

PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE

EXTENSÃO A 2020

ENQUADRAMENTO, OBJETIVOS, EIXOS
ESTRATÉGICOS E MEDIDAS

JUNHO 2015



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Governo Regional

Secretaria Regional da Saúde

Instituto de Administração da Saúde
e Assuntos Sociais, IP-RAM

FICHA TÉCNICA

Título

A Saúde com as pessoas – PRS 2011-2016/ Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde
Extensão a 2020
Enquadramento, Objetivos, Eixos Estratégicos e Medidas
Junho 2015.

Editor

Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
Rua das Pretas, n.º 1
9050-027 Funchal

Autor

Secretaria Regional da Saúde
Rua João de Deus n.º 5
9050-024 Funchal

Coordenação Técnica

Grupo de Trabalho para o PRS 2011-2016 (Despacho do Secretário Regional dos Assuntos Sociais de
21-06-2010).
Departamento de Saúde, Planeamento e Administração Geral (DSPAG).

Design, Montagem e Coordenação Executiva

Departamento de Promoção e Proteção da Saúde do IASAÚDE, IP-RAM/
Núcleo de Comunicação Institucional
Ruas das Pretas, n.º 1
9004-515 FUNCHAL
Colaboração: Unidade Flexível de Sistemas de Informação do IASAÚDE, IP-RAM

Junho 2015

ÍNDICE

Siglas	5
Resumo PESRS 2011-2016	7
Prefácio	13
Enquadramento e Objetivos	17
Visão, Missão, Modelo e Estrutura	21
Eixos Estratégicos	27
Estrutura do PESRS-Elementos organizadores	35
Eixo Transversal – Saúde Pública	41
As Estratégias Regionais	47
Organização e Estrutura	61
Informação e Conhecimento em Saúde	69
Sustentabilidade Financeira do Sistema Regional de Saúde	83
Estratégia de Monitorização	91
Indicadores de Monitorização Horizonte 2020	97
Análise Estratégica ao ambiente Externo e Interno da Saúde na Região	103
Gestão Estratégica de Implementação	107

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AIS – Avaliação de Impacto na Saúde
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CSP – Cuidados de Saúde Primários
CSSM – Centro de Segurança Social da Madeira
DGS – Direção-Geral da Saúde
DRE – Direção Regional de Estatística da Madeira
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
IASAÚDE, IP-RAM Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM
INE – Instituto Nacional de Estatística
NCDS – *Noncommunicable Disease Surveillance*
OMS – Organização Mundial da Saúde
PDS – Plataforma de Dados da Saúde
PEM – Prescrição Eletrónica (Medicamentos, Cuidados Respiratórios Domiciliários, Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica)
PIB – Produto Interno Bruto
PNS – Plano Nacional de Saúde
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PRV – Plano Regional de Vacinação
PRS – Plano Regional de Saúde
PESRS – Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde
RAM – Região Autónoma da Madeira
RENTEV – Registo Nacional de Testamento Vital
RNU – Registo Nacional de Utentes
RRCCI – Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
SESARAM, E.P.E. – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
SI – Sistemas de Informação
SICO – Sistema de Informação de Certificados de Óbito
SINAVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRS – Secretaria Regional da Saúde
SRPC – Serviço Regional de Protecção Civil
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
TMP – Taxa de Mortalidade Padronizada
WHO – World Health Organization

RESUMO PESRS

2011-2016



O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016 (PESRS, 2011-2016) é um processo de construção dinâmico e contínuo, gerador de conhecimento, definidor de estratégia, prospectivo em visão e gestor de expectativa. Procura o compromisso e envolvimento, na perspectiva do Sistema de Saúde Regional, assumido conforme referência da Organização Mundial de Saúde, como o conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e ações, cujo desígnio é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde. (*Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action, 2007*). O PESRS 2011-2016 tem um período de vigência de 5 anos, correspondendo o ano de 2011 ao desenvolvimento do referencial conceptual, elaboração de parâmetros de avaliação referente a estratégias anteriores e consolidação do modelo teórico.

