PLANO NACIONAL DE SAÚDE
2012-2016

VERSÃO RESUMO

Plano Nacional de Saúde 2012–2016
DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde
GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE SAÚDE
2012-2016

VERSÃO RESUMO

Plano Nacional de Saúde 2012–2016

DGS desde 1899 Direção-Geral da Saúde

GOVERNO DE PORTUGAL | MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016: Versão Resumo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.
ISBN: 978-972-675-203-5
Depósito Legal: 372002/14

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
Direção-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
http://www.dgs.pt

Design
Syntaxe.com.pt

Impressão
Ediliber

Tiragem
2.500 exemplares
Lisboa, Dezembro de 2013

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2012-2016

VERSÃO RESUMO

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA vii

CONTRIBUTOS RECEBIDOS xi

SIGLAS E ACRÓNIMOS xvii

PREFÁCIO DO MINISTRO DA SAÚDE xxi

MENSAGEM DO DIRETOR-GERAL DA SAÚDE xxiii

1.ENQUADRAMENTO DO PLANO NACIONAL DA SAÚDE 1

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

2.PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL 7

2.1.Estado de Saúde da População **7**
2.1.1.Determinantes de saúde **7**
2.1.2.Estado de saúde **9**
2.2.Organização de Recursos, Prestação de Cuidados e Financiamento **11**
2.2.1.Estrutura **11**
2.2.2.Financiamento e despesa **11**

3.EIXOS ESTRATÉGICOS 13

3.1.Cidadania em Saúde **13**
3.1.1.Conceitos **13**
3.1.2.Orientações e evidência **14**
3.1.3.Visão para 2016 **15**
3.2.Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde **16**
3.2.1.Conceitos **16**
3.2.2.Orientações e evidência **17**
3.2.3.Visão para 2016 **18**
3.3.Qualidade em Saúde **20**
3.3.1.Conceitos **20**
3.3.2.Orientações e evidência **21**
3.3.3.Visão para 2016 **22**
3.4.Políticas Saudáveis **24**
3.4.1.Conceitos **24**
3.4.2.Orientações e evidência **26**
3.4.3.Visão para 2016 **27**

4.OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE 29

4.1.Obter Ganhos em Saúde 29
4.1.1.Conceitos **29**
4.1.2.Orientações e evidência **31**
4.1.3.Visão para 2016 **32**
4.2.Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida **33**
4.2.1.Conceitos **33**
4.2.2.Orientações e evidência **35**
4.2.3.Visão para 2016 **36**
4.3.Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença **37**
4.3.1.Conceitos **37**
4.3.2.Orientações e evidência **39**
4.3.3.Visão para 2016 **40**
4.4.Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global **41**
4.4.1.Conceitos **41**
4.4.2.Orientações e evidência **42**
4.4.3.Visão para 2016 **43**

5.INDICADORES E METAS EM SAÚDE 45

5.1.Conceitos **45**
5.2.Indicadores do PNS 2012-2016 **48**
5.2.1.Indicadores previstos **48**
5.2.2.Indicadores a Desenvolver **51**

6.BIBLIOGRAFIA GERAL 53

7.ANEXOS: OPORTUNIDADES E AMEAÇAS 67

Anexo 1 - Oportunidades e Ameaças **67**

ÍNDICE DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1 – Avaliação do PNS 2004-2010 pela OMS **2**
Quadro 2 – Valores e princípios do PNS 2012-2016 **3**
Quadro 3 – Dimensões do Modelo Conceptual **3**
Quadro 4 – Políticas transversais e prestação de cuidados de saúde para concretização estratégica do PNS **5**
Quadro 5 – Desigualdades em saúde **17**
Quadro 6 – O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas **17**
Quadro 7 – A promoção da qualidade em Saúde envolve **20**
Quadro 8 – Etapas do Ciclo de Vida **34**

Figura 1 – Definição de Saúde **4**
Figura 2 – Eixos estratégicos do PNS **4**
Figura 3 – Heatlh Canada´s Public Involvement Continuum, departmental Policy, 2000 **13**
Figura 4 – Necessidades de saúde, procura e oferta de serviços **17**
Figura 5 – Modelo dos Determinantes de Saúde **25**
Figura 6 - Processo de estabelecimento de metas (ilustração) **30**
Figura 7 – Articulação entre os diferentes níveis de planeamento para obtenção de Ganhos Potenciais em Saúde. **30**
Figura 8 – Processo de identificação de intervenções prioritárias **31**
Figura 9 – Perda do Capital de Saúde ao Longo do Percurso Individual **34**

Tabela 1 – Grupos de indicadores de saúde e respetivas áreas **46**
Tabela 2 – Lista de indicadores de Ganhos em Saúde e respetivos valores em Portugal Continental **48**
Tabela 3 – Lista de indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental **49**
Tabela 4 - Lista de indicadores de Ganhos em Saúde a desenvolver **51**
Tabela 5 – Lista de indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde a desenvolver **52**

FICHA TÉCNICA

Coordenadores do PNS 2012-2016

Francisco George (2011/atualmente)
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 2012)
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 Infeção 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

Direcção-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 Toxicodepen-dência – 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 Vandevelde, Daniel Pinto, Bruno Heleno, Pascale Charondière, 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

Politicas 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: Vítor 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 2010 a junho 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 Vitima / 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

Associação Portuguesa de Segurança Infantil (APSI) / Sandra Nascimento

Associação Vida / Teresa Almeida Pinto

Autoridade Nacional de Proteção Civil – Unidade de Planeamento / Carlos Mendes

Autoridade para as Condições Trabalho - Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst Seg Social, IP / Mariana Neto

Autoridade para as Condições Trabalho - Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst Seg Social, IP/Alice Rodrigues

Autoridade para as Condições Trabalho - Cent Nac Proteção contra Riscos Profissionais – Inst de Seg Social, IP / José Fortes

Autoridade para o Serviço Sangue e Transplantação / João Rodrigues Pena

Bureau Veritas / Ana Pereira

Câmara Municipal de Baião / José Pereira Carneiro

Câmara Municipal de Batalha / António Lucas

Câmara Municipal de Boticas / Teresa Queiroga

Câmara Municipal de Évora / Maria Luísa Policarpo

Câmara Municipal de Odivelas / Paula Ganchinho

Câmara Municipal de Oliveira de Azeméis / Gracinda Leal

Câmara Municipal de Palmela / Adílio Costa

Câmara Municipal de Seixal / Corália Loureiro

Câmara Municipal de Silves / Rute Santos

Câmara Municipal de Torres Vedras / Carlos Manuel Soares Miguel

Centro Tecnológico das Instalações e dos Equipamentos da Saúde / Fernando Silva

CH de Coimbra, EPE / Luís dos Reis

CH de Entre Douro e Vouga, EPE / Lúcia Leite

CH de Póvoa de Varzim - Vila do Conde / Clarisse Maio Milhazes

CH de Setúbal, EPE / Miguel Quaresma Oliveira

CH de Tâmega Sousa, EPE / Alexandrina Lino

CH do Barreiro - Montijo, EPE / Márcio Pires

Colégio Especialidade Oncologia Médica - Ordem dos Médicos / Jorge Espírito Santo

Comissão de Coordenação Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo / Paula Santana

Comissão de Ética - ARS Norte, IP / Maria Irene Magalhães

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género / Isabel Elias

Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género / Sara Falcão Casaca

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 Hespanhol

CS de Torres Vedras / Luís Cruz

Direção Regional de Saúde dos Açores / Sofia Duarte

Direção-Geral da Saúde / Carlos Silva Santos

Direção-Geral da Saúde / Maria Goreti Silva

Direção-Geral Saúde / João Manuel Vintém

Direção-Geral Saúde / João Miguel Gomes

Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional – Direção-Geral da Saúde / Leonor Batalha

Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional - Direção-Geral Saúde / Paulo Diegues

Entidade Reguladora da Saúde / César Carneiro

Entidade Reguladora da Saúde / Jorge Simões

EPI - Associação Portuguesa de Familiares, Amigos e Pessoas com Epilepsia / Nelson Rução

Escola de Ciências da Saúde - Universidade do Minho / Mário Freitas

Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova Lisboa / Teodoro Briz

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade Nova Lisboa / António Sousa Uva

Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Universidade de Évora / Manuel José Lopes

Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico de Portalegre / Raul Cordeiro

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal / Dulmira Pombo

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal / Fernanda Pestana

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal / Ondina Rabaça

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / Ângela Barroso

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / João Louro

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / Maria João Belo

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / Maria Manuela Antunes

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / Marisa Biscaia

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Setúbal / Ondina Esperança

Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico Viana do Castelo / Mara Rocha

Escola Superior de Saúde - Universidade do Algarve / Ana Freitas

Escola Superior de Saúde- Instituto Politécnico de Setúbal / Clara Soares

Escola Superior de Tecnologias Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa / Aida Sousa

Escola Superior de Tecnologias Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa / Alunos 3º ano Licenciatura Saúde Ambiental

Escola Superior de Tecnologias Saúde - Instituto Politécnico de Lisboa / Manuel Correia

Escola Superior Desporto Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém / Rita Rocha

Escola Superior e3 Enfermagem / Pedro Miguel Parreira

Faculdade Ciências da Saúde – Universidade Fernando Pessoa / José Frias Bulhosa

Faculdade Medicina Dentária - Universidade Lisboa / Mário Bernardo

Faculdade Medicina Dentária - Universidade Lisboa / Paula Marques

Fundação Portuguesa Comum Contra a Sida / Filomena Frazão Aguiar

Fundação Portuguesa do Pulmão

Fundação Portuguesa do Pulmão / Artur Teles de Araújo

Gabinete do Secretário de Estado da Saúde - Ministério da Saúde / Natércia Miranda

Gabinete Saúde - Câmara Municipal Loures

GER - Grupo Estudos de Retina - Sociedade Portuguesa Oftalmologia / José Henriques

Gilead Sciences / Humberto Martins

Grupo de Estudo Desnutrição - Associação Portuguesa Nutrição Entérica e Parentérica / Teresa Amaral

Grupo de Intervenção e Reabilitação Ativa / Sofia Couto

Health Cluster Portugal / Luís Portela

Hospital Arcebispo João Crisóstomo / Áurea Andrade

Hospital Arcebispo João Crisóstomo / Maria Luz Reis

Hospital Central do Funchal - CH Funchal, EPE / Herberto Jesus

Hospital D. Estefânia - CH Lisboa Central / Maria do Carmo Vale

Hospital de São Bernardo - CH Setúbal, EPE / Ana Luísa

Hospital de São João, EPE / José Fonseca

Hospital Distrital de Pombal / Maria Helena Porfírio

Hospital Distrital de Santarém, EPE / Ana Grais

Hospital Dona Estefânia - CH Lisboa Central, EPE / Maria do Carmo Vale

Hospital dos Lusíadas / Etelvina Ferreira

Hospital Geral de Santo António - CH Porto / Ernestina Aires

Hospital Narciso Ferreira - Santa Casa Misericórdia Riba de Ave / Salazar Coimbra

Hospital Ortopédico de Sant´Ana / Maria Conceição Moreira

Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) / Maria Edite Correia

Instituto Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP - RAM / Rita Vares

Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP / Cristina Ribeiro

Instituto de Medicina Preventiva - Faculdade Medicina Lisboa / Leonor Bacelar Nicolau

Instituto de Patologia e Imunologia Molecular (IPATIMUP) / Manuel Sobrinho Simões

Instituto de Segurança Social, IP / Joana Vallera

Instituto Droga e Toxicodependência, IP / João Meira

Instituto Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa / Luís Lapão

Instituto Nacional de Estatística / Eduarda Góis

Instituto Nacional de Reabilitação, IP / Alexandra Pimenta

Instituto Nacional de Reabilitação, IP / Deolinda Picado

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge / Pedro Coutinho

Instituto Piaget

Instituto Português de Sangue, IP / António Uva

Instituto Português do Ritmo Cardíaco / Daniel Bonhorst

Instituto Superior de Línguas Aplicadas – CIES – ISCTE / Rita Espanha

Instituto Superior Dom Afonso III / Ventura de Mello Sampayo

José de Mello Saúde / José Carlos Lopes Martins

Laço - Associação de Voluntariado / Lynne Archibald

Liga de Profilaxia e Ajuda Comunitária / Manuel Marques

Liga Portuguesa Contra a Epilepsia / Francisco Sales

Liga Portuguesa Contra a SIDA / Maria Eugénia Saraiva

Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) / Carlos Freire de Oliveira

Maternidade Alfredo da Costa / Fátima Xarepe

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior / Maria dos Anjos Macedo

Ministério da Cultura – GPEARI / Manuela Viana

Ministério da Economia Inovação e do Desenvolvimento - Direção Geral Consumidor / Paula Santos

Ministério da Educação - DGIDC / Isabel Baptista

Ministério da Justiça / Maria João Gonçalves

Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território / Catarina Venâncio

Ministério do Estado e das Finanças / Paulo Alexandre Ferreira

Ministério do Trabalho Solidariedade Social / Raquel Pereira

Ministério dos Negócios Estrangeiros / António Quinteiro Nobre

Missão dos Cuidados Saúde Primários

Observatório Nacional de Recursos Humanos / João D´Orey

OMS - Europa /Casimiro Dias

Ordem dos Enfermeiros / Isabel Oliveira

Ordem dos Enfermeiros / Isabel Silva

Ordem dos Enfermeiros / Maria Augusta de Sousa

Ordem dos Enfermeiros / António Marques

Ordem dos Farmacêuticos / Ana Paula Martins

Ordem dos Farmacêuticos / Carlos Barbosa

Ordem dos Farmacêuticos / Lígia Reis

Ordem dos Médicos / Miguel Galaghar

Ordem dos Médicos Dentistas / Paulo Melo

Ordem dos Psicólogos Portugueses / Telmo Baptista

Organismo de Verificação Metrológica / José Freire

Plataforma Saúde em Diálogo

Programa Nacional da Visão / Castanheira Diniz

Programa Nacional de Controlo Asma / António Bugalho de Almeida

Programa Nacional de Prevenção Controlo Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica / António Segorbe Luís

Programa Nacional de Saúde Ocupacional / Carlos Santos

Programa Nacional de Saúde Ocupacional / Eva Rasteiro

Programa Nacional Reumatologia / Jaime Branco

Rede Portuguesa Cidades Saudáveis / Mirieme Ferreira

Santa Casa Misericórdia de Lisboa / Ana Campos Reis

Santa Casa Misericórdia de Vila Verde / Luís Barreira

Secretaria-Geral Saúde / Angelina Campos

SERES – VIH/SIDA / Isabel Nunes

Serviço de Gastroenterologia e Hepatologia do Hospital Santa Maria - CH Lisboa Norte, EPE / Rui Tato Marinho

Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde / Almerindo Rego

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	Torcato 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
CH_4 – 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
CO_2 – 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 – Direcção-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)

FCG – 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 Mulilateral 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 CO2eq – 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 – Word 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 macroinstrumentos de Planeamento em Saúde. A exigência colocada pelo PNS 2012-2016, 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, de sustentabilidade económica e ambiental e de globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem e refundem os seus objetivos e o objeto do seu contrato social.

