

PLANO NACIONAL DE SAÚDE

REVISÃO E EXTENSÃO A 2020

MAIO 2015



Plano Nacional de Saúde

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	3
PREFÁCIO	4
1. ENQUADRAMENTO	6
1.1. Visão	8
1.2. Missão	9
1.3. Valores e Princípios	9
2. METAS DE SAÚDE 2020	10
3. MODELO CONCEPTUAL: EIXOS ESTRATÉGICOS	13
3.1. Cidadania em Saúde	14
3.2. Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde	15
3.3. Qualidade na Saúde	16
3.4. Políticas Saudáveis	17
4. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO	20
4.1. Orientações Estratégicas para a Implementação	23
4.2. Orientações Específicas para a Implementação	25
5. ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO	28
5.1. Mecanismos de Implementação	28
5.2. Mecanismos de Cativação de Recursos	28
5.3. Mecanismos de Divulgação	28
5.4. Adequação do Quadro de Referência Legal	28
6. MONITORIZAÇÃO	28
7. BIBLIOGRAFIA GERAL	33
8. ANEXO	37

AGRADECIMENTOS

Adalberto Campos Fernandes; Agis Tsouros; Alcindo Maciel; Alexandra Bento; Alexandre Abrantes; Alexandre Lourenço; Alexandre Morais Nunes; Almerindo Rego; Álvaro Belez; Álvaro de Carvalho; Álvaro Santos Almeida; Ana Carla Correia; Ana Clara Silva; Ana Cristina Guerreiro; Ana Cristina Portugal; Ana Dinis; Ana Escoval; Ana Paulo Laborinho; Ana Pedroso; Ana Sofia Ferreira; Ana Tito Lívio; Anabela Coelho; Anabela David; André Biscaia; Andreia Silva Costa; António Diniz; António Duarte; António Ferreira; António Leuschner; António Marques; António Pereira; António Tavares; Artur Osório de Araújo; Artur Paiva; Barbara Menezes; Belmira Rodrigues; Bernardo Gomes; Berta Nunes; Bruno Santos; Carla Andrade; Carla Lopes; Carla Pereira; Carla Sofia da Silva e Sá Farinha; Carlos Gouveia Pinto; Carlos Jorge Afonso Pereira; Carlos Jorge Cresso; Carlos Martins; Carlos Maurício Barbosa; Carlos Ramalheira; Carlota Louro; Carlota Pacheco Vieira; Carolina Teixeira; Catarina Durão; Catarina Sena; Catarina Soares Pires; Cátia Sousa Pinto; Celeste Gonçalves; Clara Pais; Cristina Abreu dos Santos; Cristina Bárbara; Cristina Semião; Dália Nogueira; David Santos; Elisabete Ramos; Elke Jakubowski; Emília Nunes; Eva Falcão; Fátima Trigueiros; Fernando Tavares; Fernando Almeida; Filipa Pereira; Filomena Araújo; Francisco George; Francisco Ramos; Francisco Velez Roxo; Gilles Dussault; Gisele Câmara; Glória Almeida; Graça Freitas; Graça Mariano; Hans Kluge; Heitor Costa; Henrique Barros; Henrique Botelho; Henrique Martins; Hernâni Caniço; Ilídia Duarte; Ilídio Cláudio Santos Correia; Inácio Almeida Brito; Inês Guerreiro; Isabel Castelão; Isabel Loureiro; João Baptista Soares; João Crisóstomo; João Delmiro; João Filipe Raposo; João Lobato; João Goulão; João Pedro Gomes; João Pedro Pimentel; João Pereira; João Sequeira Carlos; João Terrível; João Varandas Fernandes; Joaquim Cunha; Joaquim Santos; Jorge Carvalho; Jorge Jacob; Jorge Torgal; José Alexandre Diniz; José Aranda da Silva; José Armando Marques; José Boavida; José Carlos Lopes Martins; José Carlos Nascimento; José Carlos Rodrigues; José Fernandes

e Fernandes; José Fragata; José Martins; José Miguel Caldas de Almeida; José Pereira Miguel; José Robalo; Julian Perelman; Júlio Bilhota Xavier; Lara Noronha Ferreira; Leonor Pereira; Lisa Vicente; Luís Braga da Cruz; Lúcio Meneses de Almeida; Luis Campos; Luís Nunes; Luís Pisco; Luís Silva Miguel; Mafalda Lopes dos Santos; Manuel Caldas de Almeida; Manuel de Lemos; Manuel Lopes; Manuela Azevedo e Silva; Manuela Felício; Margarida França; Margarida Tavares; Maria Cortes; Maria da Conceição Sanchez; Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento; Maria do Céu Machado; Maria do Rosário Zincke; Maria Gracinda Ferreira; Maria Isabel Alves; Maria Isabel Castelão; Maria José Policarpo; Maria Neto; Mário Carreira; Miguel Cardo; Miguel Narigão; Miguel Soares de Oliveira; Miguel Telo de Arriaga; Monika Kosinka; Natércia Miranda; Nuno Miranda; Orlando Monteiro da Silva; Patrícia Barbosa; Paula Dias de Almeida; Paula Domingos; Paula Marques; Paula Santana; Paulo Campos; Paulo Feliciano Diegues; Paulo Ferrinho; Paulo Manuel Carreiro Macedo; Paulo Nicola; Paulo Nogueira; Paulo Rocha; Pedro Beja Afonso; Pedro Calado; Pedro Cegonho; Pedro Graça; Pedro Pita Barros; Pedro Sá Moreira; Ponciano Oliveira; Raquel Lucas; Ricardo Mestre; Richard Alderslade; Rita Lopes; Rui Cruz Ferreira; Rui Dionísio; Rui Gomes; Rui Julião; Rui Nogueira; Rui Portugal; Rui Santos Ivo; Rute Ribeiro; Salvador Massano Cardoso; Sandra Baia; Sara Carrasqueiro; Sérgio Gomes; Sofia Moura; Sollari Allegro; Sónia Ferreira Dias; Suzete Cardoso; Telma Gaspar; Telmo Baptista; Teresa Chaves de Almeida; Teresa Nuncio; Teresa Sustelo; Vítor Ramos; Vítor Rodrigues; Yolanda Maria Vaz; Zsuzsanna Jakab; Zulmira Hartz.

PREFÁCIO

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 constitui um elemento basilar das políticas de saúde em Portugal, traçando o rumo estratégico para a intervenção no quadro do Sistema de Saúde. Dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Proposta de Lei n.º 253/XII), bem como às recomendações do relatório da Organização do Mundial de Saúde-Euro (OMS-Euro) sobre a implementação do PNS, considera-se adequado desenvolver uma revisão da execução do Plano, estendendo-o a 2020. Esta revisão e extensão do PNS a 2020 está alinhada com os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados em setembro de 2013), e tem em consideração as recomendações do relatório de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014 pela OMS-Euro, bem como a mais recente evidência disponível, fornecida através Roteiros de Intervenção do PNS elaborados por peritos em diferentes temáticas da saúde (anexo).

O presente documento beneficiou de um consenso alargado quanto à sua visão, missão, Eixos Estratégicos e implementação, amplamente discutidos no 4º Fórum Nacional de Saúde (junho de 2014), nas reuniões do Conselho Consultivo e de Acompanhamento, do Grupo de Peritos e dos colaboradores dos diferentes Departamentos na Direção-Geral da Saúde.

O documento que aqui se apresenta cumpre um papel agregador e orientador das medidas consideradas mais relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde por parte da população residente em Portugal, enquanto referencial para as políticas e ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área, realçando a perspetiva de Saúde em Todas as Políticas. As atividades relacionadas com a saúde, desde a formação, a investigação, a promoção da Saúde, a prevenção e prestação de cuidados, são motor de desenvolvimento, valorização do país, incluindo desenvolvimento económico e coesão social.

Os grandes desígnios propostos para 2020 são a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

Para alcançar tais desígnios, todas as intervenções em saúde devem assentar em quatro Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; e, Políticas Saudáveis.

Nesta linha, a atualização do PNS visa rever e consolidar algumas das intervenções já implementadas, melhorar a qualidade das respostas existentes e desenvolver ações justificadas pelo atual contexto social e epidemiológico. Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos.

Como referido, o Plano define quatro Eixos Estratégicos que correspondem a perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde, cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de Sistema de Saúde. A ação, no âmbito destes Eixos, permite obter ganhos em saúde, melhorar o desempenho do Sistema, bem como a capacidade deste se desenvolver como um todo, nomeadamente através do fortalecimento de sistemas de informação para a tomada de decisão; integração de programas e projetos; e intervenções focadas em resultados.

O presente documento pretende, por um lado, identificar e definir um conjunto de orientações, de mecanismos e de atividades necessários para reforçar a implementação do PNS a nível nacional, regional e

local, incluindo a respetiva monitorização dos resultados, com identificação de período de execução e das entidades parceiras. Por outro lado, visa propor um enquadramento estratégico, operacional e temporal, que, embora na sequência lógica do Plano até à data em vigor, visa, até 2020, o reforço da cidadania e da equidade, assim como o realce da abordagem estratégica intersectorial, por ciclo de vida e *settings* (contextos), a par de uma governação da prática dos cuidados de saúde mais orientada para a qualidade e reforço da satisfação das necessidades da população.

O documento que aqui se apresenta está organizado em cinco partes: i) Enquadramento; ii) Metas de Saúde iii) Modelo Conceptual: Eixos Estratégicos; iv) Orientações para a Implementação; v) Monitorização.

O Plano Nacional de Saúde mantém um compromisso para o futuro, a 2020, e visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização da situação nacional e internacional.

Como os resultados em saúde são decorrentes de cadeias de valor, o Plano Nacional de Saúde deve assim ser considerado como um instrumento que visa integrar e focar os esforços de todos. Visa, essencialmente, servir de plataforma de entendimento e de convergência que eleve a capacidade de todos para se perseguirem os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população. Por outro lado, no seio do Ministério da Saúde deve-se orientar: o financiamento e a contratualização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; particularmente os do Serviço Nacional de Saúde, a gestão de recursos, a introdução de novas tecnologias, nomeadamente na área do medicamento e dispositivos médicos.

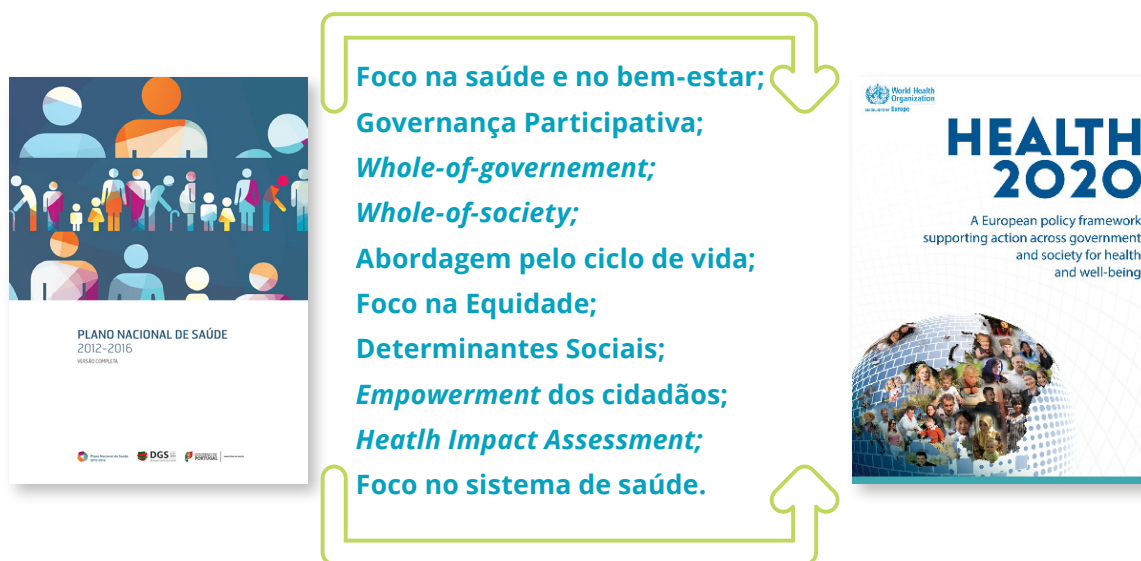
O poder de influência do Plano Nacional de Saúde estará naquilo que os agentes da sociedade e os cidadãos queiram dele fazer. Espera-se que este desígnio seja parte da missão de todos e de cada um, sejam Governo, instituições de saúde ou de outros sectores, públicos ou privados, sociedade civil, comunidades ou cidadãos.

