

ÍNDICE DO VOLUME I

<i>Lista de Abreviaturas</i>	iii
<i>Estruturas de Coordenação e Apoio</i>	iv
<i>Contributos Recebidos</i>	v
<i>Prefácio</i>	vii
OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS	1
PROCESSO DE PLANEAMENTO	1
O PNS como guia para a acção e a mudança	2
Adequação a valores orientadores.....	3
PONTO DE PARTIDA	3
Estado de saúde dos Portugueses.....	3
Potencial para a ausência de doença	3
Potencial para um maior bem-estar	5
Potencial para uma melhor aptidão funcional.....	5
Sistema de saúde em Portugal	6
Recursos financeiros e humanos.....	6
Cuidados de saúde primários.....	6
Cuidados hospitalares.....	7
Cuidados continuados.....	7
Cuidados de saúde mental.....	7
Desempenho do sistema.....	8
PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PLANO	9
ESTRATÉGIAS GERAIS	9
Prioridade aos mais pobres.....	9
Abordagem programática	10
Abordagem com base em <i>settings</i>	11
As escolas.....	11
O local de trabalho	12
As prisões	13
ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS.....	14
Abordagem centrada na família e no ciclo de vida.....	14
Abordagem à gestão integrada da doença	17

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA.....	20
Mudança centrada no cidadão.....	20
Aumentar as opções de escolha do cidadão.....	20
Multiplicar mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde.....	21
Dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil.....	21
Promoção de comportamentos saudáveis.....	22
Criar um contexto ambiental conducente à saúde.....	23
Capacitar o sistema de saúde para a inovação.....	23
Definição e adequação de uma política de recursos humanos.....	23
Gestão da informação e do conhecimento.....	24
Incentivar a investigação e o desenvolvimento em saúde.....	26
Valorizar a participação do sector da saúde nos fóruns internacionais.....	28
Reorientar o sistema de saúde.....	28
Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento.....	29
ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO.....	30
Mecanismos de acompanhamento do Plano.....	30
Mecanismos de cativação de recursos.....	31
Mecanismos de diálogo.....	31
Adequação do quadro de referência legal.....	31
<i>Índice Geral (Volume I e Volume II).....</i>	<i>33</i>

Lista de Abreviaturas

ARS	Administrações Regionais de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVPP	Anos de Vida Potencial Perdidos
CAT	Comunidades de Atendimento a Toxicodependentes
CAP	Comissão de Acompanhamento do Plano
CS	Centros de Saúde
CPOD	Dentes Cariados, Perdidos, Obturados na Dentição Permanente (<i>DMFT - decayed, missing, filled, teeth</i>)
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CT	Comunidades Terapêuticas
DCI	Denominação Comum Internacional
DDD	Dose Diária Definida
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
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
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
PNS	Plano Nacional de Saúde
PVP	Preço de Venda ao Público
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
SHST	Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPR	Sistema de Preços de Referência
SPTT	Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência
UD	Unidades de Desabitação
UE	União Europeia
UMIC	Unidade de Missão, Inovação e Conhecimento
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

Estruturas de Coordenação e Apoio

Liderança do processo – José Pereira Miguel, Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde, na dependência directa de Luís Filipe Pereira, Ministro da Saúde.

Coordenação do Processo – DGS, assessorada por uma Comissão Coordenadora (Aldino Salgado, Fernando Leal da Costa, Guilherme Jordão†, 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, A. Castanheira Dinis, 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 Campos Reis, Ana Cristina Freitas, Ana Cristina Mendes, Ana Escoval, Ana Luísa Cardoso, Ana Maria Borja Santos, Ana Maria Correia, Ana Maria Santos Silva, Ana Moreno, Ana Real, Ana Todo Bom, Anabela Candeias, Anna Dixon, António Alves Pereira, António Bento, António Bugalho de Almeida, António Correia de Campos, António de Sousa Uva, António Dias, António Duran, António Faria Vaz, António Mota Miranda, António Perez Metelo, António Sarmento, António Toscano, Arlinda Borges, Assunção Martinez, Aurora Aroso, Avides Moreira, Beatriz Calado, Beatriz Couto, Beatriz Jurado, Carlos Andrade, Carlos Canhota, Carlos Gonçalves, Carlos Magno, Carlos Morais da Costa, Carlos Robalo Cordeiro, Carmo Cabedo Sanchez, Carmo Fonseca, Catalina Pestana, César Mexia de Almeida, Cláudia Conceição, Conceição Estudante, 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, Emílio Imperatori, Esmeraldina Correia Júnior, Estela Monteiro, Eunice Vidasinha, Fátima Bacellar, Fátima da Fonseca, 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 Ramalho, Fernando Tavela Veloso, Filomena Araújo, Filomena Exposto, Francisca Avillez, Francisco Antunes, Francisco Carrilho, Francisco Castro e Sousa, Francisco George, Francisco Vilhena e Silva, Gertrudes Mendonça, Luís 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 Rebelo de Andrade, Helena Saldanha, Heloísa Gonçalves dos Santos, Henrique Barros, Henrique Martins, Hilson Cunha Filho, Humberto Alexandre Martins, Humberto Santos, Idália Moniz, Ilza Martins, Inês Gomes, Inês Guerreiro, Inês Ramirez, Isabel Bettencourt, Isabel da Silva, Isabel de La Mata, Isabel Evangelista, Isabel Loureiro, Isabel Marinho Falcão, J.A. Aranda da Silva, J. M. De Abreu Nogueira, 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, Joaquina Madeira, 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, Kamal Mansinho, Leonor Sarmento, Lídia Monteiro, Lino Rosado, Louise da Cunha Telles, Lucinda Pereira, Luís Almeida Santos, Luís Cardoso Oliveira, Luís Gabriel Pereira, Luís Lito, Luís Magão, Luís Pisco, Luís Saboga, 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 Augusta de Sousa, Maria da Graça Góis, Maria da Luz Sequeira, Maria de Lurdes Serrazina, Maria de Sousa, Maria do Céu Machado, Maria do Rosário Ferrão Antunes, Maria Helena Brou, Maria Helena Gomes, 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, Mariana Diniz de Sousa, Mariana Neto, Maria Portugal Ramos, Maria Teresa Mendes, 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 Santos, Natália Taveira, Octávio Cunha, Patrícia Piedade, Paula Costa, Paula Lobato Faria, Paula Mano, Paula Nanita, Paula Roncon, Paula Tavares, Paulo Amado, Paulo Melo, Paulo Nossa, Paulo Rompante, Paulo Telles de Freitas, Pedro Ferreira, Pedro Silvério Marques, Pedro Soares, Pina Moura, Ramiro Ávila, Ricardo Monteiro, Rita de Sousa, Ronald Mooij, Rosa Gonçalves, Rosa Lobato Faria, Rosa Maria Feliciano, Rosa Teodósio, Rosário Farmhouse, Rui Ivo, Rui Portugal, Rui Tato Marinho, Rui Vitorino, Sabine Abig, Salvador Massano Cardoso, Sandra Carrondo de Carvalho, Sandra Feliciano, Sandra Gavinha, Sandra Pedrosa, Sandra Ribeiro, Saraiva da Cunha, Saúl Figueira, Sónia Mendes, Susana Borges, Teodoro Briz, Teresa Martins, Teresa Pais Zambujo, Teresa Sustelo, Vasco Prazeres, Virgílio do Rosário, Virgínia Neto, Vítor Feytor Pinto, Walter Oswald, Wim Van Lerberghe, Zélia Barateiro.

Prefácio

O Plano Nacional de Saúde no seu conjunto, representa o que podemos designar como um “fio condutor” para que as instituições do Ministério da Saúde, outros organismos do sector da Saúde - governamentais, privados e de solidariedade social – e de outros sectores de actividade, possam assegurar ou contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, de 2004 a 2010, orientados pela promoção da saúde e pela prevenção da doença.

O Plano Nacional de Saúde, em discussão pública no decorrer do ano de 2003 e nos primeiros meses de 2004, recebeu uma extensa lista de contribuições das mais diversas personalidades, instituições e sectores, o que nos permite dizer que estamos perante um documento que traduz um largo consenso quanto às intervenções que a realidade do País impõe. Tivemos também a preocupação de o enviar à Assembleia da República onde foi apoiado pela generalidade dos partidos, que reconheceram que a sua implementação se estende por mais de um ciclo governativo e requer se faça de uma forma continuada, com o apoio de todas as forças políticas.

Este instrumento fundamental de gestão é uma verdadeira “alavanca” com orientações estratégicas destinadas a sustentar – política, técnica e financeiramente – o Sistema Nacional de Saúde. Dá-lhe um cunho integrador, facilita a coordenação e colaboração das múltiplas entidades do sector da Saúde, encarando-a em sentido lato, na sua riqueza interdisciplinar e na responsabilização de todos os portugueses.