O PNS 2012-2016 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 sectores 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 caráter estratégico. Não são todas as ações necessárias, nem todas as ações prioritárias. São as ações que, de caráter 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 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

1.1. NOTA INTRODUTÓRIA

1. O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um conjunto de orientações, recomendações e ações concretas, de caráter estratégico, destinadas a capacitar e promover o *empowerment* do Sistema de Saúde para cumprir o seu potencial. Considera-se que a capacidade de manter e promover o potencial de saúde está sob a responsabilidade do cidadão, das famílias, das comunidades, das organizações da sociedade civil e do sector privado e social, assim como do nível de planeamento estratégico nacional. 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.

2. O processo de elaboração do PNS englobou uma participação ampla dos agentes da saúde e de outras áreas do domínio da administração pública, incluindo peritos nacionais e internacionais, constituindo um capital de envolvimento e de conhecimento excecional. O PNS beneficiou de um consenso alargado quanto à sua missão e visão, amplamente discutidas no III Fórum Nacional de Saúde que decorreu em março de 2010.

Objetivos do Plano Nacional de Saúde

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

- *Na qualidade de agente do Sistema de Saúde, como posso contribuir para maximizar ganhos em saúde?*
- *Como Sistema de Saúde, para que objetivos devemos convergir?*
- *Quais as políticas transversais que apoiam a missão de todos na concretização dos Objetivos para o Sistema de Saúde, incluindo a prestação de cuidados de saúde?*
- *Qual o suporte operacional para concretizar o* PNS*?*

4. O PNS estabelece também uma lógica para a identificação de ganhos em saúde, definição de metas e de indicadores, bem como um enquadramento para programas prioritários de saúde, de âmbito nacional, regionais e sectoriais, facilitando a integração e articulação de esforços e a criação de sinergias.

1.2 VISÃO DO PNS

Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os sectores 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;

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.

1.3. MISSÃO DO PNS

1. O Plano Nacional de Saúde 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.

1.4. PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PNS

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

2. Este PNS está na continuidade do PNS 2004-2010, documento de orientação estratégica, política, técnica e financeira do Sistema de Saúde.

3. Avaliação do PNS 2004-2010 e do desempenho do Sistema de Saúde pela OMS (WHO – Euro, 2010), realizada em 2009 e 2010, cujos resultados são apresentados sinteticamente no Quadro 1.

Quadro 1 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 e nos resultados em saúde;
- ✓ Método para atribuição de ganhos.

4. 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 prioridades, ações, indicadores, e metas; ii) com foco na avaliação do impacto da saúde; iii) considerando as ameaças à sustentabilidade; iv) suportando o alcance de ganhos em saúde através de objetivos intermédios de melhoria dos indicadores de mortalidade, morbilidade, incapacidade e autoperceção do estado de saúde.

5. Análises especializadas sectoriais – Foram realizadas vinte análises especializadas de suporte à elaboração do PNS, desenvolvidas por peritos nacionais com consultoria internacional e discutidas publicamente.

6. Envolvimento e consulta pública – Foram dinamizados diferentes grupos de trabalho, instrumentos facilitadores de participação ativa (*microsite* do PNS, redes sociais, Boletim "Pensar saúde", *Newsletter*, Fóruns nacionais e regionais, entre outros), audição de pontos focais de diferentes Ministérios, Ordens Profissionais e outros organismos, bem como criado um Conselho Consultivo.

1.5. VALORES E PRINCÍPIOS DO PNS

1. O PNS assume os mesmos valores fundamentais dos sistemas de saúde europeus (Quadro 2) (Conselho UE, 2006).

2. Dos princípios do PNS realçam-se:
   - *A transparência e a responsabilização, que permitam a confiança e valorização dos agentes;*
   - *O envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde;*
   - *A redução das iniquidades em saúde, como base para a promoção da equidade e justiça social;*
   - *A integração e continuidade dos cuidados;*
   - *A sustentabilidade, de forma a preservar estes valores para o futuro.*

3. O PNS responde a estes valores e princípios:
   - *Promovendo-os no seu próprio processo de construção;*
   - *Propondo orientações, indicadores, ações e recomendações no sentido da sua concretização;*
   - *Constituindo referenciais para a responsabilização e avaliação da forma como o Sistema de Saúde promove os valores e os princípios enunciados.*

Quadro 2 Valores e princípios do PNS 2012-2016

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.

Quadro 3 Dimensões do Modelo Conceptual

Intrínseca

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

Extrínseca

- ✓ Eixos Estratégicos;
- ✓ Objetivos para o Sistema de Saúde;
- ✓ Políticas Transversais;
- ✓ Processos e Instrumentos de Operacionalização

1.6. MODELO CONCEPTUAL E ESTRUTURA

1. Para cumprir a visão e a missão, o PNS assume duas dimensões: Intrínseca e extrínseca (Quadro 3).

2. Alinhamento estratégico – Procura garantir que os agentes assumam direções comuns para a concretização de objetivos com maior valor em saúde.

3. Integração estratégica – Procura garantir o melhor desempenho e adequação de cuidados que maximizem a utilização de recursos, a qualidade, a equidade e o acesso.

4. 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 sector público, privado e social; entre a resposta compreensiva e a resposta especializada às necessidades de saúde.

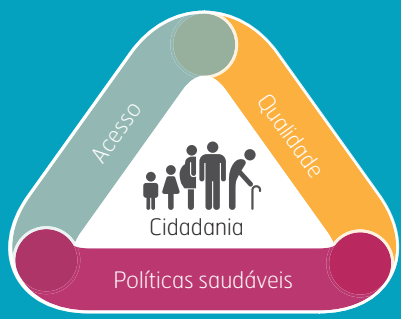
5. Esforços sustentados – A definição de Saúde é útil como horizonte para a priorização de ações. Nesta perspetiva, todas as sociedades determinam que recursos e que investimento atribuem ao Sistema de Saúde (Figura 1).

6. O investimento de recursos sociais no Sistema de Saúde é realizado em concorrência com os outros sistemas sociais.

Figura 1 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).

Figura 2 Eixos estratégicos do PNS



Esta concorrência reduz-se com a capacidade dos sectores integrarem esforços e recursos com ganhos para todos.

7. 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.

8. O PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja do melhor desempenho.

9. 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: Conceitos; Enquadramento; Orientações e Evidência; Visão para 2016; complementado com Referências Bibliográficas.

10. Eixos Estratégicos - São perspetivas 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 perspetiva 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.

11. São considerados quatro Eixos Estratégicos (Figura 2):
- ***Cidadania em Saúde;***
- ***Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde;***
- ***Qualidade em Saúde;***
- ***Políticas Saudáveis.***

12. Objetivos para o Sistema de Saúde – 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, dispondo 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.*

13. O PNS explicita e enquadra quatro Objetivos para o Sistema de Saúde (OSS):
- **OSS 1 – Obter Ganhos em Saúde** – O desenvolvimento do Sistema de Saúde deve refletir-se na obtenção de ganhos mensuráveis em saúde das populações e subgrupos, através da identificação de prioridades e alocação de recursos aos vários níveis, considerando as intervenções custo-efetivas com maior impacto.
- **OSS 2 – Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida** – Fomentar contextos saudáveis ao longo do ciclo de vida implica a promoção, proteção e manutenção da saúde; a 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. Permite sobrepor visões de articulação e de integração de esforços entre contextos.

- **OSS 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 e a sustentabilidade do próprio Sistema.
- **OSS 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 deve partilhar a inovação, articular-se internacionalmente, contribuir para o reforço e o desenvolvimento solidário de outros sistemas e incorporar os avanços internacionais.

14. Políticas Transversais, Processos e Instrumentos de Operacionalização – (Quadro 4) são orientações para o Sistema de Saúde (níveis de cuidados, processos, instrumentos e mecanismos) desenvolver a capacidade de concretização das estratégias do PNS. Propõem orientações relativas ao planeamento, operacionalização, participação e influência, monitorização e avaliação do PNS e dos processos de tomada de decisão associados.

Quadro 4 Políticas transversais e prestação de cuidados de saúde para concretização estratégica do PNS

- ✓ Governação
- ✓ Participação e Influência
- ✓ Monitorização
- ✓ Avaliação
- ✓ Cuidados de saúde
  - ✓ Saúde pública
  - ✓ Cuidados Primários
  - ✓ Cuidados 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 do Sistema de Saúde

2. PERFIL DE SAÚDE EM PORTUGAL

Pretende-se caracterizar o estado de saúde da população portuguesa[1], fazendo sobressair 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 (UE). 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.

2.1. ESTADO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO

2.1.1. DETERMINANTES DE SAÚDE

1. 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.

2. 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.

3. 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%.

4. Em 2006, 15,2% da população residente adulta (18 e mais anos) em Portugal era obesa[2]. 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%.

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

6. 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. Em 2009 a taxa de

[1] Os valores apresentados ao longo do capítulo dizem respeito a Portugal Continental, exceto se tais valores não estiverem disponíveis. Nesses casos apresentam-se os valores referentes a Portugal, incluindo as Regiões Autónomas.

[2] 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/m2.

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

7. 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.

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

9. O número de camas contratualizado para cuidados continuados e integrados de saúde tem vindo a aumentar, atingindo-se o valor de 5948 (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.

10. 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, substancialmente, os resultados.

.

11. Em 2010 cada habitante de Portugal Continental recorreu 4,2 vezes ao médico[3], em média. Do total de consultas externas realizadas em 2010 em unidades hospitalares do SNS, 28,7% foram primeiras consultas. Relativamente ao acesso a cuidados cirúrgicos, de acordo com o Relatório Síntese da Atividade em Cirurgia Programada, a procura de cuidados cirúrgicos tende a crescer continuamente desde que é efetuada uma medição sistematizada. O crescimento face ao primeiro semestre de 2006 é de 41,5%.

12. 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%. 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.

13. A rede pública/convencionada de estruturas especializadas para o tratamento de dependências associadas ao consumo de álcool e drogas tem aumentado a cobertura nacional, facilitando a integração em programas de desabituação. Em 2010, na rede pública de tratamento da toxicodependência (ambulatório) estiveram integrados 37983 utentes, 8444 dos quais eram novos utentes (primeiras consultas).

14. Houve investimento em meios de suporte básico e avançado de vida, cujo rácio por 100 000 habitantes mais

[3] 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/Clínica Geral – Saúde de adultos, Ginecologia/Obstetrícia, Planeamento familiar, Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, Saúde materna).

do que duplicou nos últimos anos. 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.

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

2.1.2. ESTADO DE SAÚDE

16. 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. 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 UE 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). 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.

17. 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.

18. 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. 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.

19. 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)[4], destacam-se com maior expressão os internamentos devidos a acidentes com veículos motorizados (43,5%). Relativamente aos internamentos evitáveis através de cuidados de ambulatório[5] destacam-se os relacionados com a diabetes (18,9%).

20. A morbilidade e a mortalidade por doenças infeciosas têm tido um decréscimo significativo e sustentado desde a implementação do PNV, em 1965. 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 cinco países da UE com as taxas de incidência mais baixas. 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).

21. 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.

[4] Metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004) para as mortalidades evitáveis por prevenção primária.

[5] 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).

22. A mortalidade prematura por todas as causas de morte, medida pela taxa de Anos de Vida Potenciais Perdidos (AVPP), é mais elevada para o sexo masculino do que para o feminino (duas vezes superior). 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 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.

23. 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%).

24. 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.

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

26. Os AVPP por causas consideradas evitáveis por prevenção primária e por cuidados de saúde[6] correspondem a 36% do total de AVPP (12% e 24%, respetivamente). Em termos de causas de AVPP evitáveis por prevenção primária, em 2002 e 2010, os acidentes com veículos motorizados e os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão foram as mais relevantes. Apesar das melhorias registadas, entre 2002 e 2010, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquémicas cardíacas mantiveram-se como as causas mais expressivas de AVPP evitáveis através de cuidados de saúde.

27. O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência das doenças crónicas, nomeadamente as cérebro-cardiovasculares, 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%. Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial seja de 46%, aproximadamente e a de diabetes de 12,3%.

28. 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. 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

[6] Causas de morte selecionadas com base na metodologia de Ellen Nolte (Nolte e McKee, 2004).

em 2009 e a taxa por asma continua a decrescer desde meados da citada década de 90.

29. O número médio de dias de absentismo laboral por doença[7] 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.

30. A autoperceção 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, a proporção de indivíduos que avalia positivamente (bom ou muito bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. Em todos os grupos etários, as mulheres evidenciam uma autoperceção menos positiva do seu estado de saúde.

2.2. ORGANIZAÇÃO DE RECURSOS, PRESTAÇÃO DE CUIDADOS E FINANCIAMENTO

2.2.1. ESTRUTURA

1. A prestação de cuidados de saúde em Portugal caracteriza-se pela coexistência de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), de subsistemas públicos e privados específicos para determinadas categorias profissionais e de seguros voluntários privados. O SNS é a principal estrutura prestadora de cuidados de saúde, integrando todos os cuidados de saúde, desde a promoção e vigilância à prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação médica e social.

2. A última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência na rede e nas urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários (CSP) e nos cuidados continuados integrados (CCI). A rede hospitalar em Portugal Continental é formada por 212 Hospitais, dos quais 91 são privados. 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. O número de camas contratadas em funcionamento até 31 de Dezembro de 2011, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 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.

3. 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. 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

4. 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 copagamentos e pagamentos diretos do utente, bem como pelo prémio dos seguros de saúde.

5. 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

[7] Rácio Dias de Ausência por Doença/Pessoas Singulares, com pelo menos uma remuneração e/ou contribuição no ano (MTSS/GEP, 2010).

e reabilitação e os dispositivos médicos disponibilizados a doentes não internados constituem as despesas mais representativas, quer nos prestadores privados, quer nos públicos.

