



CONTRIBUTOS DO CONSELHO CONSULTIVO

Relatório Síntese

ÍNDICE

1. Introdução	1
2. Contributos do Conselho Consultivo	3
2.1 Considerações Gerais	3
2.2 Sobre o Território	5
2.2.1. Considerações Gerais	5
2.2.2. Respostas à pandemia e às iniquidades em saúde	7
2.3. Sobre a Economia	9
2.3.1. Considerações Gerais	9
2.3.2. Respostas à pandemia e às iniquidades em saúde	10
2.4. Sobre a Educação	15
2.4.1. Considerações Gerais	15
2.4.2. Respostas à pandemia e às iniquidades em saúde	16
2.5. Sobre o Ambiente	18
2.5.1. Considerações Gerais	18
2.5.2. Respostas à pandemia e às iniquidades em saúde	18

ANEXOS

Na redação deste documento foram utilizados os contributos do Conselho Consultivo (CC) do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, recolhidos em diferentes suportes e momentos. Desde já, os nossos reconhecidos agradecimentos às Senhoras e Senhores Conselheiros¹, nomeadamente:

Alexandra Bento

Antónia Escoval

Alberto Matias*

António Cardoso Ferreira

Carla Nunes

Hildeberto Odório Silva Correia

João Pereira Miguel

Julian Perelman

Luís Filipe Barreira

Margarida Gaspar de Matos

Maria Céu Machado

Mário Joaquim Pinto

Paula Santana

Pedro Pita Barros

Rosa Reis Marques

Lúcio Meneses de Almeida*

Víctor Ramos

¹ Alguns elementos do CC optaram por solicitar a outros profissionais, fora do CC (assinalados com um asterisco na lista apresentada), a elaboração de alguns dos contributos solicitados.

PLANO NACIONAL DE SAUDE 2021 2030



1. Introdução

O desenvolvimento do processo de elaboração e implementação do Plano Nacional de Saúde é exigente, complexo, carecendo do acompanhamento e da perícia de um vasto leque de profissionais que proporcionem no seu conjunto uma completa compreensão sobre os contextos nos quais os diversos determinantes afetam a saúde do conjunto da população e de subpopulações específicas.

Neste sentido, para além da Diretora Executiva (DE), da Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde (CTEPNS) e da Equipa de Apoio, responsáveis pelo desenvolvimento deste trabalho, o Despacho nº 13/2019 da Diretora Geral da Saúde determinou a criação de um Conselho Consultivo e de uma Comissão de Acompanhamento.

Compete ao Conselho Consultivo do PNS 2021-2030:

- a emissão, voluntária e proactiva, ou por solicitação da Diretora Executiva e/ou da CTEPNS, de pareceres ou sugestões, com base no conhecimento do modelo e processo de construção do PNS, bem como dos relatórios de progresso do mesmo;
- a participação no processo de identificação final dos problemas e necessidades de saúde no País;
- a participação no processo de seleção final das principais estratégias para a saúde sustentável no País, rumo ao "contrato social", multi e intersectorial.

O CC é constituído por um conjunto com cerca de 40 individualidades nacionais, com reconhecido saber técnico e/ou científico e experiência presente ou passada na área da saúde ou em áreas conexas. O atual CC funcionará previsivelmente até Outubro de 2022, podendo a sua composição ser revista de 3 em 3 anos.

Tendo em consideração o papel fundamental da Saúde nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e os desafios da integração dos mesmos, na ótica da "saúde em todas as políticas" e "todas as políticas na saúde", e a perspetiva do desenvolvimento de um Plano Nacional de Saúde (PNS) que se pretende, desde a sua conceção, inter e multisectorial, os elementos do CC, desde a sua constituição têm-se vindo a pronunciar sobre:

- como promover a harmonização de políticas e processos entre o sector da saúde e outros sectores, designadamente:
 - o sector da Educação
 - o Sector da Economia
 - o Sector do Ordenamento do Território
 - o Sector do Ambiente

Os elementos do CC têm vindo a refletir também sobre:

- as políticas e programas que possam desencadear efeitos multiplicativos através dos ODS e respetivas metas (aceleradores);
- a abordagem efetiva das desigualdades (sobretudo, das iniquidades) em saúde (de género, geográficas, socioeconómicas, ambientais...), com base na informação e conhecimento existentes (e sua influência, por exemplo, no modelo vigente de alocação de recursos);
- o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as 4 áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde.

O presente documento faz uma leitura e uma síntese transversal dos contributos dos conselheiros do PNS 2021-2030, procurando ser fiel aos mesmos, pelo que as opiniões neste expressas são da exclusiva responsabilidade individual, pese embora a opção pela ordenação dos temas e pela estrutura do documento seja da Equipa do PNS. Trata-se, pois, não de um documento de consenso, mas de um repositório de ideias partilhadas e agrupadas de acordo com 4 áreas – território, economia, educação e ambiente.

Estes contributos decorreram das consultas formalizadas nas 2 reuniões presenciais deste órgão (notas das reuniões de 16 de dezembro de 2019 e 11 de fevereiro de 2020) e dos documentos enviados em 2020 após a retoma dos trabalhos de elaboração do PNS, na sequência do advento da pandemia de COVID-19. Alguns destes, com a concordância dos seus autores, poderão ser consultados, na íntegra, nos Anexos deste documento.

2. Contributos do Conselho Consultivo para o Plano Nacional de Saúde 2021-2030

2.1 Considerações Gerais

A Agenda 2030 das Nações Unidas previa uma oportunidade para se alcançar um mundo mais inclusivo, justo e sustentável, tendo a pandemia de COVID-19 representado um ponto de inflexão, dadas as suas consequências sobre os 17 ODS definidos.

A pandemia veio também expor as desigualdades, agravadas pelas situações de confinamento, com o potencial de manter ou agravar as mesmas ao longo do tempo, podendo, por exemplo, potenciar a insegurança alimentar, o aumento do excesso de peso e da obesidade, bem como o aumento das doenças crónicas não transmissíveis, sobretudo, nas populações e/ou grupos socialmente mais vulneráveis.

Foi referido, por outro lado, que a experiência da luta contra a pandemia trouxe oportunidades de evoluir da retórica sobre a "saúde em todas as políticas", para a sua aplicação concreta por parte do Governo como um todo, dos seus ministérios e dos diversos sectores da vida social e económica do país. Não se trata portanto, apenas de uma estratégia intersectorial de promoção da saúde, mas de garantir que a saúde é integrada nas iniciativas políticas de outras áreas, as quais devem ser coerentes com as prioridades das políticas de saúde e traduzirem-se também em ganhos em saúde para a população. Assim, considerou-se que o modelo de governação do país deveria evoluir para abordagens *transectoriais* (diferente de intersectoriais), flexíveis e adaptativas, consoante os problemas e/ou objetivos em causa numa dada situação e período. Como tal, a saúde terá de estar presente em quase todas as políticas públicas e áreas de governação. Porém, para que isto passe de intenções e declarações formais, sem consequências reais, é necessário desenvolver métodos operativos da transectorialidade.

Relativamente a outras iniquidades em saúde, foi também referido que temos a oportunidade de iniciar uma transformação profunda no SNS, no sistema de saúde e na sua regulação. Esta transformação deverá incluir:

- lógicas organizacionais;
- novos princípios e "algoritmos" de financiamento;
- estratégia de investimentos, por prioridades a montante;
- governação estratégica multinível;
- política integrada, motivacional e prospectiva para os profissionais;
- instrumentos de gestão do conhecimento e da mudança organizacional.

Foi ainda referido que:

- 1. O conhecimento da morbilidade e de fatores epidemiológicos é importante para o planeamento da oferta de cuidados adequados às necessidades, pelo que a divulgação das causas de morbilidade deveria ser fomentada através de sítios da internet de entidades da Saúde, assim como, o impacto na diminuição da morbilidade dos cuidados prestados. A informação relativa aos fatores e riscos epidemiológicos, sejam sociais ambientais ou outros, também deverá ser tida em conta no delineamento de estratégias locais de saúde ajustadas às diferentes populações e respetivas necessidades.
- 2. Os fatores demográficos são determinantes na identificação dos principais desafios na Saúde. A população portuguesa caracteriza-se por um envelhecimento acentuado e crescentes fluxos migratórios. O sistema de saúde deve ser flexível de modo a acomodar estas alterações fruto das características inerentes a uma sociedade em constante mudança. O envelhecimento da população exige uma resposta da sociedade e especificamente da Saúde de forma a responder adequadamente ao incremento das doenças crónicas características desta faixa etária, com especial ênfase nas demências, atendendo ao seu impacto no individuo e na sociedade. A saúde da população imigrante implica a facilitação do acesso aos cuidados de saúde pelo que deverão ser adotadas medidas que reduzam as barreiras comunicacionais e culturais ao acesso aos cuidados de saúde.
- 3. O setor da Saúde é estratégico na economia nacional, o investimento na investigação nesta área e na criação de um cluster de indústrias relacionadas com a saúde contribuirão para tornar este setor uma referência na Europa.

PLANO NACIONAL DE SAUDE 2021 2030



2.2. Sobre o Território

O Ordenamento do Território (OT) é a "expressão espacial das políticas económicas, sociais, culturais e ecológicas de todas as sociedades" (Carta Europeia de Ordenamento do Território, 1983)

2.2.1 O Território é a base, o suporte físico e territorial, das políticas sectoriais; todas as políticas públicas têm uma dimensão territorial:

- As desigualdades geográficas no bem-estar e na saúde das populações são evitáveis;
- As condicionantes territoriais, na produção das condições dos lugares onde as pessoas nascem e envelhecem, atuam positiva ou negativamente nos níveis de bem-estar e de saúde da população;
- As políticas de Ordenamento do Território (OT) visam contribuir para atenuar as desigualdades injustas e evitáveis, de base territorial.

O ordenamento do Território tem um papel crucial nos processos de decisão sobre os nexos territórios|saúde:

O OT, através dos Instrumentos de Gestão Territorial, tem um papel decisivo na organização, articulação e implementação de medidas e ações de políticas, para além do setor da saúde, que influenciam o bem-estar e a saúde das comunidades (determinantes económicos, sociais e ambientais da saúde).

Foi portanto considerado que o OT tem um papel decisivo no desenho e na implementação de políticas públicas de diferentes setores, contribuindo direta ou indiretamente para promover o bem-estar e a equidade em saúde, a várias escalas de governo (do Central ao Local) através da:

- a) articulação das políticas sectoriais com incidência na organização do território incluindo, entre outros, os sectores da saúde, ambiente, educação e economia;
- b) implementação de sistemas de avaliação e de monitorização do impacto das estratégias/medidas/ações de política (de base territorial) no bem-estar e na equidade em saúde.

Sobre a relevância dos municípios na harmonização de políticas e estratégias de âmbito territorial (OT) com o sector da saúde foram referidos os seguintes aspetos:

- O papel das autarquias na promoção da saúde da população e na prevenção da doença é crucial, quer na implementação de ações/medidas de política no âmbito dos determinantes da saúde quer pela inerente capacidade de alavancar a articulação com as estruturas comunitárias de nível local;
- 2. A transferência de competências para os municípios deverá ser objeto de análise tendo em conta as oportunidades, desafios, orientações, recomendações.

- 3. O potencial que a Estratégia Municipal de Saúde pode vir a ter como documento de articulação na implementação das políticas e processos, entre os vários sectores e escalas de governança aos níveis local, intermunicipal ou metropolitano;
- 4. As estratégias devem refletir a abordagem relativa ao tema "Todas as Políticas na Saúde"/ "A Saúde em todas as Políticas", definindo com clareza:
 - a) os processos e mecanismos de articulação intersectorial (e.g. OT e saúde, ambiente e saúde);
 - b) o papel dos diversos atores locais;
 - c) a monitorização e avaliação do impacto das ações de política no bem-estar e na equidade em saúde.
- 5. É fundamental investir, dentro dos municípios, na capacitação organizacional e técnica na área do bem-estar e da saúde e, ainda, da governança para a equidade em saúde;
- 6. Propostas de ações onde os municípios ou comunidades intermunicipais são um importante aliado para o desenvolvimento harmonioso e equitativo da saúde dos munícipes:
 - i. Avançar com a localização global do Sistema de Saúde integral local nos municípios ou em grupos de municípios para existir escala (Municípios desertificados).
 - ii. Elaborar planos de saúde locais em parceria com o governo e a DGS para as ações de proteção, promoção e prevenção, com o objetivo da melhoria da saúde dos Munícipes.
 - iii. Aumentar a prestação de cuidados de saúde de proximidade para a população em situações vulneráveis e com fragilidade, preferencialmente no domicílio.
 - iv. Garantir o acesso efetivo a serviços de saúde de qualidade, através da gestão do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).
 - v. Privilegiar inicialmente os cuidados primários, cuidados continuados, de fim de vida e posteriormente os cuidados hospitalares, sem perder de vista que cada nível tem o seu papel específico, complementar é importante.
 - vi. Promover a cooperação nacional e internacional em saúde, com parcerias com as Universidades, centros de investigação, nacionais e internacionais.
 - vii. Estratificar a comunidade de acordo com a fragilidade, para dirigir os cuidados de acordo com as suas necessidades.
 - viii. Assegurar a implementação a nível municipal, de uma estratégia de promoção de hábitos alimentares saudáveis, assim como na garantia dos cidadãos ao direito a uma alimentação adequada, com base na sua geodemografia (dimensão, concentração e dispersão populacional), e no seu diagnóstico municipal de saúde.

Considerou-se assim que o Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT) é um instrumento de desenvolvimento territorial de natureza estratégica que estabelece as grandes opções com relevância para a organização do território nacional.

Importa evoluir do funcionamento em silos para a articulação territorial numa perspectiva intersectorial, interinstitucional e transdisciplinar.

2.2.2 A pandemia de Covid-19 veio ameaçar a configuração de um novo modelo de cidade mais equitativo, inclusivo, solidário e sustentável que permita uma evolução para cidades inteligentes capazes de garantir espaços de bem-estar e a qualidade de vida aos cidadãos.

Na resposta à Pandemia e às desigualdades patentes no território foram referidas várias propostas, nomeadamente:

- A melhoria da acessibilidade às novas tecnologias, especialmente fora dos centros urbanos, investindo na literacia informática dos adultos, com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde nos seus três níveis de prevenção. Investir na expansão territorial dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nas teleconsultas de especialidade e na realização dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) nos CSP;
- 2. Medidas de reforço das economias locais, nas áreas socialmente menos favorecidas (diminuição de impostos, portagens, custos com telecomunicações...);
- 3. Garantir o acesso de todo o parque escolar a equipamentos desportivos; criar condições para a utilização de bicicletas; promover o desporto da terceira idade;
- 4. Promover o acesso remoto e a desconcentração de serviços da Administração Pública (AP); dinamização junto das Autarquias para facilitar o acesso do cidadão infoexcluído aos serviços da AP; contribuir para a vigilância epidemiológica da população dadora de sangue;
- 5. Responder às desigualdades geográficas no acesso aos meios complementares de diagnostico laboratorial (com forte prejuízo dos que se encontram nas zonas geográficas mais periféricas aos centros hospitalares), aproveitando a forte rede de distribuição dos postos de colheitas dos laboratórios privados que se enquadram numa ótica de proximidade, em alternativa à criação de centros de referência especializados no SNS centralizados nos centros urbanos, que impõe a necessidade de os pacientes se deslocarem não só para as consultas mas também para a realização de análises nos próprios centros hospitalares;
- 6. Potenciar a rede de farmácias, já que no contexto de pressão continuada sobre o SNS, e tendo em conta a dificuldade que as estruturas do SNS terão na retoma da atividade programada, estas continuarão a ser uma porta de entrada para o sistema de saúde e um recurso importante para o acompanhamento da população.
- 7. Melhorar a acessibilidade a alimentos locais saudáveis;
- 8. Promover a capacitação dos cidadãos quanto à alimentação saudável e sustentável;
- Desenvolver um plano de intervenção para a promoção de alimentação adequada e sustentável nas comunidades intermunicipais com vista à implementação e monitorização da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
- 10. Promover a capacitação das comunidades para identificar e orientar situações em que

possa existir vulnerabilidade alimentar para melhor referenciação e ativação de mecanismos locais de apoio.