O PESRS 2011-2016 estrutura-se para efeitos de operacionalização em 3 eixos estratégicos:

POLITICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS

Dimensões:

- Atuação global em Saúde Pública que descreva com eficácia os problemas prioritários de saúde e defina as intervenções necessárias à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma resposta rápida a ameaças agudas, particularmente às epidemias e catástrofes;
- Definição de um quadro normativo e regulador para o sistema prestador de cuidados;
- Reconhecimento de que a saúde da população também depende das políticas que são responsabilidade de outros sectores.

QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Dimensões:

- Qualidade a nível estrutural: utilização adequada dos recursos, de modo a atingir os resultados esperados, considerando entre outras dimensões: competência profissional, eficiência administrativa e alocação eficiente de recursos;
- Qualidade a nível dos processos: adequação dos serviços aos resultados esperados: estratégias de gestão do risco, modificação dos comportamentos que facilitem a adopção das melhores práticas, gestão do conhecimento, de forma a tornar as instituições *learning organizations* e organização dos cuidados baseados em evidência.

CIDADANIA EM SAÚDE

Dimensões:

- Promoção e desenvolvimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão, nos serviços de saúde;
- Envolvimento do cidadão e das organizações representativas dos seus interesses e de interesses sociais em saúde, nos processos de decisão da saúde colectiva e dos grupos mais vulneráveis;
- Identificação e promoção de boas práticas e de políticas de cidadania em saúde, avaliação e gestão do conhecimento;
- Desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto-gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais;

PESRS 2011 - 2016 está focalizado em ações de compromisso com os cidadãos e numa atuação ideológica balizada pela MISSÃO, VISÃO E PRODUTOS.

MISSÃO

- Apoiar os serviços de saúde da Região a orientar o planeamento da sua intervenção, descentralizando as estratégias até ao nível local;
- Facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade e da sua co-participação e co-produção no processo construtivo para mais saúde; e melhor abordagem das necessidades de cuidados de saúde;
- Apoiar todos os intervenientes em saúde a fazer as melhores opções, não só as eficazes e eficientes, mas também as mais oportunas e efectivas para Ganhos em Saúde para a população da RAM.

VISÃO

- Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços sustentados de todos os sectores.

PRODUTOS

O PESRS 2011-2016 será operacionalizado, de forma faseada, em distintos produtos, designadamente:

- PERFIL DE SAÚDE DA RAM, 2004-2010 (avaliação do PRS 204-2010)
- Caderno Técnico 1 - Enquadramento e Objetivos;
- Caderno Técnico 2 - Índices, Indicadores e Métricas;
- Caderno Técnico 3 -Fichas Técnicas das Estratégias Regionais;
- Caderno técnico 3.1 - Estratégia Regional de Luta contra a Droga;
- Fichas Técnicas de Planos, Projetos e Intervenções transversais;
- Ficha Técnica Bibliográfica.

RECOMENDAÇÕES E ÁREAS DE ATUAÇÃO

O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016 (PESRS) atesta a crescente importância das doenças crónicas definindo uma estratégia regional para cada uma das seguintes áreas: Diabetes; Doenças Oncológicas, Doenças Cardiovasculares e AVC, Doenças Respiratórias Crónicas e Saúde e fatores de risco modificáveis: alimentação inadequada, inatividade física, tabaco e álcool.

A ação de base comunitária procura promover uma liderança colaborativa a nível regional e local na Promoção da Saúde enquadrando: **o Ciclo de Vida, a Saúde Oral, a prevenção do consumo de tabaco e apoio à cessação tabágica, prevenção do consumo excessivo de álcool e medidas de apoio ao tratamento da dependência alcoólica, a promoção de uma alimentação adequada e da atividade física.**

Os princípios de intervenção baseiam-se em: reforço de parcerias transsectoriais, medidas de capacitação dos cidadãos e dos profissionais, minimização de desigualdades em saúde, promoção e translação de conhecimento; aposta nas estratégias de comunicação e marketing social e a garantia da monitorização, vigilância e avaliação efetivas.