O Plano Nacional de Saúde como documento estratégico, cumpre um papel agregador e orientador daquilo que é mais importante implementar para promover “Mais Saúde para Todos” os portugueses. Agregador dos necessários debates sobre saúde, e orientador das actividades das instituições do Ministério da Saúde a nível nacional e nas regiões, e também da sociedade civil.

Estamos já empenhados na concretização das metas nele definidas através, entre outras iniciativas, do Plano de Acção para a Saúde para 2004, previsto nas últimas GOP, e que congrega num único instrumento as intervenções concertadas dos serviços centrais e regionais. Em Julho de 2004 proceder-se-á à avaliação das actividades desenvolvidas no primeiro semestre do ano e à preparação do Plano de Acção para 2005. O Plano está a servir também como base do contributo da Saúde para a revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sustentado.

As estratégias identificadas no Plano serão asseguradas através das Grandes Opções do Plano e dos planos de actividade anuais, que por elas se deverão pautar. Também neste sentido os orçamentos corrente e de investimento do Ministério da Saúde, bem como os fundos Comunitários, deverão garantir recursos adequados à implementação do PNS.

A concretização do Plano Nacional de Saúde passa pela implementação gradual dos diversos Programas de índole nacional, em número de 40, em que o mesmo se desdobra.

Recentemente, e como contemplado no Plano, aprovei vários novos Programas Nacionais de entre os quais quero realçar:

- O Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida;
- O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares;
- O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas;
- O Programa Nacional de Luta contra as Doenças Reumáticas;
- O Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Vários outros programas nacionais estão em fase adiantada de preparação (PN Vacinação, Obesidade, Saúde da Visão, Saúde Ambiental, entre outros).

A divulgação do documento, a monitorização das metas, o sustentar do interesse dos vários públicos pelo projecto e a coordenação dos vários actores implicam a necessidade de um esforço continuado através de contactos com a comunicação social e com outros actores da sociedade civil, do meio académico, das organizações profissionais e das instituições de saúde. Este esforço será concretizado através da realização regular de Fóruns Regionais e Nacionais, entre outros mecanismos contemplados no Plano. Estes Fóruns serão um meio pelo qual, com alguma regularidade, o Plano será, de uma forma participada, avaliado e corrigido.

Um aspecto particularmente importante para garantir a execução do Plano está relacionado com o diálogo intersectorial numa perspectiva de mobilização de vontades que contribuam para a prossecução de objectivos de saúde através de outras políticas internas como a agrícola, a ambiental ou a educacional. Esta abordagem resultaria em Portugal na concretização prática do que noutros países já se faz em termos de avaliação de impacto sobre a saúde, o *health impact assessment*.

Dentro do espírito das iniciativas que são necessárias para garantir o sucesso do Plano, considereei ser adequado atribuir o seu acompanhamento a uma Comissão, essencialmente de natureza consultiva, mas a que caberá também a apresentação de propostas para a actualização e correcção de desvios ao seu desenvolvimento. Esta deverá elaborar relatórios que habilitarão o Ministério à apreciação regular da evolução do Plano Nacional de Saúde e a tomar as decisões que se mostrem necessárias à sua melhoria e viabilização.

Entendi, assim, promulgar a criação de uma Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde. Esta Comissão, em diálogo com todos, sem exclusão de ninguém, garantirá que este Plano, que pretendemos aberto, seja dinamizado, acompanhado, monitorizado e revisto quando necessário. Neste processo a Comissão de acompanhamento não estará sózinha, já que muitos outros actores, estarão atentos e com ela colaborarão nesta missão de levar o Plano a bom porto.

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração do Plano Nacional de Saúde, particularmente à equipa nuclear e de um modo especial à OMS na pessoa do Director Regional para a Europa Dr. Marc Danzon e dos peritos internacionais que houveram por bem ajudar-nos. Faço votos para que os desígnios supra se cumpram, a bem de mais saúde para todos os portugueses

Lisboa, 30.6.2004

Luís Filipe Pereira
Ministro da Saúde

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 define orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração 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 necessários, num contexto organizacional adequado, 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.

É, por conseguinte, um documento de alcance vasto que pretende a formatação de políticas intersectoriais concertadas, cujo reflexo administrativo será a cooperação interministerial, numa lógica de impacto global para a melhoria da Saúde.

PROCESSO DE PLANEAMENTO

O planeamento na saúde é definido, tipicamente, 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.

Esta valorização do planeamento com um processo formativo levou à adopção de uma metodologia de diálogo e consulta durante um período alargado de tempo. A metodologia desenvolvida para a elaboração deste Plano pode ser descrita da seguinte forma:

- Vários núcleos de apoio permanente, coordenados pela Direcção-Geral da Saúde, designadamente: Comissão de Coordenação, Comissão de Acompanhamento e Secretariado Técnico. Foram ainda criados uma série de grupos de trabalho temáticos¹, compostos por especialistas nas matérias relacionadas;
- Desenvolvimento de um documento base para discussão: documento debatido publicamente de Janeiro a Dezembro de 2003. Houve uma grande aposta na larga difusão deste documento (amplo envolvimento dos meios de comunicação social, dos organismos do Ministério da Saúde e sectores afins, da sociedade civil, entre outros);

¹ Designadamente, grupos de trabalho sobre "Cuidados Sociais em Saúde", "Doenças Infecciosas", "Exclusão Social e Saúde", "Infeções Sexualmente Transmissíveis", "Investigação e Saúde", "Patologia Clínica", "Saúde Ambiental", "Saúde da Visão", "Saúde Oral", "Transplantação" e "Valores e Princípios".

- Recurso a consultas internacionais: organização de uma mesa redonda com a Organização Mundial de Saúde (OMS), realizada a 28 e 29 de Julho de 2003, bem como consultas à Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e ao Conselho da Europa;
- Recurso a consultas regionais: realização de três fóruns regionais (em Faro, Lisboa e Porto), com vista a integrar as diversas perspectivas dos principais actores regionais no processo de planeamento.
- Amplo debate nacional, incluindo um fórum nacional de saúde, realizado em Lisboa, em Fevereiro de 2004, para encerrar o debate público.

A valorização do planeamento como um processo continuado leva-nos a considerar este Plano não como um produto finalizado, mas, antes, como um instrumento em actualização contínua, para o tornar mais sensível às percepções que vamos tendo da sua adequação ou não ao momento actual. Prevê-se, pois, uma evolução natural, fácil e lógica entre as sucessivas fases deste Plano Nacional (figura 1).

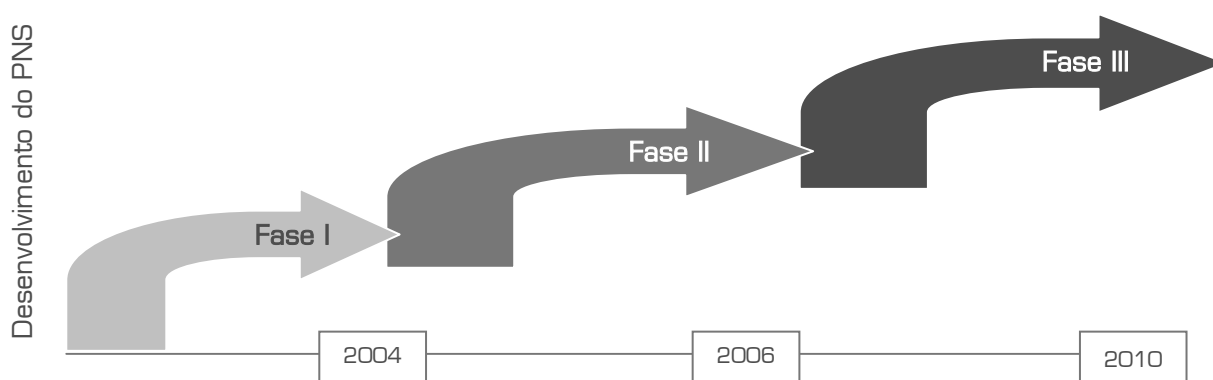


Figura 1. Fases de desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde.

A fase I corresponde à definição da estrutura do Plano e dos seus objectivos globais, assim como à especificação das orientações estratégicas e metas prioritárias. Esta fase, completada no primeiro trimestre de 2004, coincide com a apresentação da actual versão do Plano para apreciação e aprovação ministerial.

A fase II, de 2004 a 2006, será a fase de “lançamento” do Plano e de operacionalização das estruturas e processos de acompanhamento.

A fase III, até 2010, será a fase de monitorização da execução do Plano pelas estruturas que para tal forem designadas como responsáveis.

