

ÍNDICE

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE - 2 -

ABSTRACT AND KEYWORDS - 3 -

LISTA DE ABREVIATURAS - 4 -

INTRODUÇÃO - 5 -

MATERIAL E MÉTODOS - 7 -

RESULTADOS - 8 -

INDICADORES NÃO MONITORIZADOS _____ - 8 -

INDICADORES MONITORIZADOS _____ - 10 -

DISCUSSÃO - 46 -

CONCLUSÃO - 54 -

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS - 56 -

ANEXO I - 57 -

RESUMO

O Plano Nacional de Saúde (PNS), organizado e largamente discutido no princípio da década de 2000, teve a sua implementação em 2004 com metas estabelecidas para o ano de 2010. Considerado uma ferramenta estratégica, é cada vez mais utilizado como linha de orientação das diferentes políticas de saúde. Como objectivos definidos pretende obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução, sendo que para tal se desenvolveu todo um trabalho nos locais de proximidade com o utente. No entanto, a realidade vai mais além da elaboração e execução do PNS, sendo imperioso estabelecer metas e proceder à sua avaliação, de modo a deliberar o que está a ser correctamente aplicado e o que necessita de mudar. “Indicador de saúde”, pode ser definido como uma medida que nos fornece informação sobre a representação das diferentes realidades da saúde, permitindo quantificá-las, monitorizá-las e avaliá-las. Os indicadores de saúde do PNS têm em conta o cumprimento de determinados critérios (exequibilidade, fiabilidade, validade, serem ajustáveis à mudança e facilmente interpretáveis). Assim, ao estudarmos a evolução dos indicadores de saúde, procedemos à avaliação dos serviços prestados, nas mais diversas vertentes. O objectivo deste trabalho consiste em fazer uma análise da evolução dos indicadores de saúde associados ao PNS, tendo em conta os dados obtidos a nível nacional, desde a sua implementação até 2009. Será feita uma abordagem aos objectivos e metas do PNS e aos mais diversos indicadores associados às diferentes etapas. Através do estudo da informação recolhida, poderemos proceder a uma avaliação dos benefícios retirados do PNS quer para as instituições de saúde, quer para os utentes, bem como verificar a necessidade de proceder a alterações no futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Plano Nacional de Saúde, Indicadores de Saúde, Saúde Pública, Epidemiologia

ABSTRACT

The National Health Plan (NHP), prepared and widely discussed at the beginning of the 2000s, had its implementation in 2004, with targets set for the year 2010. Considered a tactical instrument, has been more and more used as a guideline of the different health policies. It aspires to obtain health gains, focus the change in the citizen and ensure appropriate mechanisms for its implementation, therefore, it has been developed an entire work in locals of proximity with the user. However, the reality goes further than the development and implementation of the NHP, being imperative to set goals and evaluate them in order to decide what is being correctly applied and what needs to change. "Health status indicator" can be defined as a measure that provides us information about the representation of the different realities of health, allowing quantifying, supervising and evaluating them. The NHP's health status indicators have regard to the fulfilment of certain criteria (viability, reliability, validity, being adjustable to change and easily interpretable). In consequence, by studying the evolution of health status indicators, we can evaluate the services offered in several aspects. The aim of this work is to analyze the evolution of health status indicators associated to the NHP, accordingly to data obtained at a national level, between 2004 and 2009. It will be made an approach to the NHP's targets and goals and to several indicators associated with different stages. Through the study of the collected information, we will be able to make an assessment of the benefits of the NHP for the health institutions and users, as well as the need to make changes in the future.

KEYWORDS: National Health Plan; Health Status Indicators; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Public Health; Epidemiology.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS, Alto Comissariado da Saúde

ACSS, Administração Central de Serviços de Saúde

ARS, Administração Regional de Saúde

AVC, Acidente vascular cerebral

CPOD, dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva

DGS, Direcção Geral de Saúde

DIC, Doença cardíaca isquémica

INE, Instituto Nacional de Estatística

INFARMED, Instituto Nacional de Farmacêuticas

INML, Instituto Nacional de Medicina Legal

INSA, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

INS, Inquérito Nacional de Saúde

NHP, National Health Plan

PNS, Plano Nacional de Saúde

PNV, Plano Nacional de Vacinação

SNS, Serviço Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde em Portugal, de acordo com Barros e Simões (2007), vem a enfrentar diversos problemas no início do século XXI, desde o aumento significativo das despesas de saúde e dificuldades com o controlo de custos, passando pela inadequação dos serviços públicos em regime ambulatorio, pelo alto uso dos serviços de urgência hospitalares, até às longas listas de espera em procedimentos cirúrgicos.

Neste contexto, surge o Plano Nacional de Saúde (PNS), considerado um elemento essencial na gestão táctica do Sistema de Saúde (Machado et al, 2009), elaborado e discutido no início da década de 2000, de modo a ser implementado em 2004 com metas definidas para 2010. É considerado um marco importante na história do processo e planeamento da saúde em Portugal, organizado em torno de três objectivos estratégicos (Alto Comissariado da Saúde, 2004):

- obter ganhos em saúde,
- centrar a mudança no cidadão,
- garantir os mecanismos adequados à sua execução.

Este documento, devido à sua cuidada metodologia, permite ser agregador e orientador das medidas mais importantes a implementar, com vista a promover mais saúde para a população. A sua construção teve por base a família e o ciclo de vida, estando dividido em diferentes áreas (Alto Comissariado da Saúde, 2004):

- nascer com saúde,
- crescer com segurança,
- uma juventude à procura de um futuro saudável,
- uma vida adulta produtiva
- um envelhecimento activo.

Esta demarcação facilita e promove o seu desenvolvimento junto do cidadão nos locais de maior relevo e proximidade: nos infantários, nas escolas e universidades, nos locais de trabalho e de lazer, nos centros de saúde e hospitais e nas prisões.

Por outro lado, efectua ainda uma abordagem à gestão integrada da doença, através da identificação de prioridades, desenvolvimento de planos e programas, criação de normas, de sistemas de monitorização e vigilância, tentando em certo ponto fomentar a auto-responsabilização do doente.

O PNS pretende capacitar o sistema de saúde para a inovação de modo a se desenvolverem com eficiência as intervenções necessárias para as melhorias do estado de saúde. Para isso, com a necessidade de alterar culturas, hábitos e perspectivas, criaram-se estratégias para centrar a mudança no cidadão (Alto Comissariado da Saúde, 2004):

- aumento das opções de escolha do cidadão,
- multiplicação de mecanismos de participação do cidadão no sector da saúde,
- dar voz à cidadania através de organizações da sociedade civil,
- promoção de comportamentos saudáveis,
- criação de contexto ambiental conducente à saúde.

Para além da construção e aplicação do PNS, surge a necessidade de efectuar a sua monitorização e avaliação, numa base regular e dinâmica, recorrendo a indicadores de saúde cuja avaliação, permita a (re)construção de novos planos, com vista à melhoria cumulativa do sistema de saúde e da saúde das populações.

As definições de indicador de saúde existentes são várias de acordo com Dias et al (2007). Um indicador de saúde é sucintamente definido como “uma medida simples de uma das dimensões do estado de saúde de uma população” Pereira (1998). Estes são ferramentas úteis no que diz respeito à “quantificação, monitorização e avaliação da

saúde e dos seus determinantes” Dias et al (2007), permitindo traduzir para uma linguagem técnica os fenómenos a que se propõem acompanhar.

Os indicadores de saúde do PNS foram seleccionados de modo a obedecerem a um conjunto de critérios, nomeadamente exequibilidade, fiabilidade, validade, serem ajustáveis à mudança e facilmente interpretáveis. A eles estão associadas Metas SMART (do inglês Specific, Measurable Achievable, Realistic and Timely), caracterizadas por serem específicas, mensuráveis, alcançáveis, realistas e temporalmente limitadas. Esta associação permite efectuar desagregações pré estabelecidas e possibilita associar um conceito/valores a uma real observação/avaliação, de acordo com Machado et al (2009).

Como tal, os indicadores e as metas foram agrupados de acordo com principais estratégias do Plano, divididos por 14 áreas consoante a abordagem baseada em *settings*, a intervenção centrada na família e no ciclo de vida e a gestão integrada da doença. Desta forma, permite uma visualização mais estruturada do que realmente é importante em cada etapa, possibilitando verificar a situação epidemiológica dos vários grupos populacionais e a sua evolução ao longo dos anos.

MATERIAL E MÉTODOS

Origem dos dados

Os dados utilizados para a realização deste trabalho foram obtidos directamente do microsite do PNS, na página do Alto Comissariado da Saúde, www.acs.min-saude.pt/pns, acedida no período entre 03/01/2011 e 27/01/2011.

As fontes de informação referidas são Instituto Nacional de Estatística (INE), Direcção Geral de Saúde (DGS), Administrações Regionais de Saúde (ARS), Alto Comissariado da Saúde (ACS), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA), Administração Central de Serviços de Saúde (ACSS), Instituto Nacional de Farmacêuticas (INFARMED) e Instituto Nacional de Medicina Legal (INML).

Notas Metodológicas sobre os indicadores do PNS

O método de cálculo dos 122 indicadores utilizados na avaliação do PNS 2004-2010 apresenta-se no Anexo I.

RESULTADOS

INDICADORES NÃO MONITORIZADOS

Dos 122 indicadores inicialmente propostos para avaliação do PNS, não foram monitorizados os seguintes, descritos na tabela I.

Tabela I, Indicadores associados ao PNS 2004-2010 não monitorizados.

Área	Indicador
<i>“Nascer com Saúde”</i>	% de grávidas que fuma durante a gravidez
<i>“Crescer com Segurança”</i>	Lactentes em exclusivo até aos 3 meses
<i>“Uma Juventude à procura de um futuro saudável”</i>	(In)Actividade física
<i>“Uma vida adulta produtiva”</i>	(In)Actividade física (35-44 anos e 55-64 anos)
	% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (45-64 anos)
<i>“Um envelhecimento activo”</i>	(In)Actividade física (65-74 anos)
	% de indivíduos que referiu possuir incapacidade de longa duração de grau 1 (65-74 anos e 75-84 anos)

<i>“Doenças neoplásicas”</i>	Taxa de rastreio o cancro da mama feminino e % Sobrevivência aos 5 anos
	Taxa de rastreio o cancro do colo do útero e % Sobrevivência aos 5 anos
	Taxa de rastreio o cancro do cólon e do recto e % Sobrevivência aos 5 anos
<i>“Doenças cardiovasculares”</i>	Referenciação após episódio (de DIC e AVC) a unidades de reabilitação
<i>“Doenças mentais”</i>	Taxa de consulta / internamento
	Capacidade de reconhecimento da depressão pelos clínicos gerais
	Proporção entre os custos indirectos e directos na depressão
	Consumo de álcool em litros/pessoa/ano
<i>“Traumatismos”</i>	Mortalidade por acidentes de viação atribuíveis ao álcool
	Mortalidade por acidentes laborais
<i>“Saúde escolar”</i>	Intervenções de promoção da saúde escolar com orientações técnicas definidas
	Crianças com 6 anos livres de cáries
	Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição definitiva) aos 12 anos
	% de jovens necessitados de tratamento com dentes tratados aos 12 anos
<i>“Saúde prisional”</i>	% Cobertura vacinal do pessoal prisional
	% Cobertura vacinal dos detidos
	Promoção da saúde mental em ambiente prisional
<i>“Sistema de saúde”</i>	% de hospitais que utilizam tableaux de bord para gestão
	% de centros de saúde que utilizam tableaux de bord para gestão
	% de utentes muito satisfeitos/satisfeitos com o Sistema de Saúde
	Health impact assessment

INDICADORES MONITORIZADOS

O agrupamento dos indicadores de acordo com as diferentes áreas do PNS permite obter uma leitura mais rápida e estratificada da sua evolução ao longo do tempo. Assim sendo, a apresentação dos resultados vai ser efectuada de acordo com as diferentes etapas. Estes resultados referem-se a Portugal Continental.

“Nascer com Saúde”, gravidez e período neonatal

A *Esperança de vida à nascença* em Portugal aumentou em 1,6 anos entre 2004 e 2009, evoluindo no sentido da meta estabelecida para 2010.

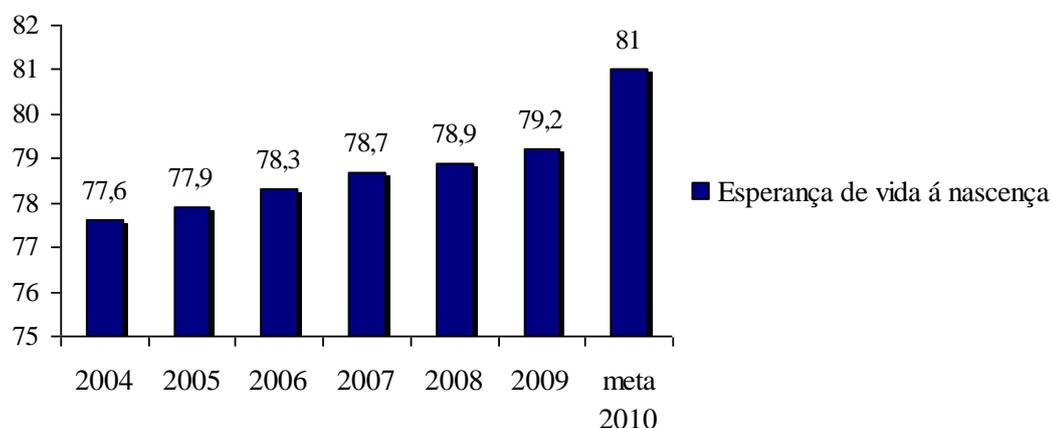


Figura 1, Esperança de vida à nascença (a)

A *taxa de mortalidade fetal* encontrava-se já desde 2004 abaixo da meta estabelecida para 2010, e esta tendência manteve-se nos anos seguintes.

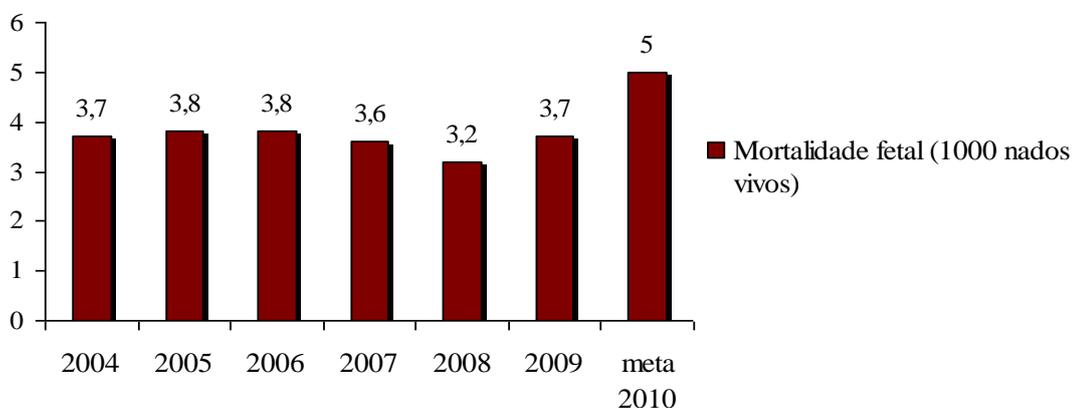


Figura 2, Taxa de mortalidade fetal (a)

A taxa de mortalidade perinatal tem oscilado nestes anos; desde um valor inicial de 4,2 em 2004, aumentando para 4,5 em 2006, diminuindo para 4 em 2008, e voltando a aumentar para 4,5 em 2009, no sentido contrário à meta estabelecida.

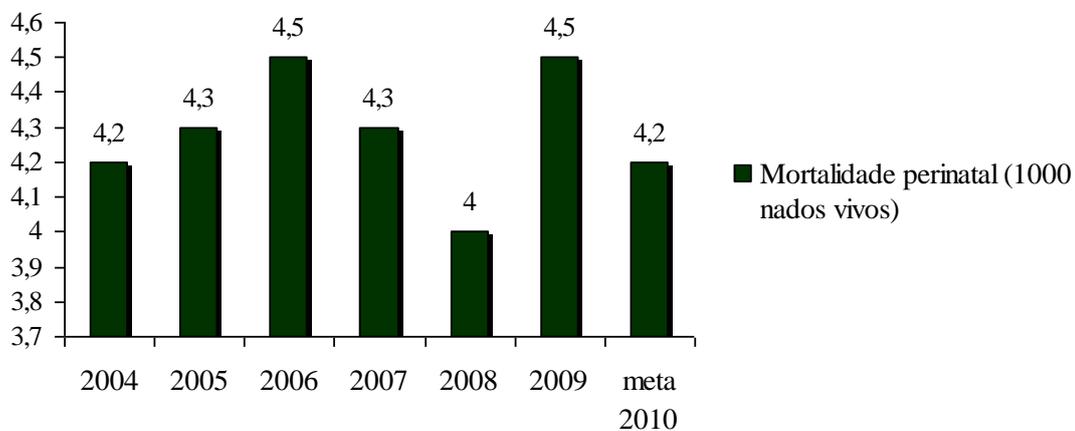


Figura 3, Taxa de mortalidade perinatal (a)

A taxa de mortalidade neonatal atingiu um mínimo de 2 em 2007, ultrapassando a meta para 2010, mas voltou a aumentar para um valor de 2,4 em 2009.

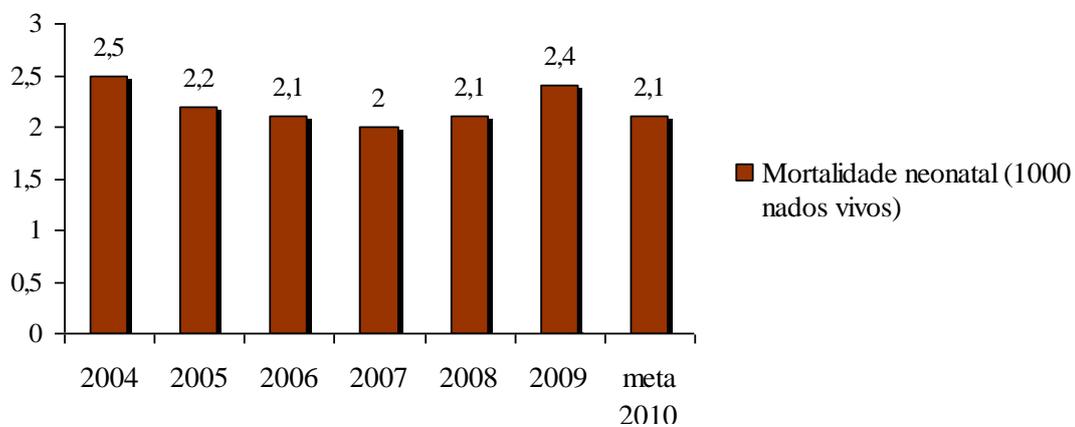


Figura 4, Taxa de mortalidade neonatal (a)

A taxa de nascimentos pré-termo tem evoluído no sentido contrário ao da meta definida para 2010.

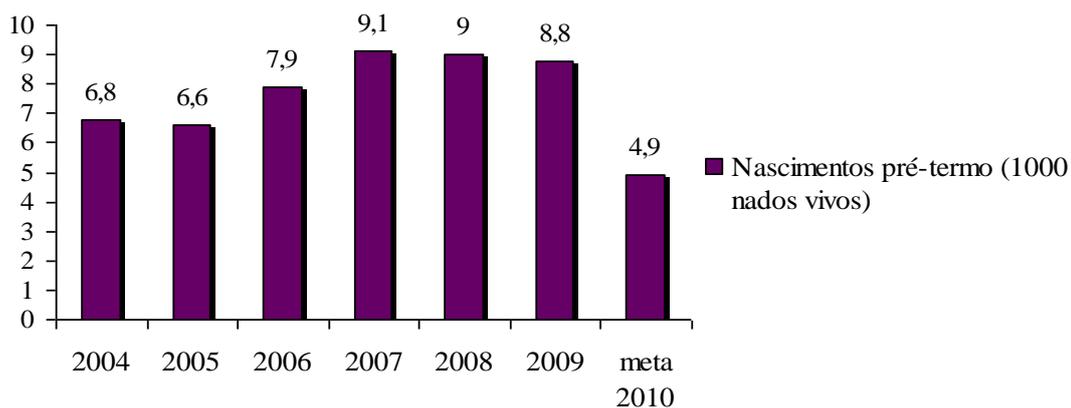


Figura 5, Taxa de nascimentos pré-termo (a)

O indicador *taxa de crianças com baixo peso à nascença* demonstra uma evolução no sentido contrário ao da meta estabelecida para 2010, atingindo um máximo de 8,2 no ano de 2009.

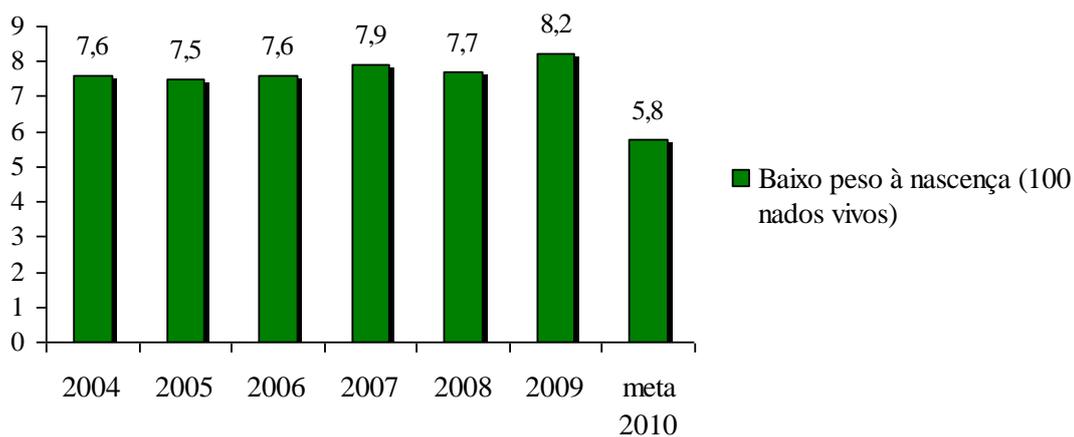


Figura 6, Taxa de crianças com baixo peso à nascença (a)

A *taxa de partos por cesariana* tem vindo a aumentar desde 2004, atingindo um valor de 36,3 em 2008, no sentido contrário ao da meta prevista.