Por outro lado, o PESRS enquadra a projeção da conta económico-financeira para o período 2012-2020, considerando a integração das entidades financiadora e prestadora que compõem o universo da saúde na Região, numa lógica de Contabilidade Pública. Esta dimensão é projetada expurgando a dívida de contratos-programa anteriores e tendo por referência a forma mais consensual de aferir a sustentabilidade da saúde na Região Autónoma da Madeira, a Despesa Total/PIB. O cenário projetado representa uma descida sustentada do peso da despesa pública em saúde, passando dos atuais 7,84% (2012) para 6,30% em 2020, constituindo o referencial da monitorização da despesa.

PREFÁCIO



O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde 2011-2016 (PESRS) é o referencial de médio prazo que orienta a atuação estratégica do setor da saúde na Região Autónoma da Madeira.

O PESRS 2011-2016 identifica os objetivos e prioridades da política regional de saúde e orienta o planeamento a nível do sistema regional de saúde, observando a sua sustentabilidade financeira.

Foram instrumentos essenciais na definição do PESRS 2011-2016, o Programa do XI Governo Regional, o Programa do XI Governo Regional as Orientações do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) e o Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, impostas a nível nacional e adaptadas à Região Autónoma da Madeira.

O PESRS não é um documento estático, mas deve ser continuamente atualizado e adaptado à evolução da conjuntura política, económica e social relevante para o sistema de saúde. Pelo que, considerando os princípios e orientações da Estratégia 2020 da OMS para a Região Europeia (aprovada por todos os Estados em setembro de 2013), bem como a extensão do PNS a 2020, extensão essa alinhada com as orientações dessa mesma estratégia da OMS, o Programa do XII Governo Regional da Madeira e ainda pelo facto de a RAM ser interpelada a cumprir a Condicionalidade **ex ante 9.3 – Saúde, designadamente** ter em vigor um quadro político estratégico nacional ou regional para a saúde, HORIZONTE 2020 que cumpra os **critérios**:

- **Conter medidas coordenadas para melhorar o acesso aos serviços de saúde;**
- **Conter medidas destinadas a estimular a eficiência no setor da saúde, através da difusão de modelos e infraestruturas para garantir a prestação de serviços;**
- **Incluir um sistema de monitorização e revisão;**
- **Adotar um quadro indicando os recursos orçamentais disponíveis, a título indicativo, e uma concentração rentável dos recursos sobre as necessidades prioritárias para a prestação de cuidados de saúde;**

elaborou-se o presente documento que agrega as medidas consideradas mais relevantes para obtenção de mais ganhos em saúde, enquanto referencial para as ações no setor da Saúde, bem como demais sectores com impacto nesta área, realçando a perspetiva de Saúde em Todas as Políticas.

Alinhou-se o documento pelos mesmos princípios nacionais, no que toca à redução da mortalidade prematura (abaixo dos 70 anos), a melhoria da esperança de vida saudável (aos 65 anos), e ainda a redução dos fatores de risco relacionados com as doenças não transmissíveis, especificamente a obesidade infantil e o consumo e exposição ao tabaco,

Para alcançar tais desígnios, todas as intervenções em saúde devem assentar em 3 Eixos Estratégicos transversais: Cidadania em Saúde, Acesso e Qualidade os Cuidados de Saúde e Políticas Saudáveis.

A presente atualização do PESRS- HORIZONTE 2020, visa rever e consolidar as medidas propostas e monitorizar alguns indicadores de modo a proceder a ajustamentos que as situações epidemiológica e social justifiquem, em suma este documento revisita as medidas definidas no quadro de orientação estratégica 2011-2016, reformula e integra as mais recentes orientações que decorrem do programa de XII do Governo Regional da RAM para o setor da saúde.

“ Os desafios atuais de transição demográfica, sustentabilidade económica e ambiental, e a globalização, requerem que os Sistemas de Saúde dos países desenvolvidos revisitem os seus objetivos.