6. Em 2010, a despesa corrente em saúde cresceu 1,6% face a 2009, 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. Em 2010 e 2011, o peso relativo da despesa corrente suportada por agentes financiadores públicos[8] diminuiu, particularmente no último ano (65,5% em 2011, menos 1,8 % face a 2010, atingindo o seu ponto mínimo desde 2000).

7. Ao nível dos agentes financiadores privados[9], 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 % superior à despesa corrente pública. Em média, a primeira registou uma taxa de crescimento anual de 3,6%, enquanto a segunda cresceu 1,4%.

8. Os gastos com medicamentos em Portugal constituem 21,8% dos custos totais com a saúde, correspondendo a 2,1% do PIB (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%. 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.

9. 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 de antibióticos decresceu de 65.279.709 para 63.635.373 (Dose Diária Definida - DDD) 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%.

[8] Os agentes financiadores públicos englobam as entidades das administrações públicas, tais como as que integram o SNS, os subsistemas de saúde públicos e os fundos de segurança social.

[9] 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.

3. EIXOS ESTRATÉGICOS

3.1. CIDADANIA EM SAÚDE

3.1.1. CONCEITOS

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

- A cidadania ativa pressupõe que pessoas e organizações assumam a responsabilidade de desenvolver a sociedade, através de ações como a participação pública e política, o associativismo, o voluntariado e a filantropia.
- É 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).

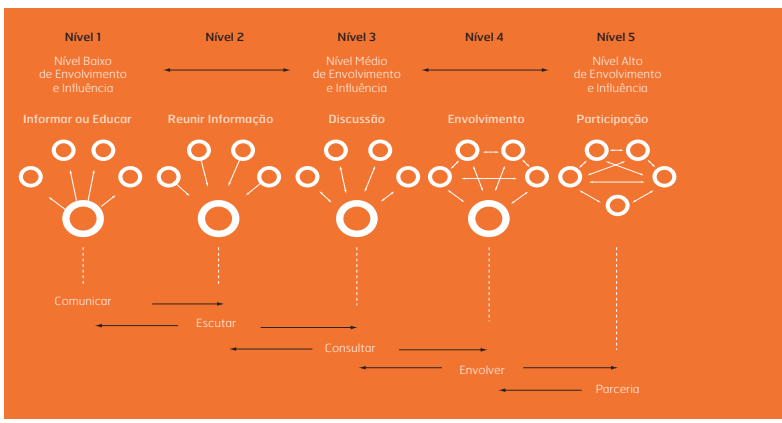
2. Os cidadãos e/ou as suas organizações representativas e de interesses sociais, podem situar a sua participação segundo um modelo *continuum* de envolvimento (Figura 3).

3. 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). Neste contexto o cidadão 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 a instituições.

4. O Cidadão é o centro do Sistema de Saúde. Segundo Coulter (2002) é decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e ativo a influenciar os decisores em saúde (Carta de Ottawa, 1986).

5. Como perspetivas estratégicas para o desenvolvimento da Cidadania em Saúde investe-se no 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*).

Figura 3 Heatlh Canada´s Public Involvement Continuum, departmental Policy, 2000 (Adaptado)



6. Há um conjunto de recursos e instrumentos para o reforço da Cidadania em Saúde, como sejam a representação e participação do cidadão e da comunidade em estruturas de governação; e informação pública de carácter político, institucional ou profissional.

7. As oportunidades e ameaças para o exercício da Cidadania em Saúde podem ser analisadas no Anexo 1.

3.1.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível político, deve-se:

8. 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, o desenvolvimento de competências, 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 uma visão positiva em saúde.

9. Promulgar e divulgar a carta de direitos e deveres do cidadão no domínio da saúde.

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

11. Promover a participação ativa das organizações representativas dos interesses do cidadão (por exemplo, Associações de Doentes, de Consumidores, Instituições Particulares de Solidariedade Social -IPSS, Misericórdias, etc.).

12. Assegurar que os profissionais de saúde desenvolvem competências promotoras da cidadania, a nível pré e pós-graduado, e monitorizar e avaliar as práticas adotadas.

13. Promover, a nível institucional, processos de melhoria contínua do exercício da cidadania (por ex. avaliações regulares das necessidades do cidadão, intervenções promotoras de participação e literacia).

A nível organizacional, as instituições devem:

14. Melhorar os conhecimentos dos cidadãos sobre direitos e deveres, assim como promover as condições para o respetivo exercício.

15. 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.

16. Divulgar informação institucional, de forma transparente, publicando os indicadores de evolução do desempenho e dos resultados dos serviços e dos profissionais de saúde.

17. Promover, monitorizar e avaliar o exercício de cidadania no processo de tomada de decisão, desenvolvimento estratégico e na avaliação institucional, implementando mecanismos de auscultação da satisfação.

18. Desenvolver programas de educação para a saúde e autogestão da doença.

19. Promover o voluntariado para uma cidadania mais ativa.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

20. Incrementar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica.

21. Considerar e avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade.

A nível individual, os cidadãos devem:

23. Melhorar proactivamente os conhecimentos e a capacidade de exercer as responsabilidades e os direitos, assim como cumprir os deveres em saúde.

24. 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 comunidade.

25. Estabelecer alianças terapêuticas com os profissionais de saúde, formando parcerias na gestão da doença.

26. Promover a utilização racional e adequada dos serviços de saúde.

3.1.3. VISÃO PARA 2016

27. 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 perceção das prioridades em saúde a nível nacional, regional e local. Instituições e cidadão partilham visões e expectativas comuns de desenvolvimento.

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

28. O cidadão deve aceder ao seu **registo de saúde pessoal de forma eletrónica** 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, entre e outros.

Acesso ao registo de saúde eletrónico.

29. As Administrações Regionais de Saúde (ARS), 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 sociodemográficas 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 aspetos 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, consultadoria, avaliação e decisão, entre outros. As instituições e os profissionais são valorizados por este envolvimento.

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

30. 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 *online* em saúde e apoio ao Sistema de Saúde

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.

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

31. 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.

32. O plano de estudos dos **profissionais de saúde** inclui unidades curriculares sobre 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

3.2.1. CONCEITOS

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).

3. As desigualdades em saúde dizem respeito à existência de diferenças no estado de saúde e nos respetivos determinantes entre 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 (Quadro 5).

4. O acesso adequado é um dos determinantes de saúde potenciador da redução das desigualdades, tendo-se em consideração, entre outros, os serviços de proximidade e a situação de socioeconómica da população (Quadro 6).

5. Avaliação de Necessidades em Saúde - O planeamento da acessibilidade tem por base a avaliação das necessidades, os critérios de qualidade dos serviços, os princípios de gestão de recursos e uma adequada distribuição da oferta de cuidados no sector público, privado e social (Figura 4).

Quadro 5 Desigualdades em saúde

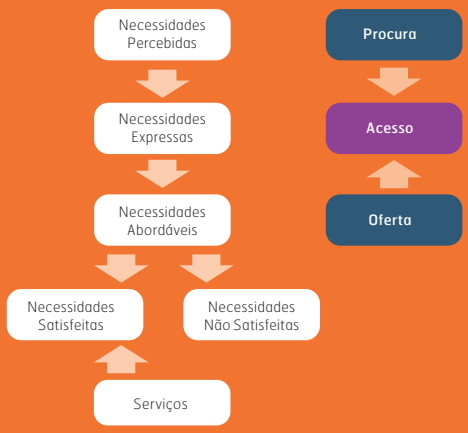
- ✓ Estão fortemente associadas a determinantes sociais (WHO, 2010a; Marmot M, 2007): nível socioeconómico e educacional, estilos de vida e acesso aos cuidados de saúde. Existe um gradiente social em saúde, em que, quanto mais baixa for a posição dos indivíduos no escalonamento social, menor é a probabilidade de concretizarem o potencial individual de saúde;
- ✓ Afetam particularmente os grupos vulneráveis: por situação socioeconómica, condicionantes individuais ou grupo etário;
- ✓ Afetam o desenvolvimento socioeconómico de cada país (Johnson S et al., 2008).
- ✓ 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.

Quadro 6 O acesso adequado resulta de várias dimensões inter-relacionadas

- ✓ Procura adequada de serviços; Disponibilidade; Proximidade; Custos diretos; Custos indiretos; Qualidade; Aceitação.

Fonte: Furtado C, Pereira J, 2010.

Figura 4 Necessidades de saúde, procura e ofertas de serviços



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

6. Identificam-se como estratégias e recursos para a promoção da equidade e acesso:
   - A utilização de sistemas de informação e monitorização.
   - A implementação de projetos específicos dirigidos a ganhos adicionais em saúde através da redução das desigualdades.
   - A organização territorial dos cuidados de saúde contempla a Rede de Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados pré-hospitalares, a Rede Hospitalar e Rede Nacional de Cuidados Continuados e Integrados.
   - A articulação em cada nível de cuidados, entre níveis e entre sectores, e intra institucional.
   - Estratégias de *empowerment* do cidadão.

7. As oportunidades e ameaças à Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde podem ser analisadas no Anexo 1.

3.2.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível político, deve-se:

8. Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para considerar de forma abrangente e articulada a perspetiva da equidade e do acesso, permitindo a integração de cuidados e o apoio à tomada de decisão a vários níveis, e informação necessária à consideração das necessidades, recursos, adequação e desempenho dos serviços e resultados em saúde.

9. Estabelecer, de forma integrada, referenciais para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e promoção da equidade.

10. Avaliar sistematicamente o impacto das políticas e práticas institucionais na Saúde e das políticas de outros ministérios e sectores no acesso e na equidade – Avaliação de impacto.

11. Priorizar recursos na melhoria do acesso, adequação e desempenho dos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados.

12. Reforçar a articulação dos serviços de saúde, clarificar a cobertura e responsabilidade dos serviços, e avaliar a adequação e eficiência da resposta em rede.

A nível organizacional, as instituições devem:

13. Publicitar a evolução de indicadores de equidade e de acesso, assim como os compromissos assumidos para melhoria do mesmo e a resposta da instituição às necessidades especiais de grupos vulneráveis.

14. Desenvolver, monitorizar indicadores e avaliar a equidade, a acessibilidade e adequação dos serviços.

15. Reforçar o contributo dos serviços de saúde, a nível local, na redução do impacto dos determinantes sociais, enquadrando o acesso como fator-chave para a redução das desigualdades;

16. Trabalhar em parceria com outros sectores para desenvolver respostas integradas e proactivas às necessidades em saúde dos grupos vulneráveis.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

17. Desenvolver e protocolar a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços.

18. Intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde, promovendo estratégias de melhoria do acesso, adequando os seus serviços, flexibilizando a sua resposta, diversificando as suas práticas, trocando experiências e avaliando o seu desempenho.

19. 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:

20. Utilizar os mecanismos de acesso de forma adequada às suas necessidades de saúde, compreendendo as vantagens de recorrer a orientações rápidas e urgentes e de cuidados personalizados e continuados, em detrimento da utilização inadequada da urgência hospitalar.

3.2.3. VISÃO PARA 2016

21. Em 2016, existem **indicadores de acessibilidade e de equidade** 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.

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

22. 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 explícita e reforçada a 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 oportunista, quer de forma proactiva e organizada.

23. 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 equidade e a **melhoria do acesso adequado**. Participam na informação e capacitação dos cidadãos/utentes 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, na 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 confia no apoio do gestor de caso e de risco, e participa ativamente na utilização adequada dos serviços de saúde.

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

24. 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 e avaliada, orienta a organização dos serviços e faz parte do valor social dado aos serviços de saúde, e da sua identidade.

O cidadão tem confiança na resposta do Sistema de Saúde.

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

25. 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 desenho, implementação e avaliação de políticas promotoras do acesso adequado.

3.3. QUALIDADE EM SAÚDE

3.3.1. CONCEITOS

1. A Qualidade em Saúde 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.

- A Qualidade em Saúde depende da intervenção dirigida: i) às estruturas de prestação de cuidados; ii) aos processos decorrentes da mesma; iii) aos resultados, (UK Integrated Governance Handbook, 2006).

2. Perspectivas para a promoção da Qualidade em Saúde:

- 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.
- Favorecer uma cultura de melhoria contínua da qualidade implica equacionar perspetivas para o seu aperfeiçoamento e implementação.
- As perspetivas para a promoção da Qualidade em Saúde envolvem a promoção da cadeia de valor em saúde (Quadro 7), entendida como os processos que conduzem a uma maior obtenção de ganhos considerando o investimento feito (Porter M, Teisberg EO, 2006).
- Ciclos de melhoria contínua da qualidade através da identificação sistemática de problemas e oportunidades. Estes processos devem ser multidisciplinares, não punitivos e da iniciativa dos profissionais, devendo estar associados a planos institucionais de desenvolvimento profissional.
- 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.

Quadro 7 A promoção da qualidade em Saúde

- ✓ 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. Estratégias e recursos para o reforço da qualidade em saúde - A Qualidade em Saúde depende da intervenção programada em determinadas áreas:

- Governação Integrada: Esta abrange a governança clínica, empresarial, financeira, da informação e a gestão do risco (UK NHS in East Essex, 2010). A Governança Clínica 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). A Governação Empresarial 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 objetivos 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 instrumentos de melhoria da qualidade e redução de custos. A Segurança é uma das principais dimensões da qualidade e a Gestão do Risco, um instrumento para a sua garantia.

- Mecanismos de influência, como por exemplo: Normas de Orientação Clínica (NOC) e Organizacionais; Aspetos estruturais, como a arquitetura e o ambiente; Modelos de financiamento e sistema de pagamento de cuidados; Planeamento dos Recursos Humanos; Cultura de avaliação e desenvolvimento da qualidade.
- Processos Assistenciais Integrados: Estes processos 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. 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.
- Participação e capacitação dos doentes, família e cuidadores informais, incluindo aspetos da gestão da doença crónica.

4. As oportunidades e ameaças à Qualidade em Saúde podem ser analisadas no Anexo 1.

3.3.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIAS

A nível político, deve-se:

5. Reforçar a responsabilidade pela governação integrada, incluindo a governança 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.

6. Avaliar a política de qualidade, através de nomeação de entidades externas e independentes, responsáveis pela monitorização, elaboração de recomendações e publicação regular de resultados.