Sobre os farmacêuticos, foi referido que estes têm um papel a desempenhar na saúde pública, na educação para a saúde e na prevenção da doença, na preparação e resposta de emergência, na realização de testes de apoio ao diagnóstico, na garantia do acesso aos medicamentos e na sua utilização responsável, assim como na melhoria da sensibilização para a vacinação e cobertura vacinal.

No âmbito da dispensa de medicamentos, foi também referido que os farmacêuticos desenvolveram soluções que permitiram dar continuidade à relação de proximidade com a população, mesmo no contexto de afastamento social. Estas soluções passaram não só pela redefinição do circuito e dos procedimentos de dispensa, fazendo chegar o medicamento a quem mais dele precisa, mas, sobretudo, de otimizar o acompanhamento que o farmacêutico faz da efetividade e segurança das terapêuticas, muitas vezes, remotamente.

PLANO NACIONAL DE SAUDE 2021 2030



2.3. Sobre a Economia

"É preciso pensar a economia como um lugar onde se constrói a vida em conjunto" Elena Lasida

2.3.1. Se a saúde é um potenciador e determinante da desigualdade social a condição socioeconómica é a "causa das causas" da saúde, exercendo influência no risco de inúmeras doenças, independentemente da época e do local.

Foi considerada a identificação de objetivos de saúde que cumpram os objetivos de natureza económica por parte de quem faz definição de políticas no campo do Ministério da Economia e o entendimento por parte destes das prioridades em Saúde.

Foi considerado o impacto do peso negativo da despesa *out-of-pocket* com a saúde, com potencial impacto económico e na qualidade de vida das pessoas com rendimentos mais baixos

Foi proposta como uma possibilidade a criação de um **Fórum interministerial** para alinhamento de objetivos.

Um exemplo é a utilização de políticas que usam fundos estruturais com objetivos ligados a melhor saúde, através de:

- a) transformação da estrutura produtiva, atendendo a objetivos de saúde;
- b) efeitos em termos de menor absentismo e maior produtividade, via melhor saúde;
- c) flexibilidade empresarial (entrada e saída) para responder a desafios de saúde, por exemplo através de programas locais.
- d) políticas de conciliação da vida profissional e vida pessoal

Fomenta-se o desenvolvimento endógeno de respostas empresariais (incluindo sector público, privado com fins lucrativos e sem fins lucrativos) a problemas concretos das populações, aproveitando o facto de frequentemente as instituições de saúde serem dos principais estabelecimentos empregadores nos locais onde estão presentes, com impacto direto na economia local.

Outro exemplo será a definição de políticas que, baseadas em necessidades de saúde, premeiam ou favorecem objetivos de criação de valor económico (ex: *startups* de universidades com investigação nas áreas da saúde).

PLANO NACIONAL DE SAUDE 2021 2030



2.3.2. Sobre o impacto da pandemia de COVID 19 na economia e na saúde, considerou-se que a pandemia veio colocar a nu as fragilidades no sistema de saúde, que já se sabia existir, nomeadamente da diminuta integração das soluções de saúde existentes nos sectores público, privado e social. Afigura-se portanto necessário apostar numa maior articulação entre estes setores, através de uma resposta mais integrada na prestação de cuidados de saúde.

Portanto, o SARS-CoV-2 pode não olhar para condições económicas quando se trata de escolher hospedeiros, mas foi considerado que as suas consequências na população são (e serão) muito desiguais.

Sabe-se, tanto pelos dados de outros países, como pelos dados que têm sido divulgados pela DGS referentes a Portugal, que a letalidade por COVID-19 aumenta significativamente com a idade e com a coexistência de determinadas doenças crónicas.

O crédito concedido pelas farmácias aos portugueses atingiu um valor recorde de 76 milhões de euros, como resultado da pandemia. Cada farmácia adianta assim medicamentos sem custos a 163 portugueses, o que permite estimar entre 450 mil e 500 mil portugueses beneficiários de créditos na rede portuguesa. Mas, é previsível que muitas pessoas fiquem sem acesso aos seus medicamentos, por dificuldades financeiras em adquiri-los, principalmente porque não tiveram acesso a prescrição médica.

Por outro lado, foi constatado que a vida dos Portugueses, tanto ao nível pessoal como ao nível profissional, encontra-se profundamente desestruturada. E o isolamento social não é sempre sinónimo de tempo de qualidade para desfrutar em família, tendo sido já amplamente apontado como possível motivo de ansiedade e angústia. Sobre esta matéria, referir que o consumo de antidepressivos (que já é bastante elevado em Portugal em comparação com outros países da OCDE) aumentou nos primeiros oito meses do ano de 2020, e atingiu o valor mais elevado dos últimos três anos.

Portanto, sem saúde para todos, não há saúde para ninguém. Considerou-se que a COVID-19 exemplifica bem este princípio: sabe-se que a doença afeta mais os mais pobres, que têm menor possibilidade de deixar de trabalhar ou de trabalhar em casa, vivem em habitações sobrelotadas e têm mais fatores de risco. No entanto, um subgrupo com maior doença põe em risco a saúde de toda a população, porque aumenta o risco de transmissão e a ameaça para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Foi referido que as respostas à pandemia (e às desigualdades sociais em saúde) poderão passar por:

- Apoios sociais para redução das situações de pobreza. Garantir um rendimento mínimo às famílias que permita manter um nível de vida adequado e que contribua para a dinamização da economia;
- 2. Apoios na habitação: apoio para melhoria das condições de habitação (isolamento, aquecimento, segurança), rendas acessíveis;
- 3. Regulação das condições de trabalho: decisões partilhadas entre trabalhadores e gestores, regulação dos horários e dos turnos, combate aos empregos precários;
- 4. Implementação de políticas de saúde pública regulatórias: limitação da publicidade ao tabaco e a alimentos com elevado teor de açúcar e sal, aumento do preço do álcool, taxas sobre gorduras e bebidas açucaradas, redução do preço de venda ao consumidor de frutas e produtos hortícolas, fluorização da água, regulação do trânsito na estrada;
- 5. Aumento da literacia alimentar e nutricional na lógica do ciclo de vida, com especial atenção aos grupos mais vulneráveis da população;
- Promover a utilização das fontes energéticas renováveis e não poluentes e apoiar o investimento na criação, manutenção e rentabilização de espaços verdes através do ordenamento das florestas, e a promoção da sua utilização como espaço de lazer e prática desportiva;
- 7. Promover ambientes de trabalho e escolares saudáveis, designadamente através da promoção da atividade física;
- 8. Intervenções para reduzir o álcool ao volante, melhoria do trânsito e câmaras de controlo de velocidade;
- 9. Campanhas de promoção de rastreios do cancro da mama, da alimentação saudável, da escovagem dos dentes;
- 10. Capacitar os Cuidados de Saúde de proximidade para responder às reais necessidades das populações (Ex.: MCDT nos cuidados de Saúde Primários);
- 11. Perspectivar respostas específicas às populações vulneráveis, como as crianças e jovens e os idosos, designadamente:

11.1 Crianças e jovens

Foi referido existir evidência de que as desigualdades socioeconómicas em saúde têm causas no início da vida, quando a própria saúde da criança depende da condição socioeconómica dos pais, com repercussões na sua saúde e estatuto enquanto adulto.

Para combater a vulnerabilidade económica e o seu impacto nas desigualdades nas crianças e jovens e nos agregados familiares as escolas emergem como parceiros privilegiados na identificação de problemas e estimação de necessidades ao nível dos alunos e respectivos agregados familiares.

Portanto, foi considerado que importa encontrar mecanismos que, através da comunidade educativa ou em parceria com recursos na comunidade, permitam aos alunos mais vulneráveis compensar a perda verificada nos processos de aprendizagem, e identificar de forma rápida aqueles que apresentam maior risco de abandono escolar:

- a. Permitam a reabertura das escolas garantindo a correcta implementação das medidas de controlo e sua precisa monitorização;
- b. Garantam a manutenção da relação aluno-professor, essencial em todos os níveis de ensino;
- c. Capacitem a comunidade escolar para o uso das tecnologias digitais de apoio ao ensino:
- d. Espelhem e integrem nos programas curriculares as exigências e especificidades decorrentes da mudança de modelo verificada;
- e. Garantam a existência dos recursos para professores e alunos, contribuindo para a inclusão e redução das desigualdades identificadas;
- f. Permitam a conclusão de processos de aprendizagem em contexto de trabalho, em condições de segurança de todos os envolvidos;
- g. Alertem, capacitem e apoiem as famílias face às exigências dos novos modelos de aprendizagem;
- h. Garantam a existência, junto da comunidade escolar e das famílias, em estreita colaboração com os serviços de saúde, de profissionais e estruturas de apoio que permitam a atempada e célere identificação e intervenção em situação de risco (violência familiar, stress, ansiedade, outros) e acompanhamento vocacional;
- i. Garantam a existência do financiamento necessário ao sucesso das medidas e estratégias que vierem a ser definidas.

11.2 População idosa

Vários estudos em Portugal e noutros países evidenciam agravamentos de todas as iniquidades em saúde (e todas as outras) previamente existentes – tendo sido, como sempre, os mais pobres, os mais desprotegidos e os mais frágeis (neste caso com um destaque desproporcionadopara os mais idosos, sobretudo quando alojados em grupo em instalações controladas por terceiros).

Foi referido que a situação de fragilidade das estruturas residenciais para pessoas idosas, nomeadamente no que respeita a cuidados de nutrição foi adensada com a pandemia da COVID-19, pelo que é determinante salvaguardar um envelhecimento ativo e saudável da população.

Dada a magnitude e gravidade das situações ocorridas em muitos Estabelecimentos Residenciais Para Idosos (e instituições similares) será urgente adotar de imediato uma estratégia transetorial visando várias dimensões em causa, que não apenas a da saúde, por exemplo Criação de Equipas multiprofissionais de "Saúde Residencial"

Dado aquelas instituições serem ecossistemas humanos complexos, pareceria lógico adotar uma abordagem estruturada e transetorial multi-financiada (segurança social, saúde, autarquias, recursos alocados a projetos de desenvolvimento local / CCDR) de "saúde residencial".

A inovação na organização da resposta e no financiamento requer-se também no caso dos idosos isolados, social e territorialmente, sendo desejável o desenvolvimento de serviços de proximidade junto do local onde as pessoas vivem (Cuidar em Casa) com base em equipas multidisciplinares que integrem novas tipologias profissionais (cuidadores comunitários / agentes comunitários de saúde) de proximidade, habilitadas a olhar pela saúde dos idosos, com coordenação das comunidades e integração entre os níveis e serviços, entre cuidados de saúde, sociais e cuidados de longa duração (cuidar sempre). Criando condições para que os idosos não sejam precocemente institucionalizados e possam permanecer nas suas residências com dignidade e conforto, protegidos de um ambiente adverso. Sendo importante para uma adequada resposta a classificação da comunidade de acordo com o conceito de fragilidade física, cognitiva e social.

Assim, recomenda-se:

- Promover a criação de serviços de apoio à terceira idade com elevada qualidade e adaptados às necessidades individuais e locais;
- Integrar numa dupla perspetiva de maior eficácia e eficiência, respostas sociais e de saúde, do setor público e setor social já existentes, mas a funcionar de forma avulsa e não coordenada;
- Dotar estes estabelecimentos com os recursos humanos em número adequado, para garantir a prestação dos melhores cuidados de saúde;
- Identificar idosos e comunidades e vulneráveis;
- Promover proteção social e acesso à cobertura universal de saúde;

- Criar rede (radar) partilhada de registo, de necessidades identificadas, (em particular situações de risco nutricional) e cuidados disponibilizados, permitindo a todas as entidades cruzar dados sobre vários indicadores de saúde: dados sociodemográficos, estilos de vida, estado cognitivo, auto-perceção de saúde, história clinica, medicação, estado nutricional, antropometria, indicadores de funcionalidade, fragilidade, níveis séricos de vitamina D, hidratação do idoso;
- Medidas de apoio a pessoas idosas isoladas e reforçar o apoio a pessoas idosas cuidadoras que cuidam de outras pessoas idosas;
- Desenvolver programas de envelhecimento ativo e saudável, reforçando as infraestruturas e as organizações, e garantindo um número adequado de profissionais de saúde para a sua operacionalização.

Para além do olhar sobre o envelhecimento do ponto de vista particular e individual, é importante refletir sobre as melhores práticas, lições e progressos para mudar as narrativas e estereótipos negativos que envolvem a velhice, criando políticas proativas e adaptativas de trabalho, as quais devem ser dignificantes das pessoas idosas , que promovam a relação intergeracional, o convívio entre os idosos e as demais gerações, valorizando as experiências e a aprendizagem ao longo da vida dos cidadãos da chamada terceira idade com efeito na, promoção da dignidade, literacia e cidadania das pessoas idosas.

Educar as populações para o envelhecimento, favorecerá ter idosos mais saudáveis, comunidades menos frágeis e amigas dos idosos.



2.4. Sobre a Educação

Foi referido que a baixa escolaridade surge associada a uma maior probabilidade de doença, a formas mais graves de doença, a uma incorreta utilização dos serviços de saúde, assim como a um maior risco e menor propensão para aderir e adotar comportamentos promotores de saúde ou preventivos.

2.4.1. As escolas emergem, portanto, como parceiros privilegiados na identificação de problemas e estimação de necessidades ao nível dos alunos e respetivos agregados familiares. Considerou-se que a harmonização das políticas e processos entre os setores da saúde e da educação exige a construção de indicadores partilhados entre as duas áreas, designadamente em todos os níveis de educação e qualificação.

O desenvolvimento de indicadores populacionais partilhados entre as áreas da educação e da saúde afigura-se como determinante para a evolução do estado de saúde das crianças e jovens.

Foi considerada, atento o modelo de sistema educativo vigente, a utilidade e necessidade de envolver, responsabilizando, outras entidades, como sejam as autarquias, a quem se encontram atribuídas competências e responsabilidades nesta matéria.

Uma das principais dificuldades descritas neste âmbito decorre da sua efetiva implementação ao nível sub-nacional, essencialmente ao nível local, pelo que foi sugerido que seja igualmente adoptada uma abordagem *bottom-up*, permitindo que o conhecimento "no terreno" informe os processos de tomada de decisão, contribuindo em simultâneo para uma maior participação e responsabilização de todos os envolvidos.

Foram referidos como exemplos:

- Mecanismos a utilizar para promover a harmonização das políticas e processos e, de um modo geral, o trabalho intersectorial, tanto a nível nacional, como regional e local:
 - comissões mistas, agendas comuns, participação adequada em Programas Nacionais, fóruns de discussão, formação dos agentes (professores e pessoal de saúde), dados partilhados e indicadores comuns, melhor informação, etc..
- Criação de duas comissões intersectoriais permanentes:
 - com a Educação
 - com a Ciência e Ensino Superior
 (de nomeação ministerial, com mandatos explícitos, reuniões regulares, transparência e divulgação de resultados. Mesmo modelo a outros níveis).
- Reforço do Conselho Nacional de Saúde com elementos da Educação representando os primeiros níveis letivos,

- Revisão dos programas de saúde nacionais dirigidos às crianças e jovens por equipas intersectoriais com vista a uma melhor adequação e facilidade de implementação.
 - Programas dirigidos às crianças e jovens Saúde Escolar /outros passarem a "programas prioritários"?
 - Possibilidade de retomar o conceito de "escolas promotoras de saúde"?
 - Maior investimento da Ciência e Ensino Superior em trabalho conjunto com a Saúde
 - Desenvolvimento de investigação sobre "prioridades em saúde";
 - Agenda já proposta à FCT (paradeiro desconhecido): uma agenda comum aproximará as partes e promoverá a intersectorialidade;
 - Fóruns Nacionais, Regionais e Locais como oportunidade de convergência entre a Saúde e a Educação;
 - Harmonização de políticas e processos facilitada com mais e melhor informação, através da *Internet* e das redes sociais;
 - Formação adequada dos professores, fundamental para o trabalho intersectorial, tanto a nível pré como pós-graduado; o Plano Nacional de Saúde e vários Programas de Saúde nacionais poderiam e deveriam constituir matéria de ensino;
 - Trabalho conjunto da Saúde e Educação no Ensino Superior, no que se refere a formação dos profissionais de saúde e investigação.

