,4
40	Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	11,9	12,9	12,3	10,7
41	Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100 000 hab.)	11,5	7,6	4,2	4,0
42	Mortalidade por acidentes laborais (/100 000 hab.)	2,7	1,8	0,9	0,8
ÁREA: ACESSO					
43	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%)	76	70	56	75
44	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)	35	36	41	58
ÁREA: EFICIÊNCIA					
45	Médicos (/100 000 hab.)	323,7	383,7	431,5	451,5
46	Enfermeiros (/100 000 hab.)	359,0	551,3	764,7	801,1
47	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100 000 hab.)	68,8	75,2	81,4	106,5
48	Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano)	2,7	2,7	3,0	3,4
49	Consultas médicas hospitalares (/hab./ano)	0,8	1,4	2,3	2,4
50	Atendimentos em urgências hospitalares (/1000 hab./ano)	647,7	708,2	754,3	720,1
51	Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	0,77	0,50	0,33	0,31
52	Despesa em medicamentos na despesa em saúde (%) (b)	22,8	18,5	14,2	ND
53	Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (%)	14,9	28,8	89,5	94,3
53	Generic drugs in the total market of medicines (%)	14,9	28,8	89,5	94,3

INDICADOR		VALORES			
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016
ÁREA: QUALIDADE					
54	Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)	4,9	5,0	5,1	4,3
55	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)	67,0	73,7	86,9	72,5
56	Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)	38,1	58,1	122,0	103,3
57	Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)	18,9	17,2	14,4	14,2

(a) Ou ano mais próximo. (b) Foram utilizados os valores anuais do Orçamento do SNS disponibilizados pela ACSS. Os dados não são desagregados por Região porque o valor do Orçamento é um dado nacional. Por esta razão não foi definida meta para 2016 para este indicador, uma vez que o método de cálculo da meta não é aplicável neste caso.

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

## 5.2.2. INDICADORES A DESENVOLVER

### Descrição

12. Para cada um dos indicadores em consideração encontra-se em anexo uma ficha onde consta o nome do indicador, classificação de grupo e área a que pertence, numerador, denominador, fonte, unidade de medida, comparação internacional e fonte internacional.

13. Esta lista constitui uma lista de trabalho provisória e evolutiva.

### 5.2.2.1. INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE

**Tabela 5.4** Lista de indicadores de ganhos em saúde a desenvolver

INDICADOR	
N	NOME
ÁREA: INCAPACIDADE	
58	Esperança de vida sem incapacidade à nascença (anos)
59	Esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos (anos)
ÁREA: MORTALIDADE	
60	Mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool (/100 000 hab.)
ÁREA: QUALIDADE	
61	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro da mama (%)
62	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do colo do útero (%)
63	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do cólon e reto (%)
ÁREA: MORBILIDADE	
64	Internamento por doenças atribuíveis ao álcool (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)
65	Internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatorio (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)

INDICADOR	
N	NOME
ÁREA: QUALIDADE	
66	Incidência de amputações do pé diabético (/10000 hab.)
ÁREA: INCAPACIDADE	
67	Anos de trabalho perdidos por incapacidade (anos)
68	Dias de ausência ao trabalho devido a doença (dias)
ÁREA: ACESSO	
69	Utentes sem médico de família (%)
70	Consultas de gravidez no primeiro trimestre (%)
71	Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência (%)
72	Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido (%)
73	Tempos de referenciação aos cuidados continuados (dias)
ÁREA: QUALIDADE	
74	Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde (%)

### 5.2.2.2. INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE E DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

**Tabela 5.5** Lista de indicadores do estado de saúde e do desempenho do sistema de saúde a desenvolver

INDICADOR	
N	NOME
ÁREA: MORBILIDADE	
75	População com diabetes (%)
76	População com asma (%)
77	População com hipertensão arterial (%)
78	População com dor crónica (%)
79	População com depressão (%)
ÁREA: COMPORTAMENTOS	
80	População consumidora diária de tabaco (%)
81	População consumidora de álcool (%)
82	População com excesso de peso (%)
83	População obesa (%)
ÁREA: BEM-ESTAR	
84	População que avalia positivamente o seu Estado de Saúde (%)
ÁREA: COMPORTAMENTOS	
85	Atividade física (minutos/dia)
ÁREA: MORBILIDADE	
86	Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos
ÁREA: EFICIÊNCIA	
87	Médicos de Medicina Geral e Familiar (/100 000 hab.)

INDICADOR	
N	NOME
ÁREA: CONTEXTO	
88	Taxa de evolução das despesas em saúde (%)
89	Despesa corrente em cuidados de saúde pelo SNS, a preços correntes (total, por residente) (€)
90	Despesa corrente em cuidados de saúde pelas famílias, a preços correntes (€)
ÁREA: RECURSOS PESSOAIS	
91	Rácio entre despesas privadas em saúde e rendimento disponível das famílias
ÁREA: CONTEXTO	
92	Despesa em saúde no PIB (%)

## 5.3. DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DO PNS PREVISTOS

### INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE

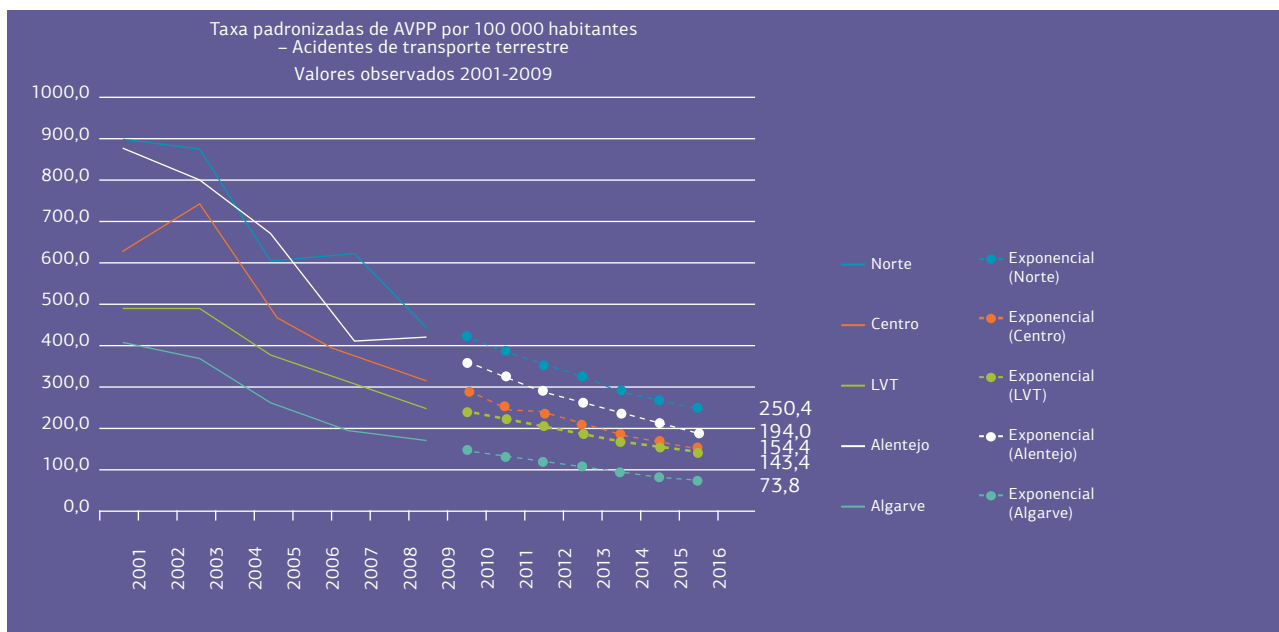
1. Anos de Vida Potenciais Perdidos por acidentes de transporte terrestre **125**
2. Anos de Vida Potenciais Perdidos por doença crónica do fígado **126**
3. Anos de Vida Potenciais Perdidos por algumas afecções originadas no período perinatal **127**
4. Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão **128**
5. Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno do colo do útero **129**
6. Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno da mama feminina **130**
7. Anos de Vida Potenciais Perdidos por VIH/SIDA **131**
8. Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno do cólon, recto e ânus **132**
9. Anos de Vida Potenciais Perdidos por pneumonia **133**
10. Anos de Vida Potenciais Perdidos por diabetes **134**
11. Anos de Vida Potenciais Perdidos por doenças cerebrovasculares **135**
12. Internamento por diabetes **136**
13. Internamento por asma **137**
14. Internamento por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) **138**
15. Internamento por epilepsia e estado de grande mal epilético **139**
16. Internamento por insuficiência cardíaca **140**
17. Internamento por angina de peito **141**
18. Internamento por hipertensão arterial **142**
19. Número de pensionistas de invalidez **143**

### INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE E DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

20. Esperança de vida à nascença **144**
21. Esperança de vida aos 65 anos **145**
22. Nascimentos pré-termo **146**
23. Crianças com baixo peso à nascença **147**
24. Partos por cesariana **148**
25. Nascimentos em mulheres adolescentes **149**
26. Mortalidade perinatal **150**
27. Mortalidade infantil **151**

28. Mortalidade abaixo dos 5 anos **152**
29. Mortalidade dos 5 aos 14 anos **153**
30. Mortalidade dos 15 aos 24 anos **154**
31. Mortalidade dos 25 aos 64 anos **155**
32. Mortalidade dos 65 aos 74 anos **156**
33. Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos **157**
34. Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos **158**
35. Mortalidade por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos **159**
36. Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos **160**
37. Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos **161**
38. Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos **162**
39. Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos **163**
40. Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos **164**
41. Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos **165**
42. Mortalidade por acidentes laborais **166**
43. Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos **167**
44. Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos **168**
45. Médicos **169**
46. Enfermeiros **170**
47. Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários **171**
48. Consultas de Medicina Familiar **172**
49. Consultas médicas hospitalares **173**
50. Atendimentos em urgências hospitalares **174**
51. Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas **175**
52. Despesa em medicamentos na despesa em saúde **176**
53. Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos **177**
54. Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatório **178**
55. Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatório **179**
56. Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatório **180**
57. Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatório **181**

**1. Anos de vida potenciais perdidos por acidentes de transporte terrestre**  
(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

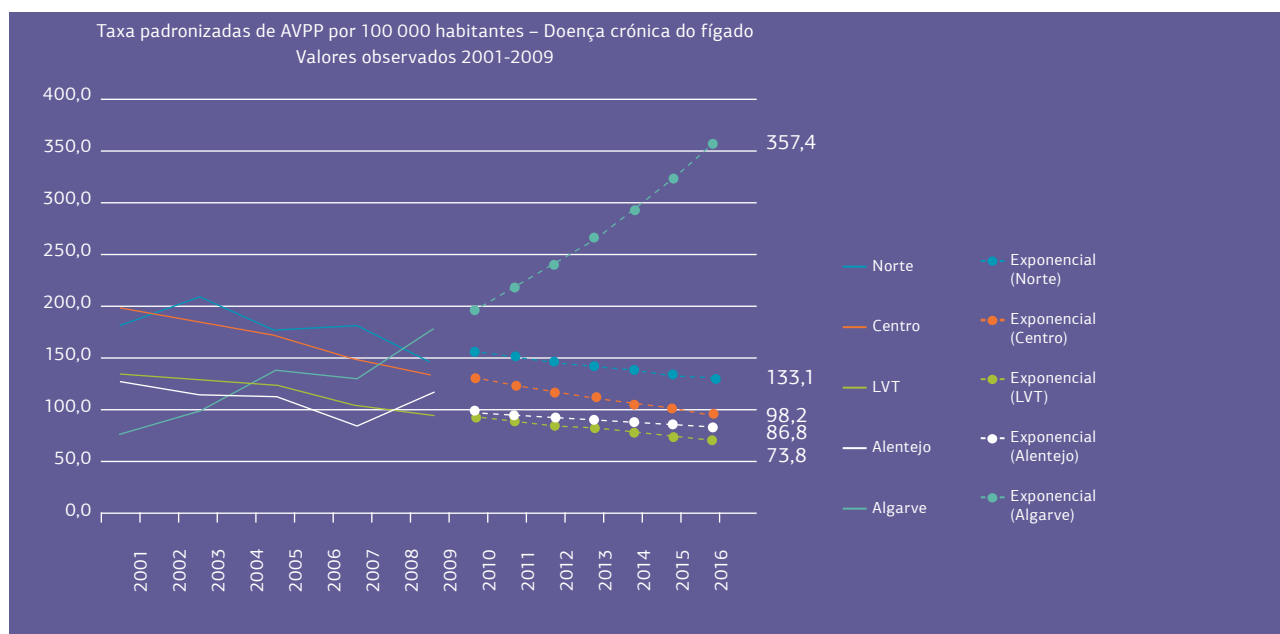
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por acidentes de transporte terrestre	2001	407,6	625,5	448,7	887,6	902,0	515,2
	2009	173,0	312,3	252,6	432,6	440,7	248,6
	Projeção 2016	73,8	154,4	143,4	194,0	250,4	124,3
	Meta 2016	73,8	114,1	108,6	133,9	162,1	100,1
	Ganhos acumulados	0	100,8	97,2	158,9	263,6	620,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por acidentes de transporte terrestre (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por acidentes de transporte terrestre (CID10: V01-V89) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <math>a</math> - idade;  <math>l</math> - idade limite mais elevada;  <math>d_{at}</math> - número de mortes na idade "a";  <math>P_{at}</math> - número de habitantes com a idade "a" no país "i" no momento "t";  <math>P_a</math> - número habitantes com a idade "a" na população padrão;  <math>P_n</math> - número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

## 2. Anos de vida potenciais perdidos por doença crónica do fígado

(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

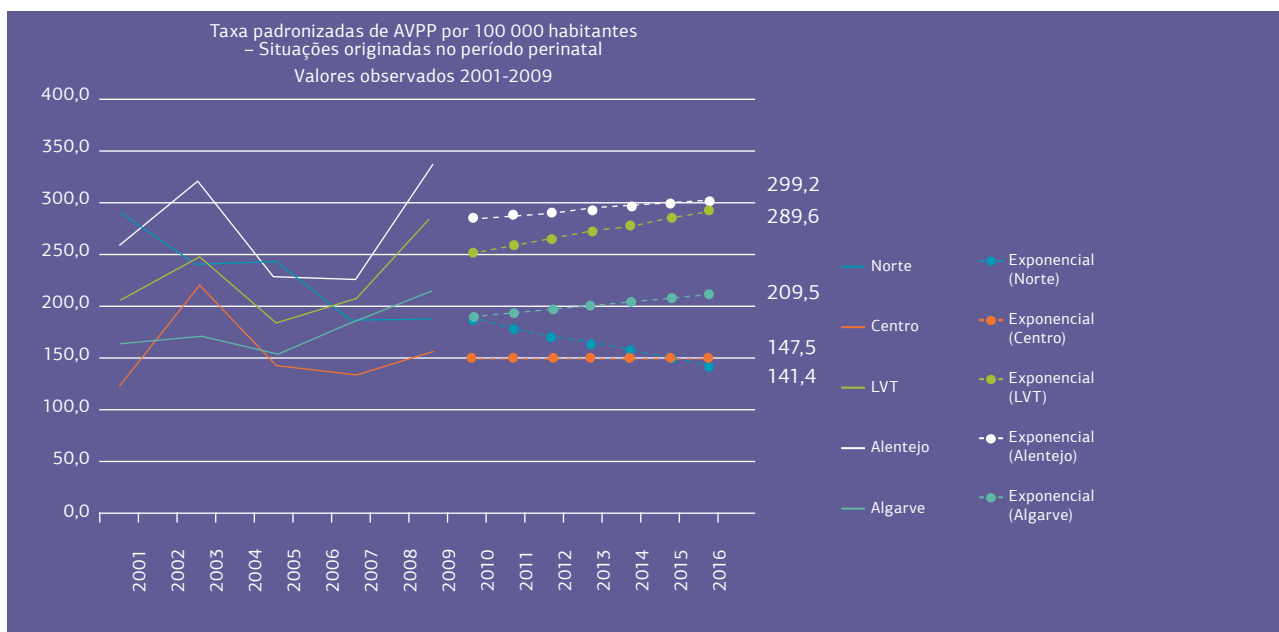
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por doença crónica do fígado	2001	183,8	199,3	136,6	131,0	78,2	162,6
	2009	150,1	135,0	97,7	119,1	181,1	128,5
	Projeção 2016	133,1	98,2	73,8	86,8	357,4	106,6
	Meta 2016	103,5	86,0	73,7	80,3	215,6	93,6
	Ganhos acumulados	101,8	37,9	0	21,8	451,2	612,7

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por doença crónica do fígado (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por doença crónica do fígado (CID10: K70, K73-K74) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade "a";  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade "a" no país "i" no momento "t";  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade "a" na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.         </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE



### 3. Anos de vida potenciais perdidos por algumas afecções originadas no período perinatal (taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



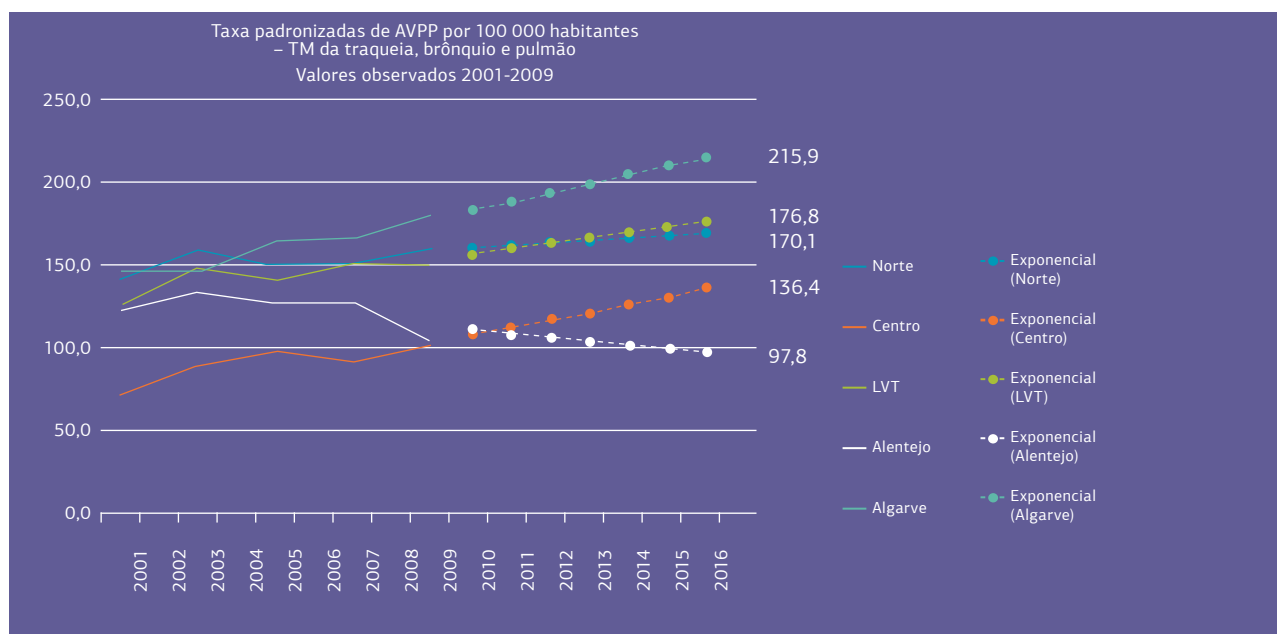
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por algumas afecções originadas no período perinatal	2001	290,5	120,8	201,6	254,6	162,2	224,2
	2009	213,1	153,7	281,4	334,6	187,8	236,3
	Projeção 2016	141,4	147,5	289,6	299,2	209,5	199,4
	Meta 2016	141,4	144,5	215,5	220,3	175,5	174,3
	Ganhos acumulados	0	10,7	156,4	275,7	118,0	560,8

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por algumas afecções originadas no período perinatal (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por algumas afecções originadas no período perinatal (CID10: P00-P96, A33, A34) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\,000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade “a”;  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

#### 4. Anos de vida potenciais perdidos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



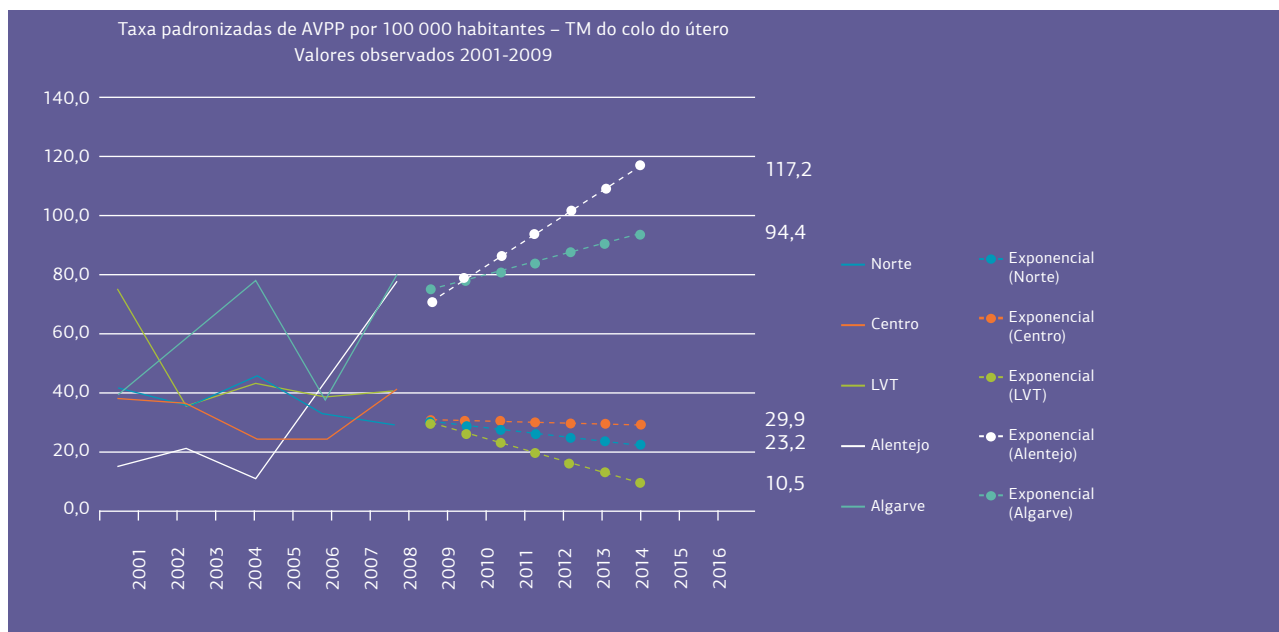
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	2001	141,9	71,2	125,3	123,1	147,9	122,3
	2009	160,1	102,4	150,2	102,9	180,8	144,4
	Projeção 2016	170,1	136,4	176,8	97,8	215,9	164,6
	Meta 2016	134,0	117,1	137,3	97,8	156,9	131,7
	Ganhos acumulados		126,3	64,5	137,3	0	204,3

Metas para 2016: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão (CID10: C33-C34) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade “a”;  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.         </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**5. Anos de vida potenciais perdidos por tumor maligno do colo do útero**  
(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, sexo feminino)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão linear.

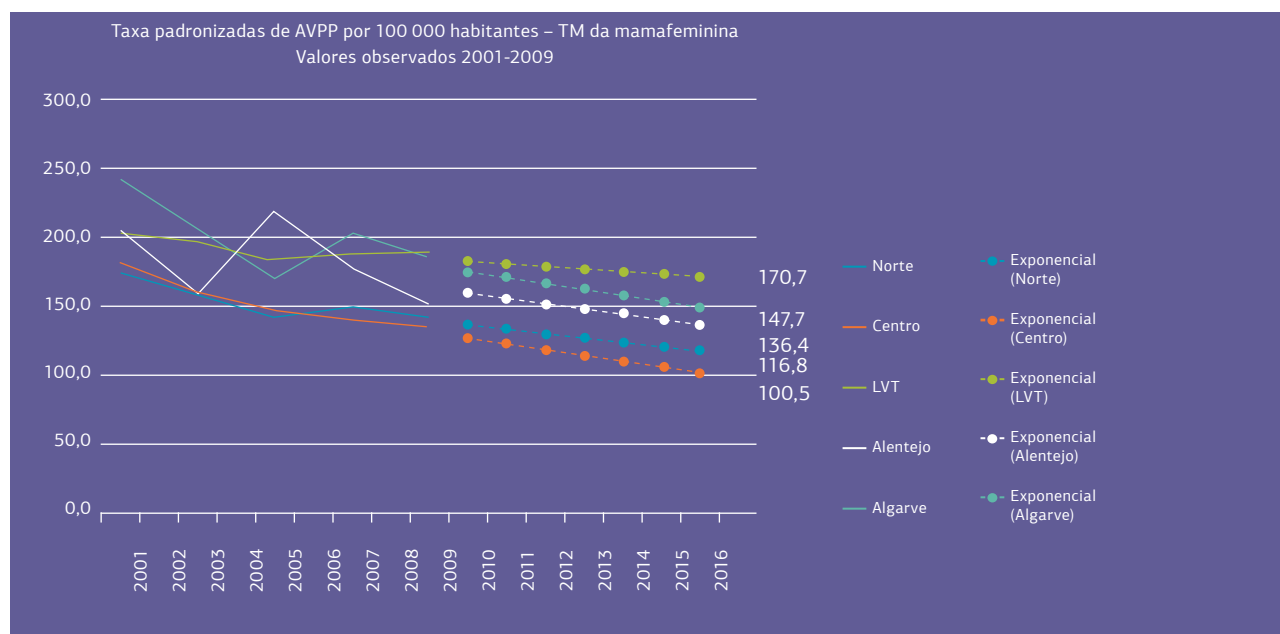
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por tumor maligno do colo do útero	2001	41,9	39,1	76,0	15,0	38,9	52,4
	2009	29,7	41,9	41,0	78,4	81,5	40,3
	Projeção 2016	23,2	29,9	10,5	117,2	94,4	27,0
	Meta 2016	16,8	20,2	10,5	63,8	52,4	18,9
	Ganhos acumulados	6,4	9,7	0,0	53,4	42,0	111,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

**Notas:** A série 2001-2009 para a Região de Saúde do Alentejo apresenta uma acentuada tendência crescente, pelo que para o cálculo das projeções para este indicador se utilizou um modelo de regressão linear e não um modelo de regressão exponencial como nos restantes indicadores.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno do colo do útero (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno do colo do útero (CID10: C53) de mulheres com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de mulheres com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <math>\alpha</math> – idade;  <math>l</math> – idade limite mais elevada;  <math>d_{at}</math> – número de mortes na idade “a”;  <math>P_{at}</math> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <math>P_a</math> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <math>P_n</math> – número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

## 6. Anos de vida potenciais perdidos por tumor maligno da mama feminina (taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, sexo feminino)



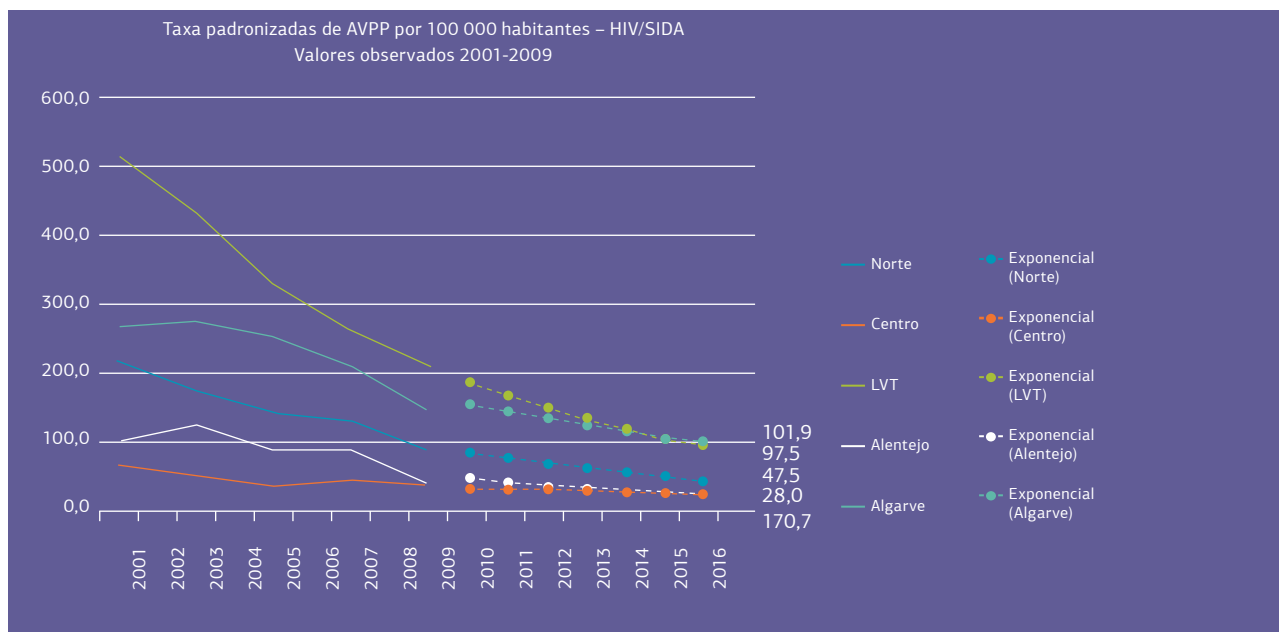
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por tumor maligno da mama feminina	2001	173,9	181,6	202,8	203,7	241,5	190,8
	2009	141,5	134,1	187,6	150,4	185,0	159,7
	Projeção 2016	116,8	100,5	170,7	136,4	147,7	134,7
	Meta 2016	108,6	100,5	135,6	118,4	124,1	118,3
	Ganhos acumulados	27,3	0	122,6	61,2	80,5	291,6

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como fator de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno da mama feminina (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno da mama feminina (CID10: C50) de mulheres com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de mulheres com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\,000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade “a”;  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.         </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**7. Anos de vida potenciais perdidos por VIH/SIDA**  
(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