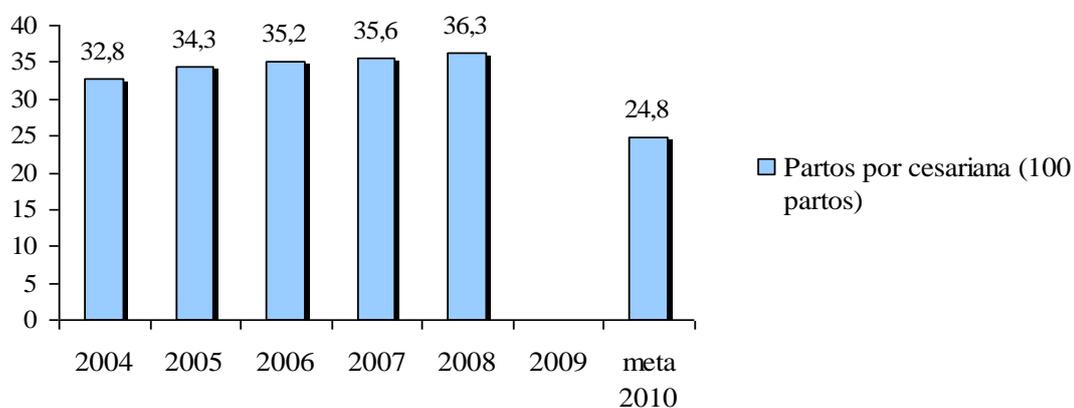


Figura 7, Taxa de partos por cesariana (a)

“Crescer com segurança”, pós-neonatal até aos 9 anos

A Esperança de vida dos 1 aos 4 anos ultrapassou em 2009 (78,2%) a meta definida para 2010.

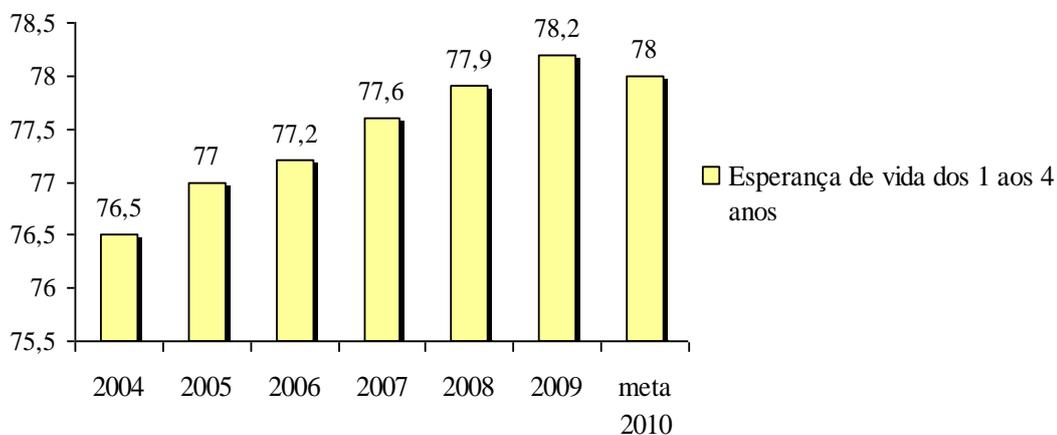


Figura 8, Esperança de vida dos 1 aos 4 anos (a)

Apesar de estar a evoluir no sentido da meta, apresentando um valor de 3,6 em 2009, a taxa de mortalidade infantil registou os valores mais baixos em 2006 e 2008.

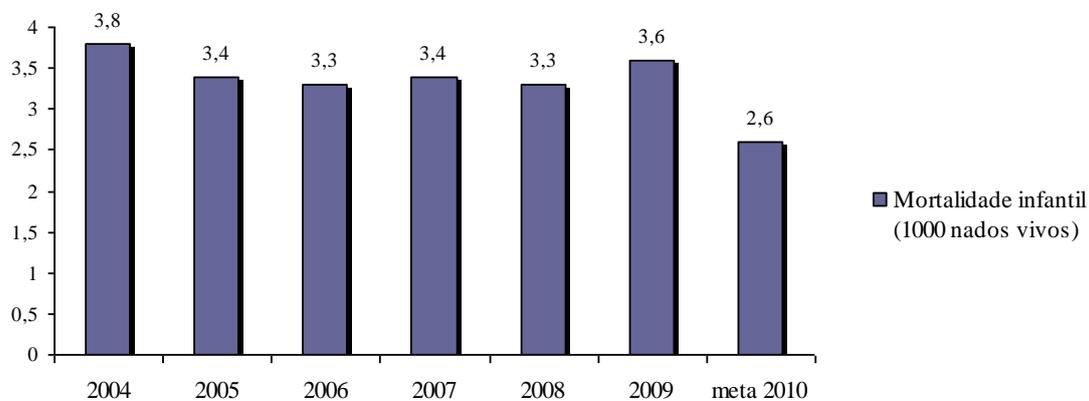


Figura 9, Taxa de mortalidade infantil (a)

A taxa de mortalidade dos 1 aos 4 anos, entre o período de 2004 e 2009, encontrava-se já abaixo da meta definida para 2010.

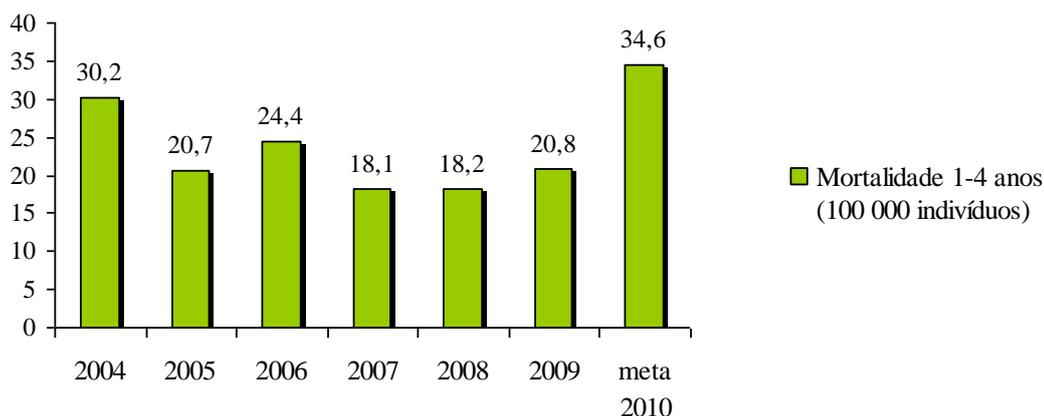


Figura 10, Taxa de mortalidade dos 1 aos 4 anos (a)

A evolução do indicador *taxa de mortalidade dos 5 aos 9 anos* tem sido positiva, registando-se entre 2004 e 2009, valores inferiores à meta estabelecida para 2010

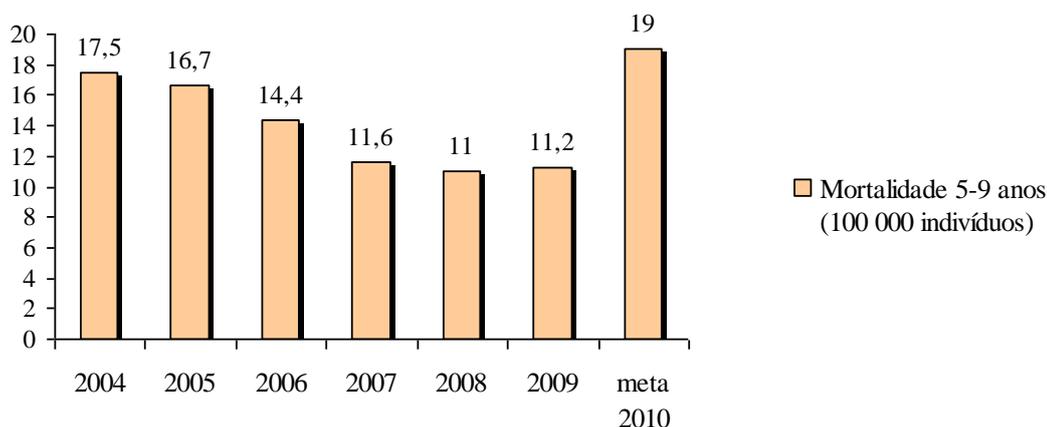


Figura 11, Taxa de mortalidade dos 5 aos 9 anos (a)

O *risco de morrer até aos 5 anos* diminuiu, encontrando-se abaixo da meta indicada para 2010.

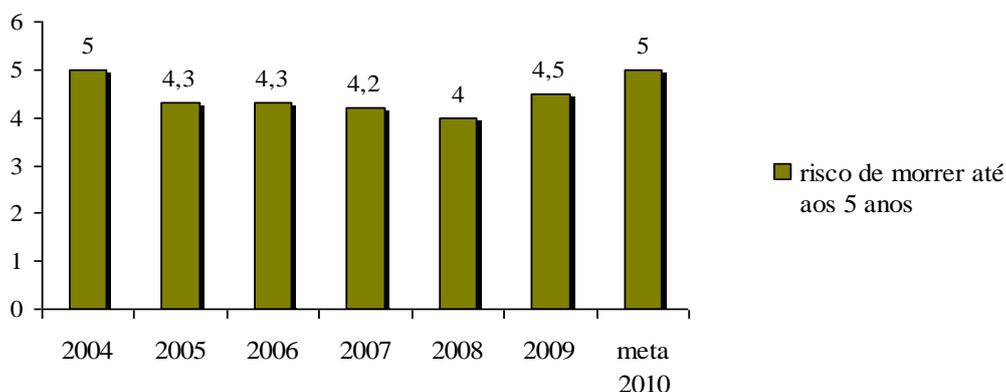


Figura 11, Risco de morrer até aos 5 anos (a)

“Uma juventude à procura de um futuro saudável”, dos 10 aos 24 anos

Dos onze indicadores estabelecidos para este ciclo, 5 possuem apenas registo de 2001 e 2006 (anos correspondentes ao 3º e 4º Inquérito Nacional de Saúde – INS).

A Esperança de vida dos 15 aos 19 anos tem vindo a aumentar desde 2004, evoluindo em direcção à meta definida para 2010.

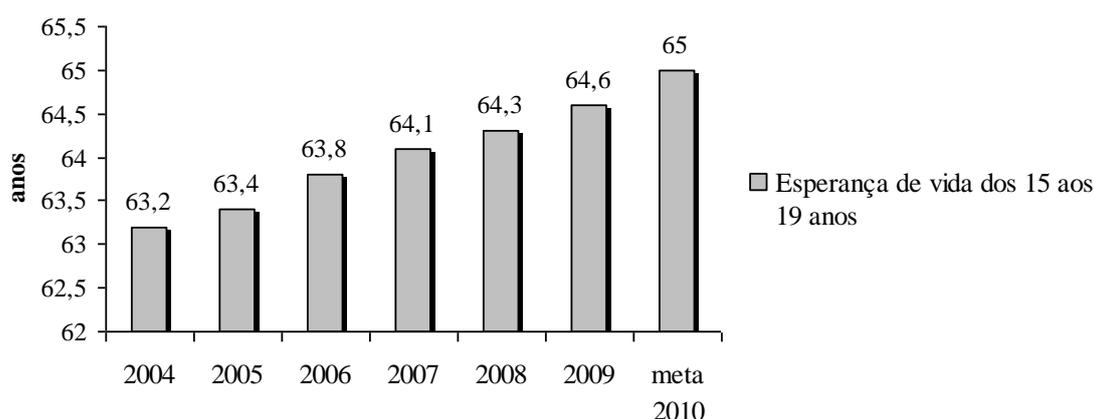


Figura 13, Esperança de vida dos 15 aos 19 anos (a)

A taxa de mortalidade dos 10 aos 14 anos registou no período entre 2004 e 2009 valores inferiores ao estabelecido como meta para 2010.

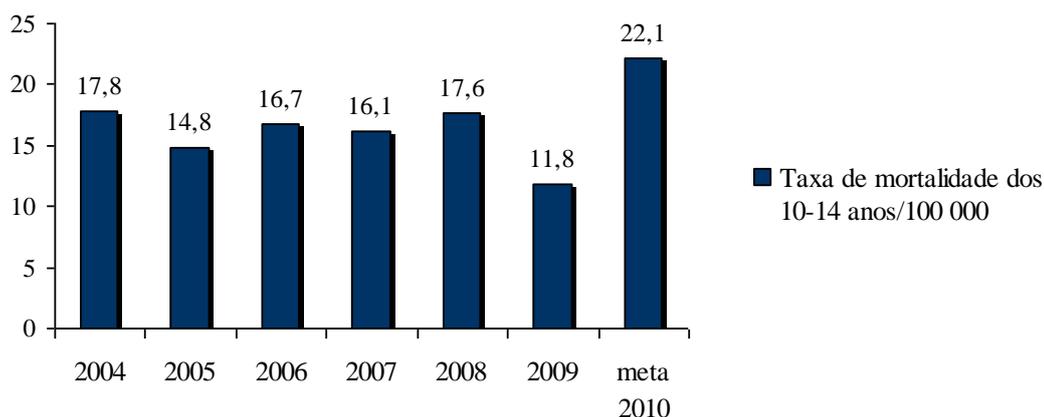


Figura 14, Taxa de mortalidade dos 10 aos 14 anos (a)

O indicador taxa de mortalidade dos 15 aos 19 anos desde 2004 que regista valores inferiores ao que se encontrava estabelecido como meta para 2010.

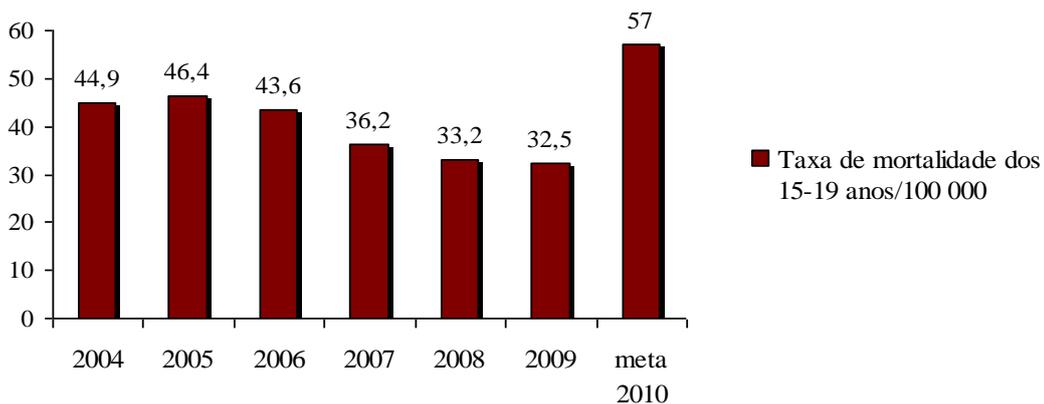


Figura 15, Taxa de mortalidade dos 15 aos 19 anos (a)

A taxa de mortalidade dos 20 aos 24 anos evoluiu favoravelmente entre 2004 e 2009, registrando valores inferiores ao definido pela meta para 2010.

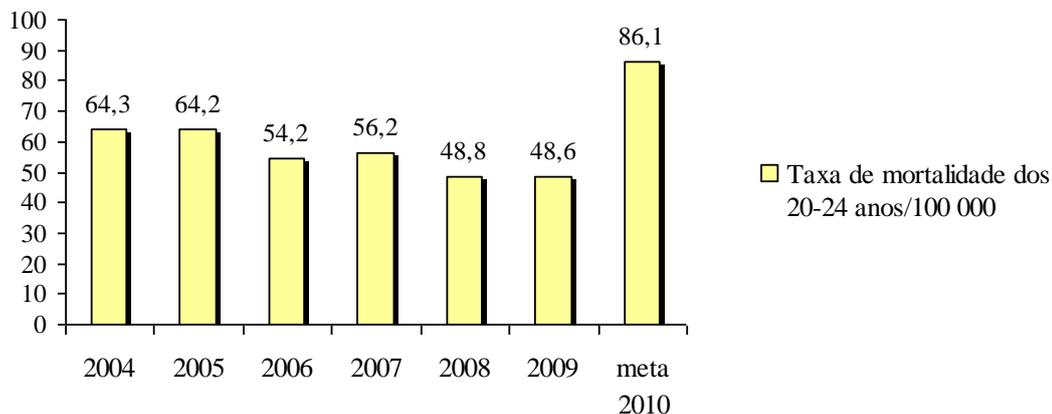


Figura 16, Taxa de mortalidade dos 20 aos 24 anos (a)

A taxa de nascimentos em mulheres adolescentes diminui desde 2004, tendo ultrapassado a meta proposta para 2010.

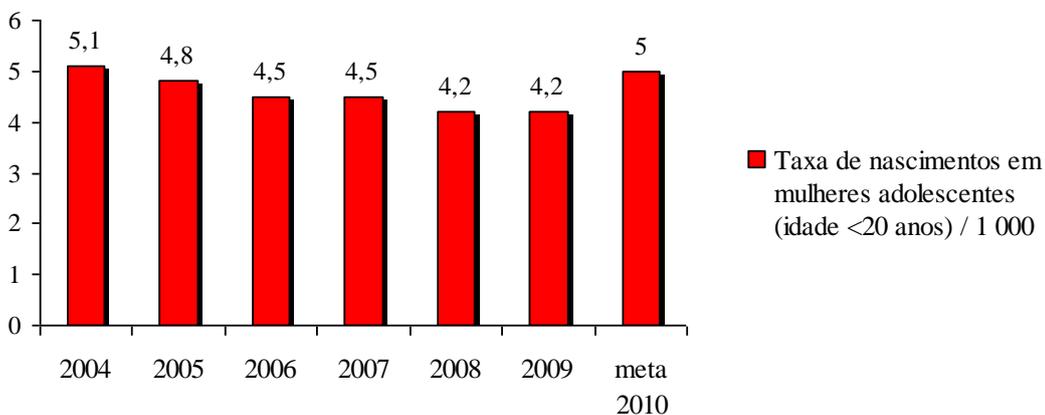


Figura 17, Taxa de nascimentos em mulheres adolescentes (a)

A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que apreciou negativamente o seu estado de saúde manteve-se para os rapazes (0,9%), estando ainda acima da meta estabelecida, e diminuiu para as raparigas, ultrapassando a meta definida para 2010.

Auto-apreciação negativa do estado de saúde (15 aos 24 anos)

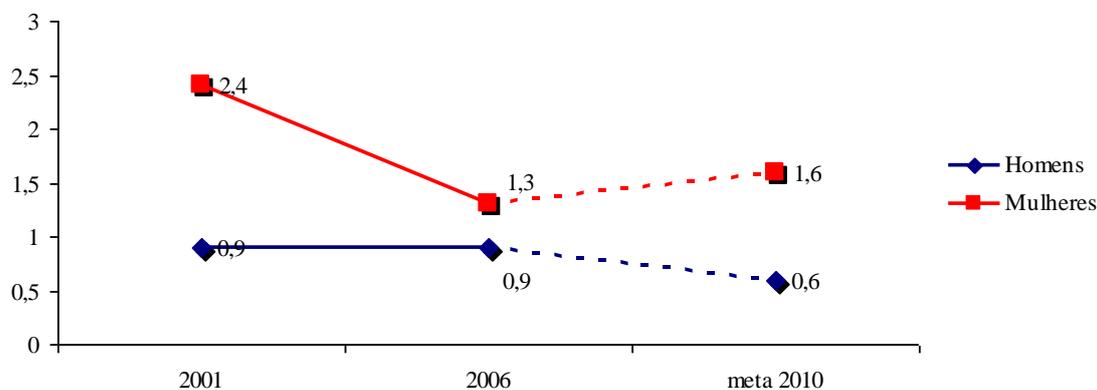


Figura 18, Auto-apreciação negativa do estado de saúde (15 aos 24 anos) (h)

A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que fuma diariamente aumentou em ambos os sexos, afastando-se das metas definidas para 2010.

Tabaco, consumo diário (15 aos 24 anos)

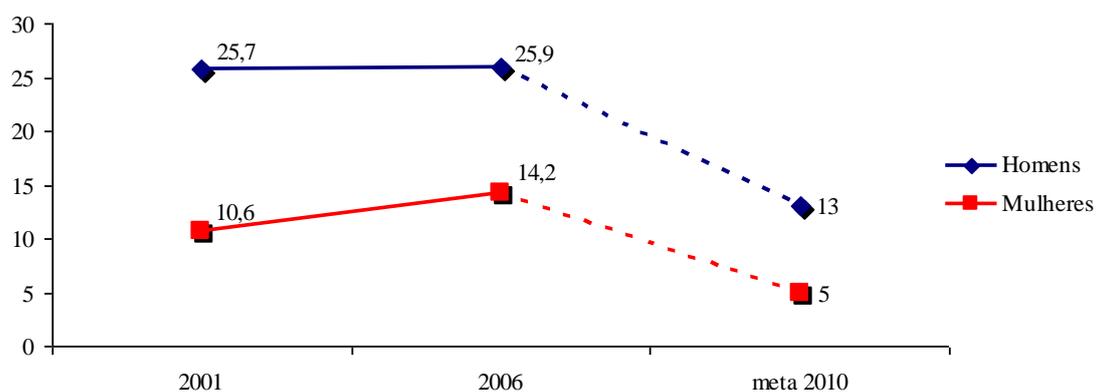


Figura 19, Consumo diário de tabaco (15 aos 24 anos) (h)

A percentagem de jovens entre os 15 e os 24 anos que consumiu bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses aumentou em ambos os sexos (meta não definida para este parâmetro).

Álcool, consumo diário nos últimos 12 meses (15 aos 24 anos)

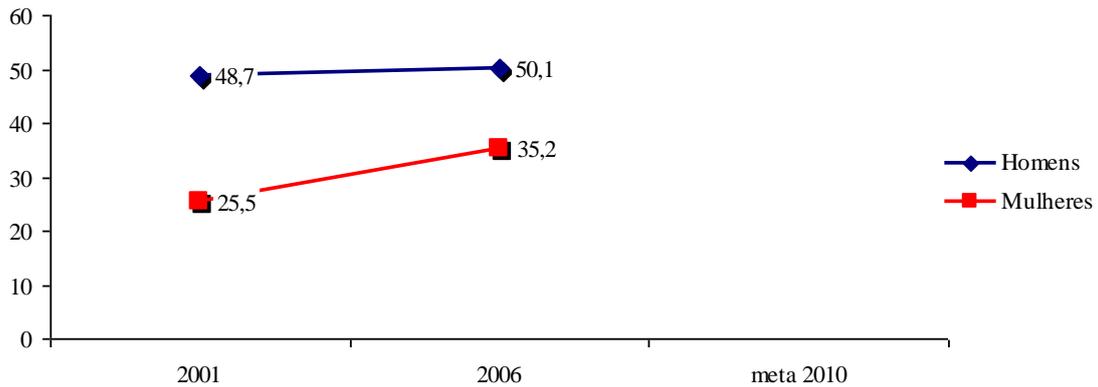


Figura 20, Consumo de álcool nos últimos 12 meses (15 aos 24 anos) (h)

A percentagem de jovens entre os 18 e os 24 anos com excesso de peso evoluiu desfavoravelmente tanto nos homens como nas mulheres, afastando-se das metas previstas para 2010

Excesso de peso (15 aos 24 anos)

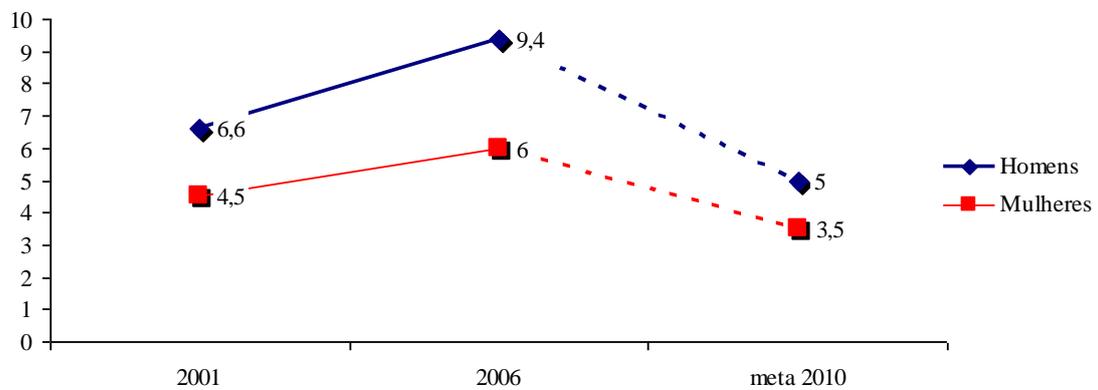


Figura 21, Percentagem de jovens entre os 18 e os 24 anos com excesso de peso (h)

A percentagem de população entre os 18 e 24 anos obesa aumentou, estando acima das metas definidas para 2010, em ambos os sexos.