7. Desenvolver instrumentos de padronização (*standards*) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores de qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições.

8. Promover a acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde.

9. Reforçar a responsabilidade das especialidades médicas generalistas, como a medicina geral e familiar, a medicina interna e a pediatria, na gestão global do caso/utente/família/cuidador e na responsabilidade pelo percurso clínico.

10. Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde como requisito para a introdução incremental e criteriosa de inovação, incluindo medicamentos, dispositivos médicos, tecnologias de informação e organização dos cuidados.

11. Promover a adoção de intervenções com melhor custo-efetividade e combate ao desperdício.

12. Desenvolver mecanismos que promovam o *benchmarking*, a identificação de boas práticas e o incremento da cadeia de valor.

A nível organizacional, as instituições devem:

13. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção de qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros.

14. Estabelecer políticas de qualidade a nível institucional que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança do doente/utente e dos profissionais.

15. Monitorizar a satisfação dos cidadãos e dos profissionais.

16. Promover ações de formação sobre Qualidade em Saúde nas organizações de saúde, dirigidas para a utilização de normas e orientações segundo a mais atual evidência científica.

17. Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efetividade das práticas institucionais, de forma rigorosa e transparente.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

18. Assegurar a procura de uma visão de Qualidade em Saúde, compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a atividade se insere, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua.

19. Ter uma visão específica sobre a segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado, para além de aspetos globais de qualidade.

20. Reforçar a responsabilidade dos profissionais de saúde na promoção da saúde, na prevenção da doença e, sempre que se justifique, na gestão da doença.

A nível individual, os cidadãos devem:

21. Contribuir para a melhoria da Qualidade em Saúde.

22. Incrementar os seus conhecimentos e competências associados às responsabilidades individuais, constituindo-se um parceiro ativo de um Sistema de Saúde de qualidade.

3.3.3. VISÃO PARA 2016

23. As instituições competem para demonstrar a **qualidade dos serviços e dos profissionais**. Os profissionais e utentes/cidadãos comprovam a evolução nos aspetos técnicos e humanos dos cuidados, na gestão e na articulação entre instituições, sendo impulsionada com o processo de acreditação. O processo de monitorização institucional de indicadores de acesso e qualidade é consentâneo 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.

As instituições assumem a melhoria contínua da qualidade como cultura.

24. As instituições e os serviços/departamentos têm uma **visão de desenvolvimento assente na melhoria da qualidade 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. Esta 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 e das próprias instituições), de diferentes naturezas (tipologia de serviços e distribuição de tecnologia, recursos humanos, formativos, redes de referenciação), e reforçando programas de desenvolvimento estratégico (a gestão integrada da doença, de qualidade ou investigação, entre outros).

Os planos de desenvolvimento das instituições/ serviços são articulados e contratualizados.

25. Existe um **Registo de Saúde Eletrónico (RSE)**, 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, aos exames complementares e terapêutica para uma decisão clínica bem informada, para um menor risco, para a partilha de informação

A Plataforma de Dados em Saúde promove a qualidade e a continuidade de cuidados.

entre prestadores e melhor conciliação terapêutica. O RSE está também associado a protocolos de orientação clínica, de prevenção (por exemplo, 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, de literacia, de apoio à autogestão e de *empowerment*. Permite, ainda, a criação de estatísticas indicadoras da qualidade do percurso clínico, da integração de cuidados e da adesão às NOC. 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 de desempenho do profissional e da instituição, apoiando também a investigação clínica.

26. 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) competências 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.

A formação e avaliação dos profissionais centram-se na melhoria contínua da qualidade.

Existem referências nacionais sobre padrões de qualidade dos cuidados, que apoiam a decisão clínica, a integração e articulação de cuidados e o trabalho interdisciplinar.

27. 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 NOC 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 NOC 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 NOC em equipa, publicitando junto do cidadão/utente/doente como referencial a instituição de saúde. As instituições têm políticas explícitas de adoção, implementação e avaliação da adesão e do impacto das NOC e participam na criação e revisão. A academia, as sociedades científicas, as associações de doentes e a indústria (medicamentos, dispositivos médicos e tecnologias de informação) são impulsionadoras da criação de NOC, cuja qualidade, certificação e avaliação é realizado por um instituto independente.

28. 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, sendo também considerada 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, das instituições e dos profissionais. Esses recursos incluem governação empresarial (*corporate governance*), governança clínica, sistemas de apoio à decisão (política, de gestão e clínica), monitorização, identificação de boas práticas e avaliação. As instituições, serviços e departamentos promovem **processos internos de melhoria**

Promover uma cultura de avaliação a todos os níveis.

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

3.4.1. CONCEITOS

1. Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros sectores 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, na mitigação de impactos negativos e na 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 culturais 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 (WHO Declaração de Adelaide, 1988).

3. Trata-se de um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, incluindo o sector privado e o terceiro sector, que devem contribuir para a criação de ambientes físicos e sociais promotores do bem-estar e de saúde das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO Health Report, 2010).

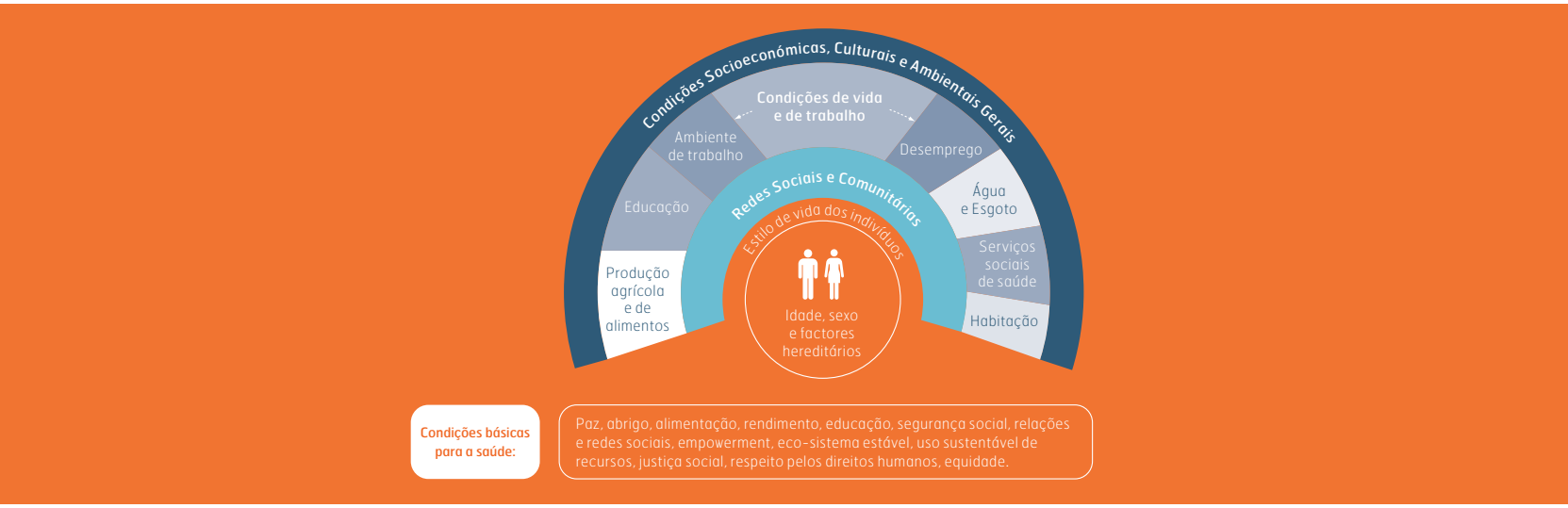
4. A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (WHO Declaração de Jakarta, 1997) e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Figura 5) (Dahlgren G, Whitehead M, 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os sectores.

5. O conceito de Políticas Saudáveis engloba a dupla perspetiva de Políticas de Saúde Pública e Saúde em Todas as Políticas:

- As Políticas de Saúde Pública são esforços organizados e 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. Podem ser Globais ou Específicas para o sistema de saúde:
- Globais – o sector da saúde pode assumir posições de liderança, suporte, parceria e/ou advocacia para o desenvolvimento da ação intersectorial (Ferrinho P, Rego I, 2010).
- Específicas para o Sistema de Saúde – direcionadas para a coordenação, regulação, produção ou distribuição de bens e serviços de saúde. Por exemplo o acesso aos cuidados.
- A Saúde em Todas as Políticas é uma estratégia explícita de abordagem intersectorial, baseada na evidência de que ações e políticas de iniciativa de sectores 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 determinantes sociais de saúde.

6. As Políticas Saudáveis podem ser perspetivadas em múltiplas escalas de definição e implementação, envolvendo os decisores políticos, as autarquias e/ou outras instituições, bem como organizações da sociedade civil, comunidades e famílias.

Figura 5 Modelo dos Determinantes de Saúde



Fonte: Adaptado de Dahlgren G, Whitehead M, 1991.

7. Neste sentido, as Políticas de Saúde Pública, devem:
   - Basear-se na identificação de prioridades em saúde.
   - Priorizar as intervenções que resultam num maior impacto na obtenção de ganhos em saúde sustentáveis.
   - Realizar compromissos entre as oportunidades, os recursos e as prioridades, de modo a maximizar ganhos em saúde a cada nível de intervenção.
   - Promover o acesso, a qualidade, a cidadania e a redução das desigualdades.

8. A promoção da saúde é um processo participativo, holístico, intersectorial, equitativo, sustentável e baseado em combinações de múltiplas estratégias (WHO Evaluation in Health Promotion, 2001).

9. O planeamento estratégico define as prioridades de intervenção em Saúde Pública e permite a avaliação de planos, estratégias e ações, em diferentes 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. Tanto a evidência de impacto explicitada, as intervenções com base em modelos e o envolvimento dos agentes e destinatários são fundamentais para a identificação de ganhos em saúde.

10. As Políticas Saudáveis suportam-se em estratégias e recursos, como por exemplo: medidas reguladoras; instituições, agências e departamentos; plataformas e redes de parceria intersectorial; planeamento e governação de programas de Saúde; sistema de gestão do conhecimento e de criação de evidência; sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica; organização dos cuidados de saúde; estratégias de médio e longo prazo de comunicação social e de *marketing* social; preparação e resposta a ameaças de Saúde; avaliação de impacto na saúde.

11. As oportunidades e ameaças à Políticas Saudáveis podem ser analisadas no Anexo 1.

3.4.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível político, deve-se:

12. Maximizar sistematicamente as oportunidades existentes e criar novas oportunidades, desenvolvendo a liderança e incorporando a Saúde em Todas as Políticas.

13. Desenvolver e disponibilizar bases de evidência de efetividade e de custo-benefício das intervenções e políticas, no âmbito da Políticas Saudáveis.

14. Usar criticamente um referencial alargado 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 em vários sectores.

15. Integrar e disponibilizar informação longitudinal e georeferenciada de monitorização sociodemográfica de saúde com indicadores, serviços e recursos a todos os níveis e de todos os sectores, incluindo as intervenções da responsabilidade dos vários níveis e agentes, bem como o impacto esperado na saúde (metas).

16. Promover e testar modelos de planeamento, financiamento, gestão conjunta e avaliação intersectorial de iniciativas e serviços com impacto na saúde, com vista a integrar multi-estratégias intersectoriais nas instituições.

17. Fomentar a avaliação sistemática das oportunidades nacionais, regionais e locais para o desenvolvimento de Políticas Saudáveis.

A nível organizacional, as instituições devem:

18. Assegurar a preparação e as respostas intersectoriais a ameaças de Saúde Pública.

19. Promover o diálogo, redes e parcerias de intervenções intersectoriais e multidisciplinares intra e inter-instituições, em processos de planeamento, prestação de serviços e avaliação.

20. Promover oportunidades de intervenção, formação e investigação intersectorial e multidisciplinar, com vista a reforçar a sensibilidade e as competências dos profissionais de saúde.

21. Utilizar os referenciais de informação, de estabelecimento de prioridades e de alocação de recursos, de monitorização e avaliação comuns.

22. Reforçar as Estratégias Locais de Saúde (ELSA).

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

23. Sensibilizar os profissionais de saúde para a relevância da abordagem e intervenção intersectorial na saúde e no desenvolvimento de competências que permitam otimizar o trabalho conjunto com profissionais de outros sectores.

24. Promover a formação regular na área de Saúde Pública que inclua a definição de políticas, o planeamento, a implementação, a monitorização, a avaliação e o envolvimento de todos, incluindo os destinatários.

A nível individual, os cidadãos devem:

25. Estar sensibilizados, bem como sociedade civil para o cumprimento das medidas de proteção e promoção da saúde.

26. Participar ativamente nos processos de promoção e proteção da saúde, individual e coletiva.

3.4.3. VISÃO PARA 2016

27. 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 cultura de saúde é um capital social de elevado valor.

28. Os vários sectores trabalham em conjunto, através de uma rede de 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, **rede intersectorial, a nível regional e local**, que reforça as oportunidades de articulação sinérgica entre níveis.

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 sectores.

29. As instituições, dentro e fora do sector da saúde (por exemplo, escolas, lares, prisões), as autarquias, os ACES, as ARS 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 estratégicos. 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.

Instituições, autarquias, ACES e Estratégias Locais de Saúde com respostas inovadoras e específicas, articuladas entre si e a nível nacional.

Uma visão a médio/longo prazo sobre ganhos em saúde permite o desenvolvimento de Políticas Saudáveis, das instituições e dos profissionais.

30. 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, a autonomia e o *empowerment* de instituições, de 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 sectores para a obtenção de ganhos em saúde.

A evidência científica, a avaliação de custo-efetividade e de impacto fortalecem as Políticas Saudáveis.

31. As Políticas Saudáveis são construídas e analisadas sobre uma base robusta de evidência científica, tendo 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 sectores. 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.

32. 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 sectores como educação, economia, segurança social, ambiente, ordenamento do território, investigação e inovação, etc., pelo que os ganhos são resultados mais ou menos diretos destes sectores 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 perspetiva individual, económica, de acesso e de qualidade dos serviços**.

4. OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

4.1. OBTER GANHOS EM SAÚDE

4.1.1. CONCEITOS

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

2. A complexidade da Saúde 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 Sistema de Saúde, na utilização mais adequada dos recursos disponíveis.

3. Ganhos em Saúde 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.

4. Ganhos Potenciais em Saúde 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.

- No processo de planeamento em saúde, a todos os níveis, há a responsabilidade de identificar necessidades de saúde, Ganhos Potenciais de Saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis.