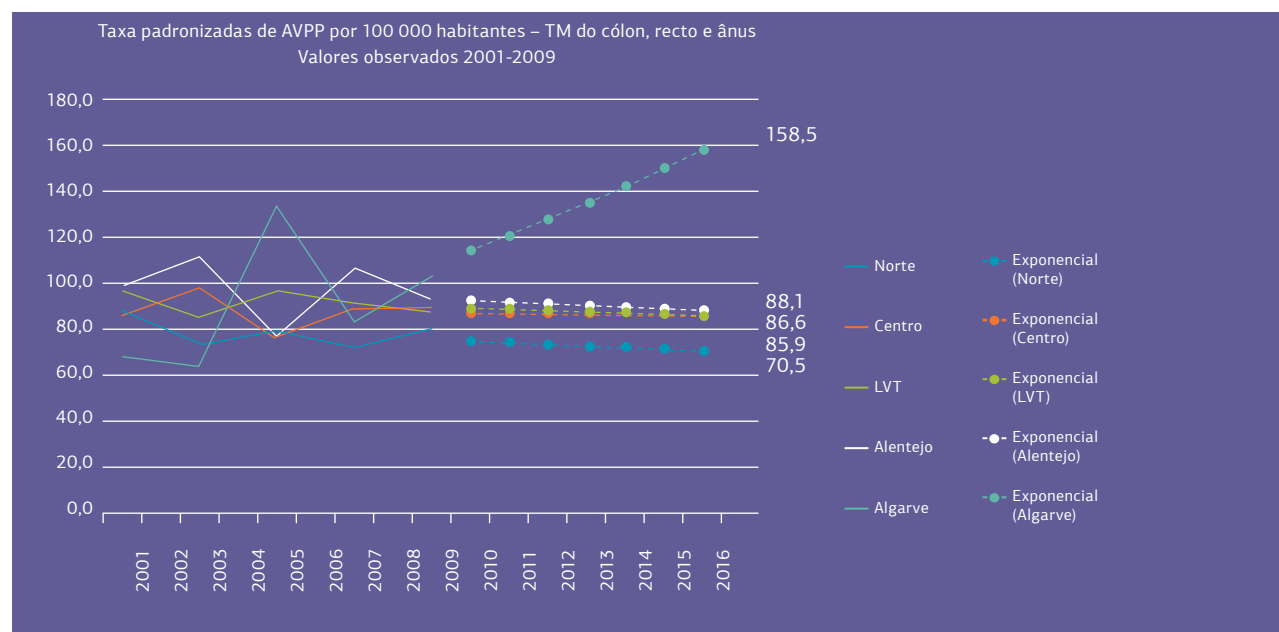
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por VIH/SIDA	2001	222,2	67,8	517,0	105,5	275,1	297,6
	2009	92,8	43,3	215,4	42,3	150,7	128,5
	Projeção 2016	47,5	28,0	97,5	26,2	101,9	63,1
	Meta 2016	36,8	27,1	61,8	26,2	64,0	45,0
	Ganhos acumulados	25,2	1,5	94,3	0,0	120,5	241,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por VIH/SIDA (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por VIH/SIDA (CID10: B20-B24) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <math>\alpha</math> – idade;  <math>l</math> – idade limite mais elevada;  <math>d_{at}</math> – número de mortes na idade “a”;  <math>P_{at}</math> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <math>P_a</math> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <math>P_n</math> – número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

### 8. Anos de vida potenciais perdidos por tumor maligno do cólon, recto e ânus (taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



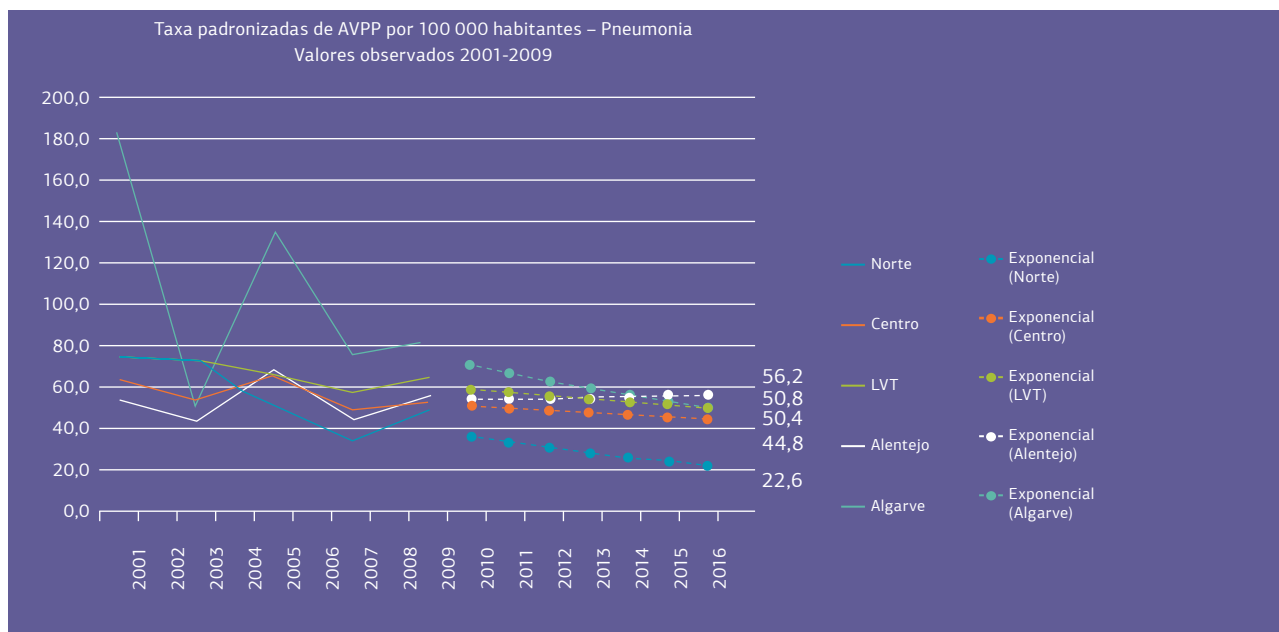
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por tumor maligno do cólon, recto e ânus	2001	87,7	86,1	97,9	99,6	68,8	91,6
	2009	80,3	89,4	89,0	93,0	103,7	86,6
	Projeção 2016	70,5	86,6	85,9	88,1	158,5	82,1
	Meta 2016	70,5	78,6	78,2	79,3	114,5	77,1
	Ganhos acumulados	0	28,2	26,9	30,6	147,1	232,8

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por tumor maligno do cólon, recto e ânus (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno do cólon, recto e ânus (CID10: C18-C21) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade “a”;  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.         </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**9. Anos de vida potenciais perdidos por pneumonia**  
(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

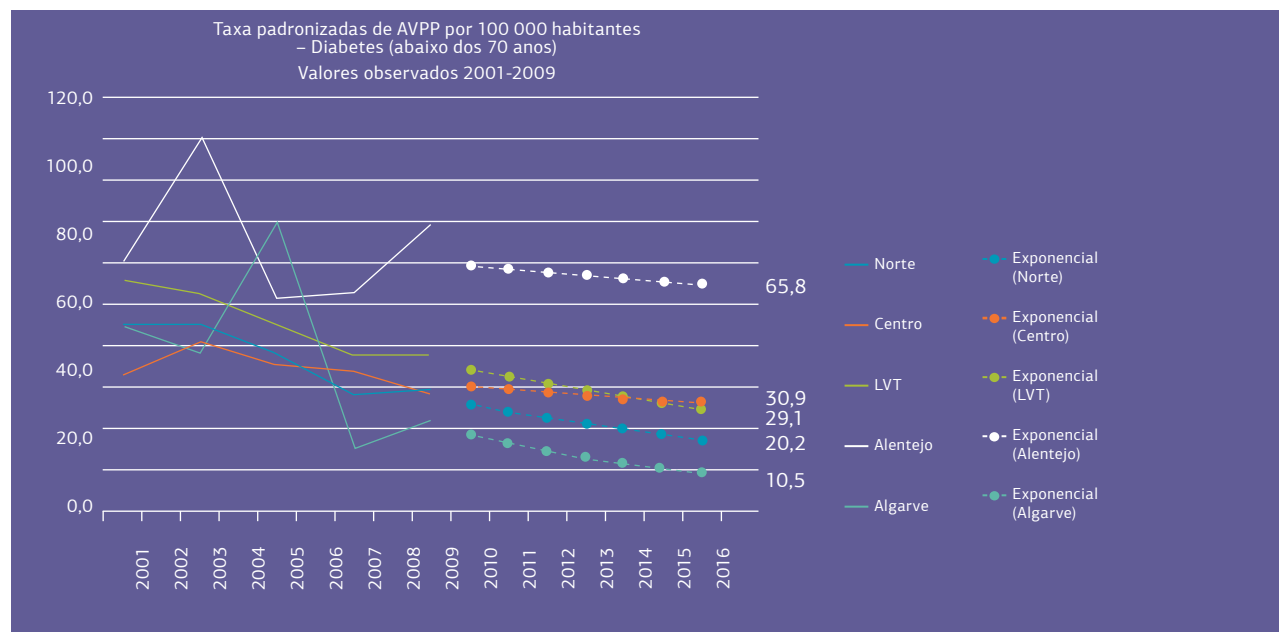
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por pneumonia	2001	75,8	65,0	74,9	54,4	182,2	76,5
	2009	49,9	53,8	65,2	56,7	83,2	58,5
	Projeção 2016	22,6	44,8	50,8	56,2	50,4	38,2
	Meta 2016	22,6	33,7	36,7	39,4	36,5	31,0
	Ganhos acumulados	0	38,5	48,8	58,8	45,0	191,1

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por pneumonia (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por pneumonia (CID10: J12-J18) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\,000$ <p> <math>a</math> – idade;  <math>l</math> – idade limite mais elevada;  <math>d_{at}</math> – número de mortes na idade “a”;  <math>P_{at}</math> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <math>P_a</math> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <math>P_n</math> – número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

### 10. Anos de vida potenciais perdidos por diabetes

(taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

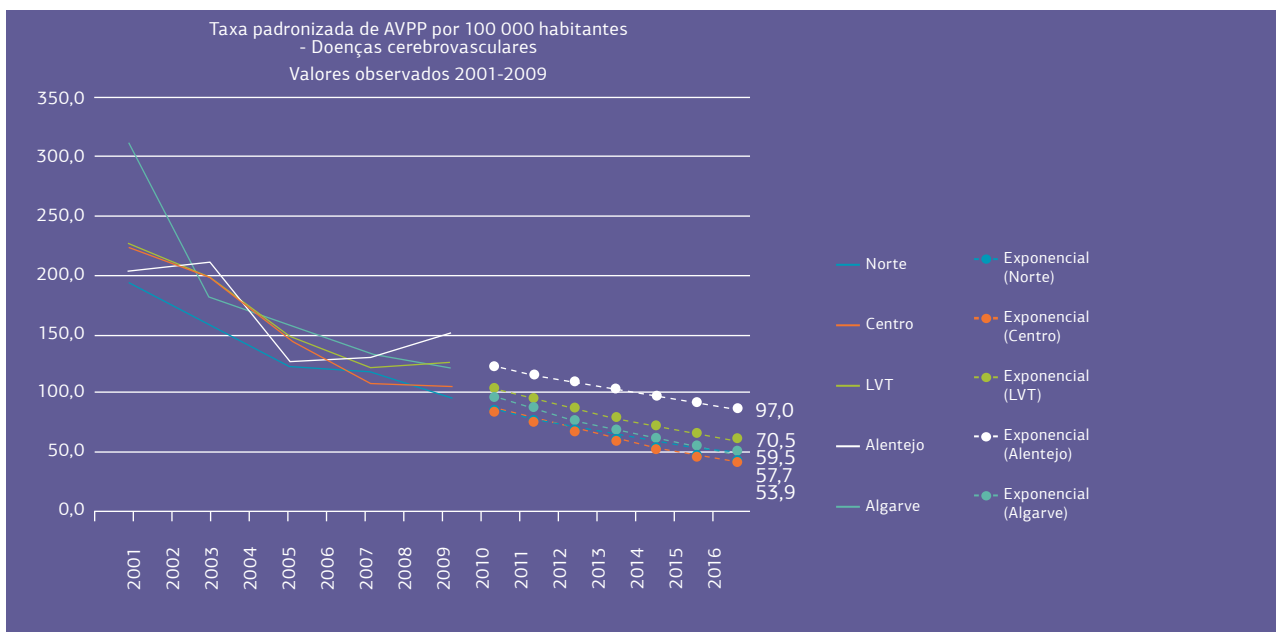
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por diabetes	2001	53,6	39,3	67,2	72,0	53,6	56,9
	2009	34,2	33,8	45,0	82,9	26,1	40,0
	Projeção 2016	20,2	30,9	29,1	65,8	10,5	26,6
	Meta 2016	15,3	20,7	19,8	38,1	10,5	18,7
	Ganhos acumulados	15,0	35,4	30,8	96,7	0	177,9

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por diabetes (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por diabetes (CID10: E10-E14) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\,000$ <p> <i>a</i> – idade;  <i>l</i> – idade limite mais elevada;  <i>d<sub>at</sub></i> – número de mortes na idade “a”;  <i>P<sub>at</sub></i> – número de habitantes com a idade “a” no país “i” no momento “t”;  <i>P<sub>a</sub></i> – número habitantes com a idade “a” na população padrão;  <i>P<sub>n</sub></i> – número de habitantes total na população padrão.         </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE



**11. Anos de vida potenciais perdidos por doenças cerebrovasculares**  
(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

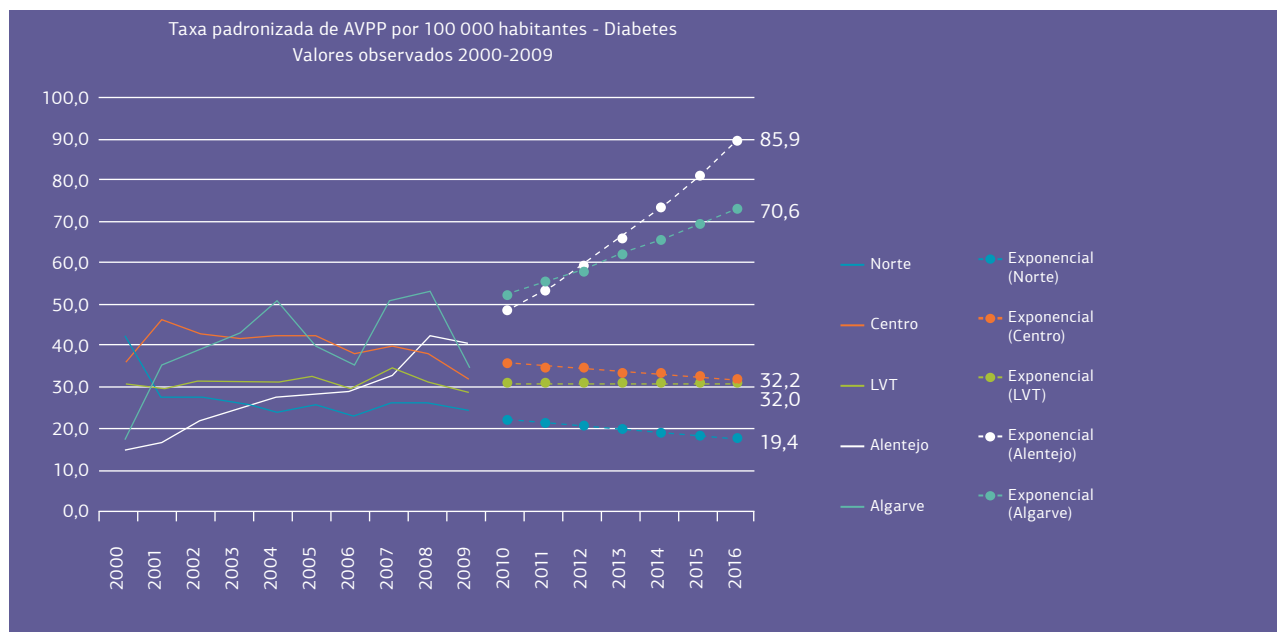
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
AVPP por doenças cerebrovasculares	2001	199,1	227,2	229,8	206,9	310,8	219,4
	2009	105,1	113,9	132,5	157,6	129,6	119,9
	Projeção 2016	59,5	53,9	70,5	97,0	57,7	63,9
	Meta 2016	56,7	53,9	62,2	75,5	55,8	59,1
	Ganhos acumulados	1,4	0	19,6	70,6	1,9	93,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de Anos de Vida Potenciais Perdidos por doenças cerebrovasculares (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por doenças cerebrovasculares (CID10: I60-I69) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fórmula	$AVPP_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a)(d_{at} / P_{at})(P_a / P_n) \times 100\ 000$ <p> <math>a</math> - idade;  <math>l</math> - idade limite mais elevada;  <math>d_{at}</math> - número de mortes na idade "a";  <math>P_{at}</math> - número de habitantes com a idade "a" no país "i" no momento "t";  <math>P_a</math> - número habitantes com a idade "a" na população padrão;  <math>P_n</math> - número de habitantes total na população padrão.                 </p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

## 12. Internamento por diabetes

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

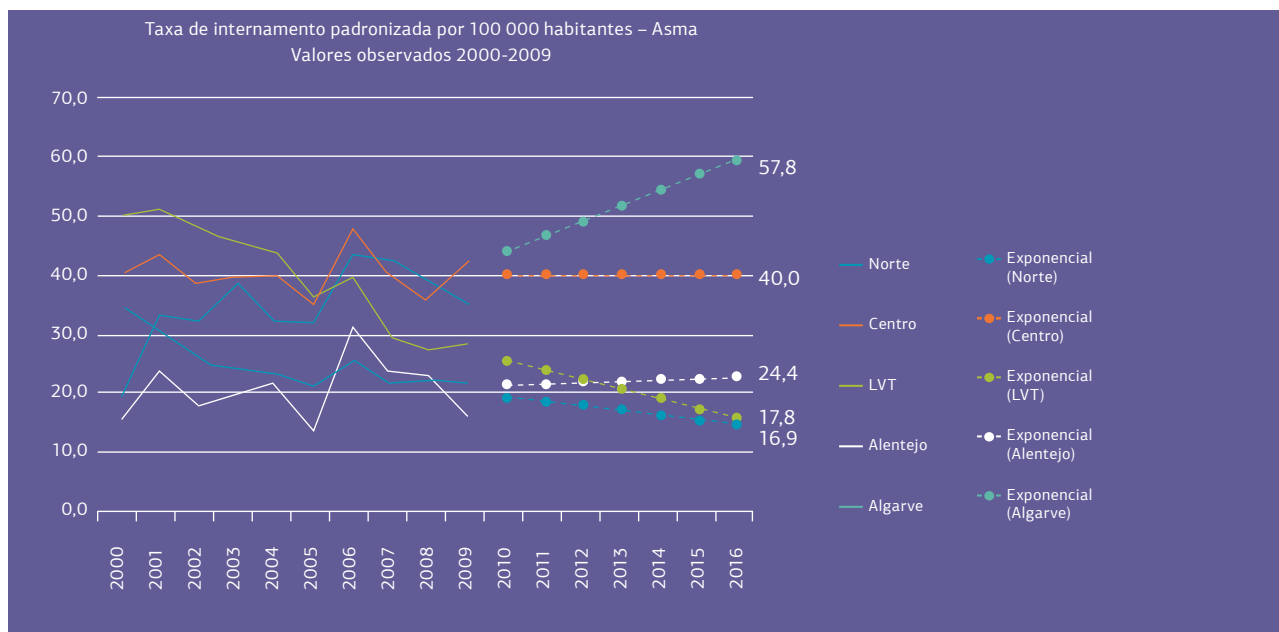
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por diabetes	2000	42,5	36,4	31,7	17,1	19,0	35,2
	2009	26,0	32,8	29,7	40,9	35,0	30,0
	Projeção 2016	19,4	32,2	32,0	85,9	70,6	29,4
	Meta 2016	19,4	25,8	25,7	52,6	45,0	25,5
	Ganhos acumulados	0	22,3	22,2	105,6	86,8	236,9

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por diabetes (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por diabetes (CID9: 250.0, 250.1, 250.2, 250.8) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

### 13. Internamento por asma

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

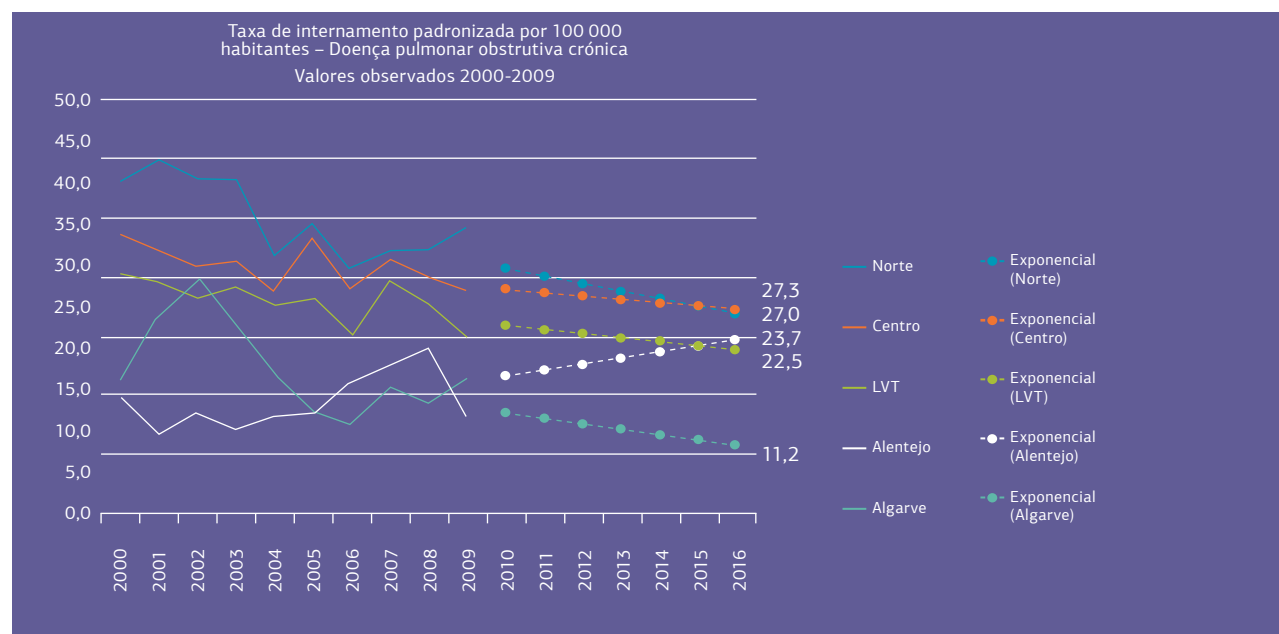
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por asma	2000	35,2	40,7	49,4	17,9	20,7	39,9
	2009	23,3	42,2	29,7	17,7	35,9	29,5
	Projeção 2016	16,9	40,0	17,8	24,4	57,8	22,1
	Meta 2016	16,9	28,5	17,3	20,7	37,4	20,1
	Ganhos acumulados	0	40,4	0,5	13,1	69,8	123,8

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por asma (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por asma (CID9: 493) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

#### 14. Internamento por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



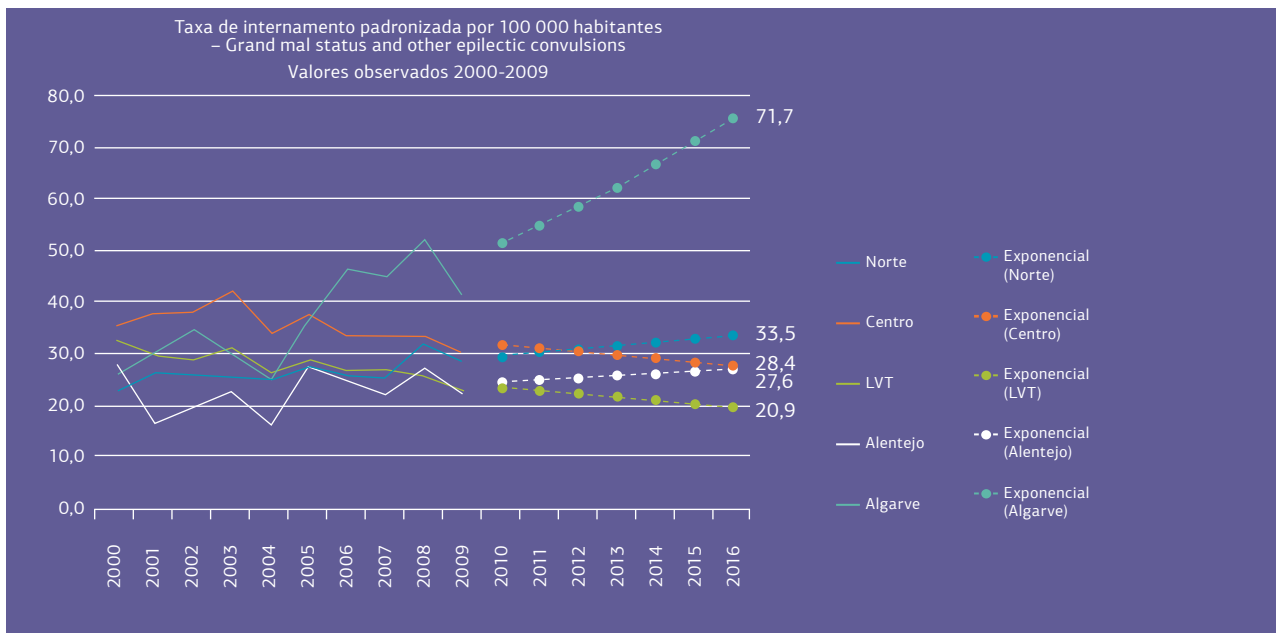
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por DPOC	2000	42,5	36,4	31,7	17,1	19,0	35,2
	2009	37,1	29,9	24,1	14,7	19,0	29,4
	Projeção 2016	27,0	27,3	22,5	23,7	11,2	24,8
	Meta 2016	19,1	19,3	16,9	17,5	11,2	17,9
	Ganhos acumulados	27,1	28,0	19,5	21,3	0	95,9

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de padronizada internamento por doença pulmonar obstrutiva crónica (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por DPOC (CID9: 491, 492, 494, 496, 480-486 <sup>1</sup> , 466 <sup>1</sup> , 487.0 <sup>1</sup> ) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano <sup>1</sup> apenas quando acompanhados por um diagnóstico associado de 496		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**15. Internamento por epilepsia e estado de grande mal epilético**  
(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

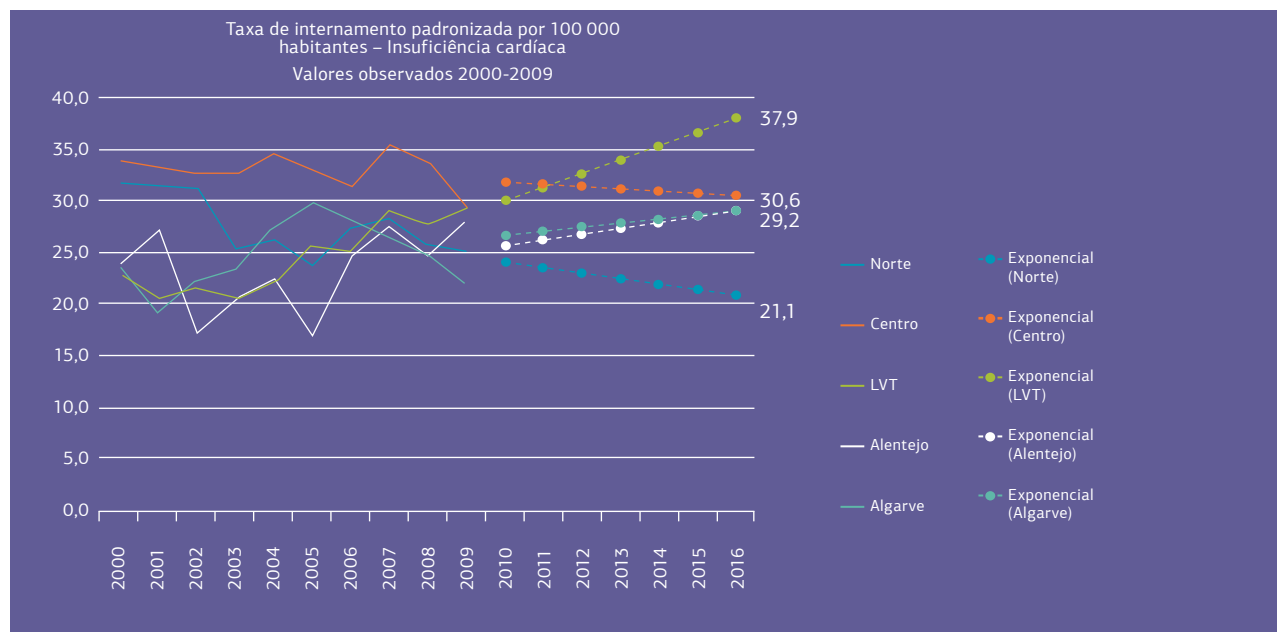
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por epilepsia e estado de grande mal epilético	2000	24,0	35,2	32,6	28,3	26,8	29,7
	2009	29,1	30,8	23,9	23,3	40,7	28,3
	Projeção 2016	33,5	28,4	20,9	27,6	71,7	28,8
	Meta 2016	27,2	24,6	20,9	24,3	46,3	25,2
	Ganhos acumulados		21,8	12,8	0	11,7	85,0

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por epilepsia e estado de grande mal epilético (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por epilepsia e estado de grande mal epilético (CID9: 345) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

### 16. Internamento por insuficiência cardíaca

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

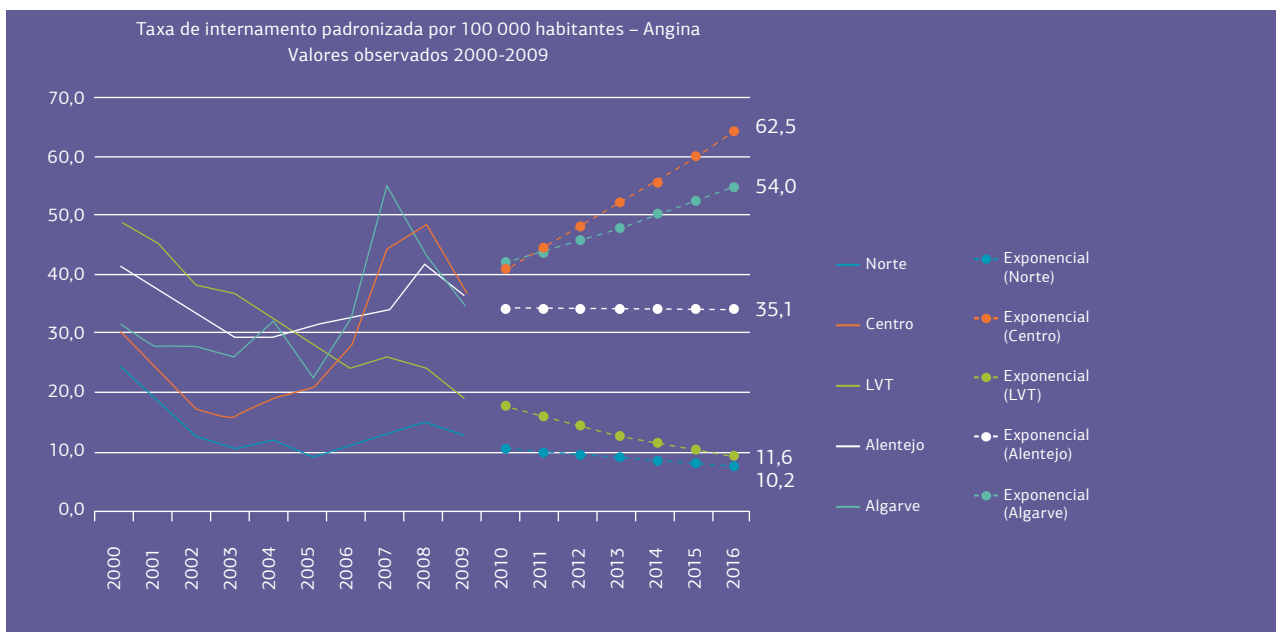
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por insuficiência cardíaca	2000	31,8	33,8	23,0	24,0	23,9	28,5
	2009	25,2	29,2	29,3	28,1	22,2	27,9
	Projeção 2016	21,1	30,6	37,9	29,2	29,2	28,8
	Meta 2016	21,1	25,8	29,5	25,1	25,1	25,3
	Ganhos acumulados	0	16,5	28,5	13,9	14,0	72,9

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por insuficiência cardíaca (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Área	Morbilidade	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por insuficiência cardíaca (CID9: 428 <sup>2</sup> , 518.4 <sup>2</sup> ) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano <sup>2</sup> excluído quando acompanhado por procedimentos cardíaco (336, 35, 36, 373, 375, 377, 378, 3794-3798)		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**17. Internamento por angina de peito**