Esta actualização contínua servirá, simultaneamente, 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 programas anuais necessários (nacionais, regionais e sub-regionais).

O PNS como guia para a acção e a mudança

Este Plano é um guia para a acção de 2004 a 2010, orientado por prioridades com metas rigorosamente definidas. Como tal, salienta as intervenções prioritárias e identifica os responsáveis pela garantia da sua realização. Representa, no seu conjunto, 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 saúde², de 2004 a 2010, orientado para a prevenção das doenças e enfermidades, nas suas vertentes primária, secundária e terciária.

Adequação a valores orientadores

Os valores orientadores deste documento são a justiça social, a universalidade, a equidade, o respeito pela pessoa humana, a solicitude e a solidariedade. Dos princípios realçam-se a sustentabilidade e a continuidade, bem como a autonomia do cidadão e a humanização dos cuidados.

PONTO DE PARTIDA

As orientações e actividades identificadas estão pensadas no contexto do Programa do XV Governo Constitucional³ e das respectivas Grandes Opções do Plano (GOP)⁴, do que se conhece sobre a saúde⁵ e o sistema de saúde⁶ em Portugal, de um anterior documento sobre as estratégias da saúde⁷, do Programa de Saúde Pública da União Europeia (UE)⁸, das orientações da OMS sobre *Health for All*⁹, do mais recente relatório da OMS sobre saúde na Europa¹⁰ e do trabalho relevante que tem vindo a ser desenvolvido pela OCDE¹¹.

Estado de saúde dos Portugueses

A saúde potencial pode ser percebida como uma possibilidade 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, situada em 78,2 anos. O sexo masculino apresentava uma esperança de vida de 73,5 anos, sendo a média da União Europeia de 75,2 anos. O sexo feminino apresentava uma esperança de vida de 80,3 anos, ainda abaixo da média europeia, correspondente a 81,2 anos¹².

Os Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) na população portuguesa corresponderam, em 2001, a um total de 517.082 anos, sendo 360.408 referentes ao sexo masculino e 156.674 referentes ao sexo feminino.

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

3 O Programa do XV Governo Constitucional pode ser consultado em www.governo.gov.pt

4 Lei nº 32-B/2002 de 30 de Dezembro - Grandes Opções do Plano para 2003; Lei nº 107-A /2003 de 31 de Dezembro - Grandes Opções do Plano para 2004.

5 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação. Relatório do Director-Geral e Alto-Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002.

6 Relatórios da Primavera de 2001, 2002 e 2003 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal. ver em www.observaport.org

7 Portugal. Ministério da Saúde.– Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde, 1999.

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

9 World Health Organization - Health 21: Health for All in the 21st century. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1999.

10 World Health Organization - The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra: WHO, 2002.

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

12 Portugal. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas 2001. Instituto Nacional de Estatística, Eurostat Database, 2001.

A mortalidade em 2002, registou um acréscimo de apenas 0,2%, face ao ano anterior, sendo a idade média dos falecidos cada vez maior¹³. Em 2002, a taxa de mortalidade infantil pareceu suspender a tendência de declínio constante que se verificava desde a década de sessenta. Em 2001, Portugal ocupa já uma posição mediana para este indicador, face aos restantes países europeus¹⁴.

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 jovens¹⁵. 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 AVPP, uma das razões por que 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 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 do risco de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento¹⁶.

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 de uma forma significativa a mortalidade precoce. O cancro do cólon e recto representa a terceira causa de morte mais comum para os homens e a segunda para as mulheres e a sua mortalidade tem vindo a aumentar. O cancro do colo do útero tem sido considerado como prevenível através de rastreio por citologia. Os dados referem uma baixa mortalidade que não tem sofrido aumento nas mulheres mais jovens¹⁷.

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 AVPP. Por outro lado, geram um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens, cujos custos económicos e psicossociais são elevados, embora difíceis de calcular. Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos elevados à vítima, à família e à sociedade. Quando ocorrem em pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbilidade, incapacidade, dependência e mortalidade. Uma parte significativa destes acidentes, principalmente os de viação, está associada ao consumo excessivo de álcool. Assim, os acidentes são um factor importante de ocorrência de incapacidades permanentes, para as quais o sistema de saúde português tem baixa capacidade de resposta¹⁸.

13 Portugal. Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Demográficas – Mortalidade, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003

14 Portugal. Instituto Nacional de Estatística - Destaque do INE, Estatísticas Vitais, Resultados definitivos de 2002. Lisboa: INE, 2003

15 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Risco de morrer em Portugal, 2001. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2003.

16 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde – Ganhos de Saúde em Portugal: ponto da situação: relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2002.

17 *Idem*.

18 *Ib Idem*.

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 reveladora de iniquidades de acesso das populações aos cuidados de saúde¹⁹.

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 populações²⁰.

Entre os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 1995/1996 e de 1998/1999, houve 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 tanto para o sexo masculino, como para o feminino. 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. 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 dos 45 aos 54 anos.

O comportamento da categoria "razoável" é interessante, já que é diferente antes e depois do grupo etário dos 45 aos 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 - 54 anos. Nos grupos etários mais jovens a evolução não terá sido tão clara²¹. Identifica-se também como oportunidade o potencial para reduzir as desigualdades na auto-apreciação do estado de saúde entre homens e mulheres.

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

19 Santana, P. – Poverty social exclusion and health in Portugal. *Society Science Medicine*; 55(1) 33-45.

20 World Health Organization - Health Interview Surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Regional Publications European Series nº 58. 1996.

21 Graça, M.J.; Dias, C.D. - 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 *In* Observações n.º 11. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, Março 2001.

quase diária²². Estes resultados são importantes, num contexto de um grande desconhecimento sobre as capacidades funcionais nos diferentes grupos etários em Portugal. No momento em que se dão os primeiros passos dos serviços de cuidados continuados, estes valores têm grande interesse para apoiar a tomada de decisão.

Sistema de saúde em Portugal

O sistema de saúde em Portugal será abordado sob uma perspectiva essencialmente descritiva: os seus recursos, os diferentes níveis de cuidados disponíveis para os portugueses e o seu desempenho.

Recursos financeiros e humanos

Em 2001, os cerca 10,3²³ milhões de habitantes portugueses gastaram, colectivamente, na área da saúde cerca de 9,3%²⁴ do Produto Interno Bruto (PIB), sendo servidos por cerca de 174.963²⁵ trabalhadores do sector da saúde (3,4% da população empregada²⁶).

Globalmente, em 2001²⁷, encontravam-se inscritos nas respectivas Ordens cerca de 33,2 mil médicos, 3,7 mil médicos dentistas, 8,4 mil farmacêuticos e 39,3 mil enfermeiros²⁸.

O peso das verbas absorvidas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2001, enquanto parte integrante do Sistema de Saúde²⁹, representou cerca de 13,1% da despesa efectiva do Estado e 6,1% do PIB³⁰, o que traduz bem o esforço que a nossa sociedade, colectivamente, tem vindo a afectar à área da saúde. Como termo de comparação, podemos observar 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 2001, a oferta de cuidados de saúde primários (CSP) pelo SNS era assegurada por 363 centros de saúde distribuídos por Portugal continental, com 1.797 extensões. No mesmo ano, o SNS contava com 6.961 médicos, 6.850 enfermeiros e 875 técnicos de diagnóstico e terapêutica para desenvolver as actividades associadas aos CSP³¹.

Mais recentemente, em 2003, foi redefinida a rede de prestação de cuidados de saúde primários, ficando 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, integrados em cooperativas ou outras

22 Branco, M.J.; Nogueira, P.J.; Dias, C.D. - MOCECOS: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde. Outubro de 2001.

23 10.299,3 residentes em Portugal, de acordo com a estimativa da população residente em 2001, Lisboa: INE, 2001.

24 Organisation for the Economic Cooperation and Development - OCDE Health Data 2004.Paris: OCDE, 2004

25 De acordo com a Classificação das Actividades Económicas (CAE-REV2), Lisboa: INE, 2001.

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

27 Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Elementos Estatísticos: Saúde 2001. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004.

28 Em 2003, segundo a Ordem dos Enfermeiros encontravam-se inscritos um total de 43.860 enfermeiros na Ordem.

29 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.

30 Organisation for the Economic Cooperation and Development - OCDE Health Data 2003.Paris: OCDE, 2003.

31 Portugal, Instituto Nacional de Estatística. Estatística da Saúde:2001. Lisboa: INE, 2003.

entidades (...)”³². O modelo de articulação dos CSP com a restante rede de prestação de cuidados parece não ter encontrado até hoje uma fórmula feliz de harmonizar as necessidades de gestão eficiente do sistema com a liberdade de escolha do cidadão e as aspirações dos grupos profissionais envolvidos.