5. O cálculo de Ganhos Potenciais de Saúde insere-se na estratégia de monitorização do PNS, com as seguintes finalidades:

- Identificar as áreas e subsequentemente as intervenções com maior potencial para a obtenção de ganhos em saúde, incluindo a perspetiva da redução das desigualdades;
- Estabelecer a relação entre necessidades de saúde e a resposta do Sistema de Saúde (adequação) e, entre esta, e a utilização de recursos (desempenho);
- Definir responsabilidade, objetivos, metas e intervenções dos agentes do Sistema de Saúde, através de modelos de determinantes;
- Serem baseados na informação existente, mas parte de um processo atualizável e evolutivo.

6. Os Ganhos Potenciais em Saúde apresentam uma perspetiva multidimensional, incluindo mortalidade, morbilidade, incapacidade, satisfação, resposta do Sistema de Saúde e sustentabilidade.

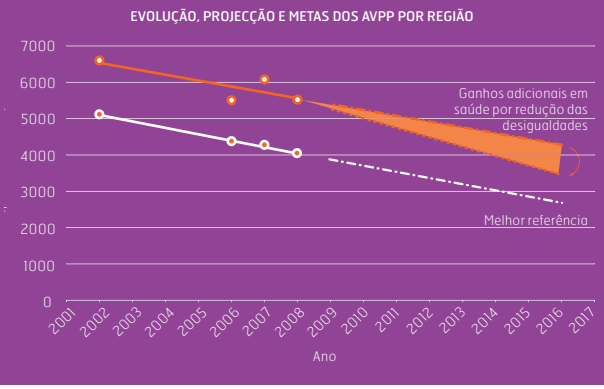
7. O PNS propõe, como base da identificação de Ganhos Potenciais em Saúde, a consideração das áreas nas quais existem maiores desigualdades entre níveis. Assim:

- Áreas Prioritárias Nacionais são identificadas como aquelas em que Portugal se encontra com maior intervalo (*gap*) relativamente a outros países com melhores valores;

Figura 6 Processo de estabelecimento de metas (ilustração).

Evolução do indicador de Anos de Vida Potenciais Perdidos por região de Saúde.

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



Estimam-se ganhos em saúde 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.

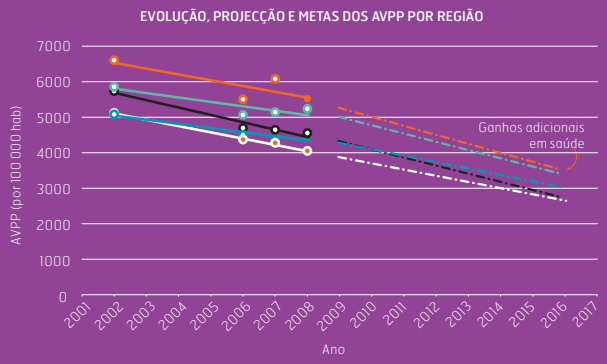
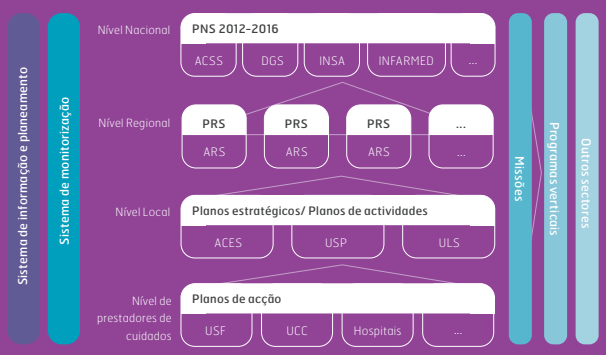


Figura 7 Articulação entre os diferentes níveis de planeamento para obtenção de Ganhos Potenciais em Saúde.



- 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 e das próprias instituições, utilizando-se como referência a unidade do mesmo nível, equiparável, com melhor valor.

8. As 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, de modo a manter a coerência e a cadeia de criação de valor entre níveis. A metodologia de cálculo de Ganhos Potenciais em Saúde e estabelecimento de metas pode ser aplicado aos vários indicadores de saúde com medições regulares, considerando estratificações sociodemográficas.

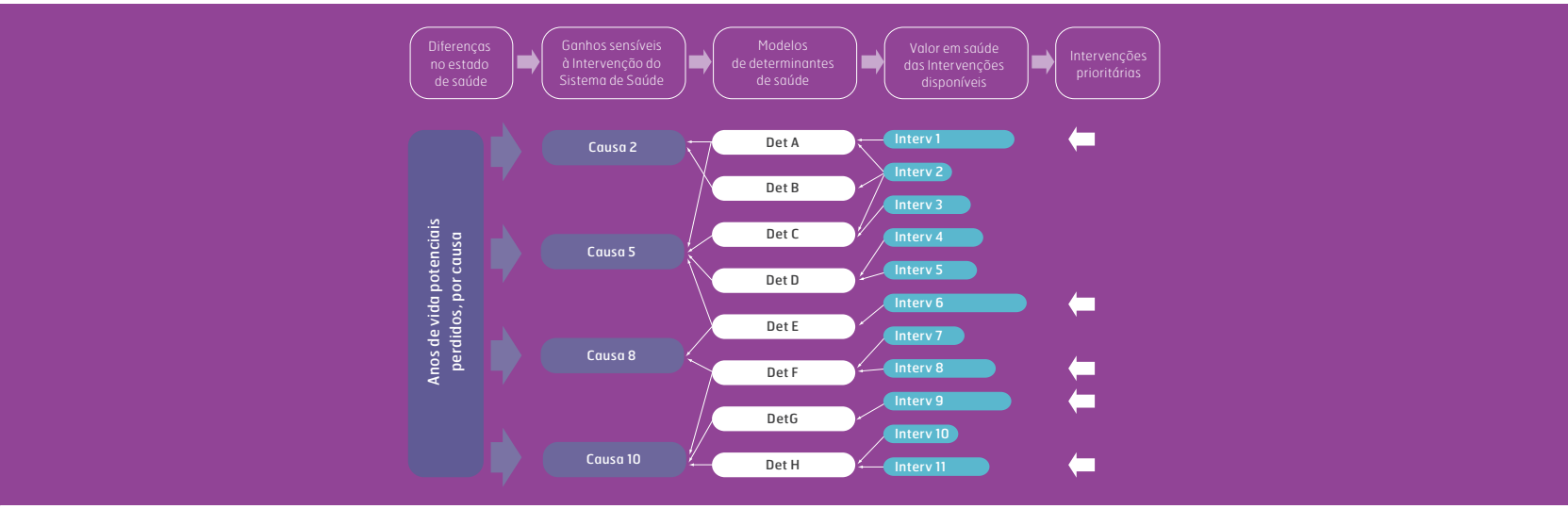
- A definição de metas projeta a tendência dos indicadores, permitindo criar uma expectativa da evolução, assumindo que as condições se mantêm, identificando-se também as unidades com melhor desempenho como referência orientadora (Figura 6). Para unidades com responsabilidade e estrutura semelhante, esta comparação é desejável e reforça os processos de identificação de boas práticas e de redução das desigualdades.

9. 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 7).

10. O processo de seleção das intervenções prioritárias pode ser esquematizado da seguinte forma (Figura 8):

- Ordenação das diferenças no estado de saúde entre unidades de um determinado nível (ex. ACES);

Figura 8 Processo de identificação de intervenções prioritárias (ilustração).



- Identificação das causas passíveis de intervenção entre as quais as sensíveis aos cuidados de saúde e à prevenção primária;
- 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;
- Uma intervenção poderá ter como objeto um ou mais determinantes, e poderá ser um conjunto de estratégias (p. ex., conjunto de normas de orientação clínica);
- Análise das intervenções com maior retorno previsível em ganhos em saúde por custo, 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.

4.1.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível político, deve-se:

11. Identificar as áreas de maior ganho potencial em saúde, devendo ser alvo de análises de modelos de determinantes e de identificação de intervenções com relação custo-benefício que permitam alocar recursos e investimentos para a obtenção desses ganhos.

- Este processo deve ter referenciais nacionais e, sempre que pertinente, adaptações regionais e/ou locais;
- As intervenções devem, desejavelmente, encontrar-se integradas nas instituições, fazendo uso dos seus recursos e não constituírem estruturas verticais.
- 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.

12. Fixar 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.

13. Criar as condições para que os diversos sistemas de informação permitam a interoperabilidade, a monitorização e avaliação.

14. Melhorar sistematicamente a qualidade da informação, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais.

15. Alinhar os Planos Locais e Regionais de Saúde com o PNS, considerando que a implementação das estratégias deve seguir a orientação das áreas consideradas prioritárias a nível nacional.

A nível organizacional, as instituições devem:

16. Habilitar-se 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.

17. Adotar e maximizar o efeito das recomendações, orientações e políticas dirigidas à obtenção de ganhos em saúde, seja no âmbito do seu mandato, seja colaborando com outras instituições, dentro e fora do sector saúde.

18. 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.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

19. 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.

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

21. Desenvolver, investigar, avaliar e disseminar estratégias inovadoras para situações e contextos específicos no âmbito das áreas consideradas prioritárias.

A nível individual, os cidadãos devem:

22. 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.

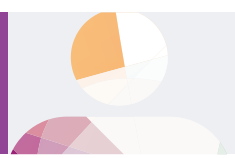
4.1.3. VISÃO PARA 2016

23. As **áreas de ganhos potenciais em saúde** são motivo de foco e alinhamento a todos os níveis. Há uma estratégia articulada do sector da saúde e de outros sectores. 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 bem-estar social.

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

24. Existem modelos conceptuais abrangentes e concretos nas áreas identificadas e seus determinantes. Foram implementadas as intervenções possíveis, custo-efetivas, com base em recomendações estratégicas nacionais que incorporam evidência nacional e internacional. Está bem definido o seu impacto, intervenções e recursos necessários, monitorização e avaliação. Têm uma **perspetiva de integração, alinhamento e capacitação do Sistema**

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



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.

25. 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.

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

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

Sistemas de informação integrados capacitam o planeamento, a decisão e a monitorização do desempenho do Sistema de Saúde.

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

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

4.2.1. CONCEITOS

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

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.

3. O percurso individual de saúde não é constante, tem necessidades específicas e momentos particularmente

importantes - Períodos Críticos - que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida (Health Promoting Health Systems. WHO, 2009). A intervenção nestes momentos - Janelas de Oportunidade – é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo (Social determinants of health and the role of evaluation. WHO, 2010).

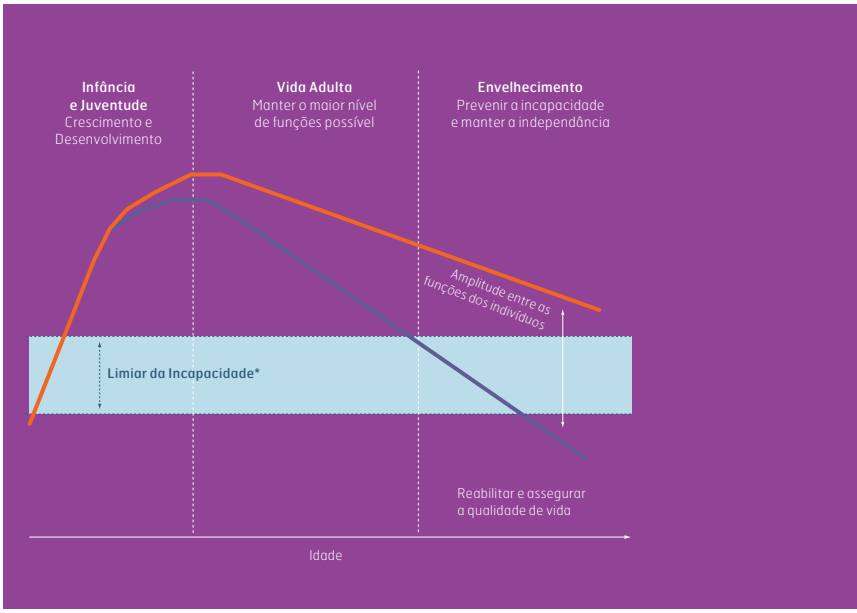
4. A perspetiva de abordagem ao longo do ciclo de vida:
   - Salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco.
   - Retorna ganhos em saúde e em sustentabilidade, ao reforçar uma cadeia de potenciação dos efeitos positivos ou atenuação dos efeitos negativos de fatores de risco e determinantes.
   - Perdas cumulativas de saúde determinam o aparecimento precoce de incapacidade e de doença crónica e degenerativa (Figura 9).
   - Os contextos promotores de saúde são sinérgicos na criação de oportunidades entre si e com os serviços de saúde. Podem considerar-se contextos com vários níveis, de acordo com os determinantes de saúde. Associam-se a etapas da vida, a fases de maior vulnerabilidade, podendo também ser transversais a todo o ciclo de vida (por exemplo, a família).

5. Cada profissão ou atividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade. 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.

6. A abordagem pelo ciclo de vida permite manter a continuidade com a estratégia de intervenção com o PNS 2004-2010, conforme o Quadro 8. Aborda-se também a situação de falecimento, em Morrer com Dignidade.

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

Figura 9 Perda do Capital de Saúde ao Longo do Percurso Individual



Fonte: Active Ageing: A Policy Framework WHO, 2002.

Quadro 8 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**.

- A gestão estratégica e partilha da operacionalização entre vários sectores;
- As normas de orientação para a avaliação de necessidades de saúde segundo a etapa do ciclo de vida;
- As normas e protocolos de colaboração e articulação entre instituições e sectores; Programas multissectoriais;
- A gestão do conhecimento multissectorial/ interdisciplinar;
- Os sistemas de informação, monitorização e avaliação do estado de saúde e do impacto na saúde que permitam: monitorizar a influência de cada contexto;

- A identificação de características promotoras e protetoras da saúde;
- A integração de ações entre sectores comunicação, formação e capacitação intersectorial do cidadão e dos cuidadores informais para a saúde.

8. As oportunidades e ameaças à Promoção de Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida podem ser analisadas no Anexo 1.

4.2.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível Político, deve-se:

9. Desenvolver referenciais e orientações que incentivem as oportunidades de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença e complicações ao longo do ciclo de vida (períodos críticos e janelas de oportunidade), de acordo com os contextos, as situações fisiológicas e as necessidades especiais.