1. ENQUADRAMENTO

A presente revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde a 2020 decorre após um relatório desenvolvido pela OMS-Euro sobre a implementação do PNS 2012-2016 apresentado em outubro de 2014. Neste relatório são referidas recomendações que serviram de ponto de partida para o desenvolvimento deste documento. Além disso, o documento que aqui se apresenta fundamenta-se na mais recente evidência disponível, nomeadamente nos Roteiros de Intervenção desenvolvidos no âmbito do PNS (<http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/>) (anexo) e em documentos estratégicos de relevo para a política de saúde nacional e internacional, a saber: Health 2020 (OMS, 2014); Um Futuro para a Saúde (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014); e ainda as implicações decorrentes da Estratégia *Health for Growth Programme 2014-2020* (Comissão Europeia, 2014). Todas as ideias, princípios, Eixos Estratégicos e orientações aqui apresentados surgem na continuidade de planos anteriores, tendo sido amplamente discutidos e consensualizados em várias arenas de discussão pública.

A estratégia *Health 2020* (OMS, 2014) é o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. Estes objetivos são alcançados através de prioridades estratégicas, desenvolvidas segundo abordagens designadas por *whole-society* e *whole-of-government*. As prioridades estratégicas são: i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; iv) desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores. O relatório desenvolvido pela OMS-Euro sobre a implementação do PNS conclui que o PNS 2012-2016 está alinhado com a estratégia *Health 2020* da OMS-Euro, devendo, no entanto, serem reforçados os instrumentos de implementação (Figura 1).

Figura 1. Elementos do PNS alinhados com a Estratégia *Health 2020* da OMS - Euro



O relatório *Um Futuro para a Saúde* (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) assentou no desafio de criar uma visão para a saúde e para os cuidados de saúde em Portugal, para os próximos 25 anos, descrevendo o que isso poderia significar na prática, nomeadamente em termos de implementação e sustentabilidade. Este documento propõe uma visão simples, caracterizada pelo *empowerment* (empoderamento) dos cidadãos, pela participação ativa da sociedade e por uma procura contínua de qualidade, apelando a um novo pacto para a Saúde.

O modelo de co-produção de saúde refere que por um lado a Governação para a Saúde partilhada pelos diferentes sectores da sociedade, incluindo a administração pública e a Governação da Saúde, prestação de cuidados de saúde contribuem em simultâneo para o estado e ganhos em saúde na população, como ilustrado (Figura 2). Este modelo é inspirador para a formulação das orientações deste Plano,

Figura 2: Modelo de co-produção de saúde (Fonte: *WHO Euro-Governance for Health in the XXI Century*, 2012, retirado de Fundação *Calouste Gulbenkian*. *Um Futuro para a Saúde*, 2014)



Considera-se ainda a Estratégia *Health for Growth Programme 2014-2020* da Comissão Europeia (Comissão Europeia, 2014), que pretende complementar, apoiar e gerar valor acrescentado no que se refere às políticas dos Estados-Membros destinadas a melhorar a saúde dos cidadãos e reduzir as desigualdades em saúde, através da promoção da saúde, do incentivo à inovação, do reforço da sustentabilidade dos sistemas de saúde e da proteção dos cidadãos contra as ameaças sanitárias transfronteiriças. Neste documento são referidas medidas de implementação como a divulgação de boas práticas; a identificação e desenvolvimento de mecanismos e instrumentos que permitam fazer face à escassez de recursos humanos; a melhoria da formação; a articulação e divulgação da investigação e inovação.

O PNS conta com o contributo de cada um dos cidadãos para maximizar a obtenção de ganhos em saúde sustentáveis, tendo a intenção de trazer valor ao Sistema de Saúde Português. À semelhança do documento “Um Futuro para a Saúde” (Fundação *Calouste Gulbenkian*, 2014) considera-se que a saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.

O PNS mantém um compromisso para o presente e para o futuro e uma visão proativa no seu desenvolvimento, de forma a incorporar todas as tendências da sociedade portuguesa, através do acolhimento de novas e melhores recomendações e da atualização do contexto e da situação nacional e internacional, numa lógica verdadeiramente sinérgica e intersectorial.

O PNS deve ser considerado como um instrumento de governança que visa integrar e focar os esforços de todos os agentes que promovem e protegem a saúde, utilizando os diferentes mecanismos de poder (*smart governance*, Nye, 2011): por um lado, o poder de influência, de apoio e persuasão; por outro lado, no seio do Ministério da Saúde, o poder exercido através da orientação do financiamento e da contratualização de serviços prestadores de cuidados de saúde.

O PNS pretende também alinhar as estratégias nacionais, regionais e locais em relação ao desenvolvimento de recursos humanos/formação para a saúde, investigação e inovação, bem como na definição da estratégia e critérios para atribuição de financiamento a todos os agentes do Sistema de Saúde.

1.1. VISÃO

O Plano Nacional de Saúde dá continuidade à visão estabelecida nos anteriores planos, isto é visa-se maximizar os ganhos em saúde através da integração de esforços sustentados em todos os sectores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis.

Propõe-se como desígnios para 2020 a redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco, tendo em vista a obtenção de Mais Valor em Saúde.

“No meu sistema de saúde ideal, sou saudável desde o meu nascimento, seguro e tranquilo, até à minha morte com dignidade no final da vida, e rodeado pela minha família. Tenho muito poucos motivos para interagir diretamente com o próprio sistema de uma forma física, para além das medidas preventivas, como as vacinas ou os rastreios, e as doenças agudas intercorrentes, tais como as doenças inevitáveis ou os acidentes. Quando tenho de ir a um centro de saúde para cuidados de saúde proactivos ou a um hospital para um tratamento urgente ou devido a dificuldades de saúde graves, o meu problema é resolvido de forma profissional e humana, tão rapidamente quanto possível.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014. Pag 25. Lynn Archibald.

1.2. MISSÃO

O Plano Nacional de Saúde tem por missão:

- Afirmar os valores e os princípios que suportam a identidade do Sistema de Saúde, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, e reforçar a coerência do sistema em torno destes;
- Clarificar e consolidar entendimentos comuns que facilitam a integração de esforços e a valorização dos agentes na obtenção de ganhos e valor em saúde;
- Enquadrar e articular os vários níveis de decisão estratégica e operacional em torno dos objetivos do Sistema de Saúde;
- Criar e sustentar uma expectativa de desenvolvimento do Sistema de Saúde através de orientações e propostas de ação;
- Ser referência e permitir a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde.

1.3. VALORES E PRINCÍPIOS

O PNS tem como valores e princípios a transparência e a responsabilização que permitam a confiança e a valorização dos agentes, bem como que o sistema se desenvolva aprendendo. Para além destes destacam-se:

- O envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde;
- A redução das desigualdades em saúde, como base para a promoção da equidade e justiça social;
- A integração e continuidade dos cuidados prestados aos cidadãos;
- Um sistema de saúde que responda com rapidez às necessidades, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis para evitar o desperdício;
- A sustentabilidade, de forma a preservar estes valores para o futuro, em que se possa conjugar: uma população saudável; comunidades resilientes que possam dispor de uma boa rede informal de cuidados; políticas e práticas de saúde bem integradas nas outras políticas e práticas sociais e económicas; um sistema de cuidados de saúde bem concebido e centrado nas pessoas, adequado aos objetivos, que seja eficiente, e tenha recursos humanos adequados, qualificados e a trabalhar em equipa, de modo a cuidados de saúde integrados.

2. METAS DE SAÚDE 2020

Neste documento propõem-se quatro metas para 2020, das quais duas metas ficam condicionadas a desenvolvimento atempado do sistema de informação.

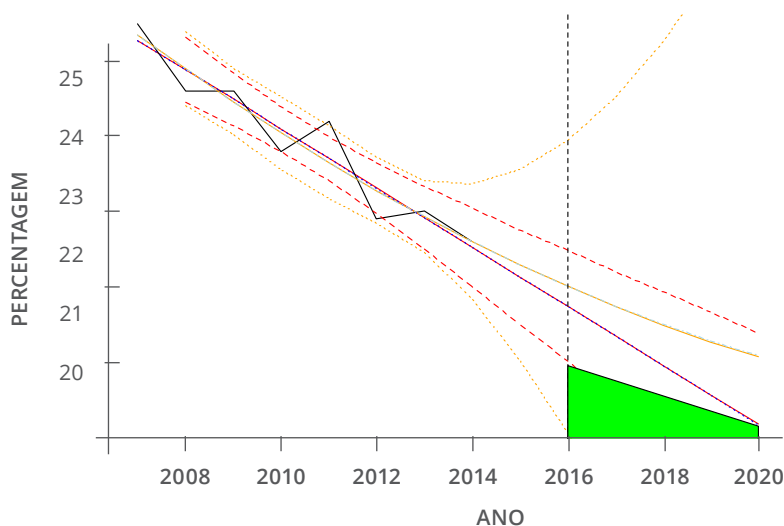
Portugal é um país com baixa natalidade, uma população envelhecida, portadora de patologia crónica múltipla. Este documento visa dar uma resposta a este cenário epidemiológico e demográfico contribuindo para que se incentive a natalidade, para que os jovens venham a ser adultos mais saudáveis e para que existam respostas rápidas e eficazes aos desafios lançados tanto pelas doenças de evolução prolongada, doenças transmissíveis e trauma, como pelas emergências de saúde pública.

A. Reduzir a mortalidade prematura (≤ 70 anos), para um valor inferior a 20%

A taxa de mortalidade prematura (%) antes dos 70 anos de idade é em 2012 22,8%. A projeção deste indicador para 2020 é de uma taxa previsível entre 20,5 e 22,0 %. Esta revisão do PNS assume o compromisso pela redução progressiva da mortalidade prematura, que deverá ficar em linha com o compromisso assumido para 2020, abaixo dos 20% (Um Estado Melhor, 2014). Esta meta alinha-se com o compromisso nacional na Resolução da OMS-Euro de 2012 (RC62-01) de redução em 25% a mortalidade referente a doenças não transmissíveis (atribuível às doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas).

Na figura 3 representa-se a tendência de mortalidade prematura a 2020, verificando-se a necessidade de um esforço adicional para garantir a meta.

Figura 3: Mortalidade prematura (todas as causas)



Fonte: VDM com projeção da DSIA (2015).

Nota: Área a verde corresponde a valores ideais de resultado para o cumprimento da meta.

B. Aumentar a esperança de vida saudável aos 65 anos de idade em 30%

A esperança de vida saudável aos 65 anos é em Portugal, em 2012 de 9,9 anos para homens e de 9,0 anos para as mulheres (Fonte: EUROSTAT) valor este inferior ao melhor valor dos países da União Europeia em 2011 de 13,9 anos para homens e de 15,2 anos para mulheres na Suécia. A projeção linear a 2020 identifica que os valores a atingir neste indicador serão de cerca de 12,9 anos para os homens e de 11,7 anos para mulheres. O indicador é medido em termos europeus e possível de monitorizar. Atendendo a que o horizonte 2020 é relativamente curto considera-se que valor de 30% de ganhos é a meta a alcançar, pelo que programas que foquem o grupo etário dos 50 – 60 anos devem ser considerados, nomeadamente para a carga de doença relacionada com a incapacidade.