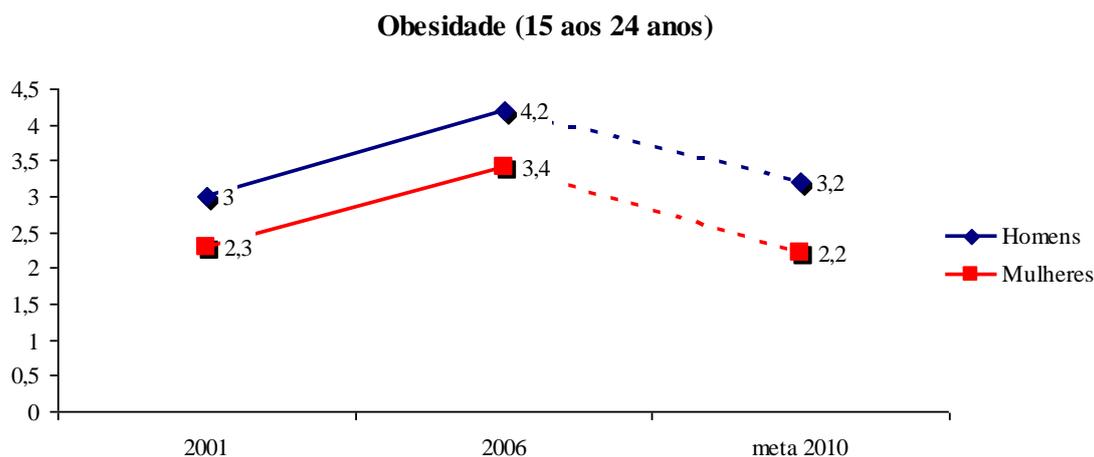


Figura 22, Percentagem de jovens entre os 18 e os 24 anos obesos (h)

“Uma vida adulta produtiva”, dos 25 aos 64 anos

Dezassete indicadores foram seleccionados para a avaliação desta etapa; mais uma vez, os dez indicadores associados à opinião ou hábitos populacionais apenas têm registo de 2001 e 2006 (anos correspondentes ao 3º e 4º INS).

Entre 2004 e 2009, a *Esperança de vida dos 45 aos 49 anos* veio a aproximar-se da meta estabelecida para 2010, tendo aumentado 1 ano.

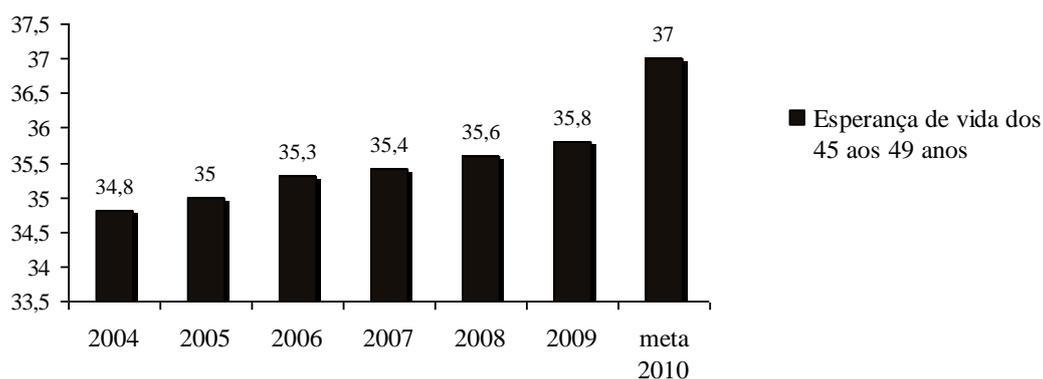


Figura 23, Esperança de vida dos 45 aos 49 anos (a)

A taxa de mortalidade entre os 24 e os 44 anos tem diminuído desde 2004, ano em que o valor já era inferior à meta proposta.

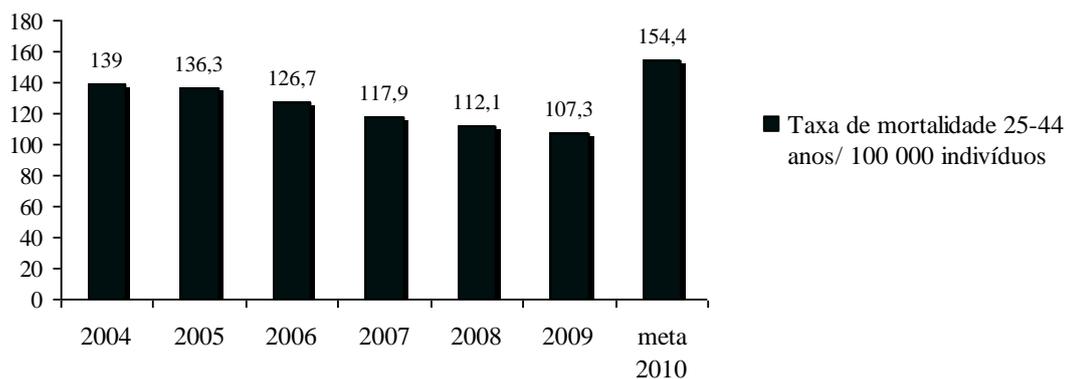


Figura 24, Taxa de mortalidade dos 25 aos 44 anos (a)

A taxa de mortalidade dos 45 aos 64 anos encontra-se com valores inferiores aos estabelecidos como meta para 2010.

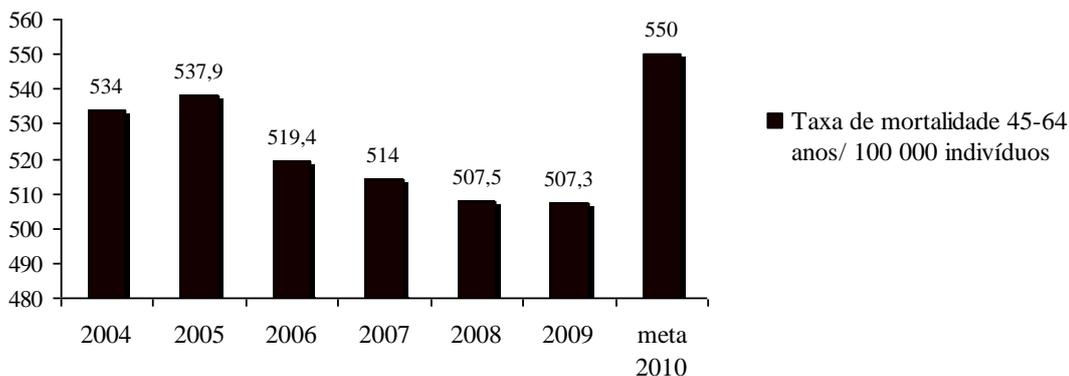


Figura 25, Taxa de mortalidade dos 45 aos 64 anos (a)

Verifica-se um aumento da taxa de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos, desde 2004 até 2009, com evolução em sentido contrário ao preconizado pela meta para 2010.

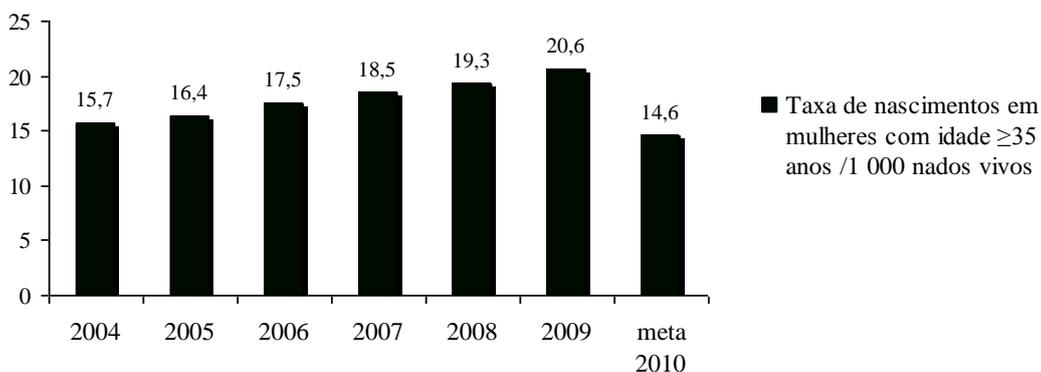


Figura 26, Taxa de nascimentos em mulheres com idade superior a 35 anos (a)

A *percentagem de população entre os 35 e os 44 anos que apreciou negativamente o seu estado de saúde* diminuiu para ambos os sexos, aproximando-se da meta. O mesmo se verificou para a população entre os 55 e os 64 anos.

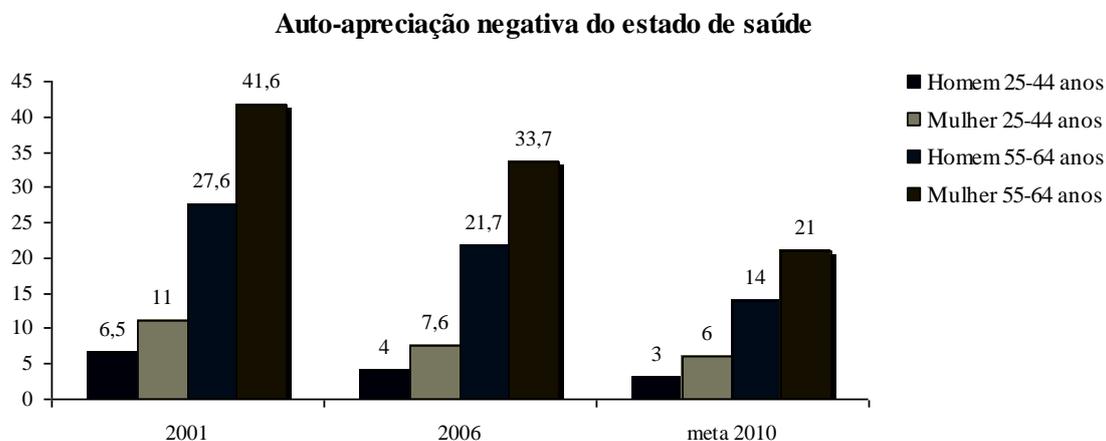


Figura 27, Auto-apreciação negativa do estado de saúde (h)

O *consumo diário de tabaco* diminuiu entre a população masculina dos 24-44 anos e dos 55-64 anos, evoluindo em direcção às metas propostas, apesar dos valores ainda se encontrarem bastante acima do desejado. Relativamente à população feminina, a tendência é inversa, tendo o consumo diário aumentado entre esta população, no sentido contrário às metas para 2010.

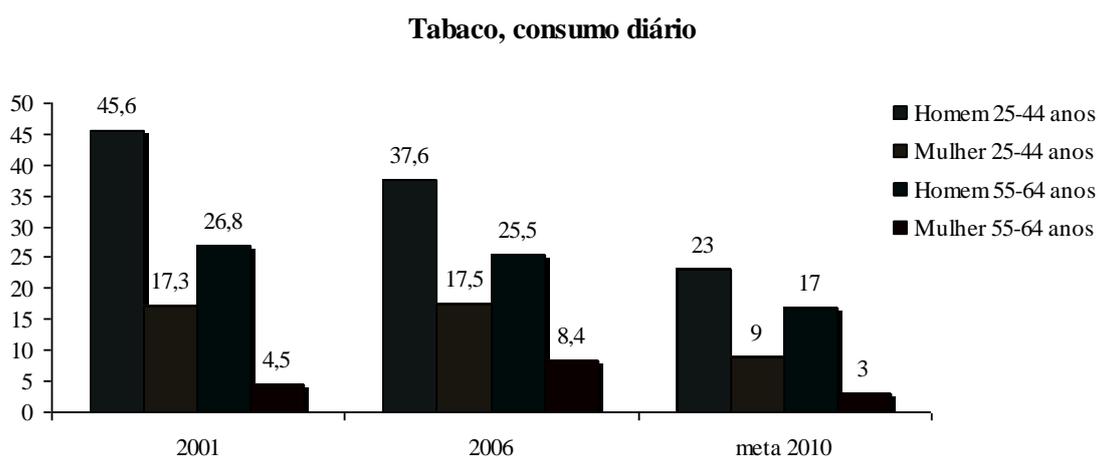


Figura 28, Consumo diário de tabaco (h)

Apesar de não terem sido estabelecidas metas para estes indicadores, o consumo de álcool nos últimos 12 meses baixou na população masculina entre os 25 e os 44 anos, e manteve-se na população feminina da mesma faixa etária. Ao contrário, a população entre os 55 e os 64 anos aumentou o consumo de álcool, em ambos os sexos.

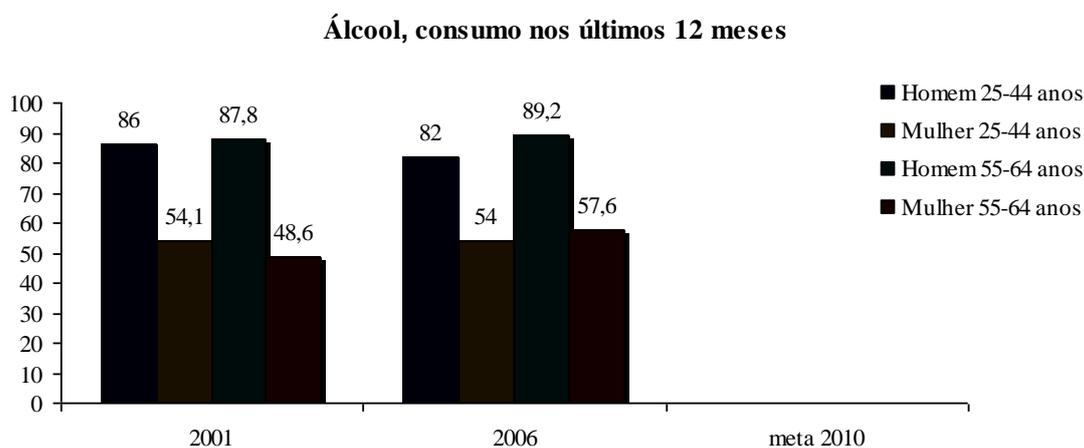


Figura 29, Consumo de álcool nos últimos 12 meses (h)

A percentagem da população com excesso de peso baixou para valores próximos da meta na faixa etária dos 25 aos 44 anos. No entanto, tal não se verifica para as idades entre 55 e 64 anos, com o sexo masculino a manter aproximadamente o mesmo valor, e o sexo feminino a evoluir em sentido contrário à meta.

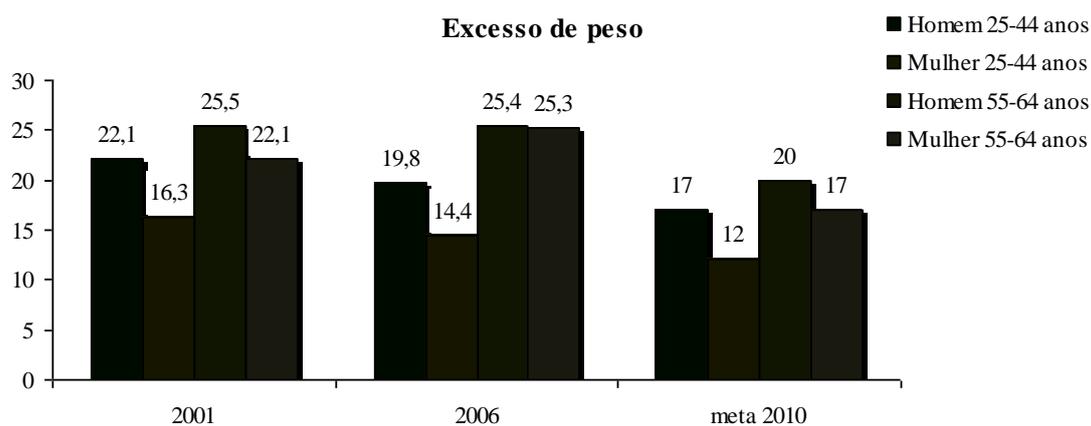


Figura 30, Percentagem da população com excesso de peso (h)

Em relação à *percentagem da população que é obesa* verificamos um aumento dos valores em ambos os sexos e faixas etárias, em sentido oposto ao das metas propostas para 2010.

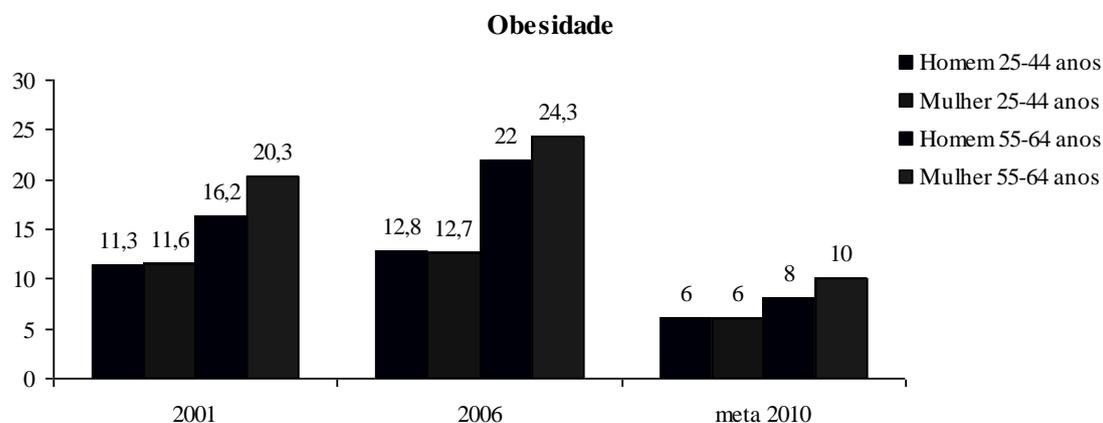


Figura 32, Percentagem da população obesa (h)

“Um envelhecimento activo”, a partir dos 65 anos

Neste ciclo, os indicadores que demonstram opinião ou hábitos populacionais apenas têm registo de 2001 e 2006 (anos correspondentes ao 3º e 4º INS).

Entre 2004 e 2009, a Esperança de vida dos 65 aos 69 anos aumentou de 17,6 para 18,3 (com o ano de 2005 a registar um pico de 21,6, que ultrapassava a meta).

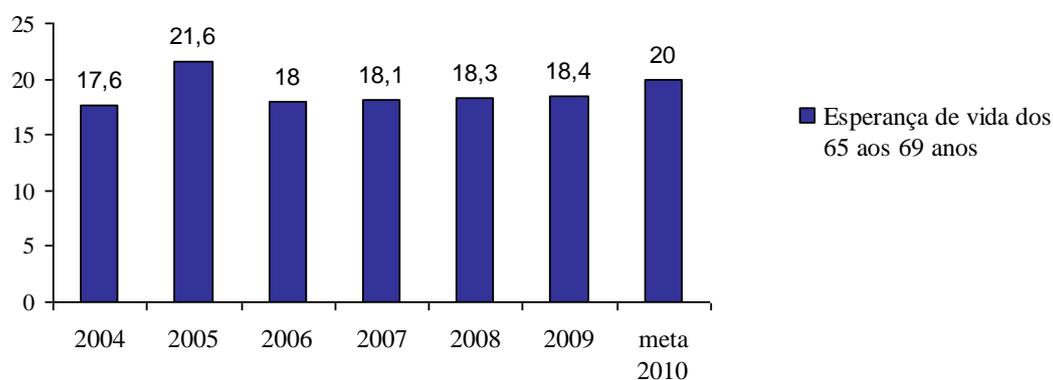


Figura 33, Esperança de vida dos 65 aos 69 anos (a)

Apesar da evolução favorável da *percentagem de população com apreciação negativa do seu estado de saúde*, os valores registados para ambos os sexos ainda se encontram muito acima das metas esperadas para 2010.

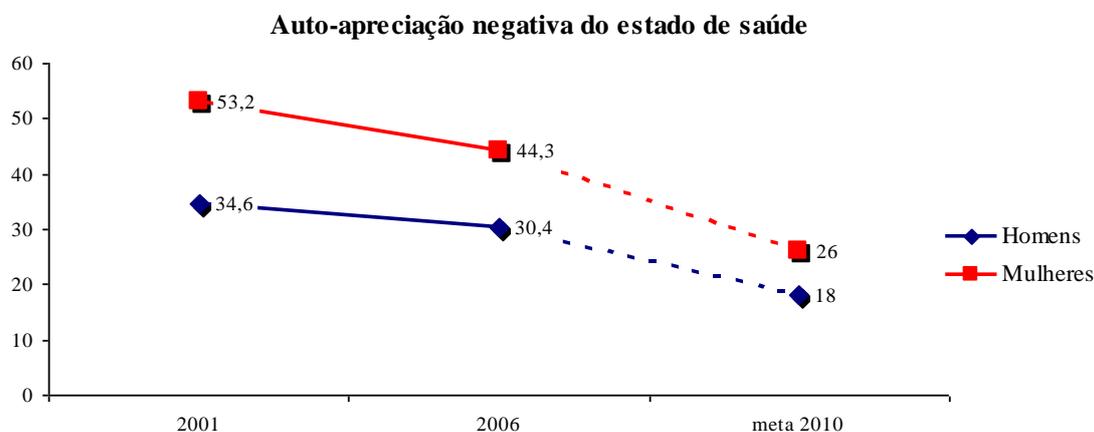


Figura 33, Auto-apreciação negativa do estado de saúde dos 65 aos 74 anos

A *percentagem de população entre os 65 e os 74 que fuma diariamente* diminuiu no sexo masculino, o que condicionou uma aproximação da meta para 2010, mas aumentou no sexo feminino, levando ao afastamento em relação à meta proposta.