10. Incluir, nos programas e orientações clínicas, recomendações, mecanismos e instrumentos que facilitem a identificação e a compreensão das necessidades de saúde sensíveis à influência do contexto e que promovam a ação integrada de outros profissionais.

11. Incluir nos programas, recomendações e critérios de qualidade/acreditação de práticas das instituições de dentro e fora do sector da saúde, orientações e instrumentos que facilitem a identificação e a compreensão das necessidades de saúde sensíveis à influência do contexto e promovam a responsabilidade social.

12. 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.

13. 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.

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

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

16. 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.

A nível organizacional, as instituições devem:

17. 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 sector da saúde em respostas sinérgicas e articuladas.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

22. Valorizar, partilhar e desenvolver em rede os projetos e os resultados em saúde desenvolvidos por instituições fora do sector da saúde.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

23. Incorporar aspetos da saúde e do bem-estar dos cidadãos 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 individual, os Cidadãos devem:

24. Criar a expectativa, valorizar e colaborar com as instituições do sector de saúde e fora deste nos seus esforços de promoção da saúde e de prevenção da doença, incluindo o desenvolvimento de ações locais, regionais e nacionais de iniciativa dos cidadãos.

25. 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, das suas famílias, das comunidades e do contexto em que participa.

4.2.3. VISÃO PARA 2016

26. As instituições conhecem o **perfil de saúde** dos seus profissionais, clientes ou dos grupos sob sua influência (por exemplo, autarquias, escolas, universidades, lares, locais de trabalho, prisões, associações desportivas). 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, sejam intervenções específicas desta instituição, 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/ou recursos 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.

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 intersectoriais.

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

27. 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 referenciação interprofissional, intersectorial e interinstitucional. 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 de impacto.

As instituições e os profissionais de saúde são proactivos 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.

28. 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 pro-ativamente no desenvolvimento de intervenções conjuntas** com outros sectores nos problemas prioritários. A resposta das instituições de saúde às necessidades de colaboração de outros sectores 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 sectores em torno de situações específicas, para a obtenção de ganhos em saúde.

29. 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 do sector da saúde ou de fora deste sector, 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

1. O sistema de saúde 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, no respeito pelos valores e princípios sociais, o Sistema de Saúde tem a responsabilidade de:
   - Ser gerador e gestor de recursos capazes de proteger social e economicamente o cidadão, a família e os cuidadores informais;
   - Desenvolver os seus serviços e intervenções com base em critérios de custo-benefício e sustentabilidade.

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 custos diretos, quer em custos indiretos.

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 ganhos em saúde, 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.

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. Encontram-se neste grupo as políticas de isenção de custos diretos com a saúde e as despesas diretas com a saúde.
- 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 ganhos em saúde.

9. A sustentabilidade do Sistema de Saúde implica a procura de um equilíbrio satisfatório entre as necessidades de saúde, a capacidade para corresponder a estas necessidades, e provisão de recursos necessários.

10. Dada a capacidade crescente para melhorar os cuidados e serviços de saúde, e as necessidades de saúde indeterminàveis, todos os sistemas de saúde tentam dirigir os seus recursos ao cumprimento das suas expectativas sociais e na obtenção de ganhos em saúde, colocando limites, regras e políticas.

11. Períodos de crise propiciam, na sociedade e nas instituições, abertura à mudança mas aumentam as vulnerabilidades sociais e económicas à doença e ao seu impacto.

12. Nos períodos de crise económica os Sistemas de Saúde 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; e serem agentes económicos inteligentes, em termos de investimento, despesas e empregabilidade.

13. Embora seja necessário complementar a proteção social com o financiamento é sempre necessário:

- Identificar os grupos excluídos ou vulneráveis e desenvolver mecanismos sociais específicos;
- Abordar os determinantes sociais das desigualdades em saúde através de políticas intersectoriais (Health 2015 Public Health Programme. Finland, 2001).

14. Os Sistemas de Saúde têm de encontrar equilíbrios complexos entre interesses tendencialmente divergentes, por exemplo: generalização versus especialização e concentração de recursos.

15. A existência destes '*conflitos*' dentro do próprio Sistema de Saúde 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.

16. Identificam-se como estratégias e recursos reforço do Suporte Social e Económico:

- A redução do impacto económico e social da doença.
- A garantia de cuidados de saúde de qualidade, assegurados de acordo com as necessidades de saúde e o nível económico das famílias;
- A complementaridade e concorrência dos Serviços Públicos e Privados;
- A valorização social e económica da saúde e do Sistema de Saúde.

17. Para além do seu valor intrínseco, a saúde contribui para o bem-estar social através do seu impacto no desenvolvimento económico, na competitividade e na produtividade (WHO. The Tallinn Charter, 2008).

18. O Sistema de Saúde 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, com promoção da equidade, contribuem para o desenvolvimento económico com coesão social.

19. As oportunidades e ameaças ao Reforço do Suporte Social e Económico na Saúde e no Doença podem ser analisadas no Anexo 1.

4.3.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível Político, deve-se:

20. 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.

21. Priorizar 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.

22. 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 SNS, políticas de convenções e necessidade de articulação com os serviços de saúde não públicos.

23. Incrementar a racionalização da afetação de recursos para a saúde, de modo a conseguir ganhos em saúde com maior custo-efetividade.

24. 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 ganhos em saúde.

25. 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.

A nível organizacional, as instituições devem:

26. 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.

27. Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e empowerment, bem como apoio solidário aos cidadãos.

28. Colaborar pró-ativamente em grupos sociais e intersectoriais nacionais, regionais e locais com a missão de promover a saúde e o bem-estar de populações vulneráveis.

29. Reforçar a articulação com os serviços sociais e recursos das comunidades que servem, numa perspetiva de identificação e encaminhamento de situações de carência social e económica com impacto na saúde.

30. Monitorizar e avaliar 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.

31. 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 em saúde.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

32. Incrementar a sensibilidade e ponderar as questões sociais e económicas nas decisões em saúde, do ponto de vista das implicações para o cidadão.

33. 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 ex., 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.

34. Identificar situações de risco ou carência social e económica e referenciar ou aconselhar serviços e recursos de apoio.

A nível individual, os Cidadãos devem:

35. Conhecer os seus direitos e deveres quanto aos recursos de apoio social e económico na saúde e na doença.

36. Promover os mecanismos de solidariedade e a capacidade de resposta do Sistema de Saúde, através da autorresponsabilização pela própria saúde, da família e comunidade.

4.3.3. VISÃO PARA 2016

37. 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 referenciação por níveis,

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.

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.

38. 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

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 ganhos em saúde, económicos e sociais, decorrentes da redução das iniquidades.

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 promotoras de

inclusão e coesão social, medindo e divulgando o impacto das suas políticas, serviços e colaborações interinstitucionais na redução das desigualdades.

39. 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 responsabilidade distributiva de recursos e de capacitação do cidadão ou de cuidadores informais. Dentro da sua responsabilidade profissional, são recurso e agentes de informação, referenciação 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.

Os profissionais de saúde consideram a condição socioeconómica na avaliação e na decisão, bem como são agentes informados e promotores do *empowerment* dos cidadãos e das suas famílias nestas áreas, no âmbito das suas competências.

4.4. FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DE PORTUGAL NA SAÚDE GLOBAL

4.4.1. CONCEITOS

1. A Saúde Global é um conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os seus determinantes e intervenções na população mundial, que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países.

2. 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).

3. 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).

4. Os Sistemas de Saúde são permeáveis a ameaças exteriores e às características sociodemográficas e económicas. Cooperam para a formação, tecnologia, prestação de serviços, criação de conhecimento, inovação e desenvolvimento a nível internacional.

5. São responsabilidades dos Sistemas de Saúde para com a Saúde Global:

- Criar oportunidades e influenciar a agenda internacional, de forma coerente com as necessidades e interesses nacionais;
- Incorporar e demonstrar o cumprimento dos compromissos internacionais, alinhando os seus objetivos internos com os internacionais, aproveitando sinergias e oportunidades;
- Incorporar conhecimento, inovação, modelos e boas práticas internacionais (Kickbusch, Silberschmidt & Buss, 2007);
- Valorizar-se, competindo e usando o capital da saúde para a cooperação entre países, prestando serviços a nível internacional e obtendo reconhecimento;
- Reconhecer a influência da Saúde Global, de forma articulada, para minimizar ameaças internacionais à saúde (Oslo Ministerial Declaration, 2007).

6. Consideram-se como perspetivas para o reforço da posição de Portugal na Saúde global:

- A Diplomacia em Saúde; as migrações; as ameaças globais à saúde; a saúde em todas as políticas; o investimento e auto-capacitação em áreas como a

qualidade, investigação e inovação; mobilidade dos profissionais da saúde e mobilidade dos cidadãos para prestação de cuidados de saúde/turismo em saúde.

- 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 os recursos, cada vez mais escassos, sejam usados de forma sinergística, capacitante e *empowerment*, e se evite a duplicação de esforços por parte dos países cooperantes [WHO, Health Strategy 2020].

7. As oportunidades e ameaças ao Fortalecimento da Participação de Portugal na Saúde Global podem ser analisadas no Anexo 1.

4.4.2. ORIENTAÇÕES E EVIDÊNCIA

A nível político, deve-se:

8. Assegurar a continuidade da participação em áreas em que Portugal se destacou recentemente, por exemplo Saúde em Todas as Políticas e Avaliação de Impacto de Políticas de outros sectores (em colaboração com a OMS, 2009 a 2011).

9. Liderar, de forma coerente e substantiva, contributos próprios em áreas estratégicas de interesse nacional, e espaço de governação internacional, conducentes, nomeadamente ao desenvolvimento do Sistema de Saúde português e desenvolvimento estratégico das relações internacionais.

10. Investir e participar em investigação a nível europeu, contribuindo, por exemplo, para abordar problemas globais de saúde, 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).

11. Identificar, de forma proactiva e sistemática, oportunidades de participação, divulgação e captação de recursos internacionais (financiamento, parcerias, formação, etc.) capacitadores do Sistema de Saúde.

12. Realizar a atribuição, planificação estratégica e operacional, responsabilização, monitorização e avaliação dos compromissos internacionais, incluindo, por exemplo a vigilância epidemiológica, planos, programa e projetos.

13. Desenvolver e executar simulações de planos de ação para situações de ameaças de saúde internacionais, quer próprios, quer integrados em estratégias de ação internacional.

14. 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.

15. 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.

16. Promover o desenvolvimento e disponibilização de estágios de ensino pós-graduado em Portugal para estrangeiros nas Universidades e instituições de ensino, de investigação e prestação de cuidados de saúde (por exemplo programas específicos em língua inglesa).

17. Formar e capacitar recursos em diplomacia em saúde, que permitam exercer uma função de liderança, negociação e influência na agenda internacional, bem como influência sobre as instituições nacionais.

A nível organizacional, as instituições devem:

18. Identificar e incorporar modelos internacionais de funcionamento nas instituições, incluindo conceitos, boas práticas, processos e indicadores.

19. Procurar modelos e promover a participação em processos de acreditação internacional, desenvolver formação, de forma a facilitar o reconhecimento de centros de excelência e a captação de profissionais em formação de outros países.

20. Promover as discussões estratégicas e operacionais a nível internacional e a nível nacional sobre a participação portuguesa na Saúde Global.

Na sua prática, os profissionais de saúde devem:

21. Identificar as melhores referências internacionais para a prática profissional, reforçar uma perspetiva de desenvolvimento individual e de equipa.

22. 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.

4.4.3. VISÃO PARA 2016

23. 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

Portugal tem uma perspetiva de participação na Saúde Global, suportada por uma dinâmica multi-sectorial e envolvimento do Sistema de Saúde

e organizações públicas e privadas bem como de outros sectores. 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 de 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 um capital político em saúde.

As boas práticas políticas, das instituições e profissões são identificadas e valorizadas no contexto internacional.

24. O Sistema de Saúde 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.

25. 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.

26. 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. Representantes internacionais são apoiados por peritos e instituições com experiência e perspetivas construídas para responder, contribuir e influenciar a agenda internacional. Existem modelos de formação de Diplomacia em Saúde, Saúde

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.

Global e Saúde Internacional que criam oportunidades de participação, desenvolvimento e valorização no contexto internacional.

5. INDICADORES E METAS EM SAÚDE

5.1. CONCEITOS

1. Pese embora o processo de monitorização do Plano Nacional de Saúde propor-se como dinâmico e evolutivo, é necessário estabelecer um conjunto de indicadores de saúde que comprometa o Sistema de Saúde para com ganhos em saúde e para com a monitorização de resultados e desempenho.

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 Sistema de Saúde.

Indicadores de Saúde 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).

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 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 Sistema de Saúde - nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, auxiliam a análise da qualidade do Sistema de Saúde;
- Grupo IV: Indicadores de Contexto - contêm medidas de caracterização que, não sendo indicadores de estado de saúde, determinantes individuais ou de desempenho do Sistema de Saúde, 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 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 indicadores de Determinantes de Saúde podem ser considerados indicadores de Estado de Saúde, como é o caso dos fatores de risco para várias doenças.

6. Os Indicadores de Saúde 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).

7. Indicadores do PNS são os selecionados, de entre os Indicadores de Saúde, para as áreas que o PNS propõe para intervenção.

Tabela 1 Grupos de indicadores de saúde e respetivas áreas (adaptado de CIHI, 2005 e CIHI, 1999)

Grupo I: Indicadores de Estado de Saúde			
Mortalidade	Morbilidade	Incapacidade	Bem-estar
Por grupos de idade (por ex. infantil); por causas específicas; derivados (por ex. esperança de vida, AVPP)	Interfere com a atividade diária e com a procura dos serviços de saúde.	Inclui deficiência (da função ou estrutura do corpo), limitação de atividade (dificuldade na execução de uma tarefa ou ação)	Físico, mental e social. São exemplos a autoperceção do estado de saúde.
Grupo II: Indicadores de Determinantes de Saúde			
Comportamentos	Condições de vida e trabalho	Recursos Pessoais	Ambientais
Que influenciam o estado de saúde.	Perfil socioeconómico e condições de trabalho.	Prevalência de fatores como apoio social e eventos de vida produtores de estresse relacionados com a saúde.	Que influenciam o estado de saúde.
Grupo III: Indicadores de Desempenho do Sistema de Saúde			
Aceitabilidade	Acesso	Qualidade	Capacitação do cidadão
Responde às expectativas do cidadão, comunidade, prestadores e pagadores.	Adequado conforme as necessidades.	Adequado e baseado em padrões estabelecidos.	Os conhecimentos do cidadão são adequados aos cuidados prestados
Integração de cuidados	Efetividade	Eficiência	Segurança
Capacidade de prestar cuidados, de forma continuada e coordenada, através de programas, profissionais entre níveis de cuidados, ao longo do tempo.	São atingidos os resultados propostos, a nível técnico e satisfação de prestadores e utentes.	Os resultados são maximizados (quantitativa e qualitativamente) com um mínimo de recursos e tempo despendidos.	Riscos potenciais de uma intervenção ou do próprio ambiente dos serviços de saúde
Grupo IV: Indicadores de Contexto			
Não são indicadores do estado de saúde ou de desempenho do Sistema de Saúde mas fornecem informações contextuais úteis, permitindo comparar populações entre si e ao longo do tempo.			