(PLANO NACIONAL DE SAÚDE REVISÃO E EXTENSÃO A 2020, 2015)”

O Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde deve ser entendido como um instrumento que visa integrar e focar a necessária responsabilidade multisectorial, coletiva e individual e ainda promover o exercício fundamental de capacitação das organizações e dos cidadãos.

O presente documento deve ainda ser interpretado como um instrumento capaz de conferir espaço de diálogo entre os diferentes sectores e de apoiar a procura organizada de respostas que satisfaçam os objetivos comuns do Sistema de Saúde e a melhoria da saúde da população da RAM.

O setor da saúde deve estar orientado para o financiamento e a contratualização dos serviços prestadores de cuidados de saúde; incluindo a dimensão pública do sistema, deve ainda reforçar a componente de administração de recursos, a introdução de novas tecnologias, nomeadamente na área do medicamento e dispositivos médicos e ser competente para desenvolver um modelo de gestão integrada de governação da informação e conhecimento em saúde que suporte a tomada de decisão no sentido de um sistema regional de saúde universal, equitativo, solidário e sustentável.

ENQUADRAMENTO E OBJETIVOS



O processo de planeamento, não pode ser indissociável dos processos de administração, enquanto função do sistema de saúde e das acções de gestão, e os modelos de intervenção contemplados em plano devem ser entendidos como ferramenta de orientação e de influência para as unidades de cuidados de saúde.

O planeamento neste espaço é entendido como instrumento organizacional, fazendo parte de um processo amplo de desenvolvimento das estruturas públicas e de todas as formas de organização social, que valoriza a cultura, o património e a ação de todas as estruturas de administração pública, sociais e ainda núcleos de interesse com génese social, combinados num ciclo de partilha e co-produção de saúde.

O momento do esboço do plano não pode ter a pretensão da exclusividade metodológica, mas deve ser capaz de integrar a diversidade e introduzir elementos de motivação para a construção de projetos intra e interorganizacionais, assumidos como compromisso colectivo e alicerçados numa atitude de responsabilidade e vínculo ao valor social da Saúde. Deve ficar claro ao longo do processo de planeamento em saúde, que o momento de desenho é dinâmico, participativo, comunicativo e deve ilustrar objectivamente os cursos de acção.

Por outro lado, o carácter totalizador da explicação situacional desenvolvida no Perfil de Saúde da RAM 2004-2010 e sucessivas atualizações de indicadores de monitorização (2011-2014) definidos por área ou dimensão chave para a saúde regional, possibilitam a definição de intervenções estratégicas que suplantam as intervenções sectoriais e apelam à cooperação e subsidiariedade. O planeamento situacional favorece a integração horizontal e a operacionalização, através de uma estrutura matricial por projectos. A horizontalidade pode ser entendida, neste contexto, como alavanca para a descentralização, trabalho multidisciplinar e multisectorial e, ainda, para uma abordagem próxima, de base comunitária, local, em flexibilidade e adaptação constante.

O Plano Regional de Saúde 2011-2016 e a sua revisão e extensão a 2020 integra um processo de construção dinâmico e contínuo, gerador de conhecimento, definidor de estratégia, prospectivo em visão e gestor de expectativa. Procura o compromisso e envolvimento, na perspectiva do Sistema de Saúde Regional, assumido conforme referência da Organização Mundial da Saúde, como o conjunto estruturado e inter-relacionado de todas as organizações, pessoas e acções, cujo desígnio é a melhoria, manutenção ou recuperação da saúde (WHO, 2007). Num primeiro tempo procedeu-se à recolha de

contributos e à análise de informação, através da sistematização contínua de vários dados de diferentes fontes e num segundo momento, identificamos elementos estruturantes que irão fundamentar as opções expressas para o sector da saúde, ao longo de todo o período de vigência do plano.

VISÃO, MISSÃO, MODELO E ESTRUTURA



VISÃO

Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento e integração de esforços e ações sustentadas de todos os sectores.