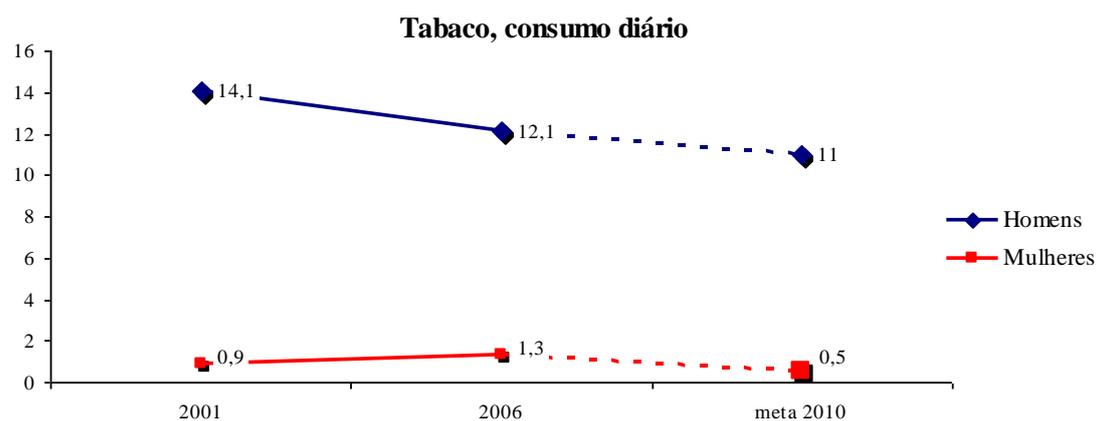


Figura 34, Consumo diário de tabaco dos 65 aos 74 anos (h)

A *percentagem de população entre os 65 e os 74 que consumiu álcool nos últimos 12 meses* aumentou em ambos os sexos, apesar de não existir nenhuma meta definida para este indicador.

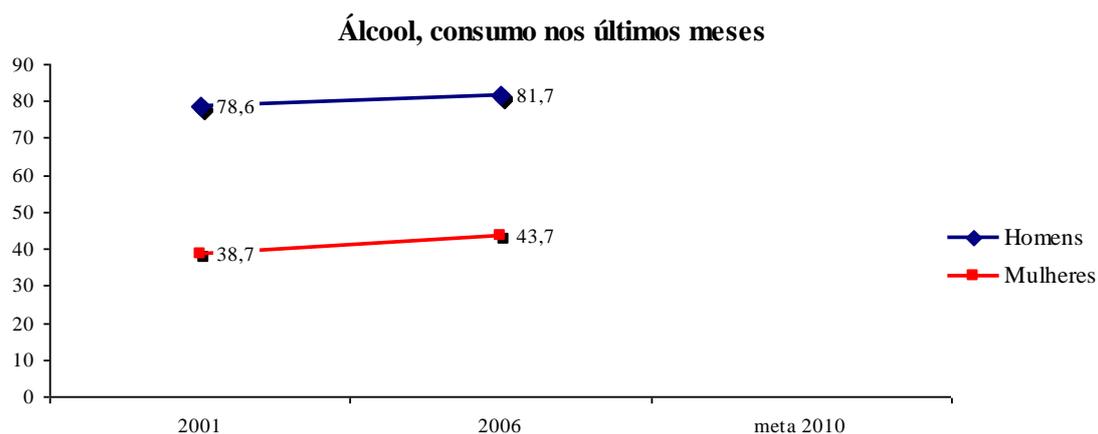


Figura 35, Consumo de álcool nos últimos 12 meses dos 65 aos 74 anos (h)

A percentagem de população entre os 65 e os 74 com excesso de peso aumentou ligeiramente para o sexo masculino, e de uma forma mais acentuada para o sexo feminino, estando ambos os valores acima das metas previstas para 2010.

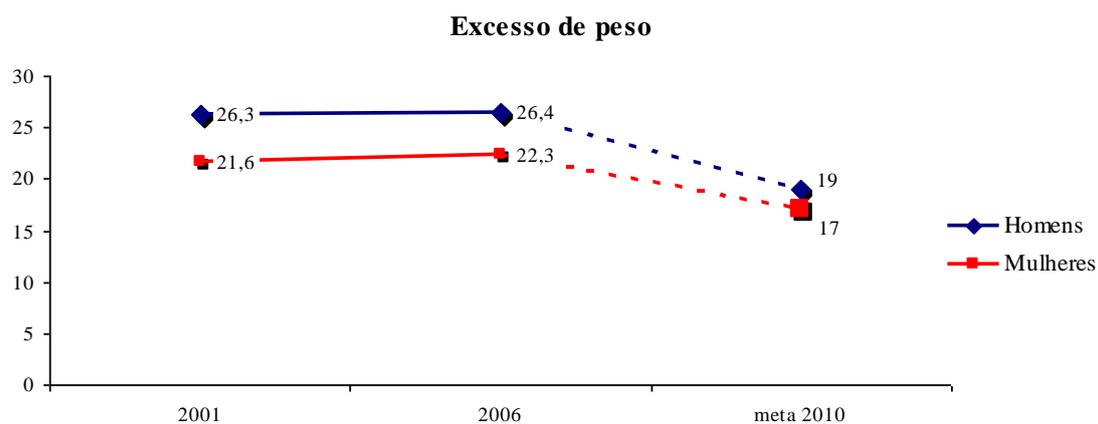


Figura 36, Percentagem da população com excesso de peso dos 65 aos 74 anos (h)

A percentagem de população obesa entre os 65 e os 74 anos aumentou em ambos os sexos, afastando-se os valores das metas previstas para 2010.

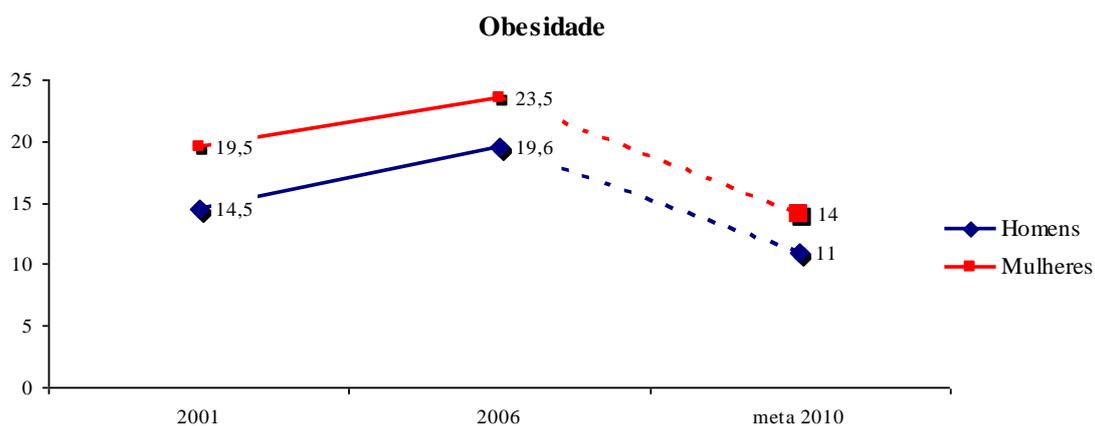


Figura 37, Percentagem da população obesa dos 65 aos 74 anos (h)

Doenças neoplásicas

No que diz respeito às doenças neoplásicas, foram associados 3 indicadores a três áreas diferentes: cancro da mama feminino, cancro do colo do útero e cancro do cólon e recto.

Cancro da mama feminino

A taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama feminino antes dos 65 anos oscilou entre 2004 e 2009, tendo aumentado para 12,9, afastando-se da meta preconizada para 2010.

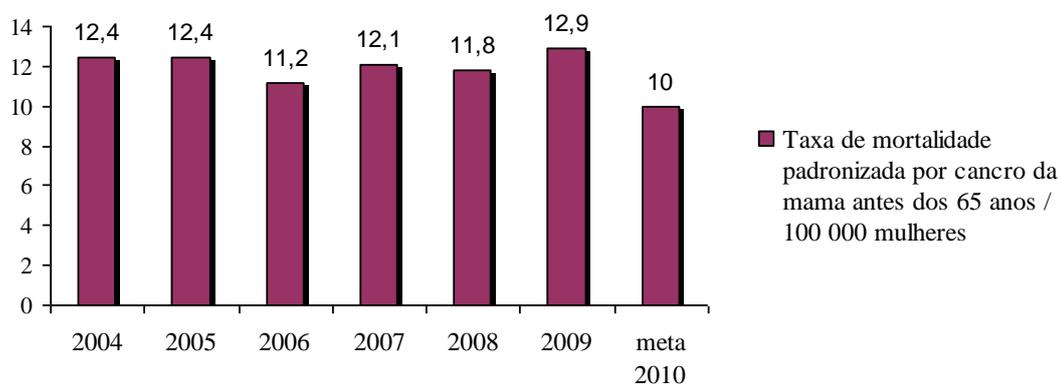


Figura 38, Taxa de mortalidade padronizada por cancro da mama antes dos 65 anos (a)

Cancro do colo do útero

A taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos atingiu o valor da meta em 2006, mas aumentou desde então até aos 2,7 em 2009, afastando-se do valor proposto para 2010.

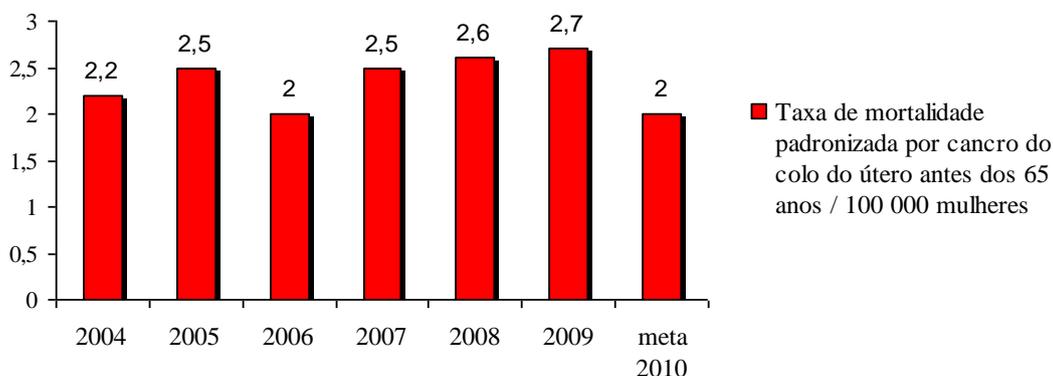


Figura 39, Taxa de mortalidade padronizada por cancro do colo do útero antes dos 65 anos (a)

Cancro do cólon e do recto

A taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos oscilou entre 7,6 e 7,3 durante o período de 2004 e 2009.

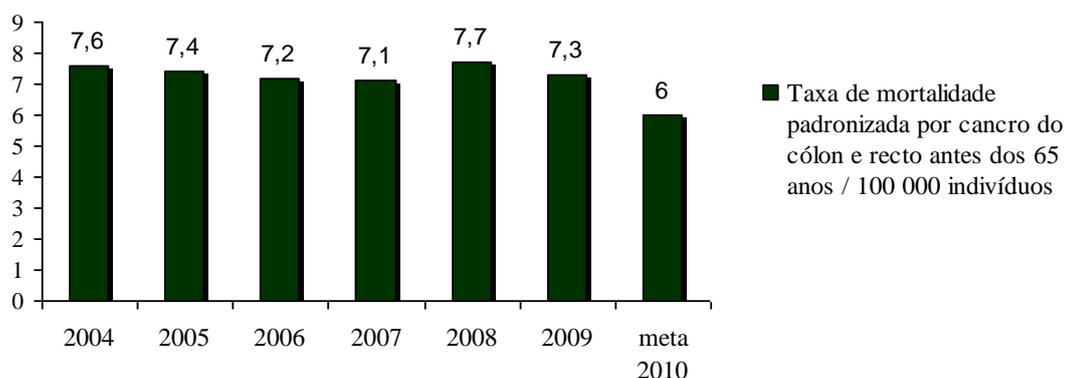


Figura 40, Taxa de mortalidade padronizada por cancro do cólon e recto antes dos 65 anos (a)

Doenças cardiovasculares

As doenças cardiovasculares foram abordadas pela monitorização de indicadores associados a Doença Isquémica Cardíaca e Acidente Vascular Cerebral.

Doença isquémica cardíaca (DIC)

A taxa de mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos diminuiu consideravelmente, ultrapassando a meta proposta para 2010.

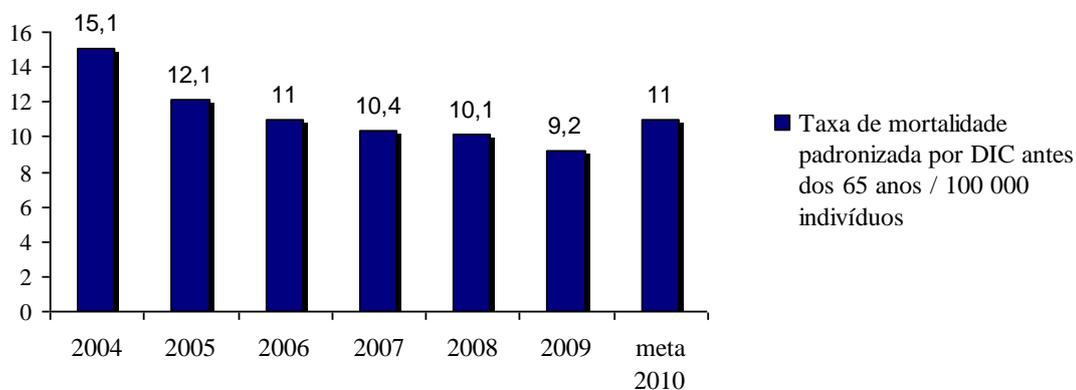


Figura 41, Taxa de mortalidade padronizada por DIC antes dos 65 anos (a)

A percentagem de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC, apesar de ter duplicado entre 2006 e 2008, ainda se encontra muito longe de atingir a meta para 2010.

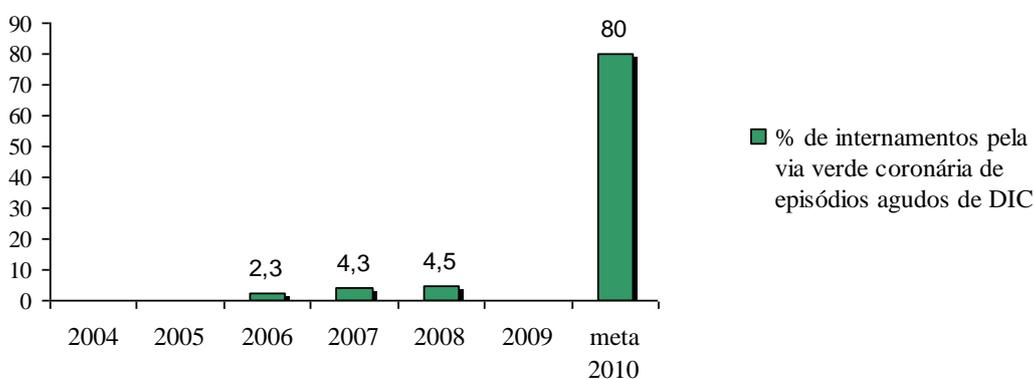


Figura 42, Percentagem de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de DIC (a)

A letalidade intra-hospitalar por DIC tem vindo a diminuir desde 2004, aproximando-se do valor da meta para 2010.

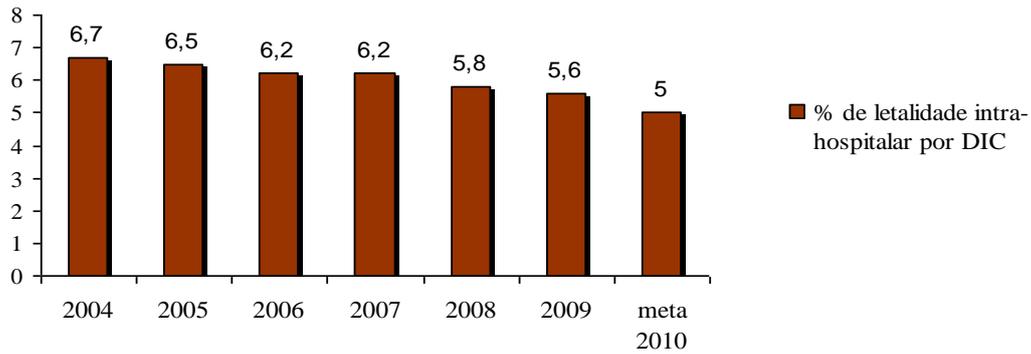


Figura 43, Percentagem de letalidade intra-hospitalar por DIC (b)

Acidente vascular cerebral (AVC)

A taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos diminuiu entre 2004 e 2009, ultrapassando a meta proposta para 2010.

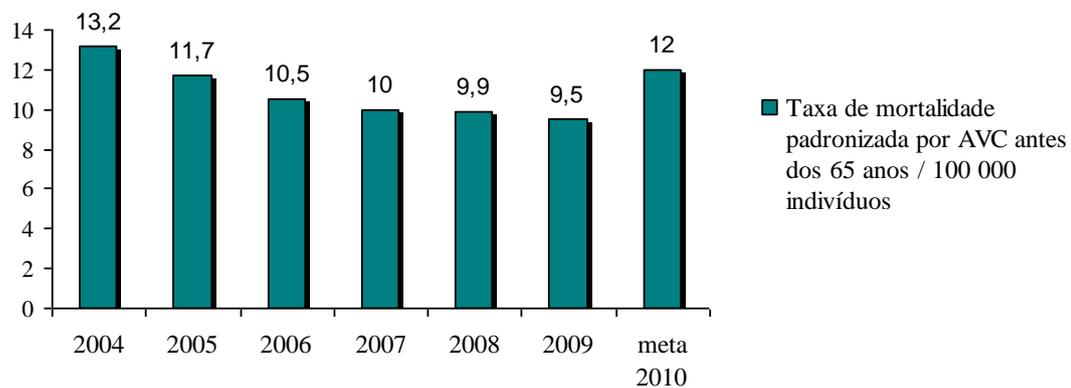


Figura 44, Taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos (a)

A percentagem de internamentos pela via verde coronária de episódios agudos de AVC aumentou nestes últimos anos, no entanto ainda se encontra muito longe de atingir a meta para 2010.

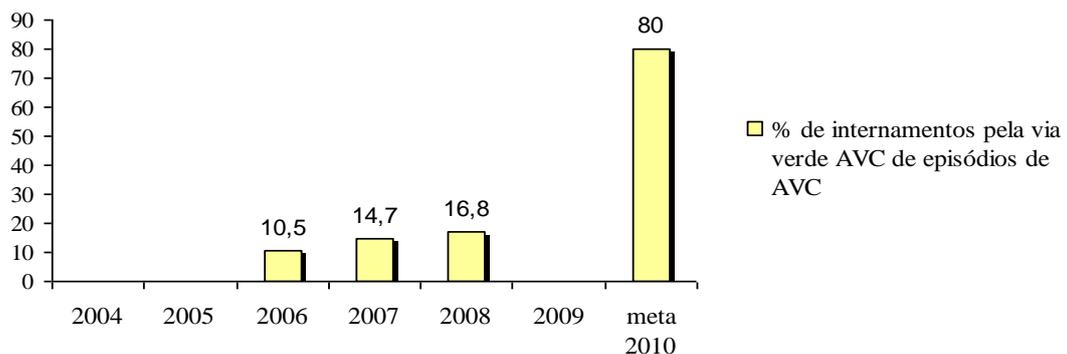


Figura 45, Percentagem de internamentos pela via verde AVC de episódios de AVC (a)

A *letalidade intra-hospitalar por AVC*, que vinha a diminuir desde 2004, aproximando-se do valor da meta para 2010, registou um aumento em 2009, no sentido contrário a essa mesma meta.

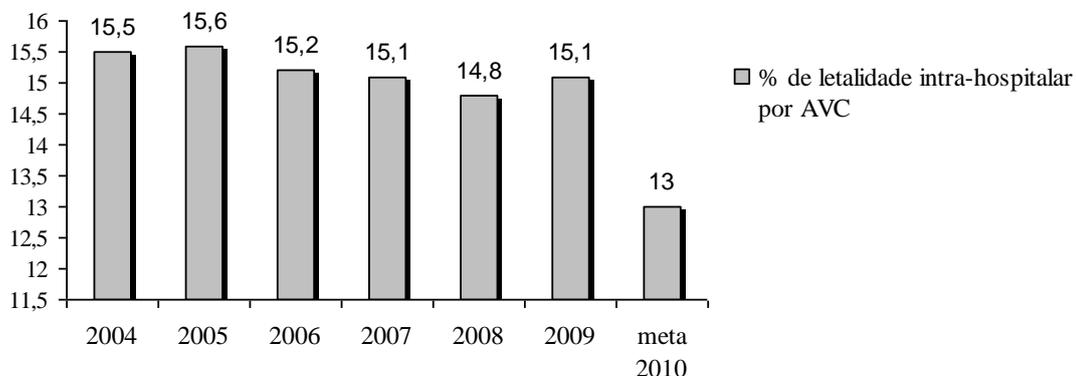


Figura 46, Percentagem de letalidade intra-hospitalar por AVC (b)

Doenças infecciosas

SIDA

A *taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos* registou uma diminuição entre 2004 e 2009, tendo atingido e ultrapassado a meta proposta.

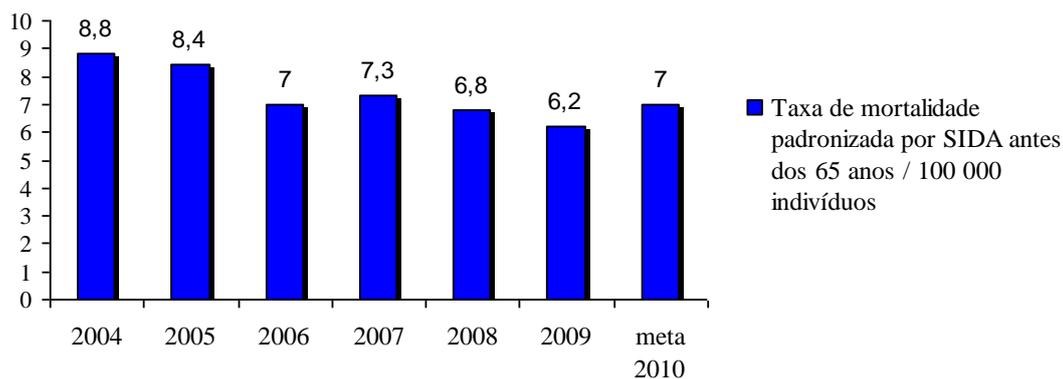


Figura 47, Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos (a)

Sífilis

A taxa de incidência de Sífilis congénita registou valores oscilantes, tendo aumentado, na direcção contrária à meta predefinida para 2010.