A ausência de aulas presenciais bem como a alternativa de atividade letiva à distância criaram grandes desigualdades e não permitiram assegurar uma educação de qualidade para todos os alunos (*ODS 4 – educação de qualidade*). Foi referido que tal poderá ter profundas implicações tanto ao nível do direito das crianças à educação, como do direito a uma alimentação adequada.

- **2.4.2.** Foi considerado que as respostas à pandemia e às iniquidades em saúde poderão passar por:
 - Encontrar mecanismos que, através da comunidade educativa ou em parceria com recursos na comunidade, permitam aos alunos mais vulneráveis compensar a perda verificada nos processos de aprendizagem, e identificar de forma rápida aqueles que apresentam maior risco de abandono escolar;
 - Garantir a existência, junto da comunidade escolar e das famílias, em estreita colaboração com os serviços de saúde, de profissionais e estruturas de apoio que permitam a atempada e célere identificação e intervenção em situação de risco (violência familiar, stress, ansiedade, outros) e acompanhamento vocacional;
 - Desenvolver uma estratégia que permita a identificação sistemática de agregados familiares em situação de insegurança alimentar, sobretudo, moderada ou grave; devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para salvaguardar a segurança alimentar e nutricional dos alunos, em especial, dos mais vulneráveis;

- Desenvolver uma estratégia com o objetivo de melhorar a alimentação nos estabelecimentos de ensino/educação, prevendo-se a sua dotação com os recursos humanos dedicados para a operacionalização das respectivas medidas;
- Fomentar a literacia em saúde e os estilos de vida saudáveis a partir dos primeiros anos de escolaridade;
- Promover cursos técnico-profissionais com elevada empregabilidade.

PLANO NACIONAL DE SAUDE 2021 2030



2.5. Sobre o Ambiente

2.5.1 A globalização está cada vez mais presente nos mecanismos de influência sobre os comportamentos humanos, através de modelos de crescimento sucessivo da produção e do consumo que apontam para uma felicidade ilusória. Entretanto, a Natureza vive em situação de emergência climática e com risco de extinção de várias formas de vida, enquanto se mantém o fosso entre ricos e pobres.

Foi sugerido que poderá existir agora uma oportunidade muito interessante, no dueto Saúde/Ambiente: o que temos a aprender, se em termos de comunicação e consciencialização se conseguir fazer um paralelo entre a consciência ambiental (que demorou décadas a ser construída) e a consciência em saúde publica, ou seja, o que cada um pode fazer para um bem comum geral, mesmo não se percecionando um ganho direto a curto prazo a nível individual.

2.5.2. Poderia parecer que o "P" de planeta dos ODS, na vertente mais ambiental, seria o grande vencedor da pandemia, isto é, o que teria menor impacto negativo: menor mobilidade significa menor consumo de recursos energéticos e menos poluição. No entanto, o foco na covid-19 parece ter feito com que assuntos como, por exemplo, a reciclagem, perdessem importância relativa, com um menor compromisso e com menos investimento (indicado relativamente ao ODS 13). Temos também outros exemplos não positivos na perspetiva do ambiente - no sentido de produtos de uma só utilização como as máscaras, luvas, etc..

Foi considerado que, apesar da pandemia ter afetado todas as comunidades de forma diferente, consoante os diversos contextos e componentes em análise, a sua resolução só é possível com uma intervenção integrada ao nível global.

A promoção da literacia em saúde ambiental ao longo da vida deverá considerar "ambiente" numa perspetiva mais lata, enquanto ambiente físico, social e digital e incluir a questão da awareness (consciencialização) / conhecimento; a apetência para a ação transformadora e a oportunidade de ação significativa, deverá:

- Favorecer o protagonismo das populações e participação social nas áreas dasaúde ambiental;
- Promover o compromisso nacional para incentivar uma alimentação saudável e sustentável;
- Usar abordagens escolares (programas de alimentação escolar, hortas escolares e educação alimentar) de modo a incluir considerações acerca das alteraçõesclimáticas e influência a longo prazo na saúde da população e do planeta;
- Incrementar a consciencialização sobre os benefícios da produção local de alimentos, e sua relação com o desenvolvimento local, alterações climáticas e a saúdeda população;

- Promover o compromisso nacional para incentivar uma alimentação saudável e sustentável;
- Usar abordagens escolares (programas de alimentação escolar, hortas escolares e educação alimentar) de modo a incluir considerações acerca das alterações climáticase influência a longo prazo na saúde da população e do planeta;
- Incrementar a consciencialização sobre os benefícios da produção local de alimentos, e sua relação com o desenvolvimento local, alterações climáticas e a saúde da população;
- Incrementar a consciencialização sobre os benefícios da produção local de alimentos, e sua relação com o desenvolvimento local, alterações climáticas e a saúde da população;
- Desenvolver ou atualizar as recomendações alimentares através da integração da sustentabilidade ambiental de acordo com o contexto nacional;
- Desenvolver ou atualizar as recomendações alimentares através da integraçãoda sustentabilidade ambiental de acordo com o contexto nacional;
- Abordar a questão da sustentabilidade associada às medidas de saúde ambiental
 (abandonar as medidas que a curto / médio prazo implicam novos problemas);
- Abordar a questão intergeracional e de justiça intergeracional associada às questões da saúde ambiental;
- Caracterizar diversos "Ecossistemas de saúde e bem estar" alinhados com os ODSe definir determinantes facilitadores da saúde ambiental.



Anexos

CONTRIBUTOS DO CONSELHO CONSULTIVO

Alexandra Bento

Contributos da Ordem dos Nutricionistas

1. O impacto da pandemia de COVI-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as 4 áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde;

A Agenda 2030 das Nações Unidas previa uma oportunidade para se alcançar um mundo mais inclusivo, justo e sustentável e a COVID-19 representou um ponto de inflexão dadas às suas consequências devastadoras sobre os 17 objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) definidos.

A pandemia veio expor a desigualdades decorrentes do confinamento, que irá manter-se ou inclusivamente agravar estas desigualdades ao longo do tempo, podendo potenciar a insegurança alimentar, o aumento do excesso de peso e da obesidade e o aumento das doenças crónicas não transmissíveis.

Aumento da Insegurança Alimentar

De acordo com o estudo *REACT-COVID*, da Direção-Geral da Saúde, aumentou a insegurança alimentar, em que 32,7% dos portugueses reportaram preocupação ou incerteza quanto ao acesso aos alimentos por dificuldades económicas, e que 8,0% reportaram dificuldades económicas no acesso aos alimentos;

Aumento da Obesidade e do Excesso de Peso

As desigualdades alimentares e a obesidade adulta e infantil constituem problemas de saúde pública relevantes em Portugal, que poderão ter aumentado. Não obstante a intervenção/tratamento individual, a resolução deste problema deve assentar essencialmente numa estratégia de prevenção, que será tanto mais eficaz quanto mais precoce for o seu início, em termos de idade.

Aumento da prevalência de doenças crónicas

O menor acompanhamento de doentes crónicos na atividade assistencial programadas, bem como a deteção precoce destas doenças, poderá conduzir a um aumento das doenças crónicas, nomeadamente as relacionadas com os hábitos alimentares, e por sua vez um aumento da perda de qualidade de vida destes doentes e a redução de anos de vida saudável.

As medidas para o controlo da COVID-19, poderão potenciar iniquidades em saúde, refletindo-se em vários domínios nomeadamente no território, na educação, no ambiente e na economia.

Território

A Covid-19 veio ameaçar a configuração de um novo modelo de cidade mais equitativo, inclusivo, solidário e sustentável que permita uma evolução para cidades inteligentes capazes de garantir espaços de bem-estar e a qualidade de vida aos cidadãos. Se as cidades não se configurarem com um novo modelo de abordagem transversal e integrada, corre-se o risco de fragmentar o princípio da igualdade e da coesão social (ODS 11 — Cidades e Comunidades sustentáveis)

Educação

O confinamento poderá ter um impacto negativo no desempenho e nas capacidades cognitivas de um grande número de alunos. A ausência de aulas presenciais bem como a alternativa de atividade letiva à distância criaram grandes desigualdades e não permitiram assegurar uma educação de qualidade para todos os alunos (*ODS 4 – educação de qualidade*).

A suspensão das atividades letivas e não letivas, enquanto medida excecional e temporária relativa à situação epidemiológica da doença COVID-19, poderá ter profundas implicações tanto ao nível do direito das crianças à educação, como do direito a uma alimentação adequada, já que as refeições escolares para algumas crianças poderão constituir a única forma de acesso a uma alimentação adequada.

A problemática da insegurança alimentar poderá agravar-se ainda mais no tempo, pelo que é essencial conjugar esforços para o desenvolvimento de uma estratégia que permita uma identificação sistemática de agregados familiares em situação de insegurança alimentar, em particular moderada e grave. Assim, devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para salvaguardar a segurança alimentar e nutricional dos alunos, em especial os mais vulneráveis.

Ambiente

A COVID-19 veio lançar novos desafios para a manutenção de um estilo de vida saudável, em particular no que diz respeito à alimentação. O confinamento poderá ter sido propício à adoção de comportamentos mais sedentários, que envolvem atividades com menor gasto energético. Podem igualmente ter ocorrido alterações profundas no padrão habitual de refeições, tendentes a um consumo alimentar excessivo e a uma ingestão de alimentos densamente energéticos e pobres do ponto de vista nutricional, num período em que estão presentes outros fatores de risco, designadamente o sedentarismo e o stresse emocional. Estes condicionalismos podem ter resultado num aumento de risco de excesso de peso e de obesidade na população.

Neste contexto de pandemia COVID-19, importa alertar para o facto de que os idosos e os doentes crónicos constituem um grupo particularmente vulnerável e em risco de malnutrição. De acordo com a evidência científica atualmente disponível, os adultos com idade a partir dos 65 anos, com doenças crónicas pré-existentes (tais como doenças cardiovasculares, diabetes, doença crónica respiratória, doença oncológica) apresentam maior risco de desenvolverem infeções graves por coronavírus. Estes indivíduos estão ainda mais suscetíveis à malnutrição, atendendo a uma situação de saúde já comprometida, e nalguns casos, uma capacidade limitada para adquirir alimentos.

Economia

Nesta crise pandémica constatou-se uma tendência para perda de poder de compra por parte dos portugueses, atendendo a situações de perda de emprego ou *lay-off* decorrentes do encerramento de empresas e serviços. Neste sentido, prevê-se um significativo impacto a nível da insegurança alimentar sentida principalmente pelos grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente aqueles pertencentes a estatutos socioeconómicos mais baixos. À medida que a pandemia desacelera as economias, o acesso aos alimentos poderá ser influenciado, devido à redução de rendimentos e perda de emprego, bem como pela alteração na oferta alimentar disponível, pelo que estas situações carecem de sinalização para encaminhamento específico.

2. As principais estratégias recomendadas para a sua mitigação.

 Providenciar recursos humanos qualificados ao nível da saúde, da educação e social, com equipas multidisciplinares de composição definida (ODS 3 – Saúde de qualidade) Promover a interligação entre atores sociais e atores de saúde, através da criação de estruturas de alerta, sinalização e garantia de seguimento no contexto de fragilidade de saúde e fragilidade social (ODS 3 – Saúde de qualidade, ODS-10 – Reduzir as desigualdades);

 Auxiliar os grupos mais vulneráveis, para garantir o seu acesso a uma alimentação adequada (ODS-10 – Reduzir as desigualdades).

 Promover o estabelecimento de parcerias de proximidade, para um apoio próximo e atempado junto dos mais desfavorecidos (ODS-17 – Parcerias para a implementação dos objetivos).

 Dar maior ênfase nas questões dos cuidados de saúde de proximidade (ODS 3 – Saúde de qualidade, ODS-10 – Reduzir as desigualdades).

 Produzir informação e dados estatísticos de qualidade para apoio à tomada de decisão a nível governamental (ODS-17 – Parcerias para a implementação dos objetivos).

 Conferir especial atenção aos mais idosos, atento o envelhecimento populacional crescente, por serem considerados uma população mais vulnerável, e em maior risco quando infetados com COVID-19 (ODS 3 – Saúde de qualidade, ODS-10 – Reduzir as desigualdades).

 Aumentar a aposta na promoção da saúde e na prevenção da doença para valores próximos da média europeia (ODS 3 – Saúde de qualidade).

 Adotar uma abordagem de prevenção e controlo de doenças crónicas não transmissíveis ao longo das diversas etapas do ciclo de vida (ODS 3 – Saúde de qualidade).

 Trabalhar a literacia em saúde, em particular no que diz respeito às questões da alimentação e nutrição (ODS 2 – Erradicar a fome; ODS 3 – Saúde de qualidade).

30 de dezembro de 2020

Alexandra Bento

Antónia Escoval / Alberto Matias

PROPOSTA DO IPST, IP PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE

A metodologia utilizada passou por analisar quais os determinantes da saúde que, no contexto que vivemos, têm mais impacto nas diferentes áreas analisadas.

No primeiro ponto foi utilizada uma escala de 1 a 5, onde 1 representa pouco impacto e 5 muito impacto, para quantificar as consequências da pandemia nos diferentes determinantes da saúde em função de cada uma das áreas analisadas.

No ponto dois, foram sugeridas as estratégias para a mitigação dos impactos considerados.

1. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as 4 áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde;

<u>Áreas</u> <u>Determinantes da Saúde</u>	Território	Educação	Ambiente	Economia
Fixos ou Biológicos (idade, sexo, fatores genéticos)	++++	+	+	+
Sociais e Económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social)	++++	++++	+	+++++
Ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social)	+++	+	+++++	+++++
Estilos de Vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual)	++++	++++	++	+++++
Acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)	++++	+++++	++	+++++

2. As principais estratégias recomendadas para a sua mitigação.

Áreas				
Determinantes de Saúde	Território	Educação	Ambiente	Economia
Fixos ou Biológicos (idade, sexo,fatores genéticos)	Melhorar a acessibilidadeàs novas tecnologias especialmente fora dos centros urbanos, investindo na literacia informática dos adultos com o objetivo de melhorar o acesso aos cuidados de saúde nos seus 3 níveis de prevenção. Investir na expansão territorial dos CSP, nas teleconsultas de especialidade e na realização dos MCDT's nos CSP			
Sociais e Económicos (pobreza, emprego, posição socioeconómica, exclusão social)	Medidas de reforço das economias locais nas áreas menos favorecidas(diminuição de impostos,portagens, custos com telecomunicações,)	Fomentar a literacia em saúde e os estilos de vida saudáveis a partir dos primeiros anos de escolaridade. Promover cursos técnicoprofissionais com elevada empregabilidade		Garantir um rendimento mínimo àsfamílias que permita manter um nível de vida adequado e que contribua para a dinamização da economia.
Ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidadeda água, ambiente social)			Promover campanhas de sensibilização à população sobre a separação de lixos, comespecial enfase para a correta eliminação dos materiais e equipamentos de proteção individual utilizados no combate à CoViD-19 (máscaras, embalagens, etc)	Promover a utilização das fontes energéticas renováveis e não poluentes e apoiar o investimento na criação, manutenção e rentabilização de espaços verdes atravésdo ordenamento das florestas, e a promoçãoda sua utilização como espaço de lazer e prática desportiva.
Estilos de Vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual)	Garantir o acesso a equipamentos desportivos a todo o parque escolar. Criar condições para a utilização de bicicletas. Promover o desporto daterceira idade.	Fomentar a alimentação mediterrânica nas escolas e na sociedade em geral. Promover o desporto escolar. Promover a educação sexual na escola. Implementar campanhas de combateà violência doméstica e sexual. Incentivar a realização de sessões deeducação para a saúde nas escolas.		Aumentar os impostos sobre o tabaco, as bebidas com elevado teor alcoólico e sobre alimentos com elevado teor e açúcar e sal. Promover a atividade física no âmbito laboral.
Acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)	Promover o acesso remoto e a desconcentração de serviços da Administração Pública (AP). Dinamização juntos das Autarquias Locais para facilitar o acesso do cidadão info-excluído aosserviços da AP. Contribuirpara a vigilância epidemiológica da população dadora de sangue.	Fomentar o acesso à informação sobre saúde nomeadamente sobre a dádiva de sangue e a transplantação. Promover a utilização de transportes não poluentes.		Capacitar os Cuidadosde Saúde de proximidade para responder às reais necessidades das populações (Ex.: MCDT's nos cuidados de Saúde Primários). Promover a criação deserviços de apoio à terceira idade com elevada qualidade e adaptados às necessidades regionais. Fomentar o uso de transportes não poluentes

António Cardoso Ferreira

PORQUÊ TÃO POUCO SUCESSO NA DIMINUIÇÃO DAS INIQUIDADES EM SAÚDE?