8. 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 Sistema de Saúde. 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 Sistema de Saúde). O processo de seleção, fixação de metas e cálculo dos ganhos em saúde encontra-se descrito no capítulo 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 Sistema de Saúde 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 Sistema de Saúde, previstos e a desenvolver, estão incluídos indicadores de todos os Grupos anteriormente definidos (I a IV).

9. 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.

10. 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.

11. 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.

5.2. INDICADORES DO PNS 2012-2016

5.2.1. INDICADORES PREVISTOS

Indicadores de Ganhos em Saúde

Tabela 2 Lista de indicadores de Ganhos em Saúde e respetivos valores em Portugal Continental (observados, projetados, metas e ganhos acumulados)

Indicador		Valores				
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016	Ganhos acumulados
ÁREA: MORTALIDADE						
1	AVPP por acidentes de transporte terrestre (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	515,2	248,6	124,3	100,1	620,5
2	AVPP por doença crónica do fígado (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	162,6	128,5	106,6	93,6	612,7
3	AVPP por algumas afeções originadas no período perinatal (/100000 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 (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	122,3	144,4	164,6	131,7	532,4
5	AVPP por tumor maligno do colo do útero (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos) (b)	52,4	40,3	27,0	18,9	111,4
6	AVPP por tumor maligno da mama feminina (/100000 mulheres abaixo dos 70 anos)	190,8	159,7	134,7	118,3	291,6
7	AVPP por VIH/SIDA (/100000 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 (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	91,6	86,6	82,1	77,1	232,8
9	AVPP por pneumonia (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	76,5	58,5	38,2	31,0	191,1
10	AVPP por diabetes (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	56,9	40,0	26,6	18,7	177,9
11	AVPP por doenças cerebrovasculares (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	219,4	119,9	63,9	59,1	93,5
ÁREA: MORBILIDADE						
12	Internamentos por diabetes (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	35,2	30,0	29,4	25,5	236,9
13	Internamentos por asma (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	39,9	29,5	22,1	20,1	123,8
14	Internamentos por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (/100000 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 (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	29,7	28,3	28,8	25,2	131,3
16	Internamentos por insuficiência cardíaca (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	28,5	27,9	28,8	25,3	72,9
17	Internamentos por angina de peito (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)	37,2	23,2	18,4	16,4	206,8
18	Internamentos por hipertensão arterial (/100000 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 de crescimento da série 2001-2009 na Região de Saúde do Alentejo, a projeção foi feita com base num modelo matemático diferente do utilizado nas projeções dos 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.

Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde

Tabela 3 Lista de indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde em Portugal Continental (valores observados, projetados e metas)

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
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
29	Mortalidade dos 5 aos 14 anos (/100000 hab.)	22,1	11,5	7,2	6,1
30	Mortalidade dos 15 aos 24 anos (/100000 hab.)	81,9	41,4	23,3	21,8
31	Mortalidade dos 25 aos 64 anos (/100000 hab.)	354,1	292,5	242,8	237,6
32	Mortalidade dos 65 aos 74 anos (/100000 hab.)	2182,5	1649,5	1325,4	1301,4
33	Mortalidade por tumor maligno da mama feminina antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	13,8	12,6	9,1	9,0
34	Mortalidade por tumor maligno do colo do útero antes dos 65 anos (/100000 mulheres)	2,6	2,7	2,1	2,0
35	Mortalidade por tumor maligno do cólon e reto antes dos 65 anos (/100000 hab.)	7,1	7,3	7,1	6,8
36	Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos (/100000 hab.)	14,8	9,2	6,0	4,4
37	Mortalidade por doenças cerebrovasculares antes dos 65 anos (/100000 hab.)	17,8	9,5	5,2	5,0
38	Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos (/100000 hab.)	9,9	6,2	4,2	3,1
39	Mortalidade por suicídio antes dos 65 anos (/100000 hab.)	3,0	5,9	7,3	6,4

Indicador		Valores			
N	Nome	2001 (a)	2009 (a)	Projeção 2016	META 2016
40	Mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (/100000 hab.)	11,9	12,9	12,3	10,7
41	Mortalidade por acidentes de trânsito com veículos a motor antes dos 65 anos (/100000 hab.)	11,5	7,6	4,2	4,0
42	Mortalidade por acidentes laborais (/100000 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 (/100000 hab.)	323,7	383,7	431,5	451,5
45	Médicos (/100000 hab.)	323,7	383,7	431,5	451,5
46	Enfermeiros (/100000 hab.)	359,0	551,3	764,7	801,1
47	Enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários (/100000 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
ÁREA: QUALIDADE					
54	Consumo de analgésicos e antipiréticos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	4,9	5,0	5,1	4,3
55	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	67,0	73,7	86,9	72,5
56	Consumo de antidepressivos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	38,1	58,1	122,0	103,3
57	Consumo de antibacterianos no SNS em regime ambulatório (DDD/1000 hab./dia)	18,9	17,2	14,4	14,2

(a) Ou ano mais próximo. (b) Por este indicador não ter desagregação regional, não foi definida a respetiva meta para 2016, pois o método utilizado para cálculo das metas não ser aplicável nesta situação.

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

Esta lista constitui uma lista de trabalho provisória e evolutiva.

Indicadores de Ganhos em Saúde

Tabela 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 (/100000 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 (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
65	Internamento por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (/100000 hab. abaixo dos 70 anos)
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 (%)

Indicadores do Estado de Saúde e do Desempenho do Sistema de Saúde

Tabela 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 (/100000 hab.)
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 (%)

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%BAdos/GRP/PRSN_VDiscussao_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/.

Altimier, 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/.

Assembleia da República. (1979). Lei n.º 56/1979 de 21 de julho. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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.º43/2006, de 12 de agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 164 de 25 de agosto de 2006, 6201-6203. Acompanhamento, apreciação e pronúncia pela Assembleia da Públicano âmbito do processo de construção da União Europeia.

Assembleia da República. (2007). Lei n.º 37/2007 de 2 de agosto. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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 Comission 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-psp/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.cnpcjr.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 (CEISUC). (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 e em 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;

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.

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.

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.

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://eude-vdays.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.

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.aezq.de.

Global Health Diplomacy Network (GHD.NET). Disponível em 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.

Grupo de Investigação Estatística e Análise de Dados (GIESTA) 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.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/B4587AAE-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/

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.health-powerhouse.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

Inspeção-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.portaldasaude.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.portaldasaude.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.hospitaisepe.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=Relat_rio_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

Ministério da Administração Interna. III Plano Nacional Para a Igualdade – Cidadania e Género (2004-2010). Disponível em www.mai.gov.pt.

Ministério da Educação. (2000). Decreto-Lei nº 259/2000 de 4 de outubro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 240 de 17 de outubro de 2000, 5784-5786. Regulamenta a Lei n.º 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 planejamento e orçamento [PNS-Brasil], Plano Nacional de Saúde - Um Pacto pela Saúde no Brasil. (2007).

Ministério da Saúde. (1999). Decreto-Lei n.º 207/1999 de 27 de maio. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 133 de 9 de junho de 1999, 3258-3264. Criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Ministério da Saúde. (2001). Despacho n.º 25360/2001 de 16 de novembro. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 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 n.º 12930/2004 de 9 de Junho. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 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 n.º 7/2005 de 22 de julho. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 153 de 10 de agosto de 2005, 4611-4613. Criação do Alto Comissariado da Saúde.

Ministério da Saúde. (2005). Decreto-Lei n.º 88/2005 de 19 de maio. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 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 n.º 157/99, de 10 de Maio (criação, organização e funcionamento dos centros de saúde).

Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei n.º 186/2006 de 1 de setembro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 176 de 12 de setembro de 2006, 6696-6698. Regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado no dominio da saúde.

Ministério da Saúde. (2006). Despacho n.º 12045/2006 de 9 de Maio. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 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 n.º 17736/2006 de 18 de julho. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 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 n.º 67/2007 de 22 de fevereiro. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 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 n.º 218/2007 de 16 de abril. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 103 de 29 de Maio, 3500-3502. Aprova a Orgânica do Alto Comissariado da Saúde.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 269/2007 de 16 de abril. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 143 de 26 de julho de 2007, 4771-4777. Definição da missão, atribuições estrutura do INFARMED I.P.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 270/2007 de 16 de abril. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 143 de 26 de julho de 2007, 4777-4780. Aprova nova estrutura do Instituto Português do Sangue.

Ministério da Saúde. (2007). Decreto-Lei n.º 271/2007 de 16 de abril. *Diário da República,* 1.ª Série, n.º 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 n.º 50-B/2007 de 26 Fevereiro. *Diário da República,* 1.ª Série, n.º 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 n.º 183/2008 de 25 de agosto. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 171 de 4 de setembro de 2008, 6225-6233. Criação, com natureza de entidades públicas empresarias, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 2.ª Série, n.º 42 de 28 de fevereiro de 2008, 8083-8084. Rede de Referenciação Urgência/Emergência.

Ministério da Saúde. (2008). Portaria n.º 1529/2008 de 16 de dezembro. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 133 de 11 de julho de 2008, 4408-4414. Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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 Governação dos Hospitais. Disponível em http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf

Ministério da Saúde. (2010). Decreto-Lei nº 38/2010 de 30 de março. *Diário da República*, 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 Governação 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. *Diário da República*, 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-15C0C83E6E87/0/RelatorioAnualSNS2010.pdf

Ministério das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2011). Despacho n.º 381/2011 de 15 de dezembro. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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 redución 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. *Diário da República*, 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 encarregueda prossecução das incumbências relativas às respostas de cuidados integrados de saúde mental.

Ministério dos Negócios Estrangeiros. (1978). Aviso de 19 de Janeiro de 1978. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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.

Ministério dos Negócios Estrangeiros. Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa. Disponível em 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..., Capitulo 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.

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).

N

Nações Unidas. Resolução 217A (III) de 10 de Dezembro de 1948. Ratificada pela AR. *Diário da República*, 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.dmphp.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

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

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

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.

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.

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. *Diário da República*, 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 nº 79/2004 de 3 de junho. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 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. *Diário da República*, 1.ª Série, n.º 182 de 17 de setembo 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.hospitaisepe.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. 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.dmphp.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 an Policies, 2,1.

Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Disponível em http://www.redecidadessaudaveis.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.hospitaisepe.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.observaport.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 potencials. 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

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.

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

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.

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 Repost 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

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. Millenium 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/eval-cbph.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 then 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.

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.

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.

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.

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

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.

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.

7. ANEXO

Encontram-se aqui descritas as Oportunidades e Ameaças de cada um dos Eixos Estratégicos e Objetivos para o Sistema de Saúde.

Para um conhecimento mais profundo do PNS ou para qualquer esclarecimento adicional deverá ser consultada a versão completa do PNS, disponível online no site institucional.

ANEXO 1 . OPORTUNIDADES E AMEAÇAS

EIXOS ESTRATÉGICOS

CIDADANIA EM SAÚDE

OPORTUNIDADES PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA EM SAÚDE

Para o cidadão:

1. Maior consciência da capacidade e poder para a concretização do potencial de saúde;

2. Maior participação na decisão clínica, na gestão da doença e na governação das instituições de saúde;

3. Maior e mais adequada exigência sobre o Sistema de Saúde;

4. Crescente atenção e interesse, por parte do cidadão, pelas questões da saúde e bem-estar individual e social;

5. Reforço dos contextos saudáveis, de promoção de escolhas saudáveis e de apoio na doença;

Para o profissional de saúde:

6. Promoção da adesão, aliança terapêutica e efetividade da sua prática;

7. Maior reconhecimento da qualidade e do valor da sua atividade;

Para a instituição de saúde:

8. Maior suporte à missão, através do voluntariado, cuidadores informais;

9. Melhor utilização dos serviços e comunicação com utentes;

10. Maior reconhecimento social do seu valor;

Para o decisor político:

11. Afirmação da saúde como valor social transversal e definidor do bem comum.

12. Incremento do diálogo, coesão e resposta social aos desafios ao Sistema de Saúde.

13. Centralidade do Sistema de Saúde nas necessidades e expectativas do cidadão como objetivo promotor da integração e articulação dos esforços dos seus agentes.

AMEAÇAS PARA O EXERCÍCIO DA CIDADANIA EM SAÚDE

Para o cidadão:

14. Assimetria de conhecimentos entre o cidadão e o profissional que resulta numa barreira à parceria;

15. Expectativas desadequadas quanto às capacidades dos profissionais e das instituições;

16. A perspetiva da saúde como um bem de consumo e suportado pela mera prestação de serviços;

Para o profissional de saúde:

17. Litigiosidade e medicina defensiva, bem como a insatisfação dos utentes e dos profissionais;

18. Desagregação das estruturas sociais como a família, a comunidade e os grupos informais de apoio;

Para a instituição de saúde:

19. Desequilíbrio de poder entre grupos sociais excluídos ou com menor *empowerment,* como os idosos, desempregados, imigrantes, entre outros;

20. Falta de integração das atividades da sociedade civil com os serviços de saúde;

Para o decisor político:

21. Processos de decisão pouco participados e pouco transparentes nos critérios, fundamentos e ganhos esperados;

22. Ausência de estratégia, transparência e responsabilidade no acesso e distribuição dos recursos sociais;

23. Informação parcial, tendenciosa, carecendo de evidência, circunstancial ou não promotora de literacia.

EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

OPORTUNIDADES À EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Para o cidadão:

1. 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;

2. Melhoria da morbilidade e incapacidade consequentes do rastreio e diagnóstico precoce, intervenção em patologias-chave, resolução célere de problemas de saúde e reabilitação precoce;

3. 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;

4. Aumento da literacia e do *empowerment* dos cidadãos e cuidadores informais;

Para o profissional de saúde:

5. Melhor comunicação entre profissionais de saúde, com melhoria da qualidade e menor probabilidade de erro;

6. Trabalho multidisciplinar, multiprofissional e interinstitucional reforçado.

Para a instituição de saúde:

7. *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;

8. Apoio social integrado através da mobilização planeada e proactiva de recursos sociais;

9. Redução das despesas e libertação de recursos decorrentes;

Para o decisor político:

10. Equidade de acesso nos grupos vulneráveis ou situações associadas à pobreza e exclusão social;

11. 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.