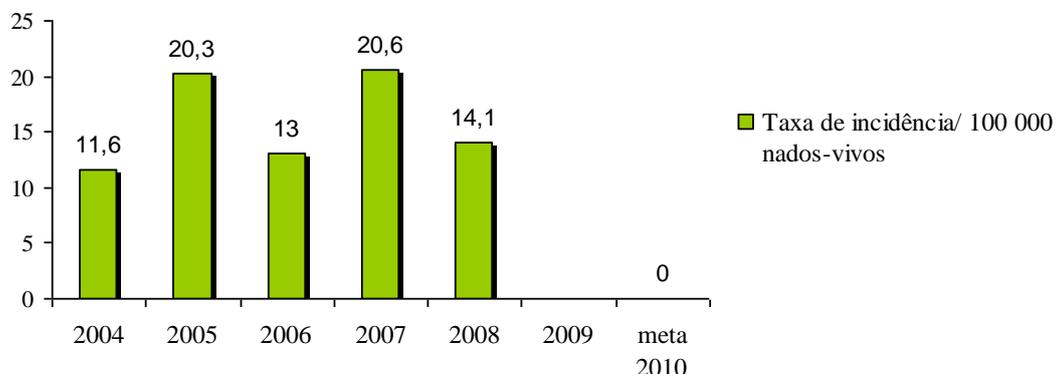


Figura 48, Taxa de incidência de sífilis congénita (c)

Doenças mentais

Dos 6 indicadores inicialmente propostos, apenas os indicadores relativos às *Taxas de Mortalidade por suicídio e doenças atribuíveis ao álcool* foram monitorizados.

Depressão

A taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos diminuiu entre 2004 e 2006, ano a partir do qual inverteu a tendência e começou a aumentar.

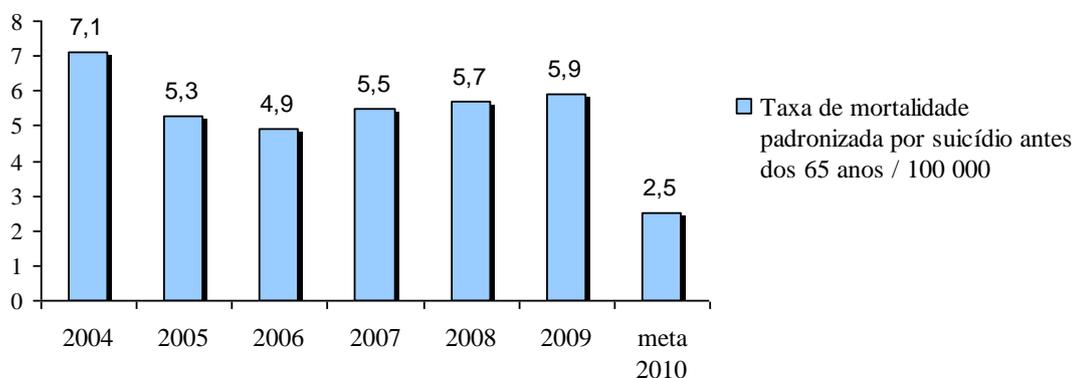


Figura 49, Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos (a)

Abuso e dependência de álcool

A taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos diminuiu entre 2004 e 2006, ano em que atingiu e ultrapassou a meta. No entanto, a partir de 2007 começou a aumentar, no sentido contrário, afastando-se da meta.

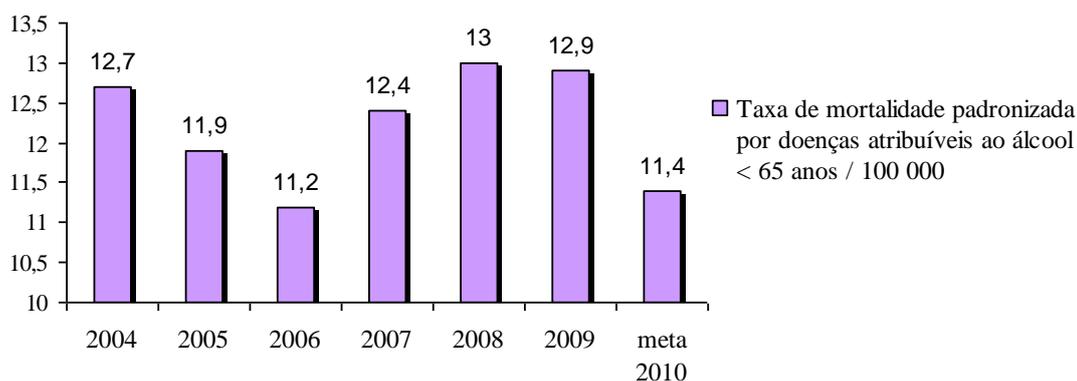


Figura 50, Taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos (a)

Traumatismos

O número de mortes por acidentes de viação tem diminuído desde 2004, atingindo e ultrapassando a meta.

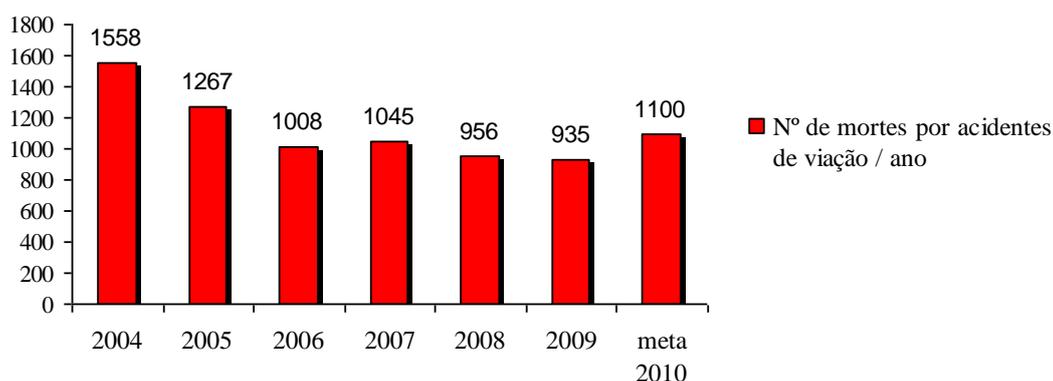


Figura 51, Número de mortes por acidentes de viação por ano (a)

A taxa de mortalidade padronizada por acidentes de viação antes dos 65 anos tem baixado desde 2004, atingindo e ultrapassando a meta definida para 2010.

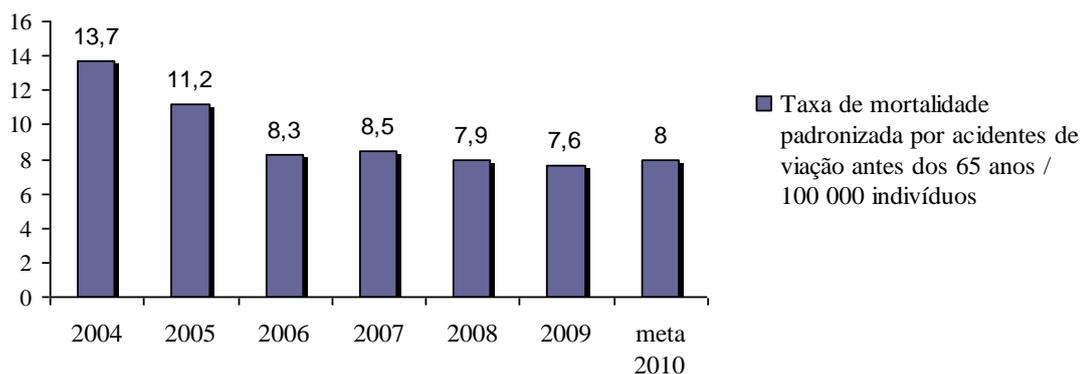


Figura 52, Taxa de mortalidade padronizada por acidentes de viação antes dos 65 anos (a)

O número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool tem vindo a diminuir desde 2005, estando a caminho da meta, mas ainda longe de a alcançar.

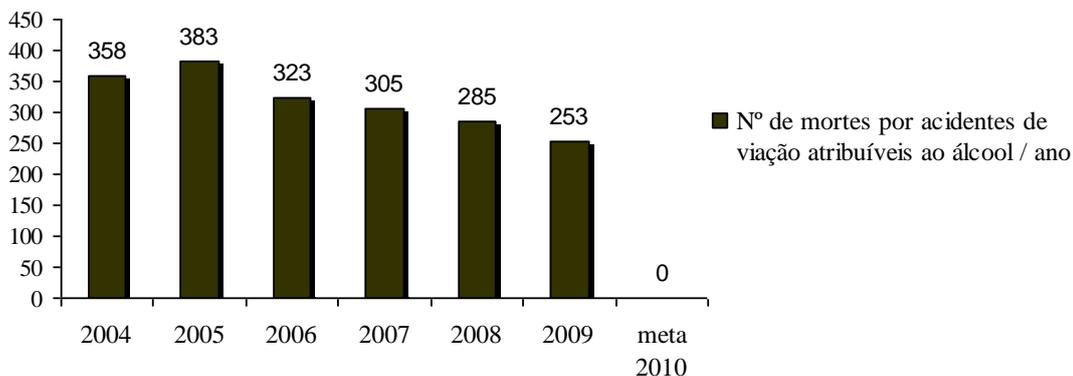


Figura 53, Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool (d)

Saúde Escolar

A percentagem de Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar oscilou ao longo dos anos, verificando-se um decréscimo que conduziu ao afastamento da meta definida para 2010.

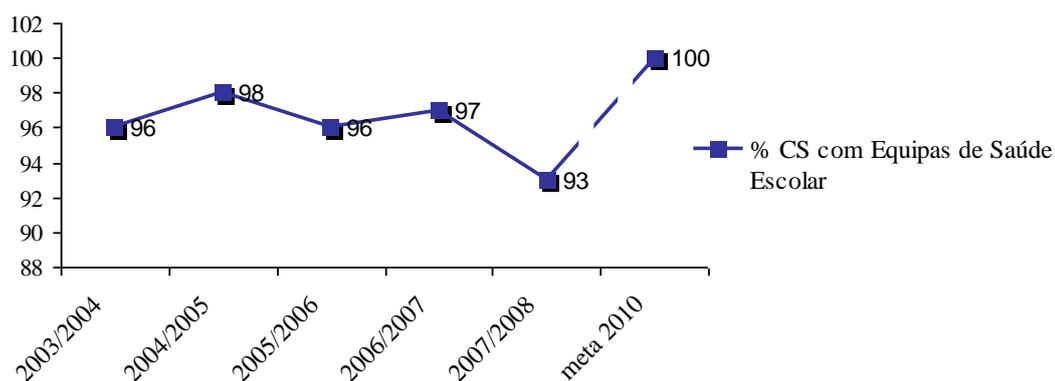


Figura 54, percentagem de Centros de Saúde com Equipas de Saúde Escolar (g)

A cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos atingiu um máximo de 76% em 2005-2006, diminuído desde então em sentido contrário à meta.

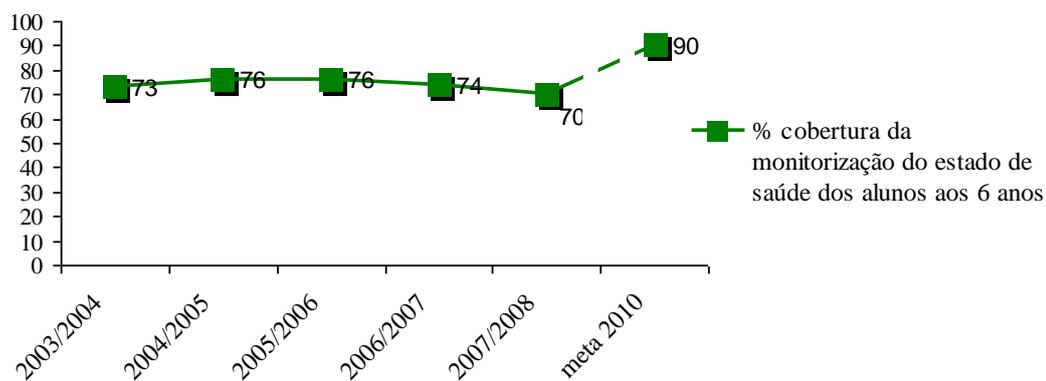


Figura 55, percentagem da cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos

(g)

A cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos aumentou em relação ao valor registado em 2003-2004, aproximando-se da meta definida. Podemos no entanto verificar que este indicador que vinha evoluindo favoravelmente, teve uma inversão de tendência no último ano.

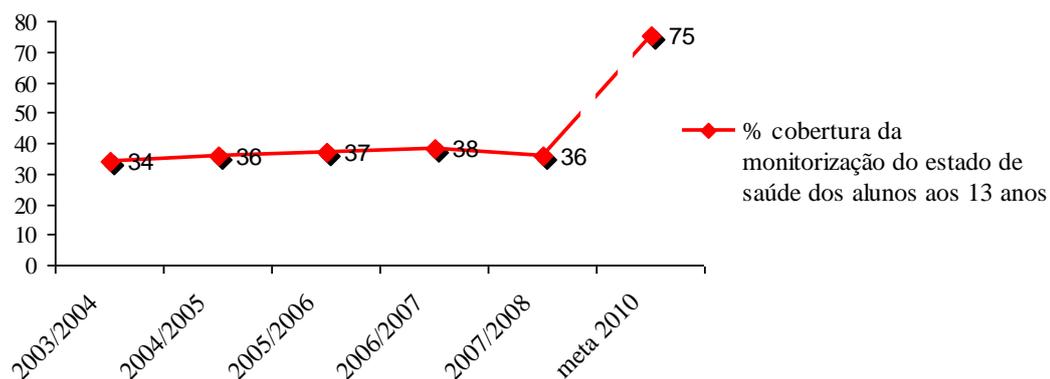


Figura 56, percentagem da cobertura de monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos

(g)

A percentagem de alunos com Plano nacional de vacinação (PNV) actualizado na pré-escola demonstra oscilação ao longo dos anos, atingindo dois picos (88% e 86% em 2004-2005 e 2006-2007 respectivamente), seguidos de um decréscimo e afastamento em direcção à meta proposta para 2010.

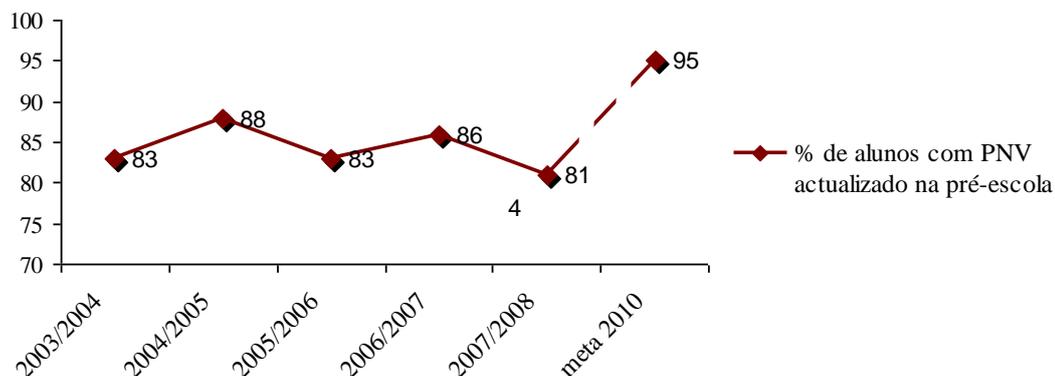


Figura 57, percentagem de alunos com PNV actualizado na pré-escola (g)

A percentagem de alunos com PNV actualizado aos 6 anos encontra-se a evoluir em direcção à meta.

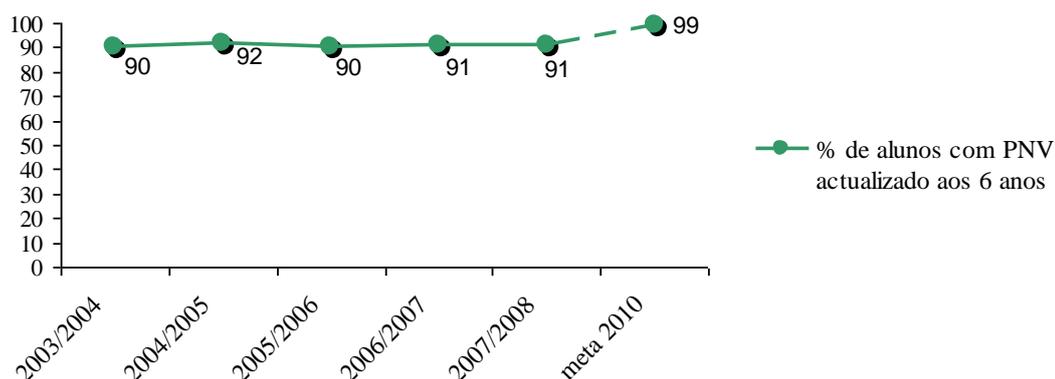


Figura 58, porcentagem de alunos com PNV atualizado aos 6 anos (g)

A *porcentagem de alunos com PNV atualizado aos 13 anos* tem evoluído favoravelmente em direcção à meta definida para 2010.

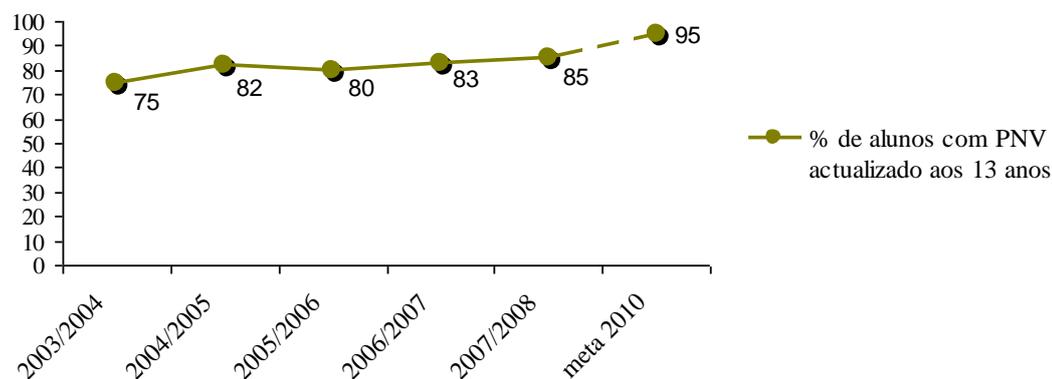


Figura 59, porcentagem de alunos com PNV atualizado aos 13 anos (g)

O indicador de saúde *porcentagem de alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução que têm no final do ano lectivo o seu problema de saúde resolvido* tem demonstrado oscilação ao longo dos anos, partindo de um valor de 56% em 2003-2004, diminuindo para 51% em 2005-2006, atingindo no ano seguinte um pico máximo de 58%, e diminuindo de seguida para 55%.

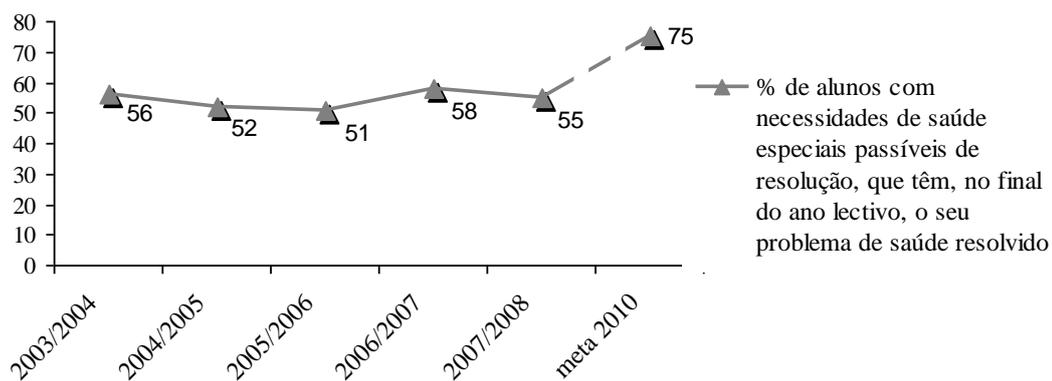


Figura 60, Percentagem de alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução que têm no final do ano lectivo o seu problema de saúde resolvido (g)

A percentagem de escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nas escolas tem registado uma diminuição e conseqüente afastamento da meta para 2010.

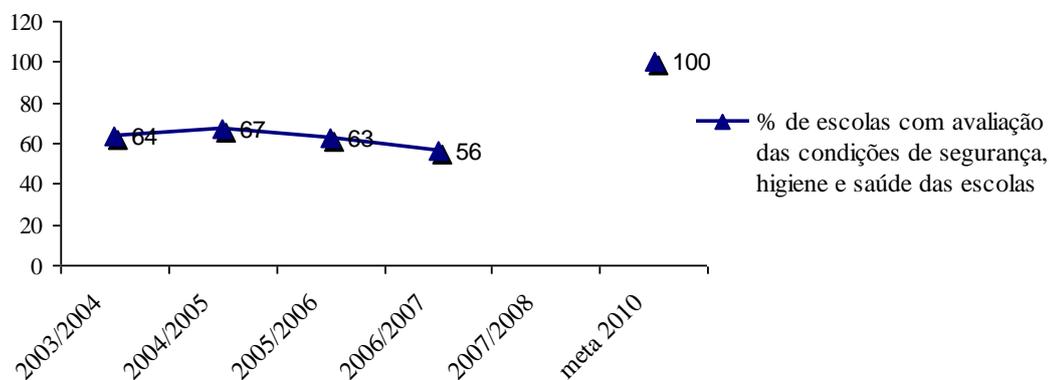


Figura 61, percentagem de escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde nas escolas (g)

A percentagem de escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente evoluiu favoravelmente até 2005-2006 (72%), diminuindo nos anos lectivos seguintes, em direcção contrária à meta.

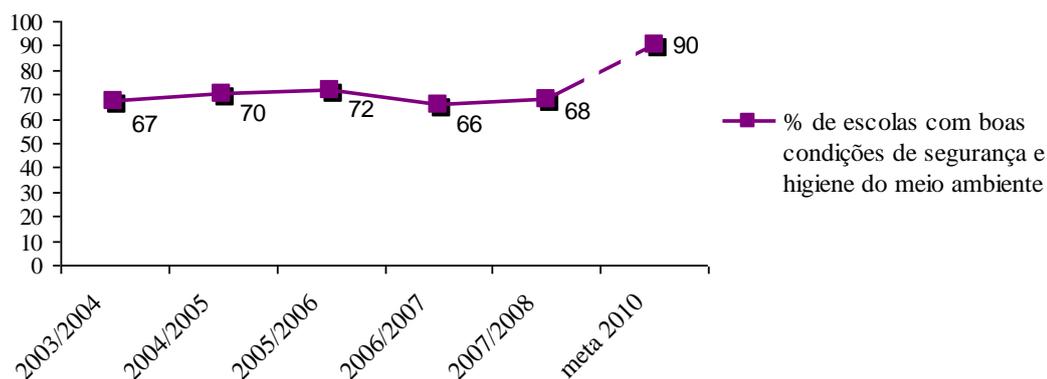


Figura 62, Percentagem de escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente (g)

Verifica-se um aumento da *percentagem de escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos* até 2005-2006, altura em que atinge o valor de 25%, que se mantém nos últimos anos.

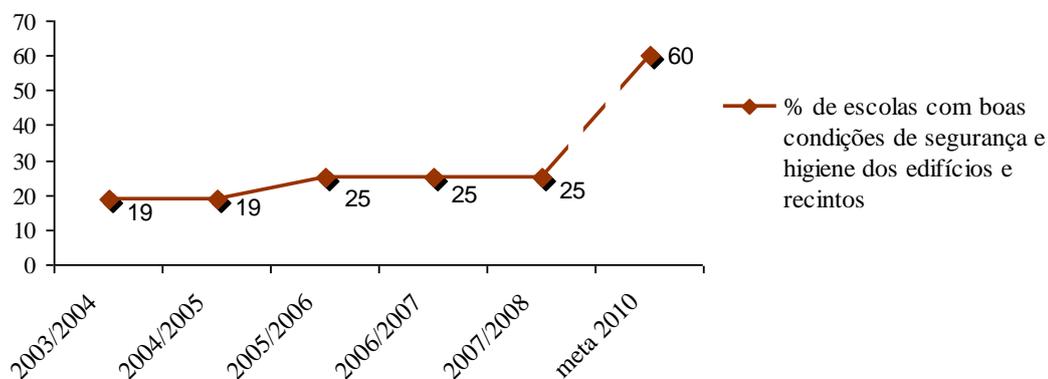


Figura 63, Percentagem de escolas com boas condições de segurança, e higiene dos edifícios e recintos (g)

Sistema de saúde

O número de *Médicos Especialistas por 100 000 habitantes* teve um aumento de 240,2 em 2004 para 270,1 em 2009. Apesar de este indicador não possuir uma meta associada, considera-se a sua evolução deveras positiva.

O número de Médicos de Medicina Geral e Familiar/Clínica Geral, apesar de ter diminuído em relação ao valor de 2004, apresenta-se acima da meta prevista para 2010.

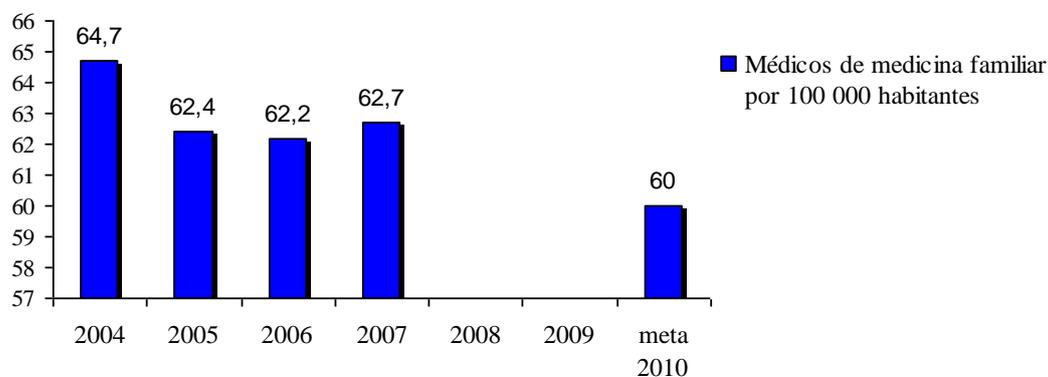


Figura 64, Médicos de medicina familiar (b)

O número de Médicos de Saúde Pública aumentou ligeiramente desde 2004, mantendo-se a caminho da meta.

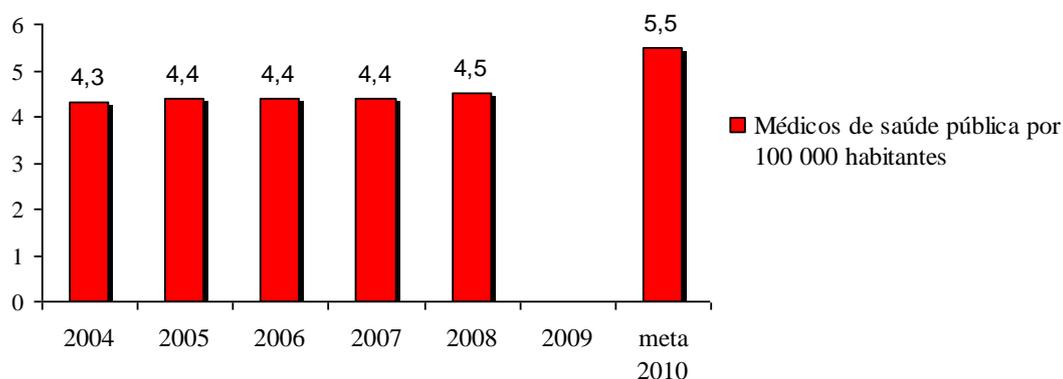


Figura 65, Médicos de saúde pública (a)

O número de Dentistas por 100 000 habitantes aumentou desde 2004, atingindo e ultrapassando a meta proposta para 2010.

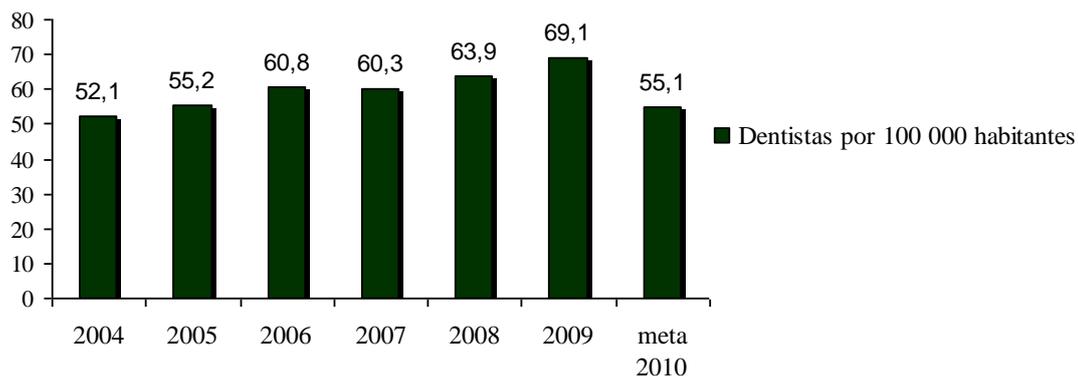


Figura 66, Dentistas por 100 000 habitantes (a)

Entre 2004 e 2009, o número de Farmacêuticos veio a aumentar consideravelmente, encontrando-se logo à partida acima da meta definida para 2010.

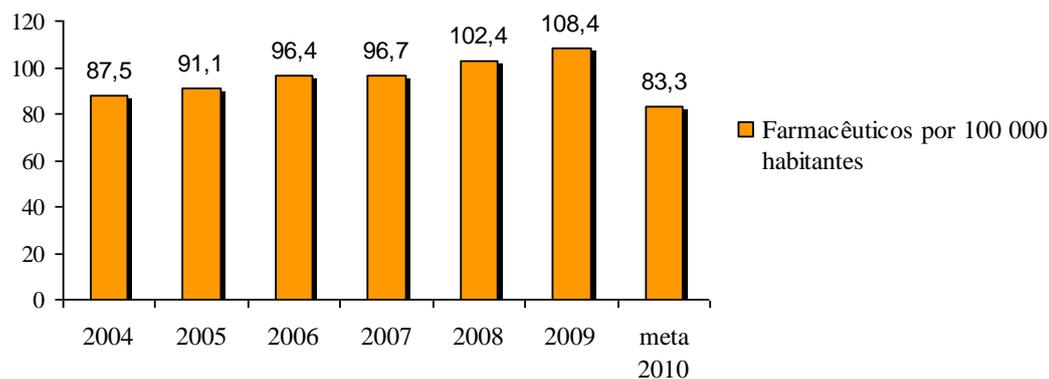


Figura 67, Farmacêuticos por 100 000 habitantes (a)

O número de Enfermeiros por 100 000 habitantes veio a aumentar desde 2004, atingindo e ultrapassando a meta proposta.

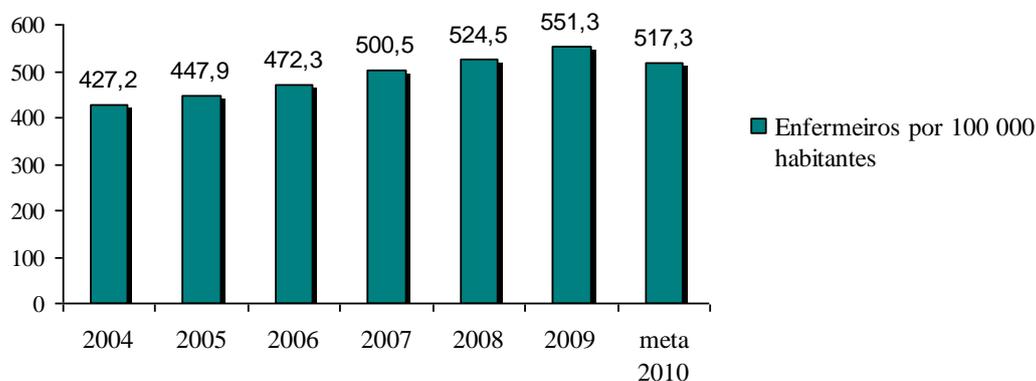


Figura 68, Enfermeiros por 100 000 habitantes (a)

Entre 2004 e 2008, o *número anual de consultas com médicos de família por habitante* aumentou em direcção à meta, estando muito próximo desta.

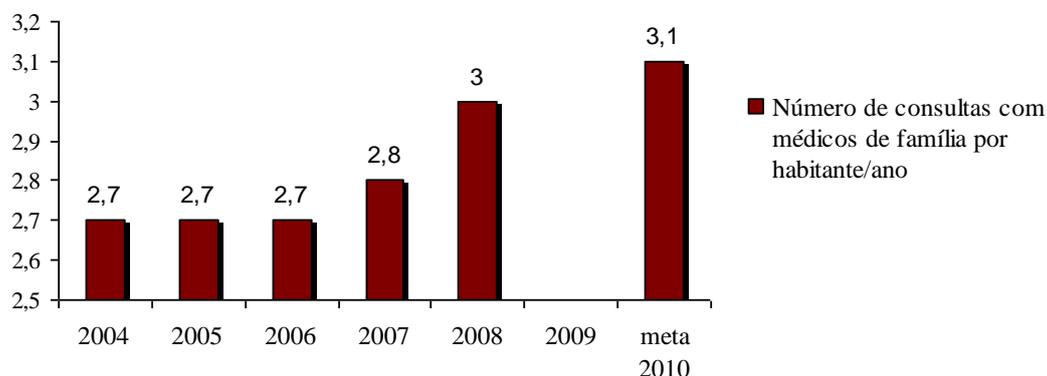


Figura 69, Número de consultas com médicos de família por habitante/ano (a)

O *número de consultas médicas por habitante por ano* aumentou entre 2004 e 2008, tendo atingido e ultrapassado ligeiramente a meta definida para 2010.

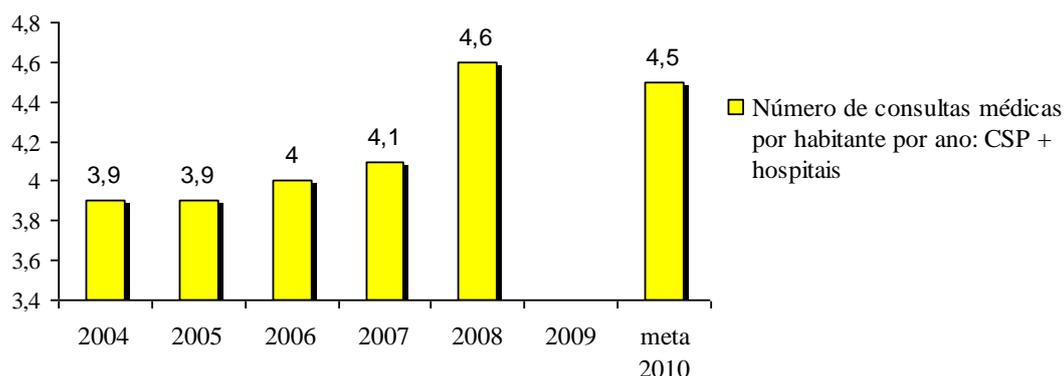


Figura 70, Número de consultas médicas por habitante por ano (a)

O *rácio entre urgências hospitalares e consultas externas* diminuiu desde 2004 e atingiu a meta prevista para 2010.

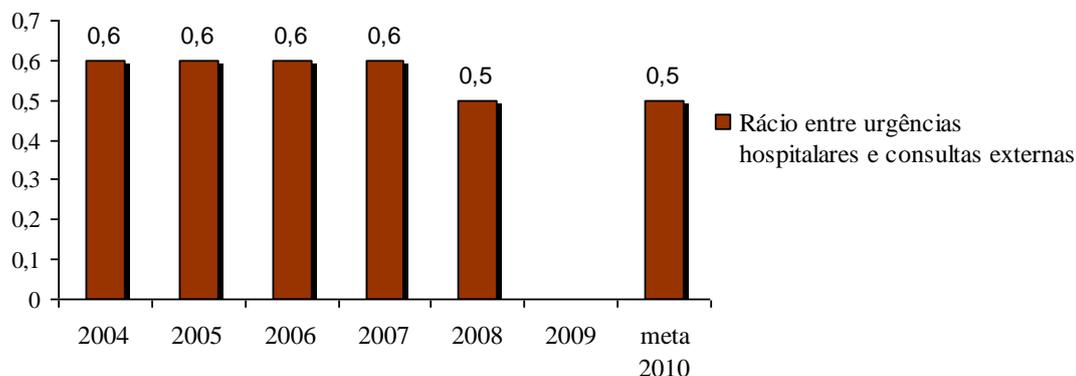


Figura 71, Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas (a)

A *percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares* aumentou em relação a 2004, progredindo no sentido da meta para 2010.

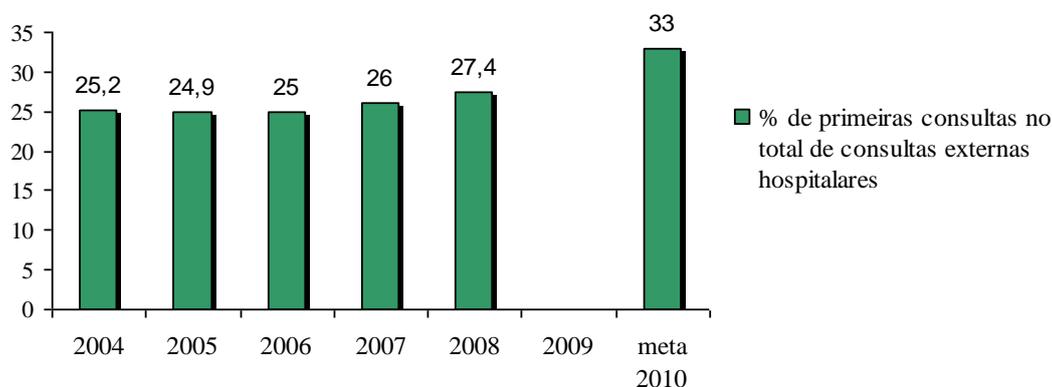


Figura 72, Percentagem de primeiras consultas no total de consultas externas hospitalares (b)

O *número de doentes saídos por cama hospitalar por ano* tem registado valores gradualmente superiores ao de 2004, evoluindo em direcção à meta estabelecida.

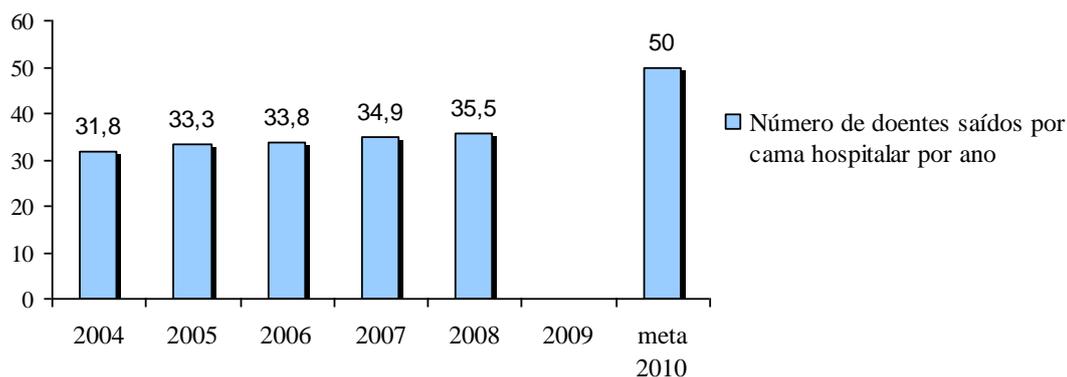


Figura 73, Número de doentes saídos por cama hospitalar por ano (a)

A *média de dias em internamento hospitalar* também registou melhorias entre 2004 e 2008, aproximando-se gradualmente da meta para 2010.

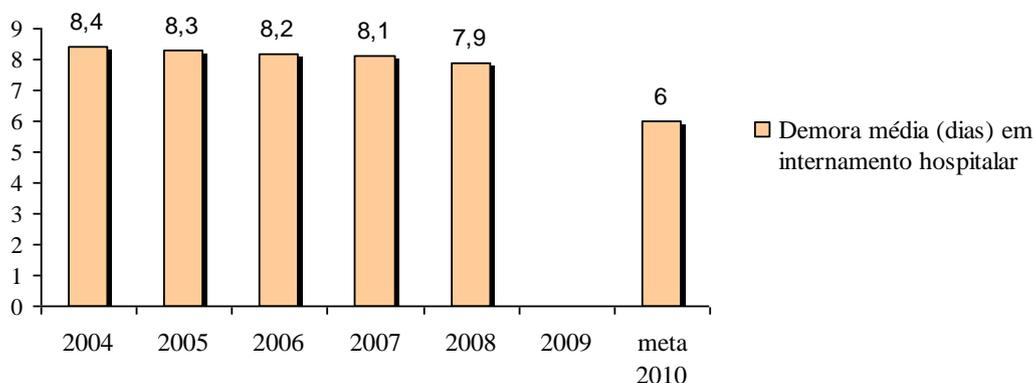


Figura 74, Média dias em internamento hospitalar (a)

Acessibilidade ao medicamento

Entre 2004 e 2009, a percentagem da despesa total em medicamentos no PIB teve várias oscilações, mas diminuiu em direcção à meta proposta.

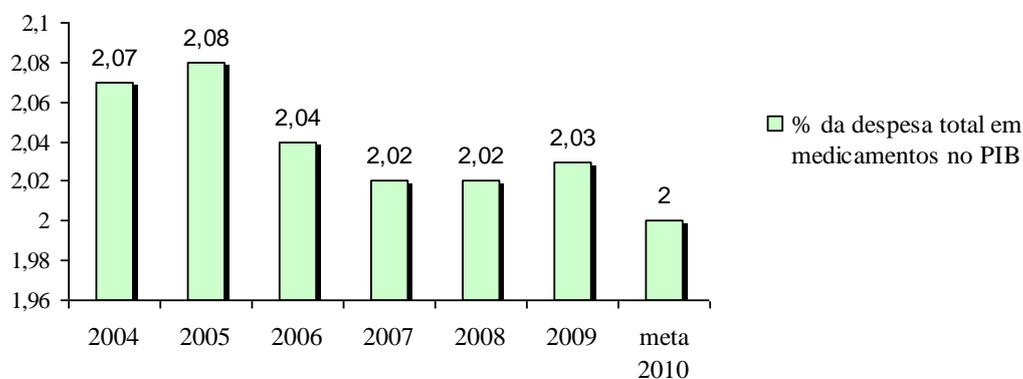


Figura 75, Percentagem da despesa total em medicamentos no PIB (f)

A percentagem da despesa em medicamentos na despesa em saúde tem tido uma evolução irregular, com altos e baixos, mas mantendo-se sempre em valores inferiores aos propostos pela meta para 2010.

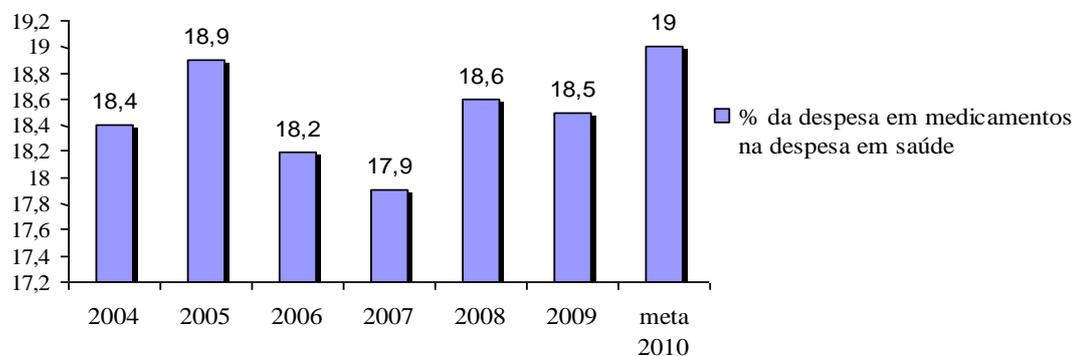


Figura 76, Percentagem da despesa em medicamentos na despesa da saúde (f)

O uso de medicamentos genéricos tem registado uma evolução favorável em direcção à meta projectada para 2010.

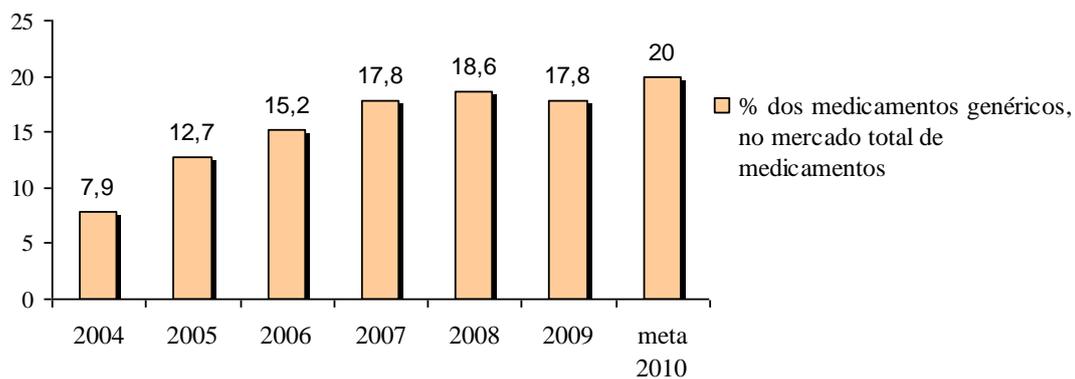


Figura 77, Percentagem dos medicamentos genéricos no mercado total de medicamentos (f)

Entre 2004 e 2009 registou-se uma diminuição do consumo de cefalosporinas em relação ao consumo total de antibióticos em ambulatório, valor que ultrapassou a meta.