Tomo como ponto de partida a questão levantada pela Prof.ª Alexandra Lopes, no Seminário "Saúde e Desenvolvimento Sustentável ", de 9/10/2019:

"Se já temos tanta evidência sobre as desigualdades em Saúde, porque é que temos tido tão pouco sucesso na sua diminuição (pouca efetividade)?"

Mais à frente, a Prof.ª Alexandra Lopes referiu "duas molduras conceptuais possíveis, quando pretendemos desenvolver intervenções que tenham em vista eliminar a força da associação entre desvantagem Socioeconómica e desvantagem em Saúde:

- a) Indivíduo enquanto único responsável pelas suas decisões, ou seja, ênfase na capacidade individual da ação;
- b) Influência das estruturas sociais na determinação dos comportamentos individuais."

Atravessando com passos largos a História de Portugal, encontro sinais de uma identidade comum que se tornou cultura, com raízes na coesão familiar, na entreajuda comunitária, sobretudo em meios rurais, e na procura de se aventurar em territórios desconhecidos.

Por outro lado, a sociedade portuguesa sofreu um longo período de "vida cabisbaixa" no século passado, aquém do respeito pelos direitos humanos com que se constrói a dignidade de cada pessoa, ao mesmo tempo que se alargava o fosso enorme entre o grupo dos mais ricos e a multidão de pobres.

A "manhã inaugural" de abril/74 libertou o direito à esperança, mas havia já muitos traumas, feridas e doenças difíceis de curar.

Assim, apesar dos passos dados desde então, no sentido de melhorar a justiça, a democracia, o acesso à saúde, à educação e à proteção social, continuamos longe da capacidade para reduzir as iniquidades com que nos confrontamos, além de que a globalização está cada vez mais presente nos mecanismos de influência sobre os comportamentos humanos, através de modelos de crescimento sucessivo da produção e do consumo que apontam para uma felicidade ilusória, encenada por quem lucra com diversas formas de manipulação das pessoas e grupos sociais.

Entretanto, a Natureza vive em situação de emergência climática e com risco de extinção de várias formas de vida, enquanto se mantém o fosso entre ricos e pobres.

Olho para a primeira das molduras referidas no início do texto e interrogo-me sobre a capacidade individual. Até que ponto os processos educativos a nível familiar, escolar e social, preparam as crianças, os jovens e os adultos de hoje para enfrentar os desafios e realizar um projeto de vida que tenha em vista o desenvolvimento sustentável?

Olho para a segunda moldura e também me interrrogo quanto à idoneidade e credibilidade das diversas estruturas sociais para intervir no sentido da redução das iniquidades que continuam a afetar a sociedade em que vivemos.

Dizemos com frequência que "tudo está ligado". Contudo, esta frase tanto pode ter a interpretação fatalista de quem desiste de lutar e se submete ao círculo vicioso dos poderes estabelecidos sobre nós com toda a sua engrenagem manipulativa, como também pode ser lida como a necessidade de abrir portas e janelas que permitam a circulação de ventos de mudança, baralhando os papéis, substituindo os silos por redes sempre abertas a mais gente, e fortalecendo assim a capacidade das pessoas para

serem sujeitos responsáveis por decisões tomadas em grupos cada vez mais alargados, de modo que as estruturas sociais assumam ser suporte dinâmico de serviços cuja função é servir a comunidade, tendo em vista o desenvolvimento sustentável. Nesta perspectiva, a aparente oposição entre a primeira e a segunda moldura é superada pelo caminho do "mais ser com", ou seja "cada indivíduo conscientiza-se em diálogo e cooperação com quem lhe é próximo; juntos, vão construindo mudanças em cuja avaliação e reformulação participam, dentro da comunidade a que pertencem, assumindo-se como sujeitos responsáveis pelo desenvolvimento sustentável ".

Dois exemplos de portas e janelas que podem ter um papel determinante nas mudanças a caminho do desenvolvimento sustentável:

- 1) Nos processos educativos em atividades escolares e extra-escolares, nomeadamente em relação com temas como promoção da saúde, ecologia, cidadania, economia e democracia participativa, é importante que se promova a participação dos estudantes em grupos de trabalho que identifiquem necessidades e questões, dialoguem sobre elas e partilhem com outros grupos as respostas conjuntas a que chegaram. Desta forma, proporciona-se o relacionamento com a realidade à sua volta e um olhar crítico face às suas próprias experiências, que pode projectar-se no seu comportamento futuro, com experiências de cooperação em grupos ou associações locais. Nota: Entre os temas acima citados, a referência à Economia tem em vista um olhar alternativo sobre esta, habitualmente associada aos bens e ao dinheiro, e raramente como "lugar de encontro" (cit. Elena Lasida). Assim, sugere-se a abordagem de experiências no âmbito da Economia Solidária (Comércio Justo/Microcrédito, Economia Circular, Agricultura Sustentável, mercados de trocas com ou sem moeda emitida para esse efeito, etc)
- 2) Além da grande importância da intercomunicação nos dois sentidos entre o PNS, os PRS e os PLS, é de valorizar o papel fundamental da participação cidadã nos respetivos processos de planeamento, execução, avaliação e reformulação, criando-se condições para a representação e intervenção das diversas estruturas sociais. Esta participação, por sua vez, abre a porta para inter-relações de partilha entre entidades ligadas a diferentes PRS e PLS. Ainda ao nível sobretudo dos PLS, é de valorizar o espaço dos Conselhos Municipais, que alguns municípios têm vindo a promover, com funções consultivas, onde poderá também haver condições para o diálogo e cooperação entre entidades da saúde, educação e outras, no sentido do desenvolvimento sustentável.

12/3/2020

António Cardoso Ferreira

Carla Nunes / Margarida Gaspar de Matos

O AMBIENTE E A COVID-19

O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, focado na componente Ambiente, com um foco nas iniquidades em saúde;

Apesar de a pandemia ter afetado todas as comunidades de forma diferente, consoante os contextos de bases diferentes e as diversas componentes em análise, a sua resolução só é possível com uma intervenção integrada ao nível global.

Considerando o lema "Não deixar ninguém para trás" e na sua concretização através dos 17 Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030, a reflexão deste grupo enquadrou-se neste referencial, focada na saúde mas na perspetiva do ambiente (dueto: Saúde/Ambiente).

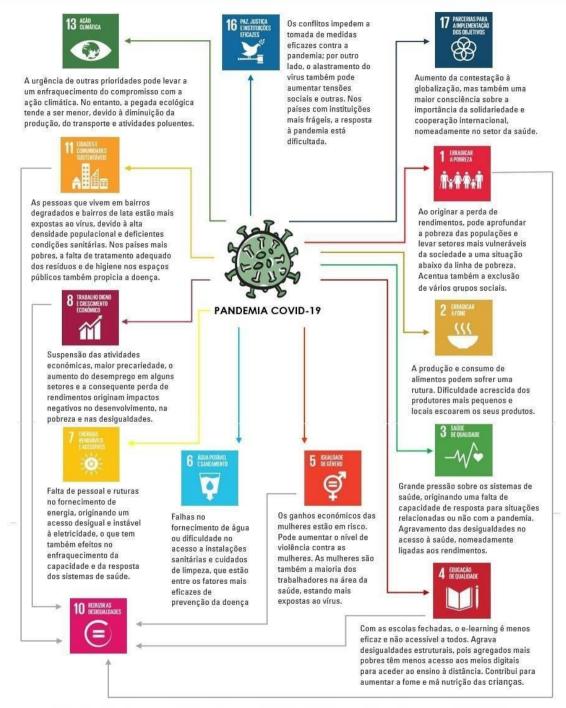
Existe um esquema base (cuja autoria inicial já é difícil de identificar) que reflete bem o impacto da COVID- 19 em todos os ODS. (https://www.plataformaongd.pt/noticias/impacto-da-pandemia-covid-19-nos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel)

Uma análise cuidada, identifica a perspetiva do ambiente em quase todos os ODS, considerando também as condições sanitaristas. Centrando no ODS 3, e procurando enumerar os mais importantes (considerando as descrições/impactos que se encontram referidos na primeira figura) identificamos quatro ODS: 2, 6, 11 e 13. Na perspetiva mais ampla das desigualdades todos os outros têm que ser igualmente considerados.

Numa outra perspetiva, poderemos considerar os 17 ODS organizados em cinco dimensões — os chamados cinco PP: pessoas, prosperidade, planeta, paz e parcerias, que obviamente são interrelacionados e complementares.



Impacto da pandemia COVID-19 nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável



Autor: Patrícia Magalhães Ferreira, para a Plataforma Portuguesa das ONGD, no âmbito do estudo "Portugal e a Implementação dos ODS", em curso. Elaboração com base em UNDESA, Abril 2020.

(Em: https://www.plataformaongd.pt/noticias/impacto-da-pandemia-covid-19-nos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel)

Pensando no P de Planeta, esta dimensão Planeta é principalmente abordada a partir dos ODS 6, 12, 13, 14 e 15, incluindo objetivos em áreas como água e saneamento, consumo sustentável, combate às alterações climáticas e proteção dos ecossistemas marinhos e terrestres.

Poderia parecer que o "P" de planeta, na vertente mais ambiental, seria o grande vencedor da pandemia, isto é o que teria menor impacto negativo: Menor mobilidade significa menor consumo de recursos energéticos e menos poluição. No entanto, para além das consequências já referidas nos ODS 6, 12, 13, 14 e 15, o foco na covid-19 parece ter feito com que assuntos como a reciclagem, por exemplo, perdessem importância relativa, com um menor compromisso e com menos investimento (indicado relativamente ao ODS 13). Temos muitos exemplos não positivos na perspetiva do ambiente - no sentido de produtos de uma só utilização como as máscaras, luvas, etc.

Este ponto parece-nos da maior importância e remete diretamente para a sustentabilidade das soluções. - Este "lixo" não habitual mas expectável tinha que ser posto na equação com a maior urgência.

Estratégias:

Por um lado dar sustentabilidade à diminuição das energias gastas com o baixar da mobilidade, porque esta situação facilmente voltará ao "antes" e podemos tentar aprender e sugerir alternativas.

Por outro lado, os depósitos do novo lixo, a reciclagem do novo lixo, e a ideia de que a proteção do Planeta não é "apenas" para quando as condições sanitárias estão estáveis. O planeta doente potencia pandemias (conhecem certamente o Livro do Roslind, muito claro sobre isto)

As mudanças a nível individual necessitam do apoio dos cientistas do comportamento, para ajudar a introduzir modelos de mudança.

As leis enforçam estas medidas de mudança comportamental que terão de se tornar " culturais e endémicas".

Do ponto de vista da engenharia dos comportamentos e arquitetura de decisões (Conhecem certamente o Thaler a este nível), os "nudges" aparecem num compromisso entre a "amigabilidade das politicas publicas para o ambiente" e a literacia ambiental do cidadão.

Uma Oportunidade no dueto Saúde/ambiente: O que temos a aprender, se em termos de comunicação e consciencialização se conseguir fazer um paralelo entre a consciência ambiental (que demorou décadas a ser construída) e a consciência em saúde publica, o que cada um de nós pode fazer para um bem comum geral mesmo não se percecionando um ganho direto a curto prazo a nível individual. Poderá haver aqui uma oportunidade muito interessante.

Ema Paulino

CONTRIBUTO PNS 2021-2030

1. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as 4 áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde

O mundo não conhecia uma pandemia desta magnitude desde 1918. E apesar de todos os desenvolvimentos positivos dos sistemas de saúde nas últimas décadas, esta crise global de saúde submeteu-os a um teste muito desafiante, mesmo nalgumas das nações mais ricas (e saudáveis) do mundo.

Tornou-se ainda mais óbvio o que significa um mundo sem vacinas em termos de carga global da doença, perda de vidas e impacto económico para todos os países. E vimos como as doenças não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, respiratórias, a diabetes ou o cancro, não representam apenas um enorme peso por si só, mas predispõem as pessoas que as têm às formas mais graves de outras doenças, como a gripe ou a COVID-19. Tudo isto irá pressionar os governos a repensar os sistemas de saúde e a investigação científica e, esperemos, a reconhecerem e apoiarem de forma sustentável os profissionais e instituições de saúde.

De acordo com o Barómetro COVID-10 da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, nos primeiros 10 meses da pandemia da COVID-19, mais concretamente, entre 16 de março e 31 de dezembro de 2020, morreram mais 11.736 pessoas em Portugal do que seria esperado nesse período, um "excesso de mortalidade de 13,6%". Dessas 11.736 mortes, 59% (6.906) deveram-se à COVID-19, enquanto que 41% (4.830) resultaram de causas naturais, a que os investigadores chamam de "mortalidade colateral", uma vez que não deixa de ser consequência do contexto pandémico que vivemos.

Com efeito, os investigadores da ENSP propuseram alguns motivos que, na sua globalidade, podem explicar este aumento. Aquele que parece assumir maior relevância é o de que muitas pessoas, com doenças agudas ou crónicas graves, possam não ter procurado o sistema de saúde por receio de serem contaminadas, ou não terem encontrado no mesmo as respostas necessárias à resolução dos seus problemas, por via da reorganização efetuada para responder à pandemia.

As pessoas com menos recursos financeiros podem ter sido afetadas desproporcionalmente por esta dificuldade de acesso, uma vez que aquelas que têm acesso a seguros de saúde privados ou subsistemas de saúde têm outras opções, muitas vezes com infraestruturas dedicadas.

Por exemplo, o crédito concedido pelas farmácias aos portugueses atingiu um valor recorde de 76 milhões de euros, como resultado da pandemia. Cada farmácia adianta assim medicamentos sem custos a 163 portugueses, o que permite estimar entre 450 mil e 500 mil portugueses beneficiários de créditos na rede portuguesa. Mas, é previsível que muitas pessoas fiquem sem acesso aos seus medicamentos, por dificuldades financeiras em adquiri-los, principalmente porque não teve acesso a prescrição médica.

Por outro lado, a vida dos Portugueses, tanto ao nível pessoal quanto ao nível profissional, encontra-se profundamente desestruturada. E o isolamento social não é sinónimo de tempo de qualidade para desfrutar em família, tendo sido já amplamente apontado como possível motivo de ansiedade e angústia. Sobre esta matéria, referir que o consumo de antidepressivos (que já é bastante elevado em Portugal

em comparação com outros países da OCDE) aumentou nos primeiros oito meses do ano de 2020, e atingiu o valor mais elevado dos últimos três anos.