Figura 4: Anos de Vida Saudáveis aos 65 anos - Homens

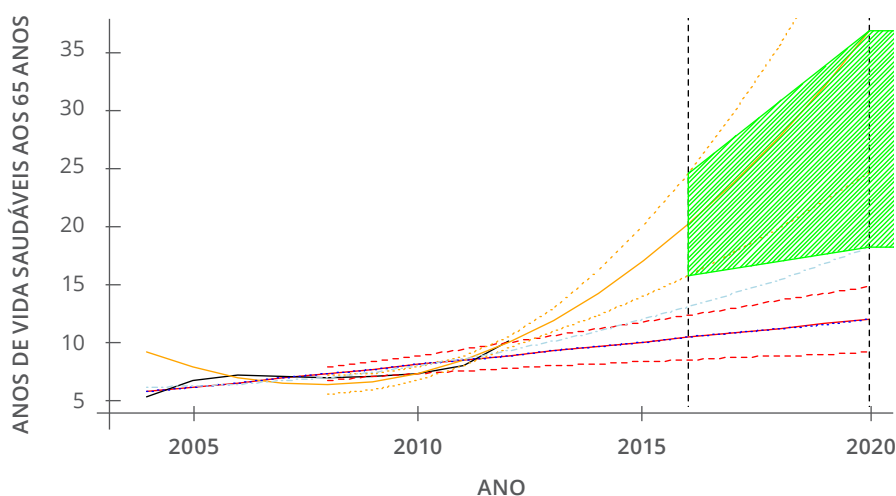
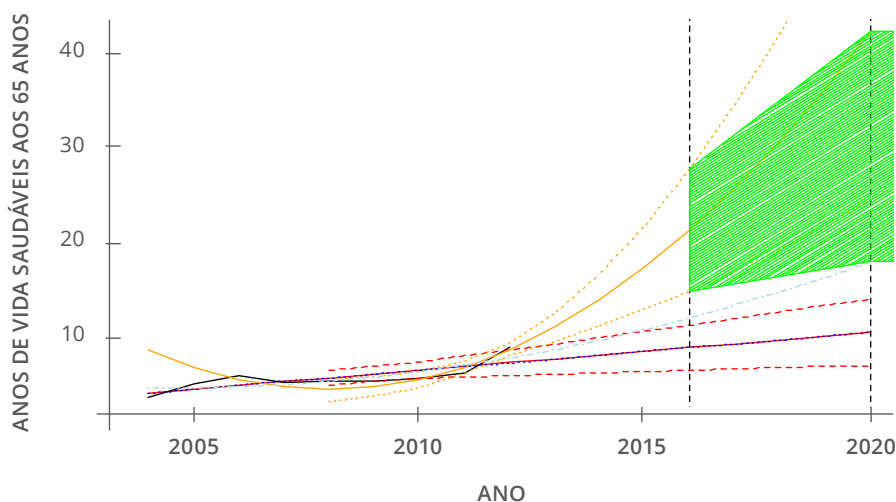


Figura 5: Anos de Vida Saudáveis aos 65 - Mulheres



Fonte: DSIA (2015).

Nota: Área a verde corresponde a valores ideais de resultado para o cumprimento da meta.

Os indicadores relativos a consumo e exposição ao tabaco e da obesidade infantil em idade escolar não são recolhidos sistematicamente e por isso muito difíceis de monitorizar, bem como de projetar para 2020.

C. Reduzir a prevalência do consumo de tabaco na população com ≥ 15 anos e eliminar a exposição ao fumo ambiental.

O consumo de tabaco constitui um dos comportamentos de risco com mais impacto na população portuguesa:

- Em Portugal, de acordo com estimativas de 2010 da Global Burden Diseases, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11800 pessoas, das quais 845, em consequência da exposição ao fumo ambiental. No mesmo ano, estimou-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, tenha sido de 103,06 por 100 000 habitantes;
- Em 2012, mais de um quarto da população dos 15-64 anos, era consumidora de tabaco (III inquérito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas da População Geral);
- Um estudo do Eurobarómetro relativo a 2008 permite concluir que apenas 32% dos jovens inquiridos dos 15-24 anos, consideram que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde.

D. Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar, limitando o crescimento até 2020

No que se refere à obesidade infantil, a recolha de indicadores é morosa, estando a ser monitorizados de 3 em 3 anos com medições em 2008, 2010, 2013 em crianças em idade escolar. Este processo iniciou-se na Europa com o projeto Cosi OMS-Europa, em Portugal a DGS realiza a monitorização com a colaboração de todas as ARS. A evidência prova que são os dois fatores que melhor podem condicionar a saúde das gerações futuras. Assim, consideram-se como indicadores a estabelecer metas para 2020 que só serão possíveis de quantificar na garantia que o sistema de informação promova a seu efetivo cálculo. O sistema de recolha de informação deverá estar garantido até a Junho de 2016.

A informação sobre o consumo alimentar permite identificar quem se encontra em risco nutricional, possibilitando uma adequada intervenção. Os elementos mais recentemente divulgados, respeitantes a 2013, dão-nos o seguinte panorama da situação atual:

- Mais de 50% dos adultos portugueses sofre de excesso de peso. A prevalência da obesidade traduz-se em cerca de 1 milhão de obesos e 3,5 milhões de pré-obesos;
- Uma alimentação inadequada é a principal responsável pelos anos de vida prematuramente perdidos;
- Os grupos populacionais mais vulneráveis parecem estar mais expostos a situações de doença, excesso de peso e insegurança alimentar.

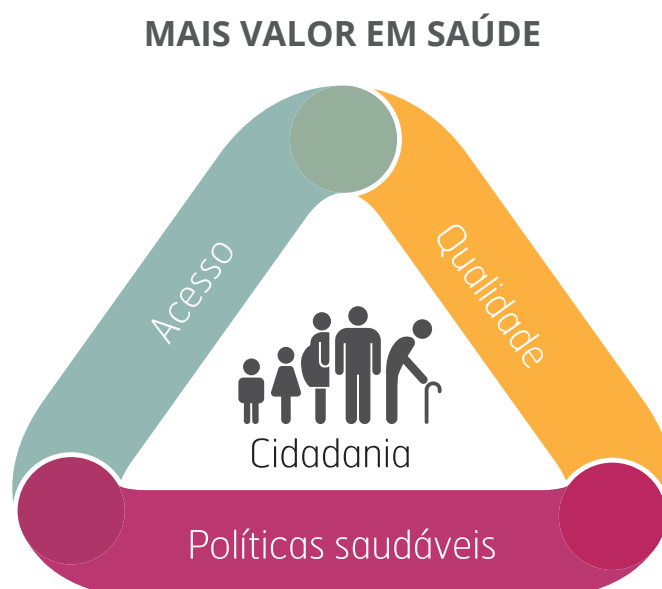
3. MODELO CONCEPTUAL: EIXOS ESTRATÉGICOS

O PNS pressupõe que os ganhos em saúde resultarão da melhor adequação entre necessidades de saúde e serviços, e da melhor relação entre recursos e resultados, ou seja, do melhor desempenho, tendo em vista a melhoria da saúde da população, a sustentabilidade do Sistema de Saúde e o envolvimento e participação das comunidades e das suas organizações.

Os quatro Eixos Estratégicos do PNS, que constituem o modelo conceptual, são perspectivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, organismos públicos e privados, administração direta e indireta do Estado, instituições com ou sem fins lucrativos), cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspectiva de Sistema de Saúde, em particular do Serviço Nacional de Saúde e das ações dos diferentes setores com impacto no estado de saúde (Figura 3). Os Eixos retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de Saúde e de todos os setores, bem como a capacidade de estes se desenvolverem como um todo, perseguindo a melhoria da saúde da população. Tal como definido desde 2012 são considerados quatro Eixos Estratégicos para os quais se propõe um conjunto de recomendações estratégicas: Cidadania em Saúde; Equidade e Acesso Adequado aos Cuidados de Saúde; Qualidade em Saúde; Políticas Saudáveis.

O processo de implementação do PNS assenta nestes quatro Eixos transversais que devem estar refletidos em todas as ações e intervenções do Sistema de Saúde e em todos os setores com impacto na saúde.

Figura 6: Modelo Conceptual do PNS.



3.1. CIDADANIA EM SAÚDE

A saúde é um domínio complexo de elevada incerteza, dependente de fenómenos biológicos, comportamentais, socioeconómicos e ambientais, que beneficia de grande inovação e rápida evolução do conhecimento e das práticas, que exige políticas consistentes e persistentes. É na complexidade deste contexto de recursos finitos e, por isso, de decisões éticas difíceis, que se movem governantes, gestores, profissionais e cidadãos.

A Cidadania em Saúde emerge, em 1978, da Declaração de Alma-Ata como “o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde” (Alma-Ata, 1978).

O cidadão, entendido como central no Sistema de Saúde, é um importante agente de participação e de mudança. Por isso, tem o direito e o dever de influenciar as decisões em política de saúde que afetam coletivamente a população, no desempenho dos seus diferentes papéis: o de doente com necessidades específicas; o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade; e o de contribuinte do Serviço Nacional de Saúde.

Do mesmo modo, o cidadão deve ser capacitado para assumir a responsabilidade de pugnar pela defesa da sua saúde individual e da saúde coletiva. Para exercê-la, o cidadão tem que estar informado, tem que interiorizar tal informação e traduzi-la na alteração dos seus comportamentos menos saudáveis e, quando for o caso, na gestão da sua doença. Só assim o cidadão, individual ou coletivamente, estará capacitado para ser ouvido e participar nas decisões que lhe dizem respeito, contribuindo para o consenso quanto às prioridades em matéria de saúde e para um compromisso político estável e alargado que permita alcançar os objetivos deste Plano.

O PNS PROPÕE:

- » A promoção de uma cultura de cidadania que vise a promoção da literacia e da capacitação dos cidadãos, de modo que se tornem mais autónomos e responsáveis em relação à sua saúde e à saúde de quem deles depende.
- » A realização de ações de promoção da literacia que foquem medidas de promoção da saúde e prevenção da doença, nomeadamente nas áreas da vacinação, rastreios, utilização dos serviços e fatores de risco.
- » A promoção da participação ativa das organizações representativas dos interesses dos cidadãos.
- » O desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde que permitam desenvolver ações de cidadania em saúde;
- » O desenvolvimento de programas de educação para a saúde e de autogestão da doença.
- » O desenvolvimento de programas de utilização racional e adequada dos serviços de saúde.
- » A promoção de atividades de voluntariado na saúde.

3.2. EQUIDADE E ACESSO ADEQUADO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

O PNS pretende contribuir para que o Sistema de Saúde, bem como outros setores com impacto na saúde, encontrem equilíbrios entre a proximidade de serviços e a gestão racional de recursos limitados, entre a redundância e complementaridade de serviços oferecidos pelo setor público, privado e social e entre uma resposta compreensiva e uma resposta especializada às necessidades de saúde da população. Destes equilíbrios depende a equidade e o acesso e, portanto, a utilização mais eficiente dos recursos disponíveis. A procura ótima deste difícil e instável equilíbrio é dinâmica, assumindo dimensão com responsabilidade nacional, regional e local e de relação entre os sectores público, privado e social. A equidade é um pilar para a melhoria do estado de saúde dos cidadãos.

Entende-se equidade em saúde como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação, no estado de saúde de grupos populacionais oriundos de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos

(Marmot M et al., 2008; Marmot M, 2007; WHO, 2010b).

O respeito pelo princípio da equidade implica a ausência de diferenças evitáveis e injustas nas respostas oferecidas pelo Sistema de Saúde a necessidades iguais de cidadãos diferentes. Expressa-se, ainda, pela igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. Assim, pretende-se reduzir desigualdade através da intervenção em determinantes de saúde, e em particular os determinantes sociais da saúde.

Não sendo exclusivo em relação a medida de equidade, o acesso aos cuidados de saúde, significa que são disponibilizados cuidados de qualidade, seguros, necessários e oportunos, no local tecnicamente apropriado e no momento adequado.

