

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Prioridades para 2004-2010



Mais Saúde para Todos



Ministério da Saúde





Ministério da Saúde

PLANO NACIONAL DE SAÚDE
Prioridades para 2004-2010

Mais Saúde para Todos

Lisboa, Fevereiro de 2004

Índice

Índice	i
Lista de abreviaturas	ii
Estruturas de coordenação	iii
Contributos recebidos	iv
Objectivos estratégicos	1
O planeamento como um processo formativo continuado	1
O PNS como guia para a acção e da mudança	1
Adequação a valores orientadores	1
Ponto de partida	2
Principais estratégias do Plano	2
A mudança centrada no cidadão	2
Aumentar as opções de escolha do cidadão	2
Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde	3
Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil	3
Promoção de comportamentos saudáveis	4
Criar um contexto ambiental conducente à saúde	5
Capacitar o sistema para a inovação	5
Definição e adequação de uma política de recursos humanos	5
Gestão da informação e do conhecimento	6
Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde	9
Valorizar a participação do sector da saúde nos fóruns internacionais	10
Uma abordagem programática	11
Uma abordagem com base em "settings"	11
Escolas	11
As prisões	13
O local de trabalho	14
O estado de saúde dos Portugueses	15
Potencial para a ausência de doença	15
O potencial para um maior bem estar	16
O potencial para uma melhor aptidão funcional	17
Estratégias e metas globais para ganhos em saúde em Portugal	17
A família e o ciclo de vida	18
A gestão da doença	22
O sistema de saúde em Portugal	25
Recursos financeiros e humanos	25
Cuidados de saúde primários	25
Cuidados de saúde mental	25
Cuidados hospitalares	26
Cuidados continuados	26
Outras unidades de cuidados de saúde	26
Desempenho do sistema	27
Estratégias e metas globais para o sistema de saúde português	27
Orientações para garantir a execução do plano	29
Mecanismos de cativação de recursos	29
Mecanismos de diálogo	29
Adequação do quadro de referência legal	29
Mecanismos de acompanhamento do plano	29

Lista de abreviaturas

ARS	Administrações Regionais de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGSP	Direcção-Geral dos Serviços Prisionais
DSIA	Direcção de Serviços de Informação e Análise
EP	Estabelecimentos Prisionais
GOP	Grandes Opções do Plano
I&D	Investigação e Desenvolvimento
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IGIF	Instituto para a Gestão Informática e Financeira da Saúde
INS	Inquérito Nacional de Saúde
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PIDDAC	Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PNV	Plano Nacional de Vacinação
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
UMIC	Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

Estruturas de coordenação

Liderança do processo - Director-Geral e Alto Comissário da Saúde, na dependência directa do Ministro da Saúde.

Coordenação do Processo - DGS assessorada por Comissão Coordenadora (Aldino Salgado, Fernando Leal da Costa, Maria de Sousa, Isabel Loureiro, Francisca Avillez, Teresa Sustelo, Paula Lobato Faria, Jorge Torgal).

Comissão Nacional de Acompanhamento - Presidida pelo Director-Geral e Alto Comissário da Saúde e constituída pelos dirigentes máximos dos serviços centrais do Ministério da Saúde, Presidentes das ARS e representantes das Regiões Autónomas.

Secretariado Técnico - Paulo Ferrinho, Margarida Carrolo, Catarina Sena e Hilson Cunha Filho.

Comunicação Social - Isabel de Santiago, Tânia Rios.

Apoio Administrativo - Fátima Ferreira e Vanda Ferreira.

Contributos recebidos

A. Teles de Araújo, A. Bugalho de Almeida, Adília Antunes Maria, Adriano Natário, Agostinho Marques, Alain Fontaine, Albino Aroso, Aldino Salgado, Alexandre Diniz, Alice Marinho Ferreira Mendes, Álvaro Pereira, Amorim Cruz, Ana Alexandre Fernandes, Ana Cristina Freitas, Ana Cristina Mendes, Ana Escoval, Ana Luísa Cardoso, Ana Maria Santos Silva, Ana Moreno, Ana Todo Bom, Anabela Candeias, Anna Dixon, António Bento, António Bugalho de Almeida, António Correia de Campos, António de Sousa Uva, António Dias, António Duran, António Faria Vaz, Arlinda Borges, Beatriz Calado, Beatriz Couto, Carlos Andrade, Carlos Canhota, Carlos Gonçalves, Carlos Morais da Costa, Carlos Robalo Cordeiro, Carmo Cabedo Sanches, Carmo Fonseca, Castanheira Dinis, Catalina Pestana, César Mexia de Almeida, Cláudia Conceição, Conceição Patrício, Constança Paúl, Constantino Sakellarides, Corália de Almeida Loureiro, Cristina Louro, Cristina Martins, Cristina Valente, David Carvalho, Eduardo Gomes da Silva, Elaine Pina, Elsa Rocha, Emília Nunes, Emilio Imperatori, Estela Monteiro, Fátima Bacellar, Fátima Reis, Fátima Xarepe, Fernanda Maria Caetano Gonçalves, Fernando Bernardo, Fernando Leal da Costa, Fernando Lopes da Silva, Fernando Miguel Pereira, Fernando Negrão, Fernando Pádua, Fernando Pessoa, Fernando Tavela Veloso, Filomena Araújo, Filomena Exposto, Francisca Avillez, Francisco Antunes, Francisco Carrilho, Francisco George, Gertrudes Mendonça, Gonzaga Ribeiro, Goreti Silva, Graça Freitas, Graça Martins, Graciano Paulo, Gracinda Maia, Gregória Von Amann, Guilherme Gonçalves, Guilherme Jordão, Helder Cotrim, Helder Machado, Helder Martins, Helena Saldanha, Heloísa Gonçalves dos Santos, Henrique Barros, Hilson Cunha Filho, Humberto Alexandre Martins, Humberto Santos, Idália Moniz, Ilza Martins, Inês Gomes, Inês Guerreiro, Isabel Bettencourt, Isabel de La Mata, Isabel Evangelista, Isabel Loureiro, Isabel Marinho Falcão, Jaime C. Branco, Jaime Pina, James Kiely, Jarkko Eskola, Joana Marques Vidal, João Amado, João Félix, João Ferreira Pires, João França Gouveia, João Goulão, João Joaquim, João Lavinha, João Nabais, João Vintém, Jorge Abreu Simões, Jorge Dores, Jorge Nunes, Jorge Torgal, José Almeida Gonçalves, José Alves, José Barata, José Calheiros, José Cardoso da Silva, José da Silva Ferreira, José Gíria, José Luís Medina, José M. Ferro, José M. Martin Moreno, José Manuel Pereira Alho, José Maria Marques Mendes, José Marinho Falcão, José Miguel Soares, José Nunes, José Nuno Ferreira da Silva, José Vitorino, Judite Catarino, Júlio Fernando Rego, Leonor Sarmento, Lídia Monteiro, Lino Rosado, Louise da Cunha Telles, Lucinda Pereira, Luís Cardoso Oliveira, Luís Gabriel Pereira, Luís Lito, Luís Pisco, Luís Sardinha, Luís Varandas, Lurdes Santos, Madalena Pereira, Manuel Barata Marques, Manuel Carrajeta, Manuel Correia, Manuel do Nascimento Martins, Manuel Nazareth, Manuel Pais Clemente, Manuel Pina, Manuel Rodrigues Gomes, Manuel Sobrinho Simões, Margarida Theias, Margarida Valente, Maria Adelaide Brissos, Maria da Luz Sequeira, Maria de Lurdes Serrazina, Maria de Sousa, Maria do Rosário Ferrão Antunes, Maria Helena Brou, Maria Helena Ramos, Maria Irene Pissarra, Maria João Heitor, Maria João Quintela, Maria José Nogueira Pinto, Maria José Sá, Maria Luíza Rocha Guimarães, Maria Manuela da Silva Martins, Maria Portugal Ramos, Mariana Neto, Mariana Diniz de Sousa, Mário Caetano Pereira, Mário Carreira, Mário J. Santos, Mário Rui Mascarenhas, Mary Collins, Maximina Pinto, Mendes Ribeiro, Miguel Andrade, Miguel Fernandes, Miguel Oliveira, Milheiras Rodrigues, Nata Menabde, Natália Taveira, Octávio Cunha, Patrícia Piedade, Paula Costa, Paula Lobato Faria, Paula Mano, Paula Roncon, Paula Tavares, Paulo Amado, Paulo Melo, Paulo Rompante, Paulo Telles de Freitas, Pedro Ferreira, Pedro Silvério Marques, Pedro Soares, Ramiro Ávila, Ricardo Monteiro, Rita de Sousa, Ronald Mooij, Rosa Lobato Faria, Rosa Teodósio, Rosário Farmhouse, Rui Ivo, Rui Portugal, Rui Vitorino, Sabine Abig, Salvador Massano Cardoso, Sandra Carrondo de Carvalho, Sandra Feliciano, Sandra Gavinha, Sandra Pedrosa, Saraiva da Cunha, Saúl Figueira, Teodoro Briz, Teresa Martins, Teresa Pais Zambujo, Teresa Sustelo, Vasco Prazeres, Virgílio do Rosário, Virgínia Neto, Vítor Feytor Pinto, Zélia Barateiro.

Objectivos estratégicos

Este Plano desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente uma vontade nacional dando-lhe, um cunho integrador e facilitador na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde.

Todo o trabalho contemplado neste documento visa três grandes objectivos estratégicos:

- Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença;
- Utilizar os instrumentos adequados, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados;
- Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do plano através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do plano.

O planeamento como um processo formativo continuado

Tipicamente, o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações dos recursos. Tendo sido esta a óptica principal seguida na preparação deste documento, o planeamento foi também abordado como:

- uma oportunidade para consenso sobre valores orientadores do pensamento e acção sobre a saúde;
- um instrumento de coordenação entre múltiplos actores;
- um processo para intensificar a colaboração intersectorial para o desenvolvimento da saúde;
- um meio de contribuir para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades no sector da saúde;
- um meio de contribuir para o modo de mudar os processos de trabalho no Ministério da Saúde e nas instituições associadas.

Este Plano servirá de documento de apoio estratégico ao Ministério da Saúde e facilitará, no momento apropriado de cada ano, a associação do Plano de Acção do Ministério da Saúde ao desenvolvimento das Grandes Opções do Plano (GOP), bem como ao desenvolvimento do orçamento respectivo e de planos de acção anuais: nacionais, regionais e sub-regionais.

O PNS como guia para a acção e da mudança

Este Plano é um guia para a acção de 2004 a 2010, orientado por prioridades definidas no âmbito de programas de saúde de grandeza nacional. Como tal, salienta as intervenções prioritárias e identifica os responsáveis pela garantia da sua realização. No seu conjunto, representa o pacote mínimo que as instituições do Ministério da Saúde e de outros actores no sector da saúde, devem assegurar, no contexto de uma agenda para ganhos em saúde¹, de 2004 a 2010, orientado para a prevenção da doenças e enfermidades, nas suas vertentes primárias, secundárias e terciárias.

Adequação a valores orientadores

Os valores orientadores deste documento são a universalidade, a equidade e a solidariedade. Dos princípios realçam-se a sustentabilidade e a continuidade.

¹ Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação: Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002.

Ponto de partida

As orientações e actividades identificadas estão pensadas no contexto do plano de acção do Governo e das respectivas GOP, do que se conhece sobre a saúde² e o sistema de saúde³ em Portugal, de um anterior documento sobre as estratégias da saúde⁴, do Programa de Saúde Pública da União Europeia (UE)⁵, do mais recente relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre saúde na Europa⁶ e de trabalho relevante que tem vindo a ser desenvolvido pela OCDE⁷.