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

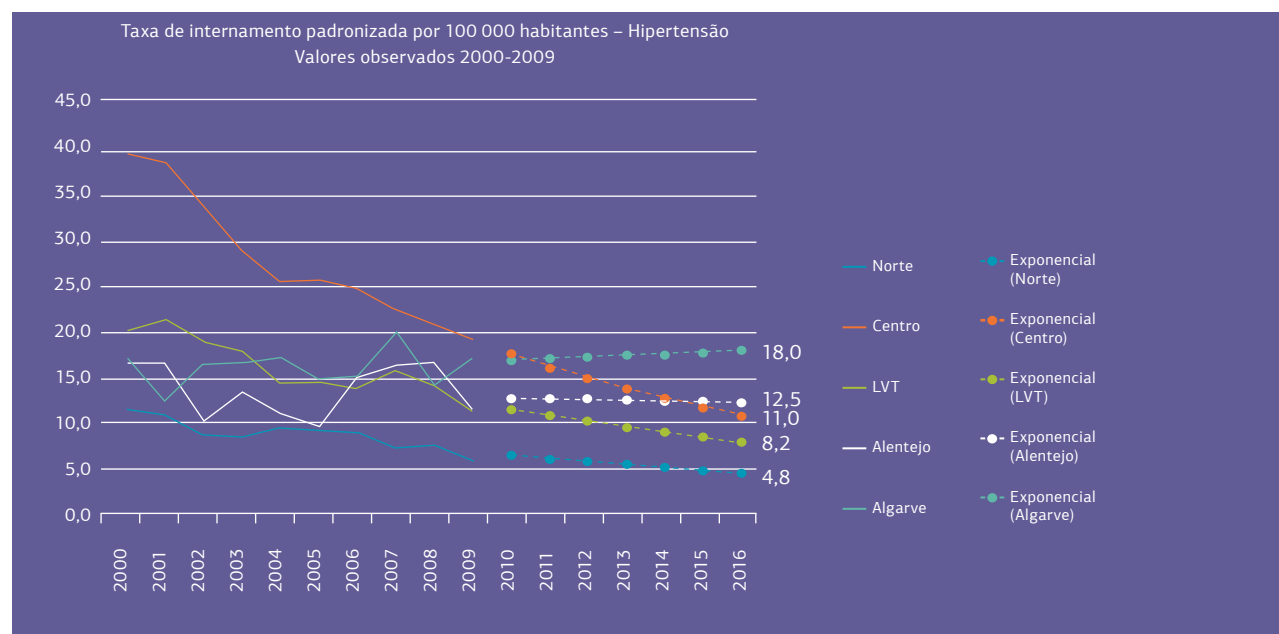
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por angina de peito	2000	26,4	31,6	48,3	41,6	32,3	37,2
	2009	15,3	36,8	20,7	36,8	35,6	23,2
	Projeção 2016	10,2	62,5	11,6	35,1	54,0	18,4
	Meta 2016	10,2	36,4	10,9	22,7	32,1	16,4
	Ganhos acumulados	0	87,2	1,0	43,5	75,1	206,8

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por angina de peito (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por angina de peito (CID9: 402.0 <sup>2</sup> , 402.1 <sup>2</sup> , 402.9 <sup>2</sup> , 411.1 <sup>2</sup> , 411.8 <sup>2</sup> , 413 <sup>2</sup> ) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano <sup>2</sup> excluído quando acompanhado por procedimentos cardíaco (336, 35, 36, 373, 375, 377, 378, 3794-3798)		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

### 18. Internamento por hipertensão arterial

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 70 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pela ACSS (GDH), 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

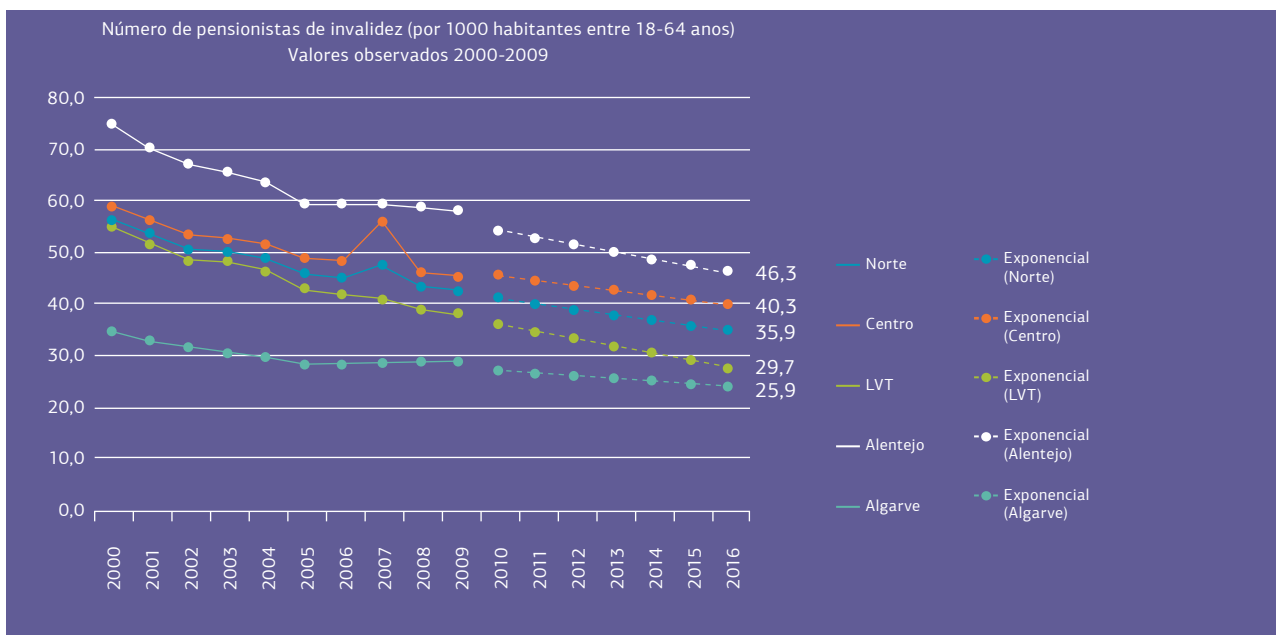
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Internamento por hipertensão arterial	2000	11,7	38,7	20,2	16,8	17,1	20,6
	2009	6,1	19,4	11,3	11,2	17,5	11,3
	Projeção 2016	4,8	11,0	8,2	12,5	18,0	7,9
	Meta 2016	4,8	7,9	6,5	8,6	11,4	6,4
	Ganhos acumulados	0	9,3	5,4	13,5	23,2	51,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa padronizada de internamento por hipertensão arterial (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento por hipertensão arterial (CID9: 401.0 <sup>2</sup> , 401.9 <sup>2</sup> ) de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano <sup>2</sup> excluído quando acompanhado por procedimentos cardíaco (336, 35, 36, 373, 375, 377, 378, 3794-3798)		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	GDH (ACSS)	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	



**19. Número de pensionistas de invalidez**  
(Taxa padronizada por 1000 habitantes entre os 18 e os 64 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo MSSS e INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Pensionistas de invalidez	2000	55,6	58,3	54,7	72,5	35,8	55,8
	2009	43,1	45,8	39,1	57,3	30,6	42,3
	Projeção 2016	35,9	40,3	29,7	46,3	25,9	34,4
	Meta 2016	30,9	33,1	27,8	36,1	25,9	30,2
	Ganhos acumulados	17,0	24,8	5,8	35,0	0	82,6

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

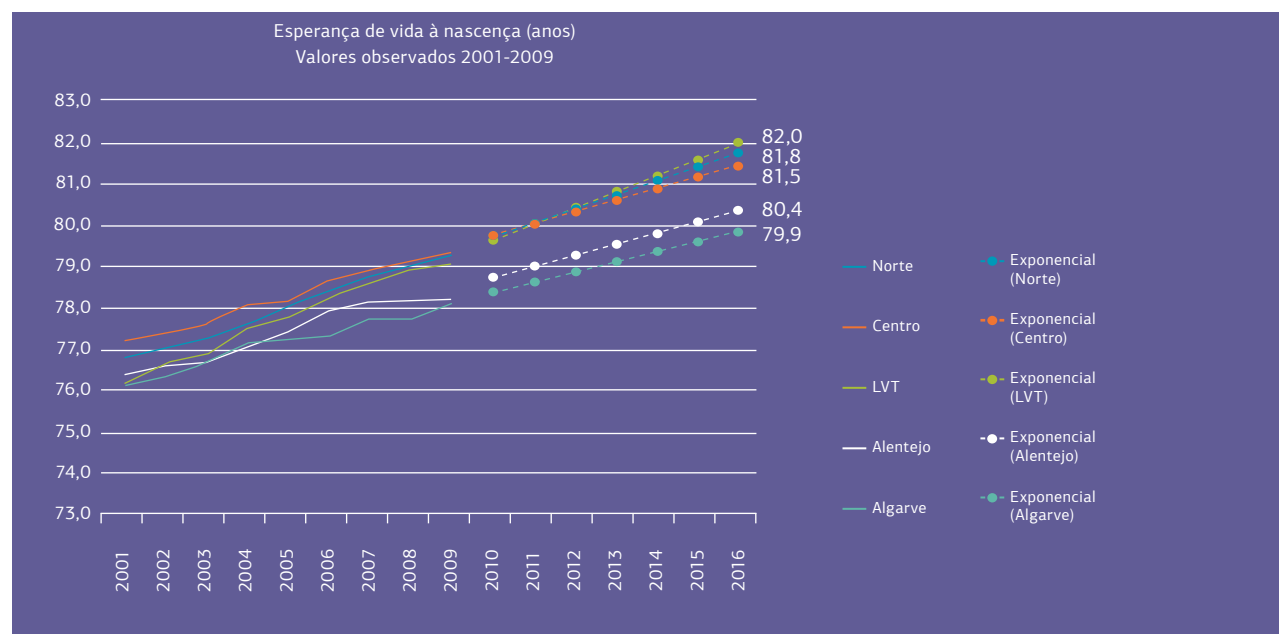
**Notas:**

- 1) A informação disponibilizada refere-se ao número de pensionistas de invalidez por regime (geral, rural, rural transitório e pensão social). Para a obtenção do ratio demográfico consideraram-se os pensionistas de invalidez de todos os regimes, utilizando-se no numerador toda a população residente dos 18 aos 64 anos e não apenas os que têm remuneração.
- 2) A informação relativa ao número de pensionistas de invalidez encontra-se desagregada por Distrito. Para obter uma estimativa do número de pensionistas por Região de Saúde, associou-se cada Distrito à respetiva Região de Saúde. Nos casos em que, no mesmo Distrito, parte dos Concelhos pertence a uma Região de Saúde e os restantes Concelhos pertencem a outra Região de Saúde, calculou-se a percentagem da população dos 18 aos 64 anos do Distrito que reside em cada um dos grupos de Concelhos acima referidos. Utilizaram-se as estimativas da população residente por Concelho e grupo etário (INE) para cada ano em estudo. Essas percentagens foram aplicadas ao total de pensionistas do Distrito em causa. Este procedimento efetuou-se para os seguintes Distritos: Aveiro, Viseu, Guarda, Leiria, Santarém e Setúbal.

Nome	Taxa padronizada de pensionistas de invalidez (/1000 hab. entre 18-64 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Incapacidade
Numerador	Números de pensionistas por invalidez, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade entre 18 e 64 anos, num ano		
Fonte	MSSS e INE	Unidade Medida	Permilagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

## 20. Esperança de vida à nascença

(Em anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Esperança de vida à nascença	2001	76,7	77,2	76,1	76,3	76,1	76,6
	2009	79,3	79,4	79,0	78,2	78,1	79,2
	Projeção 2016	81,8	81,5	82,0	80,4	79,9	81,7
	Meta 2016	81,9	81,7	82,0	81,2	80,9	81,8

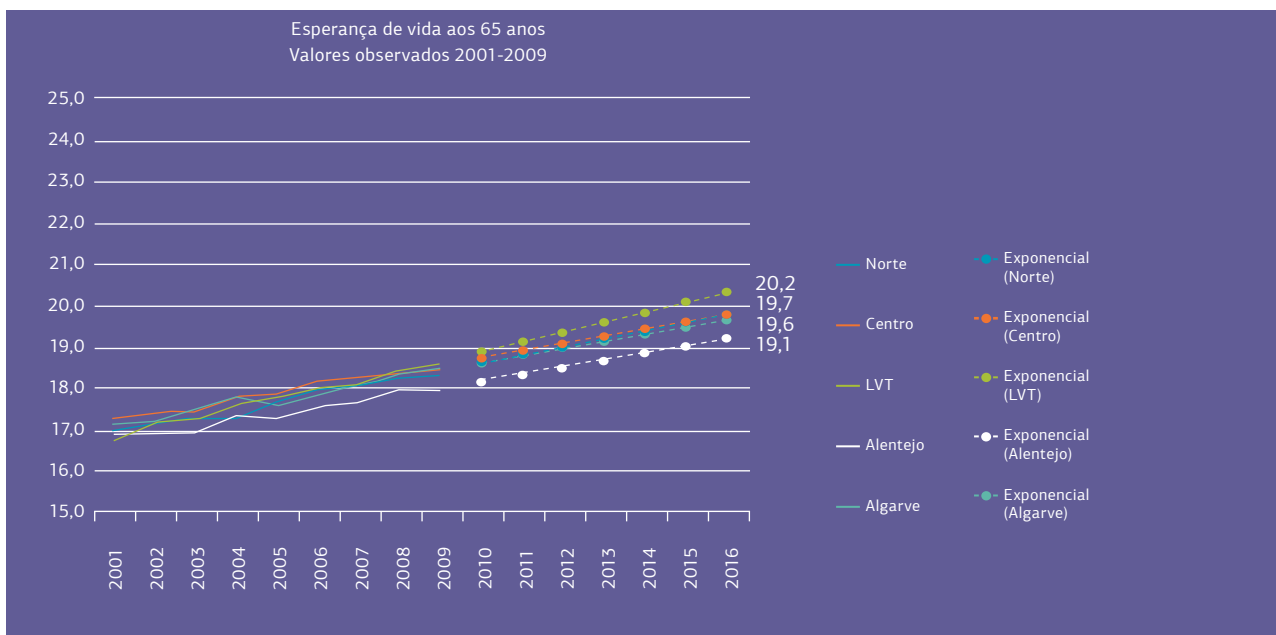
**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Este indicador só está disponível para as NUTS II de 2002.

Nome	Esperança de vida à nascença (anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Número médio de anos que um indivíduo à nascença pode viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento. A esperança de vida é derivada de tábuas completas de mortalidade com período de referência de três anos consecutivos, em vigor a partir de 2007.		
Denominador			
Fonte	INE	Unidade Medida	Anos
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA-WHO

**21. Esperança de vida aos 65 anos**

(Em anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Esperança de vida aos 65 anos	2001	17,0	17,3	16,8	16,9	17,1	17,0
	2009	18,3	18,4	18,5	18,0	18,4	18,4
	Projeção 2016	19,7	19,7	20,2	19,1	19,6	19,8
	Meta 2016	20,0	19,9	20,2	19,7	19,9	20,0

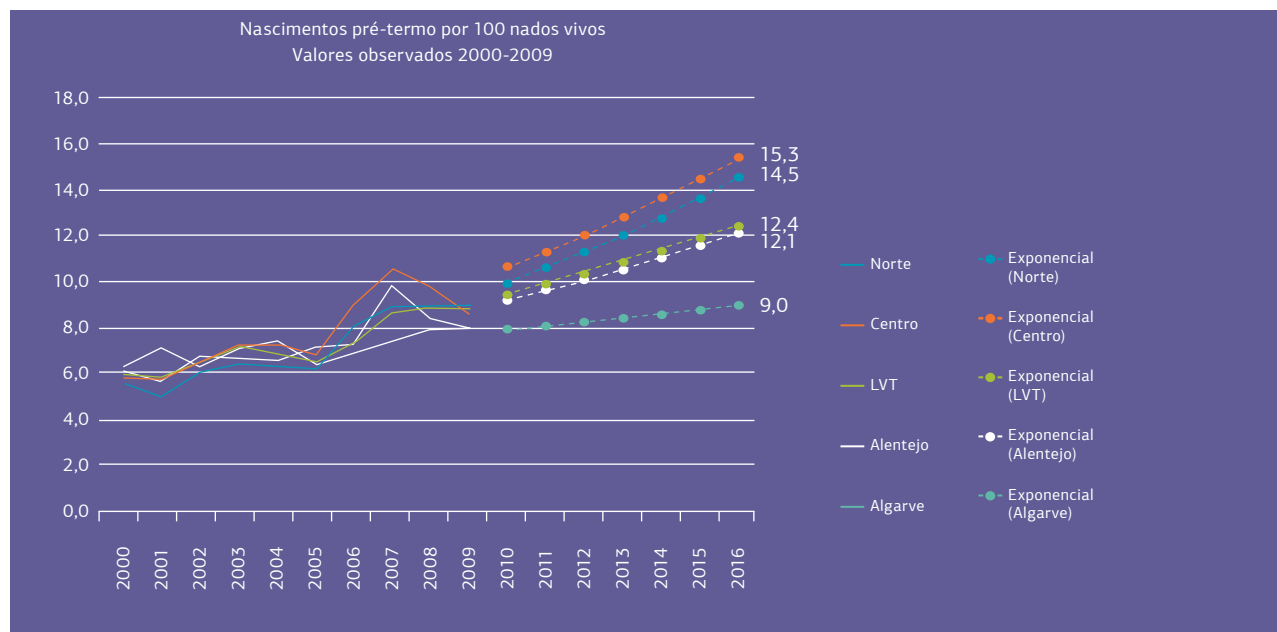
**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Este indicador só está disponível para as NUTS II de 2002.

Nome	Esperança de vida aos 65 anos (anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Número médio de anos que um indivíduo, tendo atingido os 65 anos, pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento. A esperança de vida é derivada de tábuas completas de mortalidade com período de referência de três anos consecutivos, em vigor a partir de 2007.		
Denominador			
Fonte	INE	Unidade Medida	Anos
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA-WHO

## 22. Nascimentos pré-termo

(Por 100 nados vivos, ambos os sexos)



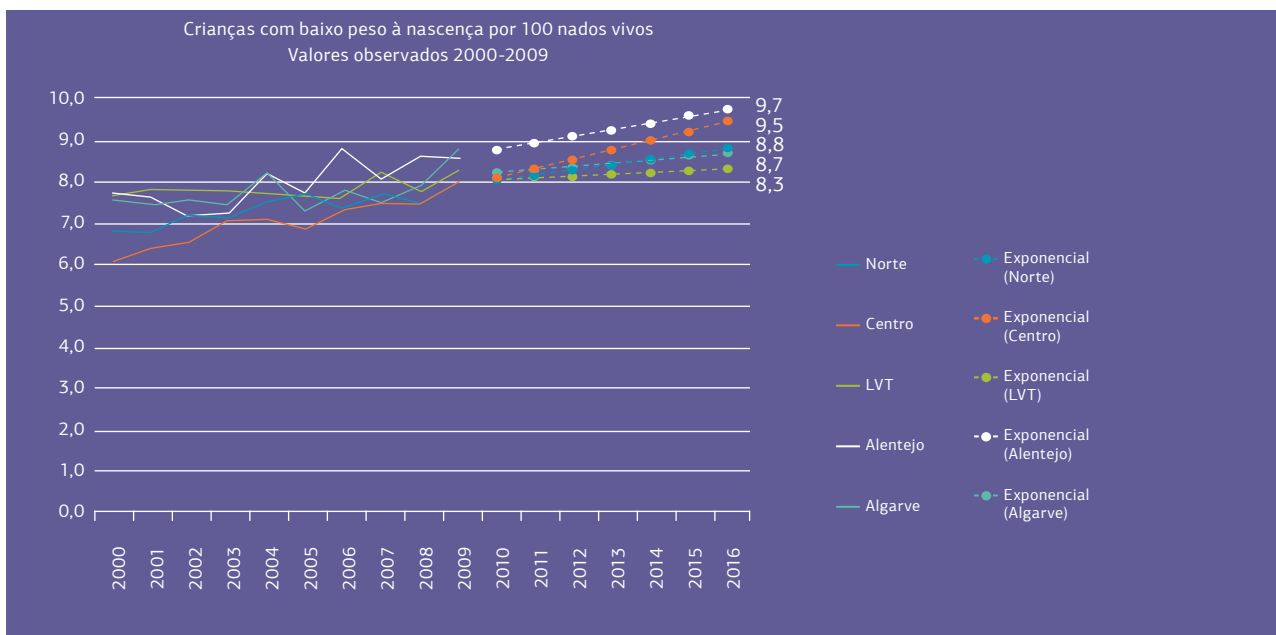
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Nascimentos pré-termo	2000	5,7	6,0	6,1	6,2	6,4	5,9
	2009	8,9	8,7	8,9	8,1	8,1	8,8
	Projeção 2016	14,5	15,3	12,4	12,1	9,0	13,5
	Meta 2016	11,7	12,1	10,7	10,5	9,0	11,2

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Nascimentos pré-termo (/100 nados vivos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nados-vivos com menos de 37 semanas de gestação, num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**23. Crianças com baixo peso à nascença**  
(Por 100 nados vivos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

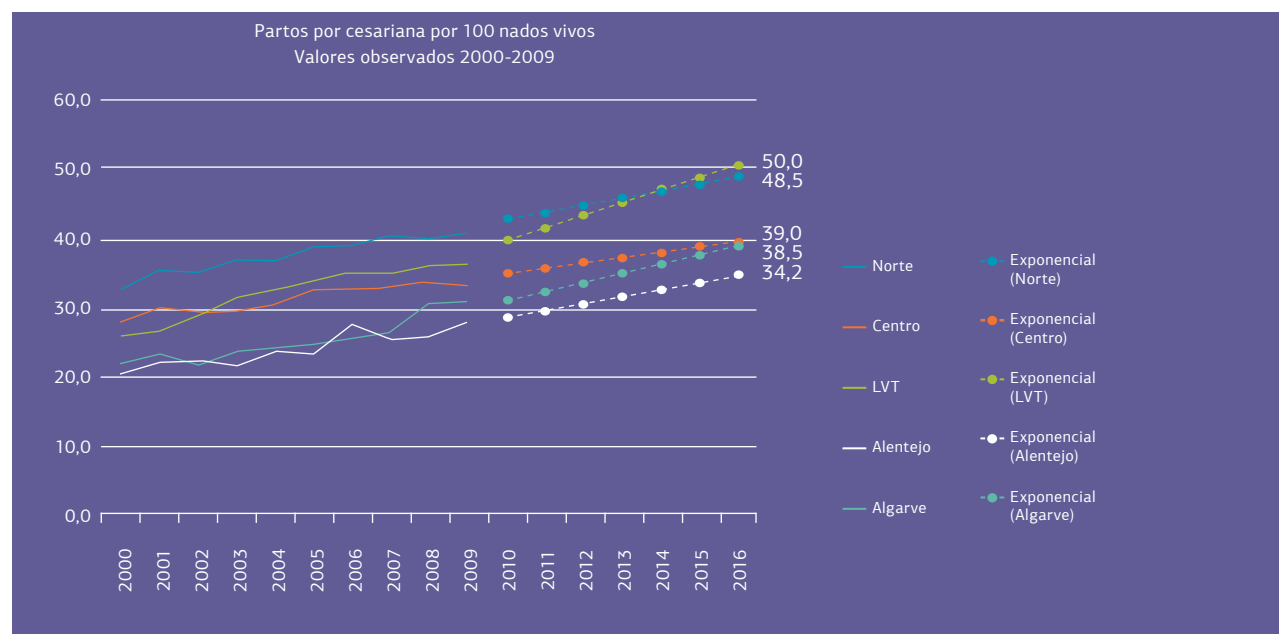
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Crianças com baixo peso à nascença	2000	6,8	6,1	7,7	7,7	7,6	7,1
	2009	8,0	8,0	8,3	8,6	8,8	8,2
	Projeção 2016	8,8	9,5	8,3	9,7	8,7	8,8
	Meta 2016	8,6	8,9	8,3	9,0	8,5	8,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Crianças com baixo peso à nascença (/100 nados vivos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nascimentos de crianças com peso inferior a 2500 gramas, num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE, HFA/WHO

## 24. Partos por cesariana

(Por 100 nados vivos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

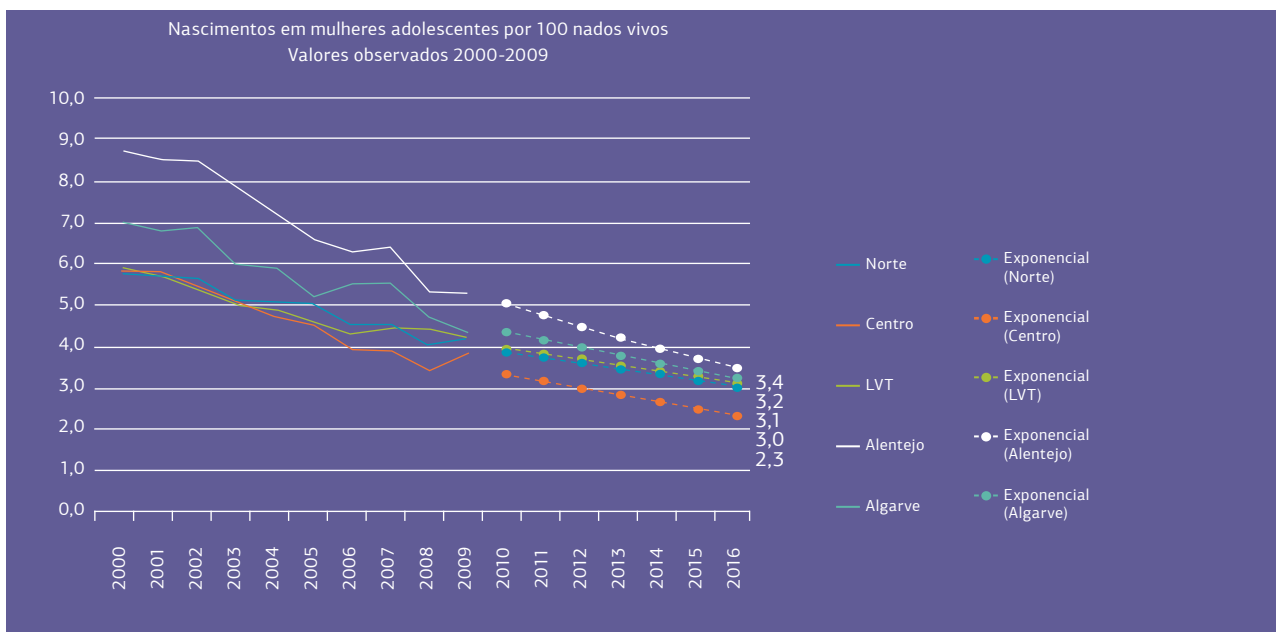
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Partos por cesariana	2000	32,2	27,5	25,3	20,1	21,3	28,0
	2009	40,5	32,8	35,9	27,5	30,5	36,4
	Projeção 2016	48,5	39,0	50,0	34,2	38,5	45,7
	Meta 2016	41,3	36,6	42,1	34,2	36,3	40,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Partos por cesariana (/100 nados vivos)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Partos por cesariana, num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA/WHO

### 25. Nascimentos em mulheres adolescentes

(Por 100 nados vivos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

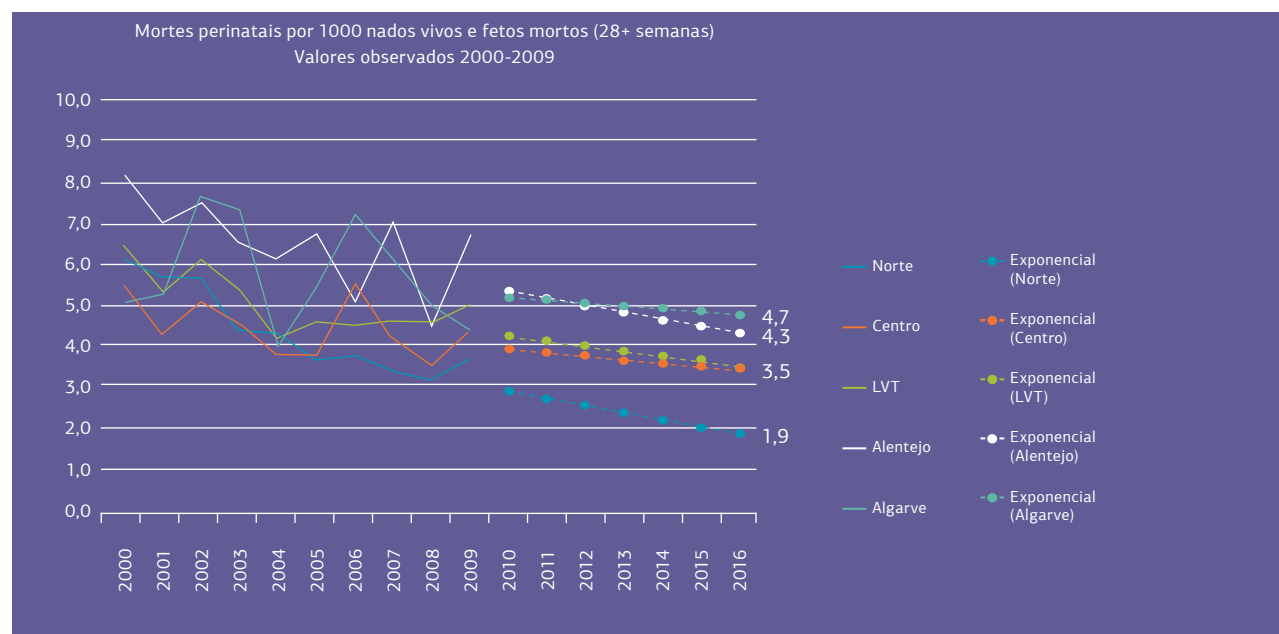
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Nascimentos em mulheres adolescentes	2000	5,8	5,8	5,9	8,8	7,0	6,0
	2009	4,2	3,8	4,2	5,3	4,3	4,2
	Projeção 2016	3,0	2,3	3,1	3,4	3,2	3,0
	Meta 2016	2,7	2,3	2,7	2,9	2,7	2,6

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Nascimentos em mulheres adolescentes (/100 nados vivos)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Efectividade
Numerador	Nº de nados-vivos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos), num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA/WHO

## 26. Mortalidade perinatal

(Taxa por 1000 nados vivos e fetos mortos com 28 e mais semanas de gestação, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade perinatal	2000	6,1	5,5	6,4	8,1	5,1	6,2
	2009	3,7	4,4	5,0	6,7	4,4	4,5
	Projeção 2016	1,9	3,5	3,5	4,3	4,7	3,0
	Meta 2016	1,9	2,7	2,7	3,1	3,3	2,5