Obter-se-ão mais facilmente ganhos em saúde se existir melhor adequação entre as necessidades de saúde e as respostas dos serviços e se existir melhor relação entre os recursos existentes e resultados obtidos.

O PNS PROPÕE:

- » A integração dos diferentes setores em relação a medidas que promovam a redução da desigualdade e a melhoria da condição da população em geral face aos determinantes sociais.
- » O reforço da governação dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), hospitalares e continuados, de modo a que a tomada de decisão seja adequada, efetiva e monitorizada e que o cidadão aceda de modo mais rápido aos cuidados de que necessita.
- » O reforço do desenvolvimento e implementação, em situações adequadas, dos processos assistenciais integrados para as patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho, de modo a que o cidadão receba os cuidados atempados e adequados, independentemente da rede de cuidados onde se encontre.
- » O desenvolvimento de redes de referência de cuidados não apenas de base geográfica, mas também de hierarquia de competências técnicas.

- » A promoção da articulação entre o planeamento nacional e local nas diferentes áreas de ação social, tanto através de estratégias normativas e reguladoras, como o SIADAP e a contratualização, como através de estratégias de persuasão e influência, por exemplo no apoio ao desenvolvimento de planos locais de saúde.
- » fortalecimento de estratégias de financiamento que promovam a equidade na realização do potencial de saúde.
- » O desenvolvimento de ações intersectoriais que reforcem a participação de todos os sectores do Governo.
- » O reforço do acesso equitativo ao programa nacional de vacinação, programas de rastreios e outros programas de prevenção da doença relacionados com fatores de risco, especificamente tabaco e obesidade infantil.
- » O reforço do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde e aos medicamentos.

3.3. QUALIDADE NA SAÚDE

A OMS-Euro aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo.

A Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão (Saturno P et. al., 1990). Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

O Sistema de Saúde Português tem que se adaptar à alteração progressiva dos padrões demográficos e epidemiológicos do país, ao desenvolvimento tecnológico e farmacológico, caro ou muito caro, que ocorre de forma rápida, à enorme produção de novas evidências científicas, à tendência de aumento da despesa global no sector da saúde, aos resultados da investigação clínica e da inovação em saúde e à necessidade de cumprimento de princípios éticos na definição de prioridades. Todo este complexo e dinâmico contexto faz apelo à melhoria contínua da qualidade, como um imperativo para gestores, profissionais de saúde e cidadãos que utilizam o Sistema de Saúde.

Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.

A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados.

Melhorar a qualidade na saúde é, também, uma resposta pragmática à necessidade de sustentabilidade do Sistema de Saúde e, em particular, do Serviço Nacional de Saúde, porque contribui para melhoria da efetividade e da eficiência da prestação de cuidados de saúde.

O PNS PROPÕE:

- » O reforço da implementação da Estratégia Nacional da Qualidade, através de ações concertadas e complementares a nível central, regional e local.
- » A monitorização e publicação dos resultados da prestação de cuidados de saúde e a respetiva relação com o volume de cuidados.
- » O reforço do impacto da qualidade na avaliação do desempenho profissional e institucional e no financiamento das instituições prestadoras de cuidados.
- » A implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, através de ações transversais que melhorem a cultura de segurança de forma integrada em todos os níveis de prestação de cuidados.
- » A implementação e divulgação da certificação da qualidade da prestação de cuidados de saúde, de forma a aumentar a confiança dos cidadãos no Sistema de saúde.
- » O reforço, nas redes de prestação de cuidados de saúde, do papel das comissões da qualidade e segurança.
- » O reforço das medidas de utilização racional dos medicamentos, suportada nas NOC, que por sua vez se baseiem em análises de custo-efetividade.
- » A garantia de qualidade na realização de rastreios de base populacional, assegurando assim a equidade e o acesso a estratégias de prevenção de qualidade.

3.4. POLÍTICAS SAUDÁVEIS

A saúde e o bem-estar são resultado de condições básicas (WHO. Declaração de Jakarta, 1997) e da interação complexa de múltiplos fatores biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais (Dahlgren, G. e Whitehead, M. 1991) pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve todos os sectores (Figura 6).

Figura 7: Health 2020 - A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO, 2013

A expressão “Políticas Saudáveis” traduz um conceito abrangente, que responsabiliza não só o sector da saúde, mas também todos os outros, por exemplo a educação, a segurança social, o ambiente; tanto a nível do sector público, como do privado e do terceiro sector. Todos devem contribuir para a criação de ambientes promotores da saúde e do bem-estar das populações, assegurando que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis (WHO. Health Report, 2010) e de cumprir, de forma plena, o seu potencial de saúde e o seu direito a uma longevidade saudável.

Políticas Saudáveis são políticas do governo, autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para a ação: i) na resposta a necessidades de saúde; ii) na distribuição de recursos para a saúde; iii) na potencialização de impactos positivos para a saúde, ou mitigação de impactos negativos, da resposta a outras prioridades políticas (Glossary. WHO 1998). Traduzem-se em medidas legislativas, de regulamentação, normativas, administrativas ou outras que visem criar condições ambientais, socioeconómicas e sociais favoráveis à saúde individual e coletiva. Estas medidas devem contribuir para facilitar as escolhas saudáveis por parte dos cidadãos, tornando-as mais acessíveis a todos. Expressam uma preocupação explícita com a saúde e a equidade, bem como com a prestação de contas relativamente aos impactos na saúde decorrentes das decisões políticas assumidas pelos diferentes sectores da governação (WHO. Declaração de Adelaide, 1988).

O desenvolvimento de políticas saudáveis visa a criação de impactos positivos para a saúde da população e a redução de impactos negativos. Estas políticas devem ser traduzidas em melhores condições ambientais, socioeconómicas e culturais, que favoreçam uma melhor saúde individual, familiar e coletiva.

O conceito de “Políticas Saudáveis” complementa-se com o conceito de Saúde Pública. Enquanto o primeiro enfatiza a abordagem intersectorial, com base na evidência de que as ações da iniciativa de sectores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde da população, o segundo enfatiza a promoção e proteção da saúde e a prevenção e tratamento da doença.

“A saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014.

As intervenções devem basear-se em abordagens por ciclo de vida e por settings. A abordagem por ciclo de vida facilita uma compreensão integrada do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que os cidadãos vão assumindo ao longo da vida em diferentes settings, de acordo com o género. Esta abordagem salienta a oportunidade de intervenção precoce nos fatores de risco (por exemplo, tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool) essencial para a prevenção da doença crónica e das complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção do acesso aos medicamentos e da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais. Além disso permite promover uma organização e intervenção continuada que inclui cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os fatores protetores, de risco e outros, assim como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar e nascimento até à morte. A abordagem por settings inter-relaciona-se com a abordagem do ciclo de vida, na medida em que permite identificar intervenções adequadas para cada setting em cada etapa do ciclo de vida. Os settings a privilegiar variam, assim em função do ciclo de vida, incluindo a família, a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer, os lares de idosos e as unidades de prestação de cuidados saúde. Em conjunto, estas abordagens orientam a sociedade e os cuidados de saúde para a avaliação de necessidades e oportunidades de intervenção ao longo da vida, realçando momentos especiais como o nascer, o morrer e outros momentos como a entrada para a escola, o primeiro emprego, o casamento, o divórcio, a reforma, entre outros, que representam oportunidades de educação para a saúde, bem como ações de prevenção da doença. Ambas as abordagens são coerentes com a abordagem intersectorial, muito enfatizada neste documento.

O PNS PROPÕE:

- » A promoção da abordagem intersectorial e de Saúde em Todas as Políticas nos diferentes níveis de atuação.
- » O reforço de estratégias intersectoriais que promovam a saúde, através da minimização de fatores de risco (tabagismo, obesidade, ausência de atividade física, álcool).
- » O reforço de implementação de estratégias e instrumentos no âmbito de políticas saudáveis com base na identificação de prioridades em saúde com revisão e atualização periódica.
- » A utilização da metodologia de avaliação de impacto, como um elemento a considerar previamente ao desenvolvimento e implementação de políticas.
- » O reforço de sistemas de vigilância epidemiológica em relação aos determinantes de saúde e aos fatores de risco com maior impacto em ganhos de saúde com equidade.
- » O reforço dos sistemas de monitorização de alertas de saúde pública, promovendo a deteção precoce e coordenação de resposta a essas emergências.
- » O reforço de estratégias de comunicação e de marketing social que promovam a opção pela implementação de políticas saudáveis.
- » A revisão das estratégias de financiamento no sentido de valorizar projetos e ações de âmbito intersectorial.

4. ORIENTAÇÕES PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Dando cumprimento às recomendações da OMS-Euro reforçaram-se as estratégias para uma implementação efetiva do Plano. Por outro lado, procurou-se que a implementação estivesse alinhada com os princípios da Estratégia 2020 (OMS, 2014), focando-se no conceito de *smart governance* definido pela OMS-Euro (WHO, 2012). Assim, a implementação deve assentar em sete princípios orientadores que se constituem também como desafios:

• Prevenção e Controlo da Doença

Reduzir a carga de doença (Não Transmissível e/ou Transmissível) e melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos são objetivos últimos de qualquer sociedade. As doenças não transmissíveis (DNT) são responsáveis pela maioria das mortes e da carga da doença em toda a região europeia da OMS, incluindo Portugal, pelo que as medidas para a sua prevenção e controlo devem ser assumidas como uma prioridade em saúde pública.

Muitas DNT são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de saúde, nomeadamente os relacionados com o tabaco e obesidade. Assim, o investimento na prevenção e melhoria do controlo das DNT vai contribuir para a redução da carga de doença, a redução da morte prematura, da morbilidade e incapacidade, para a promoção do envelhecimento saudável e ativo, aumentando a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades.

• Promoção e Proteção da Saúde

A promoção e proteção da saúde visam criar condições para que os cidadãos, individual ou coletivamente, possam agir sobre os principais determinantes da saúde, de modo a maximizar ganhos em saúde, contribuir para a redução das desigualdades e construir capital social (WHO Carta de Ottawa, 1986; WHO Declaração de Jakarta, 1997).

A promoção da saúde está associada à sustentabilidade, na medida em que “as melhores escolhas para a saúde são também as melhores escolhas para o planeta; e as escolhas mais éticas e benéficas para o ambiente são também boas para a saúde” (Um Futuro para a Saúde. Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

O reforço da promoção e proteção da saúde deve valorizar o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto, com destaque para os principais determinantes de saúde e para as ações intersectoriais. Tem particular relevo os programas, projetos e ações que visem a saúde reprodutiva, a infância e a adolescência tendo em vista o desenvolvimento de gerações saudáveis. As políticas de saúde devem obrigatoriamente abranger estas etapas do ciclo de vida.

• Colaboração Intersectorial

A colaboração intersectorial permite concretizar abordagem *whole-of-government* e *whole-of-society*, assentando evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade (Kickbusch E, 2007; Svensson PG, 1988). O desenvolvimento de ações intersectoriais visa a obtenção de ganhos em saúde e qualidade de vida, através de intervenções que envolvam a educação, segurança social, administração interna, agricultura, ambiente, autarquias locais e terceiro setor, com maior proximidade à população.

• Capacitação dos cidadãos

Capacitar os cidadãos, através de ações de literacia, para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde e por um papel mais interventivo no funcionamento do sistema do Sistema de Saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empowerment). A capacitação dos cidadãos torna-os mais conscientes das ações promotoras de saúde, bem como dos custos em que o sistema de saúde incorre pela utilização dos seus serviços.

• Promoção de ambientes saudáveis

A Estratégia Health 2020 enfatiza o papel dos ambientes saudáveis e das comunidades resilientes na obtenção de ganhos em saúde e na redução das desigualdades em saúde. As ações a desenvolver devem considerar a relevância do ambiente para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, bem como ambientes específicos, tendo em atenção fatores ambientais ou ocupacionais.