Principais estratégias do Plano

As principais estratégias orientadoras deste Plano, e sobre as quais nos debruçamos nas secções que se seguem, contemplam:

- uma abordagem centrada no cidadão;
- mecanismos para estimular a capacidade de inovação no sistema de saúde;
- uma abordagem programática;
- uma abordagem por *settings*;
- uma abordagem centrada na família e por ciclo de vida;
- uma abordagem centrada na gestão da doença;
- mecanismos para gestão da mudança no sistema prestador de cuidados;
- mecanismos para garantir a execução do Plano.

A mudança centrada no cidadão

A percepção da equidade como um valor realmente orientador da acção no sector da saúde é essencial para garantir uma maior aproximação entre o cidadão e o poder político e uma cidadania mais centrada numa *participação activa* na vida pública em geral e nas coisas da saúde em particular⁸.

Aumentar as opções de escolha do cidadão

Uma cidadania iluminada manifestase, em parte, através de escolhas informadas que respeitem as necessidades de racionalização e racionamento, para permitir a sustentabilidade do sistema de saúde. Estas escolhas passam por responsabilidades por parte do legislador em garantir a saúde pública, criando condições de acesso aos cuidados considerados prioritários pela sociedade, e por responsabilidades por parte do cidadão em adoptar comportamentos mais saudáveis e em utilizar os serviços de saúde o mais racionalmente que lhe é possível, valendo-se da melhor informação que lhe é disponibilizada.

A garantia do acesso passa, por vezes, por uma sistematização dos cuidados que parece limitativa das opções de escolha do cidadão. Esta sistematização (por exemplo, redes de referenciação) é um benefício para o cidadão, não colidindo com o seu poder de livre escolha. Actualmente, os doentes são confrontados ou com centros teoricamente capazes de resolver os seus problemas e que depois soçobram face à avalanche de doentes que os procuram ou, por outro lado, com múltiplos pequenos centros em que a qualidade não pode ser controlada e a inovação tecnológica é muitas vezes usada, para o reforço do défice público, sem a

2 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Ganhos de Saúde em Portugal: Ponto de Situação: Relatório do Director-Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde, 2002.

3 Relatórios do Observatório Português de Sistemas de Saúde.

4 Ministério da Saúde. Saúde um compromisso – uma estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa, 1999.

5 Decisão nº 1786/2002/CE (JO L 271 de 09.10.2002, p. 1).

6 WHO. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Genebra, 2002.

7 Organisation for the Economic Cooperation and Development. OCDE PWB Reform: Introducing Results-based Planning, Budgeting and Management. Committee on Financial Markets. 28 October 2003.

8 Villaverde Cabral M. 1997. Cidadania Política e Equidade Social em Portugal. Oeiras: Celta Editora.

contrapartida de ganhos para os utentes. Continuar-se-á pois a apostar em redes de referenciação como mecanismos de racionalização da prestação de cuidados e de aumento do poder de escolha do cidadão.

Na problemática do acesso, a discriminação positiva, orientando os limitados recursos do Ministério da Saúde para as classes e grupos mais desfavorecidos, nomeadamente os extremos de exclusão social, fica claramente estabelecida como orientação a seguir pelos mais diversos programas e projectos de intervenção a todos os níveis⁹. Nesse sentido será exigido a todas organismos centrais do Ministério da Saúde e às Administrações Regionais de Saúde (ARS) a apresentação de propostas para operacionalizar estas prioridades, sendo estas propostas coordenadas e coligidas pelo Alto Comissário.

Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde

Para que as pessoas participem nas decisões relativas ao seu tratamento, elas necessitam de ter conhecimento sobre as opções relevantes. Todavia, a evidência escassa sugere que os consumidores individuais não podem, em geral, confiar nas organizações profissionais e nas burocracias para lhes facilitarem esta compreensão. Se repararmos nas informações dadas pelas próprias organizações ou pelas autoridades de saúde, constata-se que estas raramente prestam informações validadas ou isentas: a maior parte delas parece apostada em fazer com que os doentes condescendam, em vez de procurar ajudá-los a escolher o serviço prestador ou os cuidados certos. No entanto, é nesta direcção que a informação deve ser prestada no Sistema de Saúde português.

Para além deste envolvimento nas decisões individuais sobre a própria saúde e um empoderamento desenvolvido através de uma estratégia de gestão da doença, noutros países europeus têm-se multiplicado experiências sobre mecanismos de participação no sector da saúde. Estes mecanismos estão em franco desenvolvimento em Portugal, encorajados e apoiados pelo Ministério da Saúde e incluem linhas electrónicas directas entre utentes e os seus médicos de família e conselhos consultivos mistos (utentes, profissionais e políticos) a apoiar a gestão dos centros de saúde e hospitais, entre outros.

Para além de uma maior participação do indivíduo no sistema de saúde, existe a necessidade de promover o empoderamento comunitário e social através da representação autorizada de uma comunidade ou de um grupo de interesses naquela comunidade. A proliferação de organizações da sociedade civil dedicadas ao sector da saúde ou sectores afins é um indicador do potencial para fortalecer o envolvimento desta mesma sociedade civil.

Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil

As organizações da sociedade civil (associações de consumidores, de utilizadores, comunicação social, sindicatos, etc.) estão, normalmente, mais aptas do que o cidadão isolado, para compreender em profundidade e em tempo útil o que mais interessa a este quanto ao consumo do bem saúde.

Aliás, é mais fácil a estas organizações influenciarem o comportamento dos prestadores de saúde, das organizações profissionais e da administração pública de saúde em geral, com os seguintes objectivos:

- fortalecer a posição do indivíduo na sua relação com os prestadores;
- denunciar, de uma forma construtiva, erros na prestação de cuidados de saúde;
- dar assistência, mobilizando e canalizando os recursos apropriados para apoio às acções que conduzam a uma acção correctiva desses erros;

⁹ Indo desta forma ao encontro das recomendações do Conselho Ecoómico e Social, no seu "Parecer sobre as Grandes Opções do Plano - 2003".

- colaborar na melhoria da prestação de cuidados de saúde;
- e principalmente, colaborar na reforma das políticas de saúde.

Por outro lado, o facto de estas organizações serem, por vezes, apoiadas financeiramente pelo Estado, obriga-as, à semelhança dos demais organismos públicos, a prestar contas públicas da sua actividade.

Não devemos esquecer que as expectativas de mobilização da sociedade civil dependem da definição dos resultados esperados. Mas, mesmo com objectivos muito definidos, na prática são necessários ajustamentos e reajustamentos para encontrar o sistema que melhor se adapta à situação concreta.

Pode-se afirmar que o Estado atinge mais facilmente os seus objectivos estimulando a colaboração das organizações implantadas na sociedade civil. No entanto, o envolvimento das organizações da sociedade civil nem sempre é encarado do mesmo modo pelos serviços prestadores de cuidados de saúde. Se este envolvimento não estiver bem alicerçado ou não for desejado, poder-se-á estar a comprometer o sucesso de todo o trabalho. Serão pois desenvolvidos esforços no sentido de reconhecer a importância das organizações da sociedade civil e de desenvolver parcerias, quando consentâneas com as orientações estratégicas contempladas neste Plano.

Promoção de comportamentos saudáveis

Combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é uma grande prioridade para a acção. Tal exige que se consagre uma atenção particular a factores como o consumo de álcool e de tabaco, a alimentação, o excesso de peso e a obesidade, a insuficiente actividade física, a má gestão do stress, o abuso das drogas, bem como a factores de natureza socioeconómica geradores de fenómenos de violência e exclusão social. De entre estas são consideradas prioritárias as intervenções para diminuir o consumo do tabaco, por um lado e do álcool, por outro.

Esta abordagem, contemplada no recém aprovado Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida permitirá um impacto em doenças transmissíveis e não transmissíveis tão diversas como a SIDA, a tuberculose, a hipertensão arterial, a doença isquémica cardíaca, a doença cerebrovascular, alguns cancros (como os do pulmão, da mama, do estômago, do cólon e do útero), a diabetes *mellitus*, a doença obstrutiva do pulmão, a cárie dentária, as doenças reumáticas, a osteoporose, os problemas de visão, a cirrose do fígado, as doenças genéticas, os acidentes (domésticos, de lazer, de desporto, de trabalho e de trânsito), as doenças psiquiátricas e outras doenças e enfermidades.

A promoção de estilos de vida saudáveis no contexto da prevenção secundária pode desempenhar um papel importante no bem estar de doentes crónicos. Sensibilizar os profissionais de saúde para promover comportamentos saudáveis junto dos utentes com quem estabelecem contacto é uma medida com um potencial elevado de ganhos em saúde.

Por outro lado, o reforço do papel que os Municípios podem desempenhar na promoção da saúde das suas populações e a sua natural vocação para mobilizar as energias e as vontades locais na construção de um ambiente urbano saudável e solidário, deve constituir uma aposta na articulação entre a administração central e as autoridades locais. Com efeito, entre os parceiros externos ao Sistema de Saúde, os Municípios detêm uma posição privilegiada uma vez que são as entidades que conhecem com maior profundidade as questões que afectam as comunidades dos respectivos territórios, bem como as inter-relações entre os representantes de outros sectores da administração (como a educação e o desporto com profundas ligações à saúde), ou do sector privado, nomeadamente empresarial, sendo certo que o "trabalho saudável" é uma das condições base para garantir "sociedades saudáveis".

Criar um contexto ambiental conducente à saúde

A Saúde Ambiental compreende os aspectos da saúde humana (incluindo a qualidade de vida) que são determinados por factores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos do ambiente. Também inclui a avaliação, a correcção, a redução e a prevenção dos factores no ambiente que, potencialmente, podem afectar de forma adversa a saúde das gerações presentes e futuras.

A ausência de uma clara definição das opções sobre as respostas adequadas aos problemas de saúde ambiental, acompanhada de insuficiente conhecimento a nível de conceitos, metodologias e objectivos, explica algumas dificuldades no desenvolvimento desta área de intervenção em saúde pública e exige a elaboração de uma estratégia intersectorial no âmbito do ambiente e saúde, com vista a dotar o País de um instrumento de referência para a avaliação de ganhos na saúde decorrentes dos determinantes relacionados com o ambiente, e a poder responder aos compromissos que têm vindo a ser assumidos desde 1994, no âmbito das Conferências Ministeriais "Ambiente e Saúde" da OMS. O desenvolvimento deste Programa Nacional de Saúde Ambiental deverá ser uma prioridade da Direcção-Geral da Saúde em consonância com outros organismos do Estado e com instituições não governamentais relevantes.

Capacitar o sistema para a inovação

A capacitação do sistema para a inovação passa pela definição e adequação de uma política de recursos humanos, pela gestão da informação e do conhecimento, pela incentivação da investigação e desenvolvimento em saúde e pela valorização da participação do sector da saúde nos fóruns internacionais.

Definição e adequação de uma política de recursos humanos

Uma política de recursos humanos tem que contemplar aspectos laborais e profissionais (reflectidos no Quadro I), mas preocupa-se também com a pessoa, as suas aspirações, anseios, preocupações únicas, e tenta criar os mecanismos para lhes dar resposta¹⁰.

Uma política de recursos humanos da Saúde é, pois, uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir, ao Sector da Saúde, a capacidade de resposta necessária à satisfação das expectativas de saúde da população e, dentro do possível, das expectativas das pessoas que trabalham neste sector. Resulta de um conjunto de valores e princípios e traduz-se em estratégias que contemplem, ao longo da vida, o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde. Envolve a determinação de necessidades em profissionais de saúde, a garantia da qualidade do seu desempenho, através de medidas que levem à articulação interministerial e de organizações no âmbito da sua formação e desenvolvimento. Inclui o estabelecimento de *numerus clausus* no acesso às licenciaturas e especializações, a adopção de certificações (e recertificações), a definição das carreiras, a avaliação de capacidades formativas, o estabelecimento de programas de desenvolvimento profissional contínuo e, por outro lado, o recrutamento, selecção, colocação de profissionais, os sistemas de remuneração e outros incentivos. Deve igualmente contemplar a retenção de profissionais para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a regulação e monitorização de todos estes aspectos nas várias áreas da Saúde através de sistemas de informação adequados.

10 Biscaia A, Conceição, Martins J e Ferrinho P. Política e gestão de recursos humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2003; Maio/Junho: 281-9.

Quadro I - Aspectos laborais e profissionais de uma política de recursos humanos¹¹.

Dimensão	Aspectos laborais	Aspectos profissionais
Necessidades	Número de profissionais necessários, aberturas de concursos	Definição do "skill mix" adequado e das repostas de formação básica e de reorientação profissional necessárias
Incentivos	Remuneração e condições de trabalho	Recrutamento e retenção do pessoal de forma a garantir uma resposta adequada às necessidades de saúde
Cidadania	Direitos fundamentais dos trabalhadores, liberdade de associação e direito à greve	Participação nas decisões no Sector da Saúde a todos os níveis
Segurança e saúde ocupacional	Direito a um ambiente de trabalho seguro, não violento e à baixa por razões de saúde. Respostas prontas e adequadas aos problemas de saúde	Impacto das condições de trabalho, políticas de incentivos entre outras no bem estar dos profissionais
Disciplina	Direito à representação	Padrões de disciplina adequados à profissão e às condições de trabalho
Licenciamento profissional	Direito ao pleno emprego	Reconhecimento das qualificações profissionais e processos de acreditação depois do licenciamento inicial
Carreiras	Condições de promoção e progressão salarial	Definição de estruturas de carreiras adequadas às necessidades de saúde nacionais e conducentes à satisfação profissional
Desenvolvimento profissional (DPC) contínuo	Definição clara de direitos e acesso a oportunidades de aprendizagem contínua	Reconhecimento formal de esforços de DPC através de progressão nas carreiras e acreditação profissional

Uma política de recursos humanos valoriza as pessoas, a história das suas profissões, as suas expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificados. Em Portugal, no Sector da Saúde, não temos tido uma política de recursos humanos, nem um pensamento estratégico nesta matéria. Desta lacuna resultam algumas das deficiências da força de trabalho¹². É pois prioritário que até 2005 seja desenvolvido e aprovado um programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos na saúde.

Gestão da informação e do conhecimento

Num sistema de saúde existem organizações de saúde (capital estrutural), recursos humanos (capital humano) e os utentes (capital de cidadãos). É na interacção destes três elementos que se cria conhecimento com base na informação armazenada e partilhada no sistema de informação do capital estrutural ("*knowlegdge tools*") e com base nos conhecimentos prévios tanto dos cidadãos como dos recursos humanos das organizações de saúde, resultando num acréscimo do capital intelectual da organização. O conhecimento só existe no ser humano, para por ele ser utilizado (figura 1).

O conhecimento armazenado numa organização é o seu *stock* de conhecimento que estando acessível a comunidades de prática ("*communities of practice*") com tarefas afins contribui para o enriquecimento do seu capital intelectual e vice-versa¹³. Estas comunidades encorajam os seus membros a colocarem os seus conhecimentos individuais de uma forma explícita, sob a forma de documentos escritos, de preferência digitalizados, que ficam então disponíveis para discussão e modificação pelos outros membros da comunidade (os chamados "*smart document*").

11 Adaptado de Leather A, Kingma M. The role of trade unions and professional associations in health services reforms. In: Employment and Working Conditions in the Health Sector of Central Asian Countries. ILO/PSI Conference, Almaty, Kazkhstan, 24-26 March 1999, p. 26-30.

12 Biscaia A, Conceição, Martins J e Ferrinho P. Política e gestão de recursos humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2003; Maio/Junho: 281-9.

13 J Chatkel (2000). A conversation with Hubert Sait-Onge. Journal of Intellectual Capital; 1 (1): 101-115.

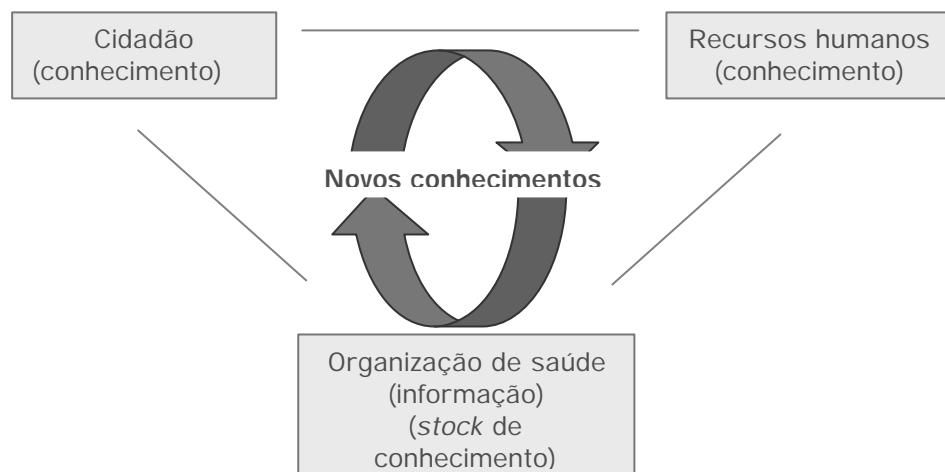


Figura 1. Gestão do conhecimento nas organizações de saúde.

Nesta transição da sociedade da informação para uma sociedade do conhecimento observase uma minimização da optimização da decisão com base na previsão e dá-se mais ênfase à pré-cognição e à adaptabilidade. Na sociedade de informação, a mudança é vista e acontece de uma forma descontínua enquanto que, numa sociedade do conhecimento, a mudança processa-se cada vez mais em "real time"¹⁴.

Este conhecimento deve centrar-se tanto no cidadão como nos profissionais do sistema de saúde. A interface entre estes actores deve ser estruturada de forma a garantir uma interacção eficaz, com a maior eficiência. Em Portugal, uma das primeiras medidas na promoção desta interacção foi a criação das chamadas "linhas azuis", através das medidas de modernização administrativa do Decreto-lei nº 135/99, de 22 de Abril (Caixa 1).

Caixa 1. "Linhas azuis" em saúde

Têm também começado a emergir algumas iniciativas de centros de atendimento telefónico (call centres): um pediátrico (Saúde 24) e outro inicialmente vocacionado para a gripe (Linha Gripe), este último apoiado por um portal (www.linhagripe.net)¹⁵, mas existem já outras experiências no sector privado. Estas podem considerar-se os primeiros passos para o estabelecimento de um centro de conhecimento de saúde (*contact centre*) que unificará um número único de acesso aos centros de atendimento telefónico, com portais, de forma a criar canais de acesso ao conhecimento que vão ao encontro de necessidades de comunidades bem definidas. Este projecto, em todas as suas vertentes, estará completamente operacionalizado até 2010.

Todavia, na área da saúde em Portugal, o funcionamento dos organismos públicos possui características gerais de modelos tradicionais com alguns instrumentos mais recentes incorporados, caracterizando-se como organizações em transição, onde apenas algumas conseguirão desenvolver a mudança que as leve a uma gestão baseada na informação e de conhecimento. No caso da administração de saúde e da gestão dos serviços de saúde verifica-se que estas ainda estão mais centradas na prestação de cuidados imediatos do que na gestão da saúde da população a que assistem.

A existência de uma estrutura transversal vocacionada para gerir a informação e o conhecimento, utilizando-os no planeamento e na gestão da saúde da população, na gestão dos processos dos serviços de saúde e na prestação de informação em saúde ao cidadão torna-se necessária. Tal implica estimular as organizações a fazerem parte de um sistema

14 A S McCampbell, LMCalreSH Gitters (1999). Knowledge management: the new challenge of the 21st century. *Journal of Knowledge Management*; 3 (3): 172-179.

15 Esta última linha alargou recentemente o âmbito da sua actuação a outros problemas de saúde pública.

vocacionado para tal, colaborando com ele e usufruindo dos seus benefícios. Assim, a Gestão de Informação e de Conhecimento em Saúde tem como principal função neste sistema a gestão do “processo de negócio”, representado aqui como processo de produção de serviços, bem como informação sobre o cidadão, a sua saúde e determinantes da saúde. O processo “não se trata de mera sequência de actividades ou “*Workflows*”¹⁶ mas sim da *inteligência da realidade* para a qual concorrem três dimensões - estrutura, gestão e função - na geração dos valores acrescentados requeridos pela realidade do negócio”¹⁷. Isso quer dizer que, para se entender em profundidade um processo de negócio, não basta definir as funções executadas, mas também quem as executa, sob quais critérios e regras, usando que infra-estruturas. Assim, tais dimensões precisam ser redefinidas no sistema de saúde e nas organizações que o compõem. Apesar da existência de uma infra-estrutura visível, a compreensão do seu funcionamento complexo, das funções e participações exercidas pelas pessoas nele inseridas, do processo de prestação de serviços e da produção e fluxo de informação, entre outros, ainda é escassa.

A iniciativa *e-Europe* (*e-Europe 2002*, *e-Europe 2005*), da Comissão Europeia, define uma série de directrizes para os chamados cuidados de saúde *on-line* (*e-Health*). Já em 1999 a Comissão Interministerial para a Sociedade da Informação afirmava que, em relação à área da saúde, a melhoria significativa da qualidade do serviço prestado aos utentes dos serviços de saúde passava “pela redução substancial dos processos burocráticos e pelo rápido acesso à informação”.

Assim, em 2000, foi lançado pelo Conselho Europeu de Lisboa, o plano de acção para a iniciativa *e-Europe 2002* – Uma Sociedade de Informação para Todos, onde se inclui a área da saúde *on-line* (*e-health*), como uma das prioridades. Destacavam-se quatro directrizes para a saúde: garantir que os prestadores de cuidados de saúde primários e secundários tenham infra-estruturas telemáticas, incluindo redes regionais; identificar e difundir as melhores práticas na saúde *on-line* na Europa e estabelecer os critérios de avaliação do desempenho; estabelecer um conjunto de critérios de qualidade para os portais relacionados com a saúde; e criar redes de tecnologias e avaliação de dados no domínio da saúde.

Na sua sequência, *e-Europe 2005* propõe três acções a serem implementadas de forma a contribuir para a evolução do sistema na área da Saúde *on-line*: i) Cartões de saúde electrónicos - um cartão europeu de seguro de saúde irá substituir os formulários em papel necessários para tratamentos noutra Estado-Membro; ii) Redes de informação de saúde - No final de 2005, os Estados-Membros devem desenvolver redes de informação de saúde entre pontos de prestação de cuidados (Hospitais, laboratórios e lares) com conectividade em banda larga, quando adequado e; iii) Serviços de saúde *on-line* - A Comissão e os Estados-Membros garantirão que, no final de 2005, sejam fornecidos aos cidadãos serviços de saúde *on-line* (p. ex., informações sobre uma vida saudável e prevenção de doenças, registos electrónicos de saúde, teleconsultas, reembolso electrónico). Neste sentido, em 2002 foi criada pelo Governo a Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento (UMIC).

Estas iniciativas, ao serem implementadas possuem, em teoria, potencial para modificar a relação existente dentro do próprio Serviço Nacional de Saúde e entre os serviços de saúde, especialmente no que diz respeito à disponibilização e utilização de informação em saúde pelo e sobre o cidadão e na criação das bases de um futuro sistema de gestão de informação e do conhecimento centrado tanto no cidadão como nos profissionais de saúde. Neste sentido, o Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF) e a DGS devem, em concertação com a Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento, propor até meados de 2005 um Plano Estratégico para a Gestão da Informação e do Conhecimento na Saúde.

16 A interpretação da palavra *workflow*, nesse contexto, refere-se à definição de uma sequência de tarefas com um objectivo específico.

17 GATTAZ, Fuad. Processo – A máquina contextual nos negócios. O Mundo em Processo, 2000.

Incentivar a investigação e desenvolvimento em saúde

O sistema de saúde português não tem sido tradicionalmente suportado por uma forte componente de conhecimento científico baseado no contexto nacional. O impacto desta deficiência pode tomar proporções consideráveis, afectando os processos de tomada de decisão, a identificação precisa dos grupos de risco e grupos alvo para determinadas intervenções, a abordagem às doenças e, por exemplo, a efectividade associada a determinado intervenção.

Adoptar uma estratégia de incentivo à investigação e desenvolvimento em saúde é, por excelência, uma mais valia para o sistema de saúde português que poderá ter reflexos importantes no capital de saúde da população.

Em todas as fases do ciclo de vida, das actividades de observação ou intervenção incluídas no Plano Nacional de Saúde é necessário conhecimento cientificamente validado. Dado que este nem sempre está disponível ou, se existente, não se refere à realidade portuguesa actual, torna-se indispensável desenvolver projectos de investigação e desenvolvimento (I&D) cujos resultados virão em apoio ao planeamento, execução e avaliação das diferentes componentes do PNS. Por outro lado, a execução do próprio Plano irá gerar novas perguntas/hipóteses que só a investigação pode responder/testar de forma adequada.

Os financiamentos estatais, e portanto a coordenação, da investigação em saúde não estão maioritariamente sob o controlo do Ministério da Saúde mas sim do Ministério da Ciência e do Ensino Superior, através de instituições como a Fundação para a Ciência e Tecnologia. Realçam-se no entanto os sucessivos anos com atribuições de bolsas de investigação a funcionários do MS, pela Comissão de Fomento de Investigação em Cuidados de Saúde. O uso dessas bolsas constituiu uma estratégia "muito barata" de investigação aplicada; um dos ganhos, só na aparência secundária, pode ter sido nas mudanças de atitude originadas nos "investigadores" que ganharam bolsas (e a todos os que concorreram a elas).

Instituições da Sociedade Civil, como a Fundação Calouste Gulbenkian e a Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento, têm tido um papel fulcral na promoção de uma investigação virada para os problemas de saúde no país. Instituições internacionais, nomeadamente, as da União Europeia, têm promovido projectos de investigação em redes internacionais que abordam as grandes problemáticas da saúde na União e que têm sido importantes em termos temáticos, em termos de cultura de colaboração interinstitucionais e em termos de desenvolvimentos metodológicos.

No entanto, é uma lamentável realidade que, na cultura profissional das instituições de saúde, o trabalho de investigação não só não é incentivado como é tido como actividade tolerada ou mesmo não desejada. As administrações das instituições de saúde avaliam os serviços com base apenas no número de actos profissionais praticados. A investigação não é contemplada como uma necessidade nem sequer de prioridade secundária. As actividades de investigação têm um baixo peso nos critérios contemplados na evolução dos profissionais de saúde nas suas carreiras, resultado de uma desvalorização absurda do valor curricular da investigação ou das suas expressões mais quantificáveis (comunicações a congressos e publicações), que são inviabilizadas perante cotações demasiado elevadas de itens de apreciação e quantificação difícil, como "competência técnico-profissional" no exercício das funções de assistente ou "capacidade e aptidão para a gestão e organização de serviços". Assiste-se ao equívoco de considerar a investigação como uma excrescência da prática assistencial. Esquece-se que a investigação é uma garantia fundamental da qualidade do trabalho clínico e uma componente indispensável na formação médica.

Existe também um número limitado de grupos de excelência, nem sempre com a dimensão mínima desejável, e sem a tradição de colaboração nacional em rede assim como uma grande diversidade temática sem uma priorização adequada, e uma grande dispersão de recursos e por um persistente subfinanciamento. Neste último aspecto, os dados mais recentes (2001),

disponibilizados pelo Observatório da Ciência e Ensino Superior, revelam que as ciências da saúde representaram apenas 10,5% da despesa nacional em I&D, ficando em último lugar entre as diferentes áreas científicas (relativamente, e.g., aos 11,1% das ciências agrárias e veterinárias, aos 15,3% das ciências naturais ou aos 25,3% das ciências da engenharia e tecnologias).

Neste contexto, serão apoiadas iniciativas de conceptualização e implementação de um sistema de gestão e incentivo da investigação em ciências da saúde sob o controlo do Ministério da Saúde, com a inventariação dos recursos nacionais de I&D em ciências da saúde (incluindo uma estimativa dos fluxos financeiros alocados ao sector) e a identificação das principais lacunas de conhecimento que estão na base da persistência dos mais importantes problemas de saúde. Isto será complementado por uma definição de prioridades para os investimentos em I&D com base populacional, clínica ou em serviços de saúde (incluindo estudos de economia da saúde). Para tal será relançado um grupo de trabalho para o estudo da agenda de investigação em saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, tal como aquele criado pelo Despacho n.º 4305/2002 (2ª série) DR II n.º 49 de 27 de Fevereiro.

Independentemente da decisão sobre a política de I&D em ciências da saúde, considera-se, desde já, prioritária a realização de projectos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA e outras doenças infecciosas, doenças mentais (incluindo comportamentos aditivos e problemas com eles relacionados) e sobre determinantes de saúde como os estilos de vida ou as causas dos acidentes (de viação, trabalho e domésticos e de lazer).

É essencial definir como prioridade temática a investigação do genoma humano com o objectivo de contribuir para melhor compreender os mecanismos de doença, gerar novos testes preditivos, melhorar os meios de diagnóstico e desenvolver novas abordagens terapêuticas. Em particular, é necessário estimular projectos de investigação com o objectivo de identificar novas mutações responsáveis por doenças na população portuguesa para subsequente desenvolvimento de ferramentas de diagnóstico específicas.

Serão também consideradas áreas prioritárias as de investigação em serviços de saúde, nomeadamente as que se seguem:

- análise estratégica e prospectiva da evolução do sistema de saúde;
- estudos da avaliação do desempenho dos serviços de saúde (acesso, qualidade, eficiência, resultados) em geral e dos seus recursos humanos em particular;
- configuração e avaliação de sistemas de regulação e contratualização de saúde;
- desenvolvimento da qualidade organizacional dos serviços de saúde;
- análise da gestão da informação e do conhecimento em serviços de saúde;
- estudo das percepções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, do acesso à informação, e do desempenho dos sistemas de reclamação.

De forma a valorizar a investigação nas carreiras da saúde será contemplado, nos internatos médicos, um período formal, obrigatório, de formação em Investigação Clínica. Na avaliação dos serviços de saúde deverão ser valorizadas as actividades de investigação desses mesmos serviços. As actividades de investigação serão, relativamente às outras competências e actividades, explicitamente valorizadas. Fica da responsabilidade do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde a operacionalização destas decisões.

Valorizar a participação do sector da saúde nos fóruns internacionais

Na cooperação técnica no domínio da saúde, com todos os países lusófonos, designadamente Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Macau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, é hoje considerado um contributo essencial o intercâmbio técnico-científico. Este intercâmbio deverá contribuir para o desenvolvimento das comunidades apoiadas, bem como para o reforço da presença portuguesa, incluindo a de empresas privadas do sector da saúde

(como a hemodiálise ou empresas farmacêuticas), numa perspectiva de benefício mútuo, que contribua para o desenvolvimento dos sectores contemplados nos países a quem estas acções são dirigidas.

Este intercâmbio técnico-científico inserese também no alinhamento internacional do Plano com as políticas da Saúde XXI da OMS-Europa, com o novo Programa de Saúde Pública da UE, com os projectos da OCDE e com as deliberações do Conselho da Europa.

Uma abordagem programática

As Orientações Estratégicas da Saúde estão essencialmente centradas em planos, programas e projectos já existentes, mas com abertura para novos programas nacionais que se venham a mostrar necessários.

Devido, por um lado, ao risco associado e ao peso da doença e, por outro, à existência de intervenções de elevado rácio de custo-efectividade e à disponibilidade de recursos, tem-se feito um grande esforço no sentido de desenvolver Programas Nacionais de Intervenção para, de uma forma horizontal, serem executados por todos os intervenientes no sistema de saúde, incluindo os Cidadãos.

Continuaremos a apostar nesta abordagem, tentando identificar a necessidade de:

- uma melhor coordenação entre programas, quando existam problemáticas comuns a vários (como por exemplo no que diz respeito aos estilos de vida poucos saudáveis que estão associados às doenças cardiovasculares e a alguns cancros);
- combinar programas diversos já existentes como sub-programas de um programa global e abrangente;
- modelizar os programas numa lógica de gestão da doença;
- definir, quando se revele apropriado, metas *smart*¹⁸;
- investir em sistemas para melhor os monitorizar, de forma a poder introduzir, a todo o momento, eventuais correcções.

Uma abordagem com base em “settings”

É na escola, no local de trabalho e nos locais de lazer que é dispendido grande parte do tempo útil de um dia normal. Estes locais, entre outros, propiciam-se como ambientes integradores de uma multiplicidade de intervenções de carácter diverso. Para fortalecer esta abordagem, que implica trabalho em colaboração com outros Ministérios, será seguido o modelo em que um coordenador dos programas nos *settings* identificados, será nomeado por um despacho conjunto entre a Saúde e as entidades responsáveis:

- Ministério do Trabalho, para os locais de trabalho;
- Secretaria de Estado do Desporto para os espaços desportivos e de jogo;
- Secretaria de Estado da Juventude para os locais de lazer e de divertimento público;
- Ministério da Justiça, para as prisões;
- Ministério da Educação, para para Jardins de Infância, Escolas do Ensino Básico e Secundário e outras Instituições de Ensino.

As escolas, o local de trabalho e as prisões, por causa do seu carácter especial, requerem um enfoque específico.

Escolas

A escola desempenha um papel primordial no processo de aquisição de estilos de vida, que a intervenção da saúde escolar, dirigida ao grupo específico das crianças e jovens escolarizados pode favorecer, ao mesmo tempo que complementa a prestação de cuidados personalizados.

¹⁸ Uma meta smart é específica, mensurável, alcançável, realista e temporalmente limitada.

No ano lectivo 2001/02, dos 357 Centros de Saúde existentes em Portugal, 84% fizeram Saúde Escolar em 4188 (78%) Jardins de Infância, 7744 (84%) Escolas do Ensino Básico e Secundário e 82 (43%) Escolas Profissionais.

Apesar da boa cobertura das escolas, dos alunos, dos professores e dos auxiliares de acção educativa pelo programa de saúde escolar, a execução de algumas actividades, nomeadamente, a monitorização do estado de saúde dos alunos, apesar da melhoria nos últimos anos, é ainda baixa, quer aos 6 (73 %) quer aos 13 anos (36 %). Dos alunos com necessidades de saúde especiais, detectadas na escola (19331) pouco mais de 50% (10824) teve o seu problema de saúde resolvido no final do ano lectivo. A avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas é o contributo da saúde para o diagnóstico dos riscos, no ambiente escolar, apontando a avaliação do ano lectivo 2001/02 realizada em 4732 escolas das 7744 que têm saúde escolar, para a existência de boas condições de segurança e higiene do meio ambiente entre, respectivamente, 62% e 78% das escolas e boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos entre 19 e 28% das escolas.

O apoio ao desenvolvimento curricular promoção e educação para a saúde, pelas equipas de saúde escolar, tem percorrido áreas tão diversas como educação alimentar, vida activa saudável, educação para a cidadania e educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco, ou drogas e prevenção da violência, nos diferentes níveis de ensino. No entanto, não existem para todas estas áreas orientações técnicas que normalizem a intervenção.

Com uma metodologia de projecto que assenta no diagnóstico das necessidades, a Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (RNEPS) abrangeu, no ano lectivo 2000/2001, 1/3 da população escolarizada do ensino público, do pré-escolar ao secundário, o que corresponde a 3722 escolas e 282 centros de saúde (80% do total de centros de saúde).

A estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assentará em actividades que serão executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo: a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do PNV e da legislação da evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do Serviço Nacional de Saúde, para a melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais, a promoção da Saúde Oral e o incentivo de estilos de vida saudáveis.

Com os outros sectores da comunidade, nomeadamente com as autarquias, será reforçada a articulação para a melhoria das condições do ambiente dos estabelecimentos de educação e ensino. Nas escolas pertencentes à RNEPS, estas actividades serão obrigatoriamente cumpridas.

No futuro as estratégias da OMS, *Health for All in the 21st century*, apontam para que no ano 2015 pelo menos 50% das crianças que frequentam jardim de infância e 95% das que frequentam a escolaridade obrigatória e o ensino secundário terão oportunidade de ser educadas em escolas promotoras da saúde. Uma escola promotora da saúde é a que garante a todas as crianças e jovens que a frequentam a oportunidade de adquirirem competências pessoais e sociais que os habilitem a melhorar a gestão da sua saúde e a agir sobre os factores que a influenciam. Para isso são indispensáveis parcerias, procedimentos democráticos, metodologias participativas e desenvolvimento sustentado.

Quadro II - Metas para a saúde escolar

Indicador	Situação actual em Portugal	Meta para 2010
Percentagem de CS com Equipas de Saúde Escolar	84%	100%
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos	73%	90%
Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos	36%	75%
Percentagem de alunos com PNV actualizado na pré-escola	89%	95%
Percentagem de alunos com PNV actualizado aos 6 anos	93%	99%
Percentagem de alunos com PNV actualizado aos 13 anos	83%	95%
Percentagem de alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução que têm, no final do ano lectivo, o seu problema de saúde resolvido	56%	75%
Percentagem de escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas	61%	100%
Percentagem de escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente	62%	90%
Percentagem de escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos	28%	60%
Normalizar as intervenções de promoção da saúde em saúde escolar	20%	100%
Percentagem de Crianças com 6 anos livres de cáries	33%	65%
Índice de CPOD aos 12 anos	2.95	1.9
Percentagem de jovens com dentes tratados aos 12 anos	18%	60%

As prisões

Portugal apresenta hoje a mais elevada taxa de população reclusa da Europa Ocidental, tendo, em 1 de Outubro de 2002, um total de 14 126 reclusos, com uma taxa de ocupação de 121,6%. O estado de saúde destes reclusos está mal caracterizado. Mas a toxicod dependência é o primeiro problema de saúde desta população (65,4% dos reclusos são ou foram consumidores de drogas). As queixas atribuídas a aspectos da Saúde Mental constituem o outro problema de saúde de maior dimensão. A saúde mental desta população é precária e a solução encontrada para lhe fazer face, maioritariamente por Médicos de Família, é o uso de psicotrópicos. Estas drogas são as mais prescritas, sendo consideráveis os seus custos. Há sempre cerca de 5 a 10 mortes/ano por suicídio ou *overdose* nas cadeias portuguesas. Dezasseis por cento da população reclusa tem SIDA ou é seropositiva; quanto às hepatites, 26,9% dos reclusos têm resultados positivos na análise da Hepatite C e 9,7% de igual modo relativamente à Hepatite B. A incidência da tuberculose é cerca de 13 vezes superior à da população não reclusa, sendo a multirresistência um problema particularmente preocupante. As necessidades de Saúde Oral insatisfeitas são também um problema de saúde que parece abranger a maioria dos reclusos.

Os problemas de saúde dos trabalhadores prisionais também deverão ser contemplados num futuro programa de acção. Existem protocolos entre os Estabelecimentos Prisionais/Direcção-

Geral dos Serviços Prisionais (EP/DGSP) e as ARS, Sub-regiões de Saúde ou centros de saúde¹⁹, nos quais são determinadas as condições em que a assistência médica e medicamentosa tem lugar, face às características próprias dos estabelecimentos prisionais, sua população e necessidades específicas²⁰ da Saúde e da Justiça, sendo necessária uma avaliação regional e nacional das acções realizadas e em curso, tendo em vista o cumprimento da Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro.

Serão reforçadas intervenções específicas e articuladas da DGS, IDT e ARS, relacionadas com a organização de respostas para o consumo de drogas²¹ e, no âmbito da reabilitação, o desenvolvimento do tratamento de toxicodependentes em estabelecimentos prisionais, assim como a promoção da reinserção social dos toxicodependentes reclusos através de casas de saída²².

A realização de acções de promoção da saúde mental em meio prisional, dirigidas tanto aos profissionais quanto aos reclusos será priorizada.

Será priorizada a execução dos protocolos para vacinação do pessoal prisional e dos detidos contra as doenças infecciosas, nomeadamente a hepatite B²³ assim como intervenções específicas da DGS e ARS relacionadas com o VIH e outras doenças infecciosas. Em relação à tuberculose serão priorizadas actividades de rastreio, diagnóstico, tratamento e prevenção da transmissão da tuberculose²⁴.

Quadro III - Metas para a saúde da população prisional

Indicador		Situação actual em Portugal	Meta para 2010
Prevenção de doenças infecciosas em ambiente prisional (como sub-programa do programa nacional de combate às doenças infecciosas)	Desenho e aprovação do programa	Não Existe	-----
	Cobertura vacinal do pessoal prisional	Desconhecido	100%
	Cobertura vacinal dos detidos	Desconhecido	100%
Promoção da saúde mental em ambiente prisional (como sub-programa do programa nacional de saúde mental)		Não Existe	Em funcionamento, de forma a cobrir 50% da população prisional

O local de trabalho

Talvez o aspecto mais importante no domínio da necessidade de intervenção no local de trabalho se situe na melhoria da informação e dos conhecimentos em matéria de saúde ocupacional. Essa informação seria destinada ao grande público, aos profissionais de saúde e às autoridades responsáveis pela saúde.

19 Até Fevereiro de 2002 tinham sido assinados 38 destes protocolos de colaboração.

20 Protocolo de 21/03/97 dos Ministros da Justiça e da Saúde.

21 Programa 'Redução de Riscos e Minimização de Danos', "Plano de Actividades 2001-2004", Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicod dependência - Horizonte 2004, Presidência do Conselho de Ministros.

22 Programa 'Reinserção Social dos Toxicod dependentes', "Plano de Actividades 2001-2004". Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicod dependência - Horizonte 2004, Presidência do Conselho de Ministros.

23 Protocolo de 21/03/97 dos Ministros da Justiça e da Saúde.

24 Protocolo de 24/03/98 entre DGSP e DGS.

É ainda inadiável o desenvolvimento de um Programa Nacional Contra as Doenças Profissionais, que, coordenado por um grupo gestor, desenvolva, avaliando, acções concretas, com metas específicas.

Promover-se-á o envolvimento, de forma mais activa, dos serviços de saúde, em particular dos Centros Regionais de Saúde Pública, no apoio e incentivo às empresas das respectivas regiões, não só para que cumpram os requisitos legais em matéria de higiene, saúde e segurança, mas também para que contribuam para que os trabalhadores adoptem estilos de vida mais saudáveis.

Assegurar-se-á ainda que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho²⁵ de forma a incentivar o cumprimento, por parte destas instituições e serviços, das normas legais sobre higiene, segurança e saúde no trabalho, garantindo a avaliação e registo actualizado dos factores de risco e a planificação das acções conducentes ao seu efectivo controlo, bem como a existência de recursos humanos com competência e qualificação adequadas.

O estado de saúde dos Portugueses

A saúde potencial pode ser percebida como o potencial para uma maior ausência de doença, para um maior bem estar ou para uma maior aptidão funcional.

Potencial para a ausência de doença

Em 2000/2001, a esperança de vida à nascença da população portuguesa era, para ambos os sexos, de 76,9 anos mantendo-se abaixo da média europeia de 78,2 anos para o mesmo período de tempo. O sexo masculino apresenta uma esperança de vida de 73,5 anos, comparada com a média de 75,2 anos da União Europeia. O sexo feminino apresenta uma esperança de vida de 80,3 anos, ainda abaixo da média europeia de 81,2 anos²⁶.

Os Anos de Vida Potencial Perdidos na população portuguesa correspondeu, em 2001, a um total de 517082, sendo 360408 referente ao sexo masculino e 156674 referente ao sexo feminino.

A mortalidade em 2002, registou um acréscimo de apenas 0,2% face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior²⁷. Em 2002, a taxa de mortalidade infantil suspendeu a tendência de declínio constante que se verificava desde a década de sessenta. Para 2001, Portugal ocupa já uma posição mediana para este indicador face aos restantes países europeus, ocupando, em *ex-aequo* com a Bélgica, a nona posição²⁸.

As principais causas de morte da população portuguesa referentes ao ano de 2001 são as doenças do aparelho circulatório e os tumores malignos. As causas externas são importantes nos grupos mais jovens²⁹. A evolução da epidemiologia destas patologias reflecte avanços importantes assim como oportunidades para mais ganhos em saúde.

As doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbilidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta principais causas de anos potenciais de vida perdidos, uma das razões pela qual constituem um importante problema de saúde pública, que é prioritário resolver. A elevada prevalência dos factores de risco associados às doenças do aparelho circulatório, nomeadamente o tabagismo, a hipertensão arterial, a

25 Decreto-Lei nº 488/99 de 17 de Novembro.

26 Estatísticas Demográficas 2001, Instituto Nacional de Estatística; Eurostat Database, 2001.

27 Destaque do INE, Estatísticas Demográficas – Mortalidade, Resultados definitivos de 2002.

28 Destaque do INE, Estatísticas Vitais, Resultados definitivos de 2002.

29 Risco de morrer 2001, DGS.

hipercolesterolemia e o sedentarismo, obriga a que seja dada uma especial atenção à sua prevenção, bem como à adopção de medidas integradas e complementares, que potenciem a redução de riscos de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

A mortalidade por cancro em Portugal estabilizou. A mortalidade global por cancro é mais elevada nos homens do que nas mulheres. Portugal representa na UE, para a mortalidade por cancro nos homens, uma das excepções à tendência actual, que é de crescimento. Comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países na UE, considera-se ser possível reduzir a mortalidade prematura em 38% no caso dos homens e 10% no das mulheres. O cancro da mama continua a ser a causa de morte por cancro mais comum entre as mulheres. No entanto, em Portugal a mortalidade sofreu uma redução; comparando os indicadores de Portugal com os dos melhores países na UE (13,5 por 100 000 em 1998), é possível considerar a possibilidade de reduzir a mortalidade em mais 42%. O cancro do colo rectal representa a terceira causa de morte mais comum para os homens e a segunda para as mulheres; a mortalidade tem vindo a aumentar. O cancro do colo do útero tem sido considerado como prevenível através de rastreio por citologia; regista uma baixa mortalidade que não tem sofrido aumento nas mulheres mais jovens.

Os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) são a principal causa de morte nas crianças e jovens, a partir do primeiro ano de vida, determinando um número muito elevado de anos potenciais de vida perdidos; por outro lado, geram um grande número de jovens com deficiência, cujos custos económicos e psicossociais são difíceis de calcular. Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos à vítima, à família e à sociedade. Quando acontecem em pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbidade, mortalidade, incapacidade e dependência. Uma parte significativa destes acidentes, principalmente os de viação, está associada ao consumo excessivo de álcool. Assim, os acidentes são um factor importante para a ocorrência de incapacidades permanentes, para os quais o sistema de saúde português tem baixa capacidade de resposta.

A existência de assimetrias regionais no estado de saúde da população portuguesa reflecte, por um lado, diferentes costumes regionais, associados nomeadamente aos estilos de vida, mas pode, por outro lado, ser um indicador revelador de iniquidade de acesso das populações aos cuidados de saúde³⁰.

O potencial para um maior bem estar

A opinião que cada pessoa tem do seu estado de saúde é um indicador recomendado pela OMS para a avaliação do estado de saúde das populações³¹.

A colheita deste indicador foi feita, pela primeira vez, em Portugal no Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 1995/1996. O INS de 1998/1999 incluiu-o, de novo, permitindo agora uma primeira comparação. Embora o período de tempo entre os dois inquéritos seja de apenas três anos, os resultados globais parecem revelar uma diminuição, embora pequena, da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde "muito mau" ou "mau" e um ligeiro aumento da percentagem de pessoas que consideraram o seu estado de saúde como "bom". Esta evolução verifica-se quer nos homens quer nas mulheres.