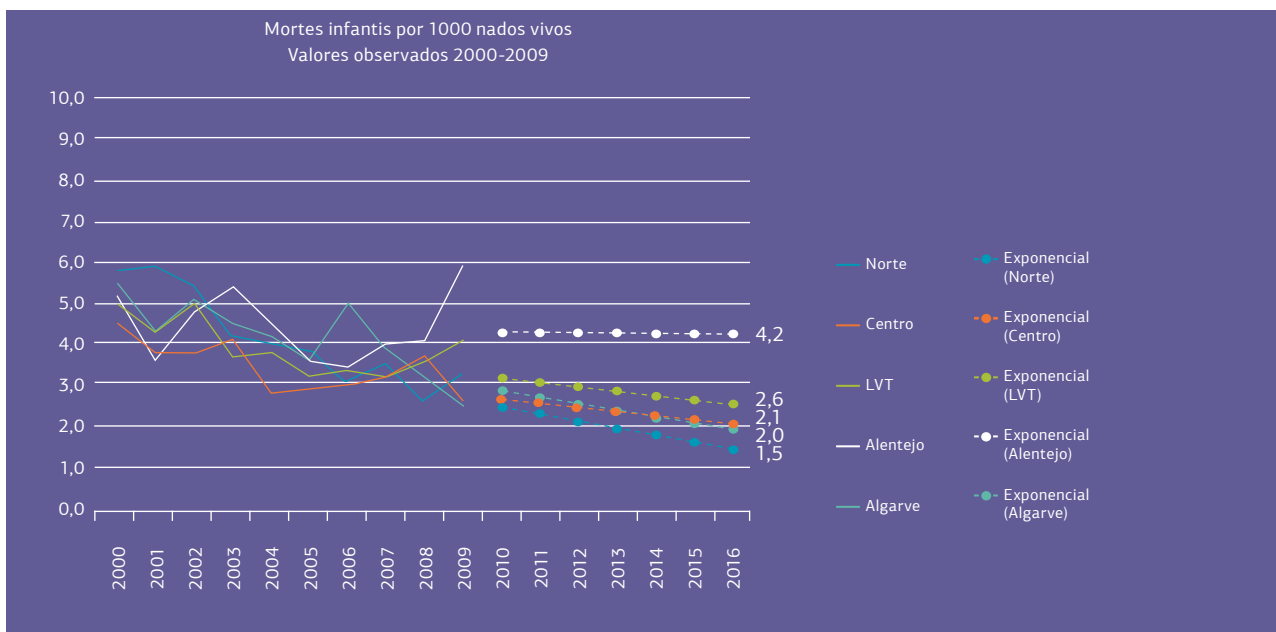
**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade perinatal (/1000 nascimentos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade, num ano		
Denominador	Total de nados-vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Permilagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, HFA/WHO, OCDE



**27. Mortalidade infantil**

(Taxa por 1000 nados vivos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

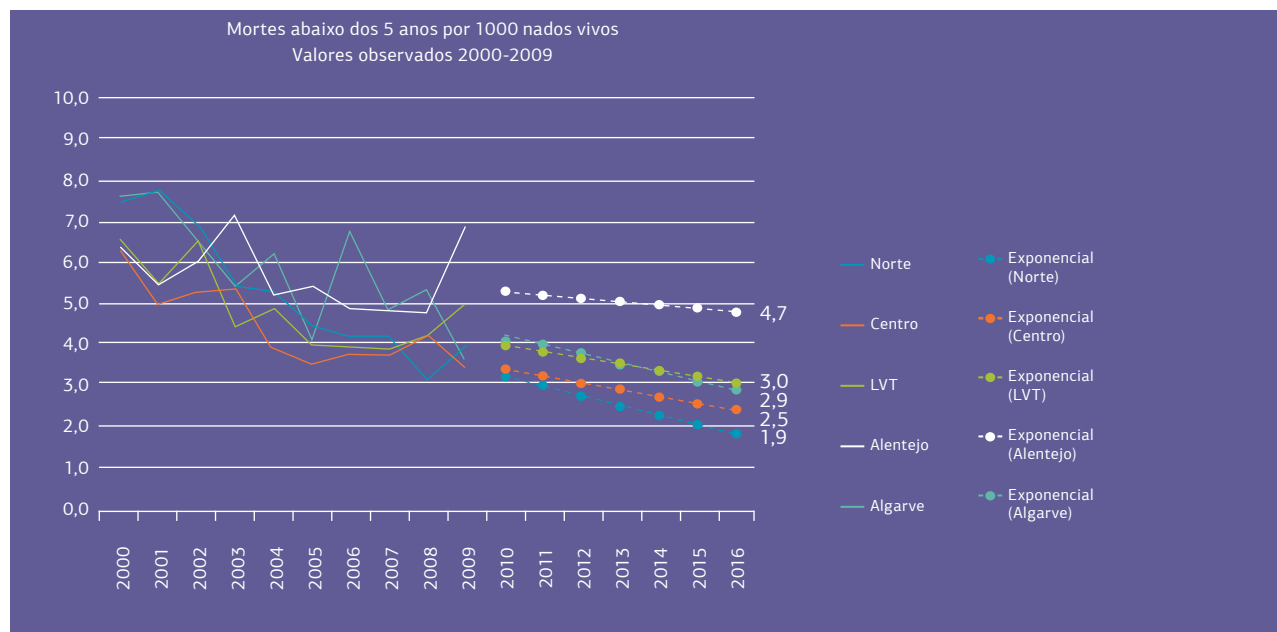
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade infantil	2000	5,8	4,5	5,0	5,2	5,5	5,3
	2009	3,3	2,6	4,1	5,9	2,5	3,6
	Projeção 2016	1,5	2,1	2,6	4,2	2,0	2,1
	Meta 2016	1,5	1,8	2,1	2,9	1,8	1,9

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade infantil (/1000 nados vivos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de crianças, nascidas vivas, que faleceram com menos de 1 ano de idade, num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Permilagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, HFA/WHO, OCDE

## 28. Mortalidade abaixo dos 5 anos

(Taxa por 1000 nados vivos, ambos os sexos)



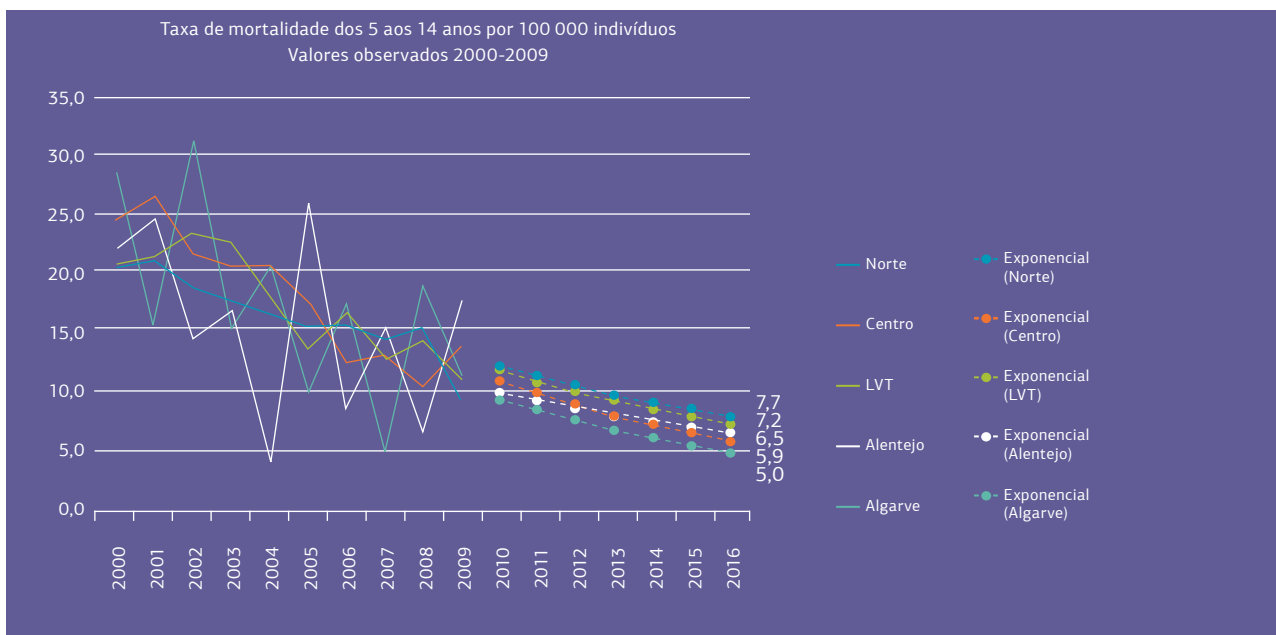
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade abaixo dos 5 anos	2000	7,3	6,3	6,4	6,3	7,4	6,8
	2009	4,1	3,6	5,0	6,7	3,8	4,5
	Projeção 2016	1,9	2,5	3,0	4,7	2,9	2,6
	Meta 2016	1,9	2,2	2,5	3,3	2,4	2,3

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade abaixo dos 5 anos (/1000 nados vivos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de crianças entre 0 e 4 anos de idade, num ano		
Denominador	Total de nados vivos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Permilagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, HFA/WHO, OCDE

**29. Mortalidade dos 5 aos 14 anos**  
(Taxa por 100 000 habitantes, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

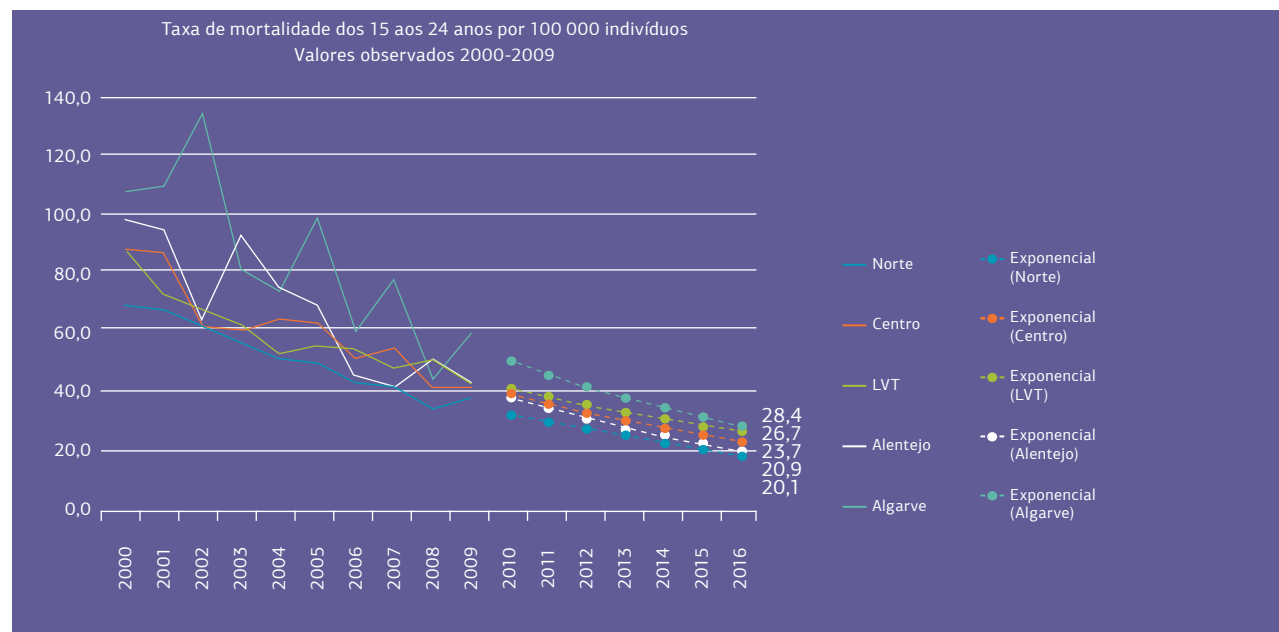
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade dos 5 aos 14 anos	2000	21,0	25,0	21,1	22,5	29,0	22,1
	2009	9,7	14,2	11,4	18,1	11,7	11,5
	Projeção 2016	7,7	5,9	7,2	6,5	5,0	7,2
	Meta 2016	6,4	5,5	6,1	5,7	5,0	6,1

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade dos 5 aos 14 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de habitantes com idade entre 5 e 14 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade entre 5 e 14 anos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	Não

### 30. Mortalidade dos 15 aos 24 anos

(Taxa por 100 000 habitantes, ambos os sexos)



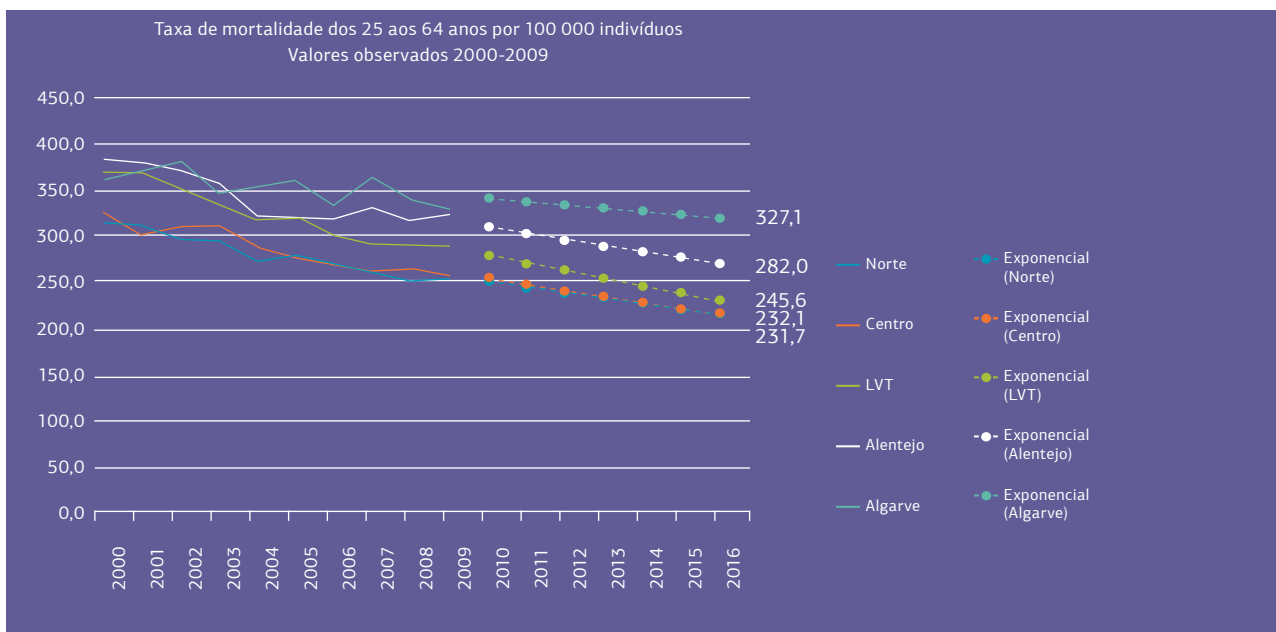
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade dos 15 aos 24 anos	2000	69,4	88,1	88,5	97,9	107,2	81,9
	2009	38,0	41,6	42,8	43,1	60,1	41,4
	Projeção 2016	20,1	23,7	26,7	20,9	28,4	23,3
	Meta 2016	20,1	21,9	23,4	20,5	24,3	21,8

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade dos 15 aos 24 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de habitantes com idade entre 15 e 24 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade entre 15 e 24 anos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	Não

**31. Mortalidade dos 25 aos 64 anos**  
(Taxa por 100 000 habitantes, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

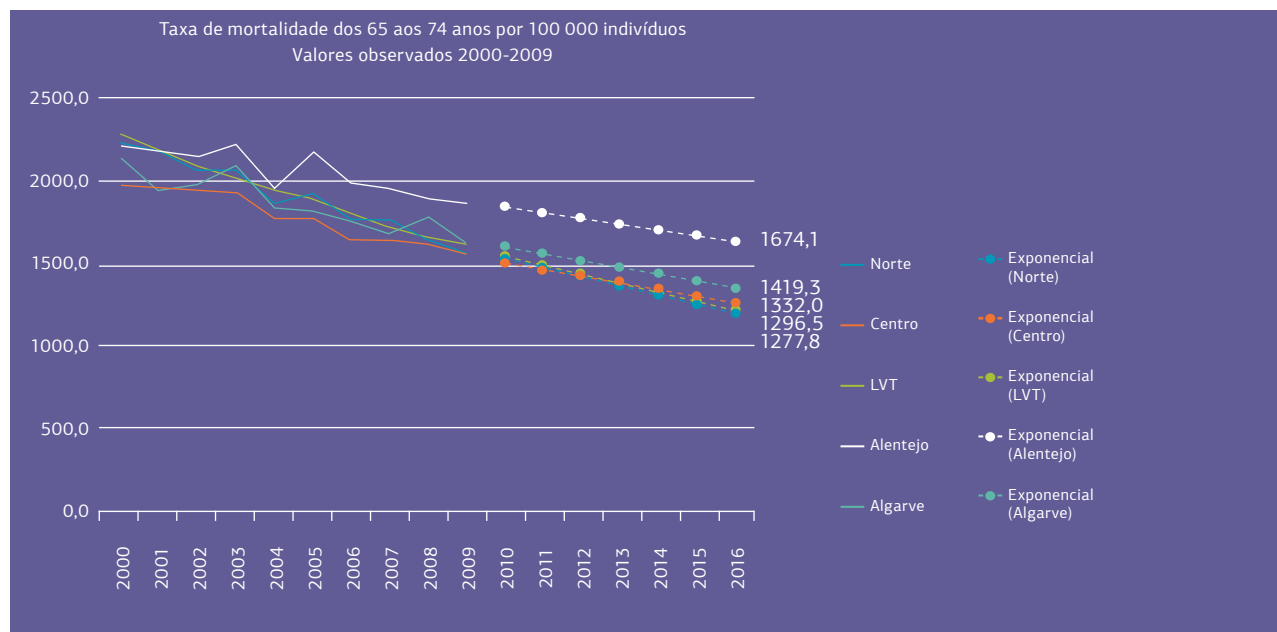
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade dos 25 aos 64 anos	2000	328,8	339,9	379,7	390,9	372,0	354,1
	2009	276,1	276,5	305,4	336,9	342,6	292,5
	Projeção 2016	231,7	232,1	245,6	282,0	327,1	242,8
	Meta 2016	231,7	231,9	238,6	256,8	279,4	237,6

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade dos 25 aos 64 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de habitantes com idade entre 25 e 64 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade entre 25 e 64 anos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	Não

### 32. Mortalidade dos 65 aos 74 anos

(Taxa por 100 000 habitantes, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

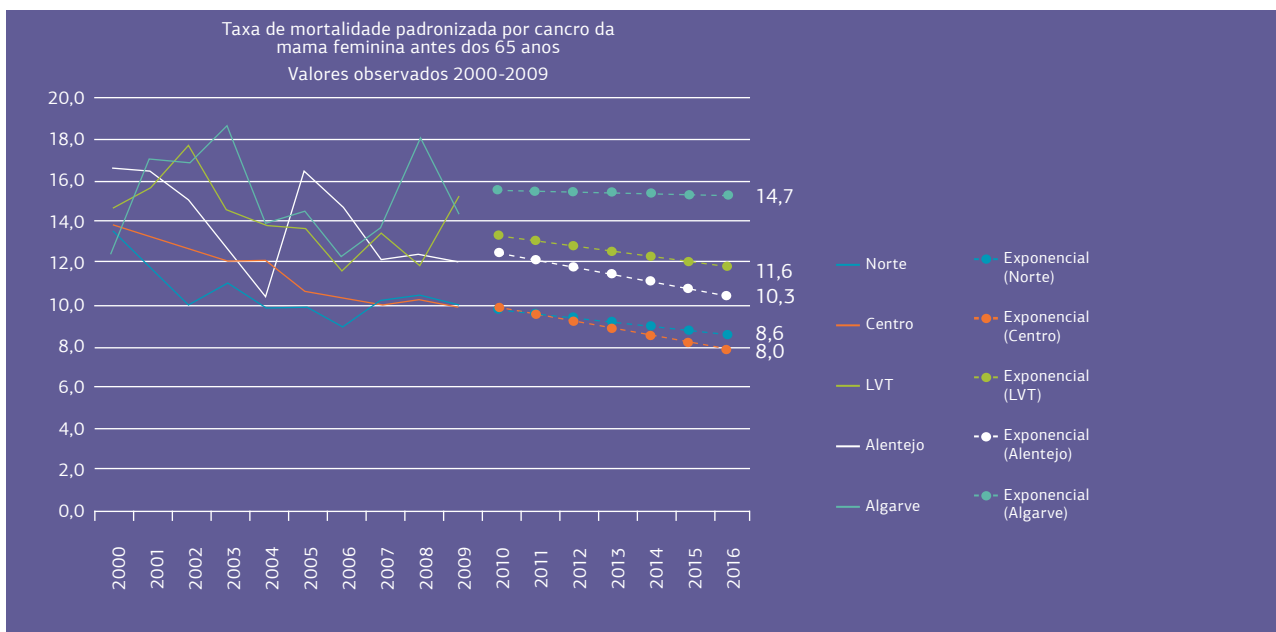
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Mortalidade dos 65 aos 74 anos	2000	2217,8	1987,2	2263,8	2208,0	2132,0	2182,5
	2009	1610,0	1606,3	1667,1	1886,1	1657,7	1649,5
	Projeção 2016	1277,8	1332,0	1296,5	1674,1	1419,3	1325,4
	Meta 2016	1277,8	1304,9	1287,2	1475,9	1348,5	1301,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade dos 65 aos 74 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos de habitantes com idade entre 65 e 74 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade entre 65 e 74 anos, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	Não

### 33. Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, sexo feminino)



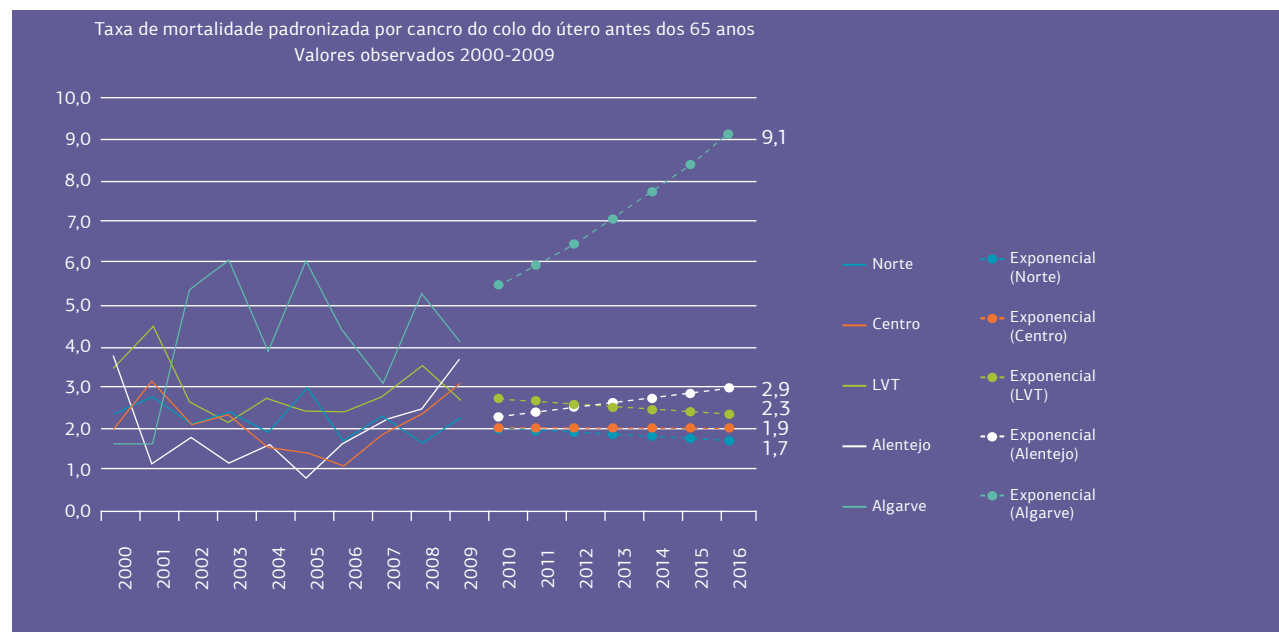
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos	2000	13,8	14,1	14,8	16,7	12,8	13,8
	2009	10,5	10,5	15,4	12,5	14,6	12,6
	Projeção 2016	8,6	8,0	11,6	10,3	14,7	9,1
	Meta 2016	8,3	8,0	9,8	9,1	11,3	9,0

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100 000 mulheres)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno da mama feminina (CID10: C50) de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE, HFA/WHO, Eurostat

### 34. Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, sexo feminino)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

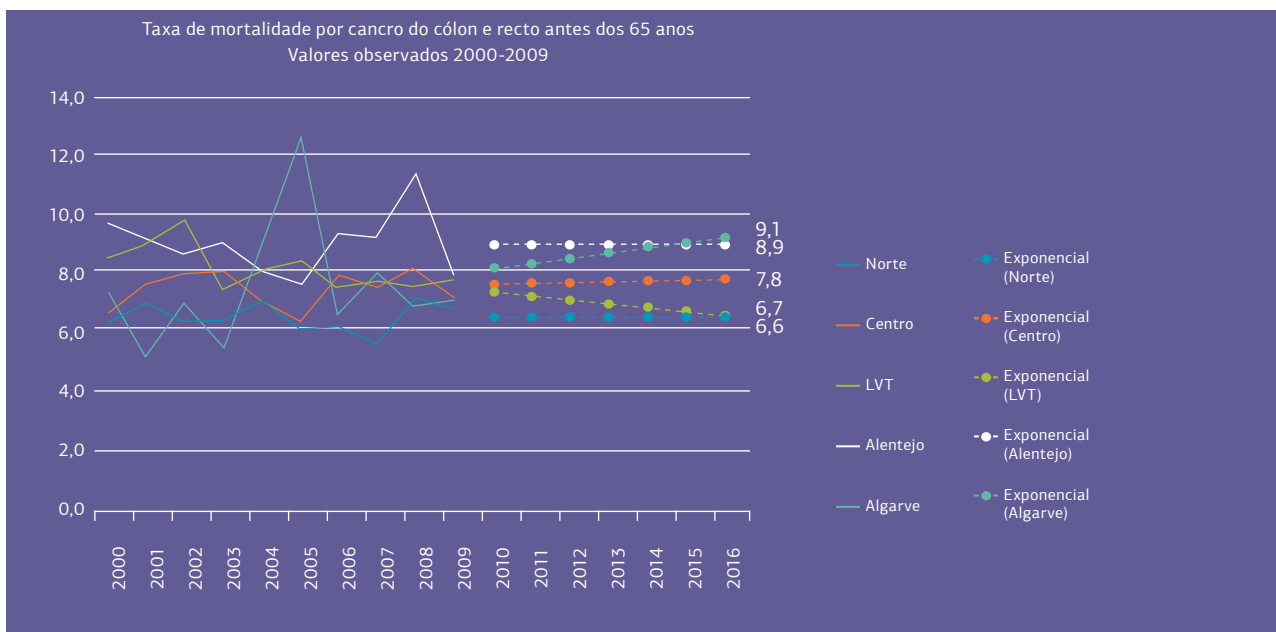
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos	2000	2,4	2,0	3,4	3,8	1,7	2,6
	2009	2,3	3,1	2,7	3,7	4,1	2,7
	Projeção 2016	1,7	1,9	2,3	2,9	9,1	2,1
	Meta 2016	1,7	1,8	2,0	2,3	5,4	2,0

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos dos Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (/100 000 mulheres)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno do colo do útero (CID10: C53) de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE, HFA/WHO, Eurostat



**35. Mortalidade por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos**  
(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial

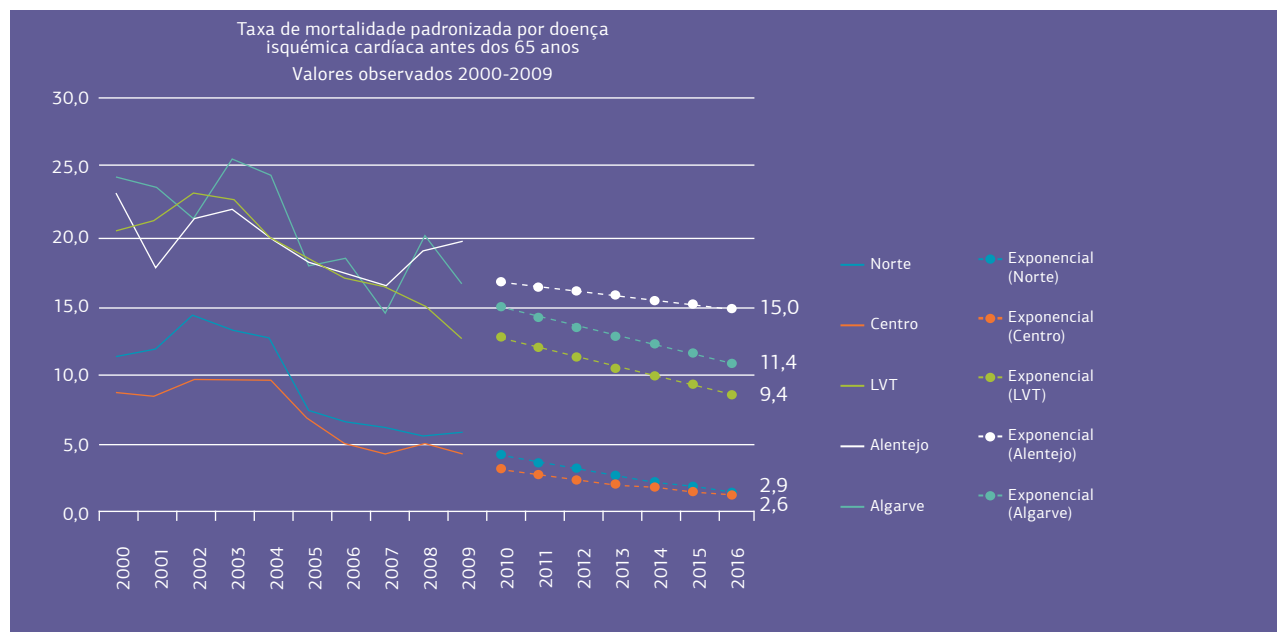
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos	2000	6,5	6,7	8,4	9,5	7,4	7,1
	2009	6,9	7,2	7,8	7,9	7,2	7,3
	Projeção 2016	6,6	7,8	6,7	8,9	9,1	7,1
	Meta 2016	6,6	7,2	6,6	7,7	7,8	6,8

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por tumor maligno do cólon e recto antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por tumor maligno do cólon e recto (CID10: C18-C20) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