Cuidados hospitalares

Em 2001 o Sistema de Saúde era composto por um total de 38.452 camas de internamento, distribuídas da seguinte forma: cerca de 74% pertencente 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% a outros estabelecimentos (destes outros estabelecimentos, 78% das camas pertencem ao sector social e 22% ao sector privado com fins lucrativos)³³.

Por seu turno, a rede hospitalar do SNS, em 2001, era composta por 88 hospitais (13 centrais, 40 distritais, 22 de nível um e 13 especializados), com uma capacidade de internamento variável (desde hospitais com cerca de 50 camas até outros com cerca de 1.500), num total de 23.673 camas. Em termos de recursos humanos, a rede hospitalar do SNS dispunha, no mesmo ano, de 15.862 médicos, 24.872 enfermeiros e 5.536 técnicos de diagnóstico e terapêutica³⁴.

Cuidados continuados

Em 2003, foi aprovada a Rede de Cuidados Continuados³⁵, 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, em fase inicial de concretização prática, visa garantir um regime de complementaridade e estreita articulação entre as redes de cuidados de saúde primários e hospitalares.

Cuidados de saúde mental

Os serviços prestadores de cuidados de saúde mental integrados no SNS abrangem, em 2003, 36 estabelecimentos de psiquiatria e pedopsiquiatria e 3 centros regionais de alcoologia, com uma capacidade global de internamento de 2.640 camas (60,2% das camas existentes estão concentradas em 5 hospitais psiquiátricos). Em termos de recursos humanos, há 422 psiquiatras, 160 psicólogos, 40 pedopsiquiatras, 124 técnicos de serviço social, 65 terapeutas ocupacionais, 1 227 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 gerais³⁶.

Para além destes cuidados de saúde mental integrados no SNS, existe, sob a tutela do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), uma rede nacional de serviços de saúde

32 Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril. Artº 1, nº 2 – reorganiza os Cuidados de Saúde Primários..

33 Portugal, Instituto Nacional de Estatística. Estatística da Saúde:2001. Lisboa: INE, 2003.

34 Portugal, Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Portugal Saúde: Indicadores Básicos 2000. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2003.

35 Decreto-Lei nº 281/2003, de 8 de Novembro – Cria a Rede de Cuidados Continuados..

36 Portugal. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde - Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2003 (a publicar).

locais desconcentrados, constituída por unidades especializadas de cuidados de saúde para toxicodependentes. Em 2002³⁷, estas unidades caracterizavam-se da seguinte forma:

- Quarenta e cinco Centros de Atendimento a Toxicodependentes (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. Complementam este nível de prestação de cuidados 9 extensões de CAT, 17 locais de consultas descentralizados, 3 núcleos de atendimento a toxicodependentes e 4 Centros de Dia. Existem ainda 5 Centros de Dia 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 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 adicionam 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 64 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 2000³⁸, 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 população³⁹, a distribuição da saúde entre os habitantes, a capacidade de resposta do sistema de saúde⁴⁰, a repartição dessa resposta segundo o nível económico das pessoas e a distribuição do custo de saúde entre os cidadãos.

Embora este estudo não esteja isento de críticas, nomeadamente por representar apenas algumas funções dos sistemas de saúde, o 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, a Alemanha, o Canadá e os 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 sócioeconómico 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, quando se compara Portugal com outros países da OCDE, a sua despesa da saúde 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, em relação a outros países com SNS.

37 Portugal. Instituto da Droga e da Toxicodependência - Relatório Anual 2002: a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Vol. I. Informação Estatística 2002. Lisboa: IDT, 2003.

38 WHO - World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Genebra: World Health Organization, 2000.

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

40 Que inclui o respeito pela dignidade do doente (designadamente, o direito à confidencialidade, autonomia da pessoa e dos seus familiares para decidirem sobre 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 traduz uma mistura entre o funcionamento geral da saúde e a satisfação do doente, constituindo, porventura, a relação mais difícil de medir.

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 anteriores de reforma do sistema de saúde nunca foram completamente implementadas⁴¹.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PLANO

De forma a cumprir os seus objectivos, tal como foram enumerados no início deste documento, este Plano foi elaborado de acordo com abordagens estratégicas que correspondem a conjuntos de acções programadas e executadas, ao longo da vigência do Plano.

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

I – Estratégias gerais

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

II – Estratégias para obter mais saúde para todos

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

III – Estratégias para a gestão da mudança

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

IV – Estratégias para garantir a execução do Plano

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

As estratégias direccionadas para *obter mais saúde para todos* (4 e 5) e para uma *gestão da mudança* mais efectiva, eficiente e mais próxima do cidadão (6, 7, 8, 9) são abordadas com mais detalhe no segundo volume deste Plano.

ESTRATÉGIAS GERAIS

As três estratégias gerais deverão atravessar, de uma forma horizontal e abrangente, todas as estratégias, planos, programas e projectos do sistema de saúde.

Prioridade aos mais pobres

As últimas três décadas, em Portugal, foram de significativos ganhos em saúde. Mas também se acentuaram os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social, sem ter havido, da parte do sistema de saúde, a agilidade necessária para se adaptar aos novos desafios que emergem. Este agravamento resulta, em parte, do aumento das desigualdades

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

sociais, do envelhecimento da nossa população, da maior mobilidade das populações e de um número crescente de imigrantes.

Por conotação a uma maior falta de recursos e condições de vida mais difíceis, a pobreza e a exclusão social estão também associadas a uma maior prevalência de estilos de vida menos saudáveis, com um acesso mais difícil a cuidados de saúde e a medicamentos. Por outro lado, estes problemas relacionados com a saúde tendem a agravar situações socioeconómicas de carência, acentuando a pobreza e a exclusão social. O resultado é uma dimensão mais gravosa de problemas de saúde crónico-degenerativos nas populações mais pobres, a reemergência de problemas de saúde como a tuberculose, os problemas associados aos comportamentos adictivos, a violência e a persistência da SIDA, para mencionar só alguns dos problemas com maior impacto na pobreza.

Existem evidências significativas, noutros países da UE, de que algumas estratégias são eficazes. A serem adoptadas pelo Ministério da Saúde, poderiam vir a ter um impacto significativo na redução das desigualdades em saúde e na diminuição do peso das doenças associadas à pobreza e à exclusão social⁴².

Destas estratégias, realça-se, primeiro, uma abordagem territorial, que complementaria a abordagem por *settings*, contemplada mais adiante neste Plano. Ela poderia ter um impacto significativo na melhoria do acesso aos serviços de saúde das populações desfavorecidas concentradas territorialmente.

Segundo, o reconhecimento de que o trabalho a ser contemplado deve ser coordenado e promovido pelo Ministério da Saúde e suas instituições, mas que, na prática, requer a colaboração de muitos outros sectores da sociedade. Os dirigentes do Ministério da Saúde terão, pois, de assumir um papel activo de advocacia de políticas, não só saudáveis, mas que discriminem positivamente os mais desfavorecidos.

Abordagem programática

As Orientações Estratégicas da Saúde estão essencialmente centradas em planos, programas e projectos já existentes, eventualmente a rever, 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.

Continuar-se-á 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 pouco saudáveis que estão associados às doenças cardiovasculares, à diabetes, à obesidade e a alguns cancros);
- Combinar programas diversos já existentes como subprogramas de um programa global e abrangente;
- Modelar os programas numa lógica de gestão integrada da doença;
- Definir, quando se revele apropriado, metas *smart*⁴³;
- Investir em sistemas de informação, para melhor monitorizar os programas, de forma a poder introduzir, a todo o momento, eventuais correcções.

42 Mackenbach, J.; Bakker, M. – Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences. The Lancet; Vol. 362 (2003) 1409-1414.

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

Abordagem com base em *settings*

É na escola, no local de trabalho e nos locais de lazer que é despendido 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 de 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;
- Secretaria de Estado da Juventude, para os locais de lazer e de divertimento público;
- Ministério da Justiça, para as prisões;
- Ministério da Educação, para jardins-de-infância, escolas do ensino básico e secundário e outras instituições de ensino não superior.

As escolas, o local de trabalho e as prisões, por causa do seu carácter especial, requerem uma particular atenção.

As 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.

No ano lectivo 2001/02, dos 357 Centros de Saúde existentes em Portugal, 84% fizeram Saúde Escolar. Esta actividade foi desenvolvida em 4.188 (78%) Jardins-de-infância, 7.744 (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 Escolar⁴⁴, a execução de algumas actividades, nomeadamente, a monitorização do estado de saúde dos alunos, não obstante a 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 (19.331), pouco mais de 50% (10.824) 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 4.732 escolas das 7.744 que têm saúde escolar, para a existência de boas condições de segurança e higiene do meio ambiente em, respectivamente, 62% e 78% das escolas e boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos em 19% e 28% das escolas, também respectivamente.