Acresce que o SARS-CoV-2 pode não olhar para condições económicas quando se trata de escolher hospedeiros, mas as suas consequências na população são (e serão) brutalmente desiguais.

Sabemos, tanto pelos dados de outros países, como pelos dados que têm sido divulgados pela Direção-Geral da Saúde referentes a Portugal, que a letalidade por COVID-19 aumenta significativamente com a idade e com a existência de determinadas doenças crónicas.

Uma sondagem ICS/ISCTE sobre as reações dos portugueses à COVID-19, que envolveu 625 participantes, indica que cerca de 35% dos inquiridos ou têm mais de 70 anos ou diz ter uma doença crónica, como hipertensão, problemas cardíacos, respiratórios, diabetes ou alguma doença que diminua a imunidade. Entre estas pessoas, que são os grupos de risco, uma em cada cinco diz não ter apoio que lhe permita ficar em casa e sair apenas em circunstâncias muito excecionais. Tendo em conta as margens de erro da sondagem, os cálculos levam-nos a concluir que estamos a falar, no mínimo, de 400 mil pessoas em risco acrescido, que não conseguem cumprir as recomendações para elas fixadas.

Os resultados desta sondagem não nos são alheios, a nós, profissionais de saúde que todos os dias contactamos com estas pessoas. Sabemos que quem continua a ter de nos visitar são precisamente as pessoas dos grupos de risco. E que são estas que vão ter as maiores necessidades, mas também as maiores dificuldades em suprir essas mesmas carências.

2. As principais estratégias recomendadas para a sua mitigação.

Uma vez que represento a Ordem dos Farmacêuticos neste Conselho Consultivo do PNS 2021-2030, abordarei maioritariamente o contributo que estes profissionais de saúde deram, estão a dar presentemente e podem dar futuramente para a mitigação das consequências da pandemia.

Esta crise deixou claro que todos somos necessários quando se trata de tornar os sistemas de saúde eficientes e sustentáveis, e os farmacêuticos não são exceção. Têm um papel a desempenhar na saúde pública, na educação para a saúde e na prevenção da doença, na preparação e resposta de emergência, na realização de testes de apoio ao diagnóstico, na garantia do acesso aos medicamentos e na sua utilização responsável, assim como na melhoria da sensibilização para a vacinação e cobertura vacinal.

Em todo o mundo, e apesar de terem sido decretados estados de emergência em muitos países que implicaram o encerramento da quase totalidade dos estabelecimentos de atendimento ao público, as farmácias permaneceram abertas para garantir o acesso aos medicamentos, dispositivos médicos e demais produtos de saúde, assim como os cuidados farmacêuticos necessários ao cidadão. Para além deste serviço vital, os farmacêuticos e restantes colaboradores das farmácias têm desempenhado um importante papel de saúde pública na informação e aconselhamento ao público sobre a COVID-19, os seus modos de transmissão e medidas preventivas.

Os farmacêuticos têm também participado na avaliação e identificação de pessoas com maior risco de infeção ou apresentação de sintomas sugestivos de COVID-19, referenciando-os para eventual diagnóstico e acompanhamento. As farmácias comunitárias, os serviços farmacêuticos hospitalares e os laboratórios de análises clínicas intensificaram os serviços domiciliários a pessoas que se encontravam em situação de confinamento ou quarentena.

Em alguns países, as farmácias comunitárias foram autorizadas a efetuar renovação da terapêutica a pessoas com doença crónica, e a procurar alternativas para medicamentos em escassez ou rotura no circuito. Estes podem ser serviços a implementar no futuro em Portugal, uma vez que a pandemia veio

expor a dificuldade que muitas pessoas têm em aceder às prescrições e aos medicamentos de que necessitam, por falta de acesso aos centros de saúde ou porque os medicamentos não se encontram disponíveis no mercado.

De acordo com o já exposto publicamente, a Ordem dos Farmacêuticos apoia também os esforços no sentido da promoção da dispensa de medicamentos tradicionalmente dispensados pelos serviços farmacêuticos hospitalares, em farmácias comunitárias de proximidade.

No âmbito da dispensa de medicamentos, os farmacêuticos desenvolveram soluções que permitiram dar continuidade à relação de proximidade que estabeleceram com a população que servem, mesmo no contexto de afastamento social. Estas soluções passaram não só pela redefinição do circuito e dos procedimentos de dispensa, fazendo chegar o medicamento a quem mais dele precisa, mas, sobretudo, de otimizar o acompanhamento que o farmacêutico faz da efetividade e segurança das terapêuticas, muitas vezes remotamente.

Tal como referido anteriormente, para além do aumento de mortalidade que se observou no curto prazo, temos também de ter em conta a possibilidade de uma outra vaga, mais tardia, de aumento de mortalidade e morbilidade associada à utilização intermitente dos serviços de saúde. Concretamente, no que se refere aos medicamentos, sabemos que há pessoas que não estão a aderir à sua terapêutica habitualmente administrada em Hospital de Dia. Não existem dados sobre o impacto na adesão à terapêutica na comunidade, nem o impacto que esta terá nas complicações tardias relacionadas com o não controlo das patologias respetivas.

É necessário monitorizar este efeito e implementar soluções que o mitiguem, nomeadamente a renovação da terapêutica por parte do farmacêutico, e a dispensa de medicamentos de dispensa hospitalar em proximidade, nas farmácias comunitárias.

Neste contexto de pressão continuada sobre o SNS, e tendo em conta a dificuldade que as estruturas do SNS terão na retoma da atividade programada, as farmácias continuarão a ser uma porta de entrada para o sistema de saúde e um recurso importante para o acompanhamento da população.

Os dados que têm vindo a ser conhecidos sobre o impacto da desprogramação da atividade assistencial são preocupantes: até agosto de 2020 tinham sido realizadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) menos um milhão e 26 mil consultas do que no ano transato. As cirurgias feitas no SNS também diminuíram 22,2%. Estes números traduzem-se necessariamente em atrasos na realização de atos em saúde relacionados com acompanhamentos, mas também em atrasos no diagnóstico. Estima-se, por exemplo, que quase mil cancros da mama, do colo do útero e colorretal não foram diagnosticados nos primeiros 8 meses de 2020.

O Governo já veio afirmar que as pessoas não-COVID-19 a quem as consultas, exames ou cirurgias forem desmarcadas no SNS seriam encaminhados para os setores privado e social. Desconhece-se, como em muitas outras fases anteriores desta pandemia, de que forma os farmacêuticos e as farmácias serão envolvidas nesta estratégia, e como se deverão posicionar para facilitar o percurso das pessoas no sistema de saúde.

Particularmente, os farmacêuticos comunitários deverão ser utilizados para avaliar e acompanhar o maior número possível de pessoas que apresentam sintomatologia associada a doenças agudas, e eventuais complicações agudas de doenças crónicas.

Uma importante estratégia global no setor da saúde, será a integração dos sistemas de informação, promovendo a partilha de dados em saúde de acordo com a autorização do cidadão a quem pertencem. Garantir a interoperabilidade dos sistemas é importante, mas mais importante será promover uma cultura de centralidade no cidadão em vez de uma cultura centrada no profissional e nas instituições. O

profissional de saúde deve compreender a importância de manter atualizados os registos clínicos, e os profissionais e instituições devem respeitar a centralidade e propriedade dos dados de saúde da pessoa, que a deverão acompanhar, e não ficar reservados aos profissionais/instituições.

Como nota final, afirmar que esta pandemia veio colocar a nu as fragilidades no sistema de saúde, que todos nós já sabíamos existir, nomeadamente da diminuta integração das soluções de saúde existentes no sector público, privado e social.

Hildeberto Odório Silva Correia

Propostas para o Plano Nacional de Saúde 2021/2030 sobre a temática: "Abordagem efetiva das desigualdades em saúde (de género, geográficas, sócio económicas, ambientais...), com base na informação e conhecimento existentes (e sua influencia, por exemplo, no modelo vigente na alocação de recursos).

A Ordem dos Biólogos vem apresentar as suas propostas para o Plano Nacional de Saúde 2021/2030, apresentando o que consideramos ser relevante:

SOBRE AS DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS NO ACESSO AOS MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNOSTICO LABORATORIAL

A criação de centros de referencia especializada no SNS centralizadas nos centros urbanos, impõe a necessidade de os pacientes se deslocarem não só para as consultas mas também a realização de analises nos próprios centros hospitalares.

A Ordem dos Biólogos é da opinião que pode ser aproveitada a forte rede de distribuição dos postos de colheitas dos laboratórios privados que se enquadram numa ótica de proximidade, da qual não existe paralelo no SNS. Lembramos que existem diversas metodologias de diagnóstico *in vitro* comercializadas para dosearem as mesmas magnitudes biológicas, com diferentes sensibilidades e especificidades que resultam na obtenção de valores clinico-laboratorialmente diferentes para uma mesma amostra ou paciente, quando falamos no processo de monitorização individualizada do utente do SNS. Tal facto impede que esses resultados sejam de facto transponíveis entre os vários laboratórios de análises clínicas/patologia clínica, quer sejam entidades prestadoras do setor público ou detentoras de acordos ou convenções com o SNS. Normalmente os produtores do diagnóstico *in vitro* colmatam essas diferenças com a indicação de diferentes valores de referência populacional para a interpretação clínica dos resultados obtidos nos diferentes métodos/equipamentos de doseamento. Por isso, esses dados não são transmitíveis entre si, o que continua a ser necessária a repetição desses doseamentos sempre que o utente transita entre os diferentes prestadores dentro e fora do SNS e se pretende monitorizar o seu estado de saúde atraves dos MCDT, prejudicando fortemente os que se encontram nas zonas geográficas mais periféricas aos centros hospitalares.

Para que se possa usar a rede de postos de colheitas e os respetivos laboratórios que as exploram, a Ordem dos Biólogos relembra o reforço da Gestão Partilhada de Recursos no contexto do SNS (GPRSNS), e louva as iniciativas já iniciadas como a do Despacho n.º 4751/2017, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 105, de 31 de maio de 2017 ou a do Despacho n.º 3796 -A/2017, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 87, de 5 de maio de 2017, o qual procura maximizar a capacidade instalada nas entidades do SNS, nomeadamente ao nível do acesso aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

A Ordem dos Biólogos concorda que ao permitir a desburocratização dos processos e a melhoria do relacionamento dos utentes com o SNS, o projeto "Exames sem Papel" abre as portas decisivamente para a redução do desperdício associado à realização de MCDT, permitindo a obtenção de poupanças diretas e indiretas para todos os envolvidos neste processo, que vão desde a eliminação de repetições ou duplicações desnecessárias até à redução dos custos administrativos, humanos e ambientais que lhe estão associados. A Ordem dos Biólogos reforça que medidas como o projeto do "Catálogo Português de Análise Clínicas", que está em curso pela SPMS, uma medida positiva que demonstra que se reconhece a necessidade de harmonizar a nomenclatura e as unidades com que são reportados os diferentes resultados, por forma a que se possa transferir para o portal do utente e para os Clínicos valores que possam ser comparáveis independentemente da origem. No entanto, a Ordem dos Biólogos alerta que este processo de harmonização é insuficiente e não se esgota apenas no mero ajuste administrativo de nomenclaturas e unidades de reporte laboratorial, precisamente devido a disparidade de métodos existentes no mercado do diagnóstico laboratorial. Sabendo isso, a Ordem dos Biólogos é da opinião que

a mitigação das desigualdades geográficas no acesso aos meios de diagnóstico laboratorial só se pode considerar efetiva com a implementação de um Programa Nacional de Harmonização da Resposta Laboratorial, pelo menos para os parâmetros de doseamento de maior representatividade pela sua frequência.

A harmonização da resposta laboratorial define-se como a capacidade do laboratório clínico obter o mesmo grupo de resultados para uma mesma magnitude biológica (dentro de limites de variação clinicamente aceitáveis) e a mesma interpretação, independentemente do tempo, local, número de repetições e equipamentos ou métodos em que é doseada a amostra biológica². Apenas dessa forma podemos garantir a monitorização personalizada do utente no SNS.

A Ordem dos Biólogos considera a harmonização técnica laboratorial como a base da otimização dos recursos laboratoriais nos setores público e convencionados e propõe que se apliquem as metodologias já conhecidas e divulgadas não só pelo Colégio de Biologia Humana e Saúde da Ordem dos Biólogos³, como também validadas pelo Consorcio Internacional de Harmonização da Resposta Laboratorial, aproveitando a rede instalada de distribuição do Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade (PNAEQ) do INSA, por exemplo.

O referido Programa pode decorrer em 3 fases:

fase 1- Harmonização Interna dentro de cada Grupo Laboratorial ou Centro Hospitalar.

fase 2 - Harmonização da Espinha Dorsal do SNS dos laboratorios Hospitalares EPEs e Ips, com a definição dos laboratórios mentores equipados com as equipas mais experientes em harmonização laboratorial, na rotina diária.

fase 3- Os laboratórios harmonizados Convencionados (privados), harmonizam a sua resposta laboratorial com o eixo central de laboratórios do SNS, harmonizados na fase 2.

Principais parâmetros de doseamento a harmonizar: bioquímicos, hematológicos e imunológicos.

Hildeberto Correia Lisboa, 29 de março de 2020

² ("Harmonization of clinical laboratory test results", Jillian R. Tate, Gary L. Myers; EJIFCC. 2016 Feb; 27(1): 5–14.)

 $^{^3 \ (}http://ordembiologos.pt/wp-content/uploads/2015/11/Procedimento-v3-Maio 2018-Revisao-Final-22052018_.pdf)$

RESPOSTA À SOLICITAÇÃO DO CONSELHO CONSULTIVO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021-2030

1. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as quatro áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde:

É por demais evidente o impacto social da pandemia de COVID-19 em Portugal, especialmente na área da saúde. Esta pandemia veio colocar os sistemas de saúde à prova, mostrando um Serviço Nacional de Saúde há muito debilitado. Estas debilidades ficaram ainda mais expostas pela reação à pandemia, uma vez que todos os processos de saúde foram alterados com a aplicação de medidas de prevenção, controle e tratamento da doença. Para além do impacto direto nos serviços de saúde, pela alocação de recursos humanos e técnicos destinados ao diagnóstico, tratamento e seguimento da patologia, o impacto indireto está a traduzir-se essencialmente no atraso de consultas e cirurgias programadas, de novos diagnósticos e em deficiências na monitorização de doenças crónicas relevantes, nomeadamente as doenças oncológicas, cardíacas e metabólicas.

As situações excecionais de confinamento e de proibição de deslocação, o receio dos pacientes de se deslocarem aos centros de saúde/hospitais, as próprias medidas de contingência hospitalares, o reforço da atividade dos serviços para a prestação de cuidados COVID-19, foram fatores que contribuíram de modo determinante para a suspensão da atividade hospitalar regular e uma monopolização dos cuidados de saúde primários para o atendimento e seguimento urgente dos casos de COVID-19. Até as unidades de saúde anteriormente sem listas de espera, passaram a não ter capacidade de resposta, com as listas de espera a aumentarem exponencialmente.

Assim, a mitigação deste impacto deve passar por um plano estruturado e sustentado de recuperação de consultas, tratamentos e cirurgias, identificando os recursos necessários (recursos médicos e laboratoriais) e estabelecendo níveis de urgência no atendimento. É fundamental a definição de prioridades por doença ou quadro clínico, de modo a conseguir uma gestão equilibrada dos recursos disponíveis, com benefícios a nível do diagnóstico precoce e consequente redução de custos com a saúde a médio/longo prazo. Como sabemos, a precocidade do diagnóstico oncológico é o primeiro fator de sucesso no tratamento, sendo por isso fundamental a definição de uma janela temporal para a recuperação dos diagnósticos em atraso.