### 36. Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

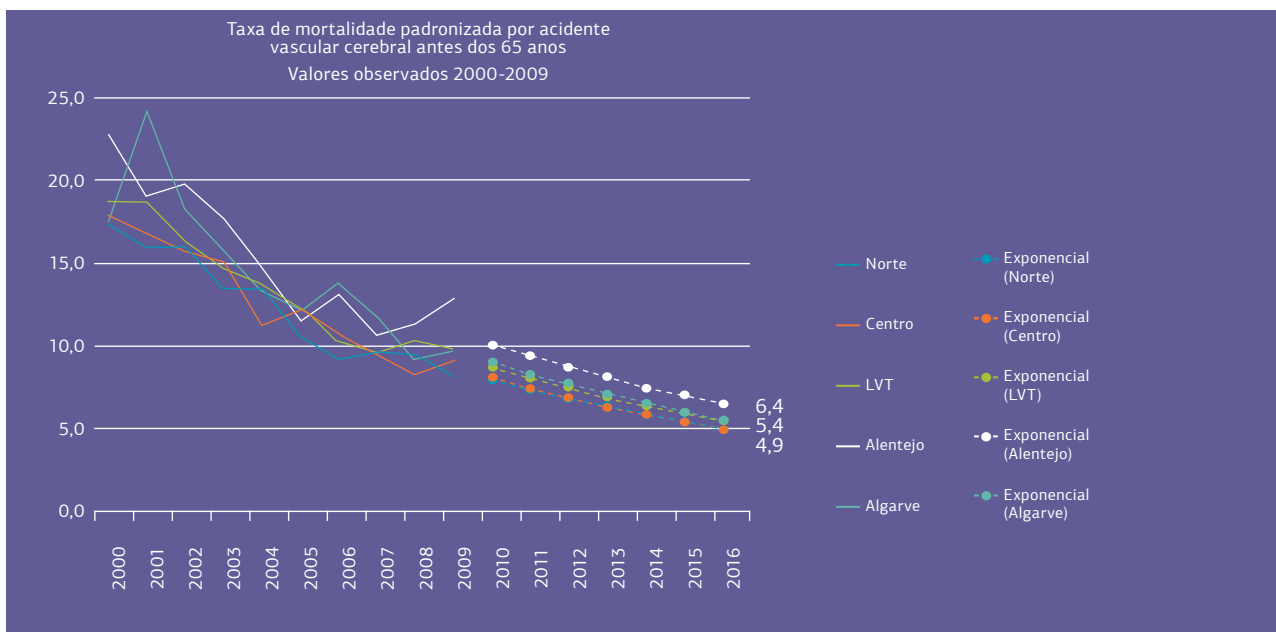
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos	2000	11,1	8,7	19,3	21,9	22,9	14,8
	2009	6,1	4,8	12,3	18,7	15,9	9,2
	Projeção 2016	2,9	2,6	9,4	15,0	11,4	6,0
	Meta 2016	2,7	2,6	6,0	8,8	7,0	4,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por doença isquémica cardíaca (CID10: I20-I25) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, OCDE, HFA/WHO

**37. Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos**  
(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

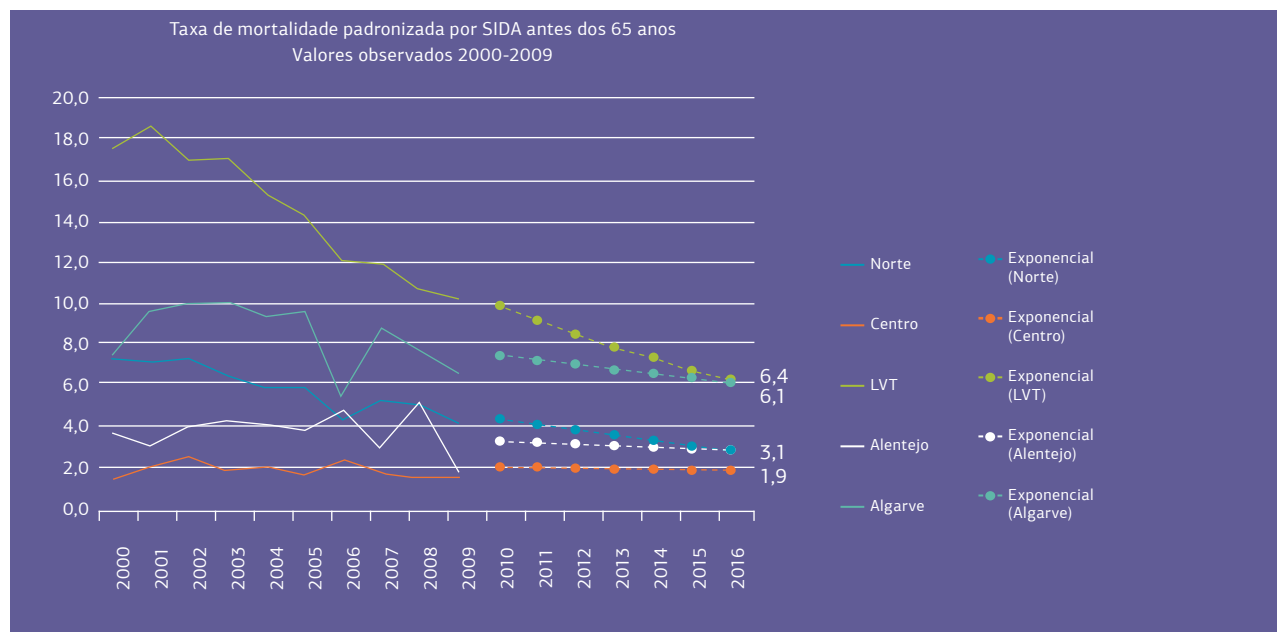
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos	2000	17,1	17,5	18,2	21,9	17,1	17,8
	2009	8,6	9,5	10,0	12,9	10,0	9,5
	Projeção 2016	4,9	4,9	5,4	6,4	5,4	5,2
	Meta 2016	4,9	4,9	5,1	5,6	5,1	5,0

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por doenças cerebrovasculares (CID10: I60-I69) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, OCDE, HFA/WHO

### 38. Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

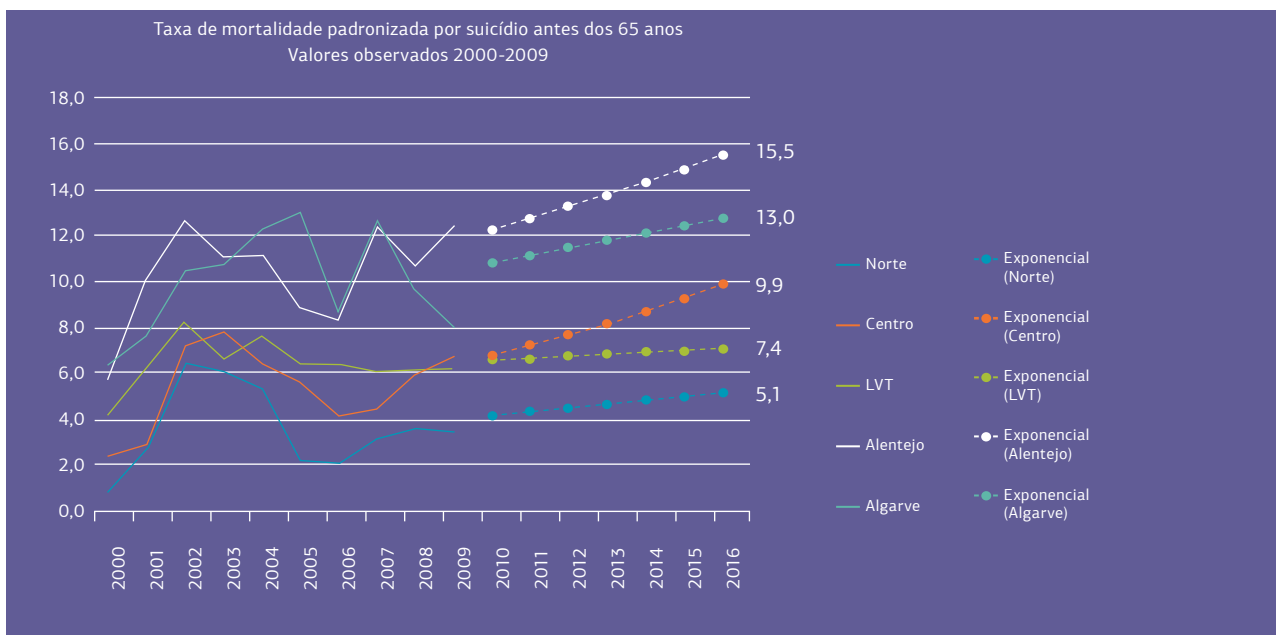
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por SIDA antes dos 65 anos	2000	7,5	1,7	17,5	3,9	7,6	9,9
	2009	4,5	1,9	10,3	2,1	6,8	6,2
	Projeção 2016	3,1	1,9	6,4	3,1	6,1	4,2
	Meta 2016	2,5	1,9	4,2	2,5	4,0	3,1

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por SIDA (CID10: B20-B24) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, OCDE

### 39. Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

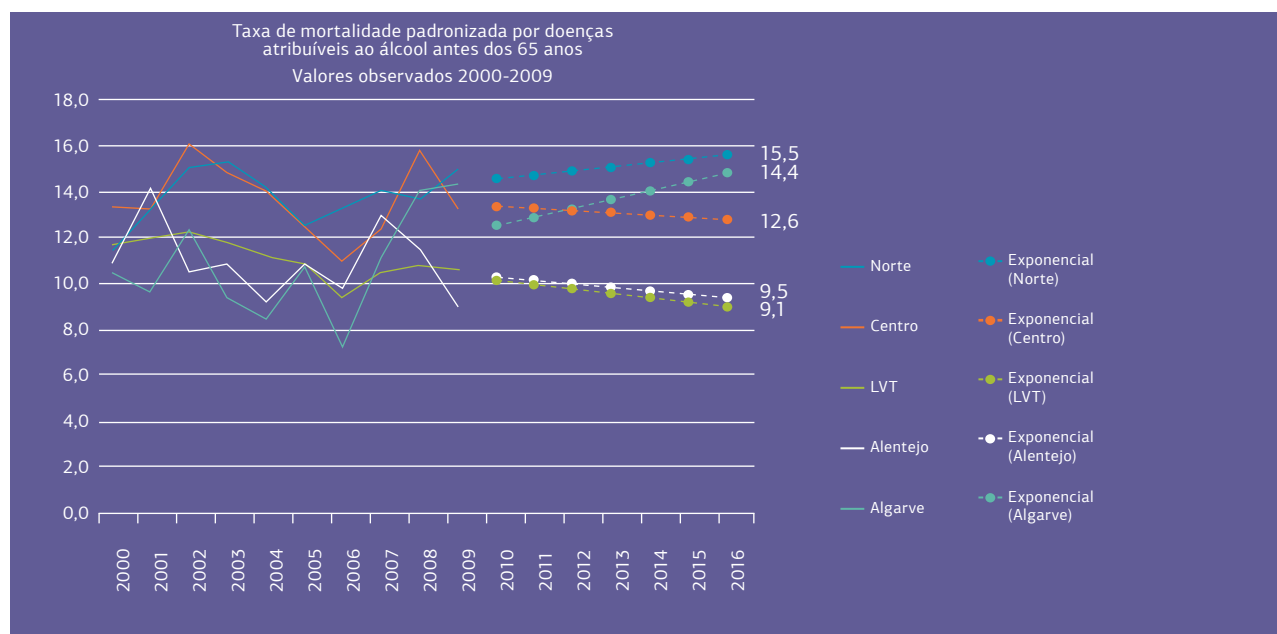
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por suicídio antes dos 65 anos	2000	1,1	2,7	4,4	6,0	6,5	3,0
	2009	3,7	6,9	6,5	12,6	8,2	5,9
	Projeção 2016	5,1	9,9	7,4	15,5	13,0	7,3
	Meta 2016	5,1	7,5	6,3	10,3	9,0	6,4

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por suicídio (CID10: X60-X84) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat, OCDE, HFA/WHO

#### 40. Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



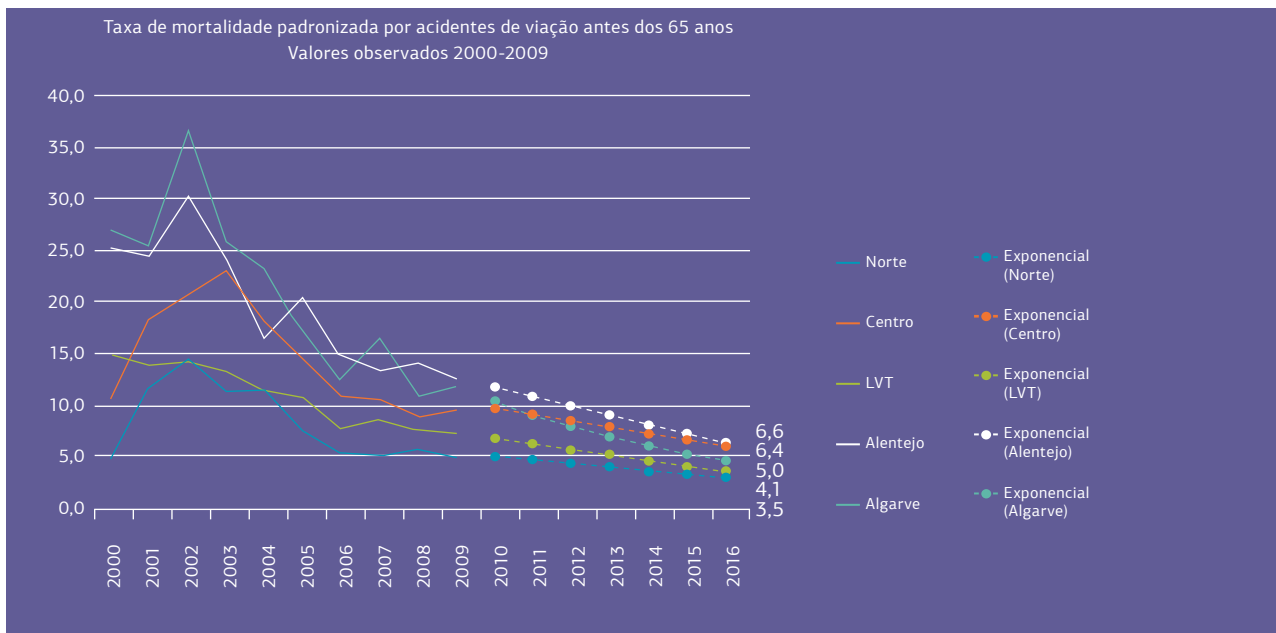
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos	2000	11,6	13,4	11,8	11,0	10,7	11,9
	2009	15,0	13,3	10,8	9,2	14,4	12,9
	Projeção 2016	15,5	12,6	9,1	9,5	14,4	12,3
	Meta 2016	12,3	10,9	9,1	9,3	11,8	10,7

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por doenças atribuíveis ao álcool (CID10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:  <math>np_i</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população padrão;  <math>ni</math> é o efetivo populacional na classe <math>i</math> da população em estudo;  <math>np</math> é o efetivo total da população padrão;  <math>xi</math> é o número de óbitos na classe <math>i</math> da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**41. Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos**  
(Taxa padronizada por 100 000 habitantes abaixo dos 65 anos, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

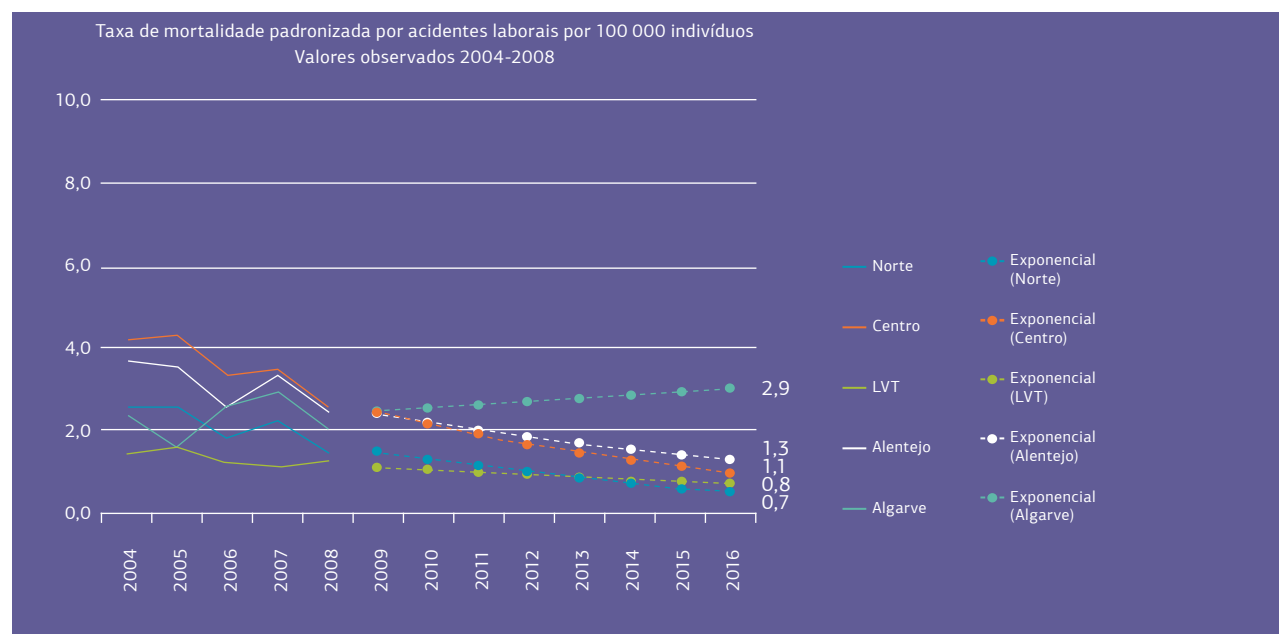
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos	2000	5,1	11,0	15,0	25,6	27,2	11,5
	2009	5,4	9,9	7,7	13,0	12,2	7,6
	Projeção 2016	3,5	6,4	4,1	6,6	5,0	4,2
	Meta 2016	3,5	4,9	3,8	5,1	4,3	4,0

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por acidentes de trânsito com veículos a motor (CID 10: V02-V04, V09, V12-V14, V19-V79, V86-V89) de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 65 anos, num ano		
Fórmula	$t_p = \sum_i \frac{np_i}{ni \times np} \times xi$ <p>Onde:                      np<sub>i</sub> é o efetivo populacional na classe i da população padrão;                      ni é o efetivo populacional na classe i da população em estudo;                      np é o efetivo total da população padrão;                      xi é o número de óbitos na classe i da população em estudo.</p>		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

## 42. Mortalidade por acidentes laborais

(Taxa padronizada por 100 000 habitantes, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
TMP por acidentes laborais	2004	2,5	4,0	1,5	3,5	2,3	2,7
	2008	1,5	2,5	1,3	2,4	2,0	1,8
	Projeção 2016	0,7	1,1	0,8	1,3	2,9	0,9
	Meta 2016	0,7	0,9	0,7	1,0	1,8	0,8

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

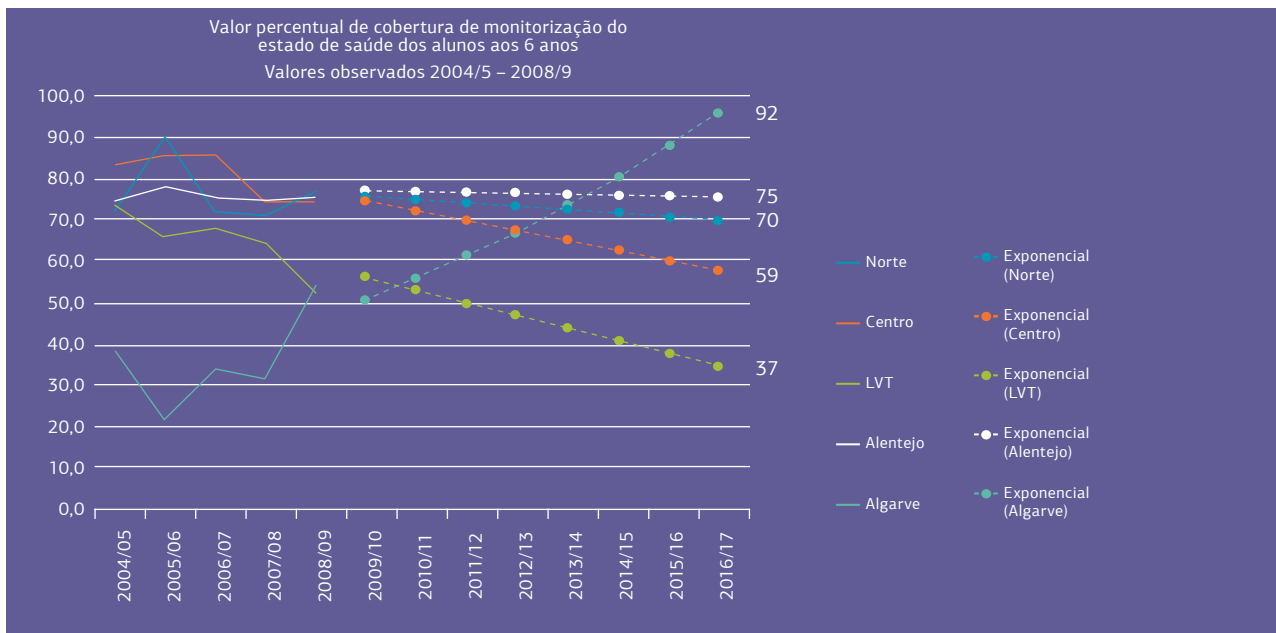
**Notas:** Este indicador só está disponível para as NUTS II de 2002.

Nome	Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Óbitos por acidentes laborais, num ano		
Denominador	Nº total de habitantes, num ano		
Fonte	MSSS, GEP	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFO/WHO



### 43. Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos

(Por 100 alunos matriculados que completaram 6 anos até 31 de Dezembro, ambos os sexos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelas ARS e DGS, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

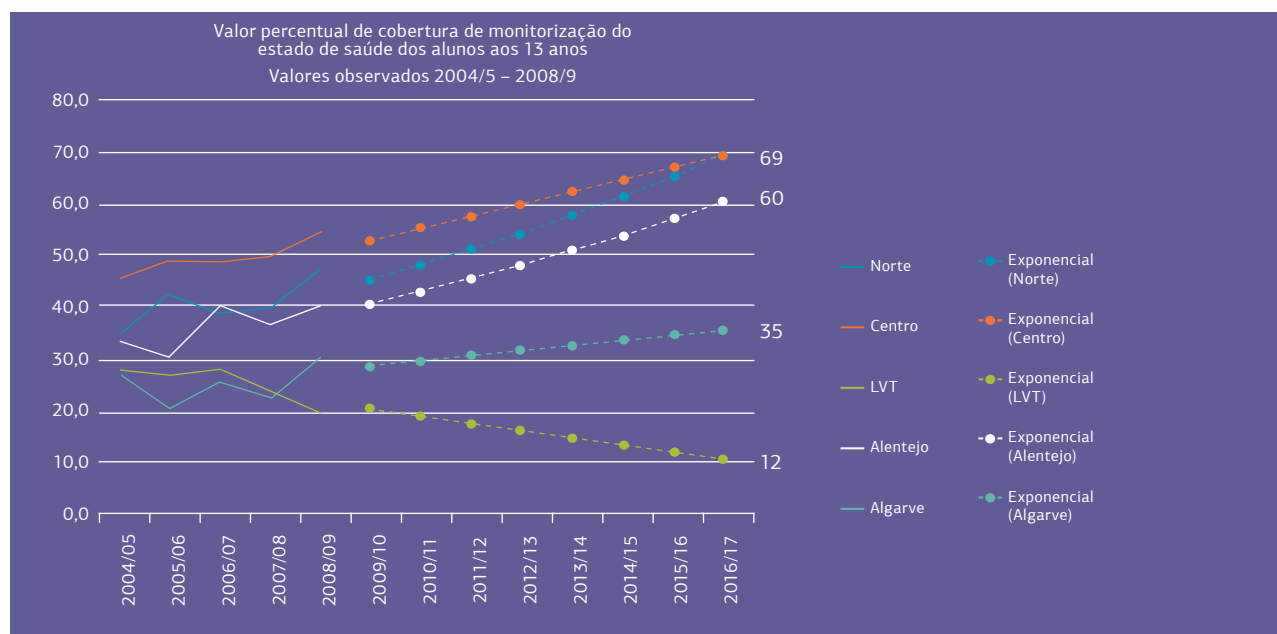
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos	2004/2005	74	84	75	76	43	76
	2008/2009	78	76	56	76	57	70
	Projeção 2016	70	59	37	75	92	56
	Meta 2016	81	76	65	84	92	75

Metas para 2016: As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Nº de alunos matriculados que completaram 6 anos até 31 de Dezembro e com exame global de saúde realizado, num ano		
Denominador	Nº de alunos matriculados que completaram 6 anos até 31 de Dezembro, num ano		
Fonte	DGS e ARS	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

#### 44. Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos

(Por 100 alunos matriculados que completaram 13 anos até 31 de Dezembro, ambos os sexos)



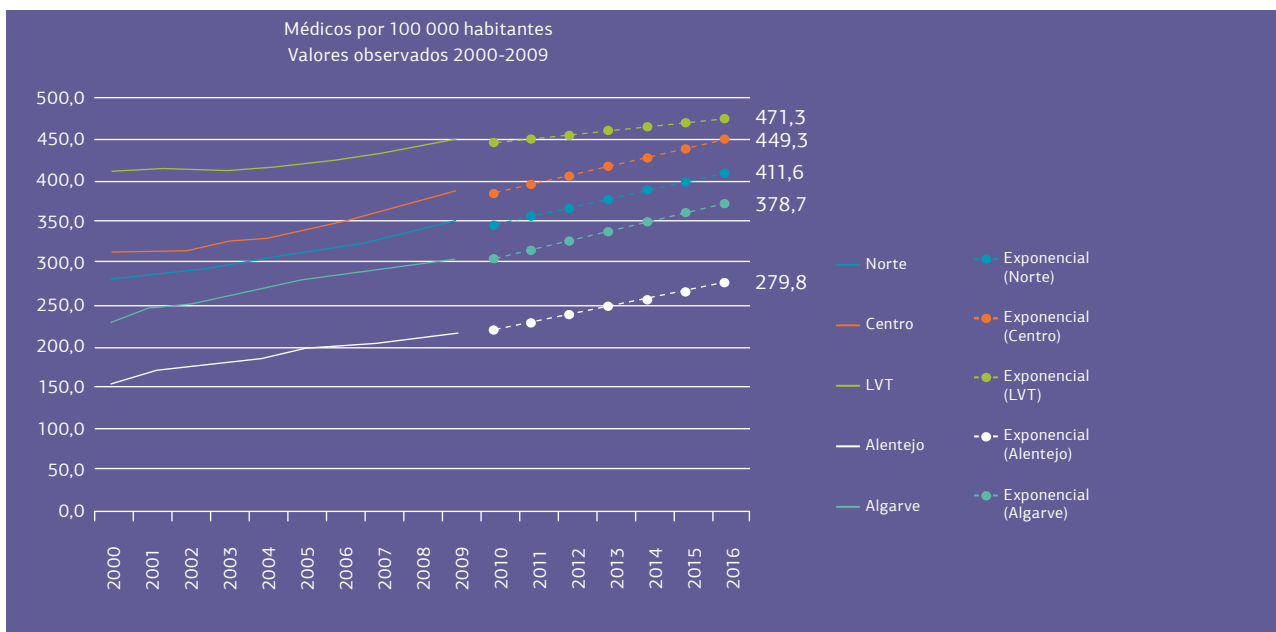
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelas ARS e DGS, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos	2004/2005	35	45	29	34	28	35
	2008/2009	47	53	21	40	31	36
	Projeção 2016	69	69	12	60	35	41
	Meta 2016	69	69	41	65	52	58

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Nº de alunos matriculados que completaram 13 anos até 31 de Dezembro e com exame global de saúde realizado, num ano		
Denominador	Nº de alunos matriculados que completaram 13 anos até 31 de Dezembro, num ano		
Fonte	DGS e ARS	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**45. Médicos**  
(Por 100 000 habitantes)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

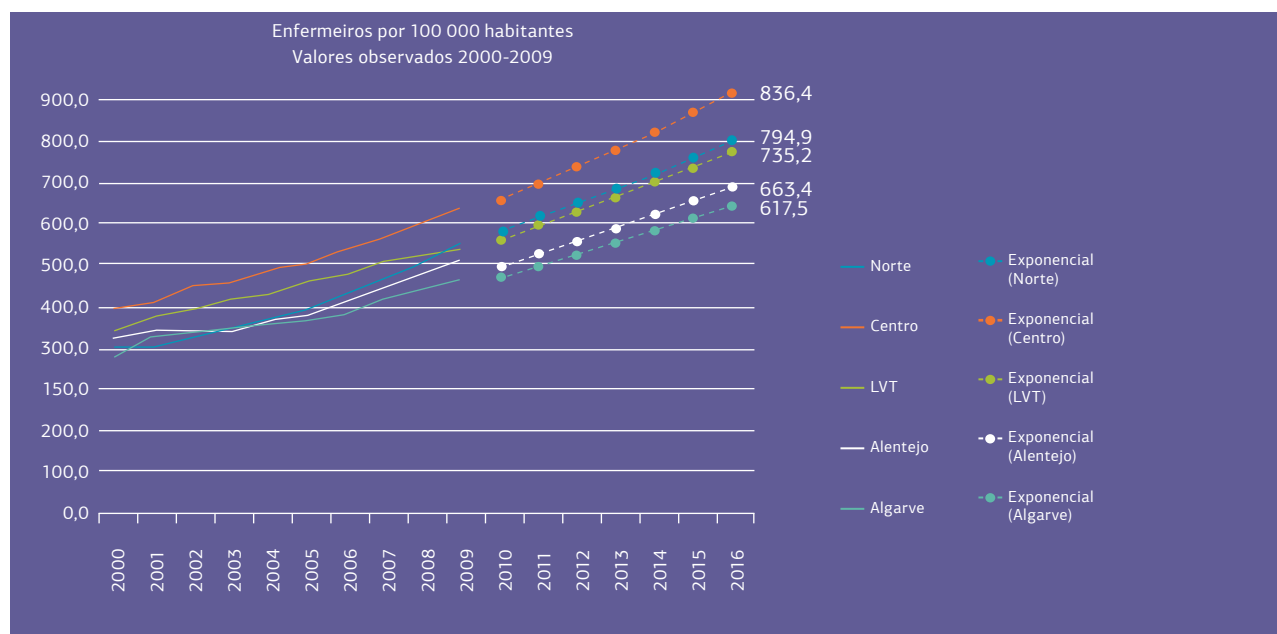
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Médicos	2000	281,4	311,8	410,4	153,8	228,7	323,7
	2009	351,2	386,8	447,6	215,9	304,4	383,7
	Projeção 2016	411,6	449,3	471,3	279,8	378,7	431,5
	Meta 2016	441,5	460,3	471,3	375,6	425,0	451,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Médicos (/100 000 hab.)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº total de médicos inscritos na Ordem dos Médicos no final do ano		
Denominador	Nº total de habitantes estimado para o final do ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

## 46. Enfermeiros

(Por 100 000 habitantes)