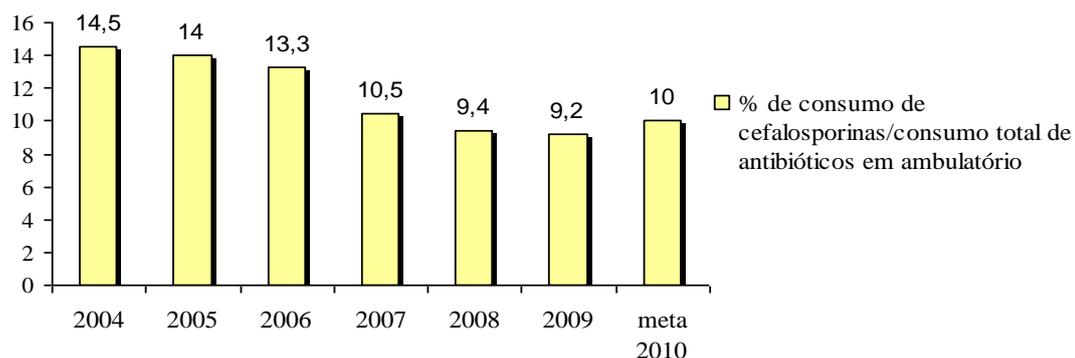


Figura 78, Percentagem de consumo de cefalosporinas no consumo total de antibióticos em ambulatório (f)

De igual forma, o consumo de quinolonas também tem vindo a diminuir, apesar de ligeiras oscilações de valores, aproximando-se do valor definido como meta para 2010.

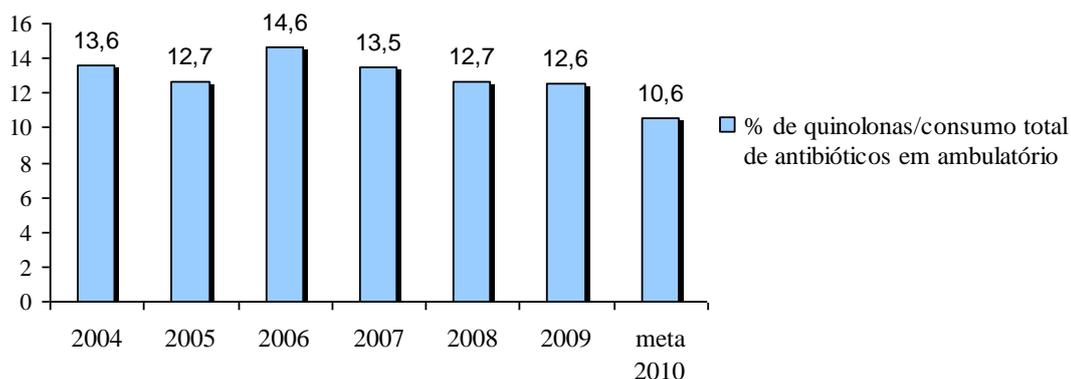


Figura 79, Percentagem de consumo de quinolonas no consumo total de antibióticos em ambulatório (f)

A percentagem de medicamentos órfãos utilizados tem vindo a aumentar consideravelmente desde 2005, aproximando-se da meta proposta.

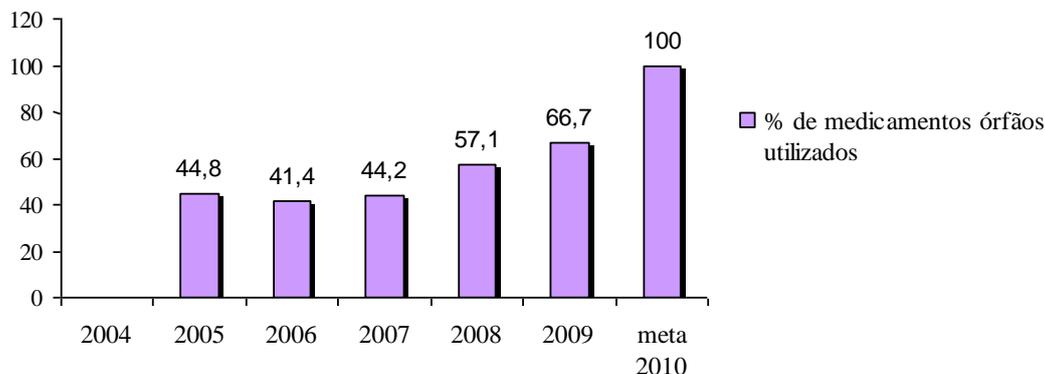


Figura 80, Percentagem de medicamentos órfãos utilizados (f)

O Consumo (€) de medicamentos per capita – mercado total aumentou entre 2004 e 2009, de 299,8€ para 327,4€.

O indicador Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no SNS em ambulatório DDD/1000 hab./dia, tinha como meta a redução em 20%, mas ao invés registou um crescimento de 129,5 para 162,3, entre 2004 e 2009.

Nota – Fontes da informação apresentada nos gráficos/figuras: (a) INE; (b) INE/INSA; (c) ACSS; (d) DGS; (e) INML; (f) DGS e ARS; (g) INFARMED.

DISCUSSÃO

A discussão da evolução dos indicadores ao longo dos anos vai ser efectuada de acordo com as várias linhas de orientação do PNS.

“Nascer com Saúde”, gravidez e período neonatal

Portugal tem registado uma evolução positiva na área da saúde materno-infantil, facto que podemos verificar com o aumento da *Esperança de vida à nascença* (figura 1). No entanto, a manutenção destes resultados está intrinsecamente relacionada com factores de evolução social, nomeadamente a idade materna tardia, a infertilidade e o tabagismo durante a gestação, factores que entre outros contribuem para o aumento das gestações de risco, de maior prematuridade e de maior número de recém-nascidos baixo peso. A apoiar este argumento, verifica-se que os indicadores *Mortalidade perinatal* (figura 3), *Nascimentos pré-termo* (figura 5), *Baixo peso à nascença* (figura 6) e *Partos por cesariana* (figura 7) tem registado uma evolução no sentido contrário à meta.

No ciclo “Nascer com Saúde”, é fundamental reforçar as medidas associadas à Saúde Materna, com maior cobertura no período pré-concepcional e no puerpério, de modo a melhorar os indicadores com evolução negativa.

“Crescer com segurança”, pós-neonatal até aos 9 anos

Nesta etapa, dos 5 indicadores avaliados, 4 ultrapassaram a meta (figuras 8, 10, 11 e 12), e a *taxa de mortalidade infantil* encontra-se a evoluir nesse sentido (figura 9). A inexistência de monitorização do indicador *Lactentes em exclusivo até aos 3 meses* não permite formar conclusões acerca dos programas de incentivo ao aleitamento materno.

É de salientar os bons resultados das medidas implementadas, não só resultado da elevada cobertura do Programa de Vigilância da Saúde Infantil, como também da melhoria da articulação entre os vários serviços existentes.

“Uma juventude à procura de um futuro saudável”, dos 10 aos 24 anos

As orientações estratégicas para esta faixa etária passavam por aumentar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos jovens e por dar prioridade a intervenções que incentivassem a adopção de estilos de vida saudáveis.

Por um lado, associado à boa prestação de cuidados de saúde, com possíveis melhorias no acesso e atendimento dos adolescentes nos variados serviços, verifica-se uma melhoria dos indicadores; *Esperança de vida dos 15 aos 19 anos* (figura 13) encontra-se em direcção à meta proposta, e atingindo e ultrapassando a meta temos a *Mortalidade* para as diferentes idades (figuras 14, 15 e 16) e *Nascimentos em mulheres adolescentes* (figura 17).

No entanto os indicadores associados a comportamentos aditivos e de sedentarismo registaram maus resultados (figuras 19, 20, 21 e 22), mostrando uma necessidade de reforçar as actividades de redução de comportamentos de risco.

“Uma vida adulta produtiva”, dos 25 aos 64 anos

Mais uma vez, procuraram-se obter ganhos em saúde através da prevenção secundária, do diagnóstico precoce e da promoção de estilos de vida saudáveis. Dado que grande parte da vida activa desta fase do ciclo tem lugar no local de trabalho, este tornou-se o *setting* privilegiado, com maior atenção dada à saúde ocupacional.

Nota-se no entanto uma discrepância no comportamento dos indicadores, com diferenças entre idades e sexos. No sentido de alcançar a meta temos *Esperança de vida*

dos 45 aos 49 anos (figura 23), *Auto-apreciação do estado de saúde* (figura 27), *Tabaco – consumo diário Homens 25-44 anos e 45-64 anos* (figura 28), *Álcool – consumo nos últimos 12 meses 25-44 anos* (figura 29), *Excesso de Peso 35-44 anos* (figura 30) e *Excesso de Peso Homens 55-64 anos* (figura 30). A *Mortalidade* entre 25-44 anos e 45-64 anos (figuras 24 e 25) alcançou e ultrapassou a meta proposta.

Em direcção contrária à meta temos *Nascimentos em mulheres com idade de risco* (figura 26), *Tabaco – consumo diário Mulheres 25-44 anos e 45-64 anos* (figura 28), *Álcool – consumo nos últimos 12 meses 45-64 anos* (figura 29), *Excesso de Peso Mulheres 55-64 anos* (figura 30) e *Obesidade 35-44 anos e 55-64 anos* (figura 31).

“Um envelhecimento activo”, a partir dos 65 anos

Neste ciclo, as intervenções necessárias passavam por adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos, actuar sobre os determinantes de autonomia e independência. Procura-se um envelhecimento activo através do encorajamento de prática da actividade física regular, da estimulação das funções cognitivas e da adopção de comportamentos saudáveis, com a implementação do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.

Mais uma vez, resultados díspares na avaliação dos indicadores, com pior resultado os associados a estilos de vida saudáveis. Em evolução, dirigindo-se para as metas estabelecidas encontram-se *Esperança de vida dos 65-69 anos* (figura 32), *Auto-apreciação do estado de saúde* (figura 33) e *Tabaco – consumo diário Homens 65-74 anos* (figura 34). Os restantes parâmetros encontram-se no sentido contrário ao esperado, como podemos verificar em *Tabaco – consumo diário Mulheres 65-74 anos* (figura 34), *Álcool – consumo nos últimos 12 meses* (figura 35), *Excesso de Peso* (figura 36) e *Obesidade* (figura 37).

O envelhecimento da população devido ao aumento da esperança de vida, associado aos estilos de vida menos saudáveis, contribui para o aumento da incidência e prevalência de doenças crónicas na população (cardiovasculares, respiratórias, reumáticas, renais), com a implicação de maior investimento e despesa em saúde.

Doenças neoplásicas

Na luta contra o cancro, apostou-se na melhoria da vigilância epidemiológica, na prevenção, nas actividades de rastreio, no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde oncológicos. Apesar disso, não se efectuou monitorização das *Taxas de Rastreio* e da *Sobrevivência aos 5 anos após doença*, e a evolução das *Taxas de Mortalidade padronizadas por doença* é bastante irregular, notando-se o distanciamento em relação às metas definidas. Estes resultados ficam aquém das expectativas em relação às metas propostas, e devem-se em grande parte à ineficiência do rastreio organizado em território nacional. A má articulação entre os vários serviços prestadores de saúde e a inexistência de sistemas de monitorização de informação também são factores que contribuem para escassez de informação que existe nesta área.

Doenças cardiovasculares

Como objectivos nesta área, foi essencial a promoção de estilos de vida saudáveis (com intervenção precoce nas populações de risco) e necessário a optimização da coordenação entre os vários sectores (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, Rede de Cuidados Continuados e Redes de Referenciação Hospitalar).

As *Taxas de Mortalidade padronizadas por doença* atingiram e ultrapassaram as metas propostas (figura 41 e 44) e a *Letalidade intra-hospitalar* tem vindo a diminuir

consideravelmente (figuras 43 e 46). A *% de internamentos pela via verde*, apesar de ter aumentado, ainda se encontra muito aquém das expectativas. O aumento da adesão e utilização da Via Verde Coronária permitirá uma melhoria do atendimento e prestação de cuidados aos doentes com patologia cardiovascular, facto que terá repercussões a nível da diminuição das taxas de mortalidade associadas.

Doenças infecciosas

Relativamente às doenças infecciosas verificamos um comportamento diferente nos 2 indicadores associados a esta área, com a *Taxa de Mortalidade por SIDA antes dos 65 anos* a ultrapassar a meta para 2010 (figura 47) e a *Incidência de Sífilis congénita* a apresenta valores oscilantes (figura 48).

Nesta área, a utilização de apenas 2 indicadores acaba por ser deveras limitativa. Seria de todo o interesse obter dados relacionados com a vigilância e controlo da gripe, com a eficácia e abrangência do PNV e até mesmo com a prevenção e controlo das infecções nosocomiais.

Doenças mentais

Nesta área do PNS procurou desenvolver-se uma abordagem abrangente da saúde mental; melhorar a informação sobre as doenças mentais, prevenção de suicídio e luta contra a depressão, intervenção no abuso e dependência de álcool e prestação de cuidados continuados aos doentes mentais.

Apenas os 2 indicadores foram monitorizados (*taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos* e *taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuíveis ao álcool antes dos 65 anos*), sendo que nenhum destes alcançou a meta proposta para 2010.

Dado que a depressão se tem tornado nestes últimos anos uma entidade clínica de elevada incidência e prevalência na população, a inexistência de monitorização dos indicadores associados revela um ponto fraco nesta área de intervenção.

Traumatismos

O *Número de mortes por acidentes de viação* e a *Mortalidade por acidentes de viação* são os indicadores que atingiram e ultrapassaram as metas propostas, e o *Número de mortes por acidentes de viação atribuíveis ao álcool* tem vindo a diminuir em direcção ao objectivo traçado. Estes resultados mostram que os programas de prevenção de acidentes rodoviários (através do Conselho Nacional de Prevenção Rodoviária) têm cada vez mais importância na redução dos indicadores negativos.

Saúde Escolar

A escola é o local de eleição para realizar uma grande parte das intervenções de saúde nas crianças e jovens. É um veículo de informação, através do qual se podem implementar e solidificar estilos de vida saudáveis. Assim, a existência de um Programa de Saúde Escolar revela-se benéfico e oportuno para a promoção e educação para a saúde.

Com evolução favorável, apresentando ganhos, temos os indicadores: *Cobertura de monitorização do estado de saúde dos alunos aos 13 anos* (figura 56), *Alunos com PNV actualizado aos 6 anos* (figura 58), *Alunos com PNV actualizado aos 13 anos* (figura 59), *Escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente* (figura 62) e *Escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios* (figura 63). No sentido contrário à meta estão *CS com equipas de Saúde Escolar* (figura 54), *Cobertura da monitorização do estado de saúde dos alunos aos 6 anos* (figura 55),

Alunos com PNV actualizado na pré-escola (figura 57), Alunos com problemas especiais de saúde resolvidos no decurso do ano lectivo (figura 60) e Escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas (figura 61).

Na Saúde Escolar, as medidas associadas à Saúde e Higiene Oral e ao PNV devem ser melhoradas/reforçadas. O conceito de Centro de Saúde com equipa de Saúde Escolar deve ser clarificado (quais e quantos profissionais compõem a equipa) e as causas da diminuição deste valor contrariadas.

Saúde Prisional

Apesar das preocupações com a população prisional, profissionais e detidos, não havendo dados acerca dos indicadores, não podemos avaliar até que ponto as medidas sugeridas estão a ter efeito. Sendo uma população numa situação de potencial vulnerabilidade, com elevadas taxas de toxicod dependência, saúde mental precária, HIV, hepatites e tuberculose, deveria ter uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para colmatar as suas necessidades específicas.

Sistema de saúde

Nesta área, devido a impossibilidade de avaliação dos indicadores relacionados com a gestão dos sistemas de saúde e com o grau de satisfação dos utentes por falta de monitorização, o uso deste tipo de indicadores deverá ser questionado em intervenções futuras.

Nos últimos anos, o número de profissionais de saúde tem vindo a aumentar consideravelmente, associado a uma reestruturação e criação de novos serviços de saúde. Vários indicadores ultrapassaram as metas propostas, nomeadamente *Médicos de Família* (figura 64), *Dentistas* (figura 66), *Farmacêuticos* (figura 67) e *Enfermeiros*

(figura 68). Outros indicadores, associados às consultas médicas quer a nível de CSP ou hospitalar também têm vindo a evoluir significativamente (figuras 69, 70, 72), e devido à optimização dos serviços hospitalares, o *Rácio entre urgências hospitalares e consultas externas* atingiu o valor esperado (figura 71), o *Número de doentes saídos por cama hospitalar* tem aumentado (figura 73) e o *Número médio de dias de internamento hospitalar* tem diminuído (figura 74), valores que se encontram no sentido das metas estabelecidas.

No geral, a maioria dos indicadores desta área está a evoluir no sentido das orientações estratégicas definidas. O sistema de saúde tem sofrido alterações que vieram a melhorar muito a qualidade dos serviços. Mesmo assim, são orientações que se devem manter de modo a permitir às populações melhores acessibilidades e condições no atendimento. Porque apesar do aumento consistente dos profissionais de saúde, não podemos deixar de destacar que devido à sua má distribuição geográfica, ainda existem regiões com carências acentuadas a este nível. É fundamental o estabelecimento de metas e avaliações a nível regional, que permitam identificar as falhas existentes de modo a reforçar medidas nessas áreas.

Acessibilidade ao medicamento

Como ponto negativo, destaca-se o aumento do *Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no SNS em ambulatório*, ao contrário da redução esperada; neste caso seria de todo o interesse obter os resultados referentes aos indicadores de saúde mental/depressão, que não foram monitorizados. O uso destes fármacos está associado ao aumento da incidência e prevalência desta patologia, que cada vez mais afecta a população portuguesa.

Por outro lado, o *Consumo (€) de medicamentos per capita – mercado total* tem vindo a aumentar ao longo dos anos, o mesmo se verificando com o consumo de medicamentos genéricos, que registou uma evolução considerável a caminho da meta proposta. Esse facto prende-se com o incentivo à prescrição destes fármacos por parte dos médicos, que cada vez mais ponderam os custos/benefícios para os utentes. Outro factor relacionado com a prescrição racional é a diminuição do consumo de antibióticos em ambulatório (quer de cefalosporinas, quer de quinolonas).

Estes resultados devem-se não só à melhoria do acesso ao medicamento, como adequação de preços com ajustes de comparticipação e também um papel importante da qualidade e eficiência da prescrição médica.

CONCLUSÃO

Quanto aos 122 indicadores incluídos no PNS 2004-2010, 34 não foram monitorizados, e alguns dos restantes não possuem valores actualizados com a frequência devida. Estes constrangimentos devem-se em grande parte à inexistência de sistemas de informação e de monitorização adequados, e aos inquéritos que não tiveram continuação temporal, sofreram alterações nas questões ou na metodologia. Futuramente, deve-se apostar não na quantidade, mas sim na qualidade dos indicadores escolhidos, para que seja viável a existência de um estudo comparativo da sua evolução ao longo do tempo.

A abordagem estratificada em *settings*, ciclos de vida e gestão integrada da doença parece ser deveras adequada, permitindo visualizar as principais melhorias, falhas e necessidades em cada etapa. Destacam-se então os resultados positivos obtidos pelos indicadores associados aos primeiros anos de vida, às doenças cardiovasculares,

aos traumatismos, ao sistema de saúde e à acessibilidade ao medicamento. Por outro lado, revela-se a necessidade de dar maior importância à promoção de estilos de vida saudáveis (em todas as faixas etárias) e à luta contra o cancro. Deve-se fomentar o reforço de medidas para a redução da mortalidade sensível aos cuidados de saúde e para a promoção de comportamentos saudáveis.

Dado que as metas associadas ao PNS são referentes a Portugal Continental, seria mais pertinente que se estabelecessem metas regionais, de modo a avaliar a evolução real nas diferentes regiões de saúde, implementando/reforçando medidas onde são mais necessárias. Revela-se também a necessidade de se estabelecer uma hierarquização de indicadores e metas, de modo a alcançar-se maior clareza no estabelecimento de prioridades. A criação do sistema de monitorização do PNS (microsite Indicadores e Metas do PNS, ACS, 2010), que foi expandido para um sistema de base geográfica e comunitária (WebSIG/Mapas Interactivos), foi uma das mais-valias, ao permitir a integração das várias bases de dados disponíveis, e a divulgação da informação à comunidade.

A análise dos diversos dados deve ser ponto de partida para uma reflexão acerca dos ganhos e das carências que resultaram da elaboração e implementação do PNS 2004-2009. Assim, será possível dar continuidade a este trabalho no novo PNS 2011-2016, com a implementação de políticas de saúde adequadas, para reforçar o desempenho do sistema de saúde. Para que se verifique uma constante evolução, é fundamental o envolvimento das várias instituições e dos cidadãos, a nível local, regional e nacional, não só para por em prática as medidas preconizadas, como também para a contribuição no fornecimento de informação. Só assim se poderão alcançar os tão desejados ganhos em saúde para a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alto Comissariado da Saúde (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 1. Prioridades. Lisboa, Ministério da Saúde.

Alto Comissariado da Saúde (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Volume 2. Orientações estratégicas. Lisboa, Ministério da Saúde.

Dias CM, Briz T, Freitas M (2007) Indicadores de saúde: uma visão de Saúde Pública, com interesse em Medicina Geral e Familiar. *Revista Portuguesa Clinica Geral*; 23:439-50.

Direcção Geral da Saúde – Direcção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia (2006) Risco de Morrer em Portugal 2004, Volume I, Lisboa

Machado MC, Alves I, Cortes M, Couceiro L, Ferrinho P, Nicola P, Simões J (2009) Boletim Pensar Saúde in Acompanhar Saúde – Monitorizar e avaliar os indicadores.

Pereira J (1998) Economia da saúde: um glossário de termos e conceitos. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Barros P, de Almeida Simões J (2007) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*; 9(5): 1–140.

World Health Organization Regional Office for Europe (2010) WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010. Ministério da Saúde, ACS.

World Health Organization Regional Office for Europe (2010) Portugal Health System Performance Assessment. Ministério da Saúde, ACS.

ANEXO I

Notas Metodológicas sobre os indicadores do PNS

Apresenta-se seguidamente o método de cálculo dos 122 indicadores utilizados na avaliação do PNS 2004-2010.

Indicadores Saúde Escolar

CS COM EQUIPAS DE SAÚDE ESCOLAR

$$= \frac{\text{CS com equipas de Saúde Escolar}}{\text{Total de CS}}$$

COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 6 ANOS

$$= \frac{\text{Total de alunos de 6 anos de idade com exame global de saúde realizado}}{\text{Total de alunos inscritos com 6 anos}}$$

COBERTURA DE MONITORIZAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ALUNOS AOS 13 ANOS

$$= \frac{\text{Total de alunos de 13 anos de idade com exame global de saúde realizado}}{\text{Total de alunos inscritos com 13 anos}}$$

ALUNOS COM PNV ACTUALIZADO NA PRÉ-ESCOLA

$$= \frac{\text{Alunos na pré-escola com PNV actualizado}}{\text{Total de alunos matriculados na pré-escola}}$$

ALUNOS COM PNV ACTUALIZADO AOS 6 ANOS

$$= \frac{\text{Total de crianças de 6 anos escolarizadas com PNV actualizado}}{\text{Total de alunos matriculados aos 6 anos}}$$

ALUNOS COM PNV ACTUALIZADO AOS 13 ANOS

$$= \frac{\text{Total de crianças de 13 anos escolarizadas com PNV actualizado}}{\text{Total de alunos matriculados aos 13 anos}}$$

ALUNOS COM PROBLEMAS DE SAÚDE ESPECIAIS RESOLVIDOS NO DECURSO DO ANO

LECTIVO

$$= \frac{\text{Alunos com necessidades de saúde especiais passíveis de resolução, que têm o problema resolvido no final do ano lectivo}}{\text{Total de alunos com problemas de saúde especiais detectados}}$$

ESCOLAS COM AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA, HIGIENE E SAÚDE DAS

ESCOLAS

$$= \frac{\text{Escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde}}{\text{Total de escolas a avaliar no ano lectivo considerado}}$$

ESCOLAS COM AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA E HIGIENE DO MEIO AMBIENTE

$$= \frac{\text{Escolas com boas condições de segurança e higiene do meio ambiente}}{\text{Total de escolas com avaliação das condições de segurança e higiene do meio ambiente, no ano lectivo considerado}}$$

ESCOLAS COM AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SEGURANÇA E HIGIENE DOS EDIFÍCIOS

$$= \frac{\text{Escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios}}{\text{Total de escolas com avaliação das condições de segurança e higiene dos edifícios, no ano lectivo considerado}}$$

INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM SAÚDE ESCOLAR COM ORIENTAÇÕES

TÉCNICAS DEFINIDAS

$$= \frac{\text{Escolas com projectos específicos de promoção da saúde, incluídas ou não na REPS}}{\text{Total de escolas no ano lectivo considerado}}$$

CRIANÇAS COM 6 ANOS LIVRES DE CÁRIES

$$= \frac{\text{Total de crianças com 6 anos, livres de cáries}}{\text{Total de crianças escolarizadas com 6 anos}}$$

ÍNDICE DE CPOD (DENTES CARIADOS, PERDIDOS E OBTURADOS NA DENTIÇÃO DEFINITIVA)

AOS 12 ANOS

$$= \frac{\text{Número de dentes cariados, perdidos ou obturados na dentição definitiva em crianças escolarizadas com 12 anos}}{\text{Total de crianças com 12 anos examinadas}}$$

CRIANÇAS NECESSITADAS DE TRATAMENTO, COM DENTES TRATADOS AOS 12 ANOS

$$= \frac{\text{Total de crianças escolarizadas, necessitadas de tratamento com dentes tratados aos 12 anos}}{\text{Total de crianças escolarizadas, necessitadas de tratamento, aos 12 anos}}$$

Indicadores Saúde da população prisional

COBERTURA VACINAL DO PESSOAL PRISIONAL

$$= \frac{\text{Pessoal prisional com cobertura vacinal}}{\text{Total de pessoal prisional}}$$

COBERTURA VACINAL DOS DETIDOS

$$= \frac{\text{Pessoal detido com cobertura vacinal}}{\text{Total de pessoal detido}}$$

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM AMBIENTE PRISIONAL

Dados não disponíveis

Indicadores “Nascer com Saúde” – gravidez e período neonatal

ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA

Número médio de anos que um indivíduo à nascença pode viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento

MORTALIDADE FETAL

$$= \frac{\text{Total de fetos mortos, num ano}}{\text{Total de nados vivos e fetos mortos, num ano}}$$

MORTALIDADE PERINATAL

$$= \frac{\text{Fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação e} \\ \text{óbitos de nados-vivos com menos de 7 dias de idade, num ano}}{\text{Total de nados vivos e fetos mortos de 28 ou mais semanas de gestação, num ano}}$$

MORTALIDADE NEONATAL

$$= \frac{\text{Óbitos de crianças nascidas vivas,} \\ \text{que faleceram com menos de 28 dias de idade, num ano}}{\text{Total nados-vivos, num ano}}$$

NASCIMENTOS PRÉ-TERMO

$$= \frac{\text{Nados-vivos com menos de 37 semanas de gestação, num ano}}{\text{Total nados-vivos, num ano}}$$

BAIXO PESO À NASCENÇA

$$= \frac{\text{Nascimentos de crianças com peso inferior a 2500 gramas, num ano}}{\text{Total nados-vivos, num ano}}$$

PARTOS POR CESARIANA

$$= \frac{\text{Partos por cesariana, num ano}}{\text{Total partos, num ano}}$$

GESTANTES FUMADORAS

Dados não disponíveis.

Indicadores “Crescer com segurança”, pós-neonatal aos 9 anos

ESPERANÇA DE VIDA DOS 1 AOS 4 ANOS DE IDADE

Número médio de anos que um indivíduo atinja uma idade entre 1 e 4 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento

MORTALIDADE INFANTIL

$$= \frac{\text{Óbitos de crianças nascidas vivas, que faleceram com menos de 1 ano de idade, num ano}}{\text{Total nados-vivos, num ano}}$$

MORTALIDADE DOS 1 AOS 4 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de crianças com 1 a 4 anos de idade, num ano}}{\text{Total com 1 a 4 anos de idade, num ano}}$$

MORTALIDADE DOS 5 AOS 9 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de crianças com 5 a 9 anos de idade, num ano}}{\text{Total com 5 a 9 anos de idade, num ano}}$$

RISCO DE MORRER ATÉ AOS 5 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de crianças com 0 a 4 anos de idade, num ano}}{\text{Total de nados-vivos, num ano}}$$

TAXA DE LACTENTES EM EXCLUSIVO ATÉ AOS 3 MESES

Dados não disponíveis

Indicadores “Uma juventude à procura de um futuro saudável”, dos 10 aos 24 anos

ESPERANÇA DE VIDA DOS 15 AOS 19 ANOS DE IDADE

Número médio de anos que um indivíduo atinja uma idade entre 15 e 19 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento

MORTALIDADE DOS 10 AOS 14 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de indivíduos com 10 a 14 anos de idade, num ano}}{\text{Total de indivíduos com 10 a 14 anos de idade, num ano}}$$

MORTALIDADE DOS 15 AOS 19 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de indivíduos com 15 a 19 anos de idade, num ano}}{\text{Total de indivíduos com 15 a 19 anos de idade, num ano}}$$

MORTALIDADE DOS 20 AOS 24 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de indivíduos com 20 a 24 anos de idade, num ano}}{\text{Total de indivíduos com 20 a 24 anos de idade, num ano}}$$

NASCIMENTOS EM MULHERES ADOLESCENTES

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de nados-vivos em mulheres adolescentes (idade inferior a 20 anos), num ano}}{\text{Total de nados-vivos, num ano}}$$

AUTO-APRECIACÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE (15-24 ANOS)

$$= \frac{\text{Auto-apreciação do estado de saúde – de "mau" ou " muito mau" (15-24 anos)}}{\text{Total de indivíduos que respondeu à questão Auto-apreciação do estado de saúde, entre 15-24 anos de idade}}$$

TABACO – CONSUMO DIÁRIO (15-24 ANOS)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos que fuma diariamente (15-24 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 15-24 anos de idade}}$$

ÁLCOOL, CONSUMO DE ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA NOS 12 MESES ANTERIORES (15-24 ANOS)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos que consumiu alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores (15-24 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 15-24 anos de idade}}$$

(IN)ACTIVIDADE FÍSICA (15-24 ANOS)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos entre 15-24 anos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos 12 meses anteriores}}{\text{Total de indivíduos entre 15-24 anos de idade}}$$

EXCESSO DE PESO (18-24 ANOS)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (18-24 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 18-24 anos de idade}}$$

OBESIDADE (18-24 ANOS)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de indivíduos com índice de massa corporal igual ou superior a 30 (18-24 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 18-24 anos de idade}}$$

Indicadores “Uma vida adulta produtiva”, dos 25 aos 64 anos

ESPERANÇA DE VIDA DOS 45 AOS 49 ANOS DE IDADE

Número médio de anos que um indivíduo atinja uma idade entre 45 e 49 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento

MORTALIDADE DOS 25 AOS 44 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de indivíduos com 25 a 44 anos de idade, num ano}}{\text{Total de indivíduos com 25 a 44 anos de idade, num ano}}$$

MORTALIDADE DOS 45 AOS 64 ANOS

$$= \frac{\text{Óbitos de indivíduos com 45 a 64 anos de idade, num ano}}{\text{Total de indivíduos com 45 a 64 anos de idade, num ano}}$$

NASCIMENTOS EM MULHERES COM IDADE DE RISCO (IGUAL OU SUPERIOR A 35 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de nados-vivos em mulheres de idade igual ou superior a 35 anos, num ano}}{\text{Total de nados-vivos, num ano}}$$

AUTO-APRECIÇÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE (35-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Auto-apreciação do estado de saúde – de "mau" ou " muito mau" (35-44 anos)}}{\text{Total de indivíduos que respondeu à questão Auto-apreciação do estado de saúde, entre 35-44 anos de idade}}$$

AUTO-APRECIÇÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE (55-64 ANOS)

$$= \frac{\text{Auto-apreciação do estado de saúde – de "mau" ou " muito mau" (55-64 anos)}}{\text{Total de indivíduos que respondeu à questão Auto-apreciação do estado de saúde, entre 55-64 anos de idade}}$$

TABACO – CONSUMO DIÁRIO (25-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que fuma diariamente (25-44 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 25-44 anos de idade}}$$

TABACO – CONSUMO DIÁRIO (45-64 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que fuma diariamente (45-64 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 45-64 anos de idade}}$$

ÁLCOOL, CONSUMO DE ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA NOS 12 MESES ANTERIORES (25-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que consumiu alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores (25-44 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 25-44 anos de idade}}$$

ÁLCOOL, CONSUMO DE ALGUMA BEBIDA ALCOÓLICA NOS 12 MESES ANTERIORES (45-64 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que consumiu alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores (45-64 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 45-64 anos de idade}}$$

(IN)ATIVIDADE FÍSICA (35-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos entre 35-44 anos que preencheu a maior parte do tempo livre com atividades sedentárias nos 12 meses anteriores}}{\text{Total de indivíduos entre 35-44 anos de idade}}$$

(IN)ATIVIDADE FÍSICA (55-64 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos entre 55-64 anos que preencheu a maior parte do tempo livre com atividades sedentárias nos 12 meses anteriores}}{\text{Total de indivíduos entre 55-64 anos de idade}}$$

EXCESSO DE PESO (35-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (35-44 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 35-44 anos de idade}}$$

EXCESSO DE PESO (35-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (55-64 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 55-64 anos de idade}}$$

OBESIDADE (35-44 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal igual ou superior a 30 (35-44 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 35-44 anos de idade}}$$

OBESIDADE (55-64 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal igual ou superior a 30 (55-64 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 55-64 anos de idade}}$$

INCAPACITADOS DE LONGA DURAÇÃO DE GRAU 1 (45-64 ANOS)

Dados não disponíveis

Indicadores “Um Envelhecimento Activo”, 65 anos ou mais

ESPERANÇA DE VIDA DOS 65 AOS 69 ANOS DE IDADE

Número médio de anos que um indivíduo atinja uma idade entre 65 e 69 anos pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento

AUTO-APRECIÇÃO NEGATIVA DO ESTADO DE SAÚDE (65-75 ANOS)

$$= \frac{\text{Auto-apreciação do estado de saúde – de "mau" ou " muito mau" (65-75 anos)}}{\text{Total de indivíduos que respondeu à questão Auto-apreciação do estado de saúde, entre 65-75 anos de idade}}$$

TABACO – CONSUMO DIÁRIO (65-75 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que fuma diariamente (65-75 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 65-75 anos de idade}}$$

ÁLCOOL – CONSUMO DE VÁRIAS VEZES/SEMANA (65-74 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos que consumiu alguma bebida alcoólica nos 12 meses anteriores(65-74 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 65-74 anos de idade}}$$

(IN)ACTIVIDADE FÍSICA (65-74 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos entre 65-74 anos que preencheu a maior parte do tempo livre com actividades sedentárias nos 12 meses anteriores}}{\text{Total de indivíduos entre 65-74 anos de idade}}$$

EXCESSO DE PESO (65-74 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal entre 27 e 29,9 (65-74 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 65-74 anos de idade}}$$

OBESIDADE (65-74 ANOS)

$$= \frac{\text{Nº de indivíduos com índice de massa corporal igual ou superior a 30 (65-74 anos)}}{\text{Total de indivíduos entre 65-74 anos de idade}}$$

INCAPACITADOS DE LONGA DURAÇÃO DE GRAU 1 (65-74 ANOS)

Dados não disponíveis

INCAPACITADOS DE LONGA DURAÇÃO DE GRAU 1 (75-84 ANOS)

Dados não disponíveis

Indicadores Doenças Neoplásicas

TAXA DE RASTREIO DO CANCRO DA MAMA FEMININO

Percentagem da população rastreada, entre a população elegível, nos CS cobertos pelo programa

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR CANCRO DA MAMA FEMININO ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:C50) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por cancro de mama de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

SOBREVIVÊNCIA RELATIVA AOS 5 ANOS APÓS CANCRO DA MAMA FEMININO

$$= \frac{\text{Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro da mama feminino}}{\text{Taxa de sobrevivência esperada aos 5 anos após cancro da mama feminino}}$$

TAXA DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Percentagem da população rastreada, entre a população elegível, nos CS cobertos pelo programa

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR CANCRO DO COLO DO ÚTERO ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:C53) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por cancro do colo do útero de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de mulheres com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

SOBREVIVÊNCIA RELATIVA AOS 5 ANOS APÓS CANCRO DO COLO DO ÚTERO

$$= \frac{\text{Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro do colo do útero}}{\text{Taxa de sobrevivência esperada aos 5 anos após cancro do colo do útero}}$$

TAXA DE RASTREIO DO CANCRO DO CÓLON E RECTO

Percentagem da população rastreada, entre a população elegível, nos CS cobertos pelo programa

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR CANCRO DO CÓLON E RECTO ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:C18 A C20) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por cancro do cólon e recto de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

SOBREVIVÊNCIA RELATIVA AOS 5 ANOS APÓS CANCRO DO CÓLON E RECTO

$$= \frac{\text{Taxa de sobrevivência observada aos 5 anos após cancro do cólon e recto}}{\text{Taxa de sobrevivência esperada aos 5 anos após cancro do cólon e recto}}$$

Indicadores Doenças Cardiovasculares

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇA ISQUÉMICA CARDÍACA (DIC) ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:I20 A I25) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por DIC de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

INTERNAMENTOS PELA VIA VERDE CORONÁRIA DE EPISÓDIOS AGUDOS DE DIC

Dados não disponíveis

LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR POR DIC (ICD10:I20 A I25)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de \u00f3bitos de pessoas internadas por DIC, num ano}}{\text{N}^\circ \text{ de internamentos por DIC, num ano}}$$

REFERENCIA\u00c7\u00c3O AP\u00d3S UM EPIS\u00d3DIO AGUDO DE DIC A UNIDADES DE REABILITA\u00c7\u00c3O

Dados n\u00e3o dispon\u00edveis

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:I60 A I69) (*ver m\u00e9todo de c\u00e1lculo)

$$= \frac{\text{\u00d3bitos por AVC de indiv\u00edduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{N}^\circ \text{ de indiv\u00edduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

INTERNAMENTOS PELA VIA VERDE CORON\u00c1RIA DE EPIS\u00d3DIOS AGUDOS DE AVC

Dados n\u00e3o dispon\u00edveis

LETALIDADE INTRA-HOSPITALAR POR AVC (ICD10:I60 A I69)

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de \u00f3bitos de pessoas internadas por AVC, num ano}}{\text{N}^\circ \text{ de internamentos por AVC, num ano}}$$

REFERENCIA\u00c7\u00c3O AP\u00d3S UM EPIS\u00d3DIO AGUDO DE AVC A UNIDADES DE REABILITA\u00c7\u00c3O

Dados n\u00e3o dispon\u00edveis

Indicadores Doenças Infecciosas

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR SIDA ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:B20 A B24) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por SIDA de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

INCIDÊNCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA

$$= \frac{\text{Total de nados-vivos infectados com sífilis, num ano}}{\text{Total de nados vivos, num ano}}$$

Indicadores Doenças Mentais

CONSULTA DE DEPRESSÃO/INTERNAMENTO POR DEPRESSÃO

Dados não disponíveis

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR SUICÍDIO ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:X60 A X84) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por suicídio de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

CAPACIDADE DE RECONHECIMENTO DA DEPRESSÃO PELOS CLÍNICOS GERAIS

Dados não disponíveis

CUSTOS INDIRECTOS DA DEPRESSÃO/CUSTOS DIRECTOS DA DEPRESSÃO

Dados não disponíveis

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-86.0, X45) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por doenças atribuíveis ao álcool de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

CONSUMO DE ÁLCOOL EM LITROS/PESSOA/ANO

Dados não disponíveis

Indicadores Traumatismos

LETALIDADE DOS ACIDENTES DE VIAÇÃO

Óbitos ocorridos por acidentes de viação, num ano

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR ACIDENTES DE VIAÇÃO ANTES DOS 65 ANOS (ICD10:V02 A V04, V09, V12 A V14, V19 A V79, V86 A V89) (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por acidentes de viação de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}{\text{Nº de indivíduos com idade inferior a 65 anos, num ano}}$$

LETALIDADE DOS ACIDENTES DE VIAÇÃO ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

Óbitos ocorridos por acidentes de viação atribuíveis ao álcool, num ano

MORTALIDADE POR ACIDENTES DE VIAÇÃO ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

$$= \frac{\text{Óbitos por acidentes de viação atribuíveis ao álcool, num ano}}{\text{Total de indivíduos}}$$

TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR ACIDENTES LABORAIS (*ver método de cálculo)

$$= \frac{\text{Óbitos por acidentes laborais, num ano}}{\text{Total de indivíduos}}$$

Indicadores Sistema de Saúde

MÉDICOS ESPECIALISTAS POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{Nº de médicos especialistas inscritos na Ordem}}{\text{Total de habitantes}}$$

MÉDICOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{Nº de médicos de Clínica Geral e de especialistas de Medicina Geral e Familiar (SNS)}}{\text{Total de habitantes}}$$

MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{Nº de médicos de Saúde Pública a trabalhar no SNS}}{\text{Total de habitantes}}$$

DENTISTAS POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{Nº de médicos Dentistas e Estomatologistas inscritos nas respectivas Ordens}}{\text{Total de habitantes}}$$

FARMACÊUTICOS POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{Nº de Farmacêuticos inscritos na Ordem}}{\text{Total de habitantes}}$$

ENFERMEIROS POR 100 000 HABITANTES

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de Enfermeiros inscritos na Ordem}}{\text{Total de habitantes}}$$

CONSULTAS MÉDICAS, POR HABITANTE POR ANO: CSP + HOSPITAIS

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ total de consultas médicas por ano: CSP + hospitais (serviços públicos)}}{\text{Total de habitantes}}$$

RACIO ENTRE URGÊNCIAS HOSPITALARES E CONSULTAS EXTERNAS

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de urgências hospitalares}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas externas}}$$

PRIMEIRAS CONSULTAS NO TOTAL DAS CONSULTAS EXTERNAS HOSPITALARES

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de primeiras consultas}}{\text{Total de consultas externas hospitalares}}$$

NÚMERO DE DOENTES SAÍDOS POR CAMA HOSPITALAR POR ANO

$$= \frac{\text{Total dos doentes saídos do internamento}}{\text{Total de camas hospitalares}}$$

DEMORA MÉDIA EM INTERNAMENTO HOSPITALAR

$$= \frac{\text{Total de dias de internamento hospitalar}}{\text{Total de doentes saídos do internamento hospitalar}}$$

HOSPITAIS QUE UTILIZAM TABLEAUX DE BORD PARA GESTÃO

Dados não disponíveis

CENTROS DE SAÚDE QUE UTILIZAM TABLEAUX DE BORD PARA GESTÃO

Dados não disponíveis

UTENTES MUITO SATISFEITOS/SATISFEITOS COM O SISTEMA DE SAÚDE

Dados não disponíveis

HEALTH IMPACT ASSESSMENT

Dados não disponíveis

Indicadores Acessibilidade do Medicamento

DESPESA EM MEDICAMENTOS PER CAPITA – MERCADO TOTAL

$$= \frac{\text{Total de facturação em euros por medicamentos vendidos}}{\text{Total de habitantes}}$$

DESPESA TOTAL EM MEDICAMENTOS NO PIB

$$= \frac{\text{Despesa total em medicamentos}}{\text{PIB}}$$

DESPESA EM MEDICAMENTOS NA DESPESA EM SAÚDE

$$= \frac{\text{Total das despesas em medicamentos}}{\text{Total das despesas em saúde}}$$

MEDICAMENTOS GENÉRICOS NO MERCADO TOTAL DE MEDICAMENTOS

$$= \frac{\text{Nº de genéricos}}{\text{Total de medicamentos}}$$

CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS, HIPNÓTICOS E SEDATIVOS ANTIDEPRESSIVOS NO SNS, EM REGIME AMBULATORIO

$$= \frac{\text{Consumo de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos antidepressivos no SNS em ambulatório (DDD), por dia}}{\text{Total de habitantes}}$$

CONSUMO DE CEFALOSPORINAS NO CONSUMO TOTAL DE ANTIBIÓTICOS EM REGIME AMBULATORIO

$$= \frac{\text{Consumo de cefalosporinas}}{\text{Consumo total de antibióticos em ambulatório}}$$

CONSUMO DE QUINOLONAS NO CONSUMO TOTAL DE ANTIBIÓTICOS EM REGIME AMBULATORIO

$$= \frac{\text{Consumo de quinolonas}}{\text{Consumo total de antibióticos em ambulatório}}$$

MEDICAMENTOS ORFÃOS UTILIZADOS

$$= \frac{\text{Nº de substâncias activas de medicamentos orfãos utilizadas}}{\text{Nº total de substâncias activas de medicamentos orfãos}}$$

Método de cálculo da Taxa de mortalidade padronizada

CÁLCULO DAS TAXAS DE MORTALIDADE ESPECÍFICAS

As taxas de mortalidade específica por cada uma das Causas de morte c , região d , sexos s e idade i , calculam-se pela fórmula:

$$TAX_{cdsi} = \frac{OB_{cdsi}}{P_{dsi}}$$

em que OB_{cdsi} é o número de óbitos ocasionados pela causa c , na região d , no sexo s e no grupo etário i e P_{dsi} é a estimativa da população residente na região d , no sexo s e no grupo etário i .

CÁLCULO DAS TAXAS DE MORTALIDADE PADRONIZADAS PELA IDADE

A taxa de mortalidade padronizada na região d no sexo s é dada pela fórmula

$$TAX_{P_{ds}} = \frac{\sum_i CESP_{dsi}}{\sum_i PP_i}$$

em que PP_i é o efectivo da população padrão no grupo etário i e $CESP_{dsi}$ é o número de óbitos esperados na região d , no sexo s e no grupo etário i e é calculado por

$$CESP_{dsi} = TAX_{dsi} \times PP_i$$

em que TAX_{dsi} e PP_i foram definidos anteriormente.

(de acordo com Direcção-Geral da Saúde, 2006)