• Divulgação e implementação de boas práticas

As boas práticas estão intrinsecamente relacionadas com o conceito de melhoria contínua da qualidade e com o impacto desta cultura na redução do desperdício. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar a melhoria contínua da qualidade, como um meio de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado.

A identificação e divulgação de boas práticas deve permitir a comparabilidade e a replicabilidade de processos, medidas ou ações, contribuindo para a equidade e convergência dos níveis de eficiência dos diferentes serviços de saúde. Tem particular relevo a formação de profissionais nas diferentes áreas e a investigação científica.

• Fortalecimento da Saúde Global

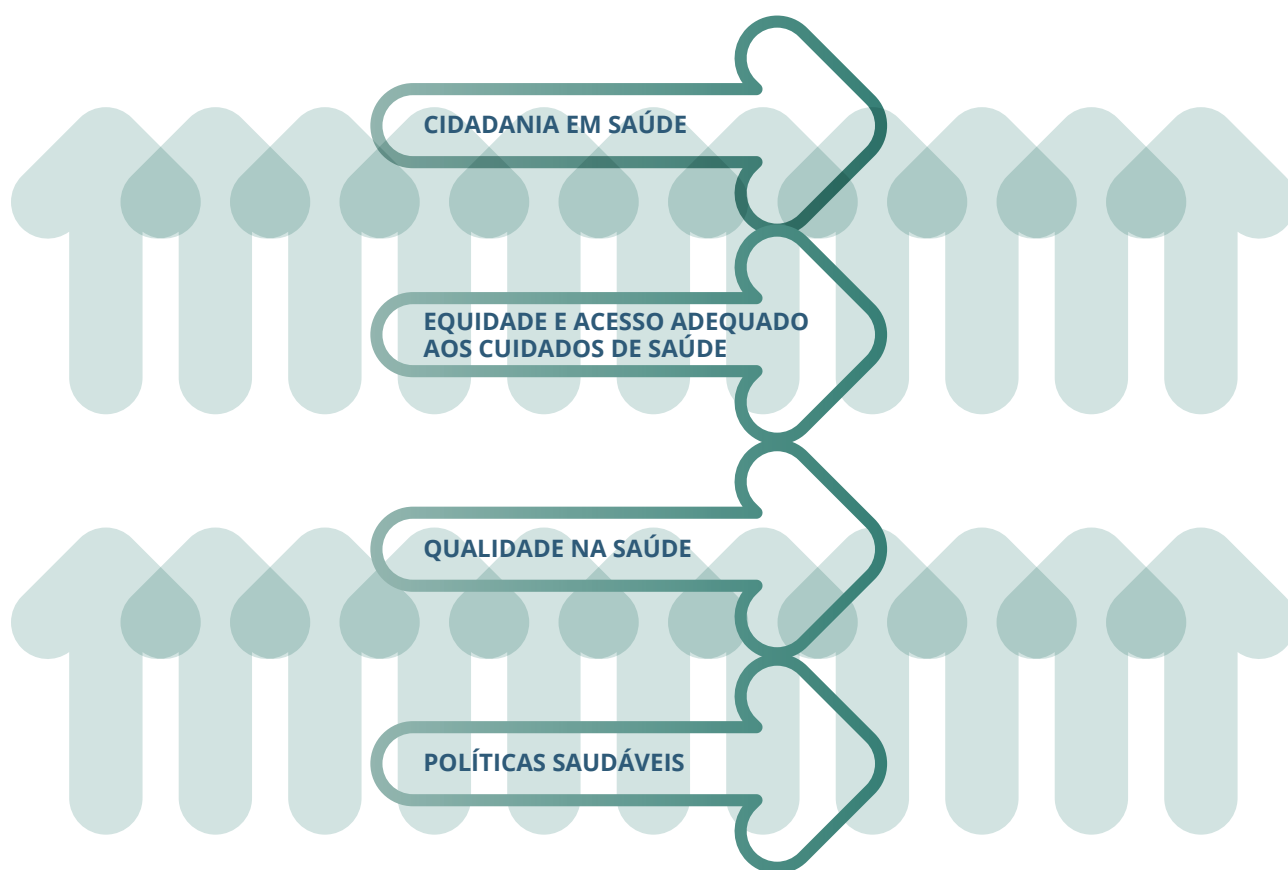
Portugal integra-se em diferentes comunidades internacionais e a saúde está interdependente nas diferentes regiões e países. A saúde global “representa um novo contexto, uma nova consciência e uma nova abordagem estratégica em matéria de saúde internacional. Centra-se no impacto da interdependência global sobre os determinantes da saúde, a transferência de riscos para a saúde e a resposta política dos países, organizações internacionais e de muitos outros atores na cena global em saúde. O seu objetivo é o acesso equitativo à saúde em todas as regiões do globo” (Kickbush, 2002). A palavra global no conceito de saúde global refere-se ao âmbito dos problemas, não à sua localização (Kaplan, 2009). Assim, a Saúde Global é um conceito abrangente que integra o estado de saúde, os determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países. Considera-se a saúde como independente de fronteiras físicas ou administrativas, de culturas ou língua, exigindo ações articuladas, assentes numa perspetiva alargada e multidimensional.

O Fortalecimento da Saúde Global assenta, em termos gerais, na interdependência entre saúde e política externa através da valorização das estratégias de diplomacia em saúde; de políticas integradas de saúde e emigração; na capacidade de vigilância, preparação e resposta aos riscos e ameaças globais à saúde; na intersectorialidade e Saúde em Todas as Políticas, nomeadamente Políticas Globais; competitividade, inovação e excelência; nas políticas de mobilidade de profissionais; na criação de oportunidades a partir da crescente mobilidade dos cidadãos; na saúde como capital de cooperação entre países.

A implementação das orientações propostas neste documento considera, para além destes princípios, a abordagem por ciclo de vida, por setting e de âmbito intersectorial, numa lógica sinérgica e de ganhos em saúde.

O PNS é implementado através de programas, projetos, atividades e ações operacionalizadas por diferentes agentes e dirigidas a necessidades ou temas específicos, numa lógica de planeamento macro estratégico vertido em planeamento operacional (meso e micro) a nível regional e local. Considera-se que tanto os programas nacionais, como projetos ou iniciativas de carácter operativo (projetos ou iniciativas dirigidas a alvos muito concretos) são instrumentos de implementação do PNS, devendo abordar os Eixos Estratégicos (Figura 5), segundo uma abordagem intersectorial que envolva os diferentes ministérios, autarquias, entidades públicas e privadas, associações profissionais, sociedades científicas, associações de doentes e demais organizações governamentais e não-governamentais, bem como o próprio cidadão.

Figura 8: Modelo de Implementação do Plano Nacional de Saúde



As Orientações de Implementação aqui apresentadas assentam nas recomendações do Plano Nacional de Saúde 2012-2016, no relatório da OMS-Euro sobre a implementação do Plano, nos Roteiros de Intervenção do PNS 2012-2016, bem como em propostas amplamente discutidas publicamente, nomeadamente no 4º Fórum Nacional de Saúde, nas reuniões do Grupo de Peritos, do Conselho Consultivo e de Acompanhamento e em reuniões internas na Direção-Geral da Saúde. Propõem-se orientações estratégicas de implementação do PNS, transversais aos quatro Eixos Estratégicos, e orientações específicas dirigidas a temas particulares, procurando articulá-los e integrá-los com os Eixos.

4.1. ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
1. Rever a estratégia de monitorização do Plano Nacional de Saúde (incluindo indicadores e metas).	DGS / INE / INSA / ACSS	Até Novembro 2015
2. Criar um sistema de recolha de informação regular para monitorização de consumo e exposição ao tabaco e de obesidade infantil.	DGS/INE/INSA	Até Julho 2016
3. Criar programas integrados de resposta às necessidades de saúde de acordo com o ciclo de vida e <i>settings</i> .	DGS	2015
4. Reforçar a implementação de uma abordagem <i>whole-of-government</i> e <i>whole-of-society</i> , no âmbito do Conselho Consultivo e de Acompanhamento do PNS.	DGS Entidades do Conselho Consultivo	2015
5. Rever e aprovar um Plano de Comunicação do PNS, no âmbito da DGS.	DGS	2015
6. Potenciar a criação de oportunidades e influenciar a agenda internacional, de forma coerente com as necessidades de saúde e interesses nacionais.	DGS	2020
7. Cumprir os compromissos internacionais, alinhando os objetivos internos com os internacionais, aproveitando sinergias e oportunidades.	DGS	2020
8. Criar um núcleo técnico, na DGS, de apoio ao planeamento local, nomeadamente ao desenvolvimento de Planos / Estratégias Locais de Saúde.	DGS	2016
9. Atualizar a lista de indicadores de monitorização da Saúde dos Portugueses bem como adequar os sistemas de informação em saúde a este propósito.	DGS/SPMS	2015
10. Criar um sistema de avaliação de implementação das medidas do PNS juntos aos diferentes <i>stakeholders</i> da Saúde.	DGS	2016
11. Desenvolver uma estratégia de recolha de dados epidemiológicos, que inclua o tratamento dos dados e a identificação de assimetrias loco-regionais, numa perspetiva de equidade: <i>Clusters</i> de Agrupamentos de Centros de Saúde / Unidades Locais de Saúde.	DGS/ Comunidade Académica	2016
12. Alinhar os planos regionais e locais de saúde com o PNS	DGS /ARS/ULS/ ACES/Autarquias	2016
13. Integrar os indicadores do Plano Nacional de Saúde nos critérios de contratualização criando um quadro estratégico de desempenho e de ganhos em saúde.	DGS	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
14. Formar, desenvolver e reter os recursos humanos da saúde, valorizando a competência e a qualidade profissional.	DGS/ACSS/ARS	2015
15. Articular a Agenda de Investigação nacional com os Eixos Estratégicos e prioridades de saúde, no sentido de obter ganhos em saúde, segurança e sustentabilidade.	DGS/INSA/ Entidades do Conselho Consultivo	2016
16. Desenvolver ferramentas para apoiar a identificação e divulgação de Boas Práticas.	DGS/SPMS	2015
17. Rever, de acordo com a melhor evidência disponível em cada área e com o PNS, todas as respostas de Saúde operacionalizadas através de Planos, Programas, Estratégias, Ações, Projetos.	DGS	2015
18. Antecipar o impacto das alterações climáticas para o sector da saúde, tendo em vista a sua preparação e resposta.	DGS Agência Portuguesa do Ambiente	2017
19. Reforçar os programas de combate ao tabagismo e de prevenção da obesidade infantil	DGS/ARS/ACES	2016