Outro importante impacto resultante da pandemia COVID-19, e que não é ainda devidamente conhecido, diz respeito às sequelas da doença a longo prazo. Pelo que já se vai conhecendo, vários pacientes COVID-19, incluindo doentes assintomáticos apresentam sinais ou sintomas debilitantes que podem vir a interferir com a sua vida normal e até necessitar de planos de recuperação. Esta debilidade física pode vir a ter um elevado impacto, em particular na capacidade de trabalho, e, portanto, nas condições económicas futuras, dos próprios e das suas famílias.

Neste contexto, deve ser elaborada uma estratégia de acompanhamento dos pacientes COVID que inclua um plano de responsabilidades na monitorização dos afetados e a criação de uma base de dados nacional para o registo, monitorização e análise dos dados de forma sistemática. Só assim se poderá obter um maior conhecimento das sequelas da patologia e, a seu tempo, definir os planos de ação necessários para mitigar os seus impactos.

O sistema educativo tem, até ao momento, estado dirigido para uma perspetiva mais economicista da sociedade, afastando conteúdos importantes para a vivência em comunidade ou respeitando a relação dos indivíduos com o meio ambiente. Surpreendentemente, e em contraponto, esta situação de pandemia deu origem a uma perceção mais clara de como simples mudanças de hábitos e comportamentos podem traduzir-se em respostas quase imediatas no meio ambiente, apontando-nos

direções a tomar, designadamente no que respeita a políticas de ambiente e de desenvolvimento mais sustentáveis.

Paradoxalmente, esta pandemia veio criar uma oportunidade única à compreensão dos efeitos reais na vida das populações, a nível mundial, decorrentes de condutas incorretas ou hábitos culturais. Criou espaço para pensar de outro modo as questões ambientais, abrindo espaço para a introdução de novas estratégias ambientais e políticas ambientais sustentáveis., sendo os sistemas educativos o "palco" ideal para essa ação.

Este momento deve, pois, ser aproveitado no reforço da sensibilização para as questões ambientais e de sustentabilidade, não apenas em meio escolar, especialmente nas camadas mais jovens, mas também para a população em geral.

Tal como na maior parte dos outros países, a economia foi uma das áreas gravemente afetada, verificando-se uma drástica redução da atividade em setores vitais da sociedade em consequência das restrições à movimentação de trabalhadores e consumidores.

De forma a mitigar o efeito do isolamento foi potenciado o recurso a tecnologias digitais, tão importantes na nossa era, em muitas áreas da atividade.

Nesta área deve dar-se especial relevo aos aspetos laborais e de proteção social, por exemplo estabelecendo políticas não punitivas de ausência por doença ou por apoio a doentes no seio familiar.

É também elevado o impacto psicológico da obrigação de confinamento, do afastamento social, da perda de trabalho ou de rendimentos. O bem-estar emocional da população enfrentou, nos últimos tempos, novos desafios, quer pela crise social, quer por situações de morte e luto. O luto foi apontado como uma das áreas específicas associadas a particulares necessidades de apoio neste período, sendo diversos os fatores que podem dificultar o processo de recuperação pelo caráter sempre traumático da morte.

Também as atuais limitações no acompanhamento hospitalar têm consequências que não devem ser descuradas, em particular nos casos de internamento, situação em que o impacto psicológico é marcante, quer para o paciente quer para os seus familiares. Foram também observados níveis elevados e preocupantes de violência doméstica, sendo urgente a alocação de recursos para o estabelecimento de um plano nacional de prevenção e proteção das vítimas de violência doméstica.

Assim, é expectável que o fator psicológico da pandemia venha a ter consequências nefastas a nível da saúde das comunidades, com um aumento esperado de patologias na área da saúde mental. Neste contexto, a sociedade, os serviços de saúde e os seus profissionais têm que saber responder a essas novas necessidades e devem adequar a resposta ao apoio e à gestão do bem-estar emocional dos indivíduos. Nesta área é importante direcionar novas estratégias, em particular para as crianças, adolescentes e idosos.

Deve ser preparado um modelo eficaz de sinalização, identificação e monitorização destas patologias, em ambiente escolar e universitário, locais de trabalho, lares e grupos comunitários.

No caso particular dos jovens, muito lhes tem sido pedido neste período, sobretudo nas faixas do ensino secundário, politécnico e universitário, tendo os estudantes destes grupos perdido oportunidades e vivências habituais no seu contexto, com claras consequências em termos do impacto no desenvolvimento da inteligência emocional e empatia. Nas áreas de formação de maior componente prática, de que podem ser exemplo as áreas da engenharia e medicina, verificaram-se consideráveis restrições de módulos práticos e de carga horária, com consequências na qualidade final da formação, caso esta não venha a ser compensada de alguma forma.

Para o ensino superior, politécnico e, eventualmente, para o ensino secundário, devem ser consideradas revisões dos planos curriculares para o ano letivo de 2020-2021, de modo a um reforço e adequação dos curricula por força das falhas formativas identificadas.

Também na comunidade educativa devem ser estabelecidas estratégias de reforço de sinalização e acompanhamento de casos de particular fragilidade social, económica ou psicológica.

Apesar de terem sido criadas estratégias de colaboração entre as unidades públicas e privadas de saúde, é expectável que num futuro próximo ocorra um aumento da morbilidade e mortalidade associadas a doenças de risco, com consequências na qualidade de vida e capacidade laboral, nomeadamente do foro psicológico/psiquiátrico, acarretando elevados custos para o Estado português. Ao olharmos para o futuro, são estas evidências agora identificadas que nos podem ajudar a criar novas condições de apoio aos mais fragilizados pela doença.

Assim, é necessário um esforço para a colaboração entre unidades públicas e privadas de saúde, não só com o fim de otimizar recursos e maximizar o seu impacto na saúde da população, mas também no sentido de alinhar todas as iniciativas em saúde, com movimentos em direção à sustentabilidade, encontrando novas alternativas de intervenção pluridisciplinar na área da saúde pública, com vista à melhoria da saúde e do bem-estar.

Na saúde, como em outras áreas estruturantes de uma sociedade saudável, é imperioso repensar e reconstruir um modelo global, com abordagens integradas e conjuntas que promovam a ligação entre a área médica e a área psicossocial para assim mitigar a gravidade e as consequências da pandemia COVID-19.

2. As principais estratégias recomendadas para a sua mitigação

Ponto 1. Perante o surgimento de um novo vírus com potencial pandémico, a estratégia de mitigação mais importante deve assentar numa intervenção individual e comunitária de modo a retardar a sua transmissão, minimizar a morbilidade e mortalidade associadas, bem como os impactos sociais e económicos.

O sucesso de uma estratégia, antes da disponibilidade de uma vacina e da sua aplicação a nível global, assenta na implementação de ações individuais/comunitárias de responsabilização e o estabelecimento de uma rede estruturada de infraestruturas de saúde, constantemente acompanhada e capaz de uma adequada resposta, de modo a proteger sobretudo os mais vulneráveis social e economicamente, os portadores de doença grave (independentemente da idade) e os profissionais de saúde. Aqui toma particular relevância a formação e capacitação nacional em Saúde Pública Global promovendo a saúde e prevenindo a doença, com particular incidência nas múltiplas facetas da saúde ambiental na era póscovid.

As estratégias de mitigação podem ser alargadas ou reduzidas, dependendo da situação local em evolução e da capacidade de resposta em termos assistenciais. Todas as ações decorrentes devem ter em conta a demografia e as características das comunidades onde se verifica a transmissão.

Reforçamos a importância da informação fidedigna e assente na evidência científica dirigida a diferentes públicos-alvo, da disponibilidade do acesso aos cuidados de saúde e da sua escala de diferenciação, da avaliação dos grandes eventos planeados e da relação entre comunidades, nomeadamente quando estão em causa destinos turísticos.

Devem ainda ser estabelecidas diferentes áreas de ação e, dentro destas, níveis de transmissão e de impacto (de impacto mínimo a elevado):

- I. Indivíduos/famílias, reforçando a importância do acesso à informação sobre a manifestação clínicas da patologia e a sua transmissibilidade, bem como as ações a tomar em caso de contágio familiar; II. Infantários/ensino, reforçando a necessidade de avaliação da possibilidade de doença, constante avaliação de risco reconhecendo a necessidade de dispensas escolares e estabelecer planos de ensino à distância;
- III. Lares/centros de dia/programas ocupacionais para idosos, reforçando a necessidade da constante avaliação da saúde, cumprimento de planos de higienização e de promoção da saúde, e estabelecer planos de restrição ao acesso ou de encerramento;
- IV. Locais de trabalho, reforçando a promoção da proteção individual, a realização de testagem regular

e sempre que possível, implementação de sistemas de trabalho à distância;

V. Instituições religiosas/comunitárias, reforçando formas de continuar a prestar serviços de apoio a indivíduos vulneráveis/em risco, com maior risco de doença grave, e promover a redução ou cancelamento de reuniões comunitárias religiosas;

VI. Prestadores de cuidados de saúde, reforçando a avaliação de risco dos profissionais expostos, implementando planos de monitorização e testagem, promovendo o treino dos profissionais de saúde que poderão ser deslocalizados para outras unidades de saúde, antecipando a falta de recursos humanos, cancelando procedimentos eletivos e não urgentes e ainda estabelecendo políticas não punitivas de ausência por doença.

Ponto 2. Para finalizar, entendemos elencar as principais estratégias recomendadas para a promoção da saúde que passam pela reorientação dos serviços de saúde em Portugal. Esta reorientação, no sentido da promoção da saúde, é uma das cinco áreas de ação da Carta de Ottawa (OMS, 1986) que impulsionou o movimento dos hospitais promotores da saúde. Iniciada em 1990 pela Organização Mundial da Saúde, a Rede Internacional de Hospitais e Serviços de Saúde Promotores de Saúde (HPH) apoia hospitais e outros tipos de serviços de saúde no seu desenvolvimento para ambientes de promoção da saúde.

Existem diferentes estratégias para mobilizar recursos e consolidar uma estratégia concertada para a saúde em Portugal, sendo uma das premissas essenciais o compromisso organizacional, político e administrativo assente numa lei de bases da saúde estruturante e num plano nacional de saúde com metas precisas e bem definidas para cada um dos seus pilares, a definição clara da liderança, o investimento na capacitação com a inerente monitorização e avaliação sistemática dos resultados atingidos.

Um centro unidade de saúde e a rede de cuidados de saúde primários deverá preencher a lacuna entre os serviços hospitalares prestados e as condições de vida quotidiana do utente. O *networking* e a cooperação multidisciplinar, não apenas com especialistas em saúde, mas também com o setor social, comunidades, cuidadores e famílias constituí, portanto, uma estratégia central de hospitais e serviços de saúde promotores de saúde com cobertura universal, numa perspetiva de uma só saúde e enquadrado nos objetivos do desenvolvimento sustentável das Nações Unidas.

Colégio de Biologia Humana e Saúde da Ordem dos Biólogos Lisboa, 12 de dezembro de 2020 Hildeberto Correia

Julian Perelman

CONTRIBUTO PARA O PLANO NACIONAL DE SAÚDE: DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

QUATRO PERGUNTAS FREQUENTES SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Pergunta 1. Alguns têm melhor saúde do que outros, porque deveríamos preocupar-nos com a distribuição desigual da saúde?

Três argumentos podem ser avançados em resposta a esta pergunta:

- A saúde é um direito fundamental do ser humano e, como tal, todos têm direito à saúde independentemente da sua condição económica e social, género, etnia ou idade.
- A questão da desigualdade levanta um problema de justiça social, ou seja, de diferenças socialmente injustas. Aliás, fala-se frequentemente em "iniquidade em saúde", para salientar a questão ética. O princípio central da justiça social, nas sociedades liberais, é o da igualdade de oportunidades ou de capacidades, entendido como a oportunidade de gozar de uma "vida boa". Como a saúde é "uma das dimensões mais importantes da vida humana e uma componente crítica das capacidades humanas [de atingir a vida boa]" (Sen, 2002), ninguém pode ser privado dos meios necessários para atingir umaboa saúde.
- Sem saúde para todos, não há saúde para ninguém. O SARS-COV-2 (COVID-19) exemplifica bem este princípio: sabemos que a doença afeta mais os mais pobres, que têm menor possibilidade de deixar de trabalhar ou de trabalhar em casa, vivem em habitações sobrelotadas e têm mais fatores de risco. No entanto, um subgrupo com maior doença põe em risco a saúde de toda a população, porque aumenta o risco de transmissão e a ameaça para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Pergunta 2. Para reduzir as desigualdades em saúde, porque não impedir os ricos de ir ao médico e deixá-los ficar doentes?

Esta ideia, que caricatura a luta contra as desigualdades, é muito bem desmontada pelo prémio Nobel de economia Amartya Sen (Sen, 2002). Segundo Sen, equidade em saúde não equivale a igualdade; se retiramos a todos a oportunidade de ter boa saúde, teremos igualdade, mas não equidade. Ou seja, ao retirar oportunidades ao mais rico, não evitamos que o pobre seja privado da oportunidade de atingir uma boa saúde, de forma injusta. A justiça social recomendaria uma alocação de recursos quepermita tratar ambos o rico e o pobre, por exemplo, através da redistribuição de algum dinheiro do rico para o pobre.

Pergunta 3. Se a saúde é desigual, é porque existem desigualdades sociais. Em vez de nos preocuparmos com as desigualdades em saúde, não deveríamos focar-nos na redução da desigualdade económica e social, o fosso entre ricos e pobres?

A saúde é um potenciador e determinante da desigualdade social. Um estudo de referência mostra, por exemplo, que a saúde tem um papel central na transmissão da desigualdade social entre gerações: crianças de famílias mais desfavorecidas têm pior saúde, o que, por sua vez, as impede de atingirem um nível elevado de educação, melhores empregos e salários quando atingem a idade adulta (Currie, 2009). Também, do ponto de vista político, existe mais apoio para a luta contra as desigualdades em saúde, amplamente vistas como injustas e perigosas para todos, do que para a luta contra a desigualdade social, muitas vezes encarada como inevitável. Existe um amplo consenso na sociedadeportuguesa quanto à necessidade de um Serviço Nacional de Saúde enquanto, por exemplo, os subsídios de desemprego ou o rendimento social de inserção são frequentemente criticados.

DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: FORTE EVIDÊNCIA

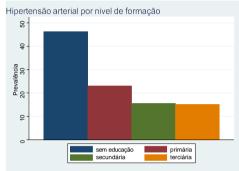
Não existe qualquer dúvida quanto à existência de desigualdades sociais em saúde. Ter um baixo nível de educação, um pior emprego, menor rendimento ou piores condições de vida está associado a maior risco de doença e de morte prematura. Nos EUA, por exemplo, um estudo sobre mil milhões de pessoas, entre 1999 e 2014, mostrou que a esperança de vida aos 40 anos era 14,6 anos superior no 1% de homens mais ricos, comparado com o 1% de homens mais pobres, sendo a diferença de 10,1 anos nas mulheres (Chetty et al., 2016). Mais preocupante ainda, os dados mostraram que a diferençaentre pobres e ricos tem aumentado ao longo destes 15 anos.

Seguem alguns gráficos abaixo que mostram as desigualdades socioeconómicas em saúde em Portugal, em relação à educação e ao rendimento, para os riscos de má saúde, e para as doenças crónicas mais comuns em Portugal (Figura 1). Os dados foram retirados do último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2019.

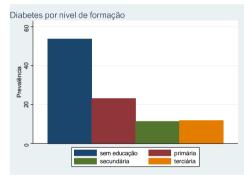
Figura 1. Prevalência de má saúde auto-reportada e de várias doenças, por níveis de formação e rendimento (construção própria).