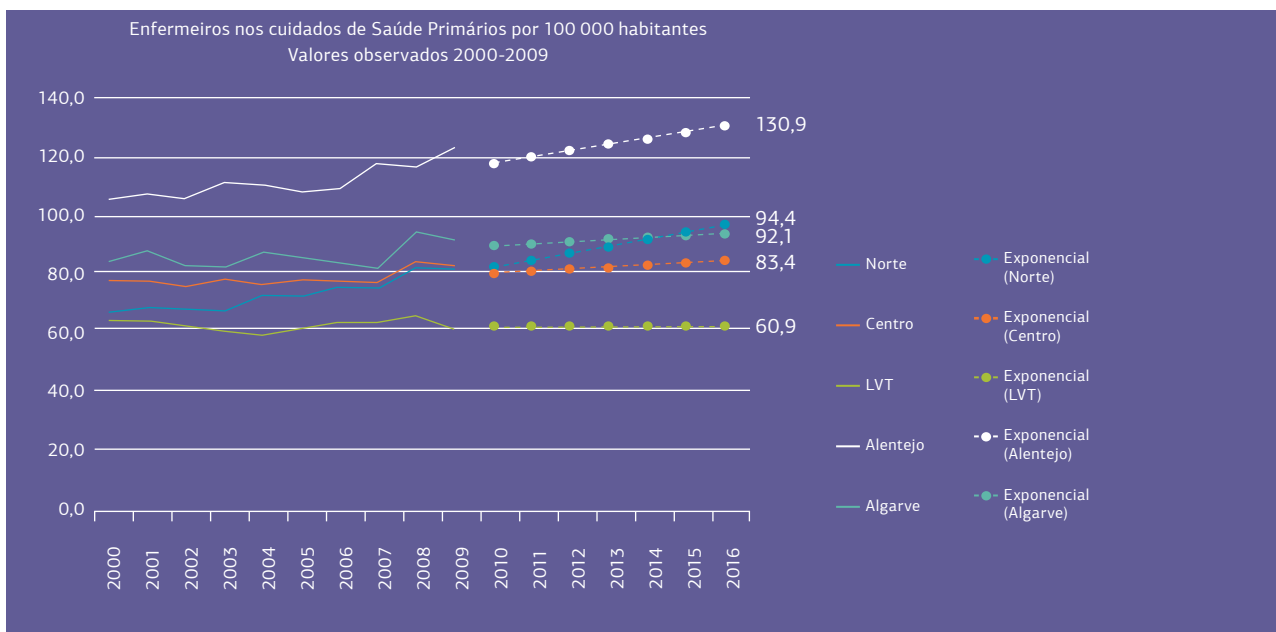
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Enfermeiros	2000	332,4	411,4	366,4	352,6	312,2	359,0
	2009	545,8	619,1	537,9	515,2	472,1	551,3
	Projeção 2016	794,9	836,4	735,2	663,4	617,5	764,7
	Meta 2016	815,7	836,4	785,8	749,9	727,0	801,1

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Enfermeiros (/100 000 hab.)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº total de enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros no final do ano		
Denominador	Nº total de habitantes estimado para o final do ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**47. Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários**  
(Por 100 000 habitantes)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

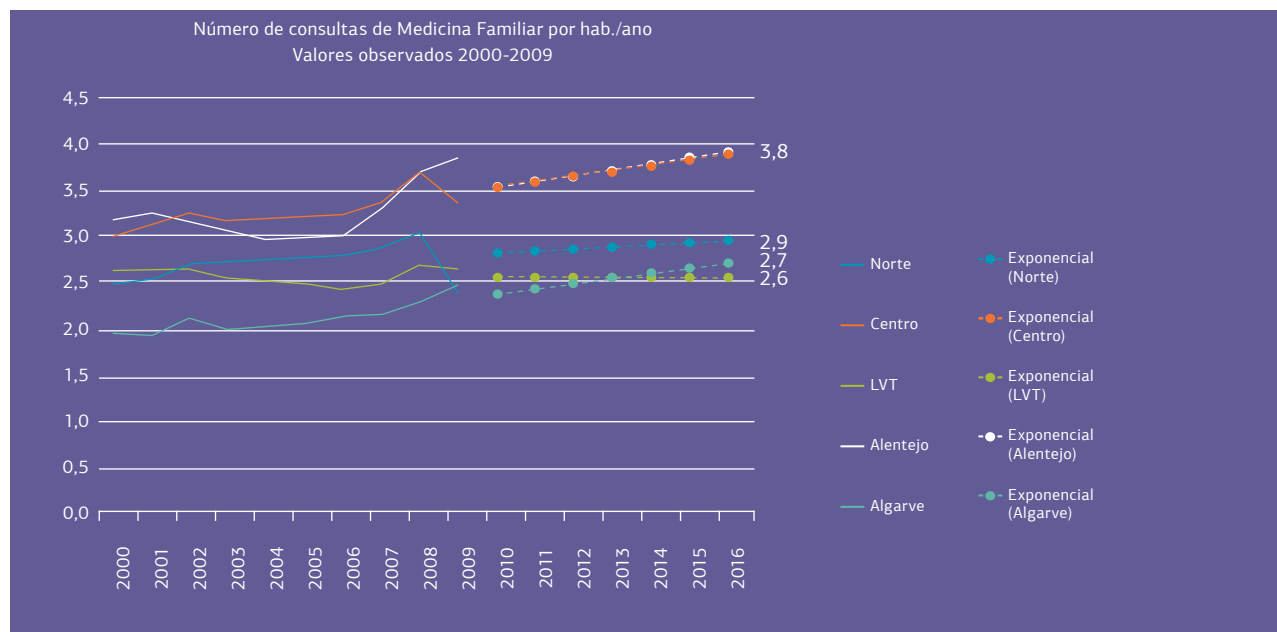
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários	2000	65,0	76,1	62,2	103,5	82,7	68,8
	2009	80,2	80,9	59,3	121,7	90,1	75,2
	Projeção 2016	94,4	83,4	60,9	130,9	92,1	81,4
	Meta 2016	112,6	107,1	95,9	130,9	111,5	106,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100 000 hab.)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº de enfermeiros ao serviço nos Centros de Saúde, num ano		
Denominador	Nº total de habitantes estimado para o final do ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

#### 48. Consultas de Medicina Familiar

(Número médio anual por inscrito)



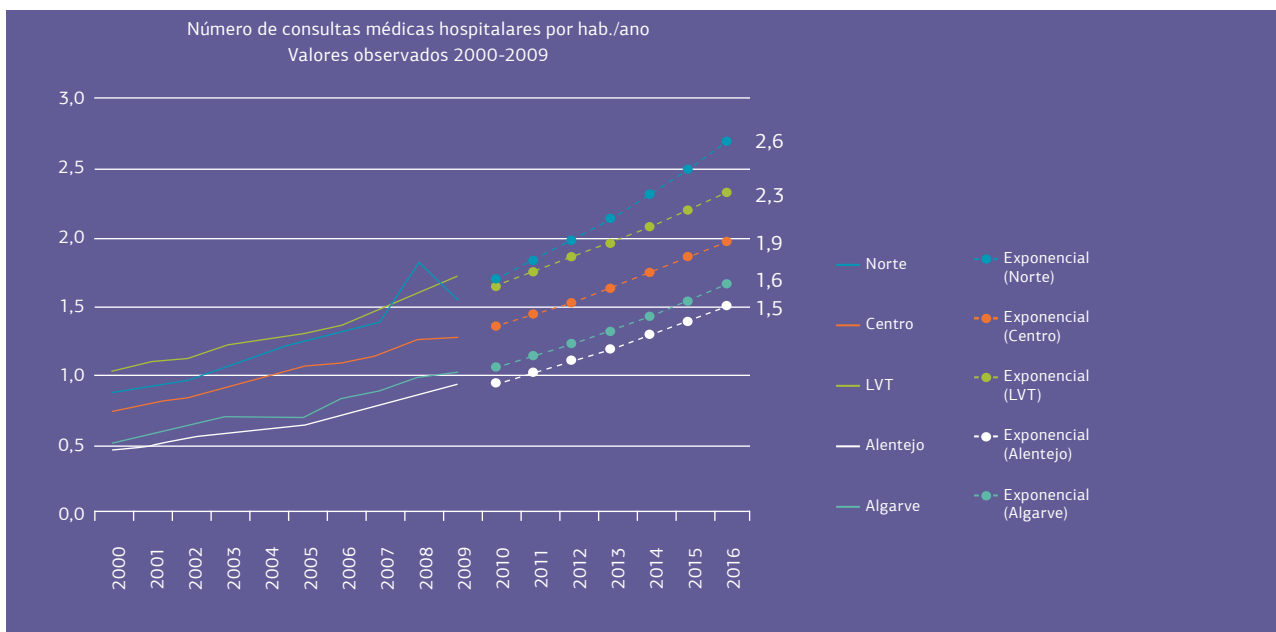
Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.  
Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consultas de Medicina Familiar	2000	2,5	3,0	2,6	3,2	2,0	2,7
	2009	2,4	3,3	2,7	3,8	2,5	2,7
	Projeção 2016	2,9	3,8	2,6	3,8	2,7	3,0
	Meta 2016	3,4	3,8	3,2	3,8	3,3	3,4

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Consultas de Medicina Familiar (/hab./ano)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº de consultas de Medicina Familiar, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**49. Consultas médicas hospitalares**  
(Número médio anual por habitante)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consultas médicas hospitalares	2000	0,9	0,7	1,0	0,5	0,5	0,8
	2009	1,5	1,2	1,6	0,9	1,0	1,4
	Projeção 2016	2,6	1,9	2,3	1,5	1,6	2,3
	Meta 2016	2,6	2,2	2,4	2,0	2,1	2,4

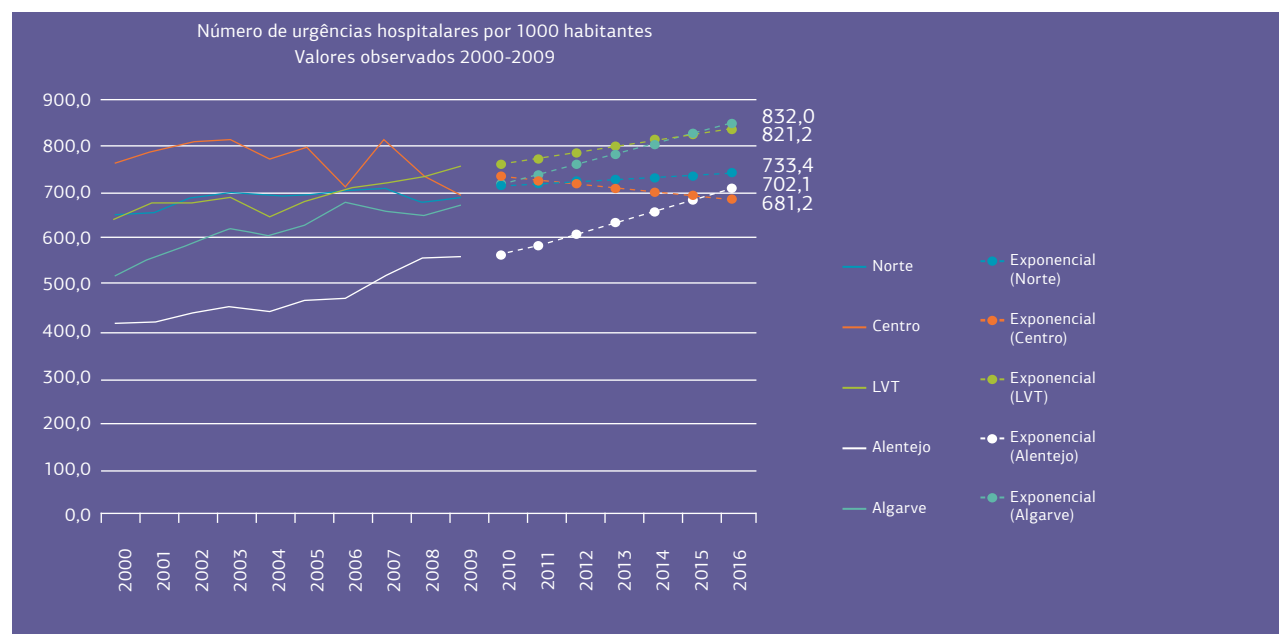
**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Na Região do Alentejo os valores do indicador para os anos 2006 a 2008 estão cobertos por segredo estatístico, pelo que foram usadas estimativas para os dados em falta.

Nome	Consultas médicas hospitalares (/hab./ano)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº total de consultas médicas hospitalares, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

## 50. Atendimentos em urgências hospitalares

(Número médio anual por 1000 habitantes)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011.

Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

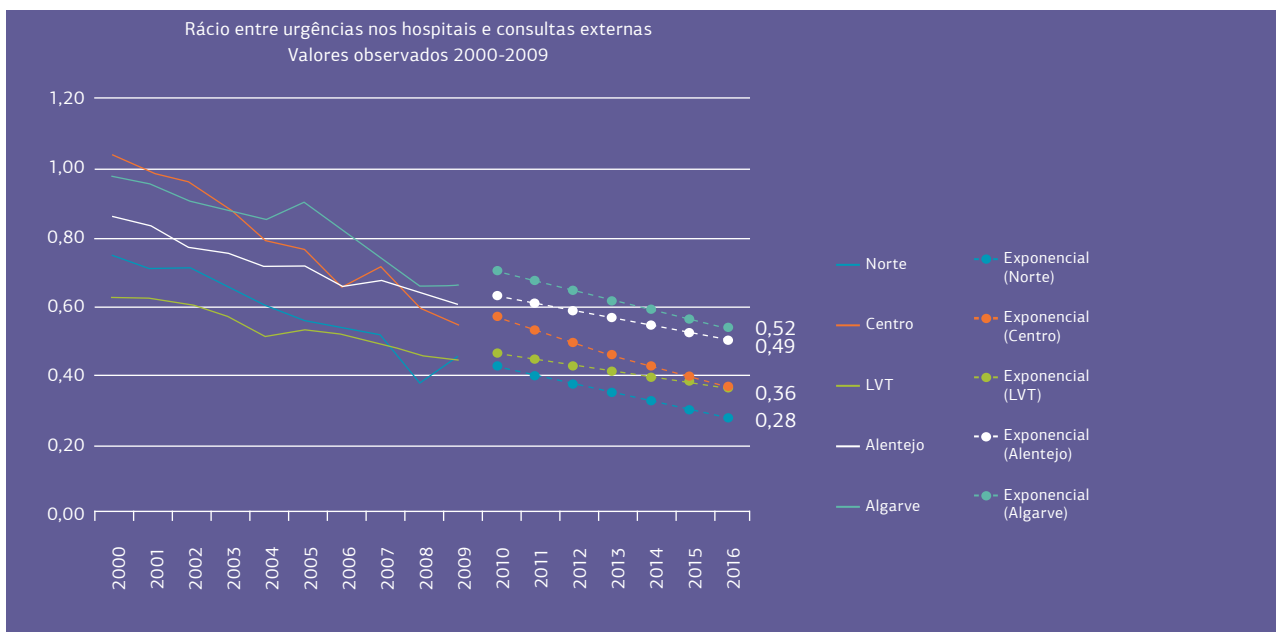
Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Atendimento em urgências hospitalares	2000	650,0	761,0	638,1	413,8	513,0	647,7
	2009	692,4	693,2	756,0	561,2	671,7	708,2
	Projeção 2016	733,4	681,2	821,2	702,1	832,0	754,3
	Meta 2016	707,3	681,2	751,2	691,6	756,6	720,1

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Atendimento em urgências hospitalares (/1000 hab./ano)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº de urgências Hospitalares, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	Permilagem
Comparação internacional?		Fonte	



**51. Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas**  
(Número médio anual por 1000 habitantes)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INE, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	2000	0,76	1,05	0,64	0,87	0,99	0,77
	2009	0,47	0,57	0,47	0,62	0,68	0,50
	Projeção 2016	0,28	0,36	0,36	0,49	0,52	0,33
	Meta 2016	0,28	0,32	0,32	0,39	0,40	0,31

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

Nome	Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº de urgências hospitalares, num ano		
Denominador	Nº de consultas médicas hospitalares, num ano		
Fonte	INE	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

## 52. Despesa em medicamentos na despesa em saúde

(% de encargos com medicamentos no orçamento do SNS)

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Despesa em medicamentos na despesa em saúde	2000	ND	ND	ND	ND	ND	22,8
	2009	ND	ND	ND	ND	ND	18,5
	Projeção 2016	ND	ND	ND	ND	ND	14,2
	Meta 2016	ND	ND	ND	ND	ND	ND

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

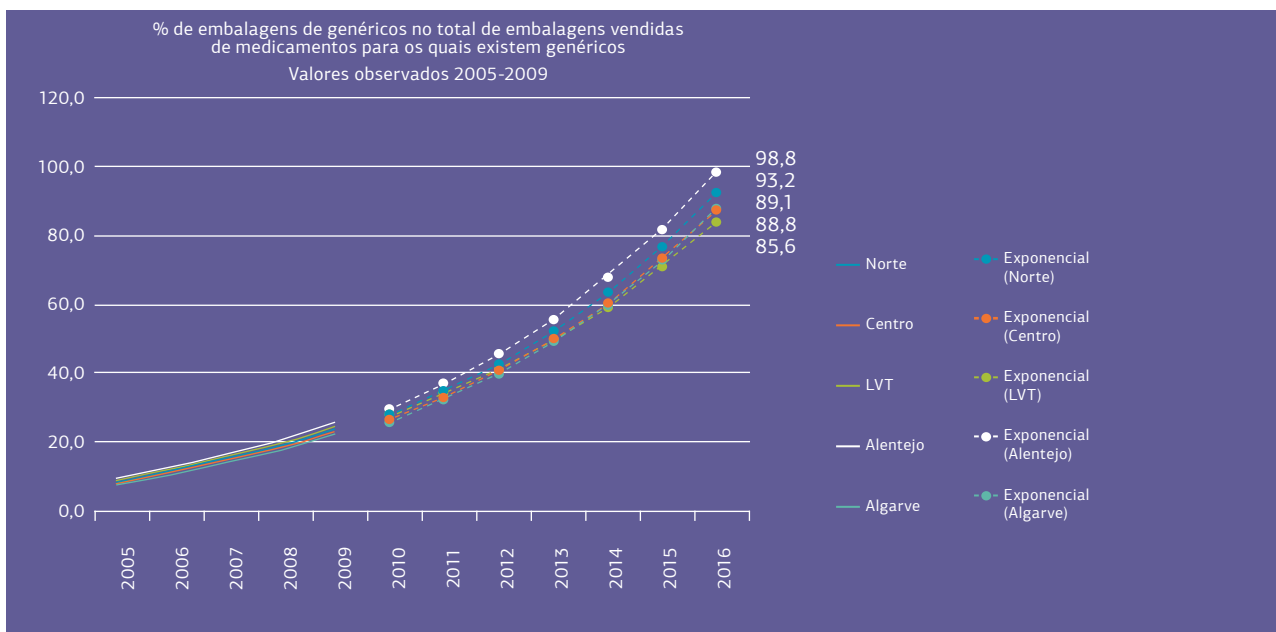
Notas: A despesa em medicamentos é referente aos encargos com medicamentos do Serviço Nacional de Saúde (Fonte: ACSS/ARS). Foram utilizados os valores anuais do Orçamento do SNS disponibilizados pela ACSS. Os dados não são desagregados por Região porque o valor do Orçamento é um dado nacional. Por esta razão não foi definida meta para 2016 para este indicador, uma vez que o método de cálculo da meta não é aplicável neste caso.

Nome	Despesa em medicamentos na despesa em saúde (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Despesas em medicamentos (encargos com medicamentos do SNS)		
Denominador	Total de despesas em saúde (orçamento do SNS)		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA/WHO



### 53. Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos

(Percentagem sobre o total de embalagens vendidas de medicamentos para os quais existem genéricos)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos	2005	14,8	14,4	15,4	15,4	14,0	14,9
	2009	29,2	28,1	28,9	30,4	27,4	28,8
	Projeção 2016	93,2	88,8	85,6	98,8	89,1	89,5
	Meta 2016	96,0	93,8	92,2	98,8	94,0	94,3

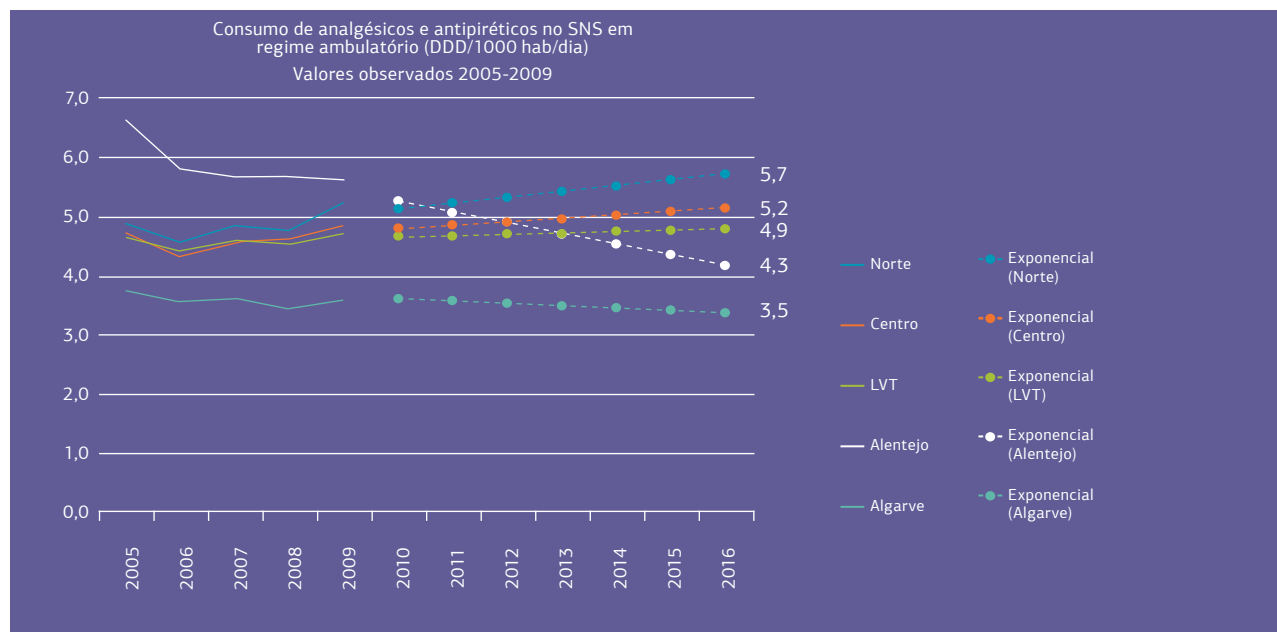
**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, durante o período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2009, em Portugal Continental. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, assim como os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.

Nome	Medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Total de embalagens de genéricas vendidas		
Denominador	Total de embalagens vendidas de medicamentos para os quais existem genéricos		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Fonte		

#### 54. Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatorio

(Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)



Fontes: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatorio	2005	4,9	4,8	4,7	6,6	3,9	4,9
	2009	5,3	4,9	4,8	5,6	3,8	5,0
	Projeção 2016	5,7	5,2	4,9	4,3	3,5	5,1
	Meta 2016	4,6	4,3	4,2	3,9	3,5	4,3

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

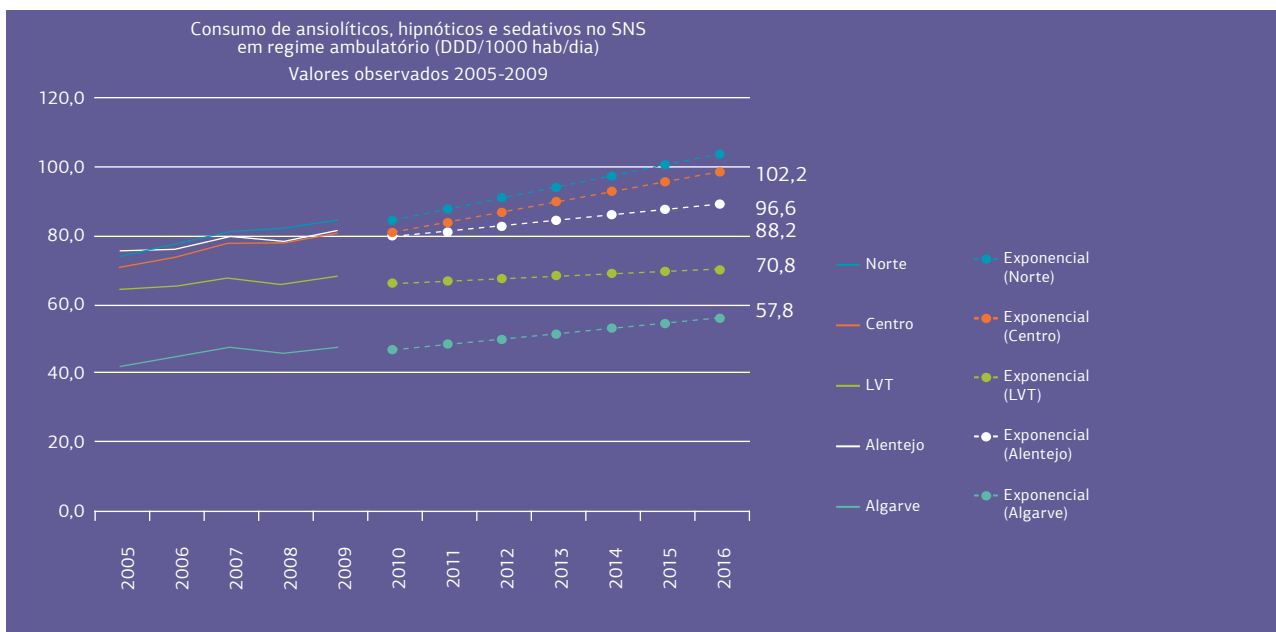
**Notas:** Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, durante o período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2009, em Portugal Continental.

Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, assim como os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.

Para estimar DDD/1000 hab./dia usou-se a população média anual residente por local de residência (INE), uma vez que não se dispõe da população SNS.

Nome	Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Média diária de medicamentos analgésicos e antipiréticos, com DDD atribuída, comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	DDD/1000 hab./dia
Fórmula	$(\text{DDD consumida}/365) * 1000 / (\text{habitantes})$		
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**55. Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatorio**  
(Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatorio	2005	71,8	69,0	63,2	73,1	42,7	67,0
	2009	81,5	78,0	66,3	78,5	47,7	73,7
	Projeção 2016	102,2	96,6	70,8	88,2	57,8	86,9
	Meta 2016	80,0	77,2	64,3	73,0	57,8	72,5

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, durante o período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2009, em Portugal Continental.

Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, assim como os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.

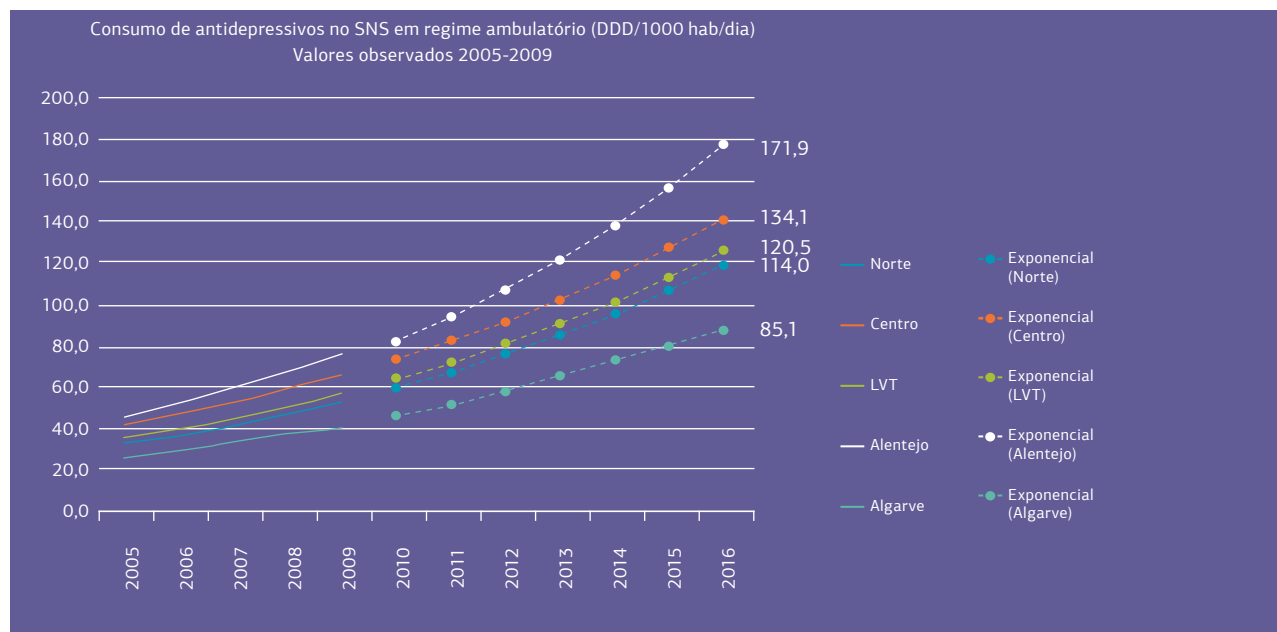
Para estimar DDD/1000 hab./dia usou-se a população média anual residente por local de residência (INE), uma vez que não se dispõe da população SNS.

Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011.

Nome	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia) (segundo desagregação da OCDE)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Média diária de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, com DDD atribuída, comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	DDD/1000 hab./dia
Fórmula	$(\text{DDD consumida}/365) \times 1000 / (\text{habitantes})$		
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

### 56. Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorio

(Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorio	2005	35,1	43,3	37,5	46,8	28,6	38,1
	2009	53,6	65,2	57,4	75,1	42,2	58,1
	Projeção 2016	114,0	134,1	120,5	171,9	85,1	122,0
	Meta 2016	99,5	109,6	102,8	128,5	85,1	103,3

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, durante o período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2009, em Portugal Continental.

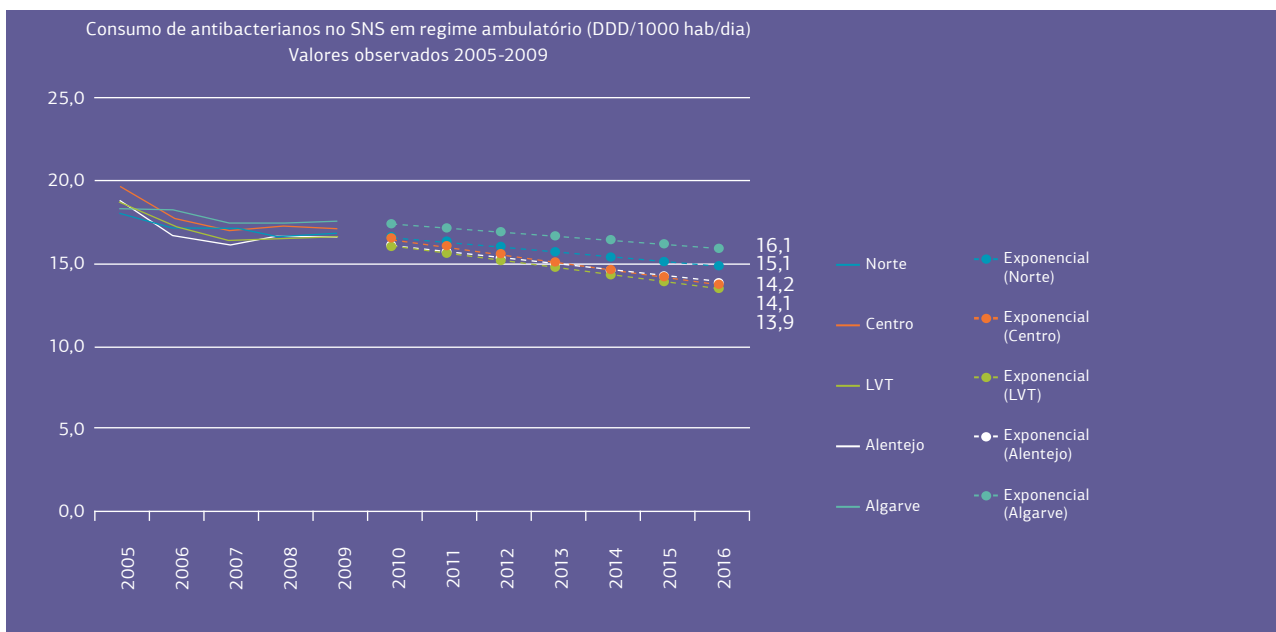
Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar, assim como os fármacos dispensados à população abrangida pelos subsistemas de saúde.

Para estimar DDD/1000 hab./dia usou-se a população média anual residente por local de residência (INE), uma vez que não se dispõe da população SNS.