4.2. ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS PARA A IMPLEMENTAÇÃO

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
1. Organizar instrumentos para criação de perfis de saúde, de âmbito local que permitam identificar desigualdades em saúde melhorando os Planos e Estratégias Locais de Saúde particularmente em relação a fatores de risco e determinantes de saúde. - Plano Integrado de Saúde, para o Desenvolvimento Local.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias.	2016
2. Estabelecer mecanismos de revisão sistemática dos planos estratégicos de áreas com impacto na saúde (ex. ambiente).	DGS Instituições do Ministério da Saúde Instituições de outros Ministérios e da Sociedade Civil	2016
3. Identificar as áreas de maior ganho potencial em saúde, através de modelos de análises de determinantes e de identificação de intervenções com relação custo-efetividade que permitam alocar recursos e investimentos para a obtenção desses ganhos, nas áreas prioritárias	DGS Instituições do Ministério da Saúde	2016
4. Apoiar a implementação, a nível regional e local, de projetos de intervenção comunitária direcionados para os grupos mais vulneráveis da população.	DGS Instituições do Ministério da Saúde Instituições de outros sectores fora da saúde Terceiro sector e Sociedade Civil	2016
5. Divulgar, com efetividade, e para diferentes públicos-alvo, informação na área da saúde, em linguagem clara e acessível, através dos <i>websites</i> e outros meios do Ministério da Saúde.	DGS Instituições do Ministério da Saúde	2016
6. Desenvolver referenciais e orientações integradas que incentivem as oportunidades de promoção e proteção da saúde e prevenção da doença.	DGS	2016
7. Desenvolver um sistema de informação que permita o registo das condições sociais e económicas dos utentes para um efetivo diagnóstico e intervenção holística em saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
8. Incluir nos programas de saúde ações que permitam e garantam a certificação dos mesmos.	DGS	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
9. Melhorar sistematicamente a qualidade da informação, através da arquitetura dos sistemas e da formação dos profissionais, tendo em conta os determinantes sociais da saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
10. Capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde para que seja possível: conhecer o potencial de saúde e de risco para a saúde associado a cada contexto.	DGS ACSS SPMS	2016
11. Priorizar o acesso e a qualidade da resposta dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados integrados, cuidados comunitários, como base para a satisfação de necessidades de saúde próxima, em primeira linha, e para a libertação de recursos nos cuidados hospitalares.	DGS ACSS SPMS	2016
12. Informar os cidadãos, a nível geral e individual, dos custos reais com os cuidados de saúde, como base para a promoção da responsabilidade no uso adequado de recursos e uma consciência da solidariedade em saúde.	DGS ACSS SPMS	2016
13. Identificar os recursos necessários para uma efetiva preparação, monitorização e resposta a emergências, incluindo atualizações periódicas de planos de contingência, exercícios e respetivas correções.	DGS	2016
14. Consolidar os sistemas de alerta, notificação e de vigilância epidemiológica, de acordo com critérios internacionais.	DGS SPMS ARS/ULS/ACES	2016
15. Desenvolver estratégias de nível nacional, regional e local para promoção de ambientes saudáveis e criação de comunidades resilientes.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2016
16. Apoiar iniciativas da sociedade civil no âmbito do voluntariado em saúde, em particular no domínio da formação de cuidadores informais de suporte ao doente acamado.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2016
17. Desenvolver e divulgar boas práticas de inclusão social, acessibilidade a grupos vulneráveis, capacitação e <i>empowerment</i> , bem como apoio solidário aos cidadãos.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias	2015
18. Desenvolver e divulgar boas práticas em relação a prestação de cuidados de saúde nos diferentes níveis.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias.	2016
19. Reforçar a articulação dos serviços de saúde com os serviços sociais e recursos das comunidades que servem, numa perspetiva de identificação e encaminhamento de situações de carência social e económica com impacto na saúde.	DGS ARS/ULS/ACES Autarquias Ministério da Solidariedade e Segurança Social	2016

Orientações	Parceiros de implementação	Prazo
20. Criar um instrumento de avaliação rápida de sustentabilidade das medidas propostas pelos decisores técnicos.	Ministério da Saúde	2016
21. Promover o desenvolvimento do SiNATS – Sistema Nacional de Avaliação das Tecnologias da Saúde.	INFARMED	2015
22. Rever a Rede de Serviços Hospitalares e reforçar a atividade dos Cuidados de Saúde Primários.	Ministério da Saúde ACSS SPMS	2016
23. Rever e reforçar a rede pré-hospitalar e hospitalar em emergência de acordo com os Eixos Estratégicos.	Ministério da Saúde ACSS INEM	2016
24. Criar um sistema de gestão, articulação/integração e continuidade de cuidados.	DGS Ordens Profissionais ACSS SPMS	2016
25. Reforçar medidas para a utilização racional dos medicamentos e dispositivos médicos, assente em análises de custo-efetividade.	DGS INFARMED	2016
26. Reforçar a cobertura e assegurar a qualidade dos rastreios de base populacional que permitam aferir ganhos em saúde para as populações.	DGS ARS	2016
27. Propor uma estratégia para a introdução atempada de inovação no Sistema de Saúde e em particular no Serviço Nacional de Saúde.	DGS	2016

5. ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

5.1. MECANISMOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Em continuidade com o PNS 2012-2016 propõe-se a existência de um Coordenador do Plano (Diretor-Geral da Saúde) apoiado por um Diretor Executivo. As funções de ambos serão apoiadas por uma Equipa Técnica que exercerá funções na DGS.

Propõe-se a continuidade do Conselho Consultivo e de Acompanhamento, para acompanhamento e participação comunitária. Sugere-se também a manutenção do Grupo de Peritos, a quem compete colaborar no desenvolvimento e implementação do PNS.

5.2. MECANISMOS DE CATIVAÇÃO DE RECURSOS

As estratégias, recomendações e propostas referidas no PNS devem ser protegidas no sentido de que os planos de atividades das instituições se pautarão por essas mesmas estratégias. De modo a garantir a implementação do Plano deverão ser negociadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério das Finanças normas de atribuição de recursos que garantirão que as recomendações do PNS serão implementadas.

5.3. MECANISMOS DE DIVULGAÇÃO

A eficácia na divulgação do PNS até aos agentes no terreno, quer sejam instituições do Ministério da Saúde, da Sociedade Civil ou do Terceiro Sector, requer um esforço continuado de comunicação através de diversas ações que compõe um Plano de Comunicação desenhado para o efeito. Este é um mecanismo fundamental para o sucesso da implementação do Plano.

5.4. ADEQUAÇÃO DO QUADRO DE REFERÊNCIA LEGAL

Existe um conjunto de legislação (Leis, decretos-lei, despachos, circulares normativas e orientações técnicas), de grande importância, referente a planos, programas, estratégias e ações, que apesar de nunca ter sido revogado se encontram caduco. Neste sentido, parece necessário rever toda a legislação atual, no sentido de remeter para histórico toda a legislação que não tem aplicação no presente.

6. MONITORIZAÇÃO

As recomendações do relatório da OMS-Euro de avaliação da implementação do PNS, propõem a revisão dos indicadores do PNS por forma a simplificar a sua leitura. Definiu-se um conjunto de indicadores em consonância com os indicadores ECHI – *European Core Health Indicators* da União Europeia, e que permitisse a realização de cálculos para comparação internacional, a projeção ao ano 2020, e a comparação inter-regional. Integraram-se ainda um conjunto de indicadores para medir a implementação de políticas nacionais ou de caracterização sociodemográfica.

O painel de indicadores a incluir na monitorização é:

INDICADORES DE METAS

	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Redução anual da mortalidade prematura até 2020.	Percentagem de óbitos até aos 70 anos, relativamente ao total de óbitos	INE	Proposta DGS / Adaptação do indicador 1.1 (Health 2020)
Aumento em pelo menos 30% do número de anos de vida saudável, para homens e mulheres.	Esperança de vida saudável aos 65 anos	EUROSTAT	ECHI/Proposta DGS
Redução de prevalência do consumo e exposição ao tabaco na população com ≥ 15 anos	Prevalência de consumo e exposição ao tabaco em população ≥ 15 anos		Sistema de informação a criar
Controlar a incidência e a prevalência de excesso de peso e obesidade na população infantil e escolar	Incidência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários Prevalência de excesso de peso e de obesidade em população até aos 18 anos – sub grupos etários anos – sub grupos etários		Sistema de informação a criar

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Situação sociodemográfica e económica	População residente por sexo e idade	INE	ECHI
	Taxa de natalidade	INE	ECHI
	Índice sintético de fecundidade	INE	ECHI
	População abaixo da linha de pobreza	INE/ICOR	ECHI
	Iniquidades nos níveis de rendimento	INE/ICOR	ECHI / Health 2020
	Taxa de desemprego por idade e sexo	EUROSTAT/INE	ECHI / Health 2020
	Coeficiente de GINI (distribuição do rendimento)	INE/ICOR	ECHI / Health 2020
Estado de saúde	Taxa de mortalidade infantil	HFA/INE	ECHI / Health 2020
	Taxa de mortalidade perinatal	HFA/INE	ECHI
	Baixo peso à nascença	INE	ECHI
	Esperança de vida à nascença por sexo	HFA/INE	ECHI / Health 2020
	Esperança de vida aos 65 anos, por sexo	INE	ECHI
	Esperança de vida saudável à nascença	EUROSTAT/INE/ICOR	ECHI
	Incidência VIH/SIDA	INSA/DGS	ECHI
	Incidência do cancro	ROR/DGS	ECHI; Considerar o desfasamento temporal na divulgação dos dados.
	TMP por todas as causas externas, por sexo	INE/HFA_MDB	ECHI; Indicador a desmultiplicar
	Auto-perceção do estado de saúde	INE/ICOR	ECHI;
	Taxa de mortalidade prematura (para as 4 causas: diabetes; cancro; DC e DR)	INE	Nova proposta: considerar a taxa de mortalidade prematura global para cada uma das 4 causas.

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Determinantes em saúde	Índice de Massa Corporal (IMC) – excesso de peso / obesidade	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Hipertensão arterial	Global Health Observatory	ECHI
	Consumo de tabaco	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Consumo de álcool (litros <i>per capita</i>)	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Atividade física	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
Recursos e produção em saúde	Número de médicos	Ordem dos Médicos	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de médicos de MGF	Ordem dos Médicos	Proposta da DSIA (PNS 2012-2016); Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros	Ordem dos Enfermeiros	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros em CSP	Ordem dos Enfermeiros	Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de camas hospitalares (n/inclui CC)	INE ou ACSS	ECHI;
	Número de camas de cuidados continuados	ACSS	Englobar as camas do SNS e as contratualizadas
	Equipamentos médicos: RM / TAC	ACSS	ECHI;
	Doentes (utentes) saídos (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS
	Day cases (DC) (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Recursos e produção em saúde	Demora média (DM) do internamento (alguns diagnósticos)	ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SNS
	Cobertura vacinal em crianças	HFA/DGS	ECHI / Health 2020; Indicador a desmultiplicar por tipo de vacina
	Cobertura vacinal contra a gripe (> = a 65 anos)	INSA/ Observatório	ECHI
	Despesas em saúde em percentagem do PIB.	INE	ECHI / Health 2020
	Despesas das famílias em saúde em relação à despesa total em saúde.	INE	ECHI / Health 2020