MISSÃO

- Apoiar os serviços de saúde da Região a orientar o planeamento da sua intervenção, descentralizando as estratégias até ao nível local;
- Facilitar a definição conjunta do papel dos cidadãos e dos diversos sectores da sociedade e da sua co-participação no processo de mudança para mais saúde;
- Apoiar todos os intervenientes em saúde a fazer as melhores opções, não só as eficazes e eficientes, mas também as mais oportunas e efectivas para Ganhos em Saúde para a população da RAM.

MODELO E ESTRUTURA

O modelo conceptual do Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde é baseado num referencial teórico que permite identificar os problemas, seleccionar as estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e catalisar a gestão integrada da doença, incluindo metodologias de diagnóstico precoce, tratamento adequado, minimização dos efeitos da doença de evolução prolonga e o seu controlo e a reabilitação adequada. O PESRS deve incluir também a perspectiva sustentável de desenvolvimento do Sistema de Saúde através de orientações e propostas de acção e possibilitar a monitorização e avaliação da adequação, desempenho e desenvolvimento do Sistema de Saúde. A par de um processo programático de continuidade, face a documentos de governação e orientação estratégica regionais, incluindo o Plano Regional de Saúde 2004-2010 e o enquadramento e objetivos para Plano Regional de Saúde 2011-2016, o procedimento de revisão e atualização do PESRS-HORIZONTE 2020 está fundamentado, também, em documentos estratégicos de relevo para a política de saúde nacional e internacional, a saber (DGS, PNS, 2015):

Health 2020 (OMS, 2014);

“A estratégia Health 2020 (OMS, 2014) é o quadro de referência para as políticas europeias de saúde. Centra-se na melhoria da saúde e bem-estar da população e na redução das desigualdades em saúde, através do reforço da liderança e governança para a saúde. Estes objetivos são alcançados através de prioridades estratégicas, desenvolvidas segundo abordagens designadas por whole-society e whole-of-government. As prioridades estratégicas são: i) investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos; ii) combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis; iii) fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças; iv) desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores...”

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

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

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

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



Estratégia Health for Growth Programme 2014-2020 (Comissão Europeia, 2014):

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

DOMÍNIOS DE INFLUÊNCIA DO PESRS – HORIZONTE 2020

O modelo advogado para o PESRS, decorre de:

- Reflexão sobre ganhos e insuficiências, conseqüentes à implementação do anterior Plano Regional de Saúde (2004-2010);
- Leitura e discussão de análises especializadas sectoriais, evidências e críticas analíticas, recomendações, identificação de ganhos e recursos necessários;
- Recolha, integração e discussão de planos e instrumentos institucionais e intersectoriais, identificação de convergências e oportunidades de reforço.

DESAFIOS

- O PESRS HORIZONTE 2020 procura organizar-se em torno da premissa de que a saúde é cada vez mais uma co-produção, na qual todas e todos são chamados a ser os seus co-produtores¹;

¹ Harrison, D., 2002.

EIXOS ESTRATÉGICOS



Os eixos estratégicos do PESRS, procuram ser a tradução do próprio pensamento estratégico para a política de saúde regional, reflectindo uma perspectiva sistémica e uma aprendizagem do passado com a actualização necessária ao tempo presente, focalizando-se em **OBJETIVOS** com abertura e disponibilidade para acolher novas experiências e intervenções, que possam responder às necessidades das populações.

Os eixos estratégicos do Plano Regional de Saúde são definidos como pontos fulcrais, a partir dos quais se reforça o alinhamento das intenções estratégicas, a integração e a sustentabilidade do sistema de saúde, bem como a capacidade de este se desenvolver como um todo.

Para responder a este desiderato, o PESRS estrutura-se num horizonte temporal de operacionalização até 2020, em **3 eixos estratégicos**.

EIXO 1 - POLÍTICAS SAUDÁVEIS

CONCEITO

“As Políticas Saudáveis visam orientar os esforços da sociedade para que todos tenham igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir o seu potencial de saúde.”²

DIMENSÕES

- Actuação global em Saúde Pública que descreva com eficácia os problemas prioritários de saúde e defina as intervenções necessárias à prevenção da doença, à promoção da saúde e a uma resposta rápida a ameaças agudas, particularmente às epidemias e catástrofes;
- Definição de um quadro normativo e regulador para o sistema prestador de cuidados;
- Reconhecimento de que a saúde da população também depende das políticas que são responsabilidade de outros sectores.