A percentagem de pessoas que avaliaram o seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom" é superior nos homens em ambos os INS e em todos os grupos etários. Também em ambos os sexos se pode notar um ligeiro aumento dos valores de 1995/96 para os de 1998/99.

30 DGS, A Saúde dos Portugueses, 1997.

31 WHO, 1996. World Health Organization. Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Regional publications European Series nº 58. 1996.

Por outro lado, as mulheres consideraram o seu estado de saúde como "mau" ou "muito mau" mais frequentemente do que os homens, podendo observar-se uma diminuição em ambos os sexos entre os dois INS.

O comportamento da categoria "razoável" parece não ter variado de forma apreciável entre ambos os INS. A categoria "muito bom" não sofreu variação.

A percentagem de pessoas que apreciaram o seu estado de saúde como "muito bom" ou "bom" decresce ainda com a idade em ambos os sexos, o que corresponde a uma percepção do estado de saúde como "mau" ou "muito mau" mais frequentemente pelos mais idosos. De referir uma discriminação mais nítida entre os sexos a partir do grupo etário 45 a 54 anos.

O comportamento da categoria "razoável" é interessante já que é diferente antes e depois do grupo etário 45 a 54 anos. De facto, nos grupos etários abaixo dos 45 anos, a auto apreciação de um estado de saúde "razoável" é mais frequente nas mulheres, enquanto que depois dos 55 anos ela é mais frequente nos homens. Também a evolução desta categoria de resposta entre os INS parece ser diferente antes e depois do referido grupo etário.

Estes resultados sugerem uma possível alteração no padrão de distribuição da auto apreciação do estado de saúde em Portugal entre 1995/1996 e 1998/1999, mais evidente nos grupos etários acima dos 45 a 54 anos. Nos grupos etários mais jovens a evolução não terá sido tão clara.³²

O potencial para uma melhor aptidão funcional

Em 2001, o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge publicou os resultados de um projecto que, entre outros indicadores, permitiu obter informação sobre as capacidades funcionais de indivíduos idosos. Os resultados indicam que 8,3% dos indivíduos declaram apresentar grandes incapacidades estimando-se em 12% a percentagem de indivíduos que declara precisar de ajuda para actividades da vida diária. No estudo, os indivíduos que declaram possuir incapacidade do tipo funcional obtêm, na grande maioria (92,5%), ajuda quase diária.³³

Estratégias e metas globais para ganhos em saúde em Portugal

Na sua globalidade os indicadores disponíveis indicam, para o conjunto nacional, ganhos em saúde sustentados década após década. No entanto, a nossa capacidade para compreender a realidade nacional e planear com mais detalhe as intervenções conducentes a ainda mais ganhos em saúde está condicionada pelo limitado leque indicadores disponíveis, reflexo do mau funcionamento do nosso sistema de gestão da informação e do conhecimento.

Desta realidade resulta a estratégia fundamental, já anteriormente contemplada e aqui reforçada de dar prioridade absoluta ao desenvolvimento dos sistemas de gestão de informação e do conhecimento, de modo a apoiarem de uma forma directa a tomada de decisão no sistema de saúde. A coordenação deste sistema em todas as suas componentes será da responsabilidade da DGS em colaboração com o IGIF e com todas as outras entidades relevantes. Estas entidades deverão, até fins de Novembro de 2004, apresentar ao Ministro da Saúde uma proposta no sentido de garantir o cumprimento do aqui disposto.

Para mais ganhos em saúde de uma forma global, tendo em conta a situação na União Europeia e a situação em Portugal definem-se como prioritárias estratégias centradas na família e no ciclo de vida e na gestão da doença ou enfermidades.

32 Graça, MJ & Dias, CD. Como as pessoas avaliam o seu próprio estado de saúde em Portugal. Dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1995/1996 e de 1998/1999.

33 Branco, MJ, Nogueira, PJ & Dias, CD. MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Observatório Nacional de Saúde. Outubro de 2001.

A família e o ciclo de vida

De entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e planear as intervenções necessárias, as que se centram na família e se baseiam no ciclo de vida estão a ganhar cada vez mais visibilidade³⁴, particularmente em relação aos estilos de vida e aos problemas de origem social. A abordagem centrada na família e no ciclo vital justifica-se pelo facto de permitir uma melhor visualização, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida.

Para as fases do ciclo de vida definem-se como consensuais os objectivos e metas nos quadros IV-VIII:

Quadro IV - Metas prioritárias para “Nascer com Saúde”

Gravidez e período neo-natal	Situação actual em Portugal	Previsão 2010	Meta para 2010
Esperança de vida à nascença ¹	77,13	78,2	
Taxa de nascimentos pré-termo /100 nados vivos ¹	6,4	6,0	5,5
Taxa de crianças com baixo peso à nascença /100 nados vivos ¹	7,4	6,3	6,0
Taxa de mortalidade neonatal /1000 nados vivos ¹	3,4	2,6	2,5
Taxa de partos por cesariana /100 nados vivos ¹	24	28	
Taxa de grávidas que fuma tabaco durante a gravidez ²	11,50	N.D.	Inferior a 5%

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro V - Metas prioritárias para “Crescer com segurança”

Pós-neonatal aos 9 anos	Situação actual em Portugal	Previsão 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 1 aos 4 anos ¹	76,5	---	
Taxa de mortalidade infantil /1000 nados vivos (<1 ano) ¹	5,0	4,4	
AVPP(<1 ano) ¹	39684,5	---	
Taxa de Mortalidade 1-4 anos / 100.000 indivíduos ¹	36,6	36,1	
Taxa de Mortalidade 5-9 anos / 100.000 indivíduos ¹	22,3	21,4	
AVPP 1- 4 anos ¹	11122,0	---	
AVPP 5-9 anos ¹	7375,0	---	
Risco de morrer até aos 5 anos ¹	7,2	5,8	
Amamentação – Taxa de crianças com idade igual ou inferior a 6 anos que foram amamentadas pelo menos durante 24 semanas ²	29%	---	Superior a 50%.

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

34 Kuh D & Shlomo YB 1997. A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press.

Quadro VI - Metas prioritárias para "Uma juventude à procura de um futuro saudável"

10 aos 24 anos	Situação actual em Portugal	Previsão 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 15 aos 19 anos ¹	62,79	---	
Taxa de Mortalidade dos 10-14 anos / 100.00 indivíduos ¹	26,2	25,8	
Taxa de Mortalidade dos 15-19 anos / 100.00 indivíduos ¹	61,9	59,9	
Taxa de Mortalidade dos 20-24 anos / 100.000 indivíduos ¹	91,1	90,2	
AVPP 10-24 anos ¹	8337,5	---	
AVPP 15-19 anos ¹	21472,5	---	
AVPP 20-24 anos ¹	33772,5	---	
Taxa% de nascimentos em mulheres adolescentes (<20 anos) ¹	5,9	5,5	Manter inferior a 5%
Taxa% abortos por 1000 nados vivos em adolescentes (antes dos 20 anos) ¹	126,4	120,0	
Auto-apreciação do estado de saúde "mau" ou "muito mau" (15-24 anos) ²	H=0,9 M=2,4	N.D.	Reduzir em 30%
Uso de tabaco - Taxa % de indivíduos que fuma diariamente (15-24 anos) ²	H=25,80 M=10,50	N.D.	Reduzir em 50%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool nos últimos 12 meses (15-24 anos) ²	38,1	N.D.	Reduzir em 50%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (15-24 anos) ²	12,9	N.D.	Reduzir em 75%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (15-24 anos) ²	H=45,52 M=64,20	N.D.	Reduzir em 75%
Excesso de peso - Taxa % de indivíduos que apresentam excesso de peso: Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9 (15-24 anos) ²	H=6,80 M=4,65	N.D.	Reduzir em 25%
Obesidade - Taxa % de indivíduos que apresentam obesidade: Índice de Massa Corporal igual ou maior que 30 (15-24 anos) ²	H=3,22 M=2,26	N.D.	Reduzir em 25%

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro VII - Metas prioritárias para "Uma vida adulta produtiva"

25 aos 64 anos	Situação actual em Portugal	Previsão 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 45 aos 49 anos ¹	34,60	----	
Taxa de Mortalidade 25-44 anos/ 100.000 indivíduos ¹	174,3	162,8	
Taxa de Mortalidade 45-64 anos/ 100.000 indivíduos ¹	595,6	587,4	
AVPP 25-44 anos ¹	179670,0	----	
AVPP 45-64 anos ¹	194137,5	----	
Taxa% de nascimentos em mulheres com mais de 35 anos ¹	14,4	15,6	Manter inferior a 15%
Taxa% abortos por 1000 nados vivos em mulheres com mais de 35 anos ¹	175,6	146,0	
Auto-apreciação do estado de saúde "mau" ou "muito mau" (35-44 anos) ²	H=5,7 M=10,8	N.D.	Reduzir em 30%
Auto-apreciação do estado de saúde "mau" ou "muito mau" (55-64 anos) ²	H=27,3 M=41,4	N.D.	Reduzir em 50%
Uso de tabaco - Taxa % de indivíduos que fuma (25-44 anos) ²	H=45,75 M=17,13	N.D.	Reduzir em 50%
Uso de tabaco - Taxa % de indivíduos que fuma (45-64 anos) ²	H=26,00 M=4,17	N.D.	Reduzir em 30%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool nos últimos 12 meses (25-44 anos) ²	69,6	N.D.	Reduzir em 25%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (25-44 anos) ²	43,1	N.D.	Reduzir em 50%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool nos últimos 12 meses (45-64 anos) ²	65,1	N.D.	Reduzir em 25%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (45-64 anos) ²	46,5	N.D.	Reduzir em 50%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (35-44 anos) ²	H=67,53 M=77,34	N.D.	Reduzir em 50%
Excesso de peso - Taxa % de indivíduos que apresentam excesso de peso: Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9 (35-44 anos) ²	H=22,64 M=16,36	N.D.	Reduzir em 25%
Obesidade - Taxa % de indivíduos que apresentam obesidade: Índice de Massa Corporal igual ou maior que 30 (35-44 anos) ²	H=11,82 M=11,86	N.D.	Reduzir em 50%
Continua			

Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (55-64 anos) ²	H=70,06 M=83,29	N.D.	Reduzir em 50%
Excesso de peso - Taxa % de indivíduos que apresentam excesso de peso: Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9 (55-64 anos) ²	H=26,15 M=22,11	N.D.	Reduzir em 25%
Obesidade - Taxa % de indivíduos que apresentam obesidade: Índice de Massa Corporal igual ou maior que 30 (55-64 anos) ²	H=16,21 M=20,31	N.D.	Reduzir em 50%
Taxa % de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de Grau 1 (45-64 anos) ²	33,7	N.D.	Reduzir em 20%

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro VIII - Metas prioritárias para "Envelhecer activamente"

65 anos ou mais	Situação actual em Portugal	Previsão 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 65 aos 69 anos ¹	17,55	----	
Taxa de Mortalidade / 100.000 indivíduos (65 anos ou mais) ¹	4881,8	4783,9	
AVPP (65 anos ou mais) ¹	21510,0	----	
Auto-apreciação do estado de saúde "mau" ou "muito mau" (homens:65-75 anos) ²	H=35,00 M=52,60	N.D.	Reduzir em 50% anos
Uso de tabaco - Taxa % de indivíduos que fuma (65-74 anos) ²	H=14,57 M=0,71	N.D.	Reduzir em 25%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool nos últimos 12 meses (65-74 anos) ²	54,2	N.D.	Reduzir em 25%
Uso de álcool - Taxa % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (65-74 anos) ²	39,2	N.D.	Reduzir em 50%
Actividade Física - Taxa % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (65-74 anos) ²	H=75,55 M=87,85	N.D.	Reduzir em 50%
Excesso de peso - Taxa % de indivíduos que apresentam excesso de peso: Índice de Massa Corporal entre 27 e 29,9 (65-74 anos) ²	H=25,99 M=22,15	N.D.	Reduzir em 25%
Obesidade - Taxa % de indivíduos que apresentam obesidade: Índice de Massa Corporal igual ou maior que 30 (65-74 anos) ²	H=14,90 M=19,32	N.D.	Reduzir em 25%
Taxa de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de Grau 1 (65-74 anos) ²	56,2	N.D.	Reduzir em 30%
Taxa de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de Grau 1 (75-84 anos) ²	69,2	N.D.	Reduzir em 20%

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

A gestão da doença

A gestão da doença, seja ela infecciosa ou cronicodegenerativa, é uma das áreas de maior actividade no sector da saúde. Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de planos e programas, da criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, tenta-se criar um contexto em que se torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: pacientes, administradores, gestores, médicos Hospitalares, médicos de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou ainda profissionais como os de reabilitação.