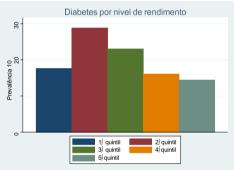


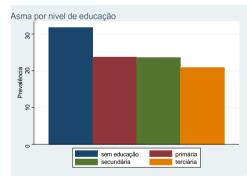


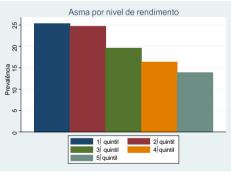


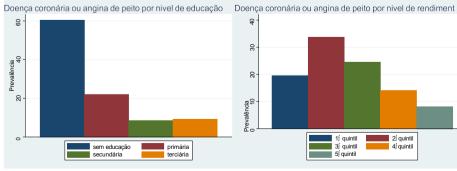




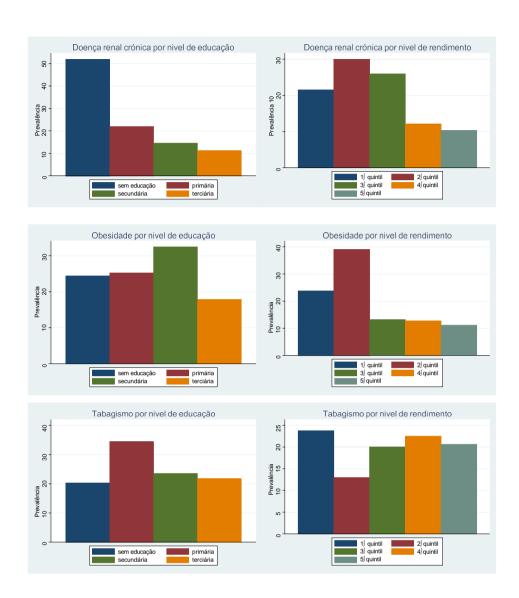












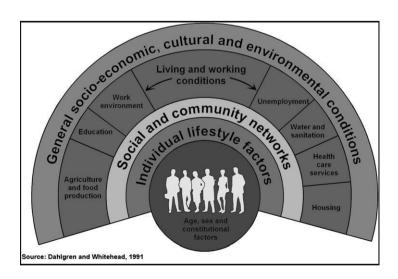
DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: VÁRIAS CAUSALIDADES

As causas das desigualdades socioeconómicas em saúde também já foram amplamente estudadas. Alguns autores argumentam, em particular, que a condição socioeconómica é a "causa das causas" da saúde, tendo observado que estas condições exercem a sua influência no risco de inúmeras doenças, independentemente da época e do local (Phelan, Link, & Tehranifar, 2010). Nada mais oportuno, para ilustrar o mecanismo de causalidade, do que a pandemia SARS-COV-2 (COVID-19). Trata-se de um novo problema de saúde, totalmente desconhecido, que em poucas semanas se alastrou pelo mundointeiro; e se, numa primeira e breve fase, a pandemia afetou a população de forma igual, rapidamentea doença passou a atacar mais duramente as populações mais desfavorecidas, no risco de infeção e de morte, confirmando numa patologia nova o padrão tantas vezes observado noutras doenças (Clouston, Natale, & Link, 2021).

Os mecanismos subjacentes às desigualdades no risco de infeção e morte são comuns a outras patologias. Um estudo recente apresenta os principais mecanismos (Bambra, Riordan, Ford, & Matthews, 2020). Em particular, o risco de morte por COVID-19 está relacionado com hipertensão, diabetes, asma, DPOC, cancro, doença cardíaca, doença renal, obesidade e tabagismo. Ora, estas doenças crónicas estão associadas às condições de trabalho (insegurança, salários baixos, trabalhos repetitivos e estressantes, horários alargados, etc.); aos recursos financeiros para aceder a cuidados de saúde de qualidade e estilos de vida saudáveis; à qualidade das habitações (sobrelotação, humidade, etc.) e dos bairros onde as pessoas vivem (insegurança, ausência de espaços verdes e de transportes, etc.); ou à posição social (stress e ansiedade relacionadas com a falta de autonomia, de poder e de capital social e material). Por sua vez, também existe evidência de que as desigualdades socioeconómicas em saúde têm causas no início da vida, quando a própria saúde da criança depende da condição socioeconómica dos pais, com repercussões na sua saúde e estatuto enquanto adulto (Currie, 2009). No caso da COVID-19, é simples entender a desigualdade no risco de infeção quando são as populações com piores empregos e salários que têm menor possibilidade de ficar em teletrabalho ou de faltar ao emprego, colocando-se em risco no seu dia a dia.

O amplamente referido diagrama de Dahlgren e Whitehead (Dahlgren & Whitehead, 1991) esquematiza bem o mecanismo da desigualdade em saúde, relacionado com os fatores constitutivos pessoais (a biologia e a genética), os estilos de vida numa segunda "camada" (álcool, tabaco, dieta, etc.),o contexto em que as pessoas vivem (o capital social, o tipo de bairro) e as condições de vida e de trabalho (sobre as quais falámos acima por causa da COVID-19) (Figura 2). A última camada representaos elementos globais que influenciam estas condições de vida e de trabalho,nomeadamente, a situação macroeconómica e as políticas públicas (económicas e sociais) do país, a sua cultura, e o contexto e as políticas ambientais.

Figura 2. Modelo teórico dos determinantes socioeconómicos da saúde



DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: COMO ATUAR?

Os estudos têm sido mais descritivos das desigualdades do que orientados para testar políticas ou intervenções para as reduzir. Também o foco tem sido nos estilos de vida (tabaco, álcool) e menos na atuação nos determinantes socioeconómicos de forma mais abrangente, nomeadamente nos fatores socioeconómicos, culturais e ambientais subjacentes a todas as desigualdades, e nos determinantes mais próximos (condições de vida e de trabalho). No entanto, uma revisão sistemática das revisões sistemáticas ("umbrella review") para os países ricos, entre 2000 e 2007, observou a efetividade das políticas seguintes (Bambra et al., 2010):

- Habitação: apoio à renda (renda acessível, dessegregação dos bairros) e melhoria das condições de habitação (visitas domiciliárias, avaliação e remoção das situações de risco, isolamento, aquecimento);
- Condições de trabalho: melhoria do controlo sobre o trabalho (maior participação dos trabalhadores na organização do trabalho), maior regulação dos turnos (de trabalho noturno e ao fim de semana, menos horas de seguida), redução da precariedade do emprego (a privatização de serviços tende para aumentar a desigualdade);
- Transportes: intervenções para reduzir o álcool ao volante, melhoria do trânsito e câmaras de controlo de velocidade.

De notar que este estudo encontrou evidência pouco conclusiva, no impacto nas desigualdades em saúde, no que diz respeito às políticas de apoio à procura de emprego, de melhoria de acesso aos cuidados de saúde, de incentivos à produção alimentar e à alimentação saudável, ou de melhoria do ambiente. Isto não significa que estas políticas não tenham impacto, significa que não tem sido estudado ou observado um efeito diferenciado nos grupos socioeconómicos.

Uma atualização deste estudo, focado no impacto das políticas sociais para o período 2007-2017, encontrou resultados escassos e pouco conclusivos (Hillier-Brown et al., 2019). Foi observado um efeito positivo na saúde mental de subsídios de desemprego mais generosos, mas nenhum efeito, ouaté um efeito negativo, das políticas laborais ativas (apoio e incentivos ao emprego). Os autores destacam o efeito na saúde de subsídios mais generosos que permitem não apenas o acesso a um rendimento, mas também de sair de uma situação de pobreza. No que diz respeito às políticas de emprego ativas, os autores apontam o lado coercivo, compulsivo e discriminatório destas políticas emalguns países, para explicar os resultados negativos para a saúde.

Outra *umbrella review* mais recente focou intervenções de saúde pública com impacto nas desigualdades socioeconómicas em saúde (Thomson et al., 2018):

- Políticas fiscais: a evidência aponta uma redução de desigualdades relacionada com o aumento do preço do álcool, dos subsídios à alimentação para as populações desfavorecidas (o *Food Stamp Programme* nos EUA), do subsídio à compra de frutas e legumes e das taxas sobre alimentos não saudáveis, e dos incentivos financeiros à vacinação das crianças;
- Regulação: a evidência é escassa relativamente ao impacto na redução da desigualdade. No entanto, resultados indicam um impacto positivo na equidade da limitação da publicidade para o tabaco, da fluorização da água, da regulação do trânsito na estrada, da vacinação obrigatória para entrar na escola;
- Educação para a saúde: as políticas educativas tiveram geralmente como efeito um aumento da desigualdade (ver abaixo), com as exceções de uma campanha de promoção do rastreio do cancro da mama e de um programa de educação para alimentação saudável, ambos orientados para populações desfavorecidas, e de um programa nacional de promoção da escovagem dos dentes.

De notar, mais uma vez, que não foi demonstrado impacto positivo nas desigualdades de medidas com efeito confirmado na saúde, como o imposto sobre o tabaco, o reforço obrigatório do ácido fólico, a redução obrigatória do sal nos alimentos, a rotulagem dos alimentos não saudáveis nos restaurantes, a proibição de fumar nos locais públicos. Inclusive, algumas estratégias parecem aumentar a desigualdade, em particular as baseadas em programas educativos.

A vertente mais "macro" (a última camada) do gráfico 2 indica que as condições de vida e de trabalho dependem em grande parte das políticas sociais, nomeadamente, do funcionamento do Estado-Providência (*welfare state*).

De notar que todos os textos referenciados nesta secção dizem respeito a revisões de artigos recentes focados em países de alta renda.

ORIENTAÇÕES BASEADAS NA EVIDÊNCIA NO COMBATE ÀS DESIGUALDADES EM SAÚDE, PARA O PNS

Com base na literatura, duas mensagens centrais devem ser consideradas:

- O combate às desigualdades em saúde é uma problemática central de justiça social e de saúde pública. Por isso, é crucial considerar não apenas a saúde da população e as melhores políticas para a sua melhoria, mas também a distribuição da saúde entre grupos sociais e as políticas que melhorem a saúde dos grupos mais desfavorecidos.
- As desigualdades em saúde estão intimamente relacionadas com as condições de vida, de trabalho e de acesso ao rendimento e à educação. Por isso, o combate às desigualdades em saúde deve incluir dimensões como a fiscalidade, a regulação laboral e o apoio social. Por isso, deve existir uma estreita

colaboração entre o Ministério da Saúde e outros ministérios e instituições responsáveis por estas políticas.

Com base na evidência existente, apontamos seis políticas cuja efetividade foi demonstrada e exequíveis no contexto português:

- Apoios na habitação: apoio para melhoria das condições de habitação (isolamento, aquecimento, segurança), rendas acessíveis.
- Regulação das condições de trabalho: decisões partilhadas entre trabalhadores e gestores, regulação dos horários e dos turnos, combate aos empregos precários.
- 3. Apoios sociais para redução das situações de pobreza.
- 4. Manutenção e reforço das políticas fiscais favoráveis aos comportamentos saudáveis: aumento do preço do álcool, taxas sobre gorduras e bebidas açucaradas, redução do preço das frutas e legumes.
- 5. Implementação de políticas de saúde pública regulatórias: limitação da publicidade ao tabacoe a alimentos não saudáveis, fluorização da água, regulação do trânsito na estrada.
- Educação para a saúde: campanhas de promoção de rastreios do cancro da mama, daalimentação saudável, da escovagem dos dentes.

REFERÊNCIAS

Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 64(4), 284–291.

Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, *74*(11), 964–968.

Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., ... Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *Jama*, 315(16), 1750–1766. Clouston, S. A. P., Natale, G., & Link, B. G. (2021). Socioeconomic inequalities in the spread of coronavirus-19 in the United States: A examination of the emergence of social inequalities. *SocialScience & Medicine*, 268, 113554.

Currie, J. (2009). Healthy, wealthy, and wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development. *Journal of Economic Literature*, *47*(1), 87–122.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social Equity in health.* Stockholm.

Hillier-Brown, F., Thomson, K., Mcgowan, V., Cairns, J., Eikemo, T. A., Gil-Gonzále, D., & Bambra, C. (2019). The effects of social protection policies on health inequalities: evidence from systematicreviews. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*(6), 655–665.

Phelan, J. C., Link, B. G., & Tehranifar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, *51*(1 suppl), S28–S40.

Sen, A. (2002). Why health equity. *Health Economics*, 11(8), 659–666.

Thomson, K., Hillier-Brown, F., Todd, A., McNamara, C., Huijts, T., & Bambra, C. (2018). The effects of public health policies on health inequalities in high-income countries: an umbrella review. *BMC*

Public Health, 18(1), 1–21

Luís Filipe Cardoso Barreira

O IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA SAÚDE DA POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL E SEUS DETERMINANTES. COM FOCO NAS INIQUIDADES EM SAÚDE. O CASO DA EDUCAÇÃO

Sendo reconhecido que cerca de 70% dos determinantes da saúde se enquadrem fora deste sector⁴, a investigação desenvolvida nas últimas décadas tem demonstrado a correlação entre o risco de adoecer e de morrer e os determinantes de saúde, entendidos como as "condições em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham" (Marmot, 2010), contribuindo para que, mesmo em países com sistema de protecção social e de saúde mais desenvolvidos, exista evidência de uma desigual distribuição dos riscos em função do estatuto socioeconómico em que cada individuo se encontra.

De acordo com a evidência disponível, historicamente, as pandemias são experienciadas de forma desigual entre os diferentes grupos populacionais, com as comunidades económica e socialmente menos favorecidas a apresentarem maiores taxas de infecção, severidade e mortalidade.

As desigualdades identificadas reflectem-se igualmente no risco, frequência e gravidade de doenças respiratórias, tal como evidencia a análise dos dados relativos à pandemia de gripe espanhola (Wachtler B, 2020) e sugerem os dados já disponíveis em alguns países relativamente à pandemia de COVID-19 (Bambra C, 2020).

De acordo com os estudos disponíveis, a correlação afirmada parece manter-se, e ainda que não se encontre suficientemente estudada, estudos realizados no Reino Unido e nos Estados Unidos, sendo aqueles que incluem maior número de casos, parecem indicar a presença de desigualdades e iniquidades no risco de transmissão e de infecção, bem como em formas mais severas da doença entre os grupos populacionais menos privilegiados, tendência, aparentemente, também verificada na Alemanha (Wachtler B, 2020).

Desta forma, é possível afirmar que o impacto provocado pela actual pandemia, em todos os sectores da sociedade, acompanha a tendência historicamente identificada, agravando as desigualdades existentes quer quanto aos determinantes sociais quer quanto à própria saúde e doença dos grupos populacionais mais desfavorecidos, que vêem assim agravadas as condições de habitação, emprego, educação, acesso a cuidados, protecção social e outras (Bambra C, 2020), e consequente aumento do risco e doença.

É, no entanto reconhecida nos estudos disponíveis, a necessidade de continuar a registar e monitorizar os dados que permitam a análise necessária, considerando que os padrões epidemiológicos podem apresentar variações e mudanças, incluindo geográficas⁵, durante o período em que perdurar a pandemia.

De entre os determinantes sociais da saúde, o nível de educação respeita às diferenças em termos de acesso à escolaridade e conhecimento, sendo que, aqueles que possuem maior acesso à informação demonstram melhores estados de saúde e uma maior capacidade para a adopção de estilos de vida e comportamentos mais saudáveis.

⁴ Conforme George, F. Sobre Determinantes da Saúde (11.03.2014), disponível em <u>www.dgs.pt</u>

⁵ Veja-se a título de exemplo "Socioeconomic inequalities in the risk of SARS-CoV-2 infection – First results from an analysis of surveillance data from Germany – Focus – JoHM S7/2020"

Consequentemente, a baixa escolaridade surge associada a maior probabilidade de doença, a formas mais graves de doença, a uma incorrecta utilização dos serviços de saúde, assim como a um maior risco e menor propensão para aderir e adoptar comportamentos promotores de saúde ou preventivos.