Nome	Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Média diária de medicamentos antidepressivos, com DDD atribuída, comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	DDD/1000 hab./dia
Fórmula	$(\text{DDD consumida}/365) * 1000 / (\text{habitantes})$		
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**57. Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio**

(Dose Diária Definida (DDD) / 1000 habitantes / dia)



Fonte: Elaborado por GIP/ACS com base nos dados disponibilizados pelo INFARMED, 2011. Valores para 2010-2016 estimados por regressão exponencial.

Indicador	Dados	Região Norte	Região Centro	Região LVT	Região Alentejo	Região Algarve	Portugal Continental
Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio	2005	18,3	19,8	19,0	19,0	18,6	18,9
	2009	17,2	17,5	17,0	17,0	17,8	17,2
	Projeção 2016	15,1	14,1	13,9	14,2	16,1	14,4
	Meta 2016	14,5	14,0	13,9	14,0	15,0	14,2

**Metas para 2016:** As metas regionais baseiam-se na redução progressiva até 50% das diferenças entre cada Região e a Região com o melhor desempenho do indicador, de acordo com as projeções para 2016. A meta para Portugal Continental é a média ponderada das metas regionais, utilizando-se a população de cada Região (resultados definitivos do Censos 2011) como factor de ponderação.

**Notas:** Os dados referem-se a DDD consumida de todos os medicamentos (Genéricos e não Genéricos) com DDD atribuída, no âmbito do Serviço Nacional de Saúde em ambulatorio (mercado SNS: medicamentos vendidos pelas farmácias de oficina), durante o período de 1 de Janeiro de 2005 a 31 de Dezembro de 2009, em Portugal Continental. Para estimar DDD/1000 hab./dia usou-se a população média anual residente por local de residência (INE), uma vez que não se dispõe da população SNS.

Nome	Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatorio (DDD/1000 hab./dia)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Média diária de medicamentos antibacterianos, com DDD atribuída, comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, num ano		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fórmula	$(\text{DDD consumida}/365) \cdot 1000 / (\text{habitantes})$		
Fonte	INFARMED	Unidade Medida	DDD/1000 hab./dia
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

## 5.4. DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DO PNS A DESENVOLVER

### INDICADORES DE GANHOS EM SAÚDE

- 58. Esperança de vida sem incapacidade à nascença **183**
- 59. Esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos **183**
- 60. Taxa de mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool **183**
- 61. Sobrevivência Relativa a 5 anos após cancro da mama **183**
- 62. Sobrevivência Relativa a 5 anos após cancro do colo do útero **183**
- 63. Sobrevivência Relativa a 5 anos após cancro do cólon e recto **184**
- 64. Internamento por doenças atribuíveis ao álcool **184**
- 65. Internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório **184**
- 66. Incidência de amputações do pé diabético **184**
- 67. Anos de trabalho perdidos por incapacidade **185**
- 68. Número de dias de ausência ao trabalho devido a doença **185**
- 69. Utentes sem médico de família **185**
- 70. Consultas de gravidez no primeiro trimestre **185**
- 71. Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência **186**
- 72. Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido **186**
- 73. Tempos de referenciação aos cuidados continuados **186**
- 74. Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde **186**

### INDICADORES DO ESTADO DE SAÚDE E DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

- 75. População com diabetes **186**
- 76. População com asma **187**
- 77. População com hipertensão arterial **187**
- 78. População com dor crónica **187**
- 79. População com depressão **187**
- 80. População consumidora diária de tabaco **187**
- 81. População consumidora de álcool **188**
- 82. População com excesso de peso **188**
- 83. População obesa **188**
- 84. Percentagem da População que avalia positivamente o seu Estado de Saúde **188**
- 85. Atividade Física **189**
- 86. Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos **189**
- 87. Médicos de medicina geral e familiar **189**
- 88. Taxa de evolução das despesas em saúde **189**
- 89. Despesa corrente em cuidados de saúde a preços correntes pelo SNS (total, por residente) **189**
- 90. Despesa corrente em cuidados de saúde a preços correntes pelas famílias **190**
- 91. Rácio entre despesas privadas em saúde e rendimento disponível das famílias **190**
- 92. Despesa em saúde no PIB **190**





**58. Esperança de vida sem incapacidade à nascença**

Nome	Esperança de vida sem incapacidade à nascença (anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Incapacidade
Numerador	Indicador composto que combina dados de mortalidade e de incapacidade (limitação nas atividades usuais da pessoa, devida a problema de saúde com duração não inferior aos 6 meses anteriores à entrevista).		
Denominador			
Fonte	INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias	Unidade Medida	Anos
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**59. Esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos**

Nome	Esperança de vida sem incapacidade aos 65 anos (anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Incapacidade
Numerador	Indicador composto que combina dados de mortalidade e de incapacidade (limitação nas atividades usuais da pessoa, devida a problema de saúde com duração não inferior aos 6 meses anteriores à entrevista).		
Denominador			
Fonte	INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias	Unidade Medida	Anos
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**60. Taxa de mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool**

Nome	Taxa de mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Mortalidade
Numerador	Vítimas mortais de acidentes de viação, autopsiadas pelo INML, que tinham taxa de álcool no sangue igual ou superior a 0,5 g/l		
Denominador	Total de habitantes, num ano		
Fonte	INML	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	-

**61. Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro da mama**

Nome	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro da mama (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro da mama		
Denominador	Taxa de sobrevivência esperada para a mesma população		
Fonte	Registos Oncológicos Regionais	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurocare

**62. Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do colo do útero**

Nome	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do colo do útero (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro do colo do útero		
Denominador	Taxa de sobrevivência esperada para a mesma população		
Fonte	Registos Oncológicos Regionais	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurocare

**63. Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do cólon e recto**

Nome	Sobrevivência relativa a 5 anos após cancro do cólon e recto (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro do cólon e reto		
Denominador	Taxa de sobrevivência esperada para a mesma população		
Fonte	Registos Oncológicos Regionais	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurocare

**64. Internamento por doenças atribuíveis ao álcool**

Nome	Taxa padronizada de internamento por doenças atribuíveis ao álcool (/100 000 hab.)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento de habitantes com doenças mentais e comportamentais, cirrose alcoólica e hepatite alcoólica, pancreatite aguda e crónica, epilepsia, tumor maligno do esófago, fígado e boca e orofaringe, num ano		
Denominador	Nº de habitantes, num ano		
Fonte	ACSS, GDH	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**65. Internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório**

(taxa padronizada por 100 000 habitantes, população total, ambos os sexos)

Nome	Taxa padronizada de internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (/100 000 hab. abaixo dos 70 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Episódios de internamento de habitantes com menos de 70 anos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (CID 9): Grand mal Status e outras convulsões epiléticas (345), CPOD (491, 492, 494, 496, 480-486 <sup>1</sup> , 466 <sup>1</sup> , 487.0 <sup>1</sup> ), Asma (493), Diabetes (250.0, 250.1, 250.2, 250.8), Insuficiência cardíaca e edema pulmonar (428 <sup>2</sup> , 518.4 <sup>2</sup> ), Hipertensão (401.0 <sup>2</sup> , 401.9 <sup>2</sup> ), Angina (402.0 <sup>2</sup> , 402.1 <sup>2</sup> , 402.9 <sup>2</sup> , 411.1 <sup>2</sup> , 411.8 <sup>2</sup> , 413 <sup>2</sup> ), num ano  <sup>1</sup> apenas quando acompanhados por um diagnóstico associado de 496 <sup>2</sup> excluído quando acompanhado por procedimentos cardíaco (336, 35, 36, 373, 375, 377, 378, 3794-3798)		
Denominador	Nº de habitantes com idade inferior a 70 anos, num ano		
Fonte	ACSS, GDH	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**66. Incidência de amputações do pé diabético**

Nome	Incidência de amputações do pé diabético (/10000 hab.) (total, amputação major)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Número de episódios de internamento por amputação do pé diabético, num ano		
Denominador	Nº de habitantes, num ano		
Fonte	ACSS, GDH	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?		Fonte	

**67. Anos de trabalho perdidos por incapacidade**

Nome	Anos de trabalho perdidos por incapacidade (anos) (evitáveis por prevenção primária e cuidados de saúde)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Incapacidade
Numerador	Total de número de anos perdidos por incapacidade, por causa específica.		
Denominador	Total de número de anos de trabalho estimados.		
Fórmula	$(d \cdot a) / a$ $a$ – número de pensionistas (regime geral e de pensão social de invalidez) por escalão etário $b$ – ponto médio do escalão etário $c$ – idade da reforma prevista (65 anos) $d$ – idade da reforma prevista – ponto médio do escalão etário (=c-b)		
Fonte	MSSS	Unidade Medida	Anos
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**68. Número de dias de ausência ao trabalho devido a doença**

Nome	Dias de ausência ao trabalho devido a doença (dias)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Incapacidade
Numerador	Dias de ausência por doença		
Denominador	Pessoas singulares com pelo menos uma remuneração e/ou contribuição		
Fonte	MSSS	Unidade Medida	Dias
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**69. Utentes sem médico de família**

Nome	Utentes sem médico de família (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Utentes do SNS sem médico de família atribuído ou sem médico de família por opção		
Denominador	Utentes do SNS		
Fonte	ARS	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?		Fonte	

**70. Consultas de gravidez no primeiro trimestre**

Nome	Consultas de gravidez no primeiro trimestre (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Número de consultas de gravidez no primeiro trimestre nos CSP		
Denominador	Total de gravidezes acompanhadas nos CSP		
Fonte	ARS	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**71. Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência**

Nome	Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Utentes com primeiras consultas de especialidade hospitalar realizadas dentro do tempo de referência		
Denominador	Nº de primeiras consultas hospitalares		
Fonte	ACSS, CTH	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**72. Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido**

Nome	Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Operados com tempo de espera inferior ao tempo máximo de resposta garantido		
Denominador	Total de operados		
Fonte	ACSS, SIGIC	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**73. Tempos de referenciação aos cuidados continuados**

Nome	Tempos de referenciação aos cuidados continuados (dias)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Acesso
Numerador	Mediana de tempo (dias) entre a referenciação e a admissão		
Denominador			
Fonte	ACSS, SIGIC	Unidade Medida	Dias
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**74. Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde**

Nome	Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde (%)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Qualidade
Numerador	Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com os serviços de saúde		
Denominador	Total de utentes dos serviços de saúde		
Fonte		Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?		Fonte	

**75. População com diabetes**

Nome	População com diabetes (%)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com diabetes		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**76. População com asma**

Nome	População com asma (%)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com asma		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**77. População com hipertensão arterial**

Nome	População com hipertensão arterial (%)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com hipertensão arterial		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**78. População com dor crónica**

Nome	População com dor crónica (%)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com dor crónica		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**79. População com depressão**

Nome	População com depressão (%)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com depressão		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**80. População consumidora diária de tabaco**

Nome	População consumidora diária de tabaco (%) Total, Jovens: 15-24)		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Comportamentos
Numerador	Nº habitantes que fuma diariamente (Total, Jovens: 15-24)		
Denominador	População residente estimada (Total, Jovens: 15-24)		
Fonte	INS; ARS (?)	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**81. População consumidora de álcool**

Nome	População consumidora de álcool (%) (Total, Jovens: 15-24)		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Comportamentos
Numerador	Nº de habitantes que consumiu alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores à entrevista		
Denominador	População residente estimada		
Fonte	INS; SICAD; ARS (?)	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**82. População com excesso de peso**

Nome	População residente com excesso de peso (%) (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Nº de habitantes com Índice de Massa Corporal ≥25 e <30 Kg/m <sup>2</sup> (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Denominador	População estimada (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Fonte	INS; ARS (?); DGS, Exame Global de Saúde	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**83. População obesa**

Nome	População residente obesa (%) (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Comportamentos
Numerador	Nº de habitantes com índice de massa corporal ≥30Kg/m <sup>2</sup> (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Denominador	População estimada (Total, 6, 13, 18-24, 35-64, ≥65 anos)		
Fonte	INS; ARS (?); DGS, Exame Global de Saúde	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**84. Percentagem da população que avalia positivamente o seu estado de saúde**

Nome	População residente que avalia positivamente o seu Estado de Saúde (%) (15-24, 25-64, ≥65 anos)		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Bem-estar
Numerador	População que auto o Estado de Saúde de "muito bom ou bom" (15-24, 25-64, ≥65 anos)		
Denominador	População residente estimada (15-24, 25-64, ≥65 anos)		
Fonte	INS; INE, Inquérito às Condições de Vida e Rendimento das Famílias	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	Eurostat

**85. Atividade física**

Nome	Atividade física (15-24, 35-44, 55-64 anos) Tempo médio (min/dia) de atividade física de leve, moderada e vigorosa intensidade		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Comportamentos
Numerador			
Denominador			
Fonte	Instituto Português do Desporto e Juventude, Observatório Nacional da Atividade Física e do Desporto	Unidade Medida	Minutos/dia
Comparação internacional?		Fonte	

**86. Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos**

Nome	Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos		
Grupo	Estado de saúde	Área	Morbilidade
Numerador	Número de dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição definitiva em crianças escolarizadas com 12 anos de idade		
Denominador	Total de crianças com 12 anos de idade examinadas		
Fonte	DGS e ARS	Unidade Medida	Percentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**87. Médicos de medicina geral e familiar**

Nome	Médicos de Medicina Geral e Familiar (/100 000 hab.)		
Grupo	Desempenho do Sistema de Saúde	Área	Eficiência
Numerador	Nº de médicos especialistas de Medicina Geral e Familiar no SNS		
Denominador	Total de habitantes		
Fonte	INE e ACSS	Unidade Medida	100 000
Comparação internacional?	Sim	Fonte	OCDE

**88. Taxa de evolução das despesas em saúde**

Nome	Taxa de evolução dos custos (MCDT, medicamentos, recursos humanos) (total, por residente) (%)		
Grupo	Contexto	Área	
Numerador	Custos no ano t		
Denominador	Custos no ano t-1		
Fórmula	$[(t - (t-1)) / (t-1)] * 100$		
Fonte	ARS	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**89. Despesa corrente em cuidados de saúde a preços correntes pelo SNS (total, por residente)**

Nome	Despesa corrente em cuidados de saúde pelo SNS, a preços correntes (total, por residente) (Euros)		
Grupo	Contexto	Área	
Numerador			
Denominador			
Fonte	INE, Conta satélite da saúde	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**90. Despesa corrente em cuidados de saúde a preços correntes pelas famílias**

Nome	Despesa corrente em cuidados de saúde pelas famílias, a preços correntes (total, por agregado familiar) (Euros)		
Grupo	Contexto	Área	
Numerador			
Denominador			
Fonte	INE, Conta satélite da saúde	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**91. Rácio entre despesas privadas em saúde e rendimento disponível das famílias**

Nome	Rácio entre despesas privadas em saúde e rendimento disponível das famílias		
Grupo	Determinantes de saúde	Área	Recursos pessoais
Numerador			
Denominador			
Fonte	INE, Conta satélite da saúde	Unidade Medida	
Comparação internacional?	Não	Fonte	

**92. Despesa em saúde no PIB**

Nome	Despesa em saúde no PIB (pública e privada) (%)		
Grupo	Contexto	Área	
Numerador	Despesa em saúde (pública e privada)		
Denominador	PIB		
Fonte	INE, Contas Nacionais Anuais	Unidade Medida	Porcentagem
Comparação internacional?	Sim	Fonte	HFA/WHO





## 6. BIBLIOGRAFIA GERAL

### A

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2010). Informação disponível e não publicada. Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt>.
- Administração Regional da Saúde do Norte. (2008). Plano Regional de Saúde do Norte 2008-2010. Disponível em [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/PRSN\\_VDiscussa-o\\_9Dez.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAAdos/GRP/PRSN_VDiscussa-o_9Dez.pdf)
- Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (2010). Observatórios Locais de Saúde: algumas perguntas e respostas para a sua implementação. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/>.
- Altmiere, L. B. (2004). Healing Environments: For Patients and Providers. *Newborn Infant Nurs Review*, 4(2).
- Alto Comissariado da Saúde. Indicadores e Metas do PNS. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/indicadores-e-metas/>
- Alto Comissariado da Saúde. Mapas Interativos. Disponível em <http://www.websig.acs.min-saude.pt>
- Alto Comissariado da Saúde. Mesa Redonda PECS/CPLP.
- Alto Comissariado da Saúde. Monitorização do PNS 2004-2010.
- Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural. II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013. Disponível em [www.portugal.gov.pt/](http://www.portugal.gov.pt/).
- Assembleia da República. (1979). Lei n.º 56/1979 de 21 de julho, 1.ª Série, n.º 214 de 15 de setembro de 1979, 2357-2363. Serviço Nacional de Saúde.
- Assembleia da República. (1990). Lei n.º 48/1990 de 3 de Agosto, 1.ª Série, n.º 195 de 24 de agosto de 1990, 3452-3459. Lei de Bases da Saúde.
- Assembleia da República. (2004). Lei n.º 12/2004, de 16 de março, 1.ª Série, n.º 76 de 30 de março de 2004, 2016-2028. Estabelece o regime de autorização a que estão sujeitas a instalação e a modificação de estabelecimentos de comércio a retalho e de comércio por grosso em livre serviço e a instalação de conjuntos comerciais.
- Assembleia da República. (2006). Lei n.º 43/2006, de 12 de agosto, 1.ª Série, n.º 164 de 25 de agosto de 2006, 6201-6203. Acompanhamento, apreciação e pronúncia pela Assembleia da República no âmbito do processo de construção da União Europeia.
- Assembleia da República. (2007). Lei n.º 37/2007 de 2 de agosto, 1.ª Série, n.º 156 de 14 de agosto de 2007, 5277-5284. Aprova normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.
- Assembleia da República. (2007). Lei n.º 41/2007 de 16 de agosto, 1.ª Série, n.º 163 de 24 de agosto de 2007, 5664-5665. Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde.
- Assembleia da República. (2009). Lei n.º 106/2009 de 31 de agosto, 1.ª Série, n.º 178 de 14 de Setembro de 2009, 6254-6255. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar.
- Assembleia da República. (2009). Lei n.º 81/2009 de 14 de agosto, 1.ª Série, n.º 162 de 21 de agosto de 2009, 5491-5495. Institui um sistema de vigilância em saúde pública.
- Assembleia da República. (2010). Resolução da Assembleia da República n.º 48/2010 de 23 de abril, 1.ª Série, n.º 99 de 21 de maio de 2010, 1746. Recomenda ao Governo a suspensão do processo de requalificação das urgências.

- Atun, R & Sittampalan. (2008). SMS Text Message Healthcare Appointment Reminders. *Eng J Am Care Man*, 31(3), 216-19.
- Atun, R. (2004). What are the advantages and disadvantages of restructuring a healthcare system to be more focused on primary care services? Health Evidence Network report. Europe: WHO
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Disponível em <http://www.safetyandquality.gov.au>

### B

- Banta, H.D., & Wit, G.A. (2008). Public health services and cost-effectiveness analysis. *Annu Rev Public Health*. 29, 383-97. Disponível em <http://www.annualreviews.org/doi/>.
- Bircher, J. (2005) Towards a dynamic definition of health and disease. *Med, Health Care and Philosophy*. 8, 335-41.
- Blumenthal, S. J. & Schlissel, E. Health Diplomacy: A Prescription for Peace, The Huffington Post. Disponível em <http://www.huffingtonpost.com>.
- Busse, R., et al. (2010). Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2010.
- Ministry of Health. British Columbia. Chronic Disease Management. Disponível em <http://www.health.gov.bc.ca/cdm/index.html>.

### C

- Campos, L., & Borges, M. (2009). *A Governação dos Hospitais*. Lisboa: Portugal R (Editores) Casa das Letras
- Campos, L., & Carneiro, A., & Saturno, P. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Canada: Public Health Agency of Canada. (2004). *Health Surveillance Coordinating Committee (HSCC). Population and Public Health Branch. Health Framework and Tools for Evaluating Health Surveillance Systems*. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/>.
- Care Quality Commission, Focused on Better Care. Annual report and accounts 2009/10. London.
- Carta de Ottawa. (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Disponível em [www.cnpjcr.pt](http://www.cnpjcr.pt)
- Castells, M. (1996). *The Rise of the Network Society, The Information Age: Economy, Society and Culture*, Cambridge, MA; Oxford, UK: Blackwell.
- Cawston, B. (2003) *Clients or citizens? Some considerations for primary care organisations*. *Br J Gen Pract.*, 53(494), 716-22.
- Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEI-SUC). (2009). *Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF: Estudo de satisfação dos utilizadores das primeiras 146 USF, pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde – Maio 2009*. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>.
- Centro de Informação Europeia Jacques Delors – Cidadania nacional e europeia. Disponível em <http://www.eurocid.pt>.
- Chan, M. *Health Diplomacy in the 21st century*. Address to Directorate for Health and Social Affairs, Norway. Disponível em <http://www.who.int>.
- Chan, M., & Store, J.G., & Kouchner, B. (2008). *Foreign policy and global health: working together towards common goals*. *WHO Bulletin* 2008 Jul, 86 (7). Disponível em <http://www.who.int/>.

- Cidadania nacional e europeia – Centro de Informação Europeia Jacques Delors. Disponível em <http://www.eurocid.pt>.
- Cimeira Ibero-americana. Disponível em [www.cimeiraiberoamericana.gov.pt](http://www.cimeiraiberoamericana.gov.pt) e em [segib.org](http://segib.org).
- Comissão das Comunidades Europeias. Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho relativa à aplicação dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Bruxelas, 2008. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>.
- Comissão Europeia 2010 – Agenda Digital. Disponível em [http://ec.europa.eu/portugal/comissao/destaques/20100624\\_debater\\_agenda\\_digital\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/portugal/comissao/destaques/20100624_debater_agenda_digital_pt.htm);
- Conselho da União Europeia, Comunicação da Comissão ao Conselho, ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões – Solidariedade na saúde: reduzir as desigualdades no domínio da saúde na União Europeia, 2010. Disponível em <http://europa.eu>.
- Conselho da União Europeia. Conclusões do Conselho da União Europeia sobre valores e princípios comuns aos Sistemas de Saúde da União Europeia. Jornal Oficial da União Europeia. 2006/C 146/01. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>.
- Conselho da União Europeia. [http://europa.eu/institutions/inst/council/index\\_pt.htm](http://europa.eu/institutions/inst/council/index_pt.htm).
- Constituição da República Portuguesa. (2005). Artº 63º e 64º. VII Revisão Constitucional.
- Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/cndcv/>
- Correia de Campos, A. (2008). *Reformas da Saúde – o fio condutor*, 2008.
- Coulter A. (2002). *The Autonomous Patient*. London: Nuffield Trust.
- Council of Europe Convention on Action Against Trafficking in Human Beings. (2005). Warsaw. Disponível em <http://conventions.coe.int>.
- Council of Europe. Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. Disponível em <http://conventions.coe.int>.
- Council of the European Union. (2009). The Council Working Party on Public Health at Senior Level: Multi-Annual Work Programme. Disponível em <http://ec.europa.eu/health>.
- ## D
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991. Disponível em <http://www.framtidsstudier.se>
- Declaração de Adelaide. (1998). Recommendations on Healthy Public Policy. 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide, 1998.
- Declaração de Alma-Ata. (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde.
- Declaração de Jakarta. Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. Fourth International Conference on Health Promotion, 1997.
- Declaração de Sundvall. Statement on Supportive Environments for Health, 1991.
- Department of health – National Health Service United Kingdom [NHS – UK], NHS 2010–2015: from good to great, preventative, people-centred, productive, 2009.
- Dias do Desenvolvimento. Disponível em <http://www.diasdodesenvolvimento.org>.
- Dias, A., & Queirós, A. (2010). *Integração e Continuidade de Cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde.
- Dias, S.F., & Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Serv Res* 2008, 8, 207.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). Circular Normativa n.º 4/2004 de 16 de Abril. Normas gerais de encaminhamento e assistência a doentes oriundos dos Países Africanos e Língua Oficial Portuguesa (PALOP) ao abrigo dos Acordos de Cooperação no domínio da saúde. Disponível em [www.sg.min-saude.pt](http://www.sg.min-saude.pt).
- Direção-Geral da Saúde. (2007). Circular Normativa n.º 23/2007 de 14 de Novembro. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa n.º 13/2008 de 22 de junho. Gestão Integrada da Doença Renal Crónica – Referenciação de Doentes Insuficientes Renais para a Medicina Preventiva.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). Circular Normativa n.º 2/2008 de 18 de fevereiro. Gestão Integrada da Esclerose Múltipla – Acesso dos doentes com suspeita de esclerose múltipla às consultas hospitalares específicas.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Circular Normativa n.º 12/2009 de 4 de agosto. Tratamento das Exposições apresentadas pelos Cidadãos nos Cuidados de Saúde Primários.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Circular Normativa n.º 23/2009 de 29 de dezembro. Fornecimento de fórmula para lactentes em mães infectadas pelo vírus VIH.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Circular Normativa n.º 36/2009 de 9 de Outubro. Avaliação Ambiental Estratégica.
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Programa Nacional de Acreditação em Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Circular Informativa n.º 46/2010 de 13 de Outubro. Orientações genéricas sobre a criação de centros de observação de saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Microsite do Departamento da Qualidade na Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Plataforma da Gestão Integrada da Doença.
- Direção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. Relatório de Avaliação do Programa de Saúde Escolar – Ano Lectivo de 2004/05.
- Direcção-Geral da Saúde: <http://www.dgs.pt/>
- Donabedian, A. (1997). The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *Arch Path Lab Med* 1997, 121(11). Disponível em <http://www.bradfordvts.co.uk>.
- Drager, N., & Fidler, D.P. (2007). Foreign policy, trade and health: at the cutting edge of global health diplomacy. *WHO Bulletin* 2007 Mar, 85(3), 162. Disponível em <http://www.who.int>.
- ## E
- East Essex. (2010). NHS, Integrated Governance Strategy 2010-2012, NHS Primary Care Trust South East Essex, 2010.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS.
- Escoval, A., & Campos, A. (2010). *Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Alto Comissariado da Saúde.
- Euro-barómetro. (2008). Disponível em [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb69/eb\\_69\\_first\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb69/eb_69_first_en.pdf).
- European Center of Disease Prevention and Control (ECDC). Healthcare Associated Infections in Long Term Care. Disponível em <http://www.hpsc.ie/hpsc>.
- European Commission. Innovation Union. Disponível em <http://ec.europa.eu>.
- European Commission. Seventh Framework Programme. Disponível em <http://cordis.europa.eu>.

European Development Days (EDD). Disponível em <http://eudevdays.eu>.

European Foundation for Quality Management (EFQM). Disponível em <http://www.efqm.org/en/>.

European Policy Health Impact Assessment – A Guide. Disponível em <http://www.apho.org.uk/>.

European Union Network for Patient Safety (EUNetPaS) [online]. Disponível em <http://90plan.ovh.net/~extranetn/>.

Eurostat 2010. Disponível em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

## F

Fassbender, K. (2009). Citizen's participation: the role of citizens in the management of the health care system and its consequences. In *Think Thank Saúde-em-rede*, Lisboa.

Ferrinho, P. & Rêgo, I. (2010). *Análise Especializada sobre Políticas Públicas Saudáveis*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

FIADC – Federação de Instituições de Apoio a Doentes Crónicos. Disponível em <http://fiadc.no.sapo.pt/>.

Fidler, D., & Drager, N. (2009). *Global Health and Foreign Policy: Strategic Opportunities and Challenges*. Background Paper for the Secretary-General's Report on Global Health and Foreign Policy. World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/trade/events/UNGA\\_Background\\_Rep3\\_2.pdf](http://www.who.int/trade/events/UNGA_Background_Rep3_2.pdf).

Fragata, J. *Gestão do Risco Hospitalar*.

Fragata, J., & Martins, L. (2004). *O Erro em Medicina*. Coimbra: Almedina.

Fundação Francisco Manuel dos Santos. *Projecto PORDATA*. Disponível em <http://www.pordata.pt>.

## G

Gaventa, J., & Jones, E. (2002). *Concepts of citizenship: a review*. Development Research Centre on Citizenship, Participation and Accountability (DRC), IDS. Disponível em <http://www.pnet.ids.ac.uk/>;

German Agency for Quality in Medicine. Disponível em <http://www.aeqz.de>.

Global Health Diplomacy Network (GHD.NET). Disponível em [www.ghd-net.org](http://www.ghd-net.org).

Global Health Education Fund. *Global vs. International*. Disponível em <http://globalhealtheducation.org/Pages/GlobalvsInt.aspx>.

Global Health Europe. Disponível em [www.globalhealtheurope.org](http://www.globalhealtheurope.org).

Grupo de Investigação Estatística e Análise de Dados (GUESTA) Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). *Inquérito à Satisfação dos Utentes das Unidades de Cuidados Continuados, 2008*. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/B4587AA-E-9018-4F49-A409-B9B083E8F1A1/0/AvaliacaoUtentesMar2008.pdf>

Guoqing, H., Keqin, R., & Zhenqiu, S. (2006). A preliminary framework to measure public health emergency response capacity. *J Public Health*, 14, 43–7. Disponível em <http://www.springerlink.com/content/>.

## H

Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*, 322(7299), 1413–7. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1120478/>

Harvard Medical School – Portugal Program. Disponível em [www.hmsportugal.org/](http://www.hmsportugal.org/)

Hayes, S., et al. (2010). Collaboration between local health and local government agencies for health improvement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.

Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/>.

Health Consumer Powerhouse. (2010). Disponível em <http://www.healthpowerhouse.com>.

Health Consumer Powerhouse. Disponível em <http://www.healthpowerhouse.com/>;

Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health. *WHO Bulletin* 2011, 89, 68-72. Disponível em (<http://www.who.int/>).

Held, D., & McGrew, A. G., et al. (1999). *Global Transformations: Politics, Economics, and Culture*. Stanford: Stanford University Press.

## I

Inspecção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS). *Relatório do Gabinete do Utente. Inquérito Nacional às Reclamações dos Utentes do SNS, 2009 (Sistema Sim-Cidadão)*. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/35E4BF1A-DA3A-4AA5-AADD-FA9EA1334FFC/0/i005821.pdf>

Instituto de Apoio à Criança. (1998). *Carta da criança hospitalizada. Humanização dos serviços de atendimento à criança, 1998*. Disponível em <http://www.iacrianca.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2010). *Inquérito à Utilização das Tecnologias da Informação e da Comunicação nos Hospitais – 2010*. Disponível em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/F07C6A75-69A3-401A-8291-7A651B58CA08/0/03IUTICHospitais2010.pdf>

Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL). (2003). *Avaliação Qualidade nos Hospitais EPE e SPA*. Disponível em [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Comunicacao\\_Actualidade/Biblioteca\\_Online/com\\_servico\\_utente/Inquerito\\_Satisfacao\\_2003.htm](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Comunicacao_Actualidade/Biblioteca_Online/com_servico_utente/Inquerito_Satisfacao_2003.htm)

Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL). *Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde – 2009*.

International Health Partnership and related initiatives. Disponível em <http://www.internationalhealthpartnership.net/en/home>.

International Labour Organization [ILO], *Introductory Report: Decent Work – Safe Work, 2005*.

International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services [online]. Disponível em <http://www.healthpromotinghospitals.org>.

IPAD. (2006). *Linhas de Orientação para os Programas Indicativos de Cooperação (PIC) 2007-2009*. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/>.

IPAD. *Estratégia Portuguesa de Cooperação Multilateral*. Disponível em <http://www.ipad.mne.gov.pt/>.