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

Com uma metodologia de projecto que assenta no diagnóstico das necessidades e com uma estratégia de construção de parcerias, criando ou reforçando redes sociais de integração da escola na comunidade, a Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde (RNEPS)⁴⁵ abrangeu, no ano lectivo 2000/2001, um terço da população escolarizada do ensino público, do pré-escolar ao secundário, o que corresponde a 3.722 escolas e 282 centros de saúde

44 Circular Normativa n.º13/DSE, de 10/08/95 - Programa Tipo de Saúde Escolar.

45 Despacho Conjunto nº 734/2000 de 18 de Julho, subscrito pelos Ministros da Saúde e da Educação – estabelece normas sobre o processo de alargamento da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde.

(80% do total de centros de saúde). A RNEPS integra-se na Rede Europeia das Escolas Promotoras de Saúde, um projecto conjunto da OMS, Conselho da Europa e Comissão Europeia.

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 Plano Nacional de Vacinação (PNV) e da legislação sobre evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, 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.

As estratégias da OMS, *Health for All in the 21st century*⁴⁶, apontam para que no ano 2015 pelo menos 50% das crianças que frequentam o jardim-de-infância e 95% das que frequentam a escolaridade obrigatória e o ensino secundário terão oportunidade de ser educadas em escolas promotoras de saúde. Uma escola promotora de 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 I - Metas para a saúde escolar

Indicador	Situação actual	Meta para 2010
% de CS com Equipas de Saúde Escolar	84	100
% de cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos	73	90
% de cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos	36	75
% de alunos com PNV actualizado na pré-escola	89	95
% de alunos com PNV actualizado aos 6 anos	93	99
% de alunos com PNV actualizado aos 13 anos	83	95
% 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
% de escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas	61	100
% de escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente	62	90
% de escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos	28	60
% de intervenções de promoção da saúde em saúde escolar com orientações técnicas definidas	20	100
% de crianças com 6 anos livres de cáries	33	65
Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) aos 12 anos	2.95	1.90
% de jovens necessitados de tratamento com dentes tratados aos 12 anos	18	60

Fonte: DGS, DSE.

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. É pois fundamental a organização conjunta com os parceiros intervenientes de um Observatório de Doenças Profissionais.

46 World Health Organization - Health 21: Health for All in the 21st century. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, 1999.

Um aspecto importante no domínio das necessidades de intervenção no local de trabalho situa-se no desenvolvimento de um Programa Nacional de Promoção e Protecção da Saúde no Locais de Trabalho assente em cinco eixos estratégicos estruturantes da intervenção e que consubstancie os princípios estipulados no Plano Nacional de Acção para a Prevenção resultante do acordo sobre condições de trabalho, higiene e segurança no trabalho e combate à sinistralidade estabelecido pelo Concelho Económico e Social de 2001.

Apoiar-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 adotem 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 Trabalho (SHST)⁴⁷ 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.

Desta forma, todos os serviços dependentes do Ministério da Saúde, com especial relevo para as unidades prestadoras de cuidados, deverão ter organizados os Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho⁴⁸ de forma a constituir uma mais valia em termos de saúde e segurança para os seus próprios trabalhadores, para a comunidade em que se encontram inseridos através do apoio e serviços disponibilizados a trabalhadores de outros sectores e ainda, promovendo a investigação científica e a formação de técnicos através da criação de centros específicos.

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 toxicodependência é o primeiro problema de saúde desta população (65,4% dos reclusos são ou foram consumidores de drogas). As queixas atribuídas a aspectos de 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% têm-no 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 saúde⁴⁹, nos quais são determinadas as condições em que a assistência médica e medicamentosa tem lugar, face às características próprias dos estabelecimentos prisionais,

47 Decreto-Lei n.º 109/2000, de 30 de Junho - Define o regime jurídico de SHST.

48 Decreto-Lei n.º 488/99, de 17 de Novembro - Define as formas de aplicação do regime jurídico de SHST à Administração Pública.

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

sua população e necessidades específicas⁵⁰ de Saúde e de 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, do IDT e das ARS, relacionadas com a organização de respostas para o consumo de drogas⁵¹ e, no âmbito da reabilitação, com o desenvolvimento do tratamento de toxicodependentes em estabelecimentos prisionais, assim como a promoção da reinserção social dos toxicodependentes reclusos através de casas de saída⁵².

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

Será, também, priorizada a execução de protocolos para vacinação do pessoal prisional e dos detidos contra as doenças infecciosas, nomeadamente a hepatite B⁵³ 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 tuberculose⁵⁴.

Quadro II - Metas para a saúde da população prisional

Indicador	Situação actual	Meta para 2010
% de cobertura vacinal do pessoal prisional	Desconhecida	100
% de cobertura vacinal dos detidos	Desconhecida	100
Promoção da saúde mental em ambiente prisional	Não existe	Em funcionamento, de forma a cobrir 50% da população prisional

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

De forma a obter mais saúde para todos, privilegiam-se duas estratégias: centrar as intervenções na família e no ciclo de vida e abordar os problemas de saúde através de uma aproximação à gestão da doença.

Abordagem centrada na família e no 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 maior favorecimento⁵⁵, particularmente em relação aos estilos de vida e aos problemas de origem social. A abordagem centrada na família e no ciclo de vida justifica-se pelo facto de permitir uma melhor percepção, 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, em relação à situação actual, nos quadros III a VII:

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

51 Presidência do Conselho de Ministros - 'Redução de Riscos e Minimização de Danos'. In Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicod dependência - Horizonte 2004. Lisboa: IPDT, 2001.

52 Presidência do Conselho de Ministros - 'Reinserção Social dos Toxicod dependentes', In Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicod dependência - Horizonte 2004. Lisboa: IPDT, 2001.

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

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

55 Kuh, D.; Shlomo, Y.B. - A life course approach to chronic disease epidemiology. New York: Oxford University Press, 1997.

Quadro III - Metas prioritárias para "Nascer com Saúde" - gravidez e período neo-natal

Indicador	Situação actual	Projectção 2010	Meta para 2010
Esperança de vida à nascença ¹	77,1	78,2	81
Taxa de mortalidade fetal / 1.000 nados-vivos ¹	4,6	4,3	4,0
Taxa de mortalidade perinatal (22 e mais semanas) / 1.000 nados vivos ¹	7,1	6,2	5,5
Taxa de mortalidade neonatal / 1.000 nados-vivos ¹	3,4	2,6	2,5
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 nascimentos por cesariana / 100 nados-vivos ¹	24	28	20
% de grávidas que fuma durante a gravidez ²	11,5	N.D.	< 5

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) INSA, dados da situação actual referem-se a 1997/98.
N.D. - Não se encontra disponível.

Quadro IV - Metas prioritárias para "Crescer com segurança" - pós-neonatal aos 9 anos

Indicador	Situação actual	Projectção 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 1 aos 4 anos ¹	76,5	—	78
Taxa de mortalidade infantil / 1.000 nados vivos (<1 ano) ¹	5,0	4,4	3
Taxa de mortalidade 1-4 anos / 100.000 indivíduos ¹	36,6	36,1	35
Taxa de mortalidade 5-9 anos / 100.000 indivíduos ¹	22,3	21,4	20
Risco de morrer até aos 5 anos ¹	7,2	5,8	5
Amamentação - % de crianças com ≤ 6 anos que foram amamentadas pelo menos durante 24 semanas ²	29	—	> 50

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) INSA, dados da situação actual referem-se a 1997/98.
N.D. - Não se encontra disponível.

Quadro V - Metas prioritárias para "Uma juventude à procura de um futuro saudável" - 10 aos 24 anos

Indicador	Situação actual	Projectção 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 15 aos 19 anos ¹	62,8	—	65
Taxa de mortalidade dos 10-14 anos/100.000 indivíduos ¹	26,2	25,8	25
Taxa de mortalidade dos 15-19 anos/100.000 indivíduos ¹	61,9	59,9	58
Taxa de mortalidade dos 20-24 anos/100.000 indivíduos ¹	91,1	90,2	85
Taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (idade <20 anos) / 1.000 nados vivos ¹	5,9	5,5	> 5
Auto-apreciação do estado de saúde - % de "mau" ou "muito mau" (15-24 anos) ²	H=0,9 M=2,4	N.D.	H=0,6 M=1,6
Tabaco - % de indivíduos que fuma diariamente (15-24 anos) ²	H=25,8 M=10,5	N.D.	H=13 M=5
Álcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (15-24 anos) ²	12,9	N.D.	3
Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (15-24 anos) ²	H=45,5 M=64,2	N.D.	H=15 M=16
Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (15-24 anos) ²	H=6,8 M=4,6	N.D.	H=5,0 M=3,5
Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal ≥ 30 (15-24 anos) ²	H=3,2 M=2,2	N.D.	H=3,2 M=2,2

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) INSA, dados da situação actual referem-se a 1997/98.
N.D. - Não se encontra disponível.

Quadro VI - Metas prioritárias para “Uma vida adulta produtiva” - 25 aos 64 anos

Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 45 aos 49 anos ¹	34,6	—	36-37
Taxa de mortalidade 25-44 anos/ 100.000 indivíduos ¹	174,3	162,8	156
Taxa de mortalidade 45-64 anos/ 100.000 indivíduos ¹	595,6	587,4	565
Taxa de nascimentos em mulheres com idade ≥35 anos /1.000 nados vivos ¹	14,4	15,6	< 15
Auto-apreciação do estado de saúde - % de “mau” ou “muito mau” (35-44 anos) ²	H=5,7 M=10,8	N.D.	H=3 M=6
Auto-apreciação do estado de saúde - % de “mau” ou “muito mau” (55-64 anos) ²	H=27,3 M=41,4	N.D.	H=14 M=21
Tabaco - % de indivíduos que fuma (25-44 anos) ²	H=45,7 M=17,1	N.D.	H=23 M=9
Tabaco - % de indivíduos que fuma (45-64 anos) ²	H=26,0 M=4,17	N.D.	H=17 M=3
Álcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (25-44 anos) ²	43,1	N.D.	22
Álcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (45-64 anos) ²	46,5	N.D.	23
Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (35-44 anos) ²	H=67,5 M=77,3	N.D.	H=34 M=39
Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (55-64 anos) ²	H=70,0 M=83,2	N.D.	H=35 M=42
Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (35-44 anos) ²	H=22,6 M=16,3	N.D.	H=17 M=12
Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (55-64 anos) ²	H=26,1 M=22,1	N.D.	H=20 M=17
Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal ≥ 30 (35-44 anos) ²	H=11,8 M=11,8	N.D.	H=6 M=6
Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal ≥ 30 (55-64 anos) ²	H=16,2 M=20,3	N.D.	H=8 M=10
% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (45-64 anos) ²	33,7	N.D.	27

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) INSA, dados da situação actual referem-se a 1997/98.
N.D. - Não se encontra disponível.

Quadro VII - Metas prioritárias para “Um Envelhecimento Activo” - 65 anos ou mais

Indicador	Situação actual	Projecção 2010	Meta para 2010
Esperança de vida dos 65 aos 69 anos ¹	17,55	—	20
Auto-apreciação do estado de saúde - % de “mau” ou “muito mau” (65-75 anos) ²	H=35,0 M=52,6	N.D.	H=18 M=26
Tabaco - % de indivíduos que fuma (65-74 anos) ²	H=14,5 M=0,7	N.D.	H=11 M=0,5
Álcool - % de indivíduos que consumiu álcool várias vezes por semana nos últimos 12 meses (65-74 anos) ²	39,2	N.D.	20
Actividade física - % de indivíduos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos últimos 12 meses (65-74 anos) ²	H=75,5 M=87,8	N.D.	H=38 M=44
Peso - % de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (65-74 anos) ²	H=25,9 M=22,1	N.D.	H=19 M=17
Obesidade - % de indivíduos com índice de massa corporal igual ou maior que 30 (65-74 anos) ²	H=14,9 M=19,3	N.D.	H=11 M=14
% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (65-74 anos) ²	56,2	N.D.	39
% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (75-84 anos) ²	69,2	N.D.	55

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) INSA, dados da situação actual referem-se a 1997/98.
N.D. - Não se encontra disponível.

Abordagem à gestão integrada da doença

A aproximação à gestão integrada da doença, seja ela infecciosa ou cronicodegenerativa, é uma das áreas que requer grande empenhamento do 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, da melhoria de acessibilidade a materiais de auto-vigilância e de terapêuticas e da auto-responsabilização do doente, tenta-se criar um contexto em que se torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: doentes, administradores, gestores, médicos hospitalares, médicos de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou ainda outros profissionais como os das áreas psicossociais, psicoeducacionais e de reabilitação⁵⁶.

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 com funcionalidade. Outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o *stress*, 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 mais prevalentes e mais incapacitantes.

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. 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

⁵⁶ Abreu Nogueira, J. M. - A Propósito da Doença Crónica no Ambulatório ... Cuidados de Saúde. Abordagem Integrada Racionalização Inovação. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia, 2003.

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 cujos portadores tenham acesso a benefícios atribuídos em regime especial.

Da consulta pública e do debate no Fórum Nacional de Saúde emergem como consensuais as seguintes prioridades, em termos de doença e enfermidades:

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

Estas prioridades revelar-se-ão determinantes na abordagem própria de cada *setting*, na elaboração de programas e na forma como se constituirão os sistemas e mecanismos de acompanhamento do Plano. Assim, para estas prioridades definem-se os seguintes objectivos e metas, em relação à situação actual:

Quadro VIII - Metas prioritárias para as doenças neoplásicas

Indicador	Situação actual	Projeção para 2010	Meta para 2010
Cancro da mama feminina			
Taxas de rastreio	N.D.	—	60% da população alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama antes dos 65 anos / 100.000 mulheres ¹	14,3	13,5	10
% de sobrevivência aos 5 anos ²	71,9	N.D.	75
Cancro do colo do útero			
Taxas de rastreio	N.D.	—	60% da população alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos / 100.000 mulheres ¹	3,5	3,1	2
% de sobrevivência aos 5 anos ²	55,6	N.D.	68
Cancro do cólon e recto			
Taxas de rastreio	N.D.	—	60% da população alvo
Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos ¹	7,9	7,9	6
% de sobrevivência aos 5 anos (homens) ²	46,3	N.D.	55

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) Eurocare 3, dados da situação actual referem-se a 1998.
N.D. - Não se encontra disponível

Quadro IX - Metas prioritárias para as doenças cardiovasculares

Indicador	Situação actual	Projeção para 2010	Meta para 2010
Doença isquémica cardíaca (DIC)			
Taxa de mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos ¹	16,1	14,4	11
% de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC	2	—	80
% de letalidade intra-hospitalar por DIC ¹	6,6	—	< 5
% de referenciação após um episódio agudo de DIC a unidades de reabilitação	3	—	30
Acidentes vasculares cerebrais (AVC)			
Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos ¹	17,9	16,2	12
% de internamentos pela via verde AVC de episódios de AVC	Desconhecido	—	80
% de letalidade intra-hospitalar por AVC ¹	14,5	—	<13
% de referenciação após um episódio de AVC a unidades de reabilitação	Desconhecido	—	30

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001

Quadro X - Metas prioritárias para as doenças infecciosas

Indicador	Situação actual	Projeção para 2010	Meta para 2010
SIDA			
Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos ¹	10,3	9,2	7
Sífilis congénita			
Taxa de incidência/ 100.000 nados vivos ²	21	12	0

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001. (2) DGS, dados da situação actual referem-se a 2002

Quadro XI - Metas prioritárias para as doenças mentais

Indicador	Situação actual	Projeção para 2010	Meta para 2010
Depressão			
Taxa de consulta / internamento	5,9 / 1	—	7 / 1
Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos / 100.000 ¹	5,0	3,0	2,5
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			
Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool < 65 anos / 100.000 ¹	15,8	15,2	14
Consumo de álcool em litros/pessoa/ano ²	16,59	—	10

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001 (2) WHOSIS, 2003, dados da situação actual referem-se a 2000

Quadro XII - Metas prioritárias para os traumatismos

Indicador	Situação actual	Projeção para 2010	Meta para 2010
Acidentes de viação			
N.º de mortes por acidentes de viação / ano ¹	1863	1580	1100
Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de viação antes dos 65 anos / 100.000 indivíduos ¹	15,6	12,0	8
N.º de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool / ano ¹	750	—	0
Taxa de mortalidade bruta por acidentes de viação atribuíveis ao álcool / 100.000 indivíduos	7,2	—	0
Acidentes laborais			
Taxa de mortalidade padronizada por acidentes laborais / 100.000 indivíduos	Desconhecida	—	?

(1) DGS, dados da situação actual referem-se a 2001

Os esforços para atingir estas metas devem ser coordenados, a nível nacional, pela Comissão de Acompanhamento do Plano (CAP), através de Programas Nacionais, mais detalhados a nível Regional, de forma a que a sua concretização venha a reflectir a redução das desigualdades regionais e entre os géneros.

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Para se desenvolverem com eficiência e de uma forma participada e informada as intervenções necessárias para melhorar o estado de saúde dos portugueses, é necessário promover mudança de culturas, de hábitos de trabalho e de formas de responsabilização. Para tal, serão abordadas orientações estratégicas sob de três perspectivas: centrar a mudança na cidadania, capacitar o sistema de saúde para a inovação e reorientar o sistema de saúde.

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 particular⁵⁷, para que, de uma maneira efectiva, se aumentem as opções de escolha do cidadão, se multipliquem os mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde e se apoiem as organizações da sociedade civil, numa perspectiva promotora de comportamentos saudáveis e de contextos ambientais conducentes à saúde.

Aumentar as opções de escolha do cidadão

Uma cidadania iluminada manifesta-se, 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,

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

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 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 níveis⁵⁸. Nesse sentido, será exigido a todos organismos centrais do Ministério da Saúde e às Administrações Regionais de Saúde 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 doentes, 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;

58 Indo desta forma ao encontro das recomendações do Conselho Económico 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 destas 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 de 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 Vida⁵⁹, permitirá um impacto positivo 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, 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 também desempenhar um papel importante no bem-estar dos 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

59 Despacho Ministerial n.º 465/2003, de 15 de Dezembro – Aprova o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida.

à saúde), ou do sector privado, nomeadamente o 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 das determinantes relacionadas 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 de um Programa Nacional de Saúde Ambiental deverá ser uma prioridade da DGS, em consonância com outros organismos do Estado e com instituições não governamentais relevantes.

Capacitar o sistema de saúde 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, pelo incentivo 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, mas preocupa-se também com a pessoa, as suas aspirações, anseios, preocupações únicas, e tenta criar os mecanismos para lhes dar resposta⁶⁰.

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 de 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 SNS e a regulação e monitorização de todos estes aspectos nas várias áreas da Saúde através de sistemas de informação adequados.

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

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

interesses, expectativas e motivações identificados. Em Portugal, no Sector da Saúde, não tivemos até agora uma política de recursos humanos, nem um pensamento estratégico nesta matéria. Desta lacuna resultam algumas das deficiências da actual força de trabalho⁶¹. É pois prioritário que, até 2005, seja desenvolvido e aprovado um Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde.

Gestão da informação e do conhecimento

Num sistema de saúde existem organizações de saúde (capital estrutural), recursos humanos (capital humano) e utentes (capital de cidadãos). É na interacção destes três elementos que se cria conhecimento, com base não só na informação armazenada e partilhada no sistema de informação do capital estrutural ("*knowledge tools*"), mas também nos conhecimentos prévios tanto dos cidadãos como dos recursos humanos das organizações de saúde, o que resulta num acréscimo do capital intelectual da organização. O conhecimento só existe no ser humano, para por ele ser utilizado (figura 2).

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-versa⁶². 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 documents*").

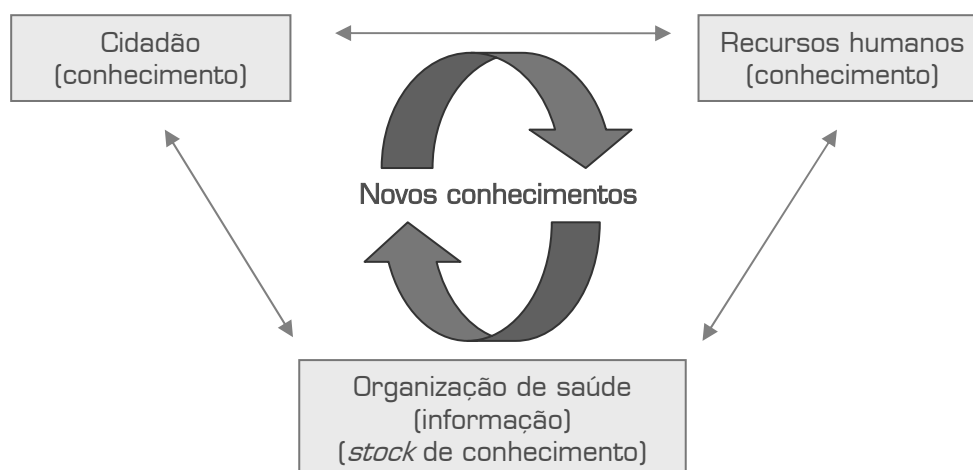


Figura 2. Gestão do conhecimento nas organizações de saúde.

Nesta transição da sociedade da informação para uma sociedade do conhecimento observa-se 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*"⁶³.

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 iniciativas de 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).

61 Idem.

62 Chatkel, J. - A conversation with Hubert Sait-Onge. *Journal of Intellectual Capital*. 1 (2000) 101-115.

63 McCampbell, A. S.; Calre, L. M.; Gitters, S. H. - Knowledge management: the new challenge of the 21st century. *Journal of Knowledge Management*. 3 (1999) 172-179.

Caixa 1. “Linhas azuis” em saúde

Têm também emergido algumas iniciativas de centros de atendimento telefónico (*call centres*): um pediátrico (Saúde 24) e outro inicialmente vocacionado para a gripe (Linha Gripe) e apoiado por um portal (www.linhagripe.net)⁶⁴, 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 no 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 servem.

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 vocacionado para tal, colaborando com ele e usufruindo dos seus benefícios. Assim, a Gestão da Informação e do 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*”⁶⁵, 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”⁶⁶. Isso quer dizer que, para se entender em profundidade um processo de negócio, não basta definir as funções a executar, mas também quem as executa, sob que critérios e regras, e que infra-estruturas usar. Assim, tais dimensões precisam de 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 escassa⁶⁷.

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 [...]”⁶⁸.

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 Todos⁶⁹, onde se inclui a área da saúde *on-line* (*e-health*) como uma das prioridades. Destacavam-se quatro directrizes para a saúde: garantir a existência de infra-estruturas telemáticas, incluindo redes regionais, para os

64 Esta última linha alargou recentemente o âmbito da sua actuação a outros problemas de saúde pública. Ver em www.dgsaude.pt

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

66 Gattaz, F. – Processo: A máquina contextual nos negócios. O Mundo em Processo, 2000.

67 Cunha Filho, H. - A Organização de um Sistema de Gestão de Informação e de Conhecimento em Saúde em Portugal. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, 2003. Ver em www.observport.org

68 Portugal. Ministério da Ciência e da Tecnologia - Comissão Interministerial para a Sociedade da Informação: Portugal na Sociedade da Informação. Lisboa: Ministério da Ciência e da Tecnologia, 1999.

69 Conselho da União Europeia e Comissão Europeia – e-Europe 2002: uma sociedade da informação para todos. Plano de acção. Bruxelas: Conselho da União Europeia e Comissão Europeia, 2000.

prestadores de cuidados de saúde primários e secundários; 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, a *e-Europe 2005*⁷⁰ 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; 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)⁷¹ e, em 2003, foi lançado, no âmbito da "Sociedade da Informação", o programa "Saúde ao alcance de todos"⁷².

Estas iniciativas, ao serem implementadas, possuem, em teoria, potencial para modificar a relação existente dentro do próprio SNS 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 à 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 UMIC, propor, até meados de 2005, um Plano Estratégico para a Gestão da Informação e do Conhecimento na Saúde.

Incentivar a investigação e o 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 determinada 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.

70 Conselho da União Europeia e Comissão Europeia – e-Europe 2005: uma sociedade da informação para todos. Plano de acção. Bruxelas: Conselho da União Europeia e Comissão Europeia, 2002.

71 Portugal. Resolução do Conselho de Ministros n.º 135/2002 - Cria, na dependência directa do Ministro Adjunto do Primeiro-Ministro, a "Unidade de Missão Inovação e Conhecimento".

72 Portugal. Aprovado em Conselho de Ministros de 26 de Junho de 2003 – Uma Nova Dimensão de Oportunidades: Plano de Acção para a Sociedade da Informação. Unidade de Missão Inovação e Conhecimento - Presidência do Conselho de Ministros, 2003. Ver em www.unic.gov.pt

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 UE, têm promovido projectos de investigação em redes internacionais que abordam as grandes problemáticas da saúde na UE e que têm sido importantes em termos temáticos, em termos de cultura de colaboração inter-institucionais e em termos de desenvolvimentos metodológicos.

No entanto, é uma lamentável realidade que 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 em 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 uma tradição de colaboração nacional em rede. Verifica-se, ainda, uma grande diversidade temática sem uma priorização adequada, uma grande dispersão de recursos e um persistente sub-financiamento. 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 e áreas correlacionadas sob o controlo dos Ministérios da Saúde e da Ciência e Ensino Superior (através da DGS, FCT e Saúde XXI), 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.

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 adictivos 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).

Todavia, existem outras áreas de investigação particularmente importantes nos contextos português e europeu actuais. Assim, 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, ao acesso à informação, e ao desempenho dos sistemas de reclamação.

De forma a valorizar a investigação nas carreiras da saúde, será contemplado, no percurso formativo dos profissionais de saúde, 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 sob a 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, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste, e ainda a Região Autónoma Especial de Macau, 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 as de hemodiálise ou as 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 insere-se 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.

Reorientar o sistema de saúde

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.

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 ao 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 referência e plataformas de articulação com outras forças vivas da comunidade;
- no *reforço da gestão horizontal* em saúde, particularmente na articulação entre os diversos sectores - nas escolas, no local 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 UE 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	Projecção para 2010	Meta para 2010
Médicos especialistas por 100.000 habitantes ²	72	≅ 69	71
Médicos de medicina familiar por 100.000 habitantes ³	54	51,9	60
Médicos de saúde pública por 100.000 habitantes ³	3,9	3,2	5
Dentistas por 100.000 habitantes ¹	43	≅ 60	66
Farmacêuticos por 100.000 habitantes ¹	79	≅ 105	90
Enfermeiros por 100.000 habitantes ¹	347	≅ 420	500
Número de consultas com médicos de família por habitante/ano ³	2,7	2,8	3
Número de consultas médicas por habitante por ano: CSP + hospitais ³	3,5	3,7	4
Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas ³	0,9	0,8	>1
% de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares ³	24,7	26	33
Número de doentes saídos por cama hospitalar por ano ³	37,5	44	50
Demora média (dias) em internamento hospitalar ³	7,4	7,0	6
% de hospitais que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	—	100
% de centros de saúde que utilizam <i>tableaux de bord</i> para gestão	Desconhecido	—	100
% de utentes muito satisfeitos/satisfeitos com o Sistema de Saúde ⁴	24	—	50
<i>Health impact assessment</i>	Desconhecido	—	Será rotina

(1) Dados da situação actual referem-se a 2000 - European Health for All Database. WHO Regional Office for Europe, 2003.

(2) Dados da situação actual referem-se a 1998 - OCDE Health Data 2003. Paris: OCDE, 2003.

(3) Dados da situação actual referem-se a 2002 - DGS - DSIA.

(4) Dados da situação actual referem-se a 1999 - Eurobarómetro - OCDE Health Data 2003. Paris: OCDE, 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.

Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento

Em 2003, foram desenvolvidas diversas acções visando a melhoria da acessibilidade ao medicamento, tanto numa perspectiva de incremento de ganhos em saúde, através da disponibilização de medicamentos inovadores e de medicamentos para patologias crónicas e debilitantes, como em termos de sustentabilidade do sistema mediante promoção dos medicamentos genéricos e introdução de um novo sistema de comparticipação de medicamentos por preços de referência (SPR).

Em 2003, foram comparticipados 132 apresentações de medicamentos inovadores/novas substâncias activas (+ 26% em relação a 2002), abrangendo um total de 38 novas Denominação Comum Internacional (DCI), sendo que 31 foram para as doenças crónicas. A taxa de utilização de medicamentos genéricos, em valor, passou de 1,76%, em 2002, para 5,59%, em 2003, e 85% do valor total de vendas de genéricos registou-se no SPR.

O reforço e a garantia da acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento para os cidadãos constitui uma prioridade consensual, definindo-se os seguintes objectivos e metas, tendo como base a situação actual:

- Promoção do uso racional do medicamento
 - Desenvolvimento de uma Rede Nacional de Racionalidade Terapêutica, integrando o INFARMED, através do Observatório do Medicamento e do Departamento de Avaliação Económica e de Resultados de Saúde, as ARS, através das Comissões de

Farmácia e Terapêutica, Regionais e institucionais, e as Unidades Regionais de Farmacovigilância;

- Desenvolvimento de um Sistema Nacional de Informação do Medicamento.
- Avaliação do Sistema de Participação de Medicamentos, dadas as orientações decorrentes do Programa do Governo em matéria de racionalização e sustentabilidade da despesa com medicamentos para os cidadãos e para o Sistema de Saúde, garantindo ao mesmo tempo que as doenças mais incapacitantes e os doentes de menores recursos tenham acesso privilegiado ao medicamento, e considerando a envolvente nacional e internacional, designadamente as demais reformas internas e o quadro da União Europeia.

Quadro XV - Metas prioritárias para “Acessibilidade do Medicamento”

Indicador	Situação actual*	Projeção para 2010	Meta para 2010
Consumo em Euros de medicamentos <i>per capita</i> - mercado total	288,04	- Crescimento de 4%/ ano - 394,20 - Crescimento de 3%/ ano - 364,88	—
% da despesa total em medicamentos no PIB	2,2	—	2
% da despesa em medicamentos na despesa em saúde	23,9 (% encargos c/ medicamentos, no orçamento do SNS)	—	19
% dos medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (em Jan./2004)	6,22 (a PVP)	—	[15 a 20]
Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e anti-depressivos no mercado do SNS em ambulatório DDD/1000 hab./dia	Benzodiazepinas – 89 (2001) NO5B (ansiolíticos) – 67,8 NO5C (hipnóticos e sedativos) – 15,5 NO6A (anti-depressivos) – 36,4	—	Reduzir em 20%
% de consumo de cefalosporinas/consumo total de antibióticos em ambulatório	12,6 (3,4 DDD/1000 hab./dia)	—	10,0
% de quinolonas/ consumo total de antibióticos em ambulatório	13,2 (3,6 DDD/1000 hab./dia)	—	10,6
% de medicamentos órfãos utilizados	N.D.	—	100

Fonte: INFARMED, dados da situação actual referem-se a 2002 N.D. - Não se encontra disponível

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO

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 da Saúde, incluirá vogais identificados para liderar as actividades do Plano em áreas consideradas prioritárias – doenças infecciosas, cancro, doenças do aparelho circulatório, saúde mental, traumatismos e estilos de vida - e terá orçamento próprio para despesas e 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.

Neste contexto os Planos Estratégicos Regionais de Saúde e os Planos Anuais do Ministério da Saúde deverão assumir-se como instrumentos indispensáveis para esta monitorização.

O grupo de acompanhamento deverá, ainda, emitir parecer sobre as GOP para a saúde, bem como:

- sobre os 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 trimestres de 2006 e 2008), fazer recomendações ao Governo, quanto a eventuais correcções ao Plano, no sentido de alcançar as metas traçadas ou de as corrigir.

Mecanismos de cativação de recursos

As estratégias identificadas no Plano devem ser protegidas no sentido de que 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 Programa Operacional da Saúde 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 difusão 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, na perspectiva de mobilizar 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 CAP 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 em Portugal, através da criação de uma estrutura com funções de avaliação e correcção das suas insuficiências e lacunas (um Observatório da Legislação da Saúde). A CAP apresentará, até fins de 2004, uma proposta nesse sentido, ao Ministro da Saúde.

Índice Geral

VOLUME I

Índice do Volume I

Lista de Abreviaturas

Estruturas de Coordenação

Contributos Recebidos

Prefácio

OBJECTIVOS ESTRATÉGICOS

PROCESSO DE PLANEAMENTO

O PNS como guia para a acção e a mudança

Adequação a valores orientadores

PONTO DE PARTIDA

Estado de saúde dos Portugueses

Sistema de saúde em Portugal

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS DO PLANO

ESTRATÉGIAS GERAIS

Prioridade aos mais pobres

Abordagem programática

Abordagem com base em "settings"

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida

Abordagem à gestão integrada da doença

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Mudança centrada no cidadão

Capacitar o sistema de saúde para a inovação

Reorientar o sistema de saúde

Acessibilidade e racionalidade da utilização do medicamento

ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A EXECUÇÃO DO PLANO

Mecanismos de acompanhamento do Plano

Mecanismos de cativação de recursos

Mecanismos de diálogo

Adequação do quadro de referência legal

VOLUME II

Índice do Volume II
Lista de Abreviaturas
Estruturas de Coordenação
Contributos Recebidos
Prefácio

INTRODUÇÃO

ESTRATÉGIAS PARA OBTER MAIS SAÚDE PARA TODOS

Abordagem centrada na família e no ciclo de vida
Abordagem à gestão integrada da doença

ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DA MUDANÇA

Mudança centrada no cidadão
Capacitar o sistema de saúde para a inovação
Reorientar o sistema de saúde

ANEXOS

ANEXO 1 - Endereços electrónicos úteis para decisões baseadas em evidência científica
ANEXO 2 - Programas Nacionais
ANEXO 3 - Quadros de indicadores de saúde