7. BIBLIOGRAFIA GERAL

- Ackerman, K III. (1992).** The movement toward vertically integrated regional systems. *Health Care Management Review.*, Vol. 17:3, pp. 81-88.
- Agabiti, N., et al. (2009).** Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health*, Vol. 9:1, p. 457.
- Ahgren, B & Axelsson, R. (2005).** Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 5:31, pp. 1-9.
- Ahgren, B. (2003).** Chain of care development in Sweden: results of a national study. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 3:7, pp. 1-8.
- Aleb NN (2007).** The Black Swan - the impact of the highly improbable. London: Penguin.
- Alter, C & Hage, J** – Organizations working together. Sage Publications.
- Anderson, H. (1992).** Hospitals seek new ways to integrate health care. *Hospitals*. Vol. 66:7, pp. 26-36.
- Ansari, Z et al. (2003).** The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: rural and urban perspectives. *Soz Praventivmed*. Vol. 48:1, pp. 33-43.
- Armitage, G et al. (2009).** Health Systems Integration: state of evidence. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 17:9, p. e82.
- Ayanian, J et al. (2002).** Specialty of ambulatory care physicians and mortality among elderly patients after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*. 2002, Vol. 347:21, pp. 1678-1686.
- Bambra C et al. (2010)** «Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews». *J Epidemiol Community Health*, 64: 284-291.
- Bao, Y et al. (2012).** Behavioral health and health care reform models: patient centered medical home, health home and accountable care organization. *The Journal of Behavioral Health services & Research*, Vol. 40:1, pp. 121-132.
- Baptista, F., et al. (2012)** «Prevalence of the Portuguese Population Attaining Sufficient Physical Activity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 44 (3): 466-73
- Barros, Pedro Pita (2013).** Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos, 3.ª edição, Almedina
- Begun, J & Kaissi, A. (2005).** An exploratory study of healthcare strategic planning in two metropolitan areas. *Jurnal of healthcare management*, vol. 50 (4), pp. 264-75.
- Berenson, R & Burton, R. (2012).** Next steps for ACOs. *Health Affairs - Health Policy Brief*, Vol. 32:12.
- Bermudez-Tamayo, C et al. (2004).** Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions. *Aten. Primaria*. 2004, Vol. 33:6, pp. 305-11.
- Billings, J et al. (1993).** Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*. Vol. 12:1, pp. 162-73.
- Brown, A et al. (2001)** Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J. Public Health* Vol. 92:2, pp. 155-9.
- Brown, M & McCool, B. (1986).** Vertical integration: exploration of a popular strategic concept. *Health Care Management Review*, Vol. 11:4, pp. 7-19.
- Burns, L et al. (2001).** How integrated are integrated delivery systems results from a national survey. *Health Care Management Review* Vol. 26:1, pp. 20-39.
- Burns, L & Pauly, M. (2002).** Integrated delivery networks: a detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, Vol. 21:4, pp. 128-43.
- Caminal, J et al. (2004).** The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Oxford Journals*. Vol. 14:3, pp. 246-51.
- Caminal, J et al. (2001).** Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*. Vol. 15: 2, pp. 128-41.
- Centers for Medicare and Medicaid Services.** Pioneer accountable Care organizations succeed in improving care, lowering costs. [Online] 16 de 07 de 2013. [Citação: 2014 de 12 de 2013.] <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2013-Press-Releases-Items/2013-07-16.html>.
- Charns, M & Tewksbury, L. (1993).** Collaborative management in health care: implementing the integrative organization. s.l. : San Francisco Jossey-Bass.
- Chiavenato, I. (1987).** Administração de empresas uma abordagem contingencial. 2ª edição. Brasil : MacGraw-Hill, 1987.
- Christakis, D et al. (2001).** Continuity and quality of care for children with diabetes who are covered by Medicaid. *Ambulatory pediatrics*, Vol. 1:2, pp. 99-103.
- Clement, J. (1988).** Vertical integration and diversification of acute care hospitals: conceptual definitions. *Hospital and Health Services Administratio*, Vol. 33:1, pp. 99-110.
- Coddington, D, Moore, K & Fischer, E. (1996).** Vertical integration: is the bloom off the rose? *Healthcare Forum Journal*. Vol. 39:5, pp. 42-47.
- Cody, M. (1996).** Vertical integration strategies: Revenue effects in hospital and Medicare markets. *Hospital and Health Services Administration* Vol. 41:3, pp. 343-357.
- Comissão Europeia (2011).** Portugal: Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality, 17 de Maio de 2011. http://ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf
- Comissão Europeia.** Europa 2020: estratégias para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. Comissão Europeia. [Online] [Citação: 10 de 02 de 2014.] http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/flagship-initiatives/index_pt.htm.
- Contrandopoulos, A et al. (2003).** The integration of health care: dimensions and implementation. [ed.] Université de Montreal. Working Paper Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé.
- de Jong, I & Jackson, C. (2001).** An evaluation approach for a new paradigm-health care integration. *Journal Eval Clin Pract*. Vol. 7:1, pp. 71-9.
- Delnoij, D, Klazinga, N & Velden, K. (2003).** Building integrated health system in Central and Eastern Europe: an analysis of WHO and World Bank views and their relevance for health systems in transition. *European Journal of Public Health*. Vol. 13:3, pp. 240-245.
- Deloitte Centre for Health Solutions (2010).** Accountable Care Organizations: A new model for sustainable innovation. s.l. : Deloitte Center for Health Solutions.
- Devers, K & Berenson, R. (2009).** Can accountable care organizations improve the value of health care by solving the cost and Quality Quandaries? [Online]. [Citação: 20 de 02 de 2014.] <http://www.urban.org/publications/411975.html>.
- DGS (2013).** Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Lisboa 2013.

DGS (2014). Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números -2014, Lisboa 2014

DGS (2014). Saúde Mental em Números - 2014, Lisboa 2014

DGS (2014). Alimentação Saudável em Números -2014, Lisboa 2014

Dias, A., & Queirós, A. (2010). Integração e Continuidade de Cuidados. Plano Nacional de Saúde 2011- 2016. Alto Comissariado da Saúde

Donohoe, M et al. (1999). Reasons for outpatient referrals from generalists to specialists. *Journal of General Internal Medicine*, Vol. 14:5, pp. 281-286.

ENOPE (2014). European Network for Patient Empowerment: About patient empowerment webpage: enope.eu/patient-empowerment.aspx

European Commission (2011). Regulation of the European Parliament of the Council on establishing a Health for Growth Programme, the third multi-annual programme of EU action in the field of health for the period 2014-2020

European Commission. Europe 2020 – A European Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth. Brussels; 2011: 32. doi:10.1016/j.resconrec.2010.03.010.

Evans, R. (1981). Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the healthcare industry. s.l.: Health, Economics and Health Economics North Holland Publishing Company, 1981. pp. 329-354.

Feachem, R, Sekhri, N & White, K. (2002). Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanent. *BMJ*, Vol. 324:7353, pp. 135-143.

Fisher, E et al. (2007). Creating accountable care organizations. the extended hospital medical staff. *Health Affairs*, Vol. 26:1, pp.44-57.

Fisher, E et al. 2009. Fostering accountable health care: moving forward in medicare. *Health affairs (Project Hope)*, Vol. 28:2, pp. w219-231.

Foreman, S & Roberts, R. (1991) The power health care value-adding partnerships: meeting competition through cooperation. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 36:2, pp. 175-190.

Fórum Económico Mundial (2013). Sustainable Health Systems -

Friedman, L & Goes, J. (2001). Why integrated health networks have failed. *Front Health Serv Manage*. Summer de 2001, Vol. 17:4, pp. 3-28.

Fundação Calouste Gulbenkian (2014). Um Futuro para a Saúde.

Gandi, T et al. (2000). Communication breakdown in the outpatient referral process. *Journal of General Internal Medicine*. 2000, Vol. 15:9, pp. 626-631.

George F. (2011) Sobre o conceito de saúde pública. https://www.google.pt/search?q=www.google.com+pt&rls=com.microsoft:pt-PT:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF8&sourceid=ie7&gfe_rd=cr&ei=Kq7HVMXvDYKs8wfkq4KACg&gws_rd=ssl#rls=com.microsoft:pt-PT:IESearchBox&q=sobre+o+conceito+de+sa%C3%BAde+p%C3%BAblica.

Goldsmith, J. (2011). Accountable care organizations: the case for flexible partnerships between health plans and providers. *Health Affairs (Project Hope)*. 2011, Vol. 30:1, pp. 32-40.

Grone, J & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated care: a position paper of the WHO European Office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*. 2001, Vol. 1:1, pp. 1-10.

Harold, L, Field, T & Gurwitz, J. (1999). Knowledge patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 14:8, pp. 499-511.

Health Cluster Portugal (2014). Translational and Clinical Research Infrastructures Specialisation

Herber, R & Veil, A. (2004). Monitoring the degree of implementation of an integrated delivery system. *International Journal of Integrated Car*, Vol. 4:20, pp. 1-7.

Homar, J & Matutano, C. (2003). La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. *Marco conceptual. Aten. Primaria*. 2003, Vol. 31:1, pp. 61-5.

Hoorens S et al. (2014). An analysis of global societal trends to 2030 and their impact on the EU; RAND Europe.

Hossain, M & Laditka, J. (2009). Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. [Online] . [Citação: 19 de dec de 2013.] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender>.

Ibrahim, M et al. (2001). Population-based health principles in medical and public health practice. *Journal of Public Management Practice*. May de 2001, Vol. 7:3, pp. 75-81.

INE (2013). Estatísticas Demográficas, Lisboa 2014

Information CI for H. Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs). [Online] 2008. [Citação: 20 de nov de 2011.] http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/ind_tech_2.5_2012.

Information CIHF. Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). [Online] 2008. [Citação: 20 de nov de 2011.] INFORMATION CIHF. Technical Note: Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) [Inhttp://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech_acsc_2011].

Kaiser Permanente (2014). bKaiser Permanente's programs focussing on chronic and high-cost conditions. Disponível em: mtda.com/bu/ka00115.pdf

Khoury, M et al. (2012). A population approach to precision medicine. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 42:6, pp. 693-45.

Kickbusch, I. & T. Behrendt (2013). Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Kickbush, I. (2002.). Global health: a definition. doi:10.1001/jama.288.5.641-JBK0807-2-1.

Kodner, D & Kyriacou, C. (2000). Fully integrated care for frail elderly: two American models. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 1, pp. 1-19.

Kodner, D e Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications and implications: a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 2:14, pp. 1-16.

Kodner, D. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. Alberta Health Services. [Online] 2009. [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.

Kodner, D. (2009). All together now: a conceptual exploration of integrated care. Alberta Health Services. [Online] [Citação: 21 de nov de 2012.] <http://www.albertahealthservices.ca/Publications/ahs-pub-hc-quarterly.pdf>.

Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. (2009) Towards a common definition of global health. *Lancet*, 373:1993-1995. doi:10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

Leape, L. (1994). Error in medicine. *JAMA*. 1Vol. 272:23, pp. 1851-1857.

Leatt, P, Pink, G & Guerriere, M. (2000). Towards a Canadian model of integrated healthcare. *Healthc Pap*. Vol. 1:2, pp. 13-35.

Leatt, P, Shortell, S & Kimberly, J. (2000). Issues in organization design. [autor do livro] S Shortell e A Kaluzny. *Healthcare management: a text in organization theory and behaviour*. 4th edition. Delmar: s.n., pp. 274-306.

Lei de Bases da Saúde. Lei 48/90 de 24 de agosto. DR. 69.

Leichsenring, K. (2004) Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. 2004, Vol. 4:3, pp. 1-15.

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*. Vol. 4:3, pp. 1-15.

Little, J & Hawken, S. (2010). On track? Using the human genome epidemiology roadmap. *Public Health Genomics*. Vol. 13, pp. 256-66.

Lloyd, J e Walt, S. (2005). Integrated care: a guide for policymakers. London: Alliance for Health and the Future.

Lowell, K & Bertko, J. (2010). The accountable care organization (ACO) Model: building blocks for success. *Journal of Ambulatory Care Management Payment Reform*. Vol. 33:1, pp. 81-88.

Magan, P et al. (2008). Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv. Res.* Vol. 8:1, p. 42.

Mahler H. The meaning of Health For All by the year 2000. In: *World Health Forum*; 1981:Vol. 2, No1.

Marmot, M., et al. (2012). «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.

Marmot, M., et al. (2012). «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.

Marmot, M., et al. (2012). «WHO European Review of social determinants of health and the health divide». *Lancet*, 380: 1011.

McClellan, M et al. (2010). A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs (Project Hope)*. Vol. 29:5, pp. 982-990.

McCue, M & Lynch, J. (1987) Financial assessment of small multihospitals systems. *Hospital and Health Services Administration*. Vol. 32:2, pp. 181-189.

McKee, M & Nolte, E. (2008). Caring for people with chronic conditions: a health system perspective. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. [Online]. [Citação: 21 de nov de 2012.] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf.

McWilliams, J. (2013). Accountable care organizations: a challenging opportunity for primary care to demonstrate its value. [Online] [Citação: 01 de 02 de 2014.] <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-013-2713-9>.

Medicare Payment Advisory Comission (2009). Report to the congress: Improving incentives in the Medicare program. [Online] [Citação: 03 de 02 de 2014.] http://www.medpac.gov/documents/jun09_entirereport.pdf.

Menec, V et al. (2006). Does continuity of care with a family physician reduce hospitalizations among older adults? *J. Health Serv. Res. Policy*. Vol. 11:4, pp. 196-201.

Meyer, H. (2011). Accountable care organization prototypes: Winners and losers? *Health Affairs*. Vol. 30:7, pp. 1227-1231.

Meyer, H. (2012). Many accountable care organizations are now up and running, if not off to the races. *Health Affairs*. Vol. 31:11, pp. 2363-2367.

Miller, R & Luft, H. (2002). HMO plan performance update: an analysis of the literature 1997-2001. *Health Affairs*. 2002, Vol. 21:4, pp. 63-86.

Millman, M. Access to health care in America. 1st ed. Washington DC : National Academy Press, 1993.

Nedel, F et al. (2011). Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Ciência Saúde*. Vol. 16:supl 1, pp. 1145-54.

NHS England & Local Government Association. Next steps on implementing the integration transformation fund. [Online] 2013b. [Citação: 20 de 01 de 2014.] <http://www.local.gov.uk/documents/10180/5572443/Next+steps+on+implementing+the+Integration+Transformation+Fund/4e797e4b-0f1a-4d53-a87d-6a384a86792d>.

Nolan, T & Bisognano, M. (2006). Finding the balance between quality and cost. *Healthcare Financial Management*. Vol. 60:4, pp. 66-72.

Nye, J. (2011). The Future of Power. New York, NY: Public Affairs.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2012). Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde - Um país em sofrimento. OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2013). Relatório de Primavera 2013: Duas Faces. OPSS.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2014). Relatório de Primavera 2014. Saúde: síndrome de negação. OPSS.

OCDE (2012). Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing.

OCDE (2012). Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing.

OCDE (2013) Portugal: Reforming the State to Promote Growth. Better Policies Series, OECD

OCDE (2013) Portugal: Reforming the State to Promote Growth. Better Policies Series. OECD.

OCDE (2014) OECD Better Life Index Portugal: oecdbetterlifeindex.org/countries/portugal/

OCDE (2014) OECD Better Life Index. oecdbetterlifeindex.org

OCDE (2014) OECD Skills: Portugal. skills.oecd.org

OECD (2014) Health Data <http://www.oecd.org/health/health-statistics.htm>

Organização Mundial da Saúde (2012). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2011). Relatório Mundial Da Saúde 2010 – Financiamento Dos Sistemas de Saúde: O Caminho Para a Cobertura Universal. (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, ed.). Lisboa:2011.

Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 - Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca. (Alto Comissariado da Saúde, ed.). Lisboa: 2008:131. http://www.who.int/whr/2008/08_chap3_pr.pdf.

Parker, V et al. (2001). Clinical service lines in integrated delivery systems: an initial framework and exploration. *Journal of Healthcare Management* Vol. 46:4, pp. 261-275.

Patel, K & Lieberman, S. Taking stock of initial year one results for pioneer ACOs. *Health Affairs blog*. [Online] 2013. [Citação: 12 de 01 de 2014.] <http://healthaffairs.org/blog/2013/07/25/taking-stock-of-initial-year-one-results-for-pioneer-acos/>.

Pinto, A. C. (2011). Contemporary Portugal: Politics, Society and Culture. 2.ª edição. Nova Iorque: Columbia University Press.

Pirani, M et al. (2006). Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. *Epidemiol. Prev.* Vol. 30:3, pp. 169-77.

Pisco, L. & Ribeiro, C. (2014). Integração de Cuidados. *Gestão Hospitalar* 2014 Julho

Platform - Health Cluster Portugal (TRIS-HCP). healthportugal.com/tris-hcp

Pisek P (2003). Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. National Institute for Health Care Management Foundation.

Porter, M & Teisberg, E. (2006). Redefining health care creating value-based competition on results. Boston : Harvard Business School Press.

Portugal (2011). Portugal – Memorandum of understanding on specific economic policy conditionality, 17 de Maio de 2011. Disponível em: ec.europa.eu/economy_finance/eu_borrower/mou/2011-05-18-mou-portugal_en.pdf

Portugal. Constituição Da República Portuguesa; 1976. <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

Portugal. Lei de Bases Da Saúde; 1990. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>.

Powell, S. (2000). Advance case management: outcomes and beyond. s.l.: Lippincott Williams & Wilkins.

Primary health care in Europe: problems and solutions. in Vuori, H. Tokyo : s.n., 11-12 June 1983. 6th Annual Conference of the Japanese Society of Primary Health Care.

PSNC (2013). PSNC briefing 100/13: The integration transformation fund. [Online] 2013. <http://psnc.org.uk/wp-content/uploads/2013/10/PSNC-Briefing-100.13-The-Integration-Transformation-Fund-Oct-2013.pdf>.

Public Health Wales e Welsh Government (2013). 1000 Lives Plus Programme. Disponível em: 1000livesplus.wales.nhs.uk

Quality Afhra. (2004). Ahrq Guide to Prevention Quality Indicators: Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions. 4th rev. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality.

Quality Measurement & Health Assessment Group (2011). Accountable care organizations 2012 program analysis: Quality performance standards narrative measurement specifications (final report). s.l. : Quality Measurement & Health Assessment Group, 2011. 74

Reis, V. Vamos reconstruir o arquipélago? Revista Prémio. 2005, Vol. 45.

Relatório do Grupo de Trabalho criado para a definição de proposta de metodologia de integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental. Trabalho realizado no âmbito do Despacho nº 9567/2013, de Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 10 de julho, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 139, de 22 de julho de 2013.

Rizza, P et al. (2007). Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Serv Res, Vol. 7:134.

Robinson, J & Dolan, E. (2010). Accountable care organizations in California: Lessons for the national debate on delivery system reform. Integrated Health Care Association. 2010.

Roos, L et al. (2005). Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a canadian setting. Health Serv Res. Vol. 40:4, pp. 1167-85.

Rosen, A et al. (2011). Identifying future high-healthcare users. Disease Management and Health Outcomes, Vol. 13:2, pp. 117-127.

Samuelson, P & Nordhaus, W. (1988). Economia. 12ª. New York: McGraw-Hill.

Sanderson, C & Dixon, J. (2000). Conditions for which onset or hospital admission is potentially preventable by timely and effective ambulatory care. [Online] [Citação: 18 de dec de 2013.] <http://researchonline.lshtm.ac.uk/19704/>.

Sarmiento, J. (2013). Internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório em contexto de integração vertical. [Online] http://run.unl.pt/bitstream/10362/9631/1/RUN_Tese_de_Mestrado_Joao_Sarmiento.pdf.

Shortell, S & Casalino, L. (2008). Health care reform requires accountable care systems. JAMA. 2 de July de 2008, Vol. 300:1, pp. 95-97.

Shortell, S et al. (2000). Integrating health care delivery. Health Care Forum Journal. 2000, Vol. 43:6, pp. 35-39.

Shortell, S & Kaluzny, A. (2006). Health care management organization design and behaviour. [ed.] Thomson Delmar Learning, 5th Edition.

Shortell, S, Casalino, L & Fisher, E. (2010). Implementing Accountable Care Organizations. [ed.] Economic and Family Security BerkelyLaw. Berkely Centre on Health. Advancing National Health Reform. Policy brief, 2010.

Sobczak, A. (2002). Opportunities for and constraints to integration of health services in Poland. International Journal of Integrated Care, Vol. 2:1, pp. 1-10.

Store JG. (2012). Improving health in an interconnected world : five steps to better global health. Glob Heal. 2012;10-11. http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/globalhealth/shared/Training/Turkey_course/3_Store.pdf.

Tian, Y, Dixon, A & Gao, H. (2012). Emergency Hospital Admissions for Ambulatory Care-Sensitive Conditions: Identifying the potential for reductions. [Online] [Citação: 22 de nov de 2013.] <http://scholar.google.com/>

Tjerbo, T & Kjekshus, L. (2005). Coordinating health care: lessons from Norway. International Journal of Integrated Care, Vol. 5:2, pp. 1-9.

Wan, T, Lin, B & Ma, A. (2002). Integration mechanisms and hospital efficiency in integrated health care delivery systems. Journal of Medical Systems. Vol. 26:2, pp. 127-143.

WHO (2008). Integrated health services - What and why? Technical brief. 2008, Vol. 1.

WHO (2013). Regional Committee for Europe, sixty third session, EUR/RC63/8, Turkey 2013.

WHO Europe (2013) Health Literacy: The Solid Facts. Geneva: World Health Organization.

WHO Europe (2013) Health Literacy: The Solid Facts. Geneva: World Health Organization.

WONCA (2002). Definição Europeia de Medicina Geral e familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). Europa : WONCA, 2002.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

World Health Organization (2005). Sustainable health financing , universal coverage and social health Insurance. Resolutions and Decision of the 58th World Health Assembly. WHA58/2005/REC/3. 2005:139-140.

World Health Organization (2010). Global Status Report on Noncommunicable Diseases. Geneva: World Health Organization; 2011:164. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.

World Health Organization (2013). Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013:103.

World Health Organization (2013). The Helsinki Statement on Health in All Policies. In: The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki.

World Health Organization (2013): Regional Office for Europe. Health 2020. A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century. Copenhagen: World Health Organization.

World Health Organization (2014). The 10 Essential Public Health Operations. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>.

World Health Organization: Regional Office for Europe (2014). THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH PLAN 2012-2016. Comments from WHO Europe. <http://pns.dgs.pt/relatorio-da-organizacao-mundial-de-saude-sobre-o-pns/>

Zimba, D. (1998). Vertical versus virtual integration.

8. ANEXO

ROTEIROS DE INTERVENÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Os Roteiros de Intervenção são estudos de Autor solicitados a peritos nacionais com o objetivo de contribuir com a melhor evidência e conhecimentos para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Estes Roteiros fornecem um Modelo Conceptual, um Ponto de Situação e Recomendações para cada um dos temas.

O desenvolvimento dos Roteiros de Intervenção permitiu aumentar os contributos externos, bem como proporcionar uma maior proximidade entre o ponto de situação de cada dos temas, a evidência disponível e as intervenções necessárias em cada área, permitindo assim que o PNS seja um documento construtivo, participado e baseado na evidência.

Salienta-se que todas as informações expressas nos Roteiros traduzem os conhecimentos e opiniões dos seus autores, não tendo sido alvo de qualquer alteração pela Direção-Geral da Saúde.

Infra apresenta-se uma tabela com referência ao tema do Roteiro de Intervenção e ao autor responsável pelo estudo. Os Roteiros de Intervenção estão online e podem ser consultados em <http://pns.dgs.pt/roteiros-de-intervencao-do-plano-nacional-de-saude/>.

Roteiro de Intervenção	Autor
Articulação e Continuidade de Cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I • Anexo II • Anexo III 	Manuel Caldas de Almeida (Hospital do Mar)
Avaliação de Desempenho do Sistema e Serviços de Saúde	José Pereira Miguel (Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa)
Cuidados Continuados Integrados	Ana Escoval (Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa)
Cuidados de Emergência e Urgência <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I • Anexo II • Anexo III 	Luis Campos (Centro Hospitalar Lisboa Ocidental)
Cuidados de Saúde Hospitalares	Margarida Tavares (Centro Hospitalar S. João) - EM CURSO
Cuidados de Saúde Primários	Vítor Ramos (Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa)

Roteiro de Intervenção	Autor
Governança em Saúde	Adalberto Campos Fernandes (Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa)
Investigação, Inovação e Desenvolvimento	Henrique Barros (Instituto de Saúde Pública – Universidade do Porto) - EM CURSO
Medicamentos, Dispositivos Médicos e Avaliação de Tecnologia	Carlos Gouveia Pinto (Centro de Investigação Sobre Economia Portuguesa – CISEP, ISEG/U Lisboa)
Monitorização	Paulo Nogueira (Faculdade de Medicina de Lisboa) - EM CURSO
Ordenamento do Território e Estratégias Locais de Saúde	Isabel Loureiro (Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa)
Cidadania em Saúde	Jorge Torgal (Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa)
Recursos Humanos em Saúde	Gilles Dussault (Instituto de Higiene e Medicina Tropical – Universidade Nova de Lisboa)
Saúde Pública	Salvador Massano Cardoso (Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra)
Sustentabilidade em Saúde	Pedro Pita Barros (Nova Healthcare Initiative – Research. Nova School of Business and Economics)
Tecnologias de Informação e Comunicação <ul style="list-style-type: none"> • Anexo I • Anexo II 	Henrique Martins (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde)



Plano Nacional de Saúde



DGS
desde
1899
Direção-Geral da Saúde