## J

Jamison et al. (1998). "International Collective Action in Health". *Lancet*.

Johnson, S., et al. (2008). Recommendations for action on the social determinants of health: a Canadian perspective. *Lancet*, 372, 1690–3.

Joint Commission [online]. Disponível em <http://www.jointcommission.org/>.

## K

Kickbusch, E. (2007). *Health in All Policies*. Disponível em <http://www.ilonakickbusch.com/health-in-all-policies>.

- Kickbusch, I., & Lister, G. (2006). *European Perspectives on Global Health. A Policy Glossary*. Brussels: European Foundation Centre.
- Kickbusch, I., & Silberschmidt, G., & Buss, P. (2007). Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. *WHO Bulletin* 2007 Mar, 85(3), 230-2. Disponível em <http://www.who.int/>.
- Kickbusch, I., et al. (2007). Global health diplomacy: training across disciplines. *WHO Bulletin* 2007 Dec, 85(12), 901-80. Disponível em <http://www.who.int/>.
- King's Fund. Disponível em <http://www.kingsfund.org.uk/>.
- Koplan, J.P., & Bond, T.C., et al. (2009). Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373, 1993-95. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>.
- ## L
- Levantamento de determinações e recomendações em Saúde da União Europeia. (2010). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Linha do Cidadão Idoso. Disponível em <http://www.provedor-jus.pt>
- LINI 2010 – Lisbon Internet and Networks international Research Programme. Disponível em [http://lini-research.org/np4/?newsId=14&fileName=Relatorio\\_UMIC\\_Final.pdf](http://lini-research.org/np4/?newsId=14&fileName=Relatorio_UMIC_Final.pdf)
- Lopes, M., et al. (2010). Cuidados Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro: Alto Comissariado da Saúde.
- ## M
- Machado, M.C., & Santana, P., et al. (2007). Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes. Porto: Ed Bial.
- MacPherson, D.W., & Gushulak, B.D., & MacDonald, L. (2007). Health and foreign policy: influences of migration and population mobility. *WHO Bulletin* 2007 Mar, 85(3), 200-206. Disponível em <http://www.who.int/>.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-63.
- Marmot, M., et al. (2008). Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *Lancet*, 372, 1661-9.
- McCabe, O.L., et al. (2010). Ready, willing, and able: a framework for improving the public health emergency preparedness system. *Disaster Med Public Health Prep.*, 4(2), 161-8 [online]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- McNabb, S.J., et al. (2002). Conceptual framework of public health surveillance and action and its application in health sector reform. *BMC Public Health*, 2,2. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/pdf>.
- Milewa, T., & Calnan, M. (2000). Achieving a balanced partnership in primary care groups: lessons in public involvement from health authorities. *J Royal Soc Med* 2000, 93, 3-5.
- Minister of Public Works and Government Services Canada. (2000). Health Canada Policy Toolkit for Public Involvement in Decision Making – Departmental Policy, Public Involvement Continuum. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/pacrb-dgapcr/pdf/public-consult/2000decision-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/public-consult/2000decision-eng.pdf)
- Ministério da Administração Interna. III Plano Nacional Para a Igualdade – Cidadania e Género (2004-2010). Disponível em [www.mai.gov.pt](http://www.mai.gov.pt).
- Ministério da Educação. (2000). Decreto-Lei nº 259/2000 de 4 de outubro, 1.ª Série, nº 240 de 17 de outubro de 2000, 5784-5786. Regulamenta a Lei nº 120/99 de 11 de Agosto fixando as condições de promoção da saúde sexual e de acesso dos jovens a cuidados de saúde no âmbito da sexualidade e do planeamento familiar.
- Ministério da Educação. Plano Nacional de Leitura, 2006. Disponível em <http://www.planonacionaldeleitura.gov.pt>.
- Ministério da Saúde, Secretaria executiva, Subsecretaria de planeamento e orçamento [PNS-Brasil], Plano Nacional de Saúde – Um Pacto pela Saúde no Brasil. (2007).
- Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei nº 207/1999 de 27 de maio, 1.ª Série, nº 133 de 9 de junho de 1999, 3258-3264. Criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.
- Ministério da Saúde. (2001). Despacho nº 25360/2001 de 16 de novembro, 2.ª Série, nº 286 de 12 de dezembro de 2001, 20597-20598. Acesso aos cuidados de saúde no âmbito do SNS pelos cidadãos estrangeiros residentes legalmente em Portugal.
- Ministério da Saúde. (2004). Despacho nº 12930/2004 de 9 de Junho, 2.ª Série, nº 153 de 1 de julho, 9823. Cria a Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas.
- Ministério da Saúde. (2005). Decreto Regulamentar nº 7/2005 de 22 de julho, 1.ª Série, nº 153 de 10 de agosto de 2005, 4611-4613. Criação do Alto Comissariado da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2005). Decreto-Lei nº 88/2005 de 19 de maio, 1.ª Série, nº 107 de 3 de junho de 2005, 3606. Revoga o DL nº 60/2003, de 1 de Abril (rede de CSP) e repristina o Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio (criação, organização e funcionamento dos centros de saúde).
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 186/2006 de 1 de setembro, 1.ª Série, nº 176 de 12 de setembro de 2006, 6696-6698. Regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado no domínio da saúde.
- Ministério da Saúde. (2006). Despacho nº 12045/2006 de 9 de Maio, 2.ª Série, nº 110 de 7 de junho de 2006, 8250. Aprovação do Programa Nacional de Saúde Escolar e Programa Nacional de Saúde dos Jovens.
- Ministério da Saúde. (2006). Despacho nº 17736/2006 de 18 de julho, 2.ª Série, nº 168 de 31 de agosto de 2006, 17179-17180. Cria a comissão técnica de de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto Regulamentar nº 67/2007 de 22 de fevereiro, 1.ª Série, nº 103, de 29 de maio, 3506-509. Regulamentação da Estrutura Orgânica da Autoridade para os Serviços do Sangue e da Transplantação.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei nº 218/2007 de 16 de abril, 1.ª Série, nº 103 de 29 de Maio, 3500-3502. Aprova a Orgânica do Alto Comissariado da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei nº 269/2007 de 16 de abril, 1.ª Série, nº 143 de 26 de julho de 2007, 4771-4777. Definição da missão, atribuições estrutura do INFARMED I.P.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei nº 270/2007 de 16 de abril, 1.ª Série, nº 143 de 26 de julho de 2007, 4777-4780. Aprova nova estrutura do Instituto Português do Sangue.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei nº 271/2007 de 16 de abril, 1.ª Série, nº 143 de 26 de julho de 2007, 4780-4785. Aprovação da orgânica do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, I.P.
- Ministério da Saúde. (2007). Decreto-lei nº 50-B/2007 de 26 Fevereiro, 1.ª Série, nº 42 de 28 de fevereiro de 2007, 1414(29)-1414(37). Cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, EPE e aprova os respetivos Estatutos.
- Ministério da Saúde. (2007). Proposta da Rede de Urgências, Relatório Final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências.
- Ministério da Saúde. (2008). Decreto-Lei nº 183/2008 de 25 de agosto, 1.ª Sé-

- rie, n.º 171 de 4 de setembro de 2008, 6225-6233. Criação, com natureza de entidades públicas empresárias, as Unidades Locais de Saúde do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda.
- Ministério da Saúde. (2008). Despacho n.º 31292/2008 de 20 de novembro, 2.ª Série, n.º 236 de 5 de dezembro de 2008, 49207-49209. Aprova o documento "Maus tratos em crianças e jovens – Intervenção da saúde".
- Ministério da Saúde. (2008). Despacho n.º 5414/2008 de 28 de janeiro, 2.ª Série, n.º 42 de 28 de fevereiro de 2008, 8083-8084. Rede de Referência Urgência/Emergência.
- Ministério da Saúde. (2008). Portaria n.º 1529/2008 de 16 de dezembro, 1.ª Série, n.º 249 de 26 de dezembro de 2008, 9040-9044. Estabelece os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG).
- Ministério da Saúde. (2008). Portaria n.º 615/2008 de 3 de julho de 2008, 1.ª Série, n.º 133 de 11 de julho de 2008, 4408-4414. Regulamento do Sistema Integrado de Referência e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do SNS (CTH).
- Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 129/2009 de 21 de maio, 1.ª Série, n.º 104 de 29 de maio de 2009, 3389-3390. Regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.
- Ministério da Saúde. (2009). Decreto-Lei n.º 318/2009 de 21 de outubro, 1.ª Série, n.º 212 de 2 de novembro de 2009, 8310-8317. Criação, com natureza de entidade pública empresarial, a Unidade Local de Saúde de Castelo Branco.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 13793/2009 de 8 de junho, 2.ª Série, n.º 114 de 16 de junho de 2009, 23660. Criação do Conselho para a Qualidade na Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 14223/2009 de 8 de junho, 2.ª Série, n.º 120 de 24 de junho de 2009, 24667-24669. Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 69/2009 de 31 Agosto. Aprovação do "Modelo de Andaluzia" (ACSA) como Modelo Oficial e Nacional de Acreditação das Instituições de Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009). Despacho n.º 9550/2009 de 25 de março, 2.ª Série, n.º 67 de 6 de abril de 2009, 13460. Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) – cheques dentista para 2009.
- Ministério da Saúde. (2010). A Organização Interna e a Governança dos Hospitais. Disponível em <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Ministério da Saúde. (2010). Decreto-Lei n.º 38/2010 de 30 de março, 1.ª Série, n.º 76 de 20 de abril de 2010, 1344-1345. Isenção de taxas moderadoras.
- Ministério da Saúde. (2010). Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, A Organização Interna e a Governança dos Hospitais. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2010). Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde no SNS. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt>.
- Ministério da Saúde. (2011). Decreto-Lei n.º 124/2011 de 12 de dezembro, 1.ª Série, n.º 249 de 29 de dezembro de 2011, 5491-5498. Reforço das atribuições de cada entidade do Ministério da Saúde na área da sua missão nuclear.
- Ministério da Saúde. Relatório anual de acesso ao SNS. 2010. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0598B2FA-90C2-46FA-841D-15C-0C83E6E87/0/RelatorioAnualSNS2010.pdf>
- Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2011). Despacho n.º 381/2011 de 15 de dezembro, 2.ª Série, n.º 5 de 7 de janeiro de 2011, 871-872. Constituição da Comissão Nacional para o Registo de Saúde Electrónico (CRNSE).
- Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2009). Portaria n.º 155/2009 de 2 de fevereiro, 1.ª Série, n.º 28 de 10 de novembro de 2009, 878-881. Criação do Departamento da Qualidade na Saúde e respectiva estrutura, atribuições e competências.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). Hacia la equidad en salud: Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Madrid.
- Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território. Agência Portuguesa do Ambiente. Estratégia Nacional para o Desenvolvimento sustentável – ENDS 2015. Disponível em <http://www.apambiente.pt/>.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. (2010). Despacho n.º 15229/2010 de 30 de setembro, 2.ª Série, n.º 195 de 7 de outubro de 2010, 49665-49666. Estabelece as competências, no âmbito da UMCCI, da equipa de projeto encarregada prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados integrados de saúde mental.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1978). Aviso de 19 de Janeiro de 1978, 1.ª Série, n.º 57 de 9 de março de 1978, 488-493. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Ratificação de 1978.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1997). Decreto-Lei n.º 127/97 de 13 de maio, 1.ª Série, n.º 120 de 24 de maio de 1997, 2572-2573. Aprova a Lei Orgânica da Comissão Interministerial para a Cooperação.
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. Direcção-Geral dos Assuntos Europeus. Portugal na União Europeia (2009). Disponível em [www.mne.gov.pt](http://www.mne.gov.pt).
- Ministério dos Negócios Estrangeiros. Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa. Disponível em [www.mne.gov.pt/](http://www.mne.gov.pt/).
- Ministérios das Finanças e da Administração Interna. (2010). Grandes Opções do Plano 2010-2013. Disponível em <http://www.min-financas.pt/>.
- Ministers of Foreign Affairs of Brazil, France, Indonesia, Norway, Senegal, South Africa, and Thailand. Oslo Ministerial Declaration]. The Lancet April 2007. Disponível em <http://www.thelancet.com/>.
- Ministry of Health. *Chronic Disease Management*. Disponível em <http://www.health.gov.bc.ca/access/cdm.html>
- Ministry of Social Affairs and Health. (2001). Public Health Committee – Finland [MSAH – Finland], On the Health 2015 Public Health Programme.
- Monteiro, M.H., & Vasconcelos da Cunha, A. & Carrasqueiro, S. (2007). Telemedicina – Onde estamos e para onde vamos.... Capítulo 3 – Telemedicina, Teleconsulta, Telediagnóstico, Telecuidados, e Telemonitorização – Alguns casos em Portugal. Associação para a promoção e desenvolvimento da Sociedade de Informação (apdsi) 2007. Disponível em [http://www.apdsi.pt/uploads/news/id177/cap%C3%ADtulo%203\\_parte%208a12\\_telemedicina\\_1049\\_20071211.pdf](http://www.apdsi.pt/uploads/news/id177/cap%C3%ADtulo%203_parte%208a12_telemedicina_1049_20071211.pdf).
- Moore, L., & Kirk, S. A literature review of children's and young people's participation in decisions relating to health care; J Clin Nurs. 2010 Aug, 19(15-16), 2215-25. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20659201>.
- Nações Unidas. Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. Ratificada pela AR, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponível em <http://guidance.nice.org.uk/>.

Nelson, C.D., & Beckjord, E.B., et al. (2008). How Can We Strengthen the Evidence Base in Public Health Preparedness? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2, 247-50. Disponível em <http://www.dmp.org/cgi/content/>.

Norway. (2005). And it's Going to Get Better! National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services.

Norway. Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2010. Norwegian WHO Strategy. Norway as a member of WHO's Executive Board 2010-2013. Norwegian Ministry of Health and Care Services. Disponível em <http://www.regjeringen.no/>.

## O

Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2009). Relatório Primavera – 10/30 anos, Razões para Continuar. Disponível em [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf)

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Glossário. Disponível em <http://www.observaport.org/glossary/2/letterg#term69>.

Oliveira, M. (2010). Trinta anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2001). Citizens as Partners. Information, Consultation and Public Participation in Policy-Making. Disponível em [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2010). Health Care Quality Indicators. Disponível em [http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_37088930\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/34/0,3746,en_2649_37407_37088930_1_1_1_37407,00.html)

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Portugal (2010) DAC Peer Review – Main Findings and Recommendations. Disponível em <http://www.oecd.org/>.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2007). Istanbul Declaration. Disponível em [www.oecd.org/dataoecd/14/46/38883774.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/14/46/38883774.pdf).

Organização Mundial da Saúde. (2008). Cuidados de Saúde Primários Agora Mais do que Nunca.

Organização Mundial da Saúde. (2009). Redução das desigualdades no período de uma geração.

Ottawa Hospital Research Institute. The Commonwealth of Australia. A Healthier Future for All Australians. Final Report of the National Health and Hospitals Reform Commission, 2009. Disponível em <http://www.health.gov.au>

## P

Parlamento Europeu. Comunicado de imprensa. Cuidados de saúde transfronteiriços: PE aprova regras sobre reembolso e autorização. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/>.

Pereira, J & Furtado, C. (2010). Análise Especializada sobre Acesso e Equidade aos Cuidados de Saúde, Lisboa: ACS.

Pita Barros, P., & Machado, S., & Simões, J. (2008). Health systems in transition – Portugal Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.

Plano Estratégico de Cooperação em Saúde CPLP 2009-2012 (PECS-CPLP). Disponível em [http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/08/pecs\\_pt.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/08/pecs_pt.pdf).

Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/2010/01/08/pns2004-2010/>.

Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Levantamento de determinações e recomendações da Organização Mundial da Saúde em Saúde. (2010). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Principais compromissos internacionais, reconhecidos e ratificados pelo Estado Português. (2010). Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

Plataforma Saúde em Diálogo. Disponível em <http://www.plataforma.org.pt/>. Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt>,

Portal de Saúde da União Europeia. A UE no mundo. Saúde mundial. Disponível em <http://ec.europa.eu>.

Portal de Saúde da União Europeia. Tratado de Lisboa. A Europa rumo ao século XXI [online]. Disponível em <http://ec.europa.eu>.

Porter, M., & Teisberg, E. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.

Presidência do Conselho de Ministros. (1999). Decreto-Lei n.º 474-A/99 de 5 de novembro, 1.ª Série, n.º 260 de 8 de novembro de 1999, 7810(2)-7810(8). Aprova a Lei Orgânica do XIV Governo Constitucional.

Presidência do Conselho de Ministros. (2004). Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 3 de junho, 1.ª Série, n.º 147 de 24 de Junho de 2004, 3846-3848. Criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia.

Presidência do Conselho de Ministros. (2005). Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 22 de setembro, 1.ª Série, n.º 196 de 12 de outubro de 2005, 5981-5982. Criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.

Presidência do Conselho de Ministros. (2006). Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2006 de 30 de março, 1.ª Série, n.º 79 de 21 de abril de 2006, 2834-2866. Aprova, no âmbito do PRACE, as orientações gerais e especiais para a reestruturação dos ministérios.

Presidência do Conselho de Ministros. (2007). Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 8 de março, 1.ª Série, n.º 85 de 3 de maio de 2007, 2964(2)-2964(23). Aprova o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII).

Presidência do Conselho de Ministros. (2008). Portaria n.º 655/2008 de 10 de julho, 1.ª Série, n.º 143 de 25 de julho de 2008, 4648-4651. Programa CUIDA-TE

Presidência do Conselho de Ministros. (2009). Resolução do Conselho de Ministros n.º 73/2009 de 16 de julho, 1.ª Série, n.º 165 de 26 de agosto de 2009, 5603-5608 Estratégia Nacional sobre Segurança e Desenvolvimento.

Presidência do Conselho de Ministros. (2010). Resolução de Conselho de Ministros n.º 62/2010 de 5 de agosto, 1.ª Série, n.º 165 de 25 de agosto de 2010, 3696-3698. Coordenação do Conselho Nacional de Promoção do Voluntariado.

Presidência do Conselho de Ministros. (2010). Resolução do Conselho de Ministro n.º 97/2010 de 2 de Dezembro, 1.ª Série, n.º 240 de 14 de dezembro de 2010, 5666-5677. Estratégia Nacional para a Deficiência 2011-2013.

Presidência do Conselho de Ministros. (2010). Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010 de 12 de Agosto, 1.ª Série, n.º 182 de 17 de setembro de 2010, 4097-4116. II Plano para a Integração dos Imigrantes 2010-2013.

Presidência do Conselho de Ministros. Programa do XVII Governo Constitucional (2005-2009). Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/>.

Presidência do Conselho de Ministros. Programa do XVIII Governo Constitucional (2009-2013). Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/>.

Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia. Disponível em <http://www.eu2007.pt/UE/vPT/>.

Programa Conforto. (2004). Disponível em [http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Comunicacao\\_Actualidade/Biblioteca\\_Online/com\\_servico\\_utente/Programa\\_Conforto\\_Hospitais.htm](http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Comunicacao_Actualidade/Biblioteca_Online/com_servico_utente/Programa_Conforto_Hospitais.htm)

Programa Nacional para Doenças Raras (PNDR). (2008).

Provedor da Justiça. (2008). Relatórios Sociais. Edições Provedoria de Justiça – Divisão de documentação. Lisboa.

Public Health Agency of Canada. (2007). Crossing Sectors – Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health. Disponível em <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007>.

## Q

Quigley, R., & Broeder, L., *et al.* (2006). Health Impact Assessment – International Best Practice Principles. International Association for Impact Assessment, 5, 1-4. Disponível em [http://www.hiaconnect.edu.au/files/HIA\\_International\\_Best\\_Practice\\_Principles.pdf](http://www.hiaconnect.edu.au/files/HIA_International_Best_Practice_Principles.pdf). Consultado em Dezembro 2010.

## R

Ramos, V., & Gonçalves, C. (2010). Análise Especializada: Cidadania e Saúde. Alto Comissariado da Saúde.

Ransom, M.N., & Goodman, R.A., & Moulton, A.D. (2008). Addressing Gaps in Health Care Sector Legal Preparedness for Public Health Emergencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 2, 50-6. Disponível em <http://www.dmp.org/cgi/content/>.

Rechel, B. *et al.* (2010). Even though times: investing in hospitals of the future. *Euro Observer: the Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 2,1.

Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Disponível em <http://www.redecidades-saudaveis.com/>.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2010 – 2011. Proposta da Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Missão dos Cuidados de Saúde Primários, Ministério da Saúde. (2010). Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt>.

Risco Projectistas e Consultores de Design SA. Programa Conforto. (2004). Disponível em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>.

Robert Koch Institute – Federal Statistical Office, Federal Health Reporting [RKI-FSO], *Health in Germany*, 2008.

Roland, M., & Baker, R. (1999). *Clinical governance: a practical guide for primary care teams*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre, 1999 in OPSS. Disponível em <http://www.observa-port.org/glossary>.

## S

Sakellarides, C. (2009). "Gestão do Conhecimento, Inovação e Governação Clínica" in Campos L, Borges M, Portugal R (Editores), *Governação dos Hospitais*, Lisboa: Casa das Letras.

Santana, P. (2009). Os Ganhos em Saúde e no Acesso aos Serviços de Saúde. Avaliação das últimas três décadas. In Simões J (Coord). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.

Santos, A., & Dias, C., & Gonçalves, C., & Sakellarides, C. *Estratégias Locais de Saúde*. Alto Comissariado da Saúde. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>.

Saturno, P. (2010). Imperatori E, Corbella A (eds): *Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria. Experiencias en el marco de la Cooperación Ibérica*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1990. (in Campos 2010).

Scotland. *Health Improvement Planning in Scotland: An analysis of Joint Health Improvement Plans and Regeneration Outcome Agreements*. Disponível em <http://www.healthscotland.com/topics/settings/local-government/SOA.aspx>.

Secretaria de Estado da Igualdade. *IV Plano Nacional para a Igualdade, Género, Cidadania e Não Discriminação 2011-2013*. Disponível em <http://www.igualdade.gov.pt/>.

Sihto, M., & Ollila, E., & Koivusalo, M. *Principles and challenges of Health in All Policies, 2006* in Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K (Eds). *Health in All Policies: Prospects and potentials*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

Disponível em <http://www.euro.who.int/>.

Simões, J., & Pita Barros, P., & Pereira, J. (2008). *A sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde*.

SOFID. Disponível em <http://www.sofid.pt/>.

Som CV. *Clinical governance: a fresh look at its definition*. *Clin Govern: An International J* 2004. 9, 87-90.

Svensson, P.G. (1988). *The 2nd International Conference on Health Promotion: Healthy Public Policy*. Adelaide, Australia.

## T

The European Health report 2009: health and health systems; WHO Library Cataloguing in Publication Data. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/82386/E93103.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf)

Tratado de Lisboa que altera o Tratado da União Europeia e o Tratado que institui a Comunidade Europeia, assinado em Lisboa em 13 de Dezembro de 2007. *Jornal Oficial da União Europeia*, Dezembro de 2007. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu>.

## U

Ulrich, R.S. (2001). *Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes*, International Conference on Health and Design.

União Europeia, 2007. *Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)*.

União Europeia. (2010). *O papel da UE na área da saúde mundial*. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>.

União Europeia. *Portal de Saúde da União Europeia. A UE no mundo. Saúde mundial*. Disponível em <http://ec.europa.eu/health/>.

União Europeia. *Versão Consolidada do Tratado Sobre o Funcionamento da União Europeia*. *Jornal Oficial da União Europeia*, 2008. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/>.

Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008 Portugal, Ministério da Saúde. *Agrupamento de Centros de Saúde, Unidade de Saúde Pública*, Lisboa. Disponível em [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_97/ACES%20-%20USP.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_97/ACES%20-%20USP.pdf).

United Kingdom. *Care Quality Commission, Focused on Better Care. Annual report and accounts 2009/10*, London. Disponível em [http://archive.cqc.org.uk/\\_db/\\_documents/CQC\\_Annual\\_Report\\_2009-10\\_WEB.pdf](http://archive.cqc.org.uk/_db/_documents/CQC_Annual_Report_2009-10_WEB.pdf)

United Kingdom. *Department of Health, Integrated Governance Handbook, 2006*. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/health/search/?searchTerms=Integrated+Governance+Handbook%2C+2006>.

- United Kingdom. Department of Health. Corporate Strategic Governance Framework Manual for Strategic Health Authorities. 2003. Disponível em [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4092889](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4092889).
- United Kingdom. Health is Global. A UK Government Strategy 2008-2013. Annex 1: Action Plan. Department of Health, 2008. Disponível em <http://www.dh.gov.uk/>.
- United Kingdom. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponível em <http://www.nice.org.uk/>.
- United Kingdom. National Patient Safety Agency. Disponível em <http://www.npsa.nhs.uk/>.
- United Kingdom. NHS in East Sussex Reducing Health Inequalities in East Sussex – Annual Report 2010/11. Disponível em <http://www.esdw.nhs.uk/about-us/strategic-documents/director-of-public-health-annual-reports/>
- United Kingdom. The Health Protection Agency. Disponível em <http://www.hpa.org.uk/>.
- United Kingdom. The new NHS: modern, dependable, Department of Health, 1997. Disponível em [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4008869](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008869)
- United Nations General Assembly. Global health and foreign policy. December 2010. Disponível em <http://www.globalmentalhealth.org/>.
- United Nations Organizations [UNO]. The right to the highest attainable standard of health, 2000.
- United Nations. Millennium Development Goals. Disponível em <http://www.un.org/millenniumgoals/>.
- United Nations. UNHCR. Convention and Protocol relating to the Status of Refugees. Disponível em <http://www.unhcr.org/>.
- United States of America. (2000). Center for Disease Control. Center for the Advancement of Community Based Public Health. An evaluation framework for community health programs. Disponível em <http://www.cdc.gov/eval/evalcbph.pdf>.
- V**
- Velasco-Garrido, M., & Busse, R., & Hisashige, A. (2003). Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P.A. (2009). O Estado da Saúde em Portugal. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 2009
- Villaverde Cabral, M., & Silva, P.A. (2009). Os Portugueses e o SNS hoje. Acesso, Avaliação e Atitudes da População Portuguesa Perante a Saúde e o Sistema Nacional de Saúde. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- W**
- Wakefield, M.A., & Loken, B., & Hornik, R.C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*. 376(9748), 1261-71.
- Wise, M., & Nutbeam, D. (2007). Enabling Health Systems Transformation: What progress has been made in re-orienting health services? *Promotion and Education*. Suppl 2, 23-7.
- Woodward, D., & Drager, N., & Beaglehole, R., et al. (2001). Globalization and health: a framework for analysis and action. *WHO Bulletin* 2001, 79(9). Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care WHO. Disponível em <http://www.who.int/gpsc/background/en/index.html>.
- World Health Organization. (1988). Extracts from the Second International Conference on Health Promotion in Adelaide, Australia.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Geneva.
- World Health Organization. (2000). The Fifth Global Conference on Health Promotion. Health Promotion: Bridging the Equity Gap. Mexico City. Disponível on line WHO, Primary health care – now more than ever, 2008.
- World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework. Contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing. WHO/NMH/NPH/02.8. Madrid.
- World Health Organization. (2005). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World.
- World Health Organization. (2006). Ninth futures forum on health systems governance and public participation.
- World Health Organization. (2007). Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO framework for action. Disponível em [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- World Health Organization. (2007). Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Disponível em [http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- World Health Organization. (2007). Health is a foreign policy concern. Interview to the Norwegian Minister of Foreign Affairs, Jonas Gahr Store. *WHO Bulletin* 2007 Mar, 85(3), 167-8. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/3/07-100307.pdf>.
- World Health Organization. (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).
- World Health Organization. (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/88613/E91438.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf).
- World Health Organization. (2009). Enhancing capacity-building in global public health, Resolution 60/35 of the World Health Organization General Assembly, Disponível em <http://daccess-dds-ny.un.org/>.
- World Health Organization. (2009). Global Health and Foreign Policy, Resolution 63/33 of the World Health Organization General Assembly. Disponível em <http://www.who.int/trade/events/>.
- World Health Organization. (2010). Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards shared governance for health and well-being. Adelaide.
- World Health Organization. (2010). The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva. Disponível em [http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf).
- World Health Organization. (2010). The World Health Report. Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva.
- World Health Organization. Euro. (2001). Evaluation in health promotion: principles and practices. WHO Regional Publications, European Series, 92.
- World Health Organization. Euro. (2009). Health in times of global economic crisis: implications.
- World Health Organization. Euro. (2010). Equity, social determinants and public health programmes.
- World Health Organization. Euro. (2010). Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt>



- World Health Organization. Euro. (2010). Portugal Health System Performance Assessment. Geneve. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files2011/07/PortugalHSAP.pdf>
- World Health Organization. Euro. European Centre for Health Policy. (1999). Gothenburg Consensus Paper. Health impact assessment: main concepts and suggested approach. Brussels.
- World Health Organization. Euro. Healthy Cities Network. Disponível em <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environmental-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>.
- World Health Organization. Foreign Policy and Global Health. Disponível em <http://www.who.int/trade/Foreignpolicyandhealth/en/index.html>.
- World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Disponível em <http://www.who.int/fctc/en/>.
- World Health Organization. Global Health Diplomacy. Disponível em <http://www.who.int/trade/diplomacy/en/>.
- World Health Organization. Glossary of globalization, trade and health terms. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int).
- World Health Organization. International Health Regulations. Disponível em <http://www.who.int/ihr/en/>.
- World Health Organization. The European Health report 2009: health and health systems. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/82386/E93103.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf)
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Clean Care is Safer Care WHO. Disponível em <http://www.who.int/gpsc/background/en/index.html>.
- Wright, J., & Williams, R., & Wilkinson, J.R. (1998). Development and importance of health needs assessment. *BMJ*. 316 (7140), 1310-3.

X

Y

- Yong, P.L., & Olsen, L., & McGinnis, J.M. (2009). Value in Health Care. Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation – Workshop Summary. Washington, D.C.: Institute of Medicine, The National Academies Press.
- Yorkshire and Humber Health Intelligence - Public Health Observatory. Disponível em <http://www.yhpho.org.uk/>.

Z





## PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016

### VERSÃO COMPLETA

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 apresenta-se sob vários formatos: i) **versão completa** (disponível online e digital, [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)); ii) **versão resumo** (disponível online, publicada e digital); iii) **sumário executivo** (disponível online, publicada e digital); iv) **brochura PNS** (disponível online, e publicada).

A **versão Completa** é de especial utilidade para os que pretendem um conhecimento detalhado do PNS. Para cada Eixo Estratégico e para cada Objectivo do Sistema de Saúde apresenta-se o Conceito; Enquadramento; Orientações e Evidência; e Visão para 2016.

A versão Resumo é de especial utilidade para decisores e administradores das instituições e organizações prestadoras de serviços de saúde, bem como profissionais de saúde, organizações não governamentais e académicas. Apresenta os principais conteúdos do PNS, respeitando a estrutura base de cada capítulo: Conceitos; Orientações e Evidências; Visão para 2016.

O Sumário Executivo consiste num sumário da versão completa, destina-se a profissionais de saúde e a todos aqueles que pretendem alguma informação sobre o PNS 2012-2016.

A brochura PNS permite uma informação rápida sobre a estrutura do PNS 2012-2016, os Eixos Estratégicos e Objectivos para o Sistema de Saúde, bem como as principais estratégias de reforço dos mesmos. Inclui Cd com todos os formatos do PNS.