É na fase adulta que o indivíduo, através da família, do trabalho e da sua relação com a sociedade, demonstra maior capacidade para afirmar e exercer a sua cidadania. Várias alterações, decorrentes da evolução da sociedade, surgiram, lançando o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades. Outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o stresse, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/atitudes, o aumento de doenças crónicas potencialmente incapacitantes e o número de doentes portadores destas doenças, tendem a contrariar o elevado potencial de saúde da idade adulta, levantando questões específicas, nomeadamente em relação à adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis.

No contexto acima mencionado, será importante dedicar atenção às políticas sociais de apoio à família e à elaboração e implementação de planos e programas nacionais de saúde. Há que melhorar o acesso de doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a autovigilância da doença, capacitando os doentes para as decisões e, simultaneamente, aumentando o seu grau de responsabilidade, individual e social, sobre a evolução da doença. Para tal é importante envolver as Associações de Doentes e outras associações promotoras de saúde no desenvolvimento das acções informativas, preventivas, de rastreio e detecção precoce, bem como no apoio aos doentes.

O desenvolvimento de programas de gestão da doença conduzirão a implementar a abordagem sistematizada da prevenção destas doenças e operacionalizar e desenvolver a rede de cuidados continuados criando respostas intermédias efectivas, entre os Centros de Saúde e os Hospitais de agudos dirigidas a pessoas com situações crónicas agudizadas, que não requeiram alta tecnologia diagnóstica e terapêutica Hospitalar, ou com situações incapacitantes, que requeiram elevado investimento de reabilitação e de recuperação global. Por outro lado, haverá uma maior necessidade de se definir e identificar, legal e funcionalmente, as doenças crónicas e doenças crónicas autocontroláveis, de forma a que estas pessoas possam usufruir de um melhor acesso aos cuidados de saúde que são inerentes a gestão da sua doença.

É consenso que as prioridades em termos de doença e enfermidades incluem:

- Traumatismos, particularmente os acidentes de viação e os acidentes laborais;
- Os cancros, particularmente os da mama feminina, do colo do útero e do cólon e recto;
- As doenças do aparelho circulatório, particularmente os acidentes vasculares cerebrais e a doença isquémica cardíaca;
- As doenças mentais, particularmente a depressão e o abuso e a dependência de álcool;
- As doenças infecciosas, particularmente a SIDA e a sífilis neonatal.

Para estas prioridades definem-se como consensuais os seguintes objectivos e metas:

Quadro IX - Metas prioritárias para as doenças neoplásicas

Cancros	Situação actual em Portugal	Projecção para 2010	Meta para 2010
Cancro da mama feminina			
Taxas de rastreio	N.D.	N.D.	
AVPP por Cancro da mama	12174,0	11394	
Taxa de Mortalidade padronizada por Cancro da mama antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	14,3	13,5	
Sobrevivência aos dez anos	N.D.	N.D.	
Cancro do colo do útero			
Taxas de rastreio	N.D.	N.D.	
AVPP por Cancro do colo do útero	3398,5	2443	
Taxa de Mortalidade padronizada por Cancro do colo do útero antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	3,5	3,1	
Sobrevivência aos dez anos	N.D.	N.D.	
Cancro do cólon e recto			
Taxas de rastreio	N.D.	N.D.	
AVPP por Cancro do cólon e recto	10,935	11082,5	
Taxa de Mortalidade padronizada por Cancro do cólon e recto antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	7,9	7,9	
Sobrevivência aos dez anos	N.D.	N.D.	

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro X - Metas prioritárias para as doenças cardiovasculares

Doenças cardiovasculares	Situação actual em Portugal	Projecção para 2010	Meta para 2010
Doença isquémica cardíaca (DIC)			
AVPP por DIC	24023,0	22707,5	
Taxa de Mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	16,1	14,4	
Internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC	2 %	---	80 %
Taxa de letalidade intra-hospitalar por DIC	6,6 %	---	Inferior a 5%
Percentagem de referência após um episódio agudo de DIC a unidades de reabilitação	3 %	---	30 %
Acidentes vasculares cerebrais (AVC)			
AVPP por AVC	26939,5	25224,0	
Taxa de Mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	17,9	16,2	
Internamentos pela via verde AVC de episódios de AVC	Desconhecido	---	80 %
Taxa de letalidade intra-hospitalar por AVC	14,5 %		Inferior a 13 %
Percentagem de referência após um episódio de AVC a unidades de reabilitação	Desconhecido	---	30 %

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro XI - Metas prioritárias para as doenças infecciosas

Doenças infecciosas	Situação actual em Portugal	Projecção para 2010	Meta para 2010
SIDA			
Taxa de Mortalidade padronizada por SIDA / 100.000 indivíduos	9,5	8,3	
AVPP por SIDA	31518,5	30789	
Taxa de Mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	10,3	9,2	
Sífilis neonatal			
Taxa de incidência/ 100 nados vivos	21	12	0

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Quadro XII - Metas prioritárias para as doenças mentais

Doenças mentais	Situação actual em Portugal	Projecção para 2010	Meta para 2010
Depressão			
Taxa de consulta/internamento	5,9/1	----	
AVPP por Suicídio	12787,5	10545	
Taxa de Mortalidade padronizada por Suicídio antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	5,0	3,0	
Capacidade de reconhecimento da depressão pelos clínicos gerais	33%	----	50 %
Proporção entre os custos indirectos e directos na depressão	83% /17%	----	60% / 40%
Abuso e Dependência de álcool			
AVPP por doenças atribuíveis ao álcool	26117,0	25869	
Taxa de Mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	15,8	15,2	
Consumo de álcool em litros / pessoa / ano (2000)	16,59	----	Redução de 20%

N.D. - Não se encontra disponível

Quadro XIII - Metas prioritárias para traumatismos

Traumatismos	Situação actual em Portugal	Projecção para 2010	Meta para 2010
Acidentes de viação			
N.º de mortes por acidentes de viação / ano	1863	1580	
AVPP por Acidentes de Viação antes dos 70 anos	50620,0	48390	
Taxa de Mortalidade padronizada por Acidentes de Viação antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos	15,6	12,0	
N.º de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool / ano	750	----	0
Taxa de Mortalidade padronizada por acidentes de viação atribuíveis ao álcool / 100.000 indivíduos	Desconhecido	----	
Acidentes laborais			
Taxa de Mortalidade padronizada por acidentes laborais / 100.000 indivíduos	Desconhecido	----	
AVPP por acidentes laborais	Desconhecido	----	

(1) DGS (2) INSA N.D. - Não se encontra disponível

Estas metas nacionais devem ser coordenadas pela Direcção Geral da Saúde a nível nacional através de programas nacionais, e mais detalhados a nível regional de forma a sua concretização vir a reflectir a redução das desigualdades regionais e entre os géneros. A responsabilidade para tal fica, até ao fim de Novembro de 2004, com as ARS sob a coordenação da DGS.

O sistema de saúde em Portugal

Recursos financeiros e humanos

Em 2000, os cerca 10,3³⁵ milhões de habitantes portugueses gastaram colectivamente na área da saúde cerca de 9%³⁶ do Produto Interno Bruto (PIB), sendo servidos por cerca de 174.963³⁷ trabalhadores do sector da saúde (3,4% da população empregada³⁸).

Globalmente, em 2000, encontravam-se inscritos nas respectivas Ordens cerca de 32,5 mil médicos, 3,3 mil médicos dentistas, 7,9 mil farmacêuticos e 37,5 mil enfermeiros³⁹.

O peso das verbas absorvidas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2001, enquanto parte integrante do Sistema de Saúde⁴⁰, representou cerca de 13,1% da despesa efectiva do Estado e 6,1% do PIB⁴¹, o que traduz bem o esforço que a nossa sociedade, colectivamente, tem vindo a afectar à área da saúde. Como termo de comparação podemos ver que esta despesa aumentou em 24,49% desde 1995, quando representava 4,9% do PIB, sendo o maior aumento, em percentagem do PIB, de todos os países da OCDE. Em 2001, alguns países como a Espanha, Irlanda e Reino Unido gastaram menores percentagens do PIB com a despesa pública de saúde do que Portugal, apresentando valores de 5,2%, 4,5% e 6,0% respectivamente.

Cuidados de saúde primários

Em 2000, a oferta de cuidados de saúde primários (CSP) pertencentes ao SNS traduzia-se em 354 centros de saúde distribuídos por Portugal continental, com 1895 extensões. No mesmo ano, o SNS contava com 7.389 médicos, 6.256 enfermeiros e 747 técnicos de diagnóstico e terapêutica para desenvolver as actividades associadas aos CSP⁴².

Mais recentemente, em 2003, foi redefinida a rede de prestação de cuidados de saúde primários, constituída pelos "centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados (...) e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades (...) "⁴³.

Cuidados de saúde mental

Os cuidados de saúde mental integrados no SNS totalizam 39 tipos de estabelecimentos (36 de psiquiatria e pedopsiquiatria e 3 de alcoologia), com uma capacidade global de

35 Mais concretamente, 10.356.117 residentes em Portugal, de acordo com os resultados definitivos dos Censos de 2001, INE.

36 OCDE Health Data 2003.

37 De acordo com a classificação das actividades económicas (CAE-REV2), 2001, INE.

38 De acordo com valor médio trimestral de 2001, Estatísticas do Emprego, INE.

39 Elementos Estatísticos Saúde/2000, DGS.

40 O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades, Base XII, nº 1, da Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

41 OCDE Health Data, 2003.

42 Elementos Estatísticos Saúde/2000, DGS.

43 Artº 1, nº 2, do Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril.

internamento de 2640 camas (60,2% das camas existentes estão nos 5 hospitais psiquiátricos)⁴⁴. Em termos de recursos humanos, há 422 psiquiatras, 160 psicólogos, 40 pedopsiquiatras, 124 técnicos de serviço social, 65 terapeutas ocupacionais, 1227 enfermeiros, 5 técnicos de psicomotricidade, 15 terapeutas da fala, 9 educadores de infância, 3 técnicos de educação, 7 professores de ensino especial e 7 clínicos gerais.

Cuidados hospitalares

Em 2000, o Sistema de Saúde era composto por um total de 38.908 camas do internamento, distribuídas da seguinte forma: cerca de 74% pertencentes à rede pública que inclui o SNS e as Regiões Autónomas, 3% à área oficial não pública (designadamente estabelecimentos militares, paramilitares e prisionais) e 23% aos estabelecimentos privados (do total de camas privadas de internamento existente, 79% pertencem ao sector privado sem fins lucrativos e 21% ao sector privado com fins lucrativos)⁴⁵.

Por seu turno, a rede do SNS, em 2000, era composta por 90 hospitais (13 centrais, 39 distritais, 24 nível Um e 14 especializados), com uma capacidade de internamento variável (desde hospitais com cerca de 50 camas até outros com cerca de 1500) num total de 23.861 camas. Em termos de recursos humanos, o sector hospitalar do SNS dispunha, no mesmo ano, de 15.384 médicos, 24.979 enfermeiros, 5.250 técnicos de diagnóstico e terapêutica⁴⁶.