AMEAÇAS À EQUIDADE E ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Para o cidadão:

12. Baixa literacia e autonomia do cidadão/doente para com serviços de saúde;

13. Cuidados de saúde entendidos como meros bens comerciais, transacionáveis numa lógica de mercado;

Para o profissional de saúde:

14. Falta de comunicação e articulação entre prestadores e cuidados;

Para a instituição de saúde:

15. Dificuldades no acesso pela dispersão e fragmentação de cuidados nos Centros Hospitalares unidos por instituições geográficas distantes entre si;

16. Baixa capacidade de planeamento e organização das instituições;

Para o decisor político:

17. 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;

18. Perceção insuficiente do impacto dos determinantes sociais da saúde no acesso e na saúde;

19. Fragmentação dos serviços de saúde, com baixa responsabilidade pela evolução do estado de saúde de uma população.

QUALIDADE EM SAÚDE

OPORTUNIDADES À QUALIDADE EM SAÚDE

Para o cidadão:

1. Maior participação na decisão, melhor utilização adequada de cuidados e gestão integrada da doença;

2. Capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio da família e de cuidadores informais;

3. Expetativas mais realistas sobre a obtenção de resultados em saúde, maior segurança e proteção de campanhas de marketing e publicidade;

Para o profissional de saúde:

4. Maior segurança em relação à incerteza clínica, referenciais claros para a avaliação do trabalho e valorização do mérito e do desenvolvimento contínuo, com maior satisfação;

5. Promoção do trabalho multidisciplinar, focado na obtenção de resultados, elevação dos padrões de segurança e de cuidados de excelência;

6. 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:

7. Reconhecimento da qualidade e efetividade dos cuidados prestados, e valorização;

8. Profissionais e utentes orientados para a melhoria contínua, numa cultura de avaliação e desenvolvimento;

9. Maior confiança social pela transparência na informação do desempenho e da segurança;

10. Garantia do investimento e desenvolvimento dos recursos, pelo reconhecimento do impacto em resultados em qualidade, segurança e ganhos em saúde;

Para o decisor político:

11. 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;

12. *Benchmarking* entre unidades quanto ao desempenho, a partir de referenciais de atuação comuns;

13. O Sistema de Saúde ser reconhecido como um motor social de promoção do envolvimento e da excelência.

AMEAÇAS À QUALIDADE EM SAÚDE

Para o cidadão:

14. Pressão inadequada de grupos de interesses, através de processos de comunicação e uso de evidência enviesados;

15. Informação descontextualizada e usada para promover a procura de serviços, sem se encontrar aferida ao risco e ao ganho;

Para o profissional de saúde:

16. Processos de melhoria contínua da qualidade exigentes em tempo e burocracia, desadaptados das prioridades e do contexto de trabalho, sem retorno quanto a incentivos claros e a recursos para a melhoria sustentada e efetiva;

17. Envolvimento insuficiente na cadeia de cuidados ao doente e pouca adesão a protocolos de atuação;

18. Falta de alinhamento entre os objetivos e prioridades das administrações, dos profissionais e dos cidadãos, resultando em perspetivas fragmentadas da qualidade;

Para a instituição de saúde:

19. Perfil de população, de situação de acesso e de serviços prestados pouco claro e heterogéneo, dificultando a comparabilidade com instituições de responsabilidade semelhante;

20. 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 atividades de formação e investigação;

Para o decisor político:

21. Falta de estrutura crítica para criar, monitorizar e avaliar, de forma extensa e sistemática, orientações e recomendações técnico-científicas;

22. Visão punitiva do erro e da falta de qualidade, desincentivadores das iniciativas dos profissionais;

23. Dificuldade em libertar recursos decorrentes do incremento da qualidade, não proporcionando evidência sobre o retorno atribuível à melhoria e ao valor do seu investimento;

24. 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;

25. 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.

POLÍTICAS SAUDÁVEIS

OPORTUNIDADES ÀS POLÍTICAS SAUDÁVEIS

1. 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);

2. A promoção da intersectoralidade da saúde por parte do Ministério da Saúde;

3. A Presidência do Conselho de Ministros como recurso promotor da intersectoralidade;

4. Iniciativas de outros ministérios e sectores com impacto positivo na saúde;

5. Implementação de legislação conducente à saúde (por ex., Lei do Tabaco);

6. Globalização da sensibilização do cidadão relativamente às questões ambientais, à sustentabilidade, à saúde e ao bem-estar;

7. Maior número de estratégias concertadas de comunicação e *marketing* que promovem a literacia e o *empowerment* do cidadão.

AMEAÇAS ÀS POLÍTICAS SAUDÁVEIS

Para o profissional de saúde:

8. Conhecimento insuficiente sobre o impacto da promoção e educação para a saúde em todos os contextos, empoderamento do cidadão e satisfação dos profissionais;

9. Falta de referenciais e feedback do impacto da sua atividade na saúde da comunidade, a médio e longo prazo; do impacto sobre a redução de desigualdades, determinantes sociais e grupos vulneráveis;

10. Dificuldade na negociação e partilha de poder com outros sectores e outros profissionais, na resolução de conflitos de interesses e na criação de processos sinérgicos; resistência, falta de incentivos e de segurança à mudança;

11. Falta de investimento e valorização de modelos interdisciplinares e intersectoriais.

Para a decisão nacional, regional e local:

12. Baixa valorização da promoção da saúde como um investimento que contribui para a sustentabilidade do Sistema de Saúde;

13. Planeamento fracamente associado a centros de decisão e afetação de recursos, contratualização, monitorização e avaliação;

14. Baixa qualidade e responsabilização na decisão, sem suporte em estratégias de médio e longo prazo;

15. Incompreensão da capacidade e do papel das estruturas locais na efetividade da redução das desigualdades;

16. Dificuldade na articulação de linguagens, paradigmas e culturas sectoriais; incapacidade de valorizar o impacto da saúde nos outros sectores; má gestão de oportunidades políticas; falta de visão estratégica como um valor em todas as políticas;

17. 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.

OBJETIVOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE

PROMOVER CONTEXTOS FAVORÁVEIS À SAÚDE AO LONGO DO CICLO DE VIDA

OPORTUNIDADES À PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS AO LONGO DO CICLO DE VIDA

Para o cidadão:

1. 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.

Para o profissional de saúde:

2. Reforço da rede de suporte e de trabalho noutros sectores, de acordo com as necessidades do cidadão;

3. Capacidade de intervenção promotora da saúde, prevenção e diagnóstico precoce da doença noutros contextos;

4. Atuação e conhecimento facilitadores de intervenções e estratégias multidisciplinares, em equipa e entre instituições.

Para a instituição de saúde:

5. Partilha de recursos, mecanismos de gestão, conhecimentos e estratégias. Reforço das estratégias locais de saúde;

6. Capacitação, transparência e responsabilização social, capacidade de intervenção, evidência e identificação de boas práticas;

7. Valorização da responsabilidade social das instituições e dos seus profissionais.

Para o decisor político:

8. Reforço da responsabilidade e cultura de planeamento e intervenção multi-estratégica;

9. Incremento da evidência e boas práticas de planeamento e intervenção intersectorial e multi-institucional, trabalho em rede e participação das instituições.

A nível da sociedade:

10. Reforço da perspetiva salutogénica, adaptada às necessidades;

11. Maior expectativa social de colaboração intersectorial e partilha de responsabilidades na definição de políticas e ações;

12. Valorização dos agentes do Sistema de Saúde como parceiros, integrando os sectores social, privado e da saúde e os contextos familiar, laboral, escolar;

13. Redução da carga de doença como resultado do investimento efetivo, personalizado e alinhado entre agentes.

AMEAÇAS À PROMOÇÃO DE CONTEXTOS FAVORÁVEIS AO LONGO DO CICLO DE VIDA

Para o profissional de saúde:

14. Dificuldade em partilhar linguagens e perspetivas de outros sectores e de compreender o potencial impacto na saúde da ação de outros sectores;

15. Falta de formação e de competências para o trabalho intersectorial e multidisciplinar;

16. 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.

Para a instituição de saúde:

17. Resistência em assumir a partilha de responsabilidades em contextos de outros sectores;

18. Dificuldade em medir o impacto a médio/longo prazo das ações multissectoriais no estado de saúde da população;

19. Falta de incentivo à partilha de recursos, mecanismos de gestão, informação e conhecimento entre instituições;

20. Políticas tímidas de investimento na promoção da saúde e prevenção da doença, sectorializadas e não integradas.

Para o decisor político:

21. Não capacitação e/ou empowerment das instituições para a concretização de estratégias locais de saúde;

22. Baixo investimento em ações individualizadas e integradas, nos contextos de vivência;

23. Instabilidade na disponibilidade e capacidade dos profissionais e alterações não articuladas nas políticas e prioridades.

A nível da sociedade:

24. Falta de perceção quanto às limitações que decorrem das ações não articuladas e coerentes entre sectores;

25. Sociedade deslumbrada com os avanços tecnológicos e que desvaloriza os comportamentos salutogénicos;

26. 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.

REFORÇAR O SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

OPORTUNIDADES PARA O REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

Para o cidadão:

1. 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;

2. 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;

3. 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:

4. O profissional torna-se agente mais capaz e promotor de *empowerment* ao considerar as dimensões sociais e económicas da sua decisão e da sua atividade, e um recurso mais útil ao cidadão;

5. 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:

6. 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;

7. A instituição consegue melhores resultados de eficiência e ganhos em saúde 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:

8. 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);

9. Ao reduzirem-se as iniquidades, decorre maior retorno ganhos em saúde, económico e social, reforçando o valor da solidariedade social;

10. 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;

11. 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.

AMEAÇAS PARA O REFORÇO DO SUPORTE SOCIAL E ECONÓMICO NA SAÚDE E NA DOENÇA

Para o cidadão:

12. Processos demasiado burocráticos e complexos de obtenção de apoio social e financeiro;

13. Apoios insuficientes, quer no âmbito, duração e montante, para cumprirem os seus objetivos e responderem às necessidades.

Para o profissional de saúde:

14. 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;

15. Baixa perceção do real impacto dos determinantes socioeconómicos no percurso de saúde e de doença do cidadão individual;

16. Dificuldade em manter-se atualizado, identificar, aconselhar ou referenciar situações de carência social e económica;

17. Instrumentalização dos serviços de saúde com fins da obtenção ilegítima de apoios sociais e económicos.

Para a instituição de saúde:

18. Baixa valorização e incentivo de ações institucionais conducentes a um melhor apoio social e económico;

19. Dificuldade em monitorizar e avaliar do impacto de intervenções institucionais.

Para o decisor político:

20. Dificuldade na obtenção e cruzamento de dados que permitam identificar barreiras socioeconómicas no acesso, qualidades, 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;

21. Dificuldade em medir o retorno em ganhos de saúde, económicos ou sociais decorrentes do investimento em medidas conducentes à redução das iniquidades e no apoio a situações socioeconomicamente vulneráveis;

22. 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 ganhos de saúde e na economia, respeitadoras das reais capacidades do país.

FORTALECER A PARTICIPAÇÃO DE PORTUGAL NA SAÚDE GLOBAL

OPORTUNIDADES AO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DE PORTUGAL NA SAÚDE GLOBAL

Para o cidadão:

1. Maior proteção contra as vulnerabilidades de políticas externas da saúde e de outros sectores;

2. Maior proteção contra ameaças transnacionais à saúde.

Para o profissional de saúde:

3. Promoção do intercâmbio, formação profissional e investigação entre centros reconhecidos internacionalmente;

4. Promoção da incorporação e do reconhecimento das melhores práticas profissionais, a nível internacional;

5. Facilitação da pertença a redes internacionais.

Para a instituição de saúde:

6. Reconhecimento internacional de modelos de excelência, inovação, conhecimento e boas práticas;

7. Incorporação de evidência internacional e incremento da qualidade dos seus serviços e recursos humanos;

8. Facilitação da pertença a redes internacionais;

9. Acesso a fundos e recursos internacionais.

Para o decisor político:

10. Criação de sinergias e oportunidades internacionais que se alinhem com os interesses e necessidades nacionais;

11. Valorização do capital organizacional, técnico e de conhecimento nacional a nível internacional;

12. Cultura de competitividade, inovação e excelência pelo das melhores referências a nível internacional;

13. Maior coerência e alinhamento das políticas nacionais e de outros países.

AMEAÇAS AO FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DE PORTUGAL NA SAÚDE GLOBAL

Para o cidadão:

14. Visão fragmentada e desinformada dos acontecimentos e decisões políticas internacionais;

15. 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:

16. Falta de valorização na sua carreira e nas instituições da participação e envolvimento em projetos e formações internacionais de referência;

17. 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:

18. Dificuldade em identificar-se com modelos internacionais face ao contexto nacional;

19. Baixa valorização da participação internacional das instituições portuguesas.

Para o decisor político:

20. Projetos de cooperação pontuais e não capacitantes dos países e sistemas de saúde acolhedores;

21. Dificuldade na identificação e envolvimento de peritos nacionais que capacitem e informem a diplomacia em saúde;

22. Falta de coerência e continuidade nas políticas e relações externas na saúde e da saúde para com outros sectores, bem como entre políticas internas e externas;

23. 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.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE
2012-2016
VERSÃO RESUMO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 apresenta-se sob vários formatos: i) **versão completa** (disponível online e digital, 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 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 académicos. Apresenta os principais conteúdos do PNS, respeitando a estrutura base de cada capítulo: Conceitos; Orientações e Evidência; 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 Objetivos para o Sistema de Saúde, bem como as principais estratégias de reforço dos mesmos. Inclui Cd com todos os formatos do PNS.

Plano Nacional de Saúde
2012-2016

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde