

Ministério da Saúde

Contributos para um  
**PLANO NACIONAL DE SAÚDE**  
**Orientações estratégicas**

Lisboa, Janeiro de 2003

## Índice

Lista de abreviaturas .....	iii
Prefácio.....	v
SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
INTRODUÇÃO.....	3
O que é o PNS.....	3
Contexto actual.....	3
Planeamento das intervenções.....	4
Atualização permanente.....	5
I – INVESTIR EM GANHOS DE SAÚDE.....	6
DETERMINANTES DA SAÚDE.....	6
Estilos de vida.....	6
Consumo de tabaco.....	8
Consumo excessivo de álcool.....	9
Consumo de drogas ilícitas.....	11
Saúde mental.....	12
Exclusão social.....	14
Violência.....	16
SAÚDE AMBIENTAL.....	18
Ambiente e saúde.....	18
Água.....	19
Resíduos.....	21
Riscos químicos, biológicos e radioactivos.....	23
Habitação e saúde.....	26
CICLO VITAL.....	27
Grávidas e crianças.....	27
Jovens.....	31
Adultos.....	33
Idosos.....	34
DOENÇAS E ENFERMIDADES.....	36
SIDA.....	36
Outras doenças transmissíveis.....	38
Cancro.....	43
Doenças do aparelho circulatório.....	45
Outras doenças cronicodegenerativas.....	47
Doenças mentais.....	52
Dor e cuidados paliativos.....	54
Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais.....	56
GRUPOS INSTITUCIONAIS.....	57
Escolas.....	58
Locais de trabalho.....	60
Prisões.....	62
II – REORIENTAR O SISTEMA DE SAÚDE.....	64
UNIDADES DE SAÚDE.....	65
Cuidados de saúde primários.....	65
Cuidados hospitalares.....	66
Cuidados continuados.....	68

Serviços de saúde pública .....	68
Melhoria do acesso .....	69
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.....	71
Altas tecnologias da saúde.....	71
Medicamentos e produtos de saúde.....	73
Sangue .....	75
RECURSOS HUMANOS.....	77
Gestão de recursos humanos .....	77
Formação de recursos humanos.....	79
QUALIDADE EM SAÚDE.....	80
Qualidade da prestação de serviços de saúde.....	80
Qualidade do diagnóstico laboratorial.....	83
Humanização dos serviços .....	83
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	84
Sistema de informação .....	85
Infraestrutura informática do sistema de informação.....	88
III – INCENTIVAR A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE .....	90
Temas de investigação.....	90
Recursos necessários .....	91
IV – PROMOVER AS ACÇÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE INTERNACIONAL.....	93
PARTICIPAÇÃO NA UE.....	93
Programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008) .....	93
Mercado interno dos serviços de saúde .....	94
Aplicação do direito comunitário nas áreas de intervenção do Ministério da Saúde.....	95
Prestação dos cuidados de saúde a idosos: acesso, qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde.....	96
Despesas em saúde e sustentabilidade das finanças públicas.....	97
Mobilidade de doentes entre Estados-membros .....	98
COOPERAÇÃO COM A OMS.....	99
COOPERAÇÃO COM OS PAÍSES LUSÓFONOS .....	101
NEGOCIAÇÕES COM A OMC .....	102
Negociações em serviços de saúde no âmbito do Acordo Geral de Comércio em Serviços (GATS).....	102
Negociações sobre o Acordo de Direitos de Propriedade Industrial (ADPIC/TRIPS) e Saúde Pública.....	103
COOPERAÇÃO COM O CONSELHO DA EUROPA .....	105
Anexo I – Contactos úteis sobre programas e áreas de intervenção nacionais .....	106
Anexo II - Alguns sítios úteis para decisões baseadas em evidência.....	109
Anexo III - Como obter financiamentos pelo PIDDAC, FEDER e FSE.....	111

Documento disponível no sítio da DGS:  
<http://www.dgsaude.pt>

*Lista de abreviaturas*

ADELIA	Acidentes Domésticos e de Lazer. Informação Adequada
ADIS/SIDA	Apoio, Desenvolvimento e Intervenção na SIDA
ANF	Associação Nacional de Farmácias
ARS	Administrações Regionais de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAN	Centro de Apoio Nacional da R N E P S
CAT	Centros de Atendimento a Toxicodependentes
CID 10	Classificação Internacional de Doenças – 10. <sup>a</sup> Versão
CIF	Classificação Internacional do Funcionamento, da Deficiência e da Saúde
CINDI	<i>Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme</i>
CNLCS	Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA
CNPR	Centro Nacional de Prevenção Rodoviária
CODU	Centro de Orientação de Doentes Urgentes
CPT	Conselho de Prevenção do Tabagismo
CRSP	Centros Regionais de Saúde Pública
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTV	Comissão Técnica de Vacinação
DDO	Doenças de Declaração Obrigatória
DE	Desreguladores Endócrinos
Dep Care	Prevenção da Depressão nos CSP
DGIES	Direcção-Geral de Instalações e Equipamentos da Saúde
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Short Treatment</i>
DPN	Diagnóstico Pré-Natal
DRE	Direcção Regional de Educação
DT	Doenças Transmissíveis
EFQM	<i>European Foundation for Quality Management</i>
EPE	Entidade Pública Empresarial
FEDER	Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
GINA	<i>Global Initiative for Asthma</i>
GOP	Grandes Opções do Plano
HTA	Hipertensão Arterial
ÍCARO	Importância do excesso de CAlor: Repercussões sobre os Óbitos
INCP	Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva
IDICT	Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência
IGIF	Instituto para a Gestão Informática e Financeira da Saúde
INCP	Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
INR	Instituto Nacional de Resíduos
INSA	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPOFG	Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil
IQS	Instituto de Qualidade em Saúde
IRC	Insuficiência Renal Crónica
ITS	Infecções Transmitidas Sexualmente
MS	Ministério da Saúde
NOC	Normas de Orientação Clínica

OGM	Organismos Geneticamente Modificados
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organizações Não-Governamentais
PEAS	Programa Específico de Aplicação de Selantes
PECLEC	Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PIDDAC	Programa de Investimento e Despesas de Desenvolvimento da Administração Central
PISER	Plano Integrado de Segurança Rodoviária
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PON	Plano Oncológico Nacional
PPSOCA	Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes
RNEPS	Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde
ROR	Registo Oncológico Regional
RRE	Regime Remuneratório Experimental
RRH	Redes de Referência Hospitalar
RRMI	Rede de Referência Materno-Infantil
SADDO	Sistema de Apoio das DDO
SARA	Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
SETESI	Secretariado Técnico de Sistemas de Informação
SH&ST	Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho
SIARS	Sistema de Informação das ARS
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIGLEC	Sistema de Informação Geográfica de Listas de Espera Cirúrgicas
SINUS	Sistema Informático de Unidades de Saúde
SISA	Sistema de Informação em Saúde Ambiental
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema de Informação para Gestão de Doentes Hospitalares
TB	Tuberculose
TFL	Traumatismos, Ferimentos e Lesões
UE	União Europeia
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
VMER	Viaturas Medicalizadas de Emergência e Reanimação

## *Prefácio*

## SUMÁRIO EXECUTIVO

### *O que é o PNS*

O Plano é um guia para a acção em 2003, orientado por prioridades definidas no âmbito de programas de saúde de grandeza nacional. Como tal, propõe as actividades principais e identifica os responsáveis pela garantia da sua realização. No seu conjunto assinala as orientações estratégicas para o pacote mínimo de actividades que as instituições do Ministério da Saúde devem assegurar no contexto de uma agenda para ganhos em saúde<sup>1</sup> e em eficiência em 2003. Representa também um primeiro passo na definição das novas orientações estratégicas para o sector da saúde, que será abordado, de uma forma mais compreensiva e com um horizonte de 10 anos, durante os primeiros seis meses de 2003.

### *Um novo quadro de referência que potencie o esforço anterior*

O quadro de referência para o desenvolvimento do Plano decorre do último ponto de situação sobre Ganhos em Saúde<sup>2</sup> e das inovações em curso na arquitectura do sistema de saúde. As actividades identificadas estão pensadas no contexto do Programa do Governo, das Grandes Opções do Plano (GOP), do Programa de Saúde Pública da União Europeia<sup>3</sup>, do mais recente relatório da Organização Mundial de Saúde sobre saúde na Europa<sup>4</sup> e do anterior documento sobre as estratégias da saúde<sup>5</sup>.

### *Responder à necessidade de mudança: valorizar os ganhos em qualidade e em eficiência*

O sector da saúde caracteriza-se por necessidades crescentes que permanecem insatisfeitas (reflectindo-se por exemplo em listas de espera inaceitáveis) e por um défice financeiro e em qualidade.

Os investimentos previstos no sistema de saúde contemplam o providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade e humanidade. Para tal, a mudança prevista focará, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados diferenciados, a rede de cuidados continuados e a política do medicamento. Como principais instrumentos de mudança, aposta-se numa gestão mais empresarial, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior padronização do sistema de informação. Aposta-se também no desenvolvimento de parcerias com os sectores privado e social. Prevê-se uma revisão dos incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito.

### *Valorização do planeamento como mais um instrumento para ganhos em eficiência*

Tipicamente, o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, actividades e objectivos para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das estratégias seleccionadas e das limitações dos recursos. Tendo sido esta a óptica principal seguida na preparação deste documento, o planeamento foi também abordado como: (i) um instrumento de coordenação entre múltiplos actores; (ii) um instrumento para negociar intervenções; (iii) um processo para intensificar a colaboração intersectorial para o desenvolvimento da saúde; (iv) um meio de contribuir para a sustentabilidade técnica, política e financeira das actividades no sector da saúde; (v) um meio de contribuir para o modo de mudar os processos de trabalho no Ministério da Saúde e instituições associadas.

### *Valorização dos ganhos em saúde*

O Plano está essencialmente centrado em planos, programas e projectos existentes, mas com abertura para propor novos programas nacionais que, não existindo, se venham a mostrar necessários. Devido ao risco associado, ao peso da doença, 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 e outros sectores do Estado ou da Sociedade Civil. Estes Programas (por exemplo, os da SIDA, gripe, tuberculose, asma, depressão, diabetes mellitus, hemoglobinopatias, perturbação post-stresse traumático, de apoio integrado aos idosos, água e saúde, saúde escolar) ou Planos (como o oncológico, o da dor, vacinação, violência doméstica, prevenção rodoviária, de igualdade de oportunidades entre mulheres e

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

2 Ver nota 1.

3 Decisão n.º 1786/2002/CE (JO L 271 de 09.10.2002, p. 1).

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

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

homens)<sup>6</sup> são, agora, realçados ao longo deste Plano. Continuaremos a apostar nesta abordagem, tentando identificar a necessidade de novos programas (por exemplo de saúde ambiental, dos jovens, sexual e reprodutiva, nas prisões e nos locais de trabalho), quando tal se justificar, apostando numa melhor coordenação entre eles, quando existam problemáticas comuns a vários (como por exemplo a das doenças transmitidas sexualmente, que tem elementos comuns ao plano oncológico nacional, aos programas de saúde escolar, ao programa de luta contra a SIDA, ao plano nacional de vacinação e à saúde materno-infantil), definindo metas *smart*<sup>7</sup> e investindo em sistemas para melhor os monitorizar, de forma a poder introduzir, a todo o momento, eventuais correcções, porventura necessárias. De realçar que programas dirigidos aos determinantes da saúde (como os estilos de vida, a toxic dependência, o consumo do álcool, o tabagismo, o exercício físico, o stresse e a violência) têm uma importância capital para intervir de uma forma multidimensional em diferentes problemas. Têm sido e manter-se-ão uma das áreas de actuação de maior prioridade para alcançar ainda mais ganhos para a saúde em Portugal.

*Incentivar uma investigação relevante que contribua para o desenvolvimento das ciências da saúde e do sistema de saúde*

Em todas as actividades incluídas no Plano 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 Plano. Neste contexto, parece indispensável: (i) inventariar os recursos nacionais de I&D em ciências da saúde; (ii) identificar as principais lacunas de conhecimento; e (iii) definir prioridades para os investimentos em I&D seja de natureza biomolecular, epidemiológica, clínica ou em serviços de saúde (incluindo estudos de economia da saúde).

*Actualização permanente*

O Plano não é um produto finalizado. É visto como um instrumento em actualização contínua, com essas actualizações submetidas regularmente a aprovação superior. Contempla-se assim uma revisão contínua deste documento 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 sucessivos planos nacionais. Esta actualização contínua permitirá também ao Ministério da Saúde possuir um documento de apoio, actualizado, que facilitará, no momento apropriado de cada ano associar o Plano de Acção do Ministério ao desenvolvimento das GOP e servir de guia para o desenvolvimento do orçamento respectivo.

*Valorizar a participação do sector da saúde nos fóruns internacionais*

O processo de construção de nova estratégia prosseguirá em 2003 com a colaboração da Organização Mundial da Saúde (Europa). Os trabalhos iniciados no Outono de 2002 serão, assim, desenvolvidos na perspectiva de criar condições de aceitação e mobilização para os objectivos a fixar. Para além da cooperação técnica com a OMS/Euro intensificar-se-á a coordenação de acções com a OMS a nível global. Assim, a comunicação, já estabelecida, com a Missão Permanente de Portugal em Genebra prosseguirá na perspectiva de melhorar a articulação entre o MNE e a OMS a fim de possibilitar maior intervenção de Portugal na vida interna da OMS.

Em 2003 prosseguirão as acções de cooperação entre os Estados Membros da UE no contexto dos comités formais e informais que Portugal integra. Dar-se-á particular atenção à apresentação de candidaturas de Portugal no contexto do novo Programa Europeu de Saúde Pública 2003/2008.

A cooperação técnica no domínio da saúde é hoje considerada uma componente essencial em todo o Sistema. Em articulação com o ICP e em colaboração com o IHMT e outras instituições, a DGS coordena iniciativas naquele âmbito, que se desenvolvem em todos os países lusófonos, designadamente Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Macau, Moçambique, São Tomé e Príncipe e Timor-Leste. Os projectos em 2003 assumirão, em termos de abordagem, a dupla preocupação de contribuir para o desenvolvimento das comunidades, bem como para o reforço da presença portuguesa.

<sup>6</sup> Um plano está menos operacionalizado que um programa e a atribuição de recursos é global, sendo no programa mais cativada a actividades específicas.

<sup>7</sup> Uma meta *smart* é específica, mensurável, alcançável, realista e temporalmente limitada.

## INTRODUÇÃO

### *O que é o PNS*

Este Plano é um guia para a acção em 2003, orientado por prioridades definidas no âmbito de programas de saúde de grandeza nacional. Como tal, propõe as actividades principais e identifica os responsáveis pela garantia da sua realização. No seu conjunto, representa o pacote mínimo que as instituições do Ministério da Saúde devem assegurar, no contexto de uma agenda para ganhos em saúde<sup>8</sup>, em 2003. Representa também um primeiro passo na definição das novas orientações estratégicas para o sector da saúde, que será abordado, de uma forma mais compreensiva e com um horizonte de 10 anos, durante os primeiros seis meses de 2003.

Assim, destina-se essencialmente aos profissionais de saúde do SNS e das instituições que com ele colaboram, mais na perspectiva do que é necessário fazer do que como fazer.

O quadro de referência para o desenvolvimento do Plano decorre do último ponto de situação sobre Ganhos em Saúde<sup>9</sup> e das inovações em curso na arquitectura do sistema de saúde. Em cada secção do Plano contempla-se um diagnóstico sumário da situação actual, as intervenções necessárias e os programas nacionais (em forma de quadro). As intervenções necessárias referem-se ao que se pretende fazer em 2003, mas considerando já a necessidade de estas mesmas intervenções serem contempladas na futura estratégia da saúde com um horizonte alargado, como acima referido. Para cada programa nacional identifica-se em anexo I, o nome e contacto dos responsáveis nacionais. Os responsáveis nacionais, quando mais que um, incluem o coordenador científico assim como o coordenador executivo na instituição de saúde em que o programa está sediado.

Por último, inclui anexos, como secções de apoio com informação sobre sítios cuja consulta deve ser incentivada e indicações sobre possíveis fontes de recursos para o desenvolvimento de planos regionais e sub-regionais (anexos II & III).

O Plano foi elaborado com o apoio de um grupo alargado que incluiu responsáveis pelos programas assim como todos os dirigentes dos órgãos centrais do Ministério da Saúde.

### *Contexto actual*

As actividades identificadas estão pensadas no contexto do Programa do Governo, das GOP, do Programa de Saúde Pública da União Europeia<sup>10</sup>, do mais recente relatório da Organização Mundial de Saúde sobre saúde na Europa<sup>11</sup> e do anterior documento sobre as estratégias da saúde<sup>12</sup>.

Como já mencionado, este Plano Nacional está essencialmente centrado em planos, programas e projectos já existentes, mas deixa abertura para novos programas nacionais que se venham a mostrar necessários. Devido, por um lado, ao risco associado e ao peso da

---

8 Ver nota 1.

9 Ver nota 1.

10 Ver nota 3.

11 Ver nota 4.

12 Ver nota 5.

doença, e por outros, 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. Estes Programas (por exemplo, o da Asma) ou Planos (como o Plano Oncológico Nacional)<sup>13</sup> são, agora, realçados ao longo deste Plano. Continuaremos a apostar nesta abordagem, tentando identificar a necessidade de novos programas, quando tal se justificar, promovendo uma melhor coordenação entre eles, quando existam problemáticas comuns a vários (como por exemplo a das doenças transmitidas sexualmente, que tem elementos comuns ao Plano Oncológico Nacional, aos Programas de Saúde Escolar, ao Programa de Luta contra a SIDA, ao Plano Nacional de Vacinação e à Saúde Materno-Infantil), definindo metas *smart*<sup>14</sup> e investindo em sistemas para melhor os monitorizar, de forma a poder introduzir, a todo o momento, eventuais correcções, porventura necessárias. De realçar que os programas dirigidos aos determinantes da saúde têm uma importância capital para intervir de uma forma multidimensional em diferentes problemas. Daí que tenham sido e se mantenham uma das áreas de actuação de maior prioridade para alcançar ainda mais ganhos para a saúde em Portugal.

### *Planeamento das intervenções*

Faz todo o sentido começar por esclarecer o que se entende por planeamento e o que se pretende com ele. Tipicamente, o planeamento na saúde é definido como um processo para estabelecer prioridades consensuais, actividades e objectivos para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das estratégias seleccionadas e das limitações dos recursos. Tendo sido esta a óptica principal seguida na preparação deste documento, o planeamento foi também abordado como:

- um instrumento de coordenação entre múltiplos actores;
- um instrumento para negociar intervenções;
- 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.

Os valores e princípios que orientam o planeamento variam consoante as instituições, as regiões e até conforme os grupos de planeamento e membros do mesmo grupo. Os valores e princípios afectam, pois, o processo de planeamento.

Para terem um contributo visível, os valores devem ser levados em conta no processo de planeamento, influenciando as estruturas e os sistemas de planeamento. Por exemplo, se a transparência é vista como importante, então as decisões devem ser tomadas como se tal fosse posto em prática nos processos de planeamento.

É nesta perspectiva que vemos como principais valores e princípios orientadores deste plano os seguintes: a transparência, a equidade, a efectividade e a eficiência.

---

<sup>13</sup> Um plano está menos operacionalizado que um programa e a atribuição de recursos é global, sendo no programa mais cativada a actividades específicas.

<sup>14</sup> Uma meta *smart* é específica, mensurável, alcançável, realista e temporalmente limitada.

*Actualização permanente*

Este Plano não é um produto finalizado. É visto como um instrumento em actualização contínua, com essas actualizações submetidas regularmente a aprovação superior. Contempla-se assim uma revisão contínua deste documento 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 sucessivos planos nacionais. Esta actualização contínua garantirá, também ao Ministério da Saúde um documento de apoio, actualizado, que facilitará, no momento apropriado de cada ano, associar o Plano de Acção do Ministério ao desenvolvimento das Grandes Opções do Plano (GOP) e servir de guia para o desenvolvimento do orçamento respectivo.

## I – INVESTIR EM GANHOS DE SAÚDE

### DETERMINANTES DA SAÚDE

#### *Estilos de vida*

Combater as causas subjacentes às principais doenças relacionadas com os estilos de vida é a 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 stresse, o abuso das drogas, bem como a factores de natureza socioeconómica geradores de fenómenos de violência e exclusão social.

Esta abordagem permitirá um impacto em doenças transmissíveis e não transmissíveis tão diversas como a SIDA, a tuberculose, a hipertensão arterial, a doença isquémica cardíaca, a doença cerebrovascular, alguns cancros (como os do pulmão, da mama, do estômago, do cólon e do útero), a diabetes mellitus, a doença obstrutiva do pulmão, a cárie dentária, as doenças reumáticas, a osteoporose, os problemas de visão, a cirrose do fígado, as doenças genéticas e as doenças raras, os acidentes (domésticos, de lazer, de desporto, de trabalho e de trânsito), as doenças psiquiátricas e outras patologias e incapacidades, doenças e enfermidades específicas que são contempladas em secções posteriores deste Plano.

#### **Situação actual**

- Não reconhecimento da importância da promoção da saúde: as actividades de promoção da saúde nem sempre ocupam lugar de primazia no contexto geral da prestação de cuidados de saúde, designadamente a nível dos centros de saúde e em particular no que se refere aos grupos etários em idade escolar e aos locais de trabalho.
- Malnutrição: o crescimento muito significativo do consumo de produtos de origem animal,<sup>15</sup> associado ao excesso de consumo de gorduras, em especial saturadas, de sal, de açúcar e à baixa ingestão de frutos, legumes e vegetais, em determinados grupos da população, a par de níveis elevados de ingestão calórica, parecem constituir os principais problemas nesta área. Segundo os dados do último *World Health Report* (2002), a alimentação está directa ou indirectamente relacionada com a hipertensão (10,9% do peso da doença), com o colesterol (7,6% do peso da doença), com a obesidade e o excesso de peso (7,4%) e com a baixa ingestão de frutos e vegetais (3,9%), constituindo assim o principal factor de risco de patologias crónicas, como sejam as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro e a osteoporose.
- Actividade física insuficiente: Portugal é o País da UE com níveis mais elevados de sedentarismo<sup>16</sup>. Segundo dados do último *World Health Report*, a inactividade física contribui com 3,3% do peso da doença. Cerca de ¾ da população com 15 anos ou

15 Instituto Nacional de Estatística, Destaque do INE, Dia Mundial da Alimentação, 15 de Outubro de 2002  
16 European Commission 1999. A Pan-European survey on consumer attitudes to physical activity, body-weight and health. Luxembourg: Office for the Official Publications of the European Communities.

mais descreve a sua principal actividade de tempos livres como ler, ver televisão ou outras actividades sedentárias<sup>17</sup>.

### Intervenções necessárias

- **Reforço da promoção da saúde:** o funcionamento pleno dos Centros Regionais de Saúde Pública, em articulação com as outras unidades dos centros de saúde e estruturas locais pertinentes - autarquias, escolas, empresas e ONG<sup>18, 19</sup> - dará um novo impulso à promoção da saúde.
- **Nutrição saudável:** é importante o desenvolvimento de uma política alimentar e nutricional para o país. Neste sentido, torna-se premente proceder a um novo Inquérito Alimentar Nacional. Por outro lado, parece necessário proceder à revisão das Recomendações de Educação Alimentar para a População Portuguesa. Ambas as tarefas deverão ser executadas sob coordenação do Conselho Nacional de Alimentação e Nutrição (CNAN) incluindo a organização de uma Conferência de Consenso sobre Recomendações Alimentares para a População Portuguesa. A este Conselho caberá também proceder à preparação de um Plano Nacional de Alimentação e Nutrição. A aplicação do Regulamento da Comunidade Europeia, que determina os princípios e as normas gerais da legislação alimentar, estabelece procedimentos em matéria de segurança dos géneros alimentícios e cria a Autoridade Europeia para a Segurança dos Alimentos, contribuirá para a confiança dos consumidores e dos parceiros comerciais. Prevê-se, de facto, que, para além de assegurar a adequada legislação alimentar, venham a ser adoptadas, por parte das autoridades públicas, as convenientes medidas para informar a população, sempre que existam fundamentos legítimos de suspeita de que um género alimentício possa constituir um risco para a saúde. Em Portugal a Agência para a Qualidade e Segurança Alimentar participará na avaliação e comunicação dos riscos relacionados com os alimentos.
- **Actividade física regular:** é necessário elaborar recomendações sobre actividade física regular ao longo da vida, adaptadas à população portuguesa. Há que reforçar a articulação com a Rede de Cidades Saudáveis e a Associação Portuguesa de Municípios, no sentido de se incentivar o desenvolvimento de projectos que estimulem a prática de exercício físico regular por parte da população. Há também que aumentar a sensibilização da população para as vantagens da adopção de hábitos de actividade física moderada, em especial junto dos idosos. Por último, é necessário melhorar o nível de informação existente sobre os hábitos de actividade física dos portugueses.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida – tabaco, alimentação e actividade física <sup>20</sup>	Elaboração e apreciação

<sup>17</sup> Portugal 2001. INSA. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA.

<sup>18</sup> CINDI Highlights; 7: 26. CINDI 2001, Health Promotion Agency for Northern Ireland.

<sup>19</sup> Pádua F. E colaboradores. Portugal – CINDI – Terceiro Quinquénio? (1998-2002). INCP, Lisboa, 1998.

<sup>20</sup> Aproveitando todo o trabalho desenvolvido, assim como as experiências positivas do Programa CINDI em Portugal

## *Consumo de tabaco*

### **Situação actual**

- Aumento do consumo de tabaco no sexo feminino: o consumo de tabaco é a principal causa evitável de morbilidade e mortalidade. Segundo os últimos dados do *World Health Report* (2002), o consumo de tabaco é a principal causa isolada da doença (12,2%). O consumo do tabaco em Portugal tem vindo a diminuir, situando-se em 19,5% a prevalência de fumadores na população com mais de 15 anos<sup>21</sup>, sendo o sexo masculino o principal responsável por esta diminuição (com excepção do grupo etário dos 35-44 anos, onde se regista um aumento da prevalência de fumadores). Está, no entanto, a aumentar no sexo feminino de forma preocupante.
- Investimento insuficiente em serviços de desabitação tabágica: apesar de ser reconhecido como uma intervenção de elevado rácio de custo-efectividade os serviços de desabitação tabágica não têm registado o desenvolvimento necessário e os poucos que existem não têm recebido os apoios adequados. Por outro lado, a formação dos profissionais de saúde para a intervenção na cessação tabágica, em especial no contexto da medicina familiar, carece de um maior investimento.
- Exposição dos não fumadores: em Portugal, em casa, nos locais de trabalho e em lugares públicos os direitos dos não fumadores não são reconhecidos, com consequências graves para a saúde. Acresce que a legislação existente em Portugal ainda é deficiente do ponto de vista de protecção dos não fumadores, designadamente nos locais de trabalho.
- Não-cumprimento da legislação: a legislação revela-se desajustada e os textos vigentes não se cumprem eficazmente, incluindo nas administrações públicas e, em particular, nos serviços de saúde e educação (em que se incluem os privados).
- Preços inadequados: os preços praticados em relação aos produtos tabágicos situam-se em níveis que ainda não representam um desincentivo ao seu consumo.

### **Intervenções necessárias**

- Redução do consumo de tabaco: é necessário continuar a investir na prevenção da iniciação tabágica nos jovens, particularmente do sexo feminino. Está previsto o apoio à OMS para o IV Plano para uma Europa sem Tabaco e o Programa de Prevenção do Tabagismo nos Jovens a dinamizar pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo em colaboração com o Ministério da Educação.
- Reforço da intervenção em matéria de desabitação tabágica: esta representa a única via para uma diminuição da mortalidade e morbilidade nos próximos 10 a 15 anos. São necessárias, pois, acções de formação de profissionais de saúde para a desabitação tabágica, com a realização de pelo menos uma acção de âmbito nacional em parceria com peritos e entidades pertinentes, durante o ano de 2003. Fomentar e apoiar o recurso às novas tecnologias de informação quer através de

---

<sup>21</sup> INS 1998/99. INSA Ricardo Jorge.

linhas telefónicas de informação, apoio e aconselhamento, em desabituação tabágica, assim como a portais específicos.

- Protecção dos não fumadores: é uma intervenção prioritária, em especial nos locais de trabalho, bem como a restrição da venda através de máquinas automáticas, nos locais de trabalho e locais facilmente acessíveis aos jovens. Neste sentido, é necessário propor as necessárias alterações legislativas.
- Cumprimento e alterações da legislação: os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade nestes domínios, devendo ser estimulados a assumir um papel mais interveniente, de forma a melhorar a capacidade de controlar as condições de fabrico, comercialização e venda dos produtos do tabaco. Impõe-se também uma revisão da legislação de protecção dos não-fumadores nos locais de trabalho, o reforço das acções de fiscalização em locais sensíveis recobertos pela lei e o apoio técnico para a Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da OMS, para a implementação Directiva Comunitária sobre condições de fabrico e venda de produtos do tabaco recentemente transposta (Dec-Lei n.º 25/2003 de 04/02/03) e apoio técnico para a Directiva Comunitária sobre publicidade.
- Aumento dos preços: é a principal medida para redução do consumo, em especial nos jovens e grupos sociais mais desfavorecidos. Mais uma vez, os serviços de saúde detêm uma particular responsabilidade nestes domínios, devendo ser estimulados a assumir um papel mais interveniente.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Actividades da Direcção-Geral da Saúde	Revisão da legislação
	Apoio técnico para a Convenção-Quadro
	Discussão, transposição e implementação de Directivas Europeias
Actividades do Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT)	Formação sobre desabituação tabágica para clínicos. Programa da prevenção do tabagismo nos jovens. Programas “Serviços de Saúde sem Tabaco”. Reforçar o envolvimento das ONG’s.

### *Consumo excessivo de álcool*

#### **Situação actual**

- Aumento do consumo entre jovens e mulheres: segundo os Inquéritos Nacionais de Saúde de 1996 e 1999 verificou-se em 1999 uma descida na percentagem de consumidores no continente. Contrariando esta tendência, ocorreu um aumento de consumidores do sexo masculino, dos 15 aos 17 anos, no Continente. Verifica-se também um aumento importante pelos consumidores femininos, no Alentejo, entre os 15 e os 54 anos. Estes dados são particularmente preocupantes, porque afectam dois grupos vulneráveis, nomeadamente os jovens e as mulheres, que até agora estavam mais salvaguardados deste tipo de consumos. Sendo os jovens os consumidores de amanhã, tornam-se um grupo alvo das campanhas de publicidade e promoção de vendas. Estes dados continuam a ser extremamente preocupantes, sendo o nosso nível de consumo e as suas consequências, um grave problema de Saúde Pública em Portugal.

- Alteração nos padrões de consumo: quanto aos padrões de consumo, constata-se um aumento significativo no consumo de cerveja e de bebidas destiladas. Os jovens que consomem álcool têm o seu primeiro contacto com bebidas alcoólicas cerca dos 11 anos (8-15), predominando, entre os 15 e 24 anos, o consumo de cerveja e de bebidas destiladas fora das refeições, 2 a 3 vezes por semana e em grande quantidade, com mudanças nos padrões de consumo, que tendem a sublinhar a expressão das consequências ligadas ao consumo agudo em detrimento do crónico. Em termos de mortalidade, já se reflecte em decréscimo nos indicadores de mortalidade por doença hepática crónica e por cirrose hepática.
- Informação insuficiente: os sistemas de informação e a qualidade da informação disponíveis ainda não nos dão a base evidencial adequada para tomar todas as decisões necessárias sobre esta problemática.

### Intervenções necessárias

- Redução do consumo: o elevado nível de consumo de álcool em Portugal, embora as tendências de consumo (tendo por base o WDT – *world drink trends*) pareçam ser favoráveis à sua redução, é indicador do longo caminho que há ainda a percorrer. O que se torna claro é que o consumo *per capita* do álcool em Portugal deve diminuir. Nesse sentido, devem ser respeitadas as intervenções contempladas no Plano de Acção Contra o Alcoolismo<sup>22</sup>, nomeadamente: a educação para a saúde, objectiva e persistente, sobre os riscos das bebidas alcoólicas nos vários grupos populacionais; a disponibilização de respostas terapêuticas descentralizadas e eficazes para os bebedores excessivos, as restrições à publicidade.
- Contrariar padrões de consumo menos saudáveis: as mudanças para padrões de consumo menos saudáveis e de maior risco, nomeadamente o aumento do número de bebidas ingeridas por ocasião, do consumo de *shots* e de bebidas de elevada graduação alcoólica, a associação a drogas ilícitas e o aumento de consumo em determinadas regiões do país e, por fim, o aumento do consumo entre o género feminino, devem ser contrariadas. Nesse sentido, as intervenções consideradas úteis devem seguir a perspectiva "Desenvolver e apoiar programas de promoção e educação para a saúde na área da alcoologia, que incluam o desenvolvimento de campanhas de informação pública, abordagem nos currículos escolares e acções de sensibilização e de formação para grupos específicos que chamem a atenção para os riscos do consumo excessivo, inoportuno ou inconveniente de bebidas alcoólicas"<sup>23</sup>. É igualmente importante a criação e desenvolvimento de um programa estruturado de treino de profissionais de saúde em abordagens breves de consumidores excessivos de bebidas alcoólicas, projecto em preparação na DGS. Está a ser concertada uma estratégia articulada de prevenção e controlo dos problemas ligados ao álcool, tendo por base os Centros Regionais de Alcoologia.
- Melhoria da informação: é necessário aperfeiçoar os sistemas de informação e de registo existentes, nomeadamente quanto a: produção e consumo de bebidas alcoólicas; bebedores excessivos e doentes alcoólicos (estimados, diagnosticados e tratados); padrões de consumo de bebidas alcoólicas; acidentes de trabalho e acidentes de viação atribuíveis ao álcool; síndrome fetal alcoólico e criminalidade imputável ao álcool. É necessário calcular fracções atribuíveis às diferentes causas

<sup>22</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 de Novembro.

<sup>23</sup> Transcrição do ponto 1 do n.º 1 do Capítulo II da Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/200.

de morbi-mortalidade ligadas ao álcool e, utilizando metodologias do tipo *cost-of-illness*, desenvolver estudos de avaliação do impacto socioeconómico dos problemas de álcool. Propõe-se também um inquérito aos médicos de família para avaliar a prevalência de consumo excessivo entre utentes e competências profissionais para lidar com estes utentes.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da saúde para o Plano de Acção Contra o Alcoolismo <sup>24</sup>	Intervenção intersectorial, coordenada por comissão interministerial
	Três eixos de acção: investigação, promoção da saúde e actividades clínicas

### *Consumo de drogas ilícitas*

#### Situação actual<sup>25,26</sup>

- Mudanças no perfil epidemiológico: o comportamento de alguns indicadores, não deixando de ser ainda preocupante, parece apontar para a inversão da tendência crescente, que se verificou até 1999. As notificações sugerem que o ritmo de crescimento de toxicodependentes no conjunto dos casos de SIDA tem vindo a abrandar desde 1998. Os dados do Instituto Nacional de Medicina Legal sugerem igualmente um decréscimo no número de casos de morte relacionadas com o consumo de drogas.
- Baixo nível de envolvimento da sociedade civil e do poder local: a prevenção do consumo de drogas ilícitas tem seguido uma abordagem de programa vertical resultando num baixo grau de envolvimento de potenciais parceiros sociais.
- Diversificação limitada das “ofertas” de caminhos para a saída da toxicodependência: esta oferta tem estado muito centrada em estruturas do estado não fazendo uso pleno do potencial de ofertas terapêuticas por parte de outros parceiros sociais incluindo estruturas de apoio à reinserção social. Tem-se no entanto registado um aumento dos utentes integrados nas respostas terapêuticas oferecidas pelos CAT, pelas unidades de desabilitação e pelas comunidades terapêuticas, públicas e convencionadas. O número de primeiras consultas, na rede do IDT, tem vindo a diminuir. Tem-se, também, assistido a um significativo alargamento dos programas de substituição. O surgimento de novas drogas sintéticas irá, no futuro, mobilizar grandes esforços, exigindo a experimentação de estratégias inovadoras de abordagem, que permitam lidar melhor com a percepção dos riscos associados a estes novos consumos

#### Intervenções necessárias

- Melhorar o conhecimento das actuais tendências epidemiológicas: neste sentido é preciso apostar na contribuição universitária e científica em todos os domínios da

<sup>24</sup> Ver nota 22.

<sup>25</sup> Niza J 1998. Situação e Avaliação do Problema da Droga em Portugal. Relatório da Comissão Eventual para o acompanhamento e Avaliação da Situação da Toxicodependência, do Consumo e do Tráfico de Droga. Palácio de S Bento: Lisboa.

<sup>26</sup> Portugal. CNLCS. Programa “Diz não a uma seringa em 2.ª mão”: Relatório de Novembro de 2001. (policopiado), 2001.

droga e da toxicod dependência, bem como nas relações internacionais designadamente no OEDT (Observatório) por forma a conhecer outras realidades

- Baixo nível de envolvimento da sociedade civil e do poder local: dever-se-á continuar a dar prioridade a projectos na área da prevenção primária, que permitam reduzir o consumo de drogas junto das populações mais jovens, assim como na redução dos riscos, que minimizem as consequências sanitárias do seu consumo. Neste sentido é essencial aumentar e dinamizar a participação do poder local na prevenção primária através de “planos municipais de prevenção”, bem como das famílias e escolas através de parcerias com vista a uma efectiva troca de informação e da real sensibilização da população para a complexidade do fenómeno da droga.
- Diversificação limitada das “ofertas” de caminhos para a saída da toxicod dependência: é necessário reforçar a área do tratamento na lógica de que um maior investimento aqui equivale a poupar no campo da oferta, apostando na qualidade científica das estruturas do Estado, bem como na diversificação dos caminhos para a saída da toxicod dependência. A reinserção tem de ser contemplada como a fase última de tratamento, por forma a diminuir os casos de regresso à toxicod dependência por ausência de condições materiais.

## *Saúde mental*

### **Situação actual**

- Falta de visão abrangente: Não existe ainda um sistema de indicadores de saúde que permita uma visão abrangente desta problemática em Portugal. No entanto, a saúde mental das crianças e dos adolescentes, das pessoas idosas e a interface com a escola e com o trabalho revelam-se merecedoras de uma maior atenção (ver também secções referentes ao álcool, à violência, à saúde reprodutiva, à saúde escolar e às doenças mentais).
- Elevada prevalência de stresse: Não se dispõem de dados nacionais que nos permitam avaliar directamente a dimensão deste problema. Relativamente ao resto da Europa, em Portugal, as mulheres consomem três vezes mais medicamentos indutores do sono. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 1998-1999<sup>27</sup>, 7% dos homens e 18% das mulheres (15 anos ou mais) referiram ter tomado medicamentos para dormir, nas duas semanas anteriores à inquirição. Esta proporção aumenta de 14%, no grupo de 45-54 anos de idade, para 28% no de 85 anos ou mais. Segundo um estudo recentemente realizado, Portugal apresenta uma taxa de prevalência de perturbação de pós-stress traumático (*PTSD*) de 7.9%, numa amostra representativa da população portuguesa com idade igual ou superior a 18 anos. A taxa de prevalência de *PTSD*, relacionada com situação de guerra, foi de 0.8%<sup>28</sup>.
- Inadequação dos cuidados disponíveis para as crianças e os adolescentes: Tem-se verificado um aumento da procura de cuidados, resultante da atenção dada a fenómenos sociais como o dos abusos sexuais, maus tratos, filhos de pais alcoólicos, toxicod dependentes, com doença mental ou sida, filhos de imigrantes,

<sup>27</sup> Portugal 2001. INSA. Inquérito Nacional de Saúde 1998/1999. Lisboa: INSA.

<sup>28</sup> Avaliação da taxa de ocorrência de PTSD na população adulta portuguesa (Afonso de Albuquerque et al), 2002

constituindo novos grupos de população em risco. Além disso, há aumento de violência e suicídio, especialmente nos adolescentes e jovens. A resposta que os serviços públicos têm sido capazes de dar com os recursos de que dispõem é, em geral, insuficiente e, por vezes, desajustada das necessidades.

- Inadequação dos cuidados disponíveis para as pessoas idosas: Não se conhecem com rigor as necessidades reais dos idosos na comunidade. Existe uma resposta insuficiente dos serviços face ao aumento da população idosa e dos cuidados que a mesma requer de forma a integrar os aspectos bio-psico-sociais numa abordagem global. Não existe reconhecimento ou incentivo à formação dos profissionais de saúde nem formação ou informação adequada a familiares e/ou prestadores informais de cuidados.

### **Intervenções necessárias**

- Obtenção de uma visão compreensiva: há grupos de trabalho na DGS dedicados às áreas da promoção e diferentes níveis de prevenção, abrangendo o *continuum* do ciclo vital, da gravidez às idades mais avançadas, o sistema de informação e indicadores de saúde mental. A saúde mental percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, sendo fundamental a articulação com os CSP, e envolve outros sectores, nomeadamente a Educação, a Segurança Social e o Trabalho, a Justiça, as Autarquias e ONGs. Existem recomendações internacionais nas áreas da Saúde Mental da Infância e Adolescência e Pessoas Idosas<sup>29</sup>. Está a ser elaborado na DGS o Plano Nacional de Saúde Mental.
- Abordagem do stresse: O Ministério da Saúde e a DGS estão representados na Rede Nacional de apoio aos militares e ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica, resultante de exposição a factores de stresse durante a vida militar. Estão previstos o Programa Nacional para a Perturbação Pós-Stress Traumático, relativamente a outras situações traumáticas e o Programa Nacional para a Prevenção do Stresse.
- Adequação dos cuidados prestados para as crianças e os adolescentes: a dimensão e o impacto dos problemas de saúde mental das crianças e adolescentes torna indispensável uma atitude preventiva, que vá ao encontro das crianças e suas famílias antes das dificuldades se transformarem em perturbações psiquiátricas. É fundamental um melhor planeamento dos recursos, incluindo a formação dos profissionais, para os serviços de Saúde Mental da Infância e Adolescência. É necessária uma estratégia de intervenção inter-sectorial dirigida a esta população, nos níveis nacional, regional e local<sup>30,31</sup>. Está a ser elaborado o Programa Nacional de Saúde Mental da Infância e Adolescência no contexto do Plano Nacional de Saúde Mental.
- Adequação dos cuidados prestados às pessoas idosas: está prevista a implementação do 1º. Estudo Nacional de Morbilidade Psiquiátrica na Comunidade, que incluirá a população idosa. O censo psiquiátrico de Novembro de 2001 revelou uma predominância de casos de depressão na Consulta Externa e na Urgência; de síndromes demenciais na Consulta, Urgência e Internamento; de esquizofrenia e

<sup>29</sup> EU, Mental Health Europe, HOPE, Lausanne 1997.

<sup>30</sup> Relatório da Comissão Especializada dos Direitos das Crianças e Adolescentes – Conselho Nacional de Saúde Mental.

<sup>31</sup> Conclusões e Recomendações do Workshop 1 Infância e Adolescência (HOPE, 2000).

oligofrenias no Internamento e de alterações associadas ao consumo de álcool na Urgência. O Plano Nacional de Cuidados Continuados contempla respostas a esta população, nomeadamente de cuidados comunitários (p.e. domiciliários). Está a decorrer um grupo de trabalho na DGS sobre Saúde Mental no Envelhecimento e 3ª. Idade, para estudar e propor medidas de promoção e nos diferentes níveis de prevenção, além do incremento na investigação e formação nesta área.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Plano Nacional de Saúde Mental	Elaboração e apreciação

### *Exclusão social*

#### **Situação actual**

- Respostas inadequadas da saúde às alterações na situação social da mulher: as últimas décadas foram marcadas por grandes alterações na situação social da mulher, havendo indicadores associados à vivência de uma situação comparativamente mais igualitária que a anterior. Mas é também verdade que as mulheres continuam a gastar mais tempo na realização das tarefas domésticas, na prestação de cuidados não remunerados à família, aos idosos e à colectividade e têm menos tempos livres que os homens. Maioritariamente, o estatuto social e económico das mulheres é pior do que o dos homens, encontrando-se mais frequentemente em situação de desemprego e pobreza, dependendo, muitas vezes, financeiramente dos homens ou da segurança social, e sendo, não raramente, vítimas de violência doméstica. A resposta da saúde a esta problemática tem sido inadequada.
- Ausência de estratégias para reduzir as desigualdades em saúde: na Europa, as diferenças relativamente à mortalidade e à morbilidade entre as classes sociais desfavorecidas e as detentoras de melhores condições socioeconómicas têm aumentado. As populações pobres e socialmente mais desfavorecidas continuam a sofrer de desvantagens substanciais em relação à saúde: a esperança de vida é menor, apresentam uma maior morbilidade, têm geralmente uma menor acessibilidade aos cuidados de saúde e estão também menos informados sobre os cuidados preventivos. Existem outras situações de desigualdade social com influência no estado de saúde, nomeadamente quanto aos idosos que vivem isolados, às crianças filhas de pais alcoólicos e/ou toxicodependentes, aos imigrantes, especialmente os ilegais, aos refugiados, aos desempregados de longa duração, aos sem-abrigo, aos portadores de deficiência, às vítimas de desigualdades relacionadas com o género, às pessoas pertencentes a minorias étnicas e às que prostituem.
- Falta de cuidados para os sem-abrigo: nos sem-abrigo há uma elevada prevalência de doenças físicas e mentais, e de abuso/dependência de álcool e drogas, com uma prevalência de perturbações psiquiátricas (incluindo álcool e drogas) que atinge os 90%. É necessário reconhecer as necessidades especiais desta população (especialmente dos doentes que dormem nas ruas), que muitas vezes não acorre aos serviços<sup>32</sup>.

<sup>32</sup> Bento A e Barreto E 2002. Sem-amor Sem-abrigo. Lisboa: Climepsi Editores.

## Intervenções necessárias

- Melhoria da situação social da mulher: os primeiros passos para inverter esta situação foram já dados com a elaboração do II Plano Nacional para a Igualdade de Oportunidades<sup>33</sup>. A contribuição da Saúde para o cumprimento do Plano Nacional para a Igualdade de Oportunidades está na dependência directa da sensibilidade dos gestores e prestadores de cuidados para questões que, embora não tradicionalmente do âmbito da saúde, têm grande impacto sobre ela. Depende, ainda, da capacidade que demonstrem para ultrapassar resistências, manifestar abertura e desenvolver novas respostas a novos desafios. A investigação (inquérito sobre violência e saúde das mulheres), a formação (formação profissional na área da violência contra as mulheres) e a divulgação (produção de material informativo sobre saúde para mulheres de baixa escolaridade e produção de material informativo para mulheres e profissionais sobre direitos sexuais e reprodutivos) são instrumentos fundamentais para uma melhor compreensão do problema, devendo abranger tanto profissionais de saúde quanto o público em geral.
- Desenvolvimento de estratégias para redução das desigualdades em saúde: para actuar eficazmente sobre este problema será necessário desenvolver diversas medidas em três campos de actuação que se consideram prioritários: estudar a situação; adequar os recursos; estabelecer parcerias com outros sectores, para além da saúde. Neste âmbito, é importante: caracterizar as situações de desigualdade em saúde e as suas determinantes, incluindo as possíveis diferenças regionais; hierarquizar as prioridades nacionais, relativamente às desigualdades em saúde, cruzando estas prioridades com os principais problemas de saúde do país; inventariar e divulgar os exemplos de boas práticas neste domínio, de modo a disseminar este tipo de intervenção; criar mecanismos que permitam aos serviços de saúde adequar-se às necessidades destas populações relativamente à acessibilidade, efectividade e qualidade dos serviços prestados, nomeadamente quanto a imigrantes, minorias étnicas e pessoas sem-abrigo; sensibilizar os trabalhadores da saúde para esta temática, que inclui a necessidade de conhecer as especificidades culturais dos diferentes grupos, a importância de conhecer a sua língua ou de ter facilidades de tradução, entre outras, trabalhando para esse objectivo com as associações, ONG e outras organizações que conheçam estas populações; actuar através de actividades de Promoção e Educação para a Saúde; elencar as situações em que é necessário uma actuação intersectorial, com outros serviços, como a segurança social, ambiente e defesa do consumidor, entre outros; influenciar as políticas relacionadas com aspectos ambientais, sociais e físicos que podem afectar a saúde das populações desfavorecidas.
- Mais apoio aos sem-abrigo: esta população necessita de apoio continuado e intensivo. As equipas de rua, multidisciplinares, são imprescindíveis, bem como os equipamentos habitacionais, de saúde e sociais. Mas também é preciso que haja um conjunto amplo e diversificado de serviços, capaz de responder às múltiplas e complexas necessidades dos sem-abrigo, assim como uma coordenação das múltiplas agências envolvidas (ONG, misericórdias, câmaras, unidades de saúde, etc.)<sup>34</sup>.

---

<sup>33</sup> A publicar.

<sup>34</sup> Ver nota 32.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional para a Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens <sup>35</sup>	Integração da perspectiva género nas acções do MS
Programa de cuidados de saúde a imigrantes ilegais	Elaboração e apreciação
Programa Nacional de Redução das Desigualdades em Saúde	Elaboração e apreciação de um programa resultante da consolidação de diversos projectos já existentes

## *Violência*

### **Situação actual**

- Reconhecimento da violência como determinante da saúde: a discussão acerca da violência em Portugal não pode ser descontextualizada daquilo que é o legado sociocultural do povo português. A nível individual, são as situações que afectam física e psicologicamente os indivíduos as consideradas mais violentas. O facto de a violação e a difamação serem considerados como actos muito violentos revela a preocupação pela integridade física e moral dos indivíduos. A nível social, ressalta a preocupação pela vida e pelo bem-estar, manifestada pelo repúdio da poluição ambiental e pela comercialização de produtos farmacêuticos não testados. A nível grupal, as preocupações prendem-se com as relações intrafamiliares e intersexos. Os factores intrafamílias percebidos como causas de violência incluem a desigualdade entre os géneros, a droga e o álcool, a falta de afecto nas famílias e o desemprego<sup>36</sup>. As respostas da saúde para a violência têm sido manifestamente inadequadas, contemplando essencialmente aspectos de emergência médica, sem contemplar adequadamente as vertentes mais preventivas.
- Aumento da visibilidade da violência doméstica como causa de perda de qualidade de vida: a violência doméstica, enquanto tema de discussão pública e objecto de atenção por parte das agências estatais, organizações não-governamentais e meios de comunicação social, tem vindo a ganhar visibilidade ao longo da última década. Lentamente, vem sendo ultrapassada a concepção de que este é um problema da esfera da intimidade e, como tal, da responsabilidade exclusiva dos indivíduos e das famílias, para ser aquilo que já é reconhecido no nosso País, um crime público. No contexto da violência doméstica, os maus tratos a mulheres (em média, 1 em cada 3 mulheres é vítima de violência; por ano 52%, das mulheres são vítimas de alguma forma de violência<sup>37</sup>), a crianças, jovens e idosos constituem, pela sua transcendência, um dos problemas mais importantes entre os que afectam a qualidade de vida. Entre os vários tipos de maus tratos, o abuso sexual, nas suas diversas expressões, é talvez uma das situações em que os profissionais de saúde, quando com elas confrontados, sentem mais dificuldade em intervir. As respostas

<sup>35</sup> Aguarda aprovação do governo através da Secretaria de Estado.

<sup>36</sup> Lourenço N; Lisboa M 1991. Representações da violência: percepção social do grau, da frequência, das causas e das medidas para diminuir a violência em Portugal. Cadernos do CEJ. Ministério da Justiça. n.º2/91, 5-79.

<sup>37</sup> Lourenço N, Lisboa M, Pais E. Violência Contra as Mulheres. Cadernos da Condição Feminina n.º 48. CIDM, 1997.

da saúde para a violência doméstica só recentemente começaram a ser alvo de maior atenção, mesmo assim insuficiente.

- Violência no local de trabalho é causa frequente de perda de qualidade e baixa de produtividade: a violência no local de trabalho é reconhecida como problema de particular relevância. Existe uma elevada prevalência de actos violentos contra os profissionais de saúde, de que resultam perda de qualidade e baixa de produtividade. A violência parece ser muito mais frequente em centros de saúde do que em hospitais. No que respeita às denúncias, a violência verbal é a mais frequente, seguida da pressão moral, discriminação, violência física e assédio/discriminação sexual. Parece que existe uma maior predisposição a qualquer um dos tipos de violência que foram estudados, no contexto de ambulatório, para com os trabalhadores da área da saúde mental e os que fazem trabalho comunitário e ao domicílio. A violência é mais frequente contra enfermeiros, pessoal administrativo e clínicos gerais. Parece que algumas formas de violência, tais como a discriminação, a pressão moral e o assédio/discriminação sexual, não estão correctamente representadas no actual sistema de queixas escritas que são acessíveis ao escrutínio público<sup>38</sup>.

### Intervenções necessárias

- Combate à violência: na dimensão preventiva, um nível macro de intervenção, é preciso realçar as condições globais da nossa sociedade (aspectos culturais, civismo, nível de escolarização e de informação, interesse dos *mass media*, etc.), os enquadramentos legais e políticos e as estratégias gerais para a problemática da violência em geral. O horizonte de impacto para as intervenções a este nível é provavelmente de 10 ou mais anos.
- Combate à violência doméstica implica acções de formação para profissionais de saúde: a Saúde deve continuar a dar o seu contributo para a aplicação do Plano Nacional contra a Violência Doméstica, através, nomeadamente, de acções de formação para os seus profissionais, no sentido de os sensibilizar e de potenciar as suas competências na identificação das situações de violência, na orientação e no apoio das vítimas.
- Combate à violência no local de trabalho não se reduz a questões de segurança: em relação à violência contra profissionais de saúde no local de trabalho, o que sobressai é que é um problema generalizado e muito prevalente. Não deve ser abordado como um simples problema de segurança, mas como um assunto multifactorial com determinantes culturais, políticas, sociais, económicas, de gestão e individuais. A questão que ser explicitamente assumida, por todos os representantes institucionais, como um assunto importante: os direitos e os deveres devem estar claramente definidos, sobretudo no que respeita ao direito à indignação e ao protesto, e deve ser assegurada uma *tolerância zero* para qualquer tipo de violência. A um nível meso, a intervenção deve ser normativa: linhas orientadoras para os dirigentes, trabalhadores da saúde, doentes, médicos de saúde ocupacional, representantes sindicais, etc., devendo ser equacionados aspectos como competências de gestão, condições gerais de trabalho e condições de acesso

38 Antunes AR, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Craveiro I, Flores I, Santos O, Ferrinho P 2002. Violência Contra os Profissionais de Saúde no local de Trabalho. Estudos de Caso Portugueses. Relatório Final, Maio 2002. Lisboa: AGO.

ao serviço de saúde. O horizonte de impacto para as intervenções a este nível é provavelmente de 3 a 10 anos. A um nível mais micro, a intervenção deve contemplar o que pode ser mudado a curto-prazo (1 a 2 anos): sistemas de segurança, mecanismos de queixa, formação em comunicação e em resolução de conflitos, existência de mediadores, etc. Quando todos os níveis de prevenção, acima mencionados, falham e a violência ocorre, então devem existir no local os mecanismos para lidar com o episódio de violência e com as suas consequências: sistemas de segurança, auto-defesa e sistemas de apoio às vítimas, sistemas de investigação da violência e sistemas para lidar com o agressor. Prevê-se para 2003 a realização de um seminário sobre esta problemática.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional Contra a Violência Doméstica	Acções de formação para profissionais de saúde
	Apoio às vítimas

## SAÚDE AMBIENTAL

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.

### *Ambiente e saúde*

#### **Situação actual**

- Ausência de estratégia intersectorial: 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.
- Desconhecimento sobre a dimensão do problema da poluição atmosférica: a qualidade do ar exterior é um factor determinante para a saúde e o bem-estar da população. A monitorização da qualidade do ar permite a obtenção de informação relativa à concentração de poluentes (ozono, óxidos de azoto, monóxido de carbono, dióxido de enxofre, compostos orgânicos voláteis, entre outros) ainda não é feita de uma forma que sistematicamente permita o seu relacionamento com possíveis efeitos na saúde.
- Riscos para a saúde associados a minas abandonadas: reconhece-se a necessidade de impulsionar a actividade de recuperação ambiental de áreas mineiras degradadas<sup>39</sup>, em particular no que se refere ao caso das minas de urânio. Os impactos mais significativos fazem-se sentir a nível dos solos (deposição de poeiras radioactivas com metais pesados), dos recursos hídricos (escorrências superficiais e infiltrações

<sup>39</sup> Decreto-Lei 198-A/2001, de 6 de Julho.

de águas ácidas), do ar (emissão de gás radão e radiação gama), da paisagem, população, fauna e flora (redução da qualidade estética, inalação de radão, ingestão de alimentos contaminados, etc.).

### Intervenções necessárias

- Elaboração de uma estratégia intersectorial no âmbito do ambiente e saúde: elaboração do Plano Nacional de Saúde Ambiental, em parceria, com vista a dotar o País de um instrumento de referência para a avaliação de ganhos na saúde decorrentes dos determinantes relacionados com o ambiente, e a poder responder aos compromissos que têm vindo a ser assumidos desde 1994, no âmbito das Conferências Ministeriais Ambiente e Saúde da OMS.
- Complementar programas da qualidade do ar: em complemento dos programas de monitorização da qualidade do ar exterior, há que proceder à implementação de um “Programa de informação ao público sobre concentrações elevadas de ozono”: e desenvolver acções de sensibilização da população para as questões relacionadas com este poluente, estabelecendo também um mecanismo eficaz de alerta e resposta adequada em caso de episódios de poluição atmosférica pelo ozono.
- Explorações mineiras desactivadas: contribuir com uma perspectiva da saúde para os trabalhos que visam remediar as áreas ambientais degradadas, quer no âmbito da Comissão de Acompanhamento da Concessão, quer no das subcomissões de avaliação.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Requalificação das minas abandonadas	Participação nos trabalhos da Comissão de Acompanhamento da Concessão
Plano Nacional de Saúde ambiental	Elaboração e apreciação

## Água

### Situação actual

- Aumento da preocupação com as doenças relacionadas com a água: estas doenças têm sido alvo, nos últimos anos, de grandes preocupações a nível internacional, comunitário e nacional. A nível da Região Europeia da OMS foi elaborado o Protocolo Água e Saúde, no âmbito da Convenção de Helsínquia, de 1992<sup>40</sup>. Portugal, sendo País subscritor, deverá promover a sua ratificação. A nível da Comunidade Europeia nos últimos anos foram aprovados um conjunto de Directivas relacionadas com a água<sup>41,42,43,44</sup>. A nível nacional, a elaboração do Plano

<sup>40</sup> OMS, Protocolo Água e Saúde..., Londres, 1999.

<sup>41</sup> Directiva 98/83/CE de 3 de Novembro relativa à qualidade da água destinada ao consumo humano, publicada no JOC n.º L 330/32 de 5 de Dezembro de 1998.

<sup>42</sup> Directiva 2000/60/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de Outubro de 2000 que estabelece um quadro de acção comunitária no domínio da política da água.

<sup>43</sup> Directiva 96/70/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 28 de Outubro de 1996 que altera a directiva 80/777/CEE do conselho relativa à aproximação das legislações dos Estados-membros respeitantes à exploração e à comercialização de águas minerais naturais, publicada no JOC n.º L 229/26 de 23 de Novembro de 1996.

<sup>44</sup> Draft Directive on the quality of Bathing Water: Directive 200Y/XXX/CE of the European Parliament and of the Council concerning the quality of Bathing Water, de 25 de Julho de 2001.

Nacional da Água e do Plano de Abastecimento de Água procura reestruturar a gestão da água em Portugal.

- Aumento da contaminação das águas doces superficiais por cianobactérias: nos últimos dez anos, verificou-se a progressiva contaminação das águas doces superficiais, por cianobactérias, com implicações sérias nos sistemas de abastecimento de água para consumo humano e nas utilizações balneares e recreativas. Em Portugal Continental, as florescências de cianobactérias proliferam durante todo o ano, embora com maior intensidade no Verão. A identificação do perigo e a avaliação do risco relativo às florescências de cianobactérias tem sido condicionada pela inexistência de metodologias de identificação destes microrganismos e das respectivas toxinas, a que acresce o facto de não haver valores paramétricos.
- Aumento da ocorrência da doença dos legionários: no contexto dos problemas de saúde associados à água, é de realçar a doença dos Legionários, provocada pelas bactérias *Legionella* spp, habitantes naturais de águas doces superficiais, que se desenvolvem em sistemas de água quente e de água fria, torres de refrigeração e condensadores, condutas de ar condicionado, sistemas de rega por aspersão, sistemas de água contra incêndios, assim como em equipamentos de tratamento das vias respiratórias, humidificadores, piscinas climatizadas, instalações termais e fontes ornamentais, com a consequente contaminação. Em estabelecimentos termais e instalações de hidromassagem, o risco de doença aumenta com a densidade, o tempo de permanência e a situação clínica dos utilizadores. A doença dos legionários tem vindo a assumir uma importância crescente, estando frequentemente associada a actividades de lazer e a viagens. No nosso País além da participação na rede europeia *EWGLI*, e da publicação de recomendações para estabelecimentos turísticos foi publicada legislação para o controlo da qualidade da água dos estabelecimentos termais, tem-se vindo a promover as bases para a gestão do risco relacionados com esta problemática.

### **Intervenções necessárias**

- Elaboração e aprovação de Programa Nacional Água e Saúde: obter a aprovação desta estratégia, consubstanciando-a num Programa Nacional Água e Saúde, que abarque, entre outros aspectos a intervenção dos serviços de saúde neste domínio, decorrentes dos normativos comunitários, das recomendações da OMS e das competências e atribuições cometidas pela legislação nacional, as necessidades organizacionais com vista à adequação da resposta adequada às gestões do risco para a saúde relacionado com a água, a organização e estruturação da rede de laboratórios de saúde pública e as necessidades de formação e investigação. desenvolver acções de avaliação sanitária, devidamente normalizadas e programadas, dos estabelecimentos termais que permitam determinar modos de intervenção que melhorem a sua qualidade como unidades prestadoras de cuidados de saúde.
- Reduzir o risco de doenças relacionadas com a qualidade da água: aplicação dos métodos de vigilância sanitária adequados, tendo em consideração a avaliação de risco e a distribuição geográfica dos problemas. Implementar o Sistema de Informação em Saúde Ambiental (SISA), nos módulos relacionados com a água e epidemiologia. Promover articulação intersectorial com vista a uma efectiva comunicação da informação no domínio da qualidade da água. Rentabilização do

sistema de Doenças de declaração obrigatória no que se refere às doenças relacionadas com a água, e reforço da utilização do SARA. Promover a formação dos profissionais de saúde, a elaboração de manuais de intervenção e de manuais temáticos. Desenvolvimento de um plano de gestão da informação e comunicação do risco e de investigação para parâmetros prioritários.

- Redução da contaminação das águas doces superficiais por cianobactérias: caracterização do problema em face dos dados da monitorização e investigação desenvolvidos desde 1996, e desenvolver um plano adequado tendo também em consideração os avanços técnicos e científicos dos últimos anos e as recentes orientações da OMS. Promover articulação com o MCAOT no sentido da avaliação da situação nos recursos hídricos e da implementação de um plano de gestão intersectorial.
- Vigilância da doença dos legionários: no que se refere aos problemas associados com a *Legionella* spp têm-se desenvolvido programas de vigilância em instalações que utilizem água no seu funcionamento, produzam aerossóis e se encontrem no exterior ou interior de edifícios de utilização colectiva e de instalações industriais susceptíveis de se converterem em focos de infecção. Foi feita também a introdução do controlo em diversos dispositivos legais relacionados com a qualidade da água e a climatização de edifícios.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa nacional água e saúde	Elaboração e apreciação

## *Resíduos*

### **Situação actual**

- Intervenção limitada da saúde na problemática dos resíduos sólidos urbanos: a DGS contribui para a implementação das medidas de acção definidas no Plano Estratégico dos Resíduos Sólidos Urbanos (PERSU), publicado em 1996, através da apreciação dos projectos relativos a diferentes operações de gestão de resíduos, da apreciação de estudos de impacto ambiental de instalações destinadas a operações de eliminação ou valorização destes resíduos, procedendo também ao acompanhamento do impacto para a saúde das instalações de tratamento de resíduos sólidos urbanos por incineração e participa na avaliação de projectos relativos a operações de armazenagem, tratamento, valorização e eliminação dos vários tipos de resíduos, bem como nas respectivas vistorias, em conjunto com o Instituto dos Resíduos (INR) e o Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT).
- Não cumprimento das metas de eliminação da produção de resíduos industriais: a gestão dos resíduos industriais tem por base a estratégia e os programas de acção definidos no Plano Estratégico Sectorial de Gestão dos Resíduos Industriais (PESGRI), elaborado em 1999 e revisto em 2001. De acordo com este Plano, estava prevista a resolução, a curto prazo, da problemática associada à eliminação dos resíduos industriais perigosos, o que não se verificou até à data.

- Efeitos negativos da produção de resíduos hospitalares: os resíduos hospitalares<sup>45</sup> constituem um problema de saúde pública e ambiental, que determina crescente atenção na salvaguarda dos efeitos negativos que podem afectar as populações. O INR e a DGS procederam à elaboração do Plano Sectorial Estratégico dos Resíduos Hospitalares<sup>46</sup>.

### Intervenções necessárias

- Uma maior intervenção da saúde na gestão de resíduos: a problemática associada à gestão dos resíduos requer uma melhor harmonização, tanto na definição de critérios para avaliação de projectos, como nas diferentes intervenções das autoridades nacionais e regionais de saúde pública. A questão da co-incineração, em especial, e da gestão dos resíduos sólidos urbanos, em geral, precisam de um melhor enquadramento nas actividades das autoridades nacionais e regionais de saúde pública.
- Melhorar o cumprimento das metas de eliminação da produção de resíduos industriais: é necessário a caracterização e quantificação dos resíduos industriais existentes e produzidos em Portugal, e optar pela melhor solução de tratamento, entrando em linha de conta com os impactes sobre a saúde. Importa ter a caracterização ambiental por forma a avaliar o risco de exposição decorrente do não cumprimento das metas, e que sejam estabelecidos planos de monitorização do risco das soluções que vierem a ser adoptadas. Associar medidas de redução da produção destes resíduos, tais como a adopção das melhores tecnologias disponíveis, o desenvolvimento do rótulo ecológico, a implementação de sistemas de gestão ambiental e da política integrada relativa aos produtos (IPP).
- Reforço do controlo dos resíduos hospitalares: em cooperação entre a DGS e o INR, está a ser elaborada uma base de dados, a integrar no SISA, no sentido da avaliação da produção dos resíduos hospitalares. Está ainda em curso a revisão do Despacho n.º 242/96, de 13 de Agosto, da Portaria n.º 178 /97, de 11 de Março, e de outros diplomas que contenham determinações comuns. Contempla-se a promoção de programas de formação na área dos resíduos e saúde e a realização de um curso de formação de formadores, na área dos resíduos, com uma vertente sobre resíduos hospitalares. Por último, a saúde tem de contribuir para a requalificação de incineradores e para a concretização das metas estabelecidas no Plano Sectorial Estratégico dos Resíduos Hospitalares<sup>47</sup>.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da Saúde para o Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares	Requalificação do incinerador no Hospital Júlio de Matos
	Localização no Norte dum 2º incinerador
	Instalação de armazéns de transferência

<sup>45</sup> Resíduos Hospitalares são os resíduos produzidos em Unidades de Cuidados de Saúde, incluindo as actividades médicas de diagnóstico, prevenção e tratamento da doença, em seres humanos e animais, e ainda as actividades de investigação relacionadas (Decreto-Lei n.º 239/97 de 9 de Setembro e Portaria n.º 818/97 de 5 de Setembro). O Despacho n.º 242/96 de 13 de Agosto, do Ministério da Saúde, que se refere aos resíduos resultantes da prestação de cuidados de saúde a seres humanos, classifica os resíduos em 4 grupos, de modo a garantir uma separação selectiva na origem, que permitisse o recurso a tecnologias diferenciadas de tratamento, de acordo com o grupo em que o resíduo se inclui: resíduos hospitalares equiparados a urbanos: Grupos I e II; resíduos hospitalares de risco biológico: Grupo III; resíduos hospitalares específicos: Grupo IV.

<sup>46</sup> Aprovado pelo Despacho conjunto n.º 761/99, de 31 de Agosto dos Ministros da Saúde e do Ambiente.

<sup>47</sup> Aprovado pelo Despacho conjunto n.º 687/98, de 8 de Setembro dos Ministros da Economia, da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, da Saúde e do Ambiente.

## *Riscos químicos, biológicos e radioactivos*

### **Situação actual**

- Risco de exposição aos químicos: apesar da melhoria das normas ambientais, há cada vez mais provas de uma relação entre a deterioração ambiental e determinadas doenças humanas pelo que há que abordar avaliar os riscos potenciais para o ambiente e a saúde decorrentes de substâncias e produtos químicos perigosos e dos pesticidas, e autorizar a sua utilização, sendo que este processo de avaliação dos produtos, designados como biocidas, e que podem ser definidos de uma forma geral como os que têm o objectivo de eliminar ou tornar inofensivos organismos prejudiciais ao Homem, incluindo as suas actividades, aos animais a proteger ou ao ambiente, incluem uma vasta gama de produtos e substâncias, de que se destacam os pesticidas, os desinfectantes e os produtos de protecção de materiais, alguns deles de uso generalizado pela população, se encontra numa fase de implementação que requerem recursos humanos com formação específica na área da toxicologia, não contemplados no actual quadro de pessoal, além de uma grande concertação intersectorial a nível nacional e comunitário.
- Desinfestação não regulamentada: a actividade de desinfestação não se encontra regulamentada, constituindo muitas vezes um perigo para a saúde pública e para o ambiente devido à utilização de produtos não autorizados para o efeito e à ausência de legislação que obrigue ao licenciamento e à regulamentação do exercício da actividade - cada vez mais generalizada - de aplicação de pesticidas (incluindo insecticidas, fungicidas, herbicidas, rodenticidas, protectores de madeira, desinfectantes) Os efeitos dos pesticidas utilizados na agricultura sobre a saúde, através da contaminação ambiental, podem variar com a exposição, quanto a doses (de doses elevadas a fracas) e quanto a períodos de exposição (curta a prolongada), o mesmo acontecendo com a bioacumulação através da cadeia alimentar. De referir que a maior vulnerabilidade nesta exposição é a dos profissionais e a das crianças.
- Efeitos dos disruptores endócrinos (DE)<sup>48</sup>: a estratégia comunitária sobre DE<sup>49</sup> identifica necessidades de realização de estudos, de coordenação a nível internacional, de informação ao público, e propõe acções a curto, médio e longo prazo.
- Riscos associados aos organismos geneticamente modificados (OGM): a colocação no mercado e a libertação no ambiente de OGM é uma questão polémica, que causa preocupação, na medida em que não estão ainda totalmente identificados os riscos que daí podem advir, a médio e a longo prazo. Não existe, também, consenso entre os vários sectores da sociedade envolvidos na discussão deste assunto (consumidores, associações ambientalistas e a própria indústria), relativamente aos benefícios que podem decorrer da sua utilização.

<sup>48</sup> Compreendem os produtos e substâncias químicas como hormonas naturais ou sintéticas, pesticidas, detergentes, monómeros e aditivos usados na indústria de plásticos, constituintes de plantas e poluentes ambientais persistentes, cujos potenciais efeitos na saúde humana, decorrentes da exposição, incluem os carcinomas da mama, próstata e testículos, diminuição da qualidade e quantidade de sêmen, alterações do comportamento e mentais, e alterações imunológicas, da função tiroideia e do desenvolvimento.

<sup>49</sup> Doc. 75526/00 do Conselho, de 7 de Abril de 2000, COM (1999)706 final, de 17 de Dezembro, Estratégia comunitária em matéria de desreguladores endócrinos.

- Risco da exposição à radiação: as evidências actuais levaram à convicção de que a exposição a baixos níveis de radiação oferece maior risco do que fora anteriormente estimado, requerendo, entre outros, (i) a adopção de novos limites de dose anual permitida; a introdução de novos factores de ponderação para radiações e para tecidos; a introdução do conceito de restrição de dose, e (ii) a definição de níveis de referência médicos. Foi adoptada a Directiva 96/29/EURATOM do Conselho que fixa as normas relativas à protecção sanitária da população e dos trabalhadores contra os perigos resultantes das radiações ionizantes, bem como a Directiva 97/43/EURATOM do Conselho que determina as medidas fundamentais relativas à protecção contra radiações das pessoas submetidas a exames e tratamentos médicos e que revoga a directiva 84/466. Para efeitos de implementação<sup>50</sup> das matérias envolvidas, tanto a UE como a ONU consideraram como partes essenciais de uma infra-estrutura nacional a (i) elaboração de legislação e regulamentos; a (ii) definição de autoridades com poderes para autorizar, inspeccionar e fazer cumprir essa legislação; a (iii) formação e treino de especialistas em protecção radiológica; e a (iv) acessibilidade a serviços que complementem as capacidades das organizações legais.
- Exposições radiológicas médicas como principal fonte de exposição a radiações ionizantes artificiais: as exposições radiológicas médicas continuam a constituir a principal fonte a radiações ionizantes artificiais a que os cidadãos da UE estão sujeitos. É atribuição da DGS a promoção da elaboração de “critérios de referência”, para a prescrição de exames radiológicos, bem como a de “constrangimentos de dose”, para programas de investigação médica, a fim de dar cumprimento ao legalmente estabelecido. A mesma legislação estabelece que o médico responsável pela realização de uma exposição radiológica é o responsável pela justificação da mesma e que o médico que prescreve o exame tem de habilitar o médico responsável pela execução dessa exposição a decidir se há para o paciente um benefício nítido.
- Risco de exposição às radiações não ionizantes: as radiações não ionizantes constituem neste momento um putativo factor de risco com potencial dano desconhecido, pelo que se devem considerar as recomendações comunitárias neste domínio, tendo em conta a necessidade de protecção das populações, através da regulamentação, ordenamento da instalação de equipamentos, informação e educação das populações.

---

50 Em conformidade foram publicados os diplomas seguintes:

- Decreto-Lei nº 165/2002 de 17 de Julho que estabelece as competências dos organismos intervenientes na área da protecção contra radiações bem como os princípios gerais de protecção contra radiações ionizantes e transpõe para a ordem jurídica interna as disposições correspondentes da directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio 1996.

- Decreto-Lei nº 167/2002 de 18 de Julho que estabelece o regime jurídico relativo ao licenciamento e ao funcionamento das entidades que desenvolvem actividades nas áreas da protecção radiológica e transpõe para a ordem jurídica interna disposições relativas as matérias de dosimetria e de formação da directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio 1996.

- Decreto-Lei 174/2002 de 25 de Julho que estabelece as regras aplicáveis à intervenção em caso de emergência radiológica transpondo para a ordem jurídica interna as disposições do título IX, “Intervenção”, da Directiva 96/29/EURATOM, do Conselho, de 13 de Maio.

- Decreto-Lei nº180/2002 de 8 de Agosto que estabelece as regras relativas à protecção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes de radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas bem como os critérios de aceitabilidade que as instalações radiológicas devem obedecer quanto a planeamento, organização e funcionamento.

## Intervenções necessárias

- Reduzir riscos associados aos químicos: os produtos biocidas para se manterem ou serem introduzidos no mercado terão de ser objecto de avaliação de risco para a saúde humana, para a saúde e bem-estar animal ou para o ambiente, previamente à respectiva Autorização de Venda, conforme o definido pela Directiva 98/8/CE<sup>51</sup> relativa à colocação de produtos biocidas no mercado, e pela legislação nacional – Decreto-lei 121/2002, Portaria 17980/1960 e Decreto-lei 294/88<sup>52</sup>.
- Estabelecer regras de desinfestação: estabelecer as regras a que devem submeter-se as entidades que pretendem exercer a actividade de desinfestação, com o objectivo da prevenção dos riscos e danos resultantes desse exercício e da salvaguarda da saúde humana e do ambiente.
- Criar estratégia sobre DE: desenvolvimento de uma estratégia a nível nacional sobre DE, por forma a promover-se uma intervenção concertada e uma rentabilização de meios, neste domínio, operacionalizada através da designação de um grupo de acompanhamento interministerial, cujo coordenador seja o ponto de contacto nacional.
- Avaliar riscos dos OGM: é necessário avaliar os potenciais riscos para a saúde humana resultantes da colocação no mercado de produtos que contêm OGM, ao longo das várias fases da fileira ambiental e alimentar, nomeadamente reacções alérgicas, toxicidade e aumento de resistência aos antibióticos e microrganismos patogénicos. É também importante definir metodologias de vigilância epidemiológica, indicadores de saúde susceptíveis de serem contemplados num plano de monitorização, a médio prazo e promover formas de comunicação do risco.
- Normas de protecção à radiação: a elaboração do anteprojecto de diploma que estabelece as normas de protecção dos trabalhadores expostos e da população em circunstâncias normais é indispensável, considerando tanto a exposição devida a práticas sujeitas a autorização prévia, como a exposição devida a fontes de radiação natural que sejam susceptíveis de criar um risco de exposição que não possa ser ignorado sob o ponto de vista da protecção contra radiações.
- Reduzir as exposições radiológicas médicas: a garantia da formação adequada, em protecção radiológica, do pessoal envolvido nas exposições médicas é necessária, pelo que é preciso providenciar a reformulação dos respectivos *curricula*. A revisão do diploma que estabelece os rácios de equipamentos médicos pesados é indispensável, tendo em vista a adequação dos recursos disponíveis às necessidades existentes, de assegurar uma melhor cobertura geográfica de unidades prestadores de saúde, prevenindo os riscos que uma deficiente instalação e utilização de equipamento médico pesado envolve para a saúde da população, quer pela especificidade dos meios usados, quer pelas características peculiares dos equipamentos de alta tecnologia. É também essencial a actualização do inventário do parque radiológico médico.

<sup>51</sup> Directiva 98/8/CE, relativa à colocação de produtos biocidas no mercado

<sup>52</sup> Portaria 17980/1960 e Decreto-lei 294/88

- Melhorar o desempenho da saúde no controlo das radiações não ionizantes: as prioridades que se nos apresentam passam pela documentação dos níveis de referência, para efeitos de avaliação da exposição a campos electromagnéticos, que se destinam a ponderar a conformidade das restrições básicas, relativas à exposição da população a campos electromagnéticos - a elaborar pelo grupo de trabalho previsto no despacho conjunto n.º 8/2002 de 7 de Janeiro - e pela estruturação da respectiva resposta multi-institucional, sendo de realçar a necessidade de dotar os serviços do Ministério da Saúde com os meios para a intervenção desejável neste domínio.

## *Habitação e saúde*

### **Situação actual**

- Problemas relacionados com a qualidade da habitação<sup>53</sup>: estes problemas têm sido, nos últimos anos, alvo de preocupação a nível internacional. O ambiente da habitação sempre foi reconhecido como um dos principais factores que afectam a saúde humana. A qualidade das condições da habitação desempenha um papel decisivo no estado de saúde dos residentes. Muitos problemas de saúde estão directa ou indirectamente relacionados com: o edifício (qualidade do ar interior, humidade); os materiais de construção utilizados (amianto); o equipamento (higiene, abastecimento de água); o tamanho ou estrutura das habitações (sobrelotação, acidentes, ruídos).
- O impacto na saúde: o impacto da qualidade da habitação na saúde cobre um largo espectro de patologias, das mais lineares, como ferimentos e acidentes às mais subtis, mas não menos prejudiciais ao bem-estar e à qualidade de vida, como alergias e asma, ou mesmo doenças cardiovasculares e respiratórias, que estão, por vezes, associadas a níveis de temperatura, ventilação e impermeabilidade dos edifícios. É, no entanto, necessário definir mais precisamente, através de estudos epidemiológicos, as principais causas dos problemas de saúde relacionados com a habitação, de modo a estabelecer medidas que venham a minorar esta situação

### **Intervenções necessárias**

- Bioarquitectura - qualidade e bem-estar na habitação: deve-se continuar a apoiar a implementação do projecto da OMS sobre Habitação e Saúde e dar prioridade a acções para um investimento cada vez maior em ambientes domésticos saudáveis através da construção de casas bio-ecológicas (utilização criteriosa de materiais seleccionados, garantia de uma boa orientação solar, recurso a tecnologias que evitem desperdícios de consumos ou instalação de tecnologias não poluentes para produção de energia e reutilização da água da chuva). Nesse sentido, deve-se investir: na elaboração de recomendações e normativos de procedimentos dos serviços relacionados com a habitação, nomeadamente no que concerne à gestão e comunicação do risco; na divulgação e implementação de metodologias de avaliação de risco; na elaboração de manuais de “boas práticas”.

---

<sup>53</sup> A habitação pode ser considerada como o conjunto de: um lar (um abrigo), uma casa (um grupo de pessoas a viver sob o mesmo tecto), uma vizinhança (o ambiente imediatamente envolvente) e uma comunidade (pessoas a viver na mesma área). Pretende-se estabelecer quais os elementos nestes quatro domínios que afectam a saúde das pessoas (compreendida no seu sentido mais vasto).

- Inquéritos de habitação e impacto na saúde: é essencial conhecer, com maior rigor, a qualidade da habitação em Portugal, na perspectiva do impacto, na saúde e no bem-estar, dos seguintes aspectos: condições de higiene e acesso à água; estrutura e equipamento dos edifícios; ambiente e espaços comuns partilhados (condomínio, escadas, elevadores, garagens, caves, sótãos, depósitos de lixo, etc.), ou a imediata vizinhança das habitações (jardins, estacionamento, estradas, zonas para crianças, etc.); qualidade do ar interior nas habitações; ruído; infestações e pragas; comportamento higiénico dos residentes.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Projecto Habitação e Saúde	Elaboração e apreciação

## CICLO VITAL

De entre as várias abordagens possíveis para compreender a saúde e a doença, e planear as intervenções necessárias, as que se baseiam no ciclo de vida estão a ganhar cada vez mais visibilidade<sup>54</sup>, particularmente no que se refere às doenças crónicas degenerativas, mas também em relação às patologias de origem social. Para além das razões científicas, a abordagem por ciclo vital justifica-se também pelo facto de permitir uma melhor visualização, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida.

### *Grávidas e crianças*<sup>55</sup>

#### Situação actual

- Qualidade dos cuidados no período pré-concepcional: a melhoria dos indicadores quantitativos coloca em evidência a questão da qualidade dos cuidados prestados e das condições assistenciais pré-concepcionais, pré e perinatais.
- Elevada cobertura em planeamento familiar: é relativamente elevada a percentagem de mães (acima de 90%) que afirmam estar, de alguma forma, a utilizar um método contraceptivo pós-parto<sup>56</sup>. O Inquérito Nacional à Fecundidade e Família (1998) mostra que também é elevada a utilização de métodos contraceptivos por todos os grupos da idade reprodutiva, designadamente o dos adolescentes.
- Franjas da população com vigilância de gravidez inadequada: a percentagem de grávidas que em Portugal têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez parece ser superior a 98%, com mais de 80% a iniciar a vigilância antes da décima sexta semana de gravidez e mais de 80% a realizar esquemas de vigilância considerados adequados. Continua a observar-se uma redução da mortalidade materna. Mantém-se actual a questão da gravidez não desejada e as suas

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

55 Até aos 10 anos de vida.

56 Portugal. DGS. Necessidades Não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar. Relatório do Estudo Realizado em 1997/98, 2000.

consequências. Continuam a existir franjas da população – em particular, as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos – onde permanece elevada a percentagem de gravidezes com vigilância inadequada.

- Promoção de comportamentos saudáveis: a melhoria dos índices de saúde sexual e reprodutiva das populações é função directa do incremento dos comportamentos preventivos tidos pelos indivíduos. Para que possam ser cada vez mais incrementados, é necessário assegurar condições de exercício da autodeterminação sexual de mulheres e homens, assente num processo educativo adequado e integrado – através, nomeadamente, da escola e dos serviços de saúde, em que se assegure informação credível e isenta quanto possível, a aprendizagem de formas menos estereotipadas e mais igualitárias das relações entre géneros, pautadas por princípios éticos de cidadania. Nos serviços de saúde, é mandatório desenvolver mais e melhores espaços de informação, aconselhamento e prestação de cuidados clínicos que respondam de forma efectiva às necessidades específicas de cada indivíduo, enquanto homem ou mulher.
- Aumento da cobertura pelo programa de diagnóstico pré-natal: a prioridade atribuída à Saúde Materna e Infantil determinou a aprovação, em 2001, da Rede de Referenciação Materno-Infantil (RRMI), bem como a publicação de vários documentos normativos que visam promover a qualidade dos cuidados. Assim, o desenvolvimento da RRMI, do Programa de Diagnóstico Pré-Natal (DPN) e da implementação da melhoria da qualidade dos exames ecográficos têm sido uma importante mais-valia para os ganhos de saúde. Paralelamente, a preocupação com a preparação técnica dos profissionais tem conduzido à promoção de várias actividades de formação, entre as quais se salientam os Cursos de Medicina Fetal e de Aperfeiçoamento em Ecografia Fetal. O Relatório de Avaliação das Actividades dos serviços na área do DPN mostra um aumento quer do número de instituições que executam técnicas invasivas, quer do total de exames efectuados, permitindo uma perspectiva optimista, face ao cumprimento das metas para 2002 nesta área – “60% das grávidas, com indicação para tal, terão realizado DPN. Estas iniciativas têm recebido o melhor apoio de algumas comissões nacionais, nomeadamente das Comissões Técnicas Nacional e Regionais para o Diagnostico Pré-Natal e da Comissão Técnica de Ecografia Obstétrica.
- Elevadas taxas de cesarianas: a maior parte dos partos são realizados nos hospitais do SNS (mais de 90%), com taxas de cesarianas superiores a 20%.
- Elevada cobertura pelos serviços de revisão do puerpério: mais de 60% das puérperas efectuam consulta de revisão do puerpério.
- Aumento dos recém-nascidos com baixo peso: a percentagem de bebés nascidos com muito baixo peso em hospitais de apoio perinatal diferenciado já ronda os 90%. Apesar disso, ainda são de realçar os problemas da morbimortalidade dos recém-nascidos fora destes hospitais, em particular dos de muito baixo peso, que nasceram fora destes hospitais. Mas salienta-se também a tendência decrescente da mortalidade perinatal, embora esteja a aumentar a percentagem de crianças com baixo peso à nascença, facto geralmente associado a uma baixa idade gestacional. De entre as anomalias congénitas, o grupo mais frequentemente referido é o das anomalias cardiovasculares, seguindo-se os grupos das anomalias dos membros,

urogenitais e musculoesqueléticas<sup>57,58</sup>. Portugal permanece o país da UE com a mais elevada taxa de incidência de sífilis neonatal.

- Melhoria contínua da saúde infantil e da criança<sup>59</sup>: é de realçar que, no difícil contexto laboral português, 50% das mães amamentam para lá do terceiro mês de vida. Mantém-se a tendência decrescente da mortalidade infantil: 61% da mortalidade infantil ocorre no período neonatal (primeiros 27 dias de vida). É preocupante que 10% dos bebés só realizem a sua primeira consulta depois dos 30 dias de idade. As doenças infecciosas diminuíram drasticamente na infância e nos primeiros 10 anos de vida, adquirindo maior peso relativo os acidentes e outras causas de morbidade e mortalidade que envolvem questões sociais mais difíceis de prevenir entre as crianças. É ainda de registar o problema das que são portadoras de deficiência ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento, cuja solução exige parcerias que vão além do SNS<sup>60</sup>. Entre o 1 e os 4 anos de idade, começam a emergir as causas externas e os tumores malignos como causas significativas da mortalidade, sendo, no entanto, de assinalar o decréscimo observado na mortalidade associada às primeiras.
- Número adequado de centros para a Reprodução Médica Assistida: a Reprodução Médica Assistida em Portugal é realizada em cinco centros (em Lisboa, Coimbra Porto e Guimarães) número adequado para a dimensão do País.
- Melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares: as unidades coordenadoras funcionais (UCF) foram criadas por Despacho Ministerial,<sup>61</sup> com o objectivo de promover a articulação entre os dois níveis de prestação de cuidados, garantir a circulação recíproca de informação, avaliar as necessidades e prioridades de formação e intervenção em saúde materna, infantil e dos adolescentes, na sua área de influência, e propor medidas concretas de actuação para a resolução desses problemas. Nos locais onde as UCF têm sido actuaentes, constata-se uma melhoria na acessibilidade e na qualidade dos cuidados prestados.
- Melhor gestão do acesso à urgência pediátrica: de entre as respostas a destacar nos últimos anos, merece menção especial a linha telefónica de urgência pediátrica *Dói, dói! Trim, Trim*, com o preço para o utente de uma chamada local, atendida por enfermeiros treinados. Esta linha tem tido resultados positivos: grande aceitação por parte dos pais, elevada satisfação por parte dos profissionais e diminuição, de 95% para 22%, no recurso à urgência hospitalar.

### Intervenções necessárias

- Melhorar acompanhamento no período pré-concepcional: é prioritário aumentar o número de casais que efectua uma consulta médica com o objectivo de preparar uma gravidez, designadamente através da informação a(o)s utilizadores da consulta de planeamento familiar.

57 Contudo, das maternidades e hospitais que fazem a participação de anomalias, 26% não notificaram casos nesse ano.

58 INSA. Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas: Relatório 1997 (Policopiado), 2001.

59 0-9 anos de idade.

60 Despacho Conjunto 891/99, de 13 de Agosto, sobre Intervenção Precoce para crianças com deficiência.

61 Despachos nº 12917/98 e 6/91

- Reforçar o planeamento familiar: Continua actual a questão da gravidez não desejada e suas consequências<sup>62</sup>, sendo crucial dar continuidade ao reforço das garantias em Saúde Sexual e Reprodutiva, contemplando, em particular, a facilitação do acesso aos cuidados de planeamento familiar, inclusive nas situações de infertilidade<sup>63</sup>, e as acções dirigidas a públicos específicos, como, por exemplo, adolescentes. Com o objectivo de atingir os grupos mais vulneráveis – minorias pobres urbanas – que apresentam piores indicadores na área da saúde reprodutiva, vai continuar a investir-se na utilização de unidades móveis. Embora, desde 1998, já tenham sido tomadas medidas tendentes a reforçar as actividades de Saúde Reprodutiva<sup>64</sup>, inclusive no âmbito da formação dos profissionais e da informação ao público, este esforço deve ser continuado, em particular no que se refere à melhoria do acesso e da qualidade na prestação de cuidados na área de planeamento familiar, de acordo com o Decreto Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro. Prevê-se para 2003 a realização, pelo INSA e pela ANF, de um estudo sobre a frequência de contraceção de emergência e características de utilização.
- Aumentar a qualidade dos cuidados prestados na gravidez: é preciso uma maior ênfase na qualidade dos cuidados prestados, um aumento dos esforços dirigidos às adolescentes e às minorias étnicas e uma maior atenção ao diagnóstico e tratamento das ITS. É também importante uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos CSP.
- Promoção de comportamentos saudáveis: evidencia-se, por outro lado, como de importância capital para o futuro da criança, a necessidade do reforço da promoção de comportamentos saudáveis, durante a gravidez, sobretudo os que visam a diminuição de risco, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por ITS.
- Prioridade do programa de diagnóstico pré-natal (DPN): há que dar prioridade ao Programa de DPN, que se pretende abranja um número crescente de grávidas, prestando especial atenção ao controlo de qualidade dos exames ecográficos da gravidez e à manutenção e desenvolvimento do serviço de informação sobre medicamentos e gravidez (SIMEG).
- Avaliação dos partos: as elevadas taxas de cesarianas precisam de ser avaliadas. Nos novos hospitais empresa, deveriam ser contempladas nos indicadores de qualidade utilizados para monitorizar o desempenho destes hospitais.
- Aumentar a taxa de revisão do puerpério: envidar todos os esforços para aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas.
- Melhorar indicadores no período perinatal: as acções prioritárias incluem a necessidade de redução da mortalidade por anóxia e hipóxia perinatais e a redução da incidência da sífilis neonatal.

62 Portugal. DGS. Circular normativa n.º 3/DSMIA, de 01/03/2001 – Impresso para registo, com fins estatísticos, dos atendimentos das situações de aborto espontâneo e de interrupção voluntária da gravidez.

63 Portugal. DGS. Actividades de Planeamento Familiar: avaliação do cumprimento do despacho n.º 12 782/98 (2.ª Série). Actual DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro (policopiado), 2001.

64 Despacho n.º 12 782/98 (2ª série), de 24 de Julho, e actual DL n.º 259/2000, de 17 de Outubro.

- Promover a saúde infantil: é preciso incentivar o aleitamento materno, reforçar a necessidade de a primeira consulta se realizar ainda nos primeiros dias de vida. Promover o cumprimento do Programa-Tipo em Saúde Infantil e Juvenil e desenvolver intervenções para reduzir a morbilidade e mortalidade por acidentes.
- Desenvolvimento de legislação sobre a Reprodução Médica Assistida: a Reprodução Médica Assistida em Portugal carece de uma legislação adequada que enquadre todo o conjunto de actividades e problemáticas que com ela estão associadas.
- Continuar a apoiar as UCF: as UCF, pilares da RRMI, devem ser apoiadas, para que assumam o seu papel fundamental na avaliação das necessidades, definição das prioridades locais e desenvolvimento de medidas concretas, que promovam a complementaridade dos serviços e a qualidade dos cuidados.
- Incrementar meios da urgência pediátrica: dado o grande sucesso da linha telefónica de urgência pediátrica, é preciso agora incrementar os meios ao seu dispor, quer por reforço das áreas já contempladas (caso do norte do País, onde a oferta disponível é insuficiente para a procura deste serviço), quer por alargamento a áreas ainda não cobertas (Alentejo). Por outro lado, o Projecto de Reestruturação das Urgências Pediátricas é um processo que necessita de ser retomado e generalizado.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de ITS/SIDA	Elaboração e apreciação

## Jovens <sup>65</sup>

### Situação actual

- Aumento dos comportamentos de risco: nos jovens, os principais problemas identificam-se com as repercussões dos comportamentos de risco: sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, condutas violentas, morbilidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces (em particular, nascimentos em mães adolescentes com menos de dezassete anos) e comportamentos potencialmente aditivos (nomeadamente, álcool, tabaco e drogas ilícitas).
- Desconhecimento da morbilidade: de acordo com os indicadores tradicionalmente utilizados para monitorizar o estado de saúde, os adolescentes constituem, no entanto, o grupo etário mais saudável. Esta afirmação é feita reconhecendo a limitação dos indicadores de que dispomos para medir a morbilidade associada a problemas como obesidade, bulimia, anorexia, saúde mental e ITS (por exemplo, *Chlamydia*), entre outras. Ainda neste grupo etário, começam a assumir importância as doenças do foro oncológico, a asma, a diabetes mellitus e outras formas de doença crónica ou de deficiência.
- Persistência da mortalidade por causas externas e tumores malignos: entre os jovens persistem como principais causas de morte as causas externas e os tumores malignos, sendo novamente de realçar, em ambos os grupos etários, o decréscimo

65 10-24 anos de idade.

observado na mortalidade associada a causas externas e a tumores malignos. Começam a emergir as diferenças significativas entre as principais causas de morte para adolescentes do sexo masculino e feminino, particularmente no que se refere às causas externas.

### **Intervenções necessárias**

- **Reforçar actividades de redução de comportamentos de risco:** este é o período de adopção de estilos de vida e padrões de comportamento que condicionam a saúde futura, o período ideal para a promoção da saúde nas fases da vida subsequentes<sup>66</sup>. Como grande parte da vida do jovem se concretiza no espaço escolar, tem-se privilegiado o trabalho com as instituições do Ministério da Educação, o que será de continuar. Há que persistir também no reforço das actividades de educação nas áreas da sexualidade e reprodução, baseadas nas escolas<sup>67,68</sup> e com o apoio dos serviços de saúde (isso não invalida que se desenvolvam projectos específicos com os “não escolarizados”, de que é já exemplo a edição de uma publicação periódica, em parceria com a CNLCS, destinada a este grupo específico). A importância dos ambientes de lazer para a saúde do adolescente tem também sido alvo de atenção legislativa<sup>69</sup>, nomeadamente, no que diz respeito à venda de álcool aos jovens. Entre as várias medidas, já encetadas e a merecer continuidade, para lidar com os problemas específicos associados aos adolescentes, destacam-se a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde, para atendimento dos adolescentes em termos de saúde integral e em áreas específicas, como a da saúde reprodutiva. Tendo em consideração que os adolescentes são grupos de intervenção prioritária, no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção de ITS, é preciso reforçar as iniciativas que vêm sendo desenvolvidas no sentido de adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes, nos centros de saúde e nos hospitais<sup>70</sup>. É também importante a continuação da actualização de dados relativos à oferta de cuidados de saúde aos adolescentes<sup>71</sup>, bem como do estabelecimento de parcerias com outras instituições e sectores, nomeadamente a educação, para uma abordagem integrada da saúde dos adolescentes, e do desenvolvimento de actividades de promoção da saúde e prestação de cuidados nos serviços oficiais de saúde.
- **Melhorar os indicadores de morbidade:** a grande necessidade é melhorar o conhecimento sobre o perfil epidemiológico da morbidade associada a este grupo etário, de forma a melhor desenvolver as acções adequadas. Isto implica também um estudo da oferta de cuidados a adolescentes e programas em curso, a nível dos centros de saúde.
- **Melhorar os indicadores de mortalidade:** o excesso de mortalidade por causas externas, particularmente associada aos acidentes, merece uma melhor definição

66 Portugal. DGS. Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores, 1998

67 Portugal. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas orientadoras, 2000.

68 Apoio à organização de três seminários, realizados em 2001, sobre Educação Sexual em Meio Escolar, inseridos na estratégia de fomento e apoio às iniciativas sobre Educação Sexual no âmbito das Escolas Promotoras de Saúde.

69 Decreto-Lei n.º 9/2002, DR, 24 de Janeiro de 2002.

70 Portugal. DGS. Antes de Engravidar vá ao médico. Lisboa: DGS, 1999; Portugal. DGS. Actividades de Planeamento Familiar: Avaliação do Cumprimento do Despacho nº12 782/98 (2.ª série), Actual DL n.º 259/2000 (policopiado), 2001; Portugal. DGS. Diagnóstico Pré-Natal: Actividades Realizadas nos Serviços de Saúde em 1998/1999 – Relatório, 2001; Portugal. DGS. Rede de Referência Materno-Infantil. Lisboa: DGS, 2001; Portugal. DGS. Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. Lisboa: DGS, 2001.

71 Portugal. DGS. Oferta de Cuidados a Adolescentes e Promoção de Saúde nos centros de saúde do Continente: estudo exploratório (policopiado). Lisboa: DGS, 1998.

epidemiológica e intervenções no sentido de reduzir a mortalidade por acidentes, particularmente de viação.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de Saúde dos Jovens	Elaboração e apreciação

## *Adultos*

### **Situação actual**

- Desadequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis e dos adultos em situação de pobreza, minoria social ou deficiência: é na fase adulta que o indivíduo, através da família, do trabalho e da sua relação com a sociedade, demonstra maior capacidade para afirmar e exercer a sua cidadania. Várias alterações, decorrentes da evolução da sociedade, surgiram, lançando o enorme desafio de se viver mais tempo sem incapacidades. Outros constrangimentos, também eles decorrentes da evolução da sociedade, como o stresse, a violência, a poluição, a emergência de doenças transmissíveis relacionadas com comportamentos/attitudes, 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 e dos adultos em situação de pobreza, minoria social ou deficiência. Há problemas de saúde que prevalecem nas mulheres (as perturbações nutricionais, a osteoporose, o cancro da mama, o abuso sexual e a violência doméstica); problemas que são específicos das mulheres (os relativos à reprodução, menopausa); problemas que parecem afectar as mulheres de uma forma diferente (doenças cardiovasculares, SIDA e outras ITS). Para as mulheres, são os tumores malignos a principal causa da mortalidade observada, que se mantém estável, seguida das causas externas, que mostram uma tendência decrescente. Para os homens, as causas externas permanecem a principal causa da mortalidade observada, seguidas de doenças infecciosas e parasitárias, ambas reflectindo uma tendência para diminuir. De notar que neste domínio se inclui a mortalidade por SIDA, que representa 84% da mortalidade observada no grupo em causa. No grupo etário 20-64 anos, a mortalidade entre os homens é superior à verificada nas mulheres, embora as taxas de mortalidade tenham vindo a decrescer.

### **Intervenções necessárias**

- Adequação da prestação de cuidados às características particulares dos adultos portadores de doenças crónicas autocontroláveis e dos adultos em situação de pobreza, minoria social ou deficiência: no contexto acima mencionado, será importante dedicar atenção às políticas sociais de apoio à família e à elaboração e implementação de planos e programas nacionais de saúde. Há que melhorar o acesso de doentes crónicos, quer à informação que habilite a um melhor autocontrolo, quer a materiais que viabilizem a autovigilância da doença, nomeadamente de diabéticos e asmáticos. Será de implementar a abordagem sistematizada da prevenção das doenças cardiovasculares e conceber e elaborar,

ainda, uma proposta de sistema integrado de cuidados continuados, que suporte a Rede Mais, o qual visa a criação de respostas intermédias, 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<sup>72</sup>.

## *Idosos*

### **Situação actual**

- Insuficiente atenção aos determinantes da autonomia e da independência: a esperança de vida sem incapacidade acima dos 65 anos é inferior à média estimada para os países da UE, devendo-se, entre outros determinantes, à pouca prática de actividade física regular. É indispensável uma maior atenção às particularidades em função do género (as mulheres vivem mais anos que os homens, mas o sexo feminino tem uma esperança de vida sem incapacidades bastante mais reduzida que o sexo masculino).
- Cuidados inadequados às necessidades dos idosos: os cuidados de saúde, a todos os níveis, são apoiados por pessoal com insuficiente formação específica (incluindo os prestadores formais e informais). Regista-se também insuficiência na prestação destes cuidados ao domicílio e dificuldade na equidade de acesso aos serviços de saúde, resultando em internamentos evitáveis ou em locais não adequados;
- Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência: as pessoas com défices auditivos, visuais, etc. não têm ambientes acessíveis, estimulantes e securizadores; regista-se uma grande frequência de acidentes com idosos (quedas, traumatismos, atropelamentos); há desconhecimento ou fraca utilização das novas tecnologias de apoio e segurança disponíveis; existem múltiplas barreiras arquitectónicas, sociais e outras; há um insuficiente conhecimento sobre as ajudas técnicas disponíveis; está a aumentar a violência, o abuso e a negligência sobre os idosos está a aumentar; verifica-se uma insuficiente articulação entre os múltiplos sectores implicados, tendo em conta que muitos determinantes estão fora do sector da saúde.
- Situações de maior fragilidade e vulnerabilidade, sem prevenção nem reabilitação adequadas: muitos idosos vivendo “acamados” e “sentados” em cadeiras de rodas poderiam ser autónomos; assiste-se à discriminação no final da vida activa; sai-se do mercado de trabalho sem planeamento de actividades alternativas; cai-se no isolamento físico e psicológico e na perda de relações sociais; surge a depressão e o suicídio; não se faz um rastreio suficiente dos factores de fragilidade nos idosos.

---

72 Portugal. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Plano Nacional de Cuidados Integrados: Documento de Trabalho (policopiado), 2002.

## Intervenções necessárias

- Actuação sobre os determinantes da autonomia e independência: um programa de actuação neste domínio deveria identificar os determinantes de saúde da população idosa, rastreando os critérios de fragilidade através do Exame Periódico de Saúde (EPS) e procurando a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo (informar e encorajar para a prática de actividade física moderada regular; para a estimulação das funções cognitivas - memória; para o incentivo de uma boa nutrição, bem como para a adopção de comportamentos saudáveis e a vivência de uma reforma activa), tendo em conta as diferenças relativas à idade e ao género.
- Adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos: para adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos, é necessário identificar as dificuldades mais frequentes no acesso aos serviços e cuidados de saúde; informar a população idosa sobre o modo de lidar com as situações de doença mais frequentes; formar e orientar os profissionais de saúde; promover a actuação em equipas multidisciplinares; articular com o sistema de cuidados continuados integrados; promover a actividade ocupacional e a reabilitação; favorecer a cooperação entre os diversos sectores implicados, nomeadamente entre as respostas sociais e de saúde e com os media para a promoção de mensagens positivas aos idosos e sobre o envelhecimento activo.
- Promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência dos idosos: o desenvolvimento de ambientes adequados à população mais idosa passa, sobretudo, por informar a população-alvo e orientar tecnicamente os profissionais de saúde quanto a: detecção e eliminação de barreiras arquitectónicas; a prevenção de acidentes; a detecção e encaminhamento de situações de violência, abuso ou negligência; recurso a tecnologias e serviços favorecedores de apoio e de segurança (por exemplo serviço de telealarque); articulação com grupos de suporte, ONG, clubes desportivos, Universidades, sectores de segurança, dos transportes, etc.
- Atenção especial às pessoas mais frágeis e vulneráveis: é necessária uma atenção especial às situações de maior vulnerabilidade (idade avançada, alterações sensoriais, AVC, doença crónica, depressão, suicídio, isolamento, demência, desnutrição, escaras, risco de quedas, incontinência, polimedicação, hospitalização), assim como a promoção dos contactos sociais e da integração social e uma maior acessibilidade a medidas de prevenção das quedas e a medidas como a vacinação contra a gripe e a cuidados de reabilitação.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da Saúde para o Programa de Apoio Integrado a Idosos <sup>73</sup>	Acompanhamento e avaliação dos projectos em curso.
Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	Apreciação

<sup>73</sup> Portugal. Programa de Apoio Integrado a idosos – PAII. Despacho Conjunto de 1-7-94, do Ministério da Saúde e Ministério do Emprego e Segurança Social.

## DOENÇAS E ENFERMIDADES

A gestão da doença, seja ela infecciosa ou cronicodegenerativa, é uma das áreas de maior actividade no sector da saúde. Através da identificação de prioridades, do desenvolvimento de planos e programas, da criação de normas e de sistemas de monitorização e vigilância, tenta-se criar um contexto em que se torne possível a gestão mais racional da doença por todos os envolvidos: administradores, gestores, médicos hospitalares, de saúde pública, clínicos gerais, enfermeiros ou ainda profissionais como os de reabilitação. Este capítulo aborda o Plano de Saúde na perspectiva de gestão da doença, criando uma complementaridade essencial com os domínios estratégicos anteriores e com os que se seguem. De entre as doenças transmissíveis (DT), são de realçar as doenças evitáveis por vacinação, a tuberculose, algumas das doenças de declaração obrigatória (DDO), como a doença meningocócica (meningite e septicemia), a doença dos legionários, a hepatite C, as toxinfecções alimentares colectivas, a SIDA e outras doenças emergentes e reemergentes (não enunciadas anteriormente). Quanto às doenças crónicas, merecem particular realce o cancro, as do aparelho circulatório, a asma, a diabetes mellitus, a obesidade e as doenças reumáticas, assim como a deficiência renal crónica, as doenças genéticas e as doenças raras. A dor e a necessidade imperiosa da gestão adequada do sofrimento – através dos cuidados paliativos - como problemas crescentes na sociedade de hoje, merecem uma referência especial.

### SIDA

#### Situação Actual

- Principais mudanças na caracterização da situação epidemiológica: em Portugal, <sup>3</sup>/<sub>4</sub> da mortalidade associada à SIDA verifica-se entre os 25 e os 44 anos. A nível distrital, há quatro distritos que, pelas suas taxas de mortalidade, numa ordenação decrescente, ocupam sistematicamente os primeiros lugares: Lisboa, Setúbal, Faro e Porto. Embora haja muitos mais homens falecidos por esta infecção do que mulheres, a diferença entre os dois tem vindo a diminuir<sup>74</sup>. No seu contexto, a importância da toxicoddependência está a diminuir e a da heterossexualidade a aumentar.
- Necessidade de um modelo mais integrado de intervenção: a problemática da SIDA tem seguido até ao momento uma abordagem de programa vertical com pouca integração com outros programas e actividades do Ministério da Saúde.
- Atenção inadequada às necessidades de saúde de grupos específicos: apesar de reconhecido como um problema de saúde que afecta franjas populacionais menos integradas na sociedade, isto nem sempre se tem reflectido numa abordagem concertada destas franjas populacionais que também são objecto de intervenções especiais de outras entidades do Ministério da Saúde.
- Deficientes intervenções de base institucional no local de trabalho, escolas e prisões: a deficiente intervenção de base institucionais mais uma vez reflecte uma coordenação limitada com programas de saúde escolar, de saúde no trabalho e de saúde nas prisões.

<sup>74</sup> Leitão, A. “Mortalidade em Portugal por Infecção pelo VIH” in Saúde em Números, Vol. 15, n.º 1, 2000.

## Intervenções desejáveis

- Melhorar o conhecimento da situação epidemiológica: é necessário um conhecimento epidemiológico mais profundo do curso da infecção VIH/SIDA em Portugal e da sua integração no sistema nacional de DDO. O “Programa ADIS/SIDA – Apoio, Desenvolvimento e Intervenção na SIDA”, já aprovado, vai dispor de formulários, indicadores e directivas, que permitem avaliar continuamente as melhores estratégias e actividades implementadas, e, assim, definir as intervenções de maior impacto. Incentivar e apoiar a realização de trabalhos de investigação quantitativos e qualitativos para definir as tendências comportamentais da população em geral, dos jovens e de grupos específicos, ao longo do tempo. Promover o conhecimento da prevalência pelo VIH em Portugal, na população em geral e em subgrupos específicos, e a monitorização da sua tendência de evolução.
- Fortalecer um modelo mais integrado de intervenção: impõe-se implementar a rede Nacional de Centros de Aconselhamento e Diagnóstico Precoce do VIH (CAD) e definir as linhas orientadoras para os Planos de Acção das CDLCS/CRLCS, assim como reestruturar os moldes de funcionamento das CDLCS; promover os benefícios de saúde e sociais das pessoas infectadas pelo VIH/SIDA; promover a humanização e a qualidade dos cuidados de saúde prestados às pessoas com VIH/SIDA; propor a revisão do regime de notificação aplicável à infecção por VIH/SIDA; fazer uma abordagem integrada do trinómio infecção por VIH/utilização de drogas injectadas /Tuberculose; desenvolver a informatização dos serviços de saúde no âmbito da infecção pelo VIH/SIDA; aferir o custo financeiro associado ao diagnóstico e tratamento da infecção por VIH/SIDA; incrementar a actualização regular de conhecimentos dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento e tratamento clínico dos indivíduos infectados por VIH/doentes com SIDA; apoiar a expansão da rede de apoio extra-hospitalar e a sua adequação geográfica; incentivar o desenvolvimento de projectos de base comunitária, vocacionados para o acolhimento, acompanhamento psicossocial, apoio domiciliário e residencial; desenvolver o acompanhamento e a monitorização dos projectos ADIS/SIDA, no âmbito social e extra-hospitalar; reforçar a humanização e adequação dos cuidados prestados e combater a exclusão social das pessoas infectadas pelo vírus VIH/SIDA; promover a ampliação e a descentralização de Serviços que permitam o diagnóstico confidencial, voluntário e gratuito da infecção pelo VIH/SIDA; promover uma adequada monitorização laboratorial da infecção pelo VIH/SIDA, através do estudo da resposta imunitária e da evolução da carga vírica, face à terapêutica HAART, à imunoterapia e futuramente às vacinas.
- Intervenções prioritárias em grupos específicos: é indispensável promover a articulação, a nível nacional e internacional, para elaboração de propostas técnicas e cooperação na área da prevenção da infecção pelo VIH/SIDA, junto de grupos específicos, nomeadamente os jovens, os toxicodependentes, os sem-abrigo, os homossexuais, as minorias étnicas, os migrantes legais e ilegais, as mulheres, as pessoas que se prostituem e as populações móveis; abordar também a problemática da SIDA no âmbito do ensino da língua portuguesa a imigrantes, refugiados e outras populações móveis; produzir material informativo cultural e linguisticamente adaptado. Em relação aos jovens, é necessário: melhorar a acessibilidade e a adequação da informação em saúde, e especificamente sobre a infecção pelo VIH/SIDA; sistematizar e divulgar a informação resultante da actividade das

diversas entidades que desenvolvem trabalho de promoção da saúde sexual, potenciando uma melhor adequação das estratégias e dos métodos a implementar; promover um maior envolvimento dos jovens nas actividades de promoção da saúde sexual juvenil, nomeadamente na definição dos objectivos, estratégias e métodos de avaliação dos projectos; participar activamente, a nível europeu e internacional, na definição de políticas e estratégias de promoção da saúde juvenil, designadamente nas redes de trabalho e organismos internacionais com responsabilidade nesta matéria. Para os toxicodependentes, é necessário promover medidas e acções de redução de danos na utilização de drogas, designadamente a adopção de práticas seguras a nível sexual e de uso de drogas injectáveis, assim como o desenvolvimento de respostas eficazes ao trinómio de toxicoddependência/tuberculose/VIH/SIDA

- Melhorar as intervenções de base institucional no local de trabalho, escolas e prisões: há que promover o acesso gratuito a informação adequada, aos meios preventivos da infecção pelo VIH/SIDA e ao diagnóstico precoce, respeitando as especificidades do meio laboral; privilegiar o local de trabalho na implementação de boas práticas no âmbito do VIH/SIDA e no combate à discriminação dos portadores do VIH; envolver responsáveis políticos, sociedade civil e membros do grupo alvo, privilegiando os seropositivos para o VIH, no delinear e na implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA e outras DST. Entre a comunidade reclusa, é necessário promover, em articulação com a Direcção-Geral dos Serviços Prisionais, o acesso à informação sobre o VIH/SIDA e a formação dos guardas prisionais em VIH/SIDA e outras ITS.

### *Outras doenças transmissíveis*

#### **Situação actual**

- Redução da incidência de doenças preveníveis pela vacinação: a incidência de algumas doenças transmissíveis e o seu impacto em termos de saúde pública estão a diminuir, graças às elevadas taxas de cobertura resultantes da aplicação do PNV. A poliomielite está eliminada em Portugal e na região europeia. O risco de reintrodução, a partir de regiões onde ainda é endémica, como algumas dos PALOP, implica um esforço continuado na vigilância da doença. O sarampo está em fase de pré-eliminação. Isto implica uma baixa validade da notificação clínica, o que realça a importância da vigilância laboratorial. A vacina contra a hepatite B<sup>75</sup> integra o PNV, sendo os resultados em termos de taxas de cobertura francamente positivos, não só no que respeita à vacinação dos recém-nascidos, como em relação à vacinação dos adolescentes em que as taxas de cobertura, com 3 doses, aos 14 anos, é da ordem dos 80%. A hepatite B apresentou uma tendência crescente até 1993, para, a partir daí, vir a ser cada vez menos notificada, o que se deve, em parte, à elevada taxa de cobertura vacinal.
- Incidência decrescente para a hepatite C: a hepatite C, que começou a ser notificada em 1993, apresentou uma tendência crescente até 1998, ano a partir do qual se observou um decréscimo de notificações até ao ano 2000. Em 2001, verificou-se novamente um ligeiro acréscimo de notificações. No entanto, é difícil interpretar a

<sup>75</sup> Circular normativa n.º 15/DT, de 15/10/2001 – Vacina contra a hepatite B: actualização da vacinação em grupos de risco.

evolução das notificações por hepatite C uma vez que, muitos casos poderão corresponder a infecções antigas que estão a ser detectadas anos depois da sua ocorrência. A população afectada por esta infecção é essencialmente do sexo masculino e de idades entre os 15 e os 54 anos de idade. Em relação à problemática da hepatite C, existe uma declaração de consenso sobre a forma de a abordar.<sup>76</sup>

- Maior visibilidade da doença meningocócica e doença dos legionários: a doença meningocócica tem sido notificada sob duas designações: infecção meningocócica, quando existe sépsis; meningite meningocócica, quando existe apenas meningite ou nos casos em que é referida a sépsis com meningite. Assim, a infecção meningocócica manteve valores relativamente constantes ao longo da década de 90, tendo-se registado, no entanto, valores mais elevados em 1993 e em 2000. Em 2001, houve um decréscimo ligeiro no número de notificações. A meningite meningocócica apresentou valores próximos ou acima dos 200 casos/ano nos primeiros 3 anos da década de 90, para, nos anos seguintes, apresentar valores mais baixos, cerca de 120 casos/ano. Em 2000, observou-se uma elevação no número de notificações registadas ( $\pm 200$ ), as quais diminuíram ligeiramente em 2001, para voltarem a aumentar no início de 2002. Durante toda a década de 90, verificou-se que os grupos etários mais atingidos pela doença se situavam abaixo dos 14 anos, para, já no final da década, se começar a observar a doença também no grupo etário seguinte, ou seja, entre os 15 e os 24 anos. A doença do Legionário só foi incluída na lista de doenças de declaração obrigatória em 1999 e, desde a sua inclusão até à presente data, tem-se verificado uma relativamente fraca notificação. Assim, em 1999, tivemos 5 notificações de casos da doença; em 2000, foram notificados 22 casos, na sua maioria correspondentes a um surto verificado na região Norte; em 2001, a notificação voltou a decrescer para 13 casos. No ano em curso, a notificação tem-se mantido com valores muito baixos.
- Elevada incidência da tuberculose: a taxa de incidência continua elevada, mas a decrescer, com as maiores taxas de incidência observadas no Porto, Lisboa e Setúbal. A multirresistência mantém-se moderada e estável (<3%). Existe uma significativa sobreposição com a VIH/SIDA (15% dos TB têm SIDA – 52% dos SIDA têm TB). A distribuição do problema mostra uma grande variação geográfica: 60% das freguesias do país não têm casos há três anos. Os grupos de maior risco incluem: VIH+, toxicodependentes, reclusos e estrangeiros.
- Situação estável para a gripe: é regra afirmar-se que não há Inverno sem actividade gripal. Acontece, porém, que a gripe tem expressões variadas todos os anos. Em 2003, espera-se um surto compatível com a vacina recomendada para o Inverno 2002/2003. A este propósito, o *Contact Centre* Linha Gripe revelou-se um instrumento útil para cidadãos e profissionais de saúde, se bem que tenham sido identificados aspectos que podem ser melhorados.
- Deficiente vigilância de algumas doenças: as doenças humanas provocadas por priões tem tido uma vigilância deficiente apesar de ainda não se terem verificado no país casos de DCJv, facto que não exclui uma vigilância apertada deste problema, na medida em que é conhecida a prevalência de BSE no gado, em Portugal, mas, devido a deficientes condições do sistema de vigilância em humanos, a situação pode considerar-se como necessitando melhoramentos. É obrigatório reforçar a

<sup>76</sup> Grupo de Estudo das Hepatites da Direcção Geral da Saúde. Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado 1999. Relatório de Consenso e Recomendações para Prevenção e Tratamento da Hepatite C. *Jornal Português de Gastroenterologia*, 6 (4): 12-24.

vigilância e o controlo das doenças transmissíveis emergentes e reemergentes, sejam elas importadas (nomeadamente a malária), autóctones ou, principalmente, as que possam resultar de libertação deliberada de agentes biológicos (bioterrorismo). Relativamente ao bioterrorismo é de realçar a existência de um Plano aprovado em Diário da República<sup>77</sup>.

- Informação limitada sobre zoonoses: o sistema de doenças transmissíveis de declaração obrigatória abrange três zoonoses: o carbúnculo, a brucelose e a leptospirose. O carbúnculo tem mantido, ao longo dos anos, um nível de notificação muito baixo, havendo mesmo anos em que não se têm observado notificações. A brucelose tem-se mostrado a zoonose mais prevalente, tendo vindo, no entanto, a decrescer sistematicamente desde 1994, ano em que se verificaram 1243 notificações da doença. Em 2001, só se registaram 375 casos. A leptospirose manteve um nível de notificação constante nos primeiros anos da década de 90 ( $\pm$  37 casos), para, em 1997/98, apresentar um acréscimo significativo de notificações, atingindo o valor mais elevado da década em 1998, com 92 casos. Estes diminuíram posteriormente até 2000, para voltarem a aumentar em 2001, ano em que se observaram 80 casos. O sexo mais atingido tem sido o masculino e, no país, as notificações têm vindo predominantemente da região Centro e da região autónoma dos Açores.
- Deficiente informação sobre resistência aos antimicrobianos: estão criados, em diversas instituições, mecanismos para o estudo e controlo da resistência aos antimicrobianos, incluindo o levantamento dos antibióticos usados na saúde humana (INFARMED) e o estudo da resistência aos antimicrobianos (INSA e outras instituições). No entanto, o sistema de informação respectivo carece de organização, pelo que deve ser criado um “Grupo Coordenador” da Vigilância e Controlo da Resistência aos anti-microbianos.

### Intervenções necessárias

- Revisão do programa nacional de vacinação: em 2000, iniciou-se a aplicação do “novo” PNV<sup>78</sup>. As principais alterações, face ao anterior PNV, foram: a introdução da vacina contra a hepatite B, a introdução da vacina contra as doenças por *Haemophilus influenzae* tipo b, a introdução da vacina contra o tétano e a difteria (dose diftérica reduzida; reforço no início da adolescência), a administração apenas de uma dose de BCG e a antecipação da segunda dose da vacina contra o sarampo, a parotidite e a rubéola. Em Janeiro de 2001, o programa foi de novo actualizado, introduzindo-se a vacina contra o tétano e a difteria (dose diftérica reduzida) como reforço, durante toda a vida, de 10 em 10 anos, em substituição da vacina do tétano. As decisões sobre a utilização de vacinas serão tanto mais fundamentadas, quanto melhor for o conhecimento acerca da realidade portuguesa. Nesse sentido, a DGS promoveu a realização de um Inquérito Serológico Nacional, agora em curso, em que a avaliação laboratorial é da responsabilidade do INSA. A disponibilidade de vacinas conjugadas contra o serogrupo C do meningococo e contra sete serotipos do pneumococo introduziu a necessidade de avaliação de diferentes estratégias vacinais para a sua utilização, pelo que a DGS e a Comissão Técnica de Vacinação (CTV) estão a analisar o impacto da vacinação em termos de possíveis

<sup>77</sup> Bioterrorismo - Plano de Contingência Português para a Saúde – Despacho n.º 18 913 de 31 de Julho, do Ministro da Saúde, DR n.º 196 – II Série, de 26-08-2002) e descrito em Circular Normativa (12/DT de 02/09/2002.

<sup>78</sup> Portugal. DGS. O Novo Plano Nacional de Vacinação. Orientações Técnicas n.º 10. Lisboa: DGS, 2000.

ganhos em saúde. A avaliação clínica e epidemiológica deve ser seguida da avaliação de custo-efectividade. Relativamente à utilização da vacina conjugada contra o meningococo C, poderão vir a ser emitidas novas recomendações durante o ano de 2003 (as actuais recomendações são no sentido de a vacinação ser efectuada mediante prescrição médica). Estão para divulgação recomendações relativas ao calendário para administração da vacina conjugada contra o meningococo C e também da vacina contra 7 serotipos do pneumococo, a fim de se minimizarem eventuais efeitos adversos e interferências com a aplicação do PNV. Está em curso o desenvolvimento do módulo “SINUS de vacinação” (programa informático) e de uma rede informatizada de informação, que facilitará, brevemente, o apuramento (dia a dia, se necessário) dos dados a nível local, regional e nacional. Pela rapidez com que permite apurar resultados, este processo resulta numa melhoria significativa na monitorização das taxas de cobertura vacinal e correspondente introdução de medidas correctivas, se tal se justificar. A plena aplicação do “SINUS de vacinação” permitirá o cálculo imediato das taxas de cobertura vacinal, e a eventual introdução de medidas correctivas. A aplicação plena do SINUS implica a elaboração e execução, em parceria com o IGIF, de um plano formativo para profissionais de todas as Sub-Regiões de Saúde, cujas linhas gerais estão a ser definidas entre a DGS e o IGIF. Para o sarampo ser eliminado, é fundamental: manter taxas de cobertura muito elevadas (da ordem dos 97% para a 1ª dose), objectivo que tem sido, de um modo geral, alcançado, mas que precisa de ser sustentado. É também importante ter a certeza de que não existem casos de sarampo, o que só é possível através da confirmação laboratorial dos casos clinicamente suspeitos e com a intensificação da vigilância epidemiológica. As medidas tomadas até à data, no sentido de reforçar a confirmação laboratorial, revelaram-se pouco efectivas. Em relação à hepatite B, apesar do êxito do PNV, continua a verificar-se a existência de assimetrias geográficas na sua aplicação e a presença de bolsas populacionais com níveis de protecção inferiores ao desejável. A acção das estruturas locais de saúde, com intervenção junto da comunidade, é fundamental para a correcção dessas assimetrias.

- Hepatite C: prevê-se para 2003 a revisão da declaração de consenso anteriormente referida.
- Avançar para a vigilância laboratorial da doença meningocócica e doença dos legionários: trata-se de duas doenças potencialmente graves, que podem manifestar-se por surtos e que habitualmente causam grande perturbação social, pelo que devem ter programas próprios de vigilância e controlo. A entrada em vigor, em 2002, de um sistema de vigilância laboratorial da doença meningocócica constitui um avanço importante para a monitorização da doença. É de realçar a necessidade de definir um Plano para prevenção e controlo das doenças infecciosas relacionadas com as viagens.
- Actividades geograficamente específicas contra a tuberculose: como é detalhado mais abaixo, as acções necessárias e prioritárias passam pelo reforço de actividades para melhor conhecer a epidemiologia da tuberculose em Portugal, incluindo estudos epidemiológicos e intensificação da vigilância laboratorial. Deve-se continuar o investimento na expansão da DOTS. A coordenação com as actividades da CNLCS é da maior importância. Por último, a grande variabilidade geográfica leva a supor uma grande necessidade de definição de programas de

intervenção geograficamente específicos. Mesmo ao nível de freguesia, se adequado, assim como a nível de algumas instituições, como as prisões.

- Reforçar a vigilância e controlo da gripe: considera-se oportuno manter e reforçar a colaboração com o Centro Nacional da Gripe do INSA, a fim de permitir monitorizar a actividade gripal (com o apoio da rede de médicos sentinela). Neste quadro, manter-se-á em funcionamento o *Contact Centre* da Linha Gripe<sup>79</sup>. É ainda fundamental manter actualizado o Plano de Contingência (ou Pandémico), em que estão definidas as principais linhas de acção caso ocorra uma pandemia (ou ameaça de pandemia).
- Melhorar o sistema de vigilância: no que diz respeito às doenças humanas provocadas por priões procurar-se-á integrar a monitorização, prevenção e controlo deste problema, no contexto geral da vigilância epidemiológica, que, por sua vez, é alvo de reestruturação durante 2003.
- Reforço da colaboração com as autoridades de veterinária contra as zoonoses: o controlo das zoonoses implica fundamentalmente actuação sobre os animais e sobre os seus ecossistemas, sendo que os serviços de veterinária e os serviços relacionados com o ambiente são os principais responsáveis pela redução dos casos nos animais, o que terá reflexos positivos na saúde humana. Relativamente à saúde humana, as principais medidas prendem-se com a prevenção, mas fundamentalmente com a detecção precoce dos casos e instituição da terapêutica adequada.
- Conhecer melhor a situação da resistência aos antimicrobianos: é necessário o desenvolvimento de um plano destinado a estudar e controlar a resistência aos antimicrobianos, incluindo a definição de políticas de consumo de antibióticos relacionados com a saúde humana e animal e o desenvolvimento de um programa de vigilância destas resistências.

---

<sup>79</sup> Tel.: 808 211 311; URL: <http://www.linhagripe.pt>

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de Vacinação	Revisão do PNV, com propostas para serem aplicadas em 2004, com particular atenção para a polio, o sarampo e as infeções meningocócicas
Plano de Pós-Eliminação da Poliomielite <sup>80</sup>	Elaboração e apreciação do plano para contenção do vírus
	Revisão da política de vacinação, manter elevadas taxas de cobertura, plano de contingência para bolsas populacionais
	Vigilância da PFA
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial do sarampo <sup>81</sup>	Melhorar a vigilância laboratorial
	Melhorar a vigilância clínica
	Revisão da política de vacinação
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial da doença dos legionários <sup>82</sup>	Melhorar a vigilância laboratorial
	Melhorar a vigilância clínica
	Apoio à investigação dos casos e ao controlo da doença (colaboração com a Saúde Ambiental)
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial da doença meningocócica <sup>83</sup>	Melhorar a vigilância laboratorial
	Melhorar a vigilância clínica
	Revisão das estratégias de vacinação
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose <sup>84</sup>	Definição de actividades de coordenação do PNLCT com as actividades da CNLCS
	Melhorar e integrar a vigilância laboratorial
Programa de Vigilância e Controlo da Gripe e Plano de Contingência	Reforço das actividades da linha gripe
	Elaboração de orientações técnicas sobre vacinação e utilização de antivirais
	Vigilância clínica e laboratorial
Programa de Vigilância e Controlo de Toxinfecções Alimentares Colectivas <sup>85</sup>	Promoção da aplicação do Programa de Vigilância e Controlo
Programa de Vigilância e Controlo da Resistência aos Antimicrobianos	Elaboração e apreciação
Bioterrorismo - Plano de Contingência para a Saúde <sup>86</sup>	Coordenar as acções, no âmbito da Saúde, de luta contra o bioterrorismo

## Cancro

### Situação actual

- Incipiente operacionalização do Plano Oncológico Nacional: um dos instrumentos estratégicos mais importantes na orientação da luta contra o cancro é o Plano Oncológico Nacional (PON). Este Plano “assenta numa política de coordenação, intersecção e complementaridade dos serviços de saúde e abrange todas as fases que acompanham a doença, desde a prevenção e rastreio ao diagnóstico e tratamento, terminando na reabilitação e nos cuidados paliativos”. Urge que as Comissões Oncológicas Regionais desempenhem o seu papel de acompanhamento da implementação do PON, cuja responsabilidade de operacionalização incumbe às ARS.

<sup>80</sup> Para aprovação superior.

<sup>81</sup> Para aprovação superior.

<sup>82</sup> Para aprovação superior.

<sup>83</sup> Para aprovação superior.

<sup>84</sup> Não existe um programa único englobando todas as actividades, mas devia ser criado e proposto. Plano de Contingência está elaborado mas não está formalmente aprovado.

<sup>85</sup> Circular Normativa n.º 14/DT de 09/10/2001 e Circular Informativa n.º 22/DT de 09/10/2001

<sup>86</sup> DR n.º 196- II Série, de 26-08-2002, Despacho Ministerial n.º 18 923/2002 de 31 de Julho e Circular Normativa 12/DT de 02/09/2002

- Vigilância epidemiológica deficiente: o cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal, registando-se um aumento progressivo da sua incidência<sup>87</sup>. A mortalidade global por cancro em Portugal estabilizou. Apesar de alguma aparente diminuição na mortalidade, em algumas neoplasias, nomeadamente em cancro da mama e neoplasias hematológicas, outras, como o cancro do cólon e recto e do pulmão, continuam com mortalidades crescentes. De um modo geral, não existem estatísticas nacionais de incidência e de resultados terapêuticos, o que resulta na incapacidade de avaliar a eficácia do sistema, produzir dados para projecção do número de casos novos e, conseqüentemente, planificar e monitorizar intervenções futuras.
- Dificuldades na prevenção do cancro: a prevenção do cancro tem encontrado dificuldades que se relacionam com factores de ordem diversa. Sendo certo que já foi possível encontrar factores claramente cancerígenos, como o tabaco, os poluentes industriais, a radiação ultravioleta, infecções sexualmente transmissíveis etc., também é verdade que a mensagem, mesmo que justificada, sobre a cancerígenese de um número vasto de matérias, produtos e situações de exposição diária, corre o risco de se perder no excesso de informação em que se vive. Esta situação leva à necessidade de ponderação na identificação dos alvos a atingir com as campanhas de prevenção, sendo necessário o reforço das medidas reguladoras da exposição, incluindo novos factores que ainda carecem de completo esclarecimento. Por exemplo, a propósito do último ponto, há necessidade de avaliar o impacto das ondas hertzianas na incidência de neoplasias em jovens.
- Acesso aos cuidados necessários: não fará sentido implementar sistemas de vigilância e detecção precoce, complementada por diagnóstico rápido e preciso, se não houver seguimento terapêutico correcto e célere. Até agora, tem havido excessiva dispersão da assistência oncológica, em particular pelo desenvolvimento não programado de unidades de oncologia médica e, paradoxalmente, demasiada concentração, particularmente ao nível dos grandes centros urbanos, da procura de intervenção cirúrgica, com a conseqüente geração de listas de espera. Também no âmbito do PON, foi aprovada a Rede de Referência Hospitalar em Oncologia.

### **Intervenções necessárias**

- Melhorar a vigilância epidemiológica: os sistemas de vigilância epidemiológica do cancro precisam de ser repensados. De facto, a necessidade de uniformizar e regular o sistema de informação sobre o cancro em Portugal, centralizando os dados pertinentes e necessários para a avaliação de ganhos em saúde, quer na vertente preventiva, quer na objectivação da efectividade terapêutica, tornou-se imperiosa. Está a ser completado pelo INSA o 3.º Atlas de Mortalidade por Cancro.
- Ação intersectorial na prevenção: no campo da prevenção, deverão continuar-se as acções de educação sobre factores de risco, incidindo particularmente no grupo dos jovens em idade escolar, nomeadamente quanto a tabagismo, hábitos alimentares, comportamento sexual, exposição solar e saúde ambiental. Estas acções deverão ser completadas por medidas de carácter normativo para monitorização, eliminação ou

<sup>87</sup> Comissão Europeia. The Health Status in the European Union. Luxembourg: Office for the Official Publication of the European Communities, 2001.

redução significativa do risco de exposição a cancerígenos conhecidos. Neste sentido, haverá lugar à elaboração de um Plano Nacional de Saúde Ambiental e ao seguimento de medidas de avaliação e controlo de resíduos urbanos, de contaminantes e da qualidade do ar e da água. A necessidade de avaliar o impacto das ondas hertzianas na incidência de neoplasias nos jovens levou, por outro lado, à criação de um grupo de trabalho, que analisará as recomendações da UE, para propor as necessárias medidas preventivas.

- Melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde: a rede de referência hospitalar oncológica está já aprovada e, embora ainda carecendo de acertos finais na distribuição e caracterização das unidades hospitalares em cada região de saúde, a sua implementação deve ser imediatamente começada. Simultaneamente, está em fase de conclusão a Rede de Referência Hospitalar de Anatomia Patológica, passo fundamental para a garantia de qualidade nas respostas histológicas. A existência de uma rede de cuidados oncológicos irá possibilitar a definição protocolada de estratégias úteis, actuais e clinicamente relevantes. Igualmente, com a implementação de uma rede hospitalar haverá lugar a desenvolvimento de cuidados de proximidade, coordenados com as equipas hospitalares, também envolvendo o sector dos cuidados primários. Está a ser elaborada uma proposta de plano de cuidados paliativos.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Plano Oncológico Nacional	Promover o desenvolvimento, em todo o território nacional, do rastreio dos cancros previstos no PON

### *Doenças do aparelho circulatório*

#### **Situação actual**

- Tendências decrescentes de morbimortalidade: as doenças do aparelho circulatório, nomeadamente as doenças cerebrovasculares e a doença isquémica cardíaca, encontram-se entre as principais causas de morbidade, invalidez e mortalidade em Portugal, sendo a terceira e a quarta principais causas de anos potenciais de vida perdidos e a principal causa de morte em Portugal em ambos os sexos. Observa-se, no entanto, uma tendência decrescente a nível nacional e em todos os grupos etários; 52% dos óbitos por estas causas corresponderam a doenças cerebrovasculares e 22% a doença isquémica cardíaca<sup>88</sup>. As taxas de mortalidade por doenças cerebrovasculares também têm vindo a diminuir em Portugal. Para a doença isquémica cardíaca observou-se igualmente um decréscimo das taxas de mortalidade, mas menos pronunciado do que o verificado nas doenças cerebrovasculares.
- Deficiente coordenação das intervenções necessárias: a Rede de Referência Hospitalar de Intervenção Cardiológica, já aprovada superiormente, vem definir uma rede de cuidados de cardiologia, com as competências de cada hospital e as linhas de articulação entre eles. As recomendações para o desenvolvimento de

<sup>88</sup> Murjal M., Machado I., Pádua F. A situação de saúde de Portugal em relação aos outros países europeus – actualização e estudo comparativo. Lisboa: INCP, 2002.

unidades de AVC<sup>89</sup>, também já aprovadas, e suporte fundamental para a Via Verde dos AVC, definem os princípios e os recursos necessários para prestar cuidados de qualidade aos doentes com AVC, com um potencial de ganhos de saúde na mortalidade e nos níveis de incapacidade. Estas acções precisam de ser integradas num programa único, que seja também complementado por outras acções consideradas efectivas e prioritárias.

### Intervenções necessárias

- Melhorar o conhecimento sobre a morbimortalidade: a monitorização da morbilidade precisa de ser reforçada. É nesse sentido que a Sociedade Portuguesa de Cardiologia está a desenvolver um registo nacional que complementará os dados disponíveis sobre mortalidade e os dados sobre morbilidade hospitalar (via GDH) com dados de morbilidade de um âmbito mais alargado.
- Melhorar a coordenação das intervenções necessárias: está elaborada, aguardando aprovação superior, uma proposta de Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Este Plano enunciará estratégias e criará instrumentos informativos, normativos e de orientação técnica, que permitam, a nível nacional, não apenas combater os principais factores de risco das doenças cardiovasculares, como identificar e controlar os seus portadores, como, ainda, criar mecanismos organizacionais que viabilizem um acesso mais rápido, adequado e eficaz ao tratamento destas doenças. Neste sentido, será integrada, no Plano, a Via Verde Coronária, coordenada pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Serão ainda criadas, no âmbito do Plano, Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais, com o objectivo de se reduzir a mortalidade por acidente vascular cerebral (AVC), assim como as incapacidades que deles decorrem. Foram entretanto criados, no âmbito da DGS, dois grupos de trabalho para elaboração de normas técnicas de boas práticas na abordagem do AVC e de um manual de auto-ajuda para o doente com AVC. Sob pena de perda de eficácia, a acção do Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares não poderá deixar de se cruzar com uma futura Rede de Cuidados Continuados, assim como as redes de referência hospitalar, nomeadamente de cardiologia, neurologia<sup>90</sup>, medicina física<sup>91</sup> e de reabilitação e urgência/emergência<sup>92</sup>. 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 de riscos de contrair aquelas doenças e a concretização do seu rápido e adequado tratamento.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	Elaboração e apreciação

89 Portugal. DGS. Unidades de AVC. Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: DGS, 2001.

90 Portugal. DGS. Rede de Referência Hospitalar de Neurologia. Lisboa: DGS, 2001.

91 Portugal. DGS. Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação (aguarda aprovação).

92 Portugal. DGS. Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Lisboa: DGS, 2001.

## *Outras doenças cronicodegenerativas*

### **Situação actual**

- Perda de qualidade de vida associada à asma: a asma é uma das doenças crónicas mais frequentes. A sua prevalência, embora sendo mais elevada na população infantil e juvenil, constitui uma causa frequente de perda de qualidade de vida, assim como de incapacidade, para o asmático de todas as idades. A asma é, assim, causadora de elevado absentismo escolar e laboral, bem como do recurso inadequado, por parte dos asmáticos, aos serviços de urgência e aos internamentos hospitalares. Existe uma tendência crescente da incidência desta doença, assim como dos seus graus de gravidade.
- Aumento da prevalência de diabetes mellitus: a diabetes mellitus é uma causa de morte que registou um dos mais importantes acréscimos na última década. Apesar de se manter a tendência de aumento das complicações da diabetes, tem-se observado uma redução no número de episódios de cetoacidose diabética, que poderá começar a significar uma eventual melhoria do autocontrolo da população diabética.
- Informação deficiente sobre doenças osteoarticulares: as doenças osteoarticulares, nomeadamente as artroses e a osteoporose, pelo aumento da sua prevalência e pelas incapacidades que geram, merecem a atenção do sistema de saúde. As doenças articulares, nomeadamente a osteoartrose, a artrite reumatóide e a espondilartrite, constituem uma parte importante das patologias crónicas que afectam a população com mais de 65 anos de idade, embora se iniciem frequentemente em idades jovens. De facto, as afecções e deformidades musculoesqueléticas privam muitas crianças de um desenvolvimento físico normal. Por outro lado, as patologias do aparelho locomotor, em geral, e as lombalgias, em particular, são uma causa importante de absentismo laboral, bem como de incapacidade transitória e permanente para o trabalho, tornando-se motivo frequente de consulta médica. Também as fracturas osteoporóticas estão a aumentar em todo o mundo, não fugindo o nosso país à regra.
- Informação deficiente sobre obesidade: a obesidade está a constituir um enorme problema de saúde pública, pela elevada prevalência, cronicidade, morbidade e mortalidade de que se acompanha, assim como pela dificuldade e complexidade do tratamento. Sendo um problema em crescente aumento, estima-se que esse aumento se situe entre os 10% e 15% e a sua prevalência se situe entre os 10% e 25% nos países europeus, estimando-se que, em Portugal, a prevalência se situe nos 15% para o sexo masculino e nos 16% para o sexo feminino. Sendo a obesidade multifactorial na sua génese e nos factores determinantes, como a predisposição genética, os hábitos alimentares incorrectos ou os estilos de vida sedentários, a sua abordagem terá que constituir, necessariamente, uma natureza intersectorial.
- Aumento da prevalência da baixa visão: Os défices de visão acarretam grande sofrimento, com repercussão negativa em todas as actividades da vida diária e grande impacto em termos de saúde pública. Calcula-se que, em Portugal, existam cerca de 700 000 pessoas com baixa de visão não passível de correcção com lentes

e cerca de 40 000 cegos, que irão, certamente, aumentar pela rápida progressão do crescimento do número de pessoas com mais de 65 anos. Sabe-se hoje que os factores genéticos e os factores ambientais são, entre outros, determinantes no risco de se contrair uma doença com incapacidade visual, sendo a catarata a maior causa de cegueira curável e o glaucoma, a degenerescência macular ligada à idade e a retinopatia diabética, das maiores causas de perda de visão.

- Evolução do conhecimento referente a doenças genéticas: a abordagem das doenças genéticas sofreu, na última década, uma enorme evolução, nomeadamente no que se refere ao diagnóstico das situações genéticas, através do aperfeiçoamento da metodologia clínica, bioquímica, citogenética e da genética molecular. Este facto fez aumentar a precocidade e rigor do diagnóstico, favorecendo a possibilidade de identificação precoce das doenças genéticas e a tomada de decisões e orientações terapêuticas mais adequadas. Por outro lado, os testes moleculares tendem a ser cada vez mais utilizados no diagnóstico e na detecção de predisposições das doenças crónicas e comuns na população, na determinação do seu prognóstico, na monitorização da sua evolução e no perfil individual à resposta terapêutica.
- Conhecimento deficiente sobre deficiência físicas e mentais: os ganhos de saúde, obtidos na complexa área da deficiência, incapacidade e desvantagem, não se encontram quantificados. Estes ganhos, resultantes da acção conjunta de políticas sectoriais, que atravessam todo o tecido social, traduzem-se, essencialmente, na maior consciencialização pública do direito à integração e participação destas pessoas na vida social, assim como do direito ao acesso à máxima autonomia possível.
- Aumento da prevalência da insuficiência renal crónica: as taxas de mortalidade por IRC mostram uma tendência decrescente tanto para homens (2,3/100 000, em 1996, para 1,5/100 000, em 1999) como para mulheres (1,7/100 000 em 1996, para 1,1 por 100 000 em 1999). O aumento do número de doentes em diálise, resultado do número de novos casos menos o número de transplantados e falecidos, é relativamente baixo. O facto de, entre 1996 e 1999, o número de transplantes ter baixado e o número de mortes não ter variado muito, permite concluir que o aumento de novos casos foi de cerca de 20% em quatro anos.
- Persistência do problema das hemoglobinopatias em associação com a imigração: as hemoglobinopatias têm sido áreas de estudo que têm merecido a atenção da DGS/INSA/OMS desde há anos, designadamente no que respeita às talassémias e drepanocitose. Conhecem-se focos e áreas de maior prevalência. A este propósito, considera-se que o problema representado pelas talassémias está controlado, o mesmo não podendo dizer-se da drepanocitose (agravado por imigrantes oriundos da costa ocidental de África, especialmente de Angola e São Tomé).

### **Intervenções necessárias**

- Uma acção concertada contra a asma: o Programa Nacional de Controlo da Asma<sup>93</sup>, de carácter técnico-normativo, inclui as estratégias de actuação a serem implementadas, a nível nacional, pelos serviços prestadores de cuidados de saúde. Estas estratégias incluem a informação e formação dos doentes para o autocontrolo da asma, a intervenção em grupos de risco acrescido, a melhoria da acessibilidade

93 Portugal. DGS. Asma: Programa Nacional de Controlo. Lisboa: DGS, 2000.

aos cuidados e meios de autocontrolo da asma, a promoção de boas práticas profissionais, a intervenção no meio ambiente, a vigilância epidemiológica da asma e a gestão integrada desta doença. Neste contexto foram elaborados, pela Comissão de Coordenação do Programa da Asma<sup>94</sup>, vários instrumentos de suporte ao desenvolvimento do programa<sup>95,96,97,9899</sup>. A Rede de Referenciação Hospitalar de Imunoalergologia<sup>100</sup>, recentemente aprovada, vem definir quais os hospitais que devem estar preparados para dar respostas às situações mais complexas desta patologia e as linhas de articulação entre os cuidados primários e os diferentes tipos de hospitais. Estando, ainda, numa fase inicial de implementação, o Programa Nacional de Controlo da Asma requer um grande empenhamento das ARS e dos profissionais de saúde no seu desenvolvimento. Requer, também, um permanente acompanhamento nacional, razão pela qual foi revalidado o mandato da Comissão Nacional de Acompanhamento do Programa da Asma e alargada a sua composição, de forma não apenas a enriquecer o seu suporte científico, com a inclusão da Sociedade Portuguesa de Pediatria, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e do Instituto da Qualidade em Saúde, como a melhorar o envolvimento dos serviços regionais e locais de saúde, com a inclusão das ARS. Vai ser ainda fundamental, para o desenvolvimento do programa, o reforço das parcerias criadas no seu âmbito, bem como o seu alargamento a outros sectores da sociedade, nomeadamente àqueles cuja influência directa nos factores desencadeantes de crises de asma é determinante para a obtenção de ganhos em saúde nesta área. Situação actual da asma a nível nacional, assim como a adequação dos sistemas de informação existentes e a criação dos sistemas indispensáveis, que permitam a recolha e análise da informação necessária quer à gestão global desta doença, o que implica o cruzamento de dados epidemiológicos, clínicos e financeiros, quer à monitorização e avaliação da quantificação dos ganhos de saúde obtidos. O esforço para uma maior articulação com as iniciativas no âmbito dos ambientes saudáveis, em geral, e da saúde escolar, em particular, continuará a receber uma atenção prioritária.

- Reforço do programa nacional contra a diabetes mellitus: terão que ser mantidos os esforços de implementação do Programa de Controlo da Diabetes mellitus, nomeadamente, consolidando: a identificação sistemática de diabéticos, com atribuição do Guia do Diabético; a educação terapêutica aos diabéticos identificados, com forte implicação das associações de diabéticos e da Sociedade Portuguesa de Diabetologia; a extensão a todo o território nacional do diagnóstico e tratamento sistemáticos da retinopatia diabética; o rastreio sistemático do “pé diabético”<sup>101</sup>; o rastreio sistemático da microalbuminúria<sup>102</sup>. Deve ser desenvolvida a aplicação dos novos critérios de classificação e de diagnóstico da diabetes, normalizados pela DGS em 2002, com base em consensos internacionais e no aval científico da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Devem ainda ser normalizados, em 2003, novos critérios de classificação e de diagnóstico da diabetes *mellitus*, com base em consensos internacionais e no aval científico da Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Será ainda avaliado, em 2003, o Protocolo de Colaboração entre o

94 Despacho n.º 2878/2002 que cria a comissão de acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma (II série), de 5 de Fevereiro.

95 Portugal. DGS. Asma: Manual de Boas Práticas. Lisboa: DGS, 2001.

96 Portugal. DGS. Manual de Ajuda para a Criança com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

97 Portugal. DGS. Manual de Ajuda para o Jovem com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

98 Portugal. DGS. Manual de Ajuda para o Adulto com Asma. Lisboa: DGS, 2001.

99 Portugal. DGS. Auto-controlo da Asma (CD interactivo). Lisboa: DGS, 2001.

100 Portugal. DGS. Rede de Referenciação Hospitalar de Imunoalergologia. Lisboa: DGS, 2002.

101 Circular normativa n.º 8/DGCG de 24/04/01 - Pé Diabético.

102 Circular normativa n.º 13/DGCG de 7/09/01 - Diagnóstico Sistemático da nefropatia Diabética.

Ministério da Saúde e a indústria farmacêutica, os distribuidores e grossistas, as farmácias e as associações de diabéticos, que tem permitido a dispensa, a custo reduzido para o diabético, dos materiais de autovigilância. Prevê-se para 2003 um estudo sobre a incidência da diabetes (médicos sentinela). Prevê-se também a finalização da Rede de Referenciação de Endocrinologia.

- Definir um modelo de intervenção contra as doenças osteoarticulares: a Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia encontra-se em conclusão<sup>103</sup>. Estão a ser envidados esforços para definir o modelo de abordagem das doenças osteoarticulares. Neste sentido, foi criado, no âmbito da DGS, um grupo de peritos que está a elaborar uma proposta de plano nacional contra as doenças reumáticas, a ser submetido ao aval das sociedades científicas e a posterior aprovação superior. Estão também em curso algumas acções para prevenção da osteoporose, dirigidas particularmente às mulheres.
- Melhorar a informação sobre obesidade: Dado que a obesidade se encontra intimamente ligada a outras doenças, nomeadamente à diabetes, às doenças cardiovasculares e osteoarticulares, é necessário não apenas adoptar uma abordagem intersectorial, nomeadamente entre os sectores da saúde, social, alimentar, educacional e cultural, como preparar medidas compreensivas contra a obesidade, de prevenção e gestão da mesma. Neste sentido, vai ser criado em parceria com as sociedades científicas, no âmbito da DGS, um grupo de peritos com a missão de elaborar proposta de linhas estratégicas nacionais de combate à obesidade.
- Melhorar a saúde da visão: Estima-se que cerca de 80% das situações mais frequentes que podem levar à cegueira ou a grave compromisso da visão, são passíveis de tratamento eficaz, quando objecto de intervenção atempada e adequada. Por outro lado, torna-se importante reconhecer que a acuidade visual só por si não nos permite avaliar em que medida a função visual e a vida de uma pessoa se encontram afectadas, sendo igualmente importante avaliar de que modo e até que ponto essa pessoa utiliza a visão que possui e em que medida poderá ser melhorada a sua visão funcional. A rápida industrialização e difusão das tecnologias de informação vieram modificar, para muitas pessoas, a natureza funcional dos seus postos de trabalho, decorrendo o facto de, cada vez mais, as limitações funcionais se definirem pela incapacidade em realizar tarefas com grande componente visual. A prevenção primária e a redução de risco, o rastreio e a detecção precoces, anteriores à manifestação dos primeiros sintomas, bem como cuidados de saúde oftalmológicos eficazes e de qualidade, incluindo o acesso a terapêuticas cirúrgicas e a readaptação visual, constituem as medidas mais eficazes e determinantes na redução das taxas de incidência e morbidade das doenças da visão. Neste sentido, vai ser criado, no âmbito da DGS, um grupo de peritos com a missão de elaborar proposta de Plano Nacional para a Visão, em consonância com o Programa Visão 2020, patrocinado pela OMS.
- Definição da estratégia nacional de abordagem das doenças genéticas: é urgente a definição, a nível nacional, das principais linhas estratégicas de actuação nos serviços de saúde, que permitam vir a colmatar as lacunas actualmente existentes na prestação de serviços de genética humana, com o desenvolvimento e articulação

---

103 Portugal. DGS. Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia (aguarda aprovação).

harmoniosos de estruturas adequadas para a prática clínica, desde o diagnóstico clínico e laboratorial até à decisão, orientação e acompanhamento terapêuticos. Neste sentido e dada a natureza específica requerida para a abordagem das doenças genéticas, doenças raras e implicações genómicas no diagnóstico, terapêutica e evolução das doenças crónicas, vai ser criado, no âmbito da DGS, um grupo de peritos a fim de elaborar proposta de linhas estratégicas nacionais, e em complemento da rede de referenciação de genética médica, em elaboração.

- Deficiências físicas e mentais - melhorar a informação e o acesso: estão a envidar-se esforços para proporcionar um melhor acesso às pessoas portadoras de deficiência a unidades de recuperação e readaptação, assim como para facilitar a sua habilitação e capacitação. Elaborou-se, em parceria com o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, uma proposta de criação de uma Rede de Cuidados Continuados<sup>104</sup>. Desenhou-se uma rede de referenciação hospitalar para a medicina física e de reabilitação, de forma a tornar mais célere e eficaz o circuito, no interior do sistema de saúde, dos doentes que dela carecem. Tem-se integrado a Comissão de Acompanhamento da Saúde, que envolve, no âmbito do Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, ONG e as associações de pessoas com deficiência. Tem-se colaborado, ainda, com o Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, no acompanhamento da distribuição anual do financiamento supletivo de ajudas técnicas prescritas pelos hospitais da rede oficial. Também se tem feito parte do Conselho Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, assim como do grupo de trabalho para definição dos conceitos estatísticos de deficiência, coordenado pelo Instituto Nacional de Estatística. Em parceria com o sector social, estão a ser asseguradas a um número crescente de idosos e de portadores de deficiência, incapacidade ou desvantagem, incluindo as que têm algum grau de demência, respostas quer residenciais, quer de apoio domiciliário integrado<sup>105</sup>. Dever-se-á colaborar na revisão do sistema de prescrição, financiamento e dispensa de ajudas técnicas. Deverá também ser desenvolvida, em todo o país, a tipologia de respostas integradas, previstas no âmbito dos cuidados continuados. Há ainda que ser reformulada a Tabela Nacional de Incapacidades, adaptando-a à nova filosofia, proposta e aprovada pela OMS<sup>106</sup>, centrada nas funcionalidades. Deverá ser normalizado o conceito de doença crónica e revista toda a legislação que prevê a atribuição de benefícios aos portadores de algumas doenças crónicas, em detrimento de outras nela não contempladas e, porventura, geradoras de maior incapacidade.
- Melhorar a qualidade dos cuidados da insuficiência renal crónica: a prestação de cuidados aos doentes com insuficiência renal crónica (IRC) em diálise pode considerar-se boa em termos de qualidade e cobertura nacional, tendo havido uma notável renovação tecnológica e de instalações nos últimos anos, sobretudo por parte das unidades privadas. O impasse que se tem mantido relativamente ao licenciamento e à convenção de novas unidades e que impediu a abertura de várias delas, aptas a funcionar, levou a uma retracção na construção ou remodelação de instalações em locais onde é urgente a sua instalação. Considera-se, no entanto,

104 Portugal. Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade; Rede + - Plano Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Documento não publicado.

105 Despacho Conjunto N.º 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade publicado no Diário da República de 18 de Junho.

106 WHO. Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, aprovada, em Maio de 2001, pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde. Geneve: WHO, 2001.

necessário que o Estado regule a instalação de novas unidades, consoante as necessidades, já que recaem sobre ele todos os custos com a IRC. A sujeição das unidades pertencentes ao sector privado não lucrativo às regras de licenciamento constitui uma medida importante para a garantia da qualidade dos serviços. Julga-se igualmente importante que as unidades do sector público sejam fiscalizadas no sentido do cumprimento das normas estabelecidas para o sector privado. Neste sentido, o cumprimento da legislação em vigor, nomeadamente, o Manual de Boas Práticas<sup>107</sup> e o funcionamento das Comissões de Verificação Técnica, nas ARS Norte e Centro, garantem a melhoria da qualidade dos serviços de hemodiálise. É a construção e reparação dos acessos vasculares que constitui a maior dificuldade à melhoria da qualidade de vida dos IRC. O empenho dos hospitais de referência que têm a responsabilidade de garantir a execução deste serviço não tem sido suficiente, pelo que se considera urgente a reformulação do despacho 7376/2000 que lhes confere essa competência. A aplicação da Rede de referência hospitalar de nefrologia e da sua componente estratégica no apoio aos doentes crónicos é um passo importante na melhoria dos cuidados a estes doentes.

- Intensificar actividades de controlo das hemoglobinopatias em distritos de alta prevalência: prosseguir e intensificar os trabalhos de controlo, em particular nos distritos de alta prevalência. Em 2003, há necessidade de intervir de forma mais enérgica, em particular no que se refere à drepanocitose, dando outra dimensão à prestação de cuidados.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de Controlo da Asma <sup>108</sup>	Desenvolvimento de acções de formação sobre autocontrolo da asma, dirigidas aos profissionais de saúde Acompanhamento da aplicação do Programa nas Rede de Escolas Promotoras de Saúde
Programa de Controlo da Diabetes Mellitus	Avaliação e Reestruturação do Programa.
Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias	Rastreo de portadores e detecção de casais em risco
Plano de Luta Contra as Doenças Reumáticas	Elaboração e apreciação

## *Doenças mentais*

### **Situação actual**

- Informação limitada sobre doenças mentais: estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves, embora não existam dados nacionais que permitam uma melhor caracterização do país. Realizou-se em 2001 o terceiro censo psiquiátrico, em todas as Instituições públicas e privadas no Continente e Regiões Autónomas e cujos resultados apontam para uma predominância de depressões na Consulta Externa, de alterações associadas ao consumo de álcool na Urgência e de esquizofrenia no Internamento.

<sup>107</sup> Despacho n.º 8835/2001, publicado no Diário da República de 27 de Abril.

<sup>108</sup> Despacho n.º 2878/2002 que cria a comissão de acompanhamento do Programa Nacional de Controlo da Asma (II série), de 5 de Fevereiro.

- Elevada prevalência da depressão: a depressão pode atingir 20% da população e é a segunda doença crónica mais frequente. Estima-se, a nível mundial, que a depressão se torne a principal causa de incapacidade e a segunda principal doença no ano 2020, em conjunto com a esquizofrenia, é responsável por 60% dos suicídios.
- Suicídio continua a ser um grave problema de saúde pública: existe ainda uma insatisfatória capacidade de intervenção, sobretudo ao nível da promoção da saúde mental, da articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), da prestação de cuidados em Saúde Mental Infantil e Juvenil e dos Idosos, assim como de certas populações do interior do País. Apesar das taxas baixas de suicídio quer na população em geral, quer na de idade inferior a 65 anos, em Portugal existem números elevados quando se combinam suicídio e causas de morte violenta de intenção indeterminada. O Alentejo tem as taxas de mortalidade por suicídio mais elevadas nos últimos 10 anos, só ultrapassado pelo Algarve nos anos de 1990, 1992 e 1994, sendo a população masculina com idade superior a 75 anos a que mais se suicida. Actualmente, a tendência da mortalidade por suicídio e ferimentos auto-infligidos é decrescente.
- Melhoria da qualidade e do acesso dos cuidados prestados aos doentes mentais: a assistência psiquiátrica centra-se nos Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), predominantemente em Hospitais Gerais, em Serviços Regionais para valências específicas e nos Hospitais Psiquiátricos, que asseguram, a par de cuidados de nível local, a assistência aos doentes de evolução prolongada aí institucionalizados, a maioria dos quais, cerca de 70%, com esquizofrenia. Além desta população, existem doentes em risco de institucionalização, por medidas e recursos, ainda insuficientes, alternativos à hospitalização. Relativamente aos internamentos de Psiquiatria em Hospitais Gerais, nos últimos cinco anos, verificou-se uma diminuição da demora média em todos os grupos de diagnóstico, embora haja um número de doentes, sobretudo com perturbações psicóticas, com dificuldade em serem reintegrados na sua comunidade. Tem-se também assistido a uma redução gradual dos doentes institucionalizados nos hospitais psiquiátricos. Foi publicada, em Abril de 2001, a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental, que caracteriza os problemas actuais dos serviços e os desenvolvimentos previstos até 2006 (alguns dos quais já concretizados) e racionaliza questões de acesso e relações de complementaridade.

### **Intervenções necessárias**

- Melhorar a informação sobre doenças mentais: estão a decorrer na DGS projectos para a definição de indicadores, a implementação de um sistema de informação e comunicação, e o primeiro estudo nacional com base comunitária, sobre morbilidade psiquiátrica, sendo também prioritária a melhoria da informação referida nas certidões de óbito, para uma quantificação mais rigorosa do suicídio.
- Luta contra a depressão: está em elaboração o Programa Nacional de Luta contra a Depressão. Está em curso o Dep Care – Prevenção da Depressão nos Cuidados de Saúde Primários.
- Melhorar a capacidade de intervenção para prevenir o suicídio: desenvolvimento de Telefones SOS de suicídio e isolamento social, além das medidas referidas relativamente à depressão.

- Apostar na melhoria contínua do acesso e da qualidade dos cuidados prestados aos doentes mentais: as doenças mentais com uma evolução crónica por surtos, exigem respostas diversificadas, nomeadamente de diagnóstico e intervenção precoces, de reabilitação psiquiátrica e de unidades especializadas, no caso de alterações graves do comportamento. Continuarão a ser progressivamente abertos serviços de psiquiatria quer de internamento quer de urgência e criadas unidades de pedopsiquiatria nos hospitais gerais. Estão em estudo as competências actuais e futuras dos Hospitais Psiquiátricos. Está a decorrer um grupo de trabalho para a criação dos Centros Regionais de Psiquiatria Forense. Estão em constituição grupos de trabalho para a elaboração de Manuais de Linhas Orientadoras de Boas Práticas e para a preparação de diploma legislativo para a Gestão do património de doentes mentais institucionalizados. A Psiquiatria de Ligação, nos três níveis de prevenção, quer com os Cuidados Hospitalares quer com os Cuidados de Saúde Primários, é também uma área a expandir e organizar existindo um grupo de trabalho na DGS neste âmbito. A articulação com o IDT é fundamental para maior rentabilização dos recursos e respostas mais apropriadas aos casos de co-morbilidade.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de Luta Contra a Depressão	Elaboração e apreciação
Programa Nacional para a Perturbação de Pós-Stress Traumático	Elaboração e apreciação
Plano Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental	Criação de medidas para prevenção da institucionalização de doentes de evolução prolongada
Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria e Saúde Mental	Revisão e actualização da rede
Rede Alcoológica Nacional	Levantamento das estruturas existentes

### *Dor e cuidados paliativos*

#### **Situação actual**

- Informação deficiente sobre a dor: a dor, tradicionalmente negligenciada na nossa sociedade, tem sido subdiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde. Sabe-se, hoje, que tratar a dor não é uma futilidade. De facto, quer pela sua frequência, quer pelo seu elevado potencial para causar sofrimento e gerar incapacidades, quer pela abstenção laboral que provoca, quer, ainda, por estar cientificamente provado ser tratável em mais de 90% das situações, a dor, seja de causa oncológica, reumatológica, de sida, ou outra, constitui um importante problema de saúde pública, que urge combater. No entanto, não existe informação sobre dor a nível comunitário em Portugal.
- Deficiente organização dos cuidados: após a aplicação, em 1999, de um inquérito a todos os hospitais do país, com exclusão dos hospitais psiquiátricos, verificou-se existirem, apenas, 21 unidades de tratamento de dor de nível básico, 6 de nível I, 9 de nível II e nenhuma de nível III. Para além da distribuição geográfica destas unidades ser irregular, deixando a descoberto o interior do país, verifica-se que as poucas existentes resultam, frequentemente, mais do empenhamento de alguns profissionais mais vocacionados e treinados para o tratamento da dor, do que de

um esforço institucional para a sua criação. Isto é evidenciado pelo facto de alguns hospitais terem respondido no questionário que não possuíam nenhuma unidade de tratamento de dor, mas, ao mesmo tempo, revelarem o cumprimento dos critérios mínimos internacionais para se poder classificar o seu desempenho como enquadrado no âmbito de uma unidade de dor. Não existe, em Portugal, nenhum hospital universitário com uma unidade de tratamento de dor de nível III, a quem competiria a investigação e a formação pré e pós-graduada na área do tratamento da dor, assim como o suporte a programas de mestrado e doutoramento.

- Deficiente acessibilidade a cuidados paliativos adequados: A quase inexistência de respostas organizadas no âmbito dos cuidados paliativos, leva a que os doentes com doenças de evolução prolongada e grave ocupem desadequadamente camas hospitalares em serviços que não estão treinados nem vocacionados para a gestão do sofrimento, ou, então, se encontrem no domicílio, entregues, apenas, a cuidados de âmbito generalista e informais, que, apesar de importantes, não esgotam a sua necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global.

### **Intervenções necessárias**

- Melhorar a informação sobre a dor: prevê-se para 2003, pelo INSA, um estudo sobre dor na comunidade (tipos, frequência, utilização de cuidados e consequências).
- Organização dos cuidados: estando ainda numa fase inicial de implementação, o Plano Nacional de Luta Contra a Dor requer uma maior promoção do seu desenvolvimento e acompanhamento, não só através do envolvimento dos serviços regionais e locais de saúde, mas também dos vários sectores nacionais implicados. É indispensável que a acção das unidades, a criar no âmbito do Plano, se venha a cruzar com as necessidades de tratamento da dor detectadas na prestação de outras especialidades médicas ou cirúrgicas, assim como na prestação de cuidados continuados, de cuidados paliativos ou de cuidados a doentes em fase terminal de vida. Deverá ainda ser planificada, a nível nacional, a criação de unidades de internamento e domiciliárias de cuidados paliativos, assim como deverão ser elaboradas, em parceria com as sociedades científicas, orientações que normalizem, nos serviços de saúde, a prestação de cuidados paliativos. Junto da Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa e da Associação Nacional de Cuidados Paliativos têm sido promovidas iniciativas de sensibilização para a abordagem dos cuidados paliativos. A DGS, através de um grupo de peritos, encontra-se a elaborar uma proposta de Plano Nacional de Cuidados Paliativos. No âmbito do Conselho da Europa, Portugal tem ainda integrado o Comité sobre Cuidados Paliativos, participando no estabelecimento de consensos e na elaboração de recomendações a dirigir aos governos nacionais, em matéria de princípios, conceitos e práticas a que deve obedecer a organização e prática dos cuidados paliativos

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Plano Nacional de Luta Contra a Dor	Acções de sensibilização para o desenvolvimento do Plano
	Elaboração de proposta para melhoria da acessibilidade às medidas terapêuticas da dor crónica
	Elaboração de norma sobre o reconhecimento da dor como sinal vital
	Levantamento das unidades de tratamento da dor actualmente existentes no País
Plano Nacional de Cuidados Paliativos	Elaboração e apreciação

### *Traumatismos, ferimentos e lesões acidentais*

#### **Situação actual**

- Importante causa de morbimortalidade mas baixa capacidade de resposta: os acidentes e as suas consequências (traumatismos, ferimentos e lesões) são a principal causa de morte nas crianças e jovens, a partir do primeiro ano de vida, determinando um número muito elevado de anos potenciais de vida perdidos; por outro lado, geram um grande número de jovens com deficiência, cujos custos económicos e psicossociais são difíceis de calcular. Nos adultos, os acidentes de viação e os laborais impõem custos à vítima, à família e à sociedade. Quando acontecem em pessoas mais idosas, são uma causa importante de morbidade, mortalidade, incapacidade e dependência. Uma parte significativa destes acidentes, principalmente os de viação, está associada ao consumo excessivo de álcool. Os acidentes de trânsito por 100 000 habitantes e a mortalidade antes dos 65 anos que lhe está associada mostram que, no geral, a tendência da mortalidade prematura em acidentes de viação é decrescente. Os acidentes continuam a ser um factor importante para a ocorrência de incapacidades permanentes, para os quais o sistema de saúde português tem mostrado baixa capacidade de resposta.

#### **Intervenções necessárias**

- Necessidade de um plano de acção: um plano de acção para a prevenção de acidentes deve basear-se na prevenção dos que provocam traumatismos, ferimentos e lesões (TFL) no indivíduo. A actuação deve incidir sobre todo o ciclo da vida, mas naturalmente com maior acentuação nos grupos mais vulneráveis (crianças, deficientes e idosos). O plano deve abranger a prevenção das lesões acidentais que ocorrem no lar, nas escolas e nos espaços de lazer; as lesões por acidentes de tráfego e de trabalho têm sido alvo de planos e acções de prevenção independentes, em que, contudo, a DGS deverá estar cada vez mais envolvida. Uma cooperação estreita entre sectores e profissionais, a vários níveis da administração pública, é um pré-requisito necessário para a prevenção dos TFL acidentais, devendo ser encorajada a concretização de acções pelas autarquias, ONG ou empresas. As elevadas taxas de sinistralidade rodoviária apresentadas por Portugal exigem a adopção de medidas de fundo, capazes de as fazer reduzir para níveis mais próximos da média europeia. Os traumatismos cranio-encefálicos requerem uma atenção especial. A DGS tem-se centrado em vários eixos de acção. Um deles passa pela melhoria do sistema legislativo, com propostas de legislação específica na regulamentação do transporte rodoviário de crianças, colaborando activamente,

para tal, numa comissão inter-ministerial<sup>109</sup>. Ainda no âmbito legislativo, foi criado, em 1997, o Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária<sup>110</sup> (CNPR) ao qual compete a coordenação e a gestão estratégica de todas as componentes envolvidas naquele fenómeno. O Director-Geral da Saúde integra o CNPR, que tem como uma das suas atribuições aprovar o Plano Integrado de Segurança Rodoviária (PISER). Este Plano contempla a participação, de forma articulada, de departamentos do Estado com competências nas áreas da circulação e segurança rodoviária, entre os quais a saúde, e de associações do sector. O seu principal objectivo é a redução do número de mortos em acidentes rodoviários. A DGS tem também desenvolvido várias acções no âmbito do projecto “álcool e drogas na condução”, com o objectivo de reduzir os índices de sinistralidade rodoviária associada ao consumo do álcool<sup>111</sup>. Devido às interligações com as questões do álcool, das doenças osteoarticulares, dos idosos<sup>112</sup>, com a dos ambientes saudáveis, incluindo o local de trabalho, a da violência doméstica e a das incapacidades de longa duração, muitas das respostas relevantes para esta problemática terão que ser procuradas nos capítulos indicados. É de referir que o problema do stresse pós-traumático em militares portugueses continua na lista de acções que a DGS continua a apoiar<sup>113</sup>. Desenvolveram-se também acções de formação dirigidas aos agentes que se ocupam do tratamento de crianças e idosos e acções de esclarecimento público, em colaboração com ONG e Autarquias, estando em curso a criação de vários textos sobre segurança infantil, assim como de um CD interactivo e de um *site* no portal da DGS. Existe no INSA um projecto de monitorização de acidentes domésticos e de lazer (ADELIA).

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional de Prevenção Rodoviária	Prevenção do cansaço na condução Prevenção da condução sob o efeito do álcool
Alargamento da actuação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a todo o País	
Estruturação de uma Rede Nacional de Ambulâncias de Socorro	
Manutenção, aperfeiçoamento e alargamento de uma rede nacional de Viaturas Medicalizadas de Emergência e Reanimação (VMER)	
Reforma das Urgências/Emergências	
Contribuição da Saúde para o Planeamento Civil da Emergência	Elaboração de Orientações Técnicas sobre os principais agentes suspeitos
Preparação para o EURO 2004	

## GRUPOS INSTITUCIONAIS

É na escola e no local de trabalho que é despendido grande parte do tempo de um dia normal. Estes locais propiciam-se, pois, como ambientes integradores de uma multiplicidade

109 Despacho Conjunto n.º 952/2000, de 20 de Setembro de 2000.

110 Resolução do Conselho de Ministros 42/97, publicada no Diário da República n.º 16 de 13 de Março.

111 Lei n.º 77/2001, publicada no Diário da República de 13 de Julho; Decreto-Lei n.º 265-A/2001 publicado no Diário da República de 28 de Setembro.

112 Portugal. DGS. Autocuidados na Saúde e na Doença. Guias para as Pessoas Idosas. Como Prevenir as Quedas. N.º 4, 2000.

113 Portugal. DGS. Circular normativa 11/DSPSM de 13 de Agosto. Impressos para admissão na Rede Nacional de apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbações pós-stress traumático (Depacho Conjunto n.º 364/2001(2.ª série), DR n.º 93, II Série, de 20 de Abril de 2001.

de intervenções de carácter diverso. As prisões, por causa do seu carácter especial, requerem um enfoque específico.

## *Escolas*

### **Situação actual**

- Deficiências de execução de algumas actividades: apesar da boa cobertura das escolas, dos alunos, dos professores e dos auxiliares de acção educativa pelo programa de saúde escolar, a execução de algumas actividades, nomeadamente, a monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 (69,2 %) e aos 13 anos (30,5 %) é ainda baixa. Apenas uma percentagem reduzida de alunos com necessidades de saúde especiais (NSE) passíveis de resolução têm, no final do ano lectivo, o seu problema de saúde resolvido. 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 última avaliação (ano lectivo 2000/01) realizada em 5397 escolas (que correspondem a quase 50% do total de escolas) para a existência de boas condições de segurança e higiene do meio ambiente entre, respectivamente, 62% e 78% das escolas e boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos entre 17 e 27% das escolas.
- Baixa execução do programa de saúde oral e elevadas taxas de acidentes em meio escolar: o Programa de Promoção da Saúde Oral nas Crianças e Adolescentes (PPSOCA) apoia a sua intervenção num conjunto de actividades de promoção da saúde, todas da maior importância, mas nem todas cumpridas com a mesma taxa de execução. A escovagem dos dentes, por exemplo, é executada nas pré-escolas e nas escolas do 1º ciclo por 35% e 25% das crianças em programa. Os acidentes em meio escolar e peri-escolar são, nos poucos Jardins de Infância ou Escolas do Ensino Básico e Secundário, que têm Programa de Prevenção de Acidentes em Meio Escolar, em número muito elevado.
- Deficientes orientações técnicas para projectos específicos de promoção da saúde: o desenvolvimento curricular, em áreas tão diversas como educação nutricional, vida activa saudável, educação para a cidadania e educação sexual e afectiva, SIDA, consumos nocivos, com destaque para o consumo excessivo de álcool, tabaco, ou drogas e prevenção da violência, nos diferentes níveis de ensino, tem sido apoiado pelas equipas de saúde escolar, sem, no entanto, terem sido produzidas orientações técnicas que normalizem a intervenção.
- Ganhos em eficiência através da Rede Nacional de Escolas Promotoras da Saúde: com uma metodologia de projecto que assenta no diagnóstico das necessidades, abrange 1/3 da população escolarizada do ensino público, do pré-escolar ao secundário, o que corresponde a 3722 escolas e 282 centros de saúde (80% do total de centros de saúde). As áreas prioritárias de intervenção, seleccionadas pelas escolas e pelos centros de saúde, são: segurança e higiene (25%), educação sexual (23%), consumos/comportamentos aditivos (18%), alimentação/actividade física (14%) e comportamentos sociais (10%). De acordo com os dados da avaliação disponíveis, as escolas da rede integram as diferentes temáticas no seu projecto educativo e utilizam melhor os recursos locais, com implicação efectiva dos alunos e das famílias nos seus projectos.

## Intervenções necessárias

- Reforço das actividades de execução corrente: a estratégia de intervenção em saúde escolar, no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, assenta em actividades que devem ser executadas de forma regular e contínua ao longo de todo o ano lectivo – a vigilância do cumprimento dos exames de saúde, do PNV e da legislação da evicção escolar, a agilização dos encaminhamentos, através de protocolos ou parcerias, dentro e fora do SNS, para a melhoria das respostas às crianças com necessidades de saúde especiais. Com os outros sectores da comunidade, nomeadamente com as autarquias, deverá ser reforçada a articulação para a melhoria das condições do ambiente dos estabelecimentos de educação e ensino. Nas escolas pertencentes à RNEPS, estas actividades deverão ser obrigatoriamente cumpridas, conforme o previsto no contrato assinado entre a escola, o centro de saúde e o Centro de Apoio Nacional (CAN) e homologado pelas ARS e DRE.
- Melhorar a execução dos programas prioritários em relação à saúde oral e aos acidentes: do diagnóstico de situação do PPSOCA ressalta a necessidade de melhorar o cumprimento das actividades preventivas, nomeadamente a escovagem dos dentes com uma pasta dentífrica com flúor, promovendo sempre que possível a sua distribuição, em particular nas escolas de zonas mais desfavorecidas, reforçar as acções de educação para a saúde sobre higiene oral e alimentação nos Jardins de Infância e escolas do 1º Ciclo, e dar prioridade à aplicação de selantes de fissura em grupos de risco, o que exige um reforço do quadro de pessoal das ARS com Higienistas Oraís. A operacionalização da intervenção médico-dentária através de contratualização deverá ser mantida. Em 2003, deverá ser elaborado o protocolo de um novo estudo de «Avaliação da prevalência das doenças orais na população escolarizada» e revista a administração de fluoretos face à publicação da directiva comunitária n.º 2002/46/CE. No que se refere aos grupos socialmente excluídos e às crianças com deficiência, urge melhorar as práticas preventivas e a acessibilidade a cuidados de saúde oral, avaliando o projecto «Saúde Oral na deficiência» e alargando-o a mais centros de saúde e criando condições para o atendimento médico-dentário de crianças e jovens com deficiência. O Programa de Prevenção de Acidentes em meio escolar e peri-escolar necessita de um quadro técnico-normativo melhor definido.
- Melhorar a execução dos projectos específicos de promoção da saúde: estes projectos devem ser orientados pelos conteúdos curriculares dos diferentes níveis de ensino, nas diferentes áreas. Pretende-se melhorar os conhecimentos e a capacidade de gestão do projecto de vida individual, no que diz respeito a alimentação equilibrada, gestão do stresse, sexualidade e ITS, consumos excessivo de álcool, tabaco, ou drogas, acidentes, saúde e ambiente e promoção da saúde mental e prevenção da violência escolar.
- Reforçar a colaboração com o sector da educação através da Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde: com o sector da educação deverá ser reforçada a colaboração entre profissionais com competências diferentes mas complementares. A articulação entre técnicos de áreas afins, tais como a saúde mental, deveria ser melhorada, facilitando-se o acompanhamento integrado das crianças e jovens, para além do apoio que possa ser prestado aos educadores e professores em situações

mais complexas e susceptíveis de ter resposta em meio escolar. O recurso à colaboração e apoio das ONG tem sido também uma constante e deve ser apoiado numa verdadeira partilha de responsabilização e envolvimento da sociedade civil.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa de Saúde Escolar <sup>114</sup>	Avaliar a execução do programa-
	Definição de conceitos e práticas de apoio aos alunos com NSE
	Melhorar o encaminhamento e acompanhamento de crianças com NSE
	Normas sobre prevenção de acidentes
	Reavaliar o Programa Específico de Aplicação de Selantes (PEAS)
	Consolidar a contratualização e avaliar a intervenção médico-dentária
Contribuição da saúde na Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde <sup>115</sup>	Incrementar as actividades de execução corrente do programa de SE nas escolas da RNEPS
	Reforçar a parceria com o Ministério da Educação

### *Locais de trabalho*

#### **Situação actual**

- Promoção da saúde no local de trabalho: não é possível, de momento, proceder à monitorização, com a fiabilidade necessária, da incidência de doenças profissionais e apurar assim os ganhos em saúde nesta área.
- Cobertura dos serviços de saúde, públicos e privados, em serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho: estando em curso um inquérito com a finalidade de determinar a cobertura de SH&ST, os dados já disponíveis relativamente ao sector público, quando faltam responder 41% das instituições, permitem concluir que, dos respondentes, 10% possuem serviços de higiene e segurança. Destes, 81% correspondem a serviços próprios e os restantes a serviços externos. Em relação ao sector privado – unidades privadas de saúde com internamento - responderam até à data 6, tendo 4 optado pela modalidade de serviços externos e 2 pela modalidade de serviços internos.
- Necessidades de saúde insatisfeitas de grupos de trabalhadores seleccionados<sup>116</sup>: ao procurar caracterizar sumariamente cada um destes grupos e a sua distribuição por distritos, várias dificuldades se colocaram, já que estes grupos não são mutuamente exclusivos e alguns não se encontram discriminados nas estatísticas existentes. Para proceder à caracterização atrás referida, foram considerados três grandes grupos que englobam, praticamente, os restantes: os trabalhadores independentes, os trabalhadores do serviço doméstico e os trabalhadores de estabelecimentos cuja dimensão não exceda os nove trabalhadores, respectivamente: 526 918, 160 333 e 741 418. Relativamente aos principais factores de risco, considerou-se que, em geral, o tipo de riscos a que estão expostos é consequência da actividade exercida, que pode ser variada, originando patologias semelhantes às que ocorrem na população em geral.

<sup>114</sup> Circular Normativa n.º 13/DSE de 10/08/95 « Saúde Escolar – Programa- tipo», reforçado pelo Decreto Lei n.º 210/2001 de 18 de Julho.

<sup>115</sup> Despacho Conjunto 734/2000.

<sup>116</sup> Abrangidos pelo art.º 11.º do Decreto-Lei n.º 26/94 com a redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho.

- Acção limitada dos CRSP na saúde ocupacional: devido ao deficiente apoio ao desenvolvimento e funcionamento dos Centros Regionais de Saúde Pública, com a consequente limitação de recursos, estes têm tido uma acção insuficiente na saúde ocupacional.

### Intervenções necessárias

- Programa de promoção da saúde no local de trabalho: julgamos que as questões relacionadas com a promoção da saúde no local de trabalho têm vindo a merecer um maior investimento por parte de numerosas empresas dispersas pelo País. Seria importante envolver de forma mais activa os serviços de saúde, em particular os Centros Regionais de Saúde Pública, no apoio e incentivo às empresas das respectivas regiões, não só para que cumpram os requisitos legais em matéria de higiene, saúde e segurança, mas também para que contribuam para que os trabalhadores adoptem estilos de vida mais saudáveis.
- Assegurar que os serviços de saúde, públicos e privados, incluindo institutos e serviços centrais, organizem os Serviços de Saúde, Higiene e Segurança no Trabalho<sup>117</sup>: 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.
- Adaptação do Serviço Nacional de Saúde para assegurar as actividades de promoção e vigilância da saúde de grupos de trabalhadores seleccionados: implementação do programa de saúde ocupacional nas instituições e serviços integrados no SNS, dirigido aos grupos de trabalhadores previstos no artigo 11º do Decreto-Lei nº 26/94, com a redacção dada pelo Decreto-Lei nº 109/2000 de 30 de Junho, numa primeira fase em período experimental em apenas quatro distritos.
- Assegurar a colaboração dos CRSP no processo de autorização dos serviços externos de segurança, higiene e saúde no trabalho<sup>118</sup>: no âmbito dos Centros Regionais de Saúde Pública, deverão constituir-se equipas, integrando os serviços de saúde pública e os serviços do Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho e da Inspeção Geral do Trabalho, para a realização das vistorias e auditorias previstas na lei<sup>119</sup>.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Plano de promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores	Plano de adaptação do SNS <sup>120</sup>
	Incentivar a implementação de serviços de saúde, higiene e segurança no trabalho em serviços de saúde, públicos e privados
	Colaboração com o Min. Segurança Social e Trabalho na autorização dos serviços externos de SHST
Plano de promoção da saúde no local de trabalho	Elaboração e apreciação

<sup>117</sup> Decreto-Lei nº 488/99 de 17 de Novembro.

<sup>118</sup> Portaria nº 467/2000 de 23 de Abril.

<sup>119</sup> Ver nota 118.

<sup>120</sup> Em cumprimento do disposto no artº11º do Decreto-Lei nº 26/94, de 1 de Fevereiro, com a redacção dada pelo Decreto-Lei nº109/2000, de 30 de Junho.

## Prisões

### Situação actual

- Desconhecimento do estado de saúde dos reclusos e falta de definição de estratégias: Portugal apresenta hoje a mais elevada taxa de população reclusa da Europa Ocidental, tendo, em 1 de Outubro p.p., um total de 14 126 reclusos, com uma taxa de ocupação de 121,6%. O estado de saúde destes reclusos está mal caracterizado.
- Elevadas taxas de toxicoddependência: a toxicoddependência é o primeiro problema de saúde desta população (65,4% dos reclusos são ou foram consumidores de drogas).
- Graves problemas de saúde mental: as queixas atribuídas a aspectos da Saúde Mental constituem o outro problema de saúde de maior dimensão. A saúde mental desta população é precária e a solução encontrada para lhe fazer face, maioritariamente por Clínicos Gerais, é o uso de psicotrópicos. Estas drogas são as mais receitadas, sendo consideráveis os seus custos. Há sempre cerca de 5 a 10 mortes/ano por suicídio ou *overdose* nas cadeias portuguesas.
- Elevada prevalência de doenças infecciosas: 16,3% da população reclusa tem SIDA ou é seropositiva; quanto às hepatites, 26,9% dos reclusos têm resultados positivos na análise da Hepatite C e 9,7% de igual modo relativamente à Hepatite B. A incidência da tuberculose é cerca de 13 vezes superior à da população não reclusa, sendo a multirresistência um problema particularmente preocupante.
- Elevada prevalência de problemas de saúde oral: as necessidades de saúde oral são também um problema de saúde que parece abranger a maioria dos reclusos.

### Intervenções necessárias

- Definição de estratégias para corrigir o estado de saúde dos reclusos: prevê-se, em meio prisional, a realização de acções de prevenção primária; redução de riscos e minimização de danos; tratamento; reinserção social; investigação, estudos de avaliação de programas e projectos, e desenvolvimento de sistemas de informação estatística e documental. Foi assinado em 21 de Março de 1997 um protocolo entre o Ministro da Justiça e a Ministra da Saúde e publicada a Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro, que visa a prevenção e redução da incidência de doenças infecto-contagiosas em meio prisional, em articulação com o SNS. 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 saúde<sup>121</sup>, nos quais são determinadas as condições em que a assistência médica e medicamentosa tem lugar, face às características próprias dos estabelecimentos prisionais, sua população e necessidades

---

121 Até Fevereiro do corrente ano foram assinados 38 destes protocolos de colaboração.

específicas<sup>122</sup> da Saúde e da Justiça, sendo necessária uma avaliação regional e nacional das acções realizadas e em curso, tendo em vista o cumprimento da Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro.

- Reforço das intervenções para reduzir a toxicod dependência: é preciso reforçar intervenções específicas da DGS e ARS, relacionadas com a organização de respostas para novos padrões de consumo de drogas<sup>123</sup> - duplo diagnóstico e promoção da articulação entre as estruturas do IDT e os restantes Serviços de Saúde<sup>124</sup>; no âmbito da reabilitação: desenvolvimento do último nível de apoio ao tratamento de toxicod dependentes em estabelecimentos prisionais e promoção da reinserção social dos toxicod dependentes reclusos - criação e instalação de casas de saída<sup>125</sup>.
- Promoção da saúde mental: prevê-se a realização de acções de promoção da saúde mental em meio prisional, dirigidas tanto aos profissionais quanto aos reclusos.
- Redução das doenças infecciosas: neste momento, estão em execução protocolos para vacinação do pessoal e dos detidos contra as doenças infecciosas, nomeadamente a hepatite B<sup>126</sup> assim como intervenções específicas da DGS e ARS relacionadas com o VIH e outras doenças infecciosas. Em relação à tuberculose têm sido priorizadas actividades de rastreio, diagnóstico, tratamento e prevenção da transmissão da tuberculose<sup>127</sup>.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa nacional de saúde para os estabelecimentos prisionais	Elaboração e apreciação

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

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

124 Programa 'Tratamento', "Plano de Actividades 2001-2004", Plano de Acção Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicod dependência - Horizonte 2004. Presidência do Conselho de Ministros.

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

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

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

## *II – REORIENTAR O SISTEMA DE SAÚDE*

Os investimentos previstos no sistema de saúde contemplam o providenciar ao cidadão um atendimento de qualidade, em tempo útil (melhoria do acesso), com efectividade e humanidade. Para tal, a mudança prevista focará, essencialmente, a rede de cuidados primários, a rede de cuidados secundários, a rede de cuidados continuados e a política do medicamento. Como principais instrumentos de mudança, aposta-se numa gestão mais empresarial, com uma responsabilização clara dos gestores, apoiados por informação mais acessível e resultante de uma maior padronização do sistema de informação. Aposta-se também no desenvolvimento de parcerias com os sectores privado e social. Prevê-se uma revisão dos incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito.

As parcerias em saúde constituem uma associação duradoura, estabelecida entre entidades públicas do SNS e operadores do sector privado e social, sendo consubstanciadas, em cada caso, numa relação contratual de longo prazo com uma sociedade, ou mais, veículo de natureza comercial, cujo objecto exclusivo é o exercício do objecto ou objectos contratuais. O estabelecimento das parcerias em saúde norteia-se por um conjunto nuclear de princípios entre os quais se destacam a contratação por prestações de serviços clínicos, não-clínicos e infra-estruturais e o pagamento público com base na disponibilidade dos serviços e no desempenho e prestações efectivos. Esta contratação pública deve ter um carácter competitivo e prever uma adequada afectação de riscos, atribuindo-os às partes mais competentes para assegurarem a sua gestão da forma mais económica. A contratação deve ser ainda precedida de uma avaliação prévia sobre a sua economia, eficiência e eficácia, de modo a demonstrar ganhos de valor para o erário público e satisfazer os requisitos decorrentes da respectiva suportabilidade financeira.

Com vista a renovar e revitalizar o Serviço Nacional de Saúde, o Governo lançou uma ambiciosa iniciativa no domínio das Parcerias Público-Privadas. Esta iniciativa constitui reconhecidamente uma abordagem inovadora de gestão e financiamento de unidades públicas de saúde, mobilizando as capacidades de gestão e financiamento dos sectores privado e social. Este novo mecanismo de provisão e prestação dos cuidados públicos de saúde tem como fio condutor o duplo objectivo de garantir ganhos de saúde para os utentes do SNS, bem como assegurar ganhos de valor para o erário público, no mútuo benefício da sociedade e dos contribuintes, sendo, no essencial, baseado na transferência de riscos para os operadores privados e na transferência da eficiência do sector privado para o serviço público de saúde. O Governo estabeleceu, através do Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto, o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos privados, desenhou o 1º Programa Governamental de Parcerias Público-Privadas e dotou o Ministério da Saúde de uma Estrutura de Missão – Parcerias. Saúde –, especialmente vocacionada para a montagem, avaliação e lançamento deste tipo de projectos. O novo quadro legal das parcerias em saúde é suficientemente abrangente, envolvendo quer os cuidados diferenciados e especializados a nível hospitalar, quer os universos dos cuidados primários e cuidados continuados. As disposições legais prevêem também a possibilidade de serem configurados projectos de parceria, em termos discretos, tendo por base elementos ou partes funcionalmente autónomas das unidades de saúde e serviços de apoio directo e indirecto à prestação de cuidados de saúde. No âmbito dos contratos de gestão, os operadores privados e sociais podem assumir a gestão de uma unidade ou de um conjunto de unidades de saúde existentes, integradas no SNS, ou assumirem o desenvolvimento e gestão de uma nova unidade ou de um conjunto de novas unidades de saúde a integrar no SNS, assegurando para o efeito a concepção, construção, financiamento e exploração das unidades de saúde, incluindo a prestação de serviços clínicos. Neste quadro, o 1º Programa Governamental de Parcerias

Público-Privadas, prevê o lançamento de duas novas unidades hospitalares e de oito hospitais de substituição, durante o período da presente legislatura, antevendo-se que os primeiros concursos competitivos e internacionais tenham lugar no próximo ano.

## UNIDADES DE SAÚDE

### *Cuidados de saúde primários*

#### **Situação actual**

- Insuficiente oferta de cuidados para a população: existe um número significativo de portugueses em lista de espera para atribuição de Médico de Família (cerca de 1 milhão de pessoas, segundo um levantamento efectuado pelas ARS);
- Insuficiências na organização dos centros de saúde: a nível do centro de saúde, são detectadas insuficiências em vários domínios: ausência de sistemas de informação adequados, necessidade de descentralização/desconcentração, necessidade de diversificação de respostas (público, privado, cooperativas, etc.) e necessidade de prestar formação aos profissionais, devidamente adaptada aos cuidados primários.
- Pouca flexibilidade na remuneração dos profissionais de saúde: Portugal é dos poucos países da UE onde os critérios de desempenho profissional não são considerados na remuneração dos profissionais de saúde no sector público, sendo esta remuneração essencialmente baseada num salário fixo.

#### **Intervenções necessárias**

- Reorganização dos centros de saúde: a reorganização dos centros de saúde constitui uma pedra basilar para a melhoria dos cuidados de saúde, a todos os níveis da prestação (primários, secundários e terciários). Esta mudança deve assentar em três vertentes. A primeira é a implementação de um sistema de informação que inclua a componente clínica, de tal modo que permita a transparência e, com ela, a responsabilização. Estes sistemas de informação devem ser úteis para todos os níveis de decisão (clínica, administrativa e de gestão local e central). Devem ser vistos não só como importantes meios de gestão e rentabilização dos recursos mas também como uma forma de minimização do erro, dando, assim, um forte contributo para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Um segundo aspecto prende-se com a descentralização - aproximação, tanto quanto possível, do local de acção. A preocupação dos serviços centrais deve ser mais sobre os resultados do que sobre o processo. Este será deixado à capacidade de inovação e de iniciativa dos serviços locais, devendo os centrais atender às necessidades de suporte e apoio. Deve caminhar-se no sentido da diversificação do tipo de oferta de unidades: público, privado, concessionado, cooperativo, etc., dentro do princípio de que o interesse das populações é prevalente. Finalmente, deve ser dada formação adequada às necessidades dos Cuidados de Saúde Primários, evitando transpor modelos hospitalares para o local errado. A formação terá que ser adaptada às funções e tarefas desempenhadas nos CSP, abrangendo todos os sectores profissionais. Neste campo da formação, há que destacar o facto de as direcções de gestão e clínicas ou técnicas nunca terem sido alvo de formação específica, o que constitui uma das graves carências dos CSP.

- Maior flexibilidade na remuneração dos profissionais de saúde: introdução de novos mecanismos de pagamento, designadamente através de modelos de capitação que associam a remuneração ao número de utentes inscritos em cada centro de Saúde e cada clínico, a par de novas formas de organização dos profissionais. Enquadrado pela dificuldade de inovação na Administração Pública, surgiu, em 1998, o Regime Remuneratório Experimental (seguidamente designado por RRE) dos Médicos de Clínica Geral, ao mesmo tempo que se faziam esforços por alargar esta reflexão a outras profissões na saúde e se experimentavam também outras formas de remuneração no hospital, sobretudo associadas aos programas de recuperação de listas de espera. O RRE aplica o princípio de que o pagamento aos profissionais deve estar relacionado, pelo menos em parte, à quantidade e qualidade do desempenho. A adesão, até agora limitada, ao novo sistema de remuneração precisa de ser formalmente avaliada, de modo a que a sua generalização se possa fazer de uma forma adequada.

### *Cuidados hospitalares*

#### **Situação actual**

- Ineficiências na gestão hospitalar: a gestão hospitalar em Portugal carece de rigor orçamental, de sistemas de garantia de qualidade e de sistemas de informação padronizados que permitam acompanhar de uma forma comparativa o desempenho dos gestores e da instituição.
- Inexistência de prémios de desempenho e incentivos à qualidade e ao cumprimento de objectivos de produção aos profissionais dos hospitais
- Uso inapropriado das urgências: na falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, as urgências tornaram-se, para muitos portugueses, o primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no Serviço Nacional de Saúde.
- Melhorar o acesso: o reforço das Redes de Referência Hospitalar é uma prioridade estratégica contemplada na medida 2.1 do Eixo prioritário II – Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade – do Programa Operacional Saúde XXI. Já estão aprovadas as redes de Psiquiatria e Saúde Mental, Materno-infantil, Intervenção Cardiológica, Oncologia, Nefrologia, Reumatologia, Infeciologia, Imunoalergologia e Medicina Física e de Reabilitação. Aguarda-se aprovação das Redes de Referência de Anatomia Patológica. As redes de Oncologia e Imunoalergologia aguardam publicação. Em fase de apreciação Ministerial estão as redes de Nefrologia e Reumatologia. As redes de Medicina Física e de Reabilitação e Transplantação estão em fase de conclusão. Aguarda-se aprovação das Redes de Referência de Anatomia Patológica e de Genética. Paralelamente, espera-se a aprovação de documentos no sentido da definição de Critérios para o desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, Unidades Básicas de Urgência e de Unidades de AVC. Estão em conclusão recomendações para o desenvolvimento de cuidados intensivos e de medicina nuclear.

### Intervenções necessárias

- Gestão mais eficiente dos hospitais: a implementação efectiva de um novo modelo de gestão empresarial implicado na transformação dos 31 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos pressupõe a criação de uma estrutura organizacional que possibilite o seu acompanhamento rigoroso, objectivado num plano específico de intervenção<sup>128</sup>.
- Alteração do modelo de financiamento criando a separação entre o financiamento e a prestação: articulando formas de contratação de produção que atenda a capacidade instalada e os recursos disponíveis ao nível de cada unidade e de cada região;
- Criação de instrumentos de avaliação de desempenho e de um sistema de incentivos que premeie o mérito e a qualidade
- Reorganizar as urgências: a solução dos problemas associados ao funcionamento das urgências passa pela reorganização dos centros de saúde, pela profissionalização do funcionamento das urgência, pelo alargamento do CODU ao distrito de Braga e ao Alentejo e por uma melhor definição das competências do INEM na coordenação dos meios de socorro.
- Melhorar o acesso através de Redes de Referência Hospitalar: o processo de empresarialização, de maior autonomia e responsabilização dos hospitais vem aumentar a necessidade de mecanismos sofisticados e rigorosos para a regulação de toda a rede hospitalar. Neste novo contexto organizacional, o conceito, a definição e o contínuo ajustamento das Redes de Referência Hospitalar têm uma importância redobrada, designadamente nos processos de contratualização, pagamento da produção e regulação das estratégias institucionais de investimentos. Estão em elaboração as redes de Genética, Cirurgia Vascular e Cuidados Continuados, pretendendo-se iniciar a preparação de uma rede de Endocrinologia e Doenças do Metabolismo. O processo de reorganização das Urgências Hospitalares é outra prioridade.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Monitorização do acesso a cuidados ambulatoriais	Elaboração e apreciação
Redes de referência	Elaboração e apreciação das rede de referência de anatomia patológica, genética, transplantes e das recomendações sobre cuidados intensivos

128 Despacho nº 24 828/2002 (2.a série).

## *Cuidados continuados*

### **Situação actual**

- Carência de cuidados continuados: o aumento progressivo da esperança média de vida e o aumento de pessoas vítimas de acidentes ou com patologias de evolução prolongada e potencialmente incapacitantes, criam novas necessidades de cuidados de saúde em situação de dependência, exigindo habitualmente uma forte componente de apoio psico-social, a que se deu a designação de *cuidados continuados*. Os cuidados continuados destinam-se a colmatar uma lacuna, realmente existente na sociedade portuguesa, no que se refere à escassez de respostas adequadas que satisfaçam as necessidades de cuidados de saúde decorrentes de situações de dependência, resultantes de doença de evolução prolongada, que se estima virem a aumentar nas próximas décadas. O Despacho Conjunto nº 407/98 possibilitou o lançamento de intervenções articuladas de apoio social e de cuidados de saúde continuados, dirigidos às pessoas em situação de dependência, através da criação das respostas integradas “Apoio Domiciliário Integrado” (ADI) e “Unidade de Apoio Integrado” (UAI). Estas e outras unidades carecem de um melhor definição e clarificação do perfil dos serviços a oferecer e dos seus utilizadores..

### **Intervenções necessárias**

- Desenvolvimento da Rede Mais: os serviços de cuidados continuados devem continuar a investir num nível intermédio de cuidados entre o nível de actuação dos centros de saúde e o nível de actuação hospitalar, que deve passar por internamentos de carácter transitório, prolongado e equipas móveis de prestação de cuidados domiciliários.

<b>Programas nacionais e áreas de intervenção</b>	<b>Intervenções prioritárias</b>
Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	Elaboração e apreciação
Contribuição da Saúde para a Rede Mais (Cuidados Continuados) <sup>129</sup>	Elaboração e apreciação

## *Serviços de saúde pública*

### **Situação actual**

- Deficiente desenvolvimento e enquadramento institucional: os Centros Regionais de Saúde Pública (CRSP), regulamentados por portarias publicadas no quadro do Decreto-Lei 286/99 de 27 de Julho, constituem um avanço qualitativo significativo na resolução dos principais problemas de saúde pública. A sua criação permite reforçar a rede de serviços de saúde pública de âmbito regional, com massa crítica profissional e capacidades técnicas que coordenem e apoiem os serviços de saúde locais, possibilitando a intervenção, particularmente em situações de alerta e que requeiram respostas rápidas e adequadas. Os CRSP constituem organismos coordenadores das actividades de saúde pública, com um papel central na avaliação do estado de saúde das populações e na monitorização dos eventos e serviços de saúde, com vista a uma melhoria na administração da saúde das populações. Os

<sup>129</sup> Aguarda aprovação superior.

CRSP ainda são relativamente recentes, pelo que ainda não se desenvolveram o suficiente para a garantia integral do cumprimento da sua missão, revelando ainda algumas insuficiências, nomeadamente: inexistência de quadro próprio, insuficiência de técnicos em termos de quantidade e diversidade de formações, do pleno funcionamento de um sistema de informação integrado e em alguns casos instalações insuficientes e uma injustificável limitação formal e institucional ao seu protagonismo.

- Necessidade de ajustamento das autoridades de saúde: a nomeação e as competências das autoridades de saúde estão explicitadas no DL336/93 de 29 de Setembro, carecendo, no entanto, de ajustamentos face à realidade actual e aos novos desafios no contexto nacional e Europeu.
- Desinteresse pela carreira de saúde pública: a carência de médicos em geral e, em especial, da carreira de saúde pública atingiu níveis preocupantes que dificultam o assegurar de funções de autoridade de saúde a todos os níveis, com a devida competência, bem como a condução de trabalhos que visam melhorar a situação de saúde do País.

### **Intervenções necessárias**

- Desenvolvimento dos Centros Regionais de Saúde Pública: dotação em meios humanos e materiais dos serviços regionais de saúde pública por forma a permitir o efectivo funcionamento e a garantir a resposta adequada destes serviços às actuais exigências decorrentes dos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e das populações. Assim, considera-se necessário aprovar alterações ao DL 286/99 de 27 de Julho no sentido do actualizar e compatibilizar com as anunciadas mudanças legislativas neste domínio.
- Alteração à legislação sobre autoridades de saúde: a carência de médicos de saúde pública e a necessidade de ajustar as funções atribuídas às autoridades de saúde impõem a aprovação de alterações à actual legislação (DL336/93 de 29 de Setembro)
- Melhorar a carreira de saúde pública: há que adoptar medidas legislativas no sentido de, por um lado dignificar os conteúdos da carreira médica de saúde pública e por outro criar incentivos de forma a tornar a carreira atractiva.

### *Melhoria do acesso*

#### **Situação actual**

- O acesso limitado ao ambulatório e às intervenções cirúrgicas: as listas de espera para procedimentos cirúrgicos continuam com dimensões inaceitáveis. Até que ponto é que a situação de listas de espera para consultas no ambulatório se encontra em situação semelhante é desconhecido.
- O subdesenvolvimento das aplicações da telemedicina: o desempenho do profissional de saúde tem de passar pela dotação de competências actualizadas e reconhecidas para conseguir dar uma resposta adequada às muitas situações que tem de enfrentar no seu dia-a-dia de trabalho. Estas respostas dependem também

de um ambiente de trabalho favorável. Apercebemo-nos de que um dos grandes impedimentos ao bom desempenho é o isolamento em que alguns profissionais trabalham nas zonas do Interior. Das várias implicações deste contexto, gostaríamos de realçar a telemedicina. A aplicação das tecnologias de informação e telecomunicações na Saúde é mais uma necessidade estratégica. Um Grupo de Trabalho para o estudo da Telemedicina debruçou-se sobre a definição operacional do conceito, a enumeração e avaliação das experiências e das soluções existentes, o reconhecimento das áreas a desenvolver e a identificação de limitações a vários níveis<sup>130</sup>. Este Grupo de Trabalho produziu um relatório que inclui recomendações para o desenvolvimento da *e.health* em Portugal.

- Acesso limitado e descoordenado do cidadão à informação: as novas tecnologias em Portugal têm uma penetração significativa entre a população (telefones fixos, telefones móveis, internet e televisão por cabo). Têm aparecido, tanto por iniciativa do sector privado como do sector público (por exemplo a linha gripe e a saúde 24) uma série de iniciativas de informação ao cidadão. Estas iniciativas têm sido descoordenadas e não o reflexo de um estratégia bem pensada.

### Intervenções necessárias

- Promoção e melhoria do acesso: a redução das listas de espera é uma prioridade tanto para intervenções cirúrgicas como para consultas em ambulatório. Para dar resposta à primeira, está em desenvolvimento o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC)<sup>131</sup>. A situação em relação à segunda precisa de ser documentada e caracterizada para que se lhe possa dar a resposta adequada.
- Apoio ao desenvolvimento da telemedicina: é necessário desenvolver orientações estratégicas sobre a telemedicina no SNS e em Portugal.
- Melhorar o acesso do cidadão à informação: a difusão das novas tecnologias em Portugal cria a oportunidade para o desenvolvimento de um Centro de Informação de Saúde para o Cidadão (*Contact Centre*). Este seria desenvolvido em três fases: (i) um número único de acesso a linhas verdes e a outras linhas de informação sobre saúde; (ii) uma fase de alargamento dos temas abordados, incluindo informação sobre processos básicos do SNS e tratamento de reclamações, aumentando-se ao mesmo tempo a interactividade do Centro através de portais *Web*; (iii) uma fase em que os serviços prestados incluiriam não só o aconselhamento mas também a triagem e encaminhamento de utentes aos diversos serviços do SNS.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Centro de Contacto da Saúde	Elaboração e apreciação
PECLEC (espera cirúrgica)	Desenvolvimento da aplicação informática SIGLEC
Carta de equipamentos da saúde	Colheita de informação, elaboração de carta e divulgação

<sup>130</sup> Despacho n° 24143/2001, em DR II de 27 de Novembro.

<sup>131</sup> Resolução do Conselho de Ministros n° 100/2002.

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

No âmbito do medicamento, as orientações são as seguintes: incremento da racionalidade terapêutica; promoção da informação que garanta um maior rigor e segurança na prescrição e acautele a sustentabilidade da despesa; promoção dos medicamentos genéricos; desenvolvimento da expansão dos medicamentos genéricos, incentivando a prescrição por denominação comum internacional (DCI); promoção da equidade no acesso aos medicamentos; comparticipação gradual, com uma base em preços de referência para grupos de medicamentos homogêneos, melhorando em simultâneo o acesso aos medicamentos por parte dos doentes de menores recursos e possuidores de doenças debilitantes. Constituem também referenciais as acções desenvolvidas a nível da União Europeia, nomeadamente a revisão da legislação farmacêutica, que, entre outros objectivos, visa facilitar o acesso aos medicamentos inovadores e a reflexão sobre inovação e acessibilidade ao medicamento no quadro do Grupo de Alto Nível G10, em que Portugal tem assento.

No contexto da melhoria da competitividade da indústria farmacêutica localizada em Portugal, foi aprovada em Conselho de Ministros uma resolução, a RCM nº 133/2002, de 12 de Novembro, que assume o carácter estratégico da indústria farmacêutica para o País. Nesta resolução, é criado, na dependência do INFARMED, o Conselho Consultivo para o Desenvolvimento Estratégico do Sector do Medicamento (CCDESM) - um interlocutor com o objectivo de promover o apoio e aconselhamento em áreas específicas, nomeadamente na dos medicamentos genéricos, desenvolvimento de estudos de Biodisponibilidade/Bioequivalência, ensaios clínicos, utilização de ferramentas electrónicas de comunicação - com as seguintes atribuições: definir uma política do medicamento baseada na qualidade, segurança e validação da racionalidade científica e económica; propor o reforço das actividades de investigação e desenvolvimento no sector do medicamento, nomeadamente em matéria de investigação; estudar formas de financiamento dos programas e medidas tecnológicas a implementar, com impacte no sector do medicamento, a nível nacional e internacional.

Ao Ministério da Saúde incumbe, através do INFARMED: facilitar o acesso aos medicamentos destinados a patologias raras e debilitantes, incentivando o seu fabrico; estimular a criação das condições necessárias ao fabrico e conseqüente introdução no mercado nacional de medicamentos que, pelas suas características, se revestem de reduzido interesse comercial (*p.ex. os destinados a patologias que afectam reduzido número de doentes, ou serem considerados medicamentos órfãos*); incrementar a produção nacional de medicamentos; agilizar os prazos de avaliação dos processos de licenciamentos e de autorizações; e adoptar medidas que promovam o desenvolvimento da investigação farmacêutica e clínica em Portugal.

### *Altas tecnologias da saúde*

#### **Situação actual**

- Assimetrias na acessibilidade às altas tecnologias: o desenvolvimento tecnológico tem posto à disposição da sociedade um conjunto de equipamentos, cada vez mais sofisticados, em vários domínios e também na medicina. Assim, desde o aparecimento dos RX até às últimas tecnologias com os positrões passando pela ecografia, pela hemodinâmica, pela tomografia axial computadorizada, pela braquiterapia e pela ressonância magnética, vai um longo caminho que muito tem contribuído para o diagnóstico e terapêutica dos doentes. A instalação destas novas

tecnologias tem surgido fundamentalmente nos hospitais ligados ao ensino e por iniciativa de organizações privadas, mas de um modo geral, sempre concentrados nos grandes centros urbanos de Lisboa, Porto e Coimbra. Este facto tem produzido algumas assimetrias na acessibilidade de todos os cidadãos portugueses, de que são exemplo aos aceleradores lineares para o tratamento do cancro e as hemodinâmicas diagnósticas no diagnóstico cardiológico.

- Legislação existente: a expansão das altas tecnologias em todo o mundo e também em Portugal levou os responsáveis, incluindo o nosso Ministério da Saúde, a produzir matéria legislativa reguladora da aquisição e instalação dos grandes equipamentos pesados.
- Carta de equipamentos: o Ministério da Saúde tem em curso uma carta de equipamentos da saúde que permite conhecer em pormenor todos os equipamentos que o país tem disponíveis, de modo a que esteja habilitado a tomar decisões sempre que haja necessidades de saúde não satisfeitas ou quando houver candidaturas para instalação destes equipamentos em determinada região.
- Necessidades do País: as recomendações entretanto produzidas no âmbito das redes de referência têm ajudado a estabelecer critérios mais explícitos para a definição de necessidades do País. Estas recomendações são também muito importantes para hospitais e para os operadores privados, ajudando-os a conhecer o que existe, áreas a descobrir e áreas já saturadas, facilitando-lhes assim a tarefa na organização das suas candidaturas.
- Acompanhamento por parte da DGS: a DGS tem ainda acompanhado a introdução gradual de novas tecnologias no País e a observância das recomendações para a instalação de outros equipamentos.
- Centros de genética: está em curso a Rede de Referência de Centros de Genética.

### **Intervenções necessárias**

- Necessidade de uma estrutura de missão: o País deveria, no entanto, ter uma estrutura que acompanhasse formalmente mais de perto esta matéria, integrando diversas instituições e um representante de cada um dos três principais hospitais universitários que estudasse o custo-benefício das novas tecnologias, promovesse o desenvolvimento de uma rede nacional harmoniosa em áreas muito diferenciadas (como por exemplo a cirurgia para a epilepsia e para a doença de Parkinson, a introdução da braquiterapia, do PET, etc.) .
- Desenvolvimento de uma rede de telemedicina: o desenvolvimento tecnológico de uma verdadeira rede de telemedicina em áreas vitais seria também um importante passo e que merecia um verdadeiro acompanhamento, já que a maioria das situações existentes são da iniciativa individual ou de algumas instituições, mas sem substrato forte que lhe dê coerência e continuidade.
- Transplantação de órgãos: é necessária uma política de transplantação de órgãos com definição de centros de transplantação numa lógica de referência.

- Centros de reumatologia: há que reforçar as capacidades dos centros de reumatologia.
- As redes e os recursos humanos: as redes de referência deverão ter muito em conta a existência de competências técnico-profissionais.
- Promoção das tecnologias de ponta: em algumas tecnologias de ponta, deveria caber à DGS o desenvolvimento da rede e a promoção de candidaturas, não deixando a iniciativa apenas aos hospitais (por exemplo, cirurgia para a epilepsia e para a doença de Parkinson).

### *Medicamentos e produtos de saúde*

#### **Situação actual**

- Sistema de comparticipação no custo dos medicamentos: a análise do actual sistema de comparticipações de medicamentos conduz-nos à constatação de que existem no actual sistema assimetrias e iniquidade resultantes do facto de que ao processo inicialmente desenhado, aparentemente, justo e distributivo, se associaram, por razões específicas e temporais medidas dispersas de comparticipação especial que levaram, nalguns casos, a constatação de que em determinadas situações o sistema necessita de ser revisto e actualizado.
- Acesso aos medicamentos: a acessibilidade ao medicamento, sendo em Portugal, de uma forma geral, bastante aceitável, carece, no entanto de alguma reflexão, no que concerne aos desafios que a revisão da legislação europeia acarreta, em particular, no que respeita à necessidade de adoptar mecanismos que promovam o acesso a determinados medicamentos, em particular, em situações de excepcional gravidade ou mesmo em situações para os quais a dimensão do nosso mercado não é suficientemente atractiva. Por outro lado a exigência cada vez maior, de que o acesso a alguns medicamentos que até ao momento eram apenas reservados a ambientes específicos e especializados sejam, em determinadas situações, disponibilizados ao público de uma forma mais ampla, permitindo alargar a sua acessibilidade e promovendo, concomitantemente uma maior racionalidade no acesso aos cuidados de saúde.
- Sistema de informação do medicamento: os sistemas de informação são já hoje uma ferramenta indispensável no apoio à decisão clínica e a um exercício clínico racional. Tem sido feito um esforço interessante e de valorizar pelos diversos parceiros do sector de saúde no sentido de incrementar o acesso à informação sobre o medicamento. Todavia, constata-se que o acesso a informação de qualidade e independente sobre medicamentos e produtos de saúde ainda está longe de atingir um valor que possamos considerar ideal.
- Prescrição e dispensa de medicamentos: também a este nível podemos constatar a necessidade de introduzir instrumentos de racionalização bem como de aumentar o grau de comprometimento dos cidadãos na selecção informada de medicamentos no sentido de se assegurar a sustentabilidade do sistema de saúde . Por outro lado

constata-se a necessidade de se aprofundarem os conhecimentos sobre os mecanismos determinantes da prescrição bem como os inerentes à adesão dos doentes às terapêuticas prescritas e dispensadas. Torna-se, portanto, urgente adoptar estratégias de investigação que nos permitam ao aprofundarmos os nossos conhecimentos nestas áreas melhorar a nossa capacidade de intervenção e com eles contribuir para um uso racional do medicamento.

### **Intervenções necessárias**

- Revisão do Sistema de Comparticipação de Medicamentos: inclui a introdução do regime de comparticipação com base em preços de referência para os medicamentos contendo substâncias activas para as quais estejam comercializados medicamentos genéricos<sup>132</sup> e a (esta medida está em estudo e não consta do decreto-lei dos preços de referência – reavaliação do sistema em vigor, nomeadamente os regimes especiais de comparticipação, de forma a melhorar a acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes de menores recursos e possuidores de doenças crónicas e incapacitantes). Continua também a reavaliação da comparticipação dos medicamentos com menor eficácia relativa, com o objectivo de permitir e facilitar a comparticipação dos medicamentos inovadores, com ganhos de saúde. É necessário também o reforço dos mecanismos de supervisão do preço dos medicamentos, nomeadamente para os medicamentos não abrangidos pelo regime de preços de referência e uma revisão do sistema global de determinação do preço dos medicamentos.
- Melhorar o acesso aos medicamentos: para tal são necessárias várias intervenções: (i) uma harmonização do regime de acesso aos medicamentos destinados a patologias raras debilitantes; (ii) a promoção da avaliação, autorização e utilização de medicamentos genéricos de forma activa e sustentada, criando-lhes uma imagem credível e duradoura, junto das classes médica e farmacêutica, bem como do cidadão em geral, através de: informação de carácter pedagógica aos cidadãos; informação e formação especializada aos profissionais de saúde e através da priorização da autorização de introdução no mercado e comparticipação; (iii) o desenvolvimento dos critérios aplicáveis aos medicamentos não sujeitos a receita médica.
- Melhoria do Sistema de Informação do Medicamento através de implementação de um mecanismo de recolha e difusão de informação: visando o incremento da informação destinada aos profissionais de saúde e aos cidadãos prevê-se: a introdução de novas formas de comunicação, reforçando a utilização dos meios electrónicos disponíveis (p.e. website do INFARMED, *newsletters* electrónicas destinadas a médicos e farmacêuticos), para difundir informação objectiva, nomeadamente sobre medicamentos autorizados, medicamentos comparticipados, suas indicações terapêuticas aprovadas, condições de utilização, custos, medidas sobre restrição ou suspensão de medicamentos, informação de farmacovigilância; a continuidade de actividades em vigor, tais como a publicação do *Prontuário Terapêutico*, do *Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos* em formato de papel e electrónico; a implementação de um sistema integrado de recolha de informação na área do medicamento, no âmbito do Sistema de Saúde, incluindo a utilização e consumo de medicamentos, com o objectivo de análise e avaliação coordenada a nível central; o desenvolvimento da função Observatório do

<sup>132</sup> Decreto Lei nº 270/2002, de 2 de Dezembro.

Medicamento, com optimização do sistema de monitorização do mercado, através da recolha e avaliação de informação farmacoepidemiológica e farmacoterapêutica, com o objectivo de promover a utilização racional dos medicamentos.

- Melhorar a qualidade e a eficiência da prescrição médica: estão em curso várias iniciativas: (i) promoção da prescrição por denominação comum internacional (DCI), abrangendo gradualmente os grupos de fármacos que incluem medicamentos genéricos; (ii) a adopção de um novo modelo de receita médica, com inclusão da modalidade de receita médica renovável; (iii) o desenvolvimento de sistemas de apoio à decisão clínica, através de uma melhoria da qualidade da informação sobre o medicamento e divulgação ao Sistema Nacional de Saúde e aos profissionais de saúde; (iv) o desenvolvimento de normas de orientação terapêutica a produzir através da participação das várias instituições interessadas (Direcção-Geral da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde) e tendo em consideração a evidência produzida no âmbito da avaliação do medicamento; (v) a reorganização da Farmácia Hospitalar<sup>133</sup>, o que requer a participação de vários organismos tutelados pelo Ministério da Saúde (INFARMED, DMRS, DGIES, IGIF, IQS, ARS) e assenta em cinco pilares essenciais: desenvolvimento de um sistema de informação (SIFARHO); implementação de um sistema de recolha de dados sobre prescrição e utilização de medicamentos em ambiente hospitalar (CONFARHO); implementação de alterações ao nível das infra-estruturas físicas e tecnológicas (INFARHO); implementação de uma política de recursos humanos (HUMFARHO); preparação de um sistema nacional de acreditação/certificação da farmácia hospitalar (SNAFARHO); (vi) a melhoria da cobertura farmacêutica, através do lançamento de um programa nacional de abertura de novas farmácias, com base no rácio populacional e tendo em conta necessidades específicas das populações residentes em localidades mais afastadas dos grandes centros, nomeadamente em locais onde existam outros equipamentos de saúde, ou através da instalação de postos móveis para dispensa de medicamentos.

## *Sangue*

### **Situação actual**

- Colheita de sangue insuficiente: esta situação resulta na necessidade de continuar a progressão do índice de dádiva (de 18/1000 habitantes em 1989, 29/1000 em 2001, para 40/1000, índice-padrão da OMS, até 2006), com o objectivo de auto-suficiência em concentrados eritrocitários.
- Insuficiências na organização da Rede Nacional de Transusão de Sangue: esta resulta em parte de a colheita de unidades de sangue ainda estar disseminada em pequenas unidades hospitalares, acarretando pouca rendibilidade dos recursos humanos e financeiros, encarecendo desnecessariamente o sector.
- Ausência de um sistema de hemovigilância: não existe ainda em Portugal um sistema de hemovigilância adequado.
- Desadaptação em relação a directivas europeias: a Directiva do PE e do Conselho sobre normas de qualidade e de segurança do sangue doado ainda não foram oficializadas em Portugal.

<sup>133</sup> RCM n° 128/2002, de 7 de Novembro de 2002.

**Intervenções necessárias**

- Aumento da colheita de sangue: continuar os programas de promoção da dádiva de sangue e de educação/informação da população portuguesa saudável, incentivando os seus deveres de cidadania.
- Melhorar a organização da Rede Nacional de Transfusão de Sangue: manter a continuação da reorganização da RNTS, concentrando a colheita de sangue nos três Centros Regionais de Sangue de Lisboa, Porto e Coimbra do IPS.
- Melhorar o sistema de informação: isto implica a Introdução da implementação do Sistema Nacional de Hemovigilância.
- Adopção das novas directivas europeias: aprovação da nova Lei Orgânica do IPS e demais legislação para enquadrar a nova Lei Supranacional da UE.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Promoção da Dádiva de Sangue, visando a auto-suficiência nacional	Campanhas Nacionais: Verão e Natal/Ano Novo. Mobilização de recursos humanos e materiais.
Processo de Reorganização do Sector (Rede Nacional de Transfusão de Sangue) (RNTS)	Continuação do processo de concentração gradual da colheita e estudo de sangue no IPS/CRS.
Automatização da RNTS	Sistemas de Informação para Dadores e Dádivas, Gestão e Vigilância do Sangue e Distribuição do Cartão Nacional de Dador de Sangue (CNDS).
Sistema de Certificação e Acreditação do IPS/CRS	Definição, uniformização e harmonização de funções e responsabilidades dos Serviços Centrais e CRS.
Sistema de Distribuição de Componentes Sanguíneos	CPI para aquisição de serviços de transporte e monitorização dos componentes sanguíneos, a nível nacional.
Desenvolvimento Laboratorial	Organização logística para a introdução das TAN.
Sistema Nacional de Hemovigilância	Início da sua implementação

## RECURSOS HUMANOS

### *Gestão de recursos humanos*

#### **Situação actual**

- Informação desactualizada sobre as características e a distribuição dos recursos humanos: a informação disponível, embora vasta, não tem permitido responder atempadamente e com o rigor desejado às actuais necessidades de planeamento. A complexidade e o grau de variabilidade do sector da saúde, evidenciados pelas reformas em curso, acentuam as insuficiências da informação disponível.
- Défi ce de profissionais de saúde e assimetrias na sua distribuição regional: os profissionais da saúde representam uma parte essencial dos recursos do sistema de saúde. Num processo de produção em que as novas tecnologias não são substitutivas de mão de obra, como sucede nou tro tipo de organizações, é reconhecida a carência de profissionais, nomeadamente de enfermeiros e médicos, que se assume como um dos obstáculos ao desenvolvimento dos projectos de saúde que se pretendem concretizar. Relativamente ao pessoal médico, embora o número não se afaste da média de habitantes por médico dos países europeus, verifica-se uma má distribuição por especialidade, com carências marcantes nas carreiras de clínica geral e saúde pública, bem como em algumas especialidades hospitalares. A concentração de médicos e enfermeiros nos estabelecimentos de saúde do litoral, nomeadamente em Lisboa, Porto e Coimbra, tem conduzido a problemas de escassez destes profissionais nos serviços da extrema periferia com a consequente dificuldade de resposta às solicitações das populações que servem.
- Necessidade de revisão do elenco de profissões de saúde à evolução das necessidades de saúde dos cidadãos, das técnicas assistenciais e à implementação de novos modelos organizacionais: o aparecimento de novas doenças e de novas formas de diagnóstico, a par da evolução tecnológica determinam, entre outros aspectos, conteúdos funcionais inadequados de algumas profissões da saúde, quer ao nível dos cuidados diferenciados, quer ao nível dos cuidados primários. Por outro lado, o pretendido desenvolvimento dos cuidados primários e continuados determinam novas carências de profissões até agora pouco utilizadas, bem como de outras, de momento, inexistentes.
- Sistema remuneratório não associado ao desempenho, desligado do cumprimento de objectivos: tendo por base quase exclusivamente o horário de trabalho, o regime de remuneração vigente não permite uma diferenciação positiva, que tenha em linha de conta a qualidade e quantidade de trabalho. Tal situação, tem fomentado o recurso a horas de qualidade ou horas extraordinárias, conduzindo a modelos, na maioria dos casos, mais caros, mas sem os correspondentes benefícios para a saúde das populações.
- Coexistência de dois regimes laborais distintos: a entrada em vigor do novo regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8/11, e a consequente transformação de alguns hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, coloca questões sobre as implicações da mudança da sua natureza jurídica, nomeadamente no que diz respeito a carreiras, vínculos,

antiguidades e opção voluntária dos actuais recursos humanos pelo contrato individual de trabalho. Simultaneamente, a manutenção da relação jurídica de emprego público nesses estabelecimentos de saúde, relativamente aos profissionais que já aí prestavam serviço e entendem manter o estatuto jurídico anterior, coloca questões sobre equidade de tratamento, entre outros, relativamente a horários, regimes de trabalho, horas extraordinárias e incentivos.

### **Intervenções necessárias**

- Desenvolvimento de um sistema de informação integrado: é necessário um sistema de informação dos recursos humanos da saúde que permita um conhecimento rigoroso e actualizado das características e da distribuição dos recursos humanos e a previsão de necessidades, a curto e médio prazo, tendo em vista a correcta definição de uma política de recursos humanos. Reforço do investimento num sistema de informação nacional de recursos humanos, nomeadamente na aplicação RHV (Recursos Humanos e Vencimentos), desenvolvida pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, levando à sua permanente actualização e à sua utilização generalizada. Introdução de mecanismos que permitam normalizá-la, criando regras de utilização homogêneas a divulgar pelos diferentes serviços e organismos do Ministério.
- Adequação da oferta, em quantidade e qualidade, de profissionais de saúde às necessidades dos cidadãos e do Sistema de Saúde: para tal é necessário um plano estratégico para a formação em parceria com o Ministério da Educação, entre outras entidades, e propondo medidas para a resolução de carências a curto e médio prazo. Correção das carências mais graves e das assimetrias regionais na distribuição de recursos humanos no SNS, de forma a proporcionar mais e melhores cuidados de saúde e em condições de igualdade, a todos os cidadãos, nomeadamente através da atribuição de estímulos e incentivos aos profissionais que optem por colocação em serviços e áreas de prestação de cuidados carenciados. Apesar das medidas implementadas, decorrentes da aplicação do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24/4, que prevê a colocação de médicos em estabelecimentos e especialidades carenciados, afigura-se necessário encontrar soluções que melhor se ajustem, não só às necessidades concretas de cada região, mas também à própria tipologia dessas carências, pretendendo-se, por isso, a aprovação de um novo projecto de diploma, que proporcione estímulos e incentivos aos médicos colocados em serviços carenciados e tenha em conta a natureza jurídica dos diferentes estabelecimentos e a relação jurídica de emprego aplicável.
- Adequação dos sistemas remuneratórios: estudo e acompanhamento do sistema remuneratório das carreiras dos profissionais da saúde e desenvolvimento de novos modelos remuneratórios ligados ao desempenho que tenham em conta as reformas em curso e permitam aumentar a eficiência dos recursos humanos.
- Inovar o enquadramento jurídico: acompanhamento das reformas do SNS em curso, bem como das implicações decorrentes do novo regime de gestão dos serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, preparando e propondo orientações sobre o novo enquadramento jurídico em matéria de recursos humanos.

## *Formação de recursos humanos*

### **Situação actual**

- Défice de planeamento, controlo e avaliação da formação no MS: a falta de estudos de diagnóstico e de avaliação globais constitui, desde logo, um dos indicadores mais representativos da actual situação da formação no MS, caracterizável essencialmente a partir de um “conhecimento empírico”, resultante de uma experiência acumulada pelos serviços, e ainda de relatórios e outros documentos elaborados pontualmente por diferentes entidades. Por outro lado, assiste-se ao desenvolvimento de iniciativas de formação não articuladas entre si e com as estratégias nacionais, regionais e locais e cujo impacto na melhoria do funcionamento dos serviços se desconhece, por parte dos serviços centrais, desconcentrados e dos próprios estabelecimentos de saúde.
- Indefinição de papéis e de competências: são vários os actores e entidades do MS envolvidos na produção de formação dirigida aos activos da saúde, num contexto em que papéis e competências em matéria formativa não estão claramente explicitados e/ou são, com frequência, ambivalentes. Trata-se de uma situação que traduz não só uma gestão pouco racional de energias e recursos mas, fundamentalmente, um grave impedimento a uma adequada operacionalização das mudanças e das estratégias que se pretendem para a saúde. Paralelamente, a acreditação das estruturas formativas das diferentes entidades do MS é feita mediante um sistema burocrático, pouco fiável e credível que não garante o exercício de funções formativas de acordo com parâmetros de qualidade e de gestão modernas.
- Formação não orientada para as necessidades: a ausência de um planeamento anual da formação do MS reflecte-se ainda numa oferta formativa não enquadrada num referencial claramente definido em função das necessidades efectivas do desenvolvimento dos serviços e das competências-chave para as mudanças desejadas. Prevalece uma lógica de interesse temático, que se concretiza na reprodução de “textos formativos” descontextualizados, em detrimento de uma lógica de desenvolvimento estratégico dos recursos humanos, assente em soluções de formação promotoras de uma estreita ligação entre a formação e as necessidades actuais e futuras do exercício profissional e do funcionamento das organizações.

### **Intervenções necessárias**

- Melhor planeamento da formação no MS: a optimização dos recursos humanos da saúde através da formação só será possível se enquadrável numa política planificada de formação, que preveja uma cooperação e intervenção articulada das várias entidades da saúde, em particular, dos organismos centrais, bem como uma adequada e controlada gestão de recursos técnico-financeiros e que exija uma avaliação e medida do impacto das iniciativas no desempenho das organizações, visando a identificação e disseminação de práticas eficazes / eficientes, na gestão dos recursos humanos e na implementação de mudanças desejadas. Por outro lado, o planeamento anual a desenvolver deve ainda conferir especial atenção à adequação dos planos formativos dos serviços desconcentrados às estratégias globais da saúde e dos serviços. A criação de uma instância com responsabilidades

nos âmbitos referidos afigura-se, dada a complexidade e premência das mesmas, como uma solução possível.

- Melhor definição de papéis e competências: importa redesenhar o sistema formativo no MS, estabelecer de forma clara e inequívoca papéis e competências das diferentes entidades em matéria de formação assim como domínios específicos de colaboração e intervenção conjunta, no quadro das prioridades definidas para a saúde. Não basta clarificar quais os âmbitos específicos e partilhados de actuação, é ainda necessário garantir que as estruturas formativas das várias entidades respeitem parâmetros de qualidade e de gestão para a formação, o que pressupõe uma revisão do sistema actual de acreditação, visando uma alternativa mais fiável e credível.
- Formação orientada para as necessidades: a construção de uma estratégia de formação, enquadrada numa estratégia nacional para o sector da saúde e operacionalizada, em primeira instância, num plano anual de formação, mostra-se indispensável para assegurar a coerência das iniciativas de formação no MS, tal como a sua capacidade de resposta às necessidades decorrentes dos programas da saúde e do funcionamento dos serviços. No contexto de uma orientação global para a formação, importará definir referenciais claros, que contemplem padrões de qualidade e de gestão para a formação assim como competências profissionais gerais e específicas, articuladas em perfis de desempenho e adequadas ao exercício da actividade profissional.

## QUALIDADE EM SAÚDE

É por todos visível que o nosso sistema de saúde peca por uma escassa cultura de qualidade, desde logo na resposta que dá às expectativas legítimas dos cidadãos utilizadores. É, por outro lado, insuficiente a divulgação de experiências devidamente avaliadas e que configuram sinais de sucesso. Saúde, concorrem todos os projectos supracitados e a sua divulgação pública. Daí a adopção pelo IQS de uma política de informação que disponibilize às diversas profissões da saúde conhecimento sobre experiências, ferramentas e técnicas já comprovadas, adaptadas às instituições de saúde, quer se trate de contextos privados ou públicos. Assim, desde a sua criação, o IQS tem publicado com regularidade a revista *Qualidade em Saúde* e vários boletins informativos. Tem também mantido uma página na *internet* ([www.iqs.pt](http://www.iqs.pt)). Em 2003 esta política editorial conhecerá um aprofundamento da sua componente técnica, indo ao encontro de uma ainda maior disponibilidade da informação que deverá traduzir-se num reforço da cultura e prática da qualidade em saúde.

### *Qualidade da prestação de serviços de saúde*

#### **Situação actual**

- Défice organizacional dos serviços de saúde: os diagnósticos efectuados e publicados referentes ao desempenho dos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde e centros regionais de saúde pública) e a experiência recente do IQS têm demonstrado a existência de um grande desequilíbrio entre o nível da prestação dos profissionais e a adequação dos contextos organizacionais e afirmação de lideranças em que estes trabalham.

- Falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão: os principais agentes de decisão, investigadores em saúde e líderes de opinião convergem na constatação da escassez (ou mesmo inexistência) de indicadores válidos e fiáveis que suportem a gestão estratégica e operacional de muitos hospitais, centros de saúde e centros regionais de saúde pública.
- Insuficiente apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica: é hoje reconhecida internacionalmente a necessidade da existência de um conjunto de suportes que forneçam bases estruturadas ao processo de diagnóstico e de decisão terapêutica. Está também demonstrada a sua efectividade na integração das actividades das diferentes competências que intervêm no processo de prestação de cuidados em saúde, reduzindo a variabilidade não desejada e reforçando a adopção de boas práticas.

### **Intervenções necessárias**

- **Intervir para melhorar a qualidade organizacional dos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde e centros regionais de saúde pública)**: a actividade do IQS nesta vertente continuará a centrar-se no desenvolvimento de quatro projectos (i) acreditação de hospitais (IQS/KFHQS) – Iniciado há três anos ao abrigo do protocolo com o King's Fund Health Quality Service abrange 19 hospitais distribuídos pelas cinco regiões de saúde. No ano de 2003 estima-se o lançamento de mais cinco hospitais. Já possuem acreditação total os hospitais Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) e Pedro Hispano (Matosinhos) e acreditação provisória o Hospital Dr. José Maria Grande (Portalegre) e o Hospital de São Teotónio (Viseu). Nos hospitais em que venha a verificar-se a inexistência de condições para a conclusão da acreditação no tempo previsto, proceder-se-á ao alargamento da aplicação desta metodologia e do Manual de Acreditação nas áreas de liderança e gestão de recursos, com especial ênfase na gestão dos riscos clínico e não clínico, higiene, segurança e ambiente. Para a avaliação do Manual de Acreditação, o IQS propõe-se continuar a desenvolver a formação de auditores na área da qualidade em saúde. Sente-se também a necessidade de uma discussão sobre a criação de um organismo acreditador; (ii) a avaliação da qualidade organizacional de centros de saúde (MoniQuOr) – iniciado há cinco anos, este projecto partiu de um processo voluntário de monitorização da qualidade organizacional dos centros de saúde, tendo-se evoluído após dois ciclos de auto-avaliação para um processo de avaliações cruzadas. Durante o ano de 2003, o Moniquor irá evoluir para um sistema de qualificação de centros de saúde. Verificada que está a validade e aceitabilidade dos critérios pelos quais os centros de saúde foram avaliados, trata-se agora de garantir os meios para se avançar na construção de um sistema nacional de qualificação dos Centros de Saúde, que deverá incorporar também os resultados da avaliação da satisfação dos utentes e profissionais; (iii) qualidade da gestão (QualiGest) – tendo como referência o modelo de excelência organizacional da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), foram produzidos critérios para auto-avaliação para permitir aos órgãos de gestão das unidades de saúde e às ARS diagnosticar e quantificar os seus avanços e/ou desvios em relação a uma prática de gestão baseada nos princípios da qualidade total. Por ter acompanhado as actividades do Health Sector Group da EFQM, como membro participante, o IQS pretende agora desenvolver este projecto aplicando o modelo entretanto desenvolvido pela EFQM para os serviços públicos e aprovado oficialmente pela

Comissão Europeia – o *Common Assessment Framework* (CAF). Pretende-se obter para 2003 a adesão de 10 hospitais e centros de saúde, permitindo obter um primeiro autodiagnóstico sistemático das suas práticas de gestão; (iv) manuais de qualidade na admissão e encaminhamento de utentes – Este programa, criado, desenvolvido, coordenado e gerido pelo IQS consiste em definir procedimentos de gestão da qualidade, compilados sob a forma de um Manual da Qualidade e destina-se a permitir que os profissionais de saúde, em estreita cooperação com as administrações, possam controlar e gerir o processo de admissão, atendimento e consequente encaminhamento de utentes, logo desde o seu primeiro contacto com a instituição. Tendo sido já concluídos 38 manuais correspondentes a 20 instituições e emitidas, por auditor externo, as declarações de conformidade de 18 dos serviços envolvidos (4 das quais já renovadas), prevê-se para 2003 o alargamento do projecto para mais serviços das mesmas instituições e para novas instituições, assim como a atribuição de algumas certificações de conformidade.

- Melhorar os indicadores de desempenho e de apoio à decisão: para contribuir para a resolução deste problema, o IQS tem em fases diferentes de desenvolvimento quatro projectos principais: (i) avaliação do grau de satisfação dos cidadãos utilizadores dos serviços de saúde (hospitais, centros de saúde e centros regionais de saúde pública)- em colaboração, entre outras instituições, com o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), o IQS tem estado a promover a realização de avaliações de satisfação aos utilizadores dos hospitais que integram o programa nacional de acreditação. Também em relação aos centros de saúde está concluído o maior estudo até agora efectuado a nível nacional, funcionando as suas conclusões como um auxiliar da gestão das organizações de saúde, tornando-se imprescindível num processo de transformação do sistema de saúde que vise colocar o utente no centro do sistema, ao mesmo tempo que sejam introduzidas medidas de competitividade. Para 2003, prevê-se continuar o acompanhamento do programa de acreditação, assim como realizar relatórios finais das avaliações da satisfação em ambos os tipos de unidades de saúde; (ii) avaliação do grau de satisfação dos profissionais dos serviços de saúde – também em colaboração com o CEISUC, o IQS tem estado a preparar um projecto com o objectivo de avaliar o grau de satisfação dos profissionais do SNS. Tendo já sido provisoriamente apresentado a financiamento pelo Programa Operacional da Saúde (Saúde XXI), prevê-se para 2003 a sua realização; (iii) indicadores de desempenho de unidades de cuidados críticos – Está em fase final de preparação a candidatura ao Programa Operacional da Saúde (Saúde XXI) um projecto que visa monitorizar a qualidade de procedimentos e de resultados da actividade assistencial desenvolvida no âmbito das unidades de cuidados críticos dos hospitais portugueses. Trata-se de um projecto de *benchmarking* de indicadores clínicos e englobará, em 2003, as unidades dos seguintes hospitais: Instituto Português de Oncologia Dr. Francisco Gentil (Centro Regional do Sul), Hospital Infante D. Pedro em Aveiro, Hospital Distrital de Setúbal e Hospital dos Capuchos em Lisboa. Está prevista a sua extensão a outras unidades de cuidados críticos do país; (iv) programa português de indicadores de qualidade (PQIP) – projecto de *benchmarking* de indicadores clínicos de processo e de resultados dos hospitais, iniciado na *Association of Maryland Hospitals and Health Systems* pelo *Center for Performance Sciences*, em aplicação em 2.079 unidades de saúde de oito países: EUA (1.800), Alemanha (7), Áustria (36), Bélgica (16), Holanda(3), Portugal (8), Reino Unido (138), Singapura (16) e Taiwan (73). Iniciado há três anos em Portugal pelo IQS com a colaboração de oito hospitais está, em 2003, em fase de candidatura

para o Programa Operacional da Saúde (Saúde XXI), prevendo-se o seu alargamento a mais 25 hospitais portugueses.

- Apoio estruturado às áreas de diagnóstico e decisão terapêutica: o programa das Normas de Orientação Clínica (NOC) constitui-se como uma das frentes prioritárias do IQS no apoio às profissões técnicas de vocação assistencial. Com a publicação pelo IQS do livro *Normas de Orientação Clínica*, foram definidas metodologias de referência na área das NOC. Em Dezembro de 2002 foi também publicado um livro intitulado *Normas de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Em 2003, prevê-se a elaboração e divulgação de novas NOC, em parceria com as Sociedades Científicas, a criação e o desenvolvimento de NOC sobre actividades de prevenção em cuidados primários de saúde e a tradução, adaptação e divulgação de NOC elaboradas, a nível internacional, por organizações técnico-científicas credíveis.

### *Qualidade do diagnóstico laboratorial*

#### **Situação actual**

- Sub-desenvolvimento de sistemas de controlo da qualidade do diagnóstico laboratorial: no que se refere ao controlo de qualidade nem todos os laboratórios executam controlo interno do seus ensaios analíticos e só alguns participam em ensaios interlaboratoriais nacionais ou internacionais no quadro da avaliação externa da qualidade. A este propósito há a notar que os laboratórios de Saúde Pública dos Centros Regionais de Saúde Pública carecem, igualmente, de formular, implementar e avaliar programas de aperfeiçoamento neste domínio, à luz das normas em vigor e das orientações emanadas do INSA.

#### **Intervenções necessárias**

- Melhorar a qualidade do diagnóstico laboratorial: para além da melhoria das instalações e equipamentos considera-se oportuno a implementação de um sistema de garantia de qualidade de acordo com as normas vigentes (Norma ISO 9000 e a Norma Portuguesa 17025). A este respeito os Laboratórios de Saúde Pública (dependentes dos Centros Regionais de Saúde Pública) devem desempenhar um papel exemplar em cada região em estreita colaboração com o INSA (laboratório nacional de referência).

### *Humanização dos serviços*

#### **Situação actual**

- Nova dimensão da Ética no Sistema: reconhece-se a inexistência de um fio condutor, representado pela dimensão Ética, no que se refere a direitos e deveres de cidadãos, de profissionais e de responsáveis que intervêm no Sistema de Saúde. A oportunidade do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas é disso exemplo, na medida em que um sistema nacional de saúde humanizado não é compatível com listas de espera daquela magnitude.
- Comissões de Ética sem formação específica: é de realçar também que, apesar de já existirem Comissões de Ética em 92% dos hospitais do SNS, 60% dos membros não tem formação específica nesta matéria.

### Intervenções necessárias

- Nova dimensão da Ética no Sistema: em 2003, atribuir-se-á um novo impulso à Ética, nas múltiplas fases que interessam a todos os actores que intervêm no Sistema de Saúde (incluindo o sector privado e o público, quer hospitais, quer centros de saúde, quer centros regionais de saúde pública). Dimensão que incluirá, necessariamente, direitos e deveres de cidadãos, de médicos, de técnicos, de profissionais e de responsáveis. Do acesso à humanização dos serviços, da responsabilidade à deontologia, do conhecimento dos respectivos direitos e deveres à sua observação prática são áreas que requerem um novo enquadramento, incluindo o legal.
- Formação dos membros das Comissões de Ética: no quadro dos financiamentos disponíveis para formação de dirigentes, investir na formação dos membros destas comissões.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Programa Nacional de Acreditação de Hospitais	Criação de um Organismo Acreditor e de estruturas de apoio e gestão do programa.
Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial	Alargamento do nº de participantes
	Lançamento de novas áreas (plumbemia, hepatites víricas, urina II)
	Vigilância de equipamentos e reagentes para diagnóstico <i>in vitro</i> .

## SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

No contexto de garantir a efectividade das intervenções contempladas neste plano, assume uma grande importância criar os mecanismos que permitam proporcionar um nível adequado de coordenação à informação da saúde. Para tal, é necessário conhecer melhor o nível de saúde das populações e tomar ou propor a adopção das medidas necessárias ao seu bem-estar. É igualmente importante monitorizar a produtividade, a efectividade, a eficiência e a qualidade dos programas e serviços de saúde prestados às populações, assim como identificar situações de risco para a saúde e monitorizar e corrigir as metas para a saúde, definidas nos programas estratégicos do governo. Por último, o Ministério da Saúde precisa de ter ao seu dispor mecanismos adequados à colaboração intersectorial e interinstitucional para melhor garantir uma gestão racional do conhecimento da área da saúde em Portugal.

Para além da vertente aplicacional e informacional referida no parágrafo anterior, é de relevar neste ponto a importância da componente tecnológica e de equipamentos. De facto, só após ter sido implementada uma base tecnológica mínima e de difusão universal se poderá garantir uma monitorização transparente dos processos produtivos da Saúde, monitorização essa que não deverá, de modo algum, influenciar negativamente a qualidade dos mesmos processos. Esta questão é tão mais importante quanto mais crítica for a necessidade de gestão dos programas e serviços de saúde, e quanto mais importante for a necessidade atempada de acções correctivas.

O IGIF tem a incumbência de preparar e apresentar à tutela o Plano Estratégico de Sistemas de Informação e Comunicação para a Saúde. É deste Plano que se retiram algumas das orientações abaixo referidas como resposta aos problemas actualmente verificados.

### *Sistema de informação*

#### **Situação actual**

- Conceptualização do sistema de informação da saúde: o sistema de informação da saúde apresenta um quadro desagregado e descentralizado, heterogéneo nas soluções e plataformas aplicacionais utilizadas, não se descortinando a existência de um modelo de dados global e coerente nem de políticas tendentes à normalização dos processos de TIC. Neste sentido, o secretariado técnico de sistemas de informação (SETESI), criado no âmbito do apoio necessário ao Alto-Comissário da Saúde no que respeita à monitorização necessária dos ganhos de saúde, tem tentado cumprir este papel coordenador. Por outro lado, a legislação que regulamenta algumas das actividades associadas ao sistema de informação, nomeadamente a que regulamenta as DDO, está desactualizada.
- Qualidade indefinida da informação: do ponto anterior, resulta claro ser tarefa árdua a definição rigorosa do nível de qualidade da informação existente para gerir o SNS. As estatísticas de mortalidade continuam a ter uma fraca qualidade, cujas causas estão identificadas.
- Falta de normalização de conceitos: a falta de normalização de conceitos estatísticos tem impacto negativo directo na gestão da metainformação da Saúde. Como exemplos, refira-se a inexistência de indicadores normalizados, de uma tabela central de instituições, ou a evolução de estruturas de dados não geridas directamente pelo Ministério (por exemplo, a recente introdução da CID na codificação de causas de morte e o aparecimento da Classificação Internacional de Funcionalidades). Estes exemplos levantam questões que urge resolver.
- Coordenação deficiente da recolha e análise de dados, divulgação de informação e apoio à decisão: como exemplo desta deficiente coordenação, refira-se que para obter informação sobre os recursos e a actividade dos Hospitais, foi desenvolvido um instrumento de notação, numa parceria INE/DGS, para a recolha anual de dados dos hospitais. Ao mesmo tempo, esta informação reside noutros sistemas geridos pelo Ministério, nomeadamente na informação produzida e gerida pelo Sonho, pelo RHV e pelo agrupador de GDH.
- Importância das emergências em saúde pública: emergências em saúde pública assumiram nova dimensão depois de 11 de Setembro de 2001. Até então, não era imaginável que a situação de saúde fosse influenciável pela libertação deliberada de agentes microbiológicos patogénicos na natureza. Por isso, para além da vasta experiência acumulada que os serviços de saúde pública detêm, desde há muito, no processo de identificação e gestão de riscos que ameaçam a saúde humana, têm que estar preparados, agora, para responder rapidamente a alertas no seguimento de ameaças terroristas. Não se abordam situações decorrentes de catástrofes naturais, que envolvem necessariamente os serviços de protecção civil.

## Intervenções necessárias

- Conceptualização do sistema de informação da saúde: a coordenação dos sistemas de informação é uma função essencial. Nesse sentido, estão a ser estabelecidas as necessárias linhas de orientação, de emanação central, para que de modo descentralizado se promova a compreensão global do nível de saúde das populações e a adopção de medidas necessárias ao seu bem-estar, onde se incluem: a monitorização da produtividade, da eficácia, da eficiência e da qualidade dos programas e serviços de saúde; a identificação de situações de risco para a saúde; a monitorização e correcção de metas para a saúde, definidas nos programas estratégicos do Governo; a contribuição para o desenvolvimento de mecanismos adequados à colaboração intersectorial e interinstitucional, para melhor garantir uma gestão racional do conhecimento da área da saúde em Portugal.

A *vigilância epidemiológica* é uma responsabilidade partilhada entre várias instituições do Ministério da Saúde. É ainda regulamentada por uma legislação antiquada (de 1949), mal coordenada, que tem uma base essencialmente clínica, sendo demasiado rígida nas respostas previstas às ameaças representadas pelas doenças transmissíveis. Ainda não faz pleno uso das novas tecnologias de informação e negligencia as doenças crónico-degenerativas, os problemas ambientais e as práticas médicas, entre outras. Estes são aspectos que estão e continuarão a receber a devida atenção. Uma moderna vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis não pode existir sem uma vigilância laboratorial contínua e programada, incluindo não só a identificação dos agentes mas também a sua caracterização serotípica e genotípica. O investimento no Centros Regionais de Saúde Pública e nos Laboratórios de Saúde Pública pode e deve vir a ter importantes reflexos no controlo destas patologias<sup>134</sup>. Na monitorização de doenças crónico-degenerativas, o cancro merece um destaque especial. O desenvolvimento de políticas e programas de saúde requerem a existência de indicadores de saúde fiáveis e produzidos com a frequência necessária a cada caso concreto. A monitorização da mortalidade e morbidade relativas aos tumores malignos é essencial para a fundamentação e acompanhamento de programas de saúde, em geral, e de oncologia, em particular.

Os *registos nacionais* (nomeadamente o de anomalias congénitas no INSA) e, mais especificamente, os Registos Oncológicos Regionais (ROR) são um instrumento essencial na monitorização destes programas, e receberão todo o apoio essencial para lhes continuar a garantir a instrumentalidade efectiva na prossecução do objectivo de esboçar um retrato objectivo e atempado da situação do problema que monitorizam.

Os *sistemas sentinela* não têm, no contexto dos sistemas de informação existentes, recebido a atenção necessária. É por essa razão que se propõe, para 2003, uma nova lei quadro de vigilância epidemiológica, que contemple doenças infecciosas e não infecciosas, agudas e crónicas, assim como riscos para a saúde.

- Conhecer a qualidade da informação: para as estatísticas melhorarem a sua qualidade, foi iniciado, em 2000, um plano de melhoria das estatísticas de mortalidade, com o objectivo de, até 2005, a mortalidade por Sintomas, Sinais e Afecções Mal Definidas diminuir de 13% para 5%. Para tal, introduziu-se um novo certificado de óbito e novos circuitos de transmissão dos dados e fez-se a transição para a CID 10 a 1 de Janeiro de 2002. A partir de 2003, impõe-se a melhoria da

<sup>134</sup> Portugal. DGS. Centros Regionais de Saúde Pública e Laboratórios de Saúde Pública. Recomendações para o seu Desenvolvimento. (Documento em conclusão).

formação dos médicos relativamente ao preenchimento dos certificados de óbito, a introdução de processos sistemáticos de controlo de qualidade e validação dos dados e, no mais breve trecho possível, a automatização da codificação, com a introdução de múltiplas causa de morte. Isto é particularmente importante para dar maior relevo à co-morbilidade associada à causa básica de morte, tão frequente na fase actual da transição epidemiológica. O melhor preenchimento de campos, geralmente deixados em branco, como o da ocupação, permitirá uma análise mais refinada das desigualdades em mortalidade.

- Normalização de conceitos: o Grupo de Trabalho para a normalização de conceitos propõe, para 2003, a continuação dos trabalhos no sentido de os conceitos definidos e entretanto aprovados pelo Conselho Superior de Estatística passarem a ser os conceitos nacionais e, portanto, aqueles que serão utilizados nas estatísticas nacionais. Por outro lado, e ainda na sequência daquele trabalho, mostra-se necessária a elaboração da definição dos indicadores, tendo em atenção os diferentes níveis de utilização das estatísticas referentes à actividade das Instituições de Saúde. Está também previsto prosseguir os trabalhos de integração dos conceitos de Saúde Mental, que serão posteriormente apreciados pelo Conselho Superior de Estatística. Finalmente, pensa-se proceder ao estudo das implicações que terá a introdução no glossário de conceitos referentes, quer aos meios de produção, nomeadamente os recursos humanos e financeiros, quer à Saúde Pública, no sentido de futuramente existir um Glossário abrangente de termos, a usar quando se estudam os problemas da Saúde. É essencial garantir a colaboração do IGIF no processo de definição de indicadores de gestão económica, financeira e de produção, tendo em atenção os diferentes níveis de utilização das estatísticas referentes à actividade das Instituições de Saúde
- Coordenação e modernização dos processos de recolha e análise de dados, divulgação de informação e apoio à decisão: a análise de informação por meios que permitam o rápido reconhecimento de padrões e tendências (como, por exemplo, a que recorre a Sistemas de Informação Geográfica e à análise espacial) assume-se como um instrumento fundamental na administração da saúde da comunidade, particularmente nas áreas da vigilância epidemiológica e da gestão dos recursos (ex: referenciação hospitalar). Esta será uma das áreas relativas a sistemas de informação em saúde que se prevê desenvolver, a par da instalação de outros sistemas de apoio à gestão, porventura de aplicação mais particular e específica, e de sistemas de difusão de informação específica. Na DGS, em particular, propõe-se a acessibilidade em linha de documentos técnicos, estatísticos e normativos publicados em 2003, o desenvolvimento da capacidade de difusão por correio electrónico e uma circular informativa sobre o Sistema de difusão de informação.
- Desenvolvimento de um plano de contingência para emergências de saúde pública: um plano de contingência que vise responder rápida e apropriadamente a situações de emergência definidas deve conseguir mobilizar recursos adicionais de forma flexível e integrada. Os serviços de saúde portugueses (a DGS, os cinco CRSP, o INSA, o INFARMED e o INEM) integram a rede europeia BICHAT. O plano de contingência para a saúde/bioterrorismo foi aprovado por despacho do Ministro da Saúde, de 31 de Julho de 2002, publicado no DR de 26 de Agosto do mesmo ano, e divulgado aos profissionais de saúde através da Circular Normativa da DGS 12/DT, de 2 de Setembro. Para além do plano de contingência da saúde para o bioterrorismo e para a gripe, já elaborados, há outras situações, cuja ocorrência é previsível, que carecem de formulação de planos exequíveis de intervenção

(determinados surtos epidémicos, ondas de calor e outros riscos ambientais). O Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA) é um sistema central para viabilizar todos estes desenvolvimentos.

Programas nacionais e áreas de intervenção	Intervenções prioritárias
Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA)	Elaboração e apreciação
Inquérito Nacional de Saúde	Realização do trabalho de campo do 4º inquérito

### *Infraestrutura informática do sistema de informação*

#### **Situação actual**

- Desactualização das infra-estruturas informáticas: a base estrutural do sistema de informação da saúde é constituído pelas aplicações *sinus*, *sonbo* e *cartão de utente*. Estas aplicações estão actualmente desadequadas do ponto de vista funcional e tecnológico, e embora tenham tido um papel pedagógico relevante, na introdução de meios informáticos na Saúde, apresentam hoje fragilidades, principalmente relativas à informação disponível para a gestão.
- Implementação limitada do *sinus*: o *sinus* está implementado em praticamente todas as extensões e centros de saúde do país, na vertente administrativa, abrangendo: o registo de contacto dos utentes; o agendamento electrónico das consultas; o registo da vacinação. A informação sobre centros de saúde recebida na DGS (via Sub-Regiões de Saúde) tem já origem no SINUS. Para o alargamento do *sinus* a outros módulos, como seja o módulo clínico e módulo de enfermagem, está a ser concluída a implementação de infra-estruturas locais de redes informáticas abrangendo os gabinetes dos profissionais de saúde de todos os centros e extensões de saúde. No entanto, os trabalhos de adjudicação do módulo clínico foram suspensos.
- Normalização do *sonbo*: o *sonbo* está implementado em mais de noventa (90) estruturas hospitalares do país. No entanto, quando se pretende a ligação dos dados dos Hospitais ao Sistema de Informação das ARS (SIARS), o processo não facilita a passagem automática e a transferência e carregamento automático da informação. Tal facto deve-se à ausência duma política de normalização e estruturação de certos conteúdos a Nível Nacional ou Regional.
- Utilização limitada do potencial associado ao cartão de utente: o *cartão de utente* está implementado a Nível do País, abrangendo 100% dos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Também este projecto estrutural apresenta algumas fragilidades. Como exemplo da necessidade de se actualizar funcionalmente o Cartão de Utente, está a aplicação do Despacho Ministerial n.º 25360/2001 (2.ª Série), de 16 de Novembro, sobre o atendimento de cidadãos estrangeiros nos serviços oficiais de saúde e entidades convencionadas com o SNS, não possuindo o Cartão de Utente qualquer informação que permita identificar os cidadãos estrangeiros que estão nas condições do referido Despacho. Ao pretender-se aplicar este dispositivo legal, são evidenciados constrangimentos, que impedem o registo e a recolha de grande parte das determinações aí expressas. Embora a aplicação *sonbo* disponha de toda a informação, constata-se que o funcionário administrativo não consegue saber se o

utente a atender se enquadra ou não no disposto no despacho, não sendo possível produzir o relatório.

- Ausência de uma gestão integrada das bases de dados existentes: é necessária uma decisão sobre a implementação ou não de um *datacenter*, a ser sediado no IGIF, ou outra instituição ou instituições com capacidade para assegurar a sua manutenção.

### **Intervenções desejáveis**

- Modernizar as infra-estruturas informáticas: o Plano Estratégico de Sistemas de Informação e Comunicação da Saúde estabelece uma estratégia multidimensional, definindo o desenvolvimento de três camadas estruturais: em primeiro lugar, a camada básica relativa à arquitectura tecnológica a implementar e fomentar no Sistema Nacional de Saúde; em segundo lugar, a camada aplicacional, relativa ao conjunto dos sistemas de Informação de suporte à produção da Saúde; e, finalmente, uma camada onde residem os indicadores críticos para avaliar a acção do Sistema Nacional de Saúde. Este Plano define o estabelecimento de estruturas com a responsabilidade de normalizar e gerir todos os registos centrais de dados clínicos. É ao IGIF que cabem as responsabilidades de garantir a actualização tecnológica dos sistemas aplicativos existentes e a evolução das soluções de gestão.

### III – INCENTIVAR A INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE

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 Plano. Por outro lado, a execução do próprio Plano irá gerar novas perguntas/hipóteses que só a investigação pode responder/testar de forma adequada. A Resolução do Conselho de Ministros n.º 116/2002, de 22 de Agosto (que aprova um conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino superior na área da saúde), consigna a vontade governativa de manter e expandir uma estreita cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Ciência e Ensino Superior nas áreas de formação e investigação no domínio da saúde. Esta Resolução reforça a necessidade de encontrar orientações, caminhos e fontes de fundos próprios para a saúde.

#### *Temas de investigação*

##### **Situação actual**

- Grande diversidade temática: a situação actual da investigação em ciências da saúde pode caracterizar-se por uma grande diversidade temática e pela existência de um número significativo de grupos de excelência, nem sempre com a dimensão mínima desejável

##### **Intervenções desejáveis**

- Definição de prioridades em termos temáticos: neste contexto, parece indispensável: (i) inventariar os recursos nacionais de I&D em ciências da saúde (incluindo uma estimativa dos fluxos financeiros alocados ao sector); (ii) identificar as principais lacunas de conhecimento que estão na base da persistência dos mais importantes problemas de saúde; e (iii) definir prioridades para os investimentos em I&D epidemiológica, etiopatogénica, clínica ou em serviços de saúde (incluindo estudos de economia da saúde). Nesse sentido, torna-se particularmente oportuno relançar um grupo de trabalho para o estudo da agenda de investigação em saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, tal como aquele criado pelo Despacho n.º 4305/2002 (2.ª série) DR II n.º 49 de 27 de Fevereiro da Secretária de Estado Adjunta do Ministro da Saúde. Por outro lado, aquando da definição da nova estratégia do sector Saúde para a próxima década, o planeamento das diferentes linhas de acção deverá contemplar as actividades de I&D a levar a cabo visando, para cada problema de saúde de interesse e sempre que isso não seja conhecido: (i) determinar a sua magnitude e tendência evolutiva espaço-temporal; (ii) delinear a sua arquitectura causal e fisiopatológica, pondo em evidência as interações entre factores genéticos e ambientais; (iii) avaliar a relação custo/benefício das intervenções a nível diagnóstico, prognóstico, terapêutico, de reabilitação ou de educação para a saúde; e (iv) otimizar o acesso às melhores intervenções disponíveis por parte daqueles que delas possam beneficiar. Independentemente da decisão sobre a política de I&D em ciências da saúde, considera-se, desde já,

desejável a realização de projectos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e/ou incapacitantes como as doenças cardiovasculares, o cancro, a SIDA, doenças mentais (incluindo comportamentos aditivos e problemas com eles relacionados), doenças genéticas e sobre determinantes de saúde como os estilos de vida ou as causas dos acidentes (de viação, trabalho e domésticos e de lazer). A I&D sobre doenças infecciosas (re)emergentes, em especial, a tuberculose deverá ser também particularmente estimulada. Numa altura em que estão em curso importantes reformas na organização e gestão dos serviços de saúde é necessário assegurar incentivos e financiamentos apropriados à investigação em serviços de saúde. Isso pode ser de uma importância crítica para o desenvolvimento da reforma. De facto, actualmente as principais fontes de financiamento da investigação no País dão pouco apoio a este tipo de investigação. Podem ser consideradas áreas prioritárias na investigação em serviços de saúde as seguintes: (i) análise estratégica e prospectiva da evolução do sistema de saúde; (ii) estudos da avaliação do desempenho dos serviços de saúde (acesso, qualidade, eficiência, resultados); (iii) configuração e avaliação de sistemas de regulação e contratualização de saúde; (iv) desenvolvimento da qualidade organizacional dos serviços de saúde; (v) análise da gestão da informação e do conhecimento em serviços de saúde; (vi) estudo das percepções e da satisfação do cidadão em relação aos serviços de saúde, do acesso à informação, e do desempenho dos sistemas de reclamação.

### *Recursos necessários*

#### **Situação actual**

- Grande dispersão de recursos: a situação actual da investigação em ciências da saúde pode caracterizar-se por uma grande dispersão de recursos e por 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, p ex, aos 11,1% das ciências agrárias e veterinárias, aos 15,3% das ciências naturais ou aos 25,3% das ciências da engenharia e tecnologias).

#### **Intervenções desejáveis**

- Definir prioridades em termos de recursos necessários: em termos de recursos, será necessário criar condições estruturais, incluindo o apoio necessário aos laboratórios de investigação, e estruturas de coordenação, que estimulem os profissionais a dedicar tempo à investigação, considerando-a com factor de desenvolvimento e valorização profissional e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e incentivando uma prática sistematicamente baseada na melhor evidência científica. A implementação de um conjunto de centros de recursos nacionais (biblioteca especializada central *on-line*; rede de bancos de células, tecidos, tumores e estirpes patogénicas; bases de dados sobre os comportamentos alimentares e a composição dos alimentos consumidos, etc) será um elemento fundamental para garantir a sustentabilidade dos actuais grupos e instituições de I&D em ciências da saúde. No que respeita à avaliação do desempenho, haverá que garantir a avaliação externa regular dos projectos financiados. Este processo permitirá ir concentrando recursos

naquelas áreas que, por corresponderem a problemas de saúde de maior importância social e reunirem à sua volta uma massa crítica de investigadores, virão a constituir os principais eixos de desenvolvimento da I&D em ciências da saúde numa perspectiva translacional e em articulação com os serviços do sistema nacional de saúde.

## IV – PROMOVER AS ACCÕES NO ÂMBITO DA SAÚDE INTERNACIONAL

Os principais eixos orientadores das acções no domínio da saúde passam, especialmente, pela União Europeia, pela Organização Mundial de Saúde e pela cooperação com os Estados Membros da Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Não obstante, também, as negociações no âmbito da Organização Mundial do Comércio exigem, cada vez mais, uma maior intervenção do sector da saúde. Outra organização internacional de relevo para a saúde é o Conselho da Europa.

### PARTICIPAÇÃO NA UE

As prioridades políticas das instituições comunitárias para 2003 e dos Estados, enquanto membros da UE, são o alargamento, a estabilidade e segurança e a economia sustentável e inclusiva. São várias as actividades com interesse directo para a área da saúde. Em relação a algumas, o Ministério da Saúde é a primeira entidade competente, em relação a outras, com carácter mais horizontal, são diversos os Ministérios envolvidos. Indicam-se, a seguir, alguns temas da agenda da UE que nos parecem colocar maiores desafios.

#### *Programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008)*<sup>135</sup>

##### **Situação actual**

- Desenvolvimento de projectos em áreas prioritárias para a implementação do Programa em 2003: para o corrente ano foram identificadas, pela Comissão, as seguintes áreas prioritárias<sup>136</sup> para apresentação de projectos pelos Estados-membros: (i) temas transversais: avaliação do impacte sobre a saúde das actividades apoiadas pelo Programa; saúde nos países candidatos; combater as desigualdades na saúde; cooperação entre Estados-Membros no tocante a serviços de saúde; promoção das melhores práticas e da eficácia; envelhecimento e sustentabilidade das Finanças Públicas; (ii) informação sobre saúde: portal de saúde pública da UE; e-Health; (iii) ameaças para a saúde: vigilância, alerta rápido, segurança do sangue e dos órgãos; resistência antimicrobiana; apoio à criação de redes de laboratórios; doenças raras; (iv) determinantes da saúde: obesidade; tabaco, ambiente; álcool; droga; saúde sexual; lesões.
- Publicação do convite da Comissão para apresentação de projectos nas áreas identificadas prevista para Fevereiro de 2003: a publicação será feita no Jornal Oficial das Comunidades Europeias. A Comissão dará prioridade aos projectos que apresentem as seguintes características: valor acrescentado Europeu; grande escala, plurianuais e pluridisciplinares; resultados duradouros; sintonia com a evolução das políticas comunitárias na área de saúde pública e avaliação do processo e resultados.

<sup>135</sup> Aprovado pela Decisão 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23.09.2002, publicada no Jornal Oficial das Comunidades Europeias L 271, p. 1 a 11. Disponível em <http://www.dgsaude.pt>.

<sup>136</sup> As áreas prioritárias, identificadas anualmente pela Comissão com o apoio do Comité “Saúde Pública”, devem contribuir para a realização dos três objectivos do Programa: (i) melhorar a informação e os conhecimentos com vista ao desenvolvimento da saúde pública; (ii) aumentar a capacidade de resposta rápida e coordenada às ameaças de saúde; (iii) promover a saúde e prevenir a doença, fazendo face às determinantes da saúde em todas as políticas e actividades.

- Participação nas reuniões do Comité “Saúde Pública”: A Comissão Europeia é a instituição responsável pela execução do Programa, tendo para o efeito o apoio do Comité “Saúde Pública”, composto por representantes dos Estados-membros. É no âmbito das reuniões deste Comité que se definem, anualmente, as áreas prioritárias para a implementação do Programa.

### Intervenções necessárias

- Divulgar, o mais amplamente possível, o convite da Comissão à apresentação de projectos: é necessário promover a participação de Portugal nos projectos comunitários a nível dos organismos do Ministério da Saúde e das Instituições Particulares de Solidariedade Social e Organizações Não Governamentais que desenvolvam acções nas áreas prioritárias.
- Preparar e apresentar projectos de acordo com as prioridades e os critérios de selecção e financiamento
- Promover a coordenação dos programas e projectos nacionais com os projectos comunitários
- Continuar a participar activamente nas reuniões do Comité “Saúde Pública”.

### *Mercado interno dos serviços de saúde*<sup>137, 138</sup>

#### Situação actual

- Existência de obstáculos à realização do mercado interno dos serviços de saúde: existem, no nosso país, diversos obstáculos à prestação de serviços de saúde. A título de exemplo, existem actividades reservadas exclusivamente a certos operadores (caso da distribuição de produtos farmacêuticos), limites quantitativos no acesso às actividades (como a distância geográfica), exigências de residência, de autorização prévia, de inscrição em ordens profissionais, de qualificações profissionais, obstáculos à promoção de certos produtos ou serviços, etc. Cada um destes obstáculos poderá ser justificado, de princípio, por razões de protecção da saúde, nos termos dos preceitos do Tratado da Comunidade Europeia (TCE), e à luz da interpretação feita pelo Tribunal de Justiça sobre o que considera poder constituir razões susceptíveis de justificar os entraves existentes.
- Evitar a existência de litígios entre a Comissão e o Estado Português: para 2003, a Comissão procederá a uma avaliação jurídica e económica dos obstáculos existentes ao reforço do mercado interno dos serviços, com vista a determinar as iniciativas a propor a nível comunitário, destinadas a resolvê-los. Considerando, a Comissão, que aqueles obstáculos não se justificam à luz dos preceitos do TCE, a avaliação

<sup>137</sup> Sobre este assunto existem dois documentos fundamentais: “Estratégia do mercado interno para os serviços” e um relatório sobre a situação do mercado interno dos serviços, ambos da Comissão. Podem ser encontrados, respectivamente, em

[http://www.europa.eu.int/comm/internal\\_market/en/services/services/com888pt.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/internal_market/en/services/services/com888pt.pdf) e [http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/rpt/2002/com2002\\_0441pt01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/rpt/2002/com2002_0441pt01.pdf)

<sup>138</sup> Sobre este assunto *vide* adiante Negociações com a OMC e Serviços de Saúde.

pode levar à abertura de processos pré-contenciosos e, em última instância, de processos contenciosos contra o Estado Português.

- Intervenções necessárias
- Determinar os obstáculos existentes na legislação/regulamentação/processos administrativos e as razões que os justificam: levantamento pelas autoridades competentes (DGS, INFARMED, DMRS e Ordens Profissionais) dos obstáculos existentes à livre prestação de serviços e ao direito de estabelecimento de outros cidadãos da UE e determinação das razões que os justificam.
- Resposta, atempada, à avaliação jurídica que será realizada pela Comissão, bem como a outras iniciativas comunitárias.

### *Aplicação do direito comunitário nas áreas de intervenção do Ministério da Saúde*

#### **Situação actual**

- Contribuir para o cumprimento da meta fixada no Conselho Europeu de Barcelona de, cada Estado-membro, conseguir uma taxa de transposição de directivas de 98,5%: no Relatório de Actividades de 2002, a Comissão apresenta uma ficha de avaliação sobre cada EM no que respeita ao impacto do processo legislativo na realização do Mercado Interno. Relativamente a Portugal a percentagem de transposição das directivas registou um decréscimo, tendo passado de 97,5% em 2001 para 96,9% em 2002. Na área de intervenção do Ministério da Saúde verificou-se, no entanto, uma melhoria no *timing* da elaboração dos anteprojectos pelos serviços técnicos competentes nas matérias.
- Aplicar correctamente o Direito Comunitário: a Comissão levantou algumas questões de compatibilidade da legislação nacional com os princípios dos Tratados ou até com legislação comunitária específica, como sejam os casos relativos à regularização dos profissionais de odontologia, ou os critérios para a instalação em Portugal de laboratórios de análises clínicas ou de prestação de serviços por laboratórios sedeados em outros EM, ou, ainda, a utilização de dispositivos médicos de uso único ou de uso múltiplo.
- Intervenções necessárias
- Transpor para o ordenamento jurídico interno as Directivas do sector da saúde dentro do prazo fixado nas mesmas: através de um melhor acompanhamento das várias fases do processo legislativo, com distribuição das várias áreas de intervenção do Ministério, entre os serviços técnicos competentes e equipas/elementos dos gabinetes do MS.
- Melhorar a articulação da informação entre os serviços e/ou Ministérios implicados na elaboração de legislação

## *Prestação dos cuidados de saúde a idosos: acesso, qualidade e sustentabilidade dos sistemas de saúde*

### Situação actual

- Elaboração de estudos sobre a prestação de cuidados de saúde a idosos: por Comunicação, de Dezembro de 2001<sup>139</sup>, a Comissão, partindo de uma análise das tendências demográficas, tecnológicas e financeiras, concluiu que os sistemas de cuidados de saúde e de cuidados continuados na União Europeia enfrentam o desafio de garantir simultaneamente os seguintes objectivos: (i) acesso para todos, independentemente do rendimento ou riqueza; (ii) cuidados com um elevado nível de qualidade; (iii) sustentabilidade financeira dos sistemas de cuidados. Em Comunicação, de Janeiro de 2003<sup>140</sup>, baseada num questionário enviado aos Estados-membros, a Comissão refere os desafios colocados pelo *interface* entre o sector dos cuidados de saúde e dos serviços emergentes dos cuidados continuados, bem como a necessidade de uma melhor coordenação a nível da prestação de cuidados de saúde e dos serviços de cuidados continuados destinados aos idosos<sup>141</sup>.
- Participação nas reuniões do Comité de Protecção Social: os Comités que apoiam a Comissão nos estudos elaborados são o Comité de Política Económica e o Comité da Protecção Social. O Ministério da Saúde tem assegurado a sua participação no processo através de representante nas reuniões do Comité de Protecção Social.
- Intervenções necessárias
- Manter um nível de cuidados de saúde elevado e sustentável através: (i) da introdução de melhorias e da optimização dos mecanismos de acesso; (ii) do reforço da cooperação entre os Estados-membros na área da qualidade da prestação de cuidados, na perspectiva do alargamento e da crescente mobilidade transfronteiriça dos doentes (o programa de acção comunitária no domínio da saúde pública, que entra em vigor em Janeiro de 2003, ajudará a desenvolver instrumentos de avaliação da qualidade); (iii) da garantia que os recursos, e em especial as novas tecnologias, possam ser utilizadas no interesse da eficiência e da relação custo-eficácia e de assegurar que os pacientes e os profissionais de saúde tenham em conta a dimensão do custo nas suas decisões, por forma a contribuir para a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde; (iv) do reforço da cooperação, intercâmbio de experiências e boas práticas no tocante a cada um dos objectivos, com particular realce para a melhoria da informação e indicadores de base para essa cooperação, em estreita cooperação com a Eurostat e a OCDE.
- Assegurar a participação atempada do Ministério da Saúde no desenvolvimento dos estudos e das acções deles decorrentes: através da participação nas reuniões do

<sup>139</sup> Comunicação da Comissão “O futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira”: [http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/cnc/2001/com2001\\_0723pt01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/cnc/2001/com2001_0723pt01.pdf).

<sup>140</sup> Comunicação da Comissão “Proposta de Relatório Conjunto: Cuidados de Saúde e cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de protecção social”, este relatório será submetido ao Conselho Europeu da Primavera de 2003. A proposta de relatório pode ser encontrada em [http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/pdf/2002/com2002\\_0774pt01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pt/com/pdf/2002/com2002_0774pt01.pdf)

<sup>141</sup> Sobre este assunto *vide* um documento de trabalho intitulado “Budgetary Costs of na Ageing Population: The Case of Health Care in Portugal” elaborado por Caldas, Guilherme C. e por Rodrigues, Pedro G., disponível em <http://www.dgep.pt/menuprinc.html>.

Comité de Protecção Social e da emissão de dados/pareceres/posições sempre que solicitados.

### *Despesas em saúde e sustentabilidade das finanças públicas*

- Situação actual
- Forte impacte orçamental das despesas em saúde: a UEM e o cumprimento do Pacto de Estabilidade e Crescimento, implicam necessariamente a coordenação das políticas económicas dos Estados-membros, tendo o sector da saúde, em Portugal, um peso decisivo no domínio orçamental e no controlo do défice. O Ministério da Saúde (MS), a solicitação do Ministério das Finanças, tem participado activamente no processo anual de coordenação das políticas económicas<sup>142</sup>, no âmbito da elaboração do relatório nacional sobre as reformas económicas. Com base nos relatórios nacionais a Comissão aprecia a evolução económica em cada Estado-membro e na Comunidade e a compatibilidade das políticas económicas com as orientações gerais.
- As Grandes Orientações das Políticas Económicas da Comunidade e dos Estados-membros dão particular relevo à área da saúde: anualmente, as GOPE apontam a saúde como uma das áreas que mais contribui para o aumento da despesa. O texto aprovado no ano de 2002<sup>143</sup> não é excepção, onde, entre outros aspectos não menos relevantes, se afirma expressamente que: “(...) o forte crescimento das despesas de saúde indica que o processo de reforma em curso destinado a melhorar o controlo e a eficiência das despesas neste sector tem de ser prosseguido com determinação.”; “(...) a política orçamental deve ter por objectivo: *iv.* (...) introduzir medidas eficazes destinadas a reduzir o ritmo insustentável das despesas de saúde, em especial no que diz respeito ao consumo de medicamentos.”. O texto teve por base o relatório nacional sobre reformas económicas elaborado em 2001<sup>144</sup>.
- Existência de esforços para diminuir a despesa no sector da saúde: no relatório nacional elaborado em 2002<sup>145</sup>, tendo em vista a aprovação das GOPE de Junho de 2003, o MS participou com o tema “*Reforma do Sector da Saúde*”, no qual se enunciaram alguns dos grandes temas dessa reforma, a saber: nova lei da gestão hospitalar; regime jurídico das parcerias público-privadas; Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas; reclassificação dos medicamentos; medicamentos genéricos; comparticipação de medicamentos; prescrição de medicamentos; reorganização da farmácia hospitalar. Tendo em consideração o relatório atrás referido, na Informação por País anexa à Comunicação da Comissão sobre a implementação das GOPE de 2002<sup>146</sup>, esta Instituição considera que, em Portugal, foram adoptadas importantes medidas para aumentar o consumo de medicamentos genéricos e que foram introduzidas alterações significativas na gestão dos hospitais do sector público; contudo, na Comunicação propriamente dita não é feita qualquer referência à área da saúde, sendo necessário avaliar primeiro os resultados da implementação das medidas referidas no orçamento.

<sup>142</sup> Designado, também, por processo de reforma económica de Cardiff, pois as GOPE foram adoptadas, pela primeira vez, em Junho de 1998, na sequência da aprovação pelo Conselho Europeu de Cardiff do respectivo projecto.

<sup>143</sup> <http://ue.eu.int/emu/pt/index.htm>

<sup>144</sup> [http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/epc/documents/p02\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/documents/p02_en.pdf)

<sup>145</sup> <http://www.dgep.pt/div/cardiff02.pdf>

<sup>146</sup> [http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/publications/european\\_economy/implement2002\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/european_economy/implement2002_en.htm)

- Insuficiência de informação e estudos prospectivos sobre as despesas de saúde no âmbito das finanças públicas.
- Deficiências na coordenação institucional: *intra* MS e *inter* Ministérios no sentido da realização de estudos de qualidade e da sua comunicação atempada às instituições europeias, com o objectivo dos mesmos serem devidamente considerados nos estudos realizados por estas.
- Intervenções necessárias
- Diminuir o impacte orçamental das despesas em saúde: implementação efectiva das medidas estruturais em curso ou anunciadas.
- Monitorização e avaliação regulares das medidas estruturais (medidas enunciadas nos relatórios nacionais e outras): a avaliação regular permite a correcção atempada de eventuais erros ou deficiências.
- Elaboração de estudos prospectivos sobre o impacto das medidas estruturais da área da saúde nas finanças públicas: a existência destes estudos permite a previsão dos efeitos das medidas.
- Melhorar a coordenação institucional: definição clara e inequívoca das atribuições/competências de cada Ministério/organismo/serviço, e identificação de interlocutores/serviços privilegiados para a monitorização e avaliação e para a elaboração dos estudos prospectivos referidos.

### *Mobilidade de doentes entre Estados-membros*<sup>147</sup>

#### **Situação actual**

- Aplicação dos princípios sobre a livre circulação de pessoas e da liberdade de prestação de serviços no domínio da segurança social, incluindo os cuidados de saúde: o Tribunal de Justiça das Comunidades Europeias tem-se pronunciado, em diversos acórdãos, sobre a necessidade das legislações nacionais respeitarem aqueles princípios fundamentais de Direito Comunitário.
- Avaliação das consequências da mobilidade de doentes: a Comissão está empenhada em recolher todos os dados pertinentes para poder avaliar a situação, a saber: número de doentes que recorrem a cuidados de saúde noutro país; tipos de cuidados a que esses doentes recorrem; obstáculos, nomeadamente administrativos, a que o façam; valor dos cuidados prestados a cidadãos comunitários provenientes de outros Estados-membros; valor dos cuidados prestados aos nacionais de cada Estado-membro noutros países comunitários; capacidade excedentária dos diversos sistemas de saúde e possibilidade de partilha; acordos transfronteiriços de prestação de cuidados de saúde.

<sup>147</sup> Sobre este assunto cfr. as Conclusões do Conselho e dos representantes dos Estados-Membros reunidos no Conselho de 19 de Julho de 2002 sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia: [http://europa.eu.int/eur-lex/pt/oj/dat/2002/c\\_183/c\\_18320020801pt00010002.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/pt/oj/dat/2002/c_183/c_18320020801pt00010002.pdf)

- Participação no Processo de Reflexão de Alto Nível sobre a Mobilidade de Doentes: através de representante pessoal do Ministro da Saúde no Grupo de Sherpas e da participação do Ministro da Saúde no Grupo de Alto Nível.

### **Intervenções necessárias**

- Melhorar os circuitos de comunicação entre as entidades responsáveis pela recolha dos dados solicitados: entidades que, a nível operacional (hospitais, ARS) ou administrativo (IGIF, DRISS, DGS), se encontram de alguma forma envolvidas na prestação de cuidados a cidadãos comunitários.
- Recolha e compilação sistemática de dados: junto das entidades acima referidas.
- Resposta pronta e coerente a solicitações das instituições comunitárias e dos diversos sistemas comunitários de informação.
- Continuação da participação no Processo de Reflexão de Alto Nível sobre a Mobilidade de Doentes.

## *COOPERAÇÃO COM A OMS*

A OMS, é uma das organizações internacionais em que existe uma maior tradição de cooperação com Portugal, tendo o nosso país já assumido o cargo de Director-Geral, e uma das mais respeitadas pelo seu protagonismo e pela actualidade e relevância da sua investigação e trabalho de campo em domínios da saúde pública. As áreas por ela abordadas são bastante abrangentes: desde os mais variados domínios da saúde pública, à análise do desempenho de sistemas de saúde, elaboração de estratégias de saúde pública e reforma de sistemas de cuidados de saúde, e programas de apoio aos países membros.

### **Situação actual**

- Realização de estudos sobre sistemas nacionais de saúde e saúde mundial: no Observatório Europeu de Saúde têm vindo a ser realizados estudos sobre os sistemas de saúde dos países membros da região Europa (o estudo sobre Portugal foi realizado em 1999), tendo nos últimos anos sido dada uma ênfase particular aos estudos em economias em transição do Centro e Leste da Europa. A questão do financiamento e da sustentabilidade dos sistemas de saúde tem vindo a merecer uma atenção crescente. O Relatório sobre a Saúde Mundial de 2002 salienta os riscos mais importantes para a saúde na actualidade. Alguns riscos estão associados com o subdesenvolvimento, mas outros estão ligados aos padrões e estilos de vida tais como alimentação não saudável e obesidade, colesterol e elevada pressão arterial, tabaco e excesso de consumo de álcool, falta de actividade física. Outros domínios, como o combate às doenças transmissíveis, a erradicação da varíola e a destruição dos stocks do vírus da varíola e o relatório da investigação em saúde sobre o genoma e a saúde mundial, foram incluídos na agenda do Conselho Executivo e virão a ser objecto de debate na próxima Assembleia Mundial da Saúde a realizar em Abril de 2003.

- Incremento da cooperação de Portugal com a OMS: a cooperação foi impulsionada no decurso de 2002 através, nomeadamente: (i) de um reforço da coordenação com a Missão de Portugal em Genebra, em particular o Conselheiro da Missão para as relações com a OMS; (ii) de uma melhor preparação e seguimento das reuniões mais importantes; e (iii) do convite à OMS para cooperar com as Autoridades Portuguesas na preparação de uma Estratégia de Saúde Pública. Na sequência do convite endereçado à OMS para colaborar com Portugal na preparação da Estratégia da Saúde, nomeadamente em termos de apoio metodológico, teve lugar em Outubro de 2002, uma primeira missão da OMS, chefiada pelo Director Regional para a Europa.
- Participação em reuniões: relativamente à participação em reuniões destacam-se nomeadamente a 52ª Sessão do Comité Regional para a Europa (Setembro 2002), a Reunião do Conselho Executivo (Janeiro 2003) e a próxima Assembleia Mundial da Saúde (Maio de 2003).
- Portugal reúne as condições para se candidatar às próximas eleições para o Conselho Executivo: visibilidade e influência política de Portugal na orientação estratégica e gestão da Organização aquém do potencial do nosso País.

### **Intervenções necessárias**

- Promover a colaboração de Portugal em estudos sobre sistemas de saúde e estado de saúde: Portugal beneficiaria de uma possível cooperação com a OMS e/ou o Observatório Europeu de Saúde sobre a reforma do sistema de cuidados de saúde, tirando partido das lições da experiência do seu envolvimento em processos de reforma dos sistemas de cuidados de saúde em países europeus de vários níveis de desenvolvimento, incluindo economias em transição.
- Continuar os esforços para melhorar a cooperação de Portugal com a OMS: dar cumprimento ao plano traçado relativamente às várias modalidades previstas de cooperação com a OMS na preparação da Estratégia para Portugal. Fazer parcerias com a OMS, no âmbito nacional e comunitário, em programas da cooperação bilateral portuguesa no domínio da saúde, nomeadamente em acções de maior impacte (Estratégias, Planos e Programas Nacionais de Saúde, projectos de investigação, etc.). Melhorar dos canais de informação nos dois sentidos, quer em termos de facultar à Organização a informação solicitada com qualidade e em tempo útil, quer em termos de divulgação e análise da informação relevante publicada pela Organização.
- Assegurar uma participação efectiva em reuniões: deve haver um maior envolvimento dos vários serviços na preparação dos dossiers de apoio às delegações nacionais a reuniões de particular relevo como a Assembleia Mundial da Saúde, reuniões do Conselho Executivo e do Comité Regional para a Europa.
- Preparar as candidaturas portuguesas ao Conselho Executivo: as candidaturas portuguesas ao Conselho Executivo devem ser preparadas atempadamente.

## COOPERAÇÃO COM OS PAÍSES LUSÓFONOS

A Cooperação Técnica no Domínio da Saúde é hoje considerada uma componente essencial em todo o Sistema. Em articulação com o Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD) e em colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) e outras instituições, a Direcção-Geral da Saúde coordena iniciativas naquele âmbito, que se desenvolvem em todos os países lusófonos.

### Situação actual

- Melhoria dos serviços de saúde: neste contexto, há a destacar o projecto do Centro Hospitalar em São Tomé e Príncipe (pela importância percentual do orçamento envolvido) e o Projecto em Cuidados Primários na Província de Xai-Xai, em Moçambique (pela reconhecida qualidade do trabalho desenvolvido) e o Plano de Intervenção conduzido em Angola, abrangendo o apoio ao reforço institucional, à manutenção e recuperação de equipamento hospitalar. Os acordos existentes com os PALOP estão desajustados da realidade actual, nomeadamente, na evacuação de doentes.
- Não retorno ao país de origem dos quadros de saúde provenientes dos PALOP: no domínio dos projectos centrados na formação de quadros para a saúde verifica-se o não retorno dos médicos provenientes dos PALOP que, em Portugal, beneficiam de formação pós-graduada.
- Prevenção e tratamento de doenças e enfermidades: no que respeita à luta contra a SIDA em África, Portugal encontra-se a preparar a sua integração no Projecto Solidariedade Terapêutica Hospitalar, designadamente, no que se refere a São Tomé e Príncipe. É também em São Tomé que, em colaboração com outros parceiros, se está a intensificar a luta contra a malária (projecto tripartido com os EUA e São Tomé). Realça-se também o Plano de Intervenção conduzido em Angola, abrangendo o apoio ao controlo de doenças transmissíveis (tuberculose e doença meningocócica, nomeadamente).

### Intervenções necessárias

- Reforçar a presença portuguesa e desenvolver parcerias com a sociedade civil e o sector privado: os projectos em 2003 assumirão, em termos de abordagem, a dupla preocupação de contribuir para o desenvolvimento das comunidades e para o reforço da presença portuguesa, incluindo a de empresas privadas do sector da saúde (como a hemodiálise ou empresas farmacêuticas). Deverá ser estimulado o desenvolvimento de parcerias com ONG's e empresas privadas em projectos de cooperação.
- Ajustar os Acordos à realidade actual: revisão dos Acordos, em articulação com o novo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD).
- Estabelecer mecanismos que facilitem o regresso dos quadros de saúde aos países de origem: neste campo é necessária uma maior articulação com a Ordem dos Médicos, de modo a encontrar mecanismos orientadores da formação pós-graduada

dos médicos dos PALOP, e facilitar o seu regresso. Uma das hipóteses de solução são os projectos de formação decorrerem nos respectivos países.

- Continuar as acções relativas à prevenção e ao tratamento de doenças e enfermidades: para além do apoio continuado aos projectos acima mencionados é essencial introduzir uma perspectiva moderna de saúde pública na forma como os grandes problemas de saúde são abordados pelos projectos que recebem apoio da cooperação portuguesa, dando prioridade aos problemas de saúde associados à pobreza.

## NEGOCIÇÕES COM A OMC

Tem-se verificado, ao longo dos últimos anos, a importância do sector da saúde nas conferências internacionais sobre finanças e comércio. Destacam-se a seguir duas negociações que têm exigido uma particular intervenção do Ministério da Saúde (MS).

### *Negociações em serviços de saúde no âmbito do Acordo Geral de Comércio em Serviços (GATS)*

#### **Situação actual**

- Está em curso a revisão do GATS, que inclui os serviços de saúde: as áreas relevantes para o MS no âmbito destas negociações são as seguintes: serviços prestados por médicos, médicos-dentistas, parteiras, enfermeiros, fisioterapeutas e pessoal paramédico; fornecimento de produtos farmacêuticos ao público em geral; serviços hospitalares. As negociações em serviços abrangem, entre outros assuntos, a apresentação de “pedidos” e “ofertas”, na qual os Membros negociam melhorias de acesso ao mercado<sup>148</sup>. A Comissão Europeia, enquanto representante da Comunidade Europeia nas negociações, tem pressionado os Estados-membros para eliminarem as reservas de nacionalidade ou residência, substituindo-as por outro tipo de requisitos relacionados com a qualificação/experiência profissional, julgados necessários ao exercício da actividade em causa.
- Fraca sensibilidade das instituições públicas e das ordens/associações profissionais para as negociações: o calendário acordado para a submissão das “ofertas” é 31 de Março de 2003 (sendo como tal este o prazo limite para a apresentação da oferta comunitária após concertação da Comissão com os Estados-Membros), e 1 de Janeiro de 2005 para a conclusão das negociações.
- Legislação e regulamentação relativa a serviços profissionais não adaptada à prestação de serviços de curta duração: um dos problemas constatados em 2002 é que, contrariamente a outros Estados-membros, quer a legislação sectorial, quer os estatutos das Ordens/Associações profissionais, não prevêem a prestação de

<sup>148</sup> Estas negociações são importantes para o conjunto da Comunidade, que é o principal importador e exportador mundial de serviços, com uma quota de 23% do comércio mundial de serviços (contra apenas 19% de quota no comércio mundial de mercadorias). São-no também para Portugal onde o sector de serviços é actualmente o mais importante no conjunto das actividades económicas, contribuindo com 68% para o Produto Interno Bruto de 2001.

serviços de curta duração, sendo esta a área onde a Comunidade tem interesse negocial. É imperativo tomar uma posição, sem o que a Comissão poderá vir a apresentar ofertas de liberalização às quais Portugal será vinculado caso não se tenha pronunciado ou não tenha apresentado justificação relevante.

### **Intervenções necessárias**

- Realizar negociações que defendam os interesses nacionais: as negociações na área da saúde devem ser coerentes com os interesses do espaço económico comunitário, em que Portugal está inserido, e defenderem os interesses nacionais.
- Reforço das acções de sensibilização sobre as negociações: informação do MNE aos vários Gabinetes ministeriais alertando para a importância das actuais negociações para a União Europeia em geral, e para Portugal em particular (acção prevista pela DGAC); informação ao Gabinete do Ministro da Saúde sobre a actual situação do processo negocial e para os desafios que se colocam nestas negociações; medidas de sensibilização dos responsáveis dos organismos do Ministério da Saúde e das Ordens/Associações profissionais tendo em conta a crescente complexidade e celeridade que o processo vai conhecer ao longo de 2003, e alertando para as consequências da não tomada de posição ou de posições não devidamente fundamentadas por parte dos organismos competentes.
- Formulação de pedidos de orientação política superior: devem ser formulados pedidos de orientação política superior quando os problemas ultrapassem claramente o nível técnico ou se coloquem questões de compromisso entre os Estados-membros a nível Comunitário.
- Análise dos aspectos legislativos e regulamentares que necessitam revisão: a legislação e regulamentação relativa a serviços profissionais não adaptada à prestação de serviços de curta duração e a falta de coerência entre a legislação horizontal, nomeadamente em matéria de vistos, e a legislação específica do sector saúde.
- Apresentação de posições negociais inequívocas, fundamentadas, em tempo útil: a aceleração do ritmo das negociações exige posições inequívocas e fundamentadas em tempo útil.

### *Negociações sobre o Acordo de Direitos de Propriedade Industrial (ADPIC/TRIPs) e Saúde Pública*

#### **Situação actual**

- Aceleração da luta contra as doenças transmissíveis: Na sequência da Comunicação da Comissão "Aceleração da luta contra as doenças transmissíveis no contexto da redução da pobreza" realizou-se uma Mesa Redonda internacional de alto nível organizada por esta instituição comunitária, com o patrocínio da OMS e da ONUSIDA, e que contou com a participação de um leque representativo dos parceiros interessados: Estados-membros, indústria farmacêutica, agências de investigação, representantes

de quarenta países em desenvolvimento e de organizações da sociedade civil. As conclusões da *Mesa Redonda* salientaram a necessidade de: (i) otimizar o impacto das intervenções existentes (parcerias, investimento global, prevenção, coordenação); (ii) aumentar a acessibilidade dos medicamentos (preços reduzidos para medicamentos essenciais de combate às três principais doenças transmissíveis, licenciamento voluntário, licenciamento obrigatório no âmbito do Acordo TRIPS); (iii) aumento da I&D ligada a estas doenças.

- Controvérsia em torno do aumento da acessibilidade dos medicamentos: as questões que têm suscitado maiores dificuldades são as licenças obrigatórias, os preços reduzidos para os medicamentos essenciais e o risco de importações paralelas. Por isso, na Conferência Ministerial da OMC realizada em Dezembro de 2001, foi adoptada uma Declaração sobre o Acordo TRIPS e Saúde Pública, onde se dá instruções ao Conselho TRIPS para encontrar uma solução expedita para as dificuldades dos membros da OMC com insuficientes capacidades de fabricação de medicamentos ou que não disponham de um sector farmacêutico com capacidade para recorrer de maneira efectiva às licenças obrigatórias no quadro do Acordo TRIPS. O processo de negociações tem vindo a revelar-se particularmente difícil com posições extremadas entre países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.
- Insuficiente participação de Portugal nas negociações sobre TRIPS e Saúde Pública - a participação portuguesa nesta matéria, em termos institucionais essencialmente da responsabilidade do Ministério da Economia e do Ministério da Saúde, foi reiteradamente considerada insuficiente no que se refere à saúde, apesar dos esforços desenvolvidos que incluíram entre outros um contacto com a APIFARMA e desta com a indústria farmacêutica portuguesa.
- Tentativas de evitar as importações paralelas de medicamentos: apresentação, ao nível comunitário, de uma proposta de regulamento do Conselho destinado a evitar o desvio para a União Europeia de medicamentos objecto de preços diferenciados. As discussões têm sido acompanhadas pelo INFARMED.

### **Intervenções necessárias**

- Participação mais activa do Ministério da Saúde nas negociações: acompanhamento do processo negocial e participação mais activa pelo Ministério da Saúde, em particular pelo INFARMED, bem como das instituições representativas da indústria farmacêutica, em todo o processo. Coordenação com o Ministério da Economia.
- Maior coordenação dos programas de investigação e de cooperação bilateral dos Estados-membros com os programas comunitários: com o objectivo de responder ao apelo comunitário de maior coordenação no sentido de atingir um maior impacto dos programas, evitar duplicações e melhorar a relação custo-eficácia dos recursos.
- Continuar a participação activa no debate sobre a proposta de regulamento do Conselho destinado a evitar o desvio para a União Europeia de medicamentos objecto de preços diferenciados: definição da autoridade competente no Ministério

da Saúde. Coordenação com a autoridade competente em matéria de fixação de preços dos medicamentos no Ministério da Economia – a DG da Concorrência e Preços e com a Direcção-Geral das Alfândegas, com vista à definição e aplicação dos procedimentos de controlo a nível nacional.

## *COOPERAÇÃO COM O CONSELHO DA EUROPA*

### **Situação actual**

- Participação nos Comités Directores de Saúde Comité Director de Saúde Pública – Acordo Parcial (CD-P-SP). Das reuniões resulta o acompanhamento activo dos trabalhos, a participação na avaliação dos vários grupos de trabalho especializados, a elaboração dos relatórios oficiais circunstanciados, o contacto e apoio técnico ao CE-Saúde, aos representantes nacionais e à Missão Portuguesa junto do CE. Pontualmente, e sempre que solicitado, é dado apoio técnico, directamente e/ou no âmbito do CE, a vários dos países-membros na implementação, gestão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde.
- Participação em grupos de trabalho especializados: participação activa em algumas reuniões no âmbito dos cuidados paliativos, tecnologias da informação, transfusão de sangue e imunohematologia, transplantes de órgãos, questões farmacêuticas, produtos de saúde, nutrição e segurança alimentar e outros. A articulação entre estes grupos é assegurada pelos Comités Directores de Saúde.
- Preparação da VII Conferência de Ministros da Saúde (Oslo, 2003): participação activa nas reuniões do Comité de Altos Funcionários encarregado desta preparação.

### **Intervenções necessárias**

- Continuar a assegurar a participação activa nos Comités Directores de Saúde: defendendo, na medida do possível, os interesses nacionais.
- Continuar a assegurar a participação em grupos de trabalho especializados e a respectiva articulação.
- Assegurar a adequada preparação da VII Conferência de Ministros da Saúde (Oslo, 2003).

*Anexo I – Contactos úteis sobre programas e áreas de intervenção nacionais*

Programas ou Actividades	Nomes	Instituições	E-mail
Programa de intervenção integrada sobre determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida – tabaco, alimentação e actividade física	Emília Nunes	DGS	emiliann@dgsaude.min-saude.pt
Tabagismo — Actividades do Conselho de Prevenção do Tabagismo (CPT) e DGS	Pais Clemente	CPT	
	Emília Nunes	DGS	emiliann@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da saúde para o Plano de Acção Contra o Alcoolismo	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Plano Nacional de Saúde Mental	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional para a Igualdade de Oportunidades entre Mulheres e Homens	Beatriz Calado	DGS	beatrizcalado@dgsaude.min-saude.pt
Programa de cuidados de saúde a imigrantes ilegais	Emílio Imperatori	DGS	eimperator@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional de Redução das Desigualdades em Saúde	Beatriz Calado	DGS	beatrizcalado@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional Contra a Violência Doméstica	Beatriz Calado	DGS	beatrizcalado@dgsaude.min-saude.pt
Requalificação das minas abandonadas	Francisco George	DGS	george@dgsaude.min-saude.pt
Plano Nacional de Saúde ambiental	Filomena Araújo	DGS	filomena@dgsaude.min-saude.pt
Programa nacional água e saúde	Filomena Araújo	DGS	filomena@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para o Plano Estratégico de Resíduos Hospitalares	Madalena Ramos	DGS	madalena@dgsaude.min-saude.pt
Projecto Habitação e Saúde	Cláudia Weigart	DGS	claudiaweigert@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional de SIDA	Dora Vaz	CN LCS	
Programa Nacional de Saúde dos Jovens	Vasco Prazeres	DGS	vascop@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para o Programa de Apoio Integrado a Idosos	Maria João Quintela	DGS	mjoaointel@dgsaude.min-saude.pt
	Arlete Tanque	DGS	atanque@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas	Cerqueira Magro	Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia	
	M João Quintela	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional de Vacinação	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
Plano de Pós-Eliminação da Poliomielite	Ana Maria Santos Silva	DGS	anamariass@dgsaude.min-saude.pt
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial do sarampo	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
	Helena Rebelo de Andrade	INSA	
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial da doença dos legionários	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
	Teresa Marques	Hospital de Santa Cruz	
Programa integrado de vigilância clínica e laboratorial da doença meningocócica	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
	Rui Calado	DGS	rcalado@dgsaude.min-saude.pt
	Laura Brum	INSA	
Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose	Fonseca Antunes	DGS	afantunes@dgsaude.min-saude.pt
Programa de Vigilância e Controlo da Gripe e Plano de Contingência	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
	Helena Rebelo de Andrade	INSA	
Programa de Vigilância e Controlo de Toxinfecções Alimentares Colectivas	Ana Maria Correia	CRSP Norte	
	Isabel Campos Cunha	INSA Porto	
Programa de Vigilância e Controlo da Resistência aos Antimicrobianos (Não existe, mas deve ser prioritário)	Elaine Pina	INSA	
Bioterrorismo - Plano de Contingência para a Saúde	Francisco George	DGS	george@dgsaude.min-saude.pt
	Graça Freitas	DGS	gracafreitas@dgsaude.min-saude.pt
Plano Oncológico Nacional	Albino Aroso	Conselho Oncológico Nacional	
	Alexandre Diniz	DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares	Seabra Gomes	Sociedade Portuguesa de Cardiologia	
	Fernando Pádua	INCP	
	Alexandre Diniz	DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt

Programa Nacional de Controlo da Asma	Bugalho de Almeida Alexandre Diniz	Movimento GINA DGS	bugalho.almeida@hsm.min-saude.pt adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Programa de Controlo da Diabetes Mellitus	Manuela Carvalheiro Alexandre Diniz	Sociedade Portuguesa de Diabetologia DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias	Gabriel Olim	INSA	
Plano de Luta Contra as Doenças Reumáticas	Viana Queiroz Alexandre Diniz	FML DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional de Luta Contra a Depressão	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Programa Nacional para a Perturbação de Pós-Stress Traumático	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Plano Nacional de Cuidados Continuados em Saúde Mental	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Rede de referência hospitalar de psiquiatria e saúde mental	Maria João Heitor	DGS	mjhs@dgsaude.min-saude.pt
Rede Alcoológica Nacional			
Plano Nacional de Luta Contra a Dor	Castro Lopes Alexandre Diniz	Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Plano Nacional de Cuidados Paliativos	Bruno da Costa Ferraz Gonçalves Alexandre Diniz	Sociedade Portuguesa de Medicina Paliativa Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para o Plano Nacional de Prevenção Rodoviária	J. Pereira Miguel	DGS	jomiguel@dgsaude.min-saude.pt
Alargamento da actuação dos Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU) a todo o País			
Estruturação de uma Rede Nacional de Ambulâncias de Socorro			
Manutenção, aperfeiçoamento e alargamento de uma rede nacional de Viaturas Medicalizadas de Emergência e Reanimação (VMER)			
Reforma das Urgências/Emergências			
Contribuição da Saúde para o Planeamento Civil da Emergência			
Preparação para o EURO 2004	António Suspiro	CRSP Lisboa	
Programa de Saúde Escolar	Gregória van Amann	DGS	gamann@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da saúde na Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde	Gregória van Amann Isabel Loureiro	DGS ENSP	gamann@dgsaude.min-saude.pt
Plano de promoção e vigilância da saúde dos trabalhadores	Ana Maria Santos Silva	DGS	anamariass@dgsaude.min-saude.pt
Plano de promoção da saúde no local de trabalho	Emília Nunes Orta Gomes	DGS	emilianndgsaude.min-saude.pt
Programa nacional de saúde para os estabelecimentos prisionais	Beatriz Couto	DGS	beatrizcouto@dgsaude.min-saude.pt
Monitorização do acesso a cuidados ambulatoriais	Emílio Imperatori	DGS	eimperator@dgsaude.min-saude.pt
Redes de referência	Adriano Natário	DGS	anataro@dgsaude.min-saude.pt
Contribuição da Saúde para a Rede Mais (Cuidados Continuados)	Inês Guerreiro Alexandre Diniz	DGS	adiniz@dgsaude.min-saude.pt
Centro de Contacto da Saúde	Mendes Ribeiro	MS	jmribeiro@ms.gov.pt
PECLEC (espera cirúrgica)	António Dias	IGIF	
Carta de equipamentos da saúde	Adriano Natário	DGS	anataro@cesdgs.min-saude.pt
Promoção da Dádiva de Sangue, visando a auto-suficiência nacional	Almeida Gonçalves	IPS	
Processo de Reorganização do Sector (Rede Nacional de Transfusão de Sangue) (RNTS)	Almeida Gonçalves	IPS	
Automatização da RNTS	Almeida Gonçalves	IPS	
Sistema de Certificação e Acreditação do IPS/CRS	Almeida Gonçalves	IPS	
Sistema de Distribuição de Componentes Sanguíneos	Almeida Gonçalves	IPS	
Desenvolvimento Laboratorial	João Lavinha	INSA	
Sistema Nacional de Hemovigilância	Almeida Gonçalves	IPS	

Programa nacional de formação de dirigentes	João Nabais		
Programa Nacional de Acreditação de Hospitais			
Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial	João Lavinha	INSA	
Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA)	Ana Maria Santos Silva	DGS	anamariass@dgsaude.min-saude.pt
Inquérito Nacional de Saúde	Carlos Dias	DGS	carlos.dias@dgsaude.min-saude.pt

*Anexo II - Alguns sítios úteis para decisões baseadas em evidência*

- *Agency for Healthcare Research and Quality* (EUA): [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- *Centers for Disease Control and Prevention* (EUA): [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)
- *Eurohealth*: [www.lse.ac.uk/Depts/lse\\_health](http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health)
- *Food and Drug Administration* (EUA): [www.fda.gov](http://www.fda.gov)
- *Health Care Association of New York*: [www.hanys.org/resource](http://www.hanys.org/resource)
- *International Agency for Research on Cancer* (IARC): [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr)
- *London School of Economics* (RU) [www.lse.ac.uk/Depts/lse\\_health](http://www.lse.ac.uk/Depts/lse_health)
- *National Institutes of Health* (EUA): [www.nih.gov](http://www.nih.gov)
- *National Library of Medicine* (EUA): [www.nlm.nih.gov/](http://www.nlm.nih.gov/)
- *NHS Centre for Review and Dissemination*: [www.york.ac.uk](http://www.york.ac.uk)
- *Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde*: [www.observatory.dk](http://www.observatory.dk)
- *Observatório Português de Sistemas de Saúde*: [www.observaport.org](http://www.observaport.org)
- *Organização Mundial da Saúde*:
  - [www.who.int/entity/en/](http://www.who.int/entity/en/)
  - [www3.who.int/whosis/menu.cfm](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm)
  - [www.who.int/health\\_topics/](http://www.who.int/health_topics/)
  - [www.who.int/health-systems-performance/](http://www.who.int/health-systems-performance/)
  - [www.who.int/library/database/index.en.shtml](http://www.who.int/library/database/index.en.shtml)
- *Organização Mundial da Saúde – Europa*: [www.who.dk/](http://www.who.dk/)
- *Organização Pan-Americana de Saúde*: [www.paho.org/](http://www.paho.org/)
- 
- *Outros*:
  - *Doença do Legionário*: [www.ewgli.org](http://www.ewgli.org)
  - *Linha Gripe*: [www.linhagripe.net](http://www.linhagripe.net)
  - *Portal de informação ao cidadão – Infocid* ([www.infocid.pt](http://www.infocid.pt)) e as lojas do cidadão. Estas últimas merecem destaque pela informação relativa aos serviços administrativos na área da saúde, disponibilizada nas suas lojas e no seu portal ([www.lojadocidadao.pt](http://www.lojadocidadao.pt))
- *União Europeia e Políticas de Saúde*:
  - [www.healthsystems.org](http://www.healthsystems.org)
  - [www.kingsfund.org.uk](http://www.kingsfund.org.uk)
  - [www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting.html](http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting.html)
  - [www.stg.nl/publications](http://www.stg.nl/publications)
  - [cebm.jr2.ox.ac.uk](http://cebm.jr2.ox.ac.uk)
  - [www.hta.nhsweb.nhs.uk/](http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/)
  - [www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/](http://www.who.int/health-services-delivery/human/workforce/)
- *Decisão Baseada na evidência*:
  - <http://www.cochrane.org/>
  - <http://www.indigojazz.co.uk/cebm/index.asp>
  - <http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/>
  - <http://www.nice.org.uk/>
  - <http://ebm.bmjournals.com/>
  - <http://ebn.bmjournals.com/>

- <http://evidencenetwork.org>
- <http://www.campbellcollaboration.org/>

•  
*Anexo III - Como obter financiamentos pelo PIDDAC, FEDER e FSE*

Os financiamentos pelos Fundos Estruturais (FEDER)\* são geridos pelo Gabinete do Saúde XXI, de acordo com os seguintes três Eixos Prioritários:

1. Promover a Saúde e Prevenir a Doença;
2. Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade;
3. Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde.

Cada um destes Eixos Prioritários é desenvolvido integrando um conjunto de Medidas discriminadas da forma seguinte:

- Medida 1.1 – Informação, Promoção, e Defesa da Saúde Pública;
- Medida 1.2 – Áreas de Actuação Estratégica;
- Medida 1.3 – Assistência Técnica;
- Medida 2.1 – Rede de Referenciação Hospitalar;
- Medida 2.2 – Tecnologias de Informação e Comunicação;
- Medida 2.3 – Certificação e Garantia de Qualidade;
- Medida 2.4 – Formação de Apoio a projectos de Modernização da Saúde;
- Medida 3.1 – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde.

Estas Medidas são operacionalizadas através de Projectos, Subprojectos, Acções e Tarefas. As possíveis fontes de financiamento são apresentadas na tabela que se segue. Os projectos a serem financiados pelo Saúde XXI – FEDER, só serão aprovados se tiverem assegurada a comparticipação nacional através das verbas do PIDDAC, de acordo com as percentagens fixadas pelo SAÚDE XXI. Os contactos úteis sobre programas operacionais e iniciativas comunitárias são apresentados no quadro da página seguinte.

<b>Programas operacionais e iniciativas comunitárias</b>	<b>Organismo</b>	<b>Nome</b>	<b>Telefone</b>	<b>E-mail</b>	<b>site</b>
Ambiente	PO Ambiente	Dra. Maria João Pessoa	21 323 1610	Maria.pessoa@sg.maot.gov.pt	<a href="http://www.poa.maot.gov.pt">www.poa.maot.gov.pt</a>
Economia	PO Economia	Dr. Jorge Abegão	21 311 2100	Jabegao@poe.min-economia.pt	<a href="http://www.poe.min-economia.pt">www.poe.min-economia.pt</a>
Educação	PO Educação	Dr. Gonçalo Plaza	21 392 4975	Prodep3@prodep.min-edu.pt	<a href="http://www.prodep.min-edu.pt">www.prodep.min-edu.pt</a>
Emprego, Formação e Desenvolvimento Social	POEFDS	Dr. Realinho de Matos	21 722 7288	Jose.matos@poefds.pt	<a href="http://www.poe.fds.pt">www.poe.fds.pt</a>
Ciência, Tecnologias e Inovação	POCTI	Dr. Pedro Leite	21 392 4385	Pedro.leite@pocti.mct.pt	<a href="http://www.fet.mct.pt/porti/">www.fet.mct.pt/porti/</a>
Sociedade da Informação	POSI	Dr. Jaime Quesado	21 722 2160	Jaime.quesado@posi.mct.pt	<a href="http://www.posi.mct.pt">www.posi.mct.pt</a>
Saúde	POSAÚDE XXI	Dr. Mariano Florentino	21 781 8010	florientino@saudexxi.min-saude.pt	<a href="http://www.saudexxi.min-saude.pt">www.saudexxi.min-saude.pt</a>
Norte	CCR Norte	Prof <sup>a</sup> . Dra. Suzete Gonçalves	22 608 6336 936192045	suzetegoncalves@netcab-o.pt	<a href="http://www.ccr-n.pt">www.ccr-n.pt</a>
Centro	CCR Centro	Dra. Amélia Lapa	239 400 198	geral@ccr-c.pt	<a href="http://www.ccr-c.pt">www.ccr-c.pt</a>
LVT	CCR LVT	Dra. Leonor Batalha	21 384 7942	Leonor.batalha@ccr-lvt.pt	<a href="http://www.ccr-lvt.pt">www.ccr-lvt.pt</a>
Alentejo	CCR Alentejo	Dr. Figueira Antunes	266 740 308	Figueira.antunes@ccr-alt.pt	<a href="http://www.ccr-alt.pt">www.ccr-alt.pt</a>
Algarve	CCR Algarve	Dra. Teresa Pinto	289 895 200	Ccra@ccr-alg.pt	<a href="http://www.ccr-alg.pt">www.ccr-alg.pt</a>
Açores	PRODESA	Dr. Rui Luís	295 206 380	Drepa@depra.raa.pt	<a href="http://www.drepa.raa.pt">www.drepa.raa.pt</a>
Madeira	PO Madeira	Dr. Carlos Estudante	291 741 454	Drpcid@mail.telepac.pt	<a href="http://www.qpa.pt/acessibilidade//po/popram/c.popram.html">www.qpa.pt/acessibilidade//po/popram/c.popram.html</a>
DGDR	DGDR	Dra. Teresa Bernardo	21 881 4000	Teresa.bernardo@dgdr.pt	<a href="http://www.dgdr.pt">www.dgdr.pt</a>
EQUAL	Iniciativa Comunitária	Dra. Sandra Almeida	21 799 4930	salmeida@equal.mts.gov.pt	<a href="http://www.equal.pt">www.equal.pt</a>
INTERREG	Iniciativa Comunitária	Eng.º José Soeiro	21 887 0437	jsoeiro@nect.pt	<a href="http://www.qpa.pt/ini-pomunitarias/interreg.html">www.qpa.pt/ini-pomunitarias/interreg.html</a>