Cuidados continuados

Em 2003, foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados⁴⁷, constituída por "todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida". Este recente diploma legal visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre todas as redes de cuidados de saúde nos sectores primários e hospitalares.

Outras unidades de cuidados de saúde

O Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT) possui uma rede nacional de serviços de saúde locais desconcentrados, constituídos por Unidades Especializadas. Em 2002⁴⁸, estas unidades estavam caracterizadas da seguinte forma:

- 45 Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT): unidades-tipo prestadoras de cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes que procuram tratamento. Estas unidades assentam a sua intervenção em equipas multidisciplinares, constituídas por médicos de várias especialidades (com destaque para a psiquiatria, mas também medicina interna, medicina familiar, saúde pública), psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais. Ainda existem, a este nível de prestação de cuidados: nove extensões de CAT's; dezassete locais de consultas descentralizados; três núcleos de atendimento a toxicodependentes (NATs); quatro Centros de Dia (CD). Existem ainda cinco Centros de Dia (CD) privados em regime de convenção.
- Cinco Unidades de Desabilitação (UD): Estas unidades oferecem um total de 45 lugares para internamento de curta duração (sete dias) e estão distribuídas ao longo do território

44 Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental 2003 (a publicar)

45 INE, 2000.

46 Elementos Estatísticos Saúde/2000, DGS.

47 Decreto-Lei

48 Instituto da Droga e da Toxicoddependência. Relatório anual 2002: a situação do País em matéria de drogas e toxicoddependências. Vol. I. Informação Estatística 2002. Lisboa: IDT, 2003.

nacional (uma no Porto, uma em Coimbra, uma em Olhão e duas em Lisboa). Existem ainda sete clínicas de desabilitação privadas, em regime de convenção, que somam mais 77 lugares disponíveis e complementam estes serviços.

- Duas Comunidades Terapêuticas (CT): Estas unidades oferecem um total de 34 lugares, estando uma em Coimbra e outra em Lisboa. São estruturas residenciais de longa duração, em regime de internamento, com atendimento psicoterapêutico e socioterapêutico. Existem ainda, sessenta e quatro Comunidades Terapêuticas privadas em regime de convenção, que oferecem mais 1.226 lugares disponíveis e complementam estes serviços.

Desempenho do sistema

A OMS publicou o Relatório sobre a Saúde Mundial em 2000⁴⁹, onde, pela primeira vez, se compararam os sistemas de saúde dos 191 países membros da Organização.

Este relatório examinou todos os países segundo grandes áreas, designadamente o nível de saúde global da população⁵⁰, distribuição da saúde entre os habitantes, capacidade de resposta do sistema de saúde⁵¹, a repartição dessa resposta segundo nível económico das pessoas e a distribuição do custo de saúde entre os cidadãos.

Embora este estudo não esteja isento de críticas, nomeadamente que representa apenas algumas funções dos sistemas de saúde, o que é certo é que Portugal ficou classificado em décimo segundo lugar no *ranking* global do desempenho dos sistemas de saúde, à frente de países como a Grã-Bretanha, Alemanha, Canadá e Estados Unidos da América.

Na verdade, os sistemas de saúde dos diversos países não são comparados em termos absolutos. Esta posição leva em consideração a relação do sistema de saúde com o nível de desenvolvimento sócio-económico de cada país, razão pela qual Portugal, estando em desvantagem neste aspecto perante os demais países desenvolvidos, se destaca relativamente à qualidade do serviço de saúde disponibilizado neste contexto.

Assim, apesar desta posição honrosa, comparado com outros países da OCDE a despesa da saúde em Portugal peca por um elevado nível de recursos em relação ao PIB, uma despesa pública *per capita* baixa, uma despesa excessiva com fármacos assim como uma maior despesa com o sector privado, quando comparado com outros países com SNS.

O desempenho em relação à equidade, eficiência, responsabilização e capacidade de resposta também fica aquém do que seria de esperar. As infra-estruturas organizacionais estão desactualizadas e apesar de legisladas, tentativas de reforma nunca foram completamente implementadas⁵².

Estratégias e metas globais para o sistema de saúde português

Os investimentos previstos no sistema de saúde deverão contemplar o providenciar ao cidadão um *atendimento de qualidade, em tempo útil* (melhoria do acesso), com *efectividade, humanidade e custos sustentáveis* ao longo do tempo.

49 World Health Report 2000. Health Systems: improving performance, OMS, Genebra, 2000.

50 Determinado sobretudo pelo Disability Adjusted Life Expectancy – DALE – ou esperança de vida sã.

51 Que inclui o respeito pela dignidade do doente (designadamente, o direito à confidencialidade, autonomia da pessoa e dos seus familiares para decidirem sua a sua saúde, entre outros), a orientação para o doente (celeridade no atendimento médico, acesso a redes de apoio social durante os cuidados prestados, qualidade das instalações e liberdade de escolha) e a disponibilidade de recursos. Este indicador que traduz uma mistura entre o funcionamento geral da saúde e a satisfação do doente, constituindo, porventura, a relação mais difícil de medir.

52 Bentes M, Dias CM, Sakellarides C. Health Care Systems in Transition. Portugal. The European Observatory on Health Care Systems; Copenhagen 2003.

Para tal, a mudança prevista deverá focar, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados secundários, a rede de cuidados continuados e terminais e a política do medicamento.

Como principais instrumentos desta mudança deverá apostar-se:

- numa *gestão mais empresarial*, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior atenção sistema de informação,
- no *desenvolvimento de parcerias* com os sectores privado e social,
- numa *maior coordenação vertical*, entre níveis de cuidados, através de redes de referenciação,
- no *reforço da gestão horizontal* em saúde, particularmente na articulação entre os diversos sectores nas escolas, lugar de trabalho, junto dos idosos e pessoas vulneráveis na comunidade, na segurança alimentar, na segurança nas estradas, no desenvolvimento dos recursos humanos da saúde;
- na revisão dos *incentivos* à produtividade, ao desempenho e ao mérito.

Tendo em conta a situação na União Europeia e a situação em Portugal estabelecem-se como metas gerais para o sistema de saúde português as contempladas no seguinte quadro.

Quadro XIV - Metas globais para o sistema de saúde

Indicador	Situação Actual em Portugal	Projeção para 2010	Meta para 2010
Médicos especialistas por 100.000 habitantes (1998, OCDE) ²	72	≅ 69	71
Médicos de medicina familiar por 100.000 habitantes (2000, WHO) ¹	53	≅ 26	40
Médicos de saúde pública por 100.000 habitantes	Desconhecido	----	
Dentistas por 100.000 habitantes (2000, WHO) ¹	43	≅ 60	66
Farmacêuticos por 100.000 habitantes (2000, WHO) ¹	79	≅ 105	90
Enfermeiros por 100.000 habitantes (2000, WHO) ¹	347	≅ 420	500
Número de consultas com médicos de família por habitante por ano	Desconhecido	----	
Número de consultas médicas por habitante por ano: CSP + Hospitais (1998, OCDE) ²	3	≅ 4	
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas	Desconhecido	----	
Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares	Desconhecido	----	
Número de doentes saídos por cama hospitalar por ano (1998, OCDE) ²	38	N.D.	
Tempo médio de estada nos cuidados agudos hospitalares (1998, OCDE) ²	7	N.D.	
Tempo médio de estada em internamento hospitalar (1998, OCDE) ²	9	N.D.	
Percentagem de hospitais que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	----	100%
Percentagem de centros de saúde que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	----	100%
Satisfação dos profissionais de saúde	Desconhecido	----	
Utentes muito satisfeitos/satisfeitos com Sistema de Saúde (1999, Eurobarometro) ²	24%	----	
<i>Health impact assessment</i>	Desconhecido	----	será rotina

(1) European Health for All Database, OMS, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2003.
(2) OCDE Health Data 2003, OCDE, Paris, 2003.

Estes números globais devem ser mais detalhados de forma a sua concretização vir a reflectir a redução das desigualdades regionais e entre os géneros.

Orientações para garantir a execução do plano

Mecanismos de cativação de recursos

As estratégias identificadas no plano devem ser protegidas no sentido de que a as GOP e os planos de actividades anuais, se pautarão por essas mesmas estratégias. De forma a garantir essa priorização, serão determinadas pelo Ministério da Saúde e negociadas com o Ministério das Finanças e com o Saúde XXI normas de atribuição de recursos que garantirão que as estratégias contempladas no Plano Nacional de Saúde terão primazia absoluta.

Da mesma forma, a partir de 2005, a formação contínua e as aberturas de concursos e vagas pautar-se-ão por essas mesmas prioridades.

Mecanismos de diálogo

A eficácia da divulgação do documento, a divulgação das metas atingidas, o sustentar do interesse dos vários públicos pelo projecto e a coordenação dos vários actores implicam a necessidade de um esforço continuado de comunicação através de contactos com os profissionais da comunicação social e com outros actores da sociedade civil, do meio académico, das organizações profissionais e das instituições de saúde. Este esforço deverá ser concretizado através da realização de Fóruns Regionais e Nacionais, através de mecanismos contemplados na secção da mudança centrada no cidadão e de alguns mecanismos contemplados na secção sobre a capacitação do sistema para a inovação.

Um aspecto particularmente importante desta programação está relacionado com o diálogo intersectorial de uma perspectiva de mobilização de vontades de contribuir para objectivos de saúde através de outras políticas como a agrícola, a ambiental, a educacional. Esta abordagem resultaria em Portugal de uma concretização prática do que nos outros países já se faz em termos de *health impact assessment*. Os mecanismos para garantir este diálogo deverão ser propostos ao Ministro da Saúde pela Direcção Geral da Saúde até fins de 2004.

Adequação do quadro de referência legal

A legislação portuguesa referente ao sector da saúde caracteriza-se pela ausência de um Código da Saúde que centralize todas as normas fundamentais nesta área, e ainda pela existência de leis com grande importância estratégica na saúde que apesar de nunca terem sido revogadas se encontram caducas. Por este motivo, é necessário actualizar a legislação de saúde, através da criação de uma estrutura com funções de avaliação e correcção das insuficiências e lacunas da legislação de saúde em Portugal (um observatório da legislação da saúde?). A Direcção Geral da Saúde apresentará, até fins de 2004, uma proposta nesse sentido, ao Ministro da Saúde

Mecanismos de acompanhamento do plano

Será constituído, até Junho de 2004, uma Comissão de Acompanhamento do Plano (CAP). Os membros do grupo serão nomeados por três anos, e durante esse período serão amovíveis.

A CAP funcionará por mecanismos de influência, será coordenada pelo Alto Comissário, incluirá outros Comissários identificados para liderar as actividades do plano em áreas consideradas prioritárias – doenças infecciosas, cancro, doenças do aparelho circulatório, estilos de vida - e terá orçamento próprio para deslocações, assim como o apoio de um secretariado técnico.

O grupo reunirá trimestralmente, terá a capacidade de requerer dados para monitorizar a evolução dos indicadores associados às metas do Plano e acesso aos planos anuais das diferentes instituições e de outras comissões sob a coordenação do Ministério da Saúde.

Será obrigatório um parecer deste grupo de acompanhamento sobre as GOP para a saúde, sobre:

- planos anuais de acção das ARS e das diferentes instituições e de outras comissões sob a coordenação do Ministério da Saúde;
- se a atribuição dos recursos do PIDDAC, do Saúde XXI e outros, como as aberturas de vagas e desenvolvimento de actividades de formação contínua, são consentâneas ou não com as prioridades do plano.

Por último, este grupo deverá de dois em dois anos (nos primeiros timestres de 2006 e 2008) fazer recomendações ao Governo, quanto a eventuais correcções ao plano, no sentido de alcançar as metas traçadas ou de corrigi-las.

-----  -----