A adopção de políticas de confinamento e distanciamento social (*lockdown*) adoptadas pela generalidade dos governos como forma de mitigar e controlar a pandemia de COVID-19, levou ao encerramento das escolas, provocando a maior ruptura educacional até hoje verificada, obrigando cerca de 94% da população estudantil de todo o mundo a "*deixar as suas salas de aula*" (United Nations, 2020).

Neste contexto, as instituições, de todos os níveis de ensino, foram obrigadas a alterar, de um dia para o outro, o modelo de ensino, assegurando que a continuidade dos processos lectivos decorria com recurso ao ensino à distância através de internet, televisão ou até rádio (OECD, 2020).

Sendo esta a única forma de garantir a continuidade da educação, esta opção parece implicar e potenciar um conjunto de situações particularmente problemáticas em especial quando associadas a outros determinantes de saúde e à incapacidade de garantir que a totalidade dos alunos teria acesso às aulas através de meios digitais, em todos os níveis de ensino (United Nations, 2020), ou à incapacidade de assegurar que todos os professores detinham os recursos e as competências necessárias à nova realidade, agravando as disparidades e desigualdades anteriormente existentes (OECD, 2020).

A Comissão Europeia no relatório relativo ao impacto da COVID-19 na educação (Di Pietro, G; Biagi, F.; Costa, P.; Karpinski, Z.; Mazza, J., 2020), alerta para o impacto negativo nos processos de aprendizagem, decorrente de um conjunto de factores, de entre eles, uma redução do tempo afecto a estes processos comparativamente ao período anterior à pandemia.

Para além destes, o confinamento no domicílio potenciou situações de stress e ansiedade, os quais afectam negativamente a sua motivação e capacidade de concentração no desenvolvimento das tarefas escolares, situação esta, igualmente associada à ausência de presença física em contexto escolar.

Dados disponíveis vieram demonstrar a existência de importantes consequências na segurança alimentar dos alunos pertencentes aos grupos profissionais mais desfavorecidos, agravando a situação existente em consequência das medidas de austeridade implementadas durante a última crise económica e financeira.

As escolas foram chamadas a assumir um papel importante na alimentação de inúmeras crianças, garantindo o acesso a uma alimentação saudável, e, em inúmeros casos, garantindo a única refeição diária das crianças em causa, situação esta agravada pelas medidas implementadas, sua duração e consequente aumento dos níveis de pobreza dos agregados familiares, com efeitos negativos reportados no desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Para além do enunciado, a implementação de políticas de "lockdown", terão concorrido para agravar as desigualdades existentes entre a população escolar, com os alunos pertencentes aos grupos sociais menos favorecidos a demonstrarem uma menor ou inexistente capacidade de acesso aos meios digitais necessários para os processos de aprendizagem, ou a disporem de ambientes familiares menos adequados ao processo de aprendizagem em casa, incluindo menor apoio por parte dos familiares e professores (Di Pietro, G; Biagi, F.; Costa, P.; Karpinski, Z.; Mazza, J., 2020), atenta até a condição económica, financeira e laboral dos pais, considerando não

apenas a perda de rendimento, mais o aumento do desemprego entre estes grupos populacionais e de exposição a situações de violência familiar (United Nations, 2020).

Os dados disponíveis alertam para a necessidade de preparar a fase pós pandemia, no que se refere à definição de políticas e estratégias que permitam mitigar os efeitos das medidas adoptadas, em particular quando às perdas no processo de aprendizagem e abandono escolar em todos os níveis de ensino (United Nations, 2020), agravando a longo prazo as desigualdades e iniquidades em saúde já existentes, com importantes impactos sociais, económicos e financeiros para os indivíduos e para os próprios Estados.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA A SUA MITIGAÇÃO

Os efeitos da interrupção dos processos de aprendizagem e da mudança de paradigma dos modelos de ensino em todos os níveis de escolaridade, em alguns países por períodos muito prolongados ou ainda indefinidos de tempo, serão sentidos em diversas dimensões e sectores sociais de forma negativa muito após o fim da pandemia.

Mitigar os seus efeitos, constitui um dos principais desafios que se colocam aos diferentes decisores políticos, tal como decorre do enunciado na generalidade dos documentos analisados e dos estudos já publicados.

Importa antes de mais encontrar mecanismos que, através da comunidade educativa ou em parceria com recursos na comunidade, permitam aos alunos mais vulneráveis compensar a perda verificada nos processos de aprendizagem, e identificar de forma rápida aqueles que apresentam maior risco de abandono escolar.

A incerteza quanto à duração da pandemia, sugere a necessidade de rapidamente, definir políticas e estratégias, envolvendo os diferentes *stakeholders* e que:

- a. Permitam a reabertura das escolas garantindo a correcta implementação das medidas de controlo e sua precisa monitorização;
- b. Garantam a manutenção da relação aluno-professor, essencial em todos os níveis de ensino:
- c. Capacitem a comunidade escolar para o uso das tecnologias digitais de apoio ao ensino;
- d. Espelhem e integrem nos programas curriculares as exigências e especificidades decorrentes da mudança de modelo verificada;
- e. Garantam a existência dos recursos para professores e alunos, contribuindo para a inclusão e redução das desigualdades identificadas;
- f. Permitam a conclusão de processos de aprendizagem em contexto de trabalho, em condições de segurança de todos envolvidos;
- g. Alertem, capacitem e apoiem as famílias face às exigências dos novos modelos de aprendizagem;
- h. Garantam a existência, junto da comunidade escolar e das famílias, em estreita colaboração com os serviços de saúde, de profissionais e estruturas de apoio que permitam a atempada e célere identificação e intervenção em situação de risco (violência familiar, stress, ansiedade, outros) e acompanhamento vocacional;
- i. Garantam a existência do financiamento necessário ao sucesso das medidas e estratégias que vierem a ser definidas.

Bibliografia

- Bambra C, R. R. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 74(11), pp. 964-968. doi:10.1136/jech-2020-214401
- Di Pietro, G; Biagi, F.; Costa, P.; Karpinski, Z.; Mazza, J. (2020). The likely impact of COVID-19 on education: Reflextions based on the existing literature and internationl datasets.

 Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2760/126686,

 JRC121071
- Marmot, M. (2010). Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010.
- OECD. (2 de October de 2020). The impact of COVID-19 on education Insights from Education at a Glance 2020. Europe.
- United Nations. (2020). Policy Brief: Education during COVID-19 and Beyond. United Nations.
- Wachtler B, M. N. (2020). Socioeconomic inequalities and COVID-19 A review of the current international literature. (R. K. Institute, Ed.) *Journal of Health Monitoring*, *5*((S7)). doi:DOI 10.25646/7059

Mário Joaquim Pereira Pinto

Recomendações População Idosa

- Homenagear e dignificar a pessoa idosa;
- Chamar a atenção para a existência de Fragilidades e desigualdades sociais e de saúde, geralmente como resultado de uma acumulação de défices ao longo da vida;
- Aproveitar as experiências e a aprendizagem ao longo da vida dos cidadãos da chamada terceira idade criando políticas proativas e adaptativas de trabalho, promovendo proteção social e dando acesso à cobertura universal de saúde;
- Promoção da relação Intergeracional;
- Refletir sobre as melhores práticas, lições e progressos para mudar as narrativas e estereótipos negativos que envolvem a velhice.
- Promover o respeito á dignidade, literacia e cidadania das pessoas idosas;
- Promover o convívio entre os idosos e as demais gerações.
- Criação da figura e da profissão de cuidador comunitário, que nas comunidades abandonadas, aldeia ou no bairros nas cidades, que será habilitado para olhar pela saúde dos idosos
- Criar Comunidades não frágeis de idosos saudáveis, comunidades saudáveis e amigas dos idosos e classificar essa comunidade de acordo com o conceito de fragilidade física, cognitiva e social.
- Fornecer ás autarquias, IPSS e Misericórdias condições económicas e sociais para criar rede de vigilância de saúde física e mental
- Criar condições para que, sempre que possível, manter os idosos nas suas residências com dignidade e conforto;
- Aumentar o conhecimento sobre o estado nutricional, nomeadamente desnutrição, obesidade, hidratação, sarcopenia e acesso a alimentos.
- -Criar uma base de dados que permita a todas as entidades cruzar dados sobre vários indicadores de saúde: dados sociodemográficos, estilos de vida, estado cognitivo, auto-perceçãode saúde, história clinica, medicação, estado nutricional, antropometria, indicadores de funcionalidade, fragilidade, níveis séricos de vitamina D, hidratação do idoso.
- Elaborar um manual para implementar em todas as instituição sobre estado nutricional, suporte nutricional e outras variáveis diretamente relacionadas, de modo a padronizar o rastreio, avaliação e intervenção nutricional e registo clínico. Realizar formação do manual em todas as entidades de modo a permitir uma padronização de cuidados e melhor organização e desempenho do sistema de saúde público e privado.
- -Elaborar um manual para cuidadores informais e familiares sobre a mesma temática, para desta forma providenciar medidas preventivas e um encaminhamento atempado do idoso, se necessário.

Homenagear os idosos, valorizá-los, protegê-lo do ambiente adverso, criar condições para aumentar a esperança no futuro que resta, aumentar o apoio social, literacia e a qualidade de vida, são pilares importantes para diminuir a procura de cuidados, diminuir o custo com a saúde, diminuir a incapacidade, diminuir a dependência, diminuir a institucionalização, o risco de internamento e de morte.

Mário Pinto

13/10/2021

Rosa Reis Marques / Lúcio Meneses de Almeida

1.O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde da população residente em Portugal e seus determinantes, segundo as 4 áreas de trabalho definidas (Território, Educação, Ambiente e Economia), com um foco nas iniquidades em saúde.

Desde logo, e do ponto de vista da terminologia, podemos diferenciar duas consequências da pandemia, na saúde da população residente em Portugal: consequências diretas ou imediatas ("impacto"); e consequências indiretas ou mediatas ("impacte"). Relativamente às primeiras ("impacto"), há a considerar o aumento da morbilidade (episódios de doença e de internamento) e mortalidade devidas à COVID-19; relativamente às últimas ("impacte"), o aumento da mortalidade/morbilidade grave, "não-COVID-19", sensível aos cuidados de saúde, em resultado da redução, primária (congelamento da atividade não urgente ou primordial) e secundária (receio da utilização dos serviços, por parte dos utentes), da procura dos serviços de saúde.

Quanto aos determinantes de saúde, a economia destaca-se como o principal (e primordial) setor, juntamente com a educação. Em ambos os casos, as iniquidades são mais evidentes, no respeitante às consequências da pandemia. Na educação, o "digital divide" - entre os alunos de famílias economicamente mais favorecidas, com melhor acesso às tecnologias e suportes de informação digitais, e os oriundos de agregados economicamente mais desfavorecidos ou territorialmente menos favoráveis - afigura-se como um fator de iniquidade e resulta da qualidade diferencial, de base territorial, no acesso a redes móveis ou de cabo (interior versus litoral; zonas de alta densidade populacional versus zonas de baixa densidade populacional). Por outro lado, o impacte económico e financeiro, ao nível dos agregados familiares, é substancialmente superior naqueles com um menor rendimento/maior vulnerabilidade económica – donde o maior impacte decorrente de medidas de contenção, como é o caso específico do "lockdown" (encerramento da atividade produtiva não essencial).

2. As principais estratégias recomendadas para a sua mitigação.

Em termos gerais e abstratos, uma cuidada ponderação das medidas a empreender, a uma escala populacional, tendo em vista mitigar o seu potencial disruptor e assegurar o seu benefício líquido. A eletividade dessas medidas, em função de uma avaliação local do risco, é uma das estratégias a empreender — tanto mais que promove a sua efetividade.

Em termos específicos e no respeitante às medidas diretamente relacionadas com o tecido produtivo, a par das medidas baseadas nas empresas e entidades empregadoras, preconiza-se o reforço das medidas de apoio e proteção social, centradas nas condições funcionais e infraestruturais dos agregados familiares. Nessa medida, as escolas emergem como parceiros privilegiados na identificação de problemas e estimação de necessidades ao nível dos alunos e respetivos agregados.

No respeitante ao setor da saúde/SNS, impõe-se a garantia da "resolutividade" da resposta da rede de cuidados de saúde primários. O SNS é o garante da coesão social nacional, porque baseado em cuidados de base comunitária e populacional, de primeiro contacto (cuidados de saúde primários). A efetividade da resposta dos cuidados de saúde primários traduz-se na otimização da capacidade de resposta da rede hospitalar e, sistemicamente, na redução do impacte assistencial e em saúde populacional decorrente da pandemia de COVID-19.

Lúcio Meneses de Almeida

18/01/2022

Víctor Ramos

Vários estudos em Portugal e noutros países evidenciam agravamentos de todas as iniquidades em saúde (e todas as outras) previamente existentes - tendo sido, como sempre, os mais pobres, os mais deprotegidos e os mais frágeis (neste caso com um destaque desproporcionado para os mais velhos, sobretudo quando alojados em grupo, em instalações controladas por terceiros). Seria importante e valioso que a Equipa do Plano Nacional de Saúde providenciasse uma revisão criteriosa e sistematizada dos principais e mais robustos estudos produzidos a nível nacional e internacional sobre estes impactos.

Em relação a **estratégias recomendadas para a sua mitigação** só seria possível tentar delinear o parecer solicitado face a dados, informação e conhecimento que constariam no documento-síntese recomendado nos parágrafos anteriores. De qualquer modo, é sempre possível sinalizar alguns aspetos de âmbito geral, designadamente:

- 1. O modelo de governação do país deve evoluir para abordagens transetoriais (é diferente de intersetoriais), flexíveis e adaptativas consoante os problemas e/ou objetivos em causa numa dada situação e período;
- 2. A saúde terá de estar presente em quase todas as políticas públicas e áreas de governação. Porém, para que isto passe de intenções e declarações formais, sem consequências reais, é necessário desenvolver métodos operativos da transetorialidade referida no ponto 1.
- Dada a magnitude e gravidade das situações ocorridas em muitas ERPI (e instituições similares) será urgente adotar de imediato uma estratégia transetorial visando várias dimensões em causa, que não apenas a da saúde. Porém, em relação à saúde, e dado aquelas instituições serem ecossistemas humanos complexos, pareceria lógico adotar uma abordagem estruturada e transsetorial multi-financiada (segurança social, saúde, autarquias locais, recursos alocados a projetos de desenvolvimento local / CCDR) de "saúde residencial". Haverá que proceder a um imediato recrutamento, formação adequada e enquadramento teórico, técnico-científico e técnico normativo de "Equipas de Saúde Residencial" ou outra designação melhor - existe nesta lógica algum paralelismo com a da "Saúde Escolar", que coloca o seu foco no ecossistema humano "escola". É de salientar que há profissionais disponíveis no mercado, incluindo mais de um milhar de médicos "indiferenciados" que não puderam entrar no internato médico tradicional. Alguns deles estarão desejosos de enveredar por uma qualificação e percurso profissional inovadores, em vez de tarefas desenquadradas. O mesmo se aplica às outras profissões indispensáveis a estas "equipas estruturais permanentes" dedicadas às pessoas com mais idade, a viver coletivamente em instituições.
- 4. Relativamente a outras iniquidades em saúde, parece-me que o ano 2021 será, por várias razões, o ano-oportunidade para iniciar uma transformação profunda no SNS, no sistema de saúde e na sua regulação (que é muitíssimo mais e muito diferente de "regulamentações"). Esta transformação deverá incluir: lógicas organizacionais; novos

princípios e "algoritmos" de financiamento; estratégia de investimentos, por prioridades a montante; governação estratégica multinível; política integrada, motivacional e prospectiva para os profissionais; instrumentos de gestão do conhecimento e da mudança organizacional; entre outros.

Aproveito para referir o documento "Manifesto SNS 2021" aprovado pela Direção da Fundação para a Saúde - SNS em 1/12/2020.⁶

Víctor Ramos

20/12/2020

_

⁶ Microsoft Word - Manifesto SNS 2021_2020.12.01.docx (apmgf.pt)