² Políticas Saudáveis no PNS 2011-2016 em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2011/02/04/pns-ps/>.

OBJETIVOS

- Fomentar o desenvolvimento, a adaptação e a implementação de medidas reguladoras e declarações de compromisso, para a promoção e implementação de políticas saudáveis;
- Consolidar as atribuições em Saúde das diversas organizações aos níveis da administração, implementação, vigilância, monitorização e avaliação, desde a estratégia macro ao nível operacional;
- Criar plataformas de parceria intersectorial, envolvendo os sectores público, privado e social, no sentido da criação, implementação e avaliação de políticas entre os diferentes sectores;
- Reforçar o planeamento e a governação de programas de saúde;
- Descentralizar a actuação ao nível local através de ESTRATÉGIAS LOCAIS DE SAÚDE, (processos direccionados para a obtenção de ganhos em saúde, através de recursos de governação e operacionalização no contexto de parcerias de organizações locais) (DGS,PNS, 2012);
- Estimular a criação e suporte de redes intersectoriais, de modo a capitalizar e os recursos, incluindo conhecimento e modelos de acção;
- Desenvolver um sistema de gestão do conhecimento e de criação de evidência tecnológica científica e económica;
- Organizar os cuidados de saúde com explícita responsabilidade nas operações de promoção de saúde, sistemáticas ou oportunistas, adequadas aos vários níveis, contextos e mandatos sociais, com critérios de qualidade;
- Implementar estratégias de médio e longo prazo de comunicação e marketing social;
- Activar e consolidar os mecanismos de preparação e resposta a ameaças de saúde;

- Fomentar a avaliação de impacto na saúde (AIS) das políticas dos outros sectores.³

EIXO 2 - ACESSO E QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

CONCEITO

“Prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional óptimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes...”⁴

DIMENSÕES

- Qualidade a nível estrutural: utilização adequada dos recursos, de modo a atingir os resultados esperados, considerando entre outras dimensões: competência profissional, eficiência administrativa e alocação eficiente de recursos;
- Qualidade a nível dos processos: adequação dos serviços aos resultados esperados: estratégias de gestão do risco, modificação dos comportamentos que facilitem a adopção das melhores práticas, gestão do conhecimento, de forma a tornar as instituições *learning organizations* e organização dos cuidados baseados em evidência.

OBJETIVOS

- Estabelecer a governação clínica^{5, 6} em todos os níveis e em todos os sectores do sistema de saúde;

³ *Health Impact Assessment*, WHO 1999.

⁴ A Qualidade no PNS 2011-2016 em <http://www.acs.minsaude.pt/files/2010/03/VazCarneiroLuisCampos.pdf>.

⁵ Processo que envolve toda a equipa de saúde que assume a responsabilidade pela melhoria contínua da qualidade e pela criação de um ambiente que promova elevada qualidade dos cuidados prestados (adaptado de Nogueira, R., 2007).

⁶ Governação clínica segundo os pilares:

- Focalização na saúde e bem-estar das pessoas;
- Envolvimento de todos, a todos os níveis;
- Orientação para resultados/“ganhos” em saúde (adaptado de Healthaction21 em <http://www.healthaction21.eu/node/107>)

- Manter um espaço independente de avaliação da política de qualidade, com recurso a uma entidade externa e independente, responsável pela monitorização, elaboração de recomendações e publicitação de resultados;
- Desenvolver e actualizar instrumentos de padronização (standards) para a promoção da qualidade quanto a procedimentos clínicos, informação, indicadores da qualidade, monitorização e avaliação, formação e gestão dos serviços e instituições;
- Reforçar a responsabilidade das equipas de saúde, pelo percurso clínico do utente, em todo o Sistema Regional de Saúde;
- Institucionalizar a avaliação das tecnologias em saúde, como requisito para a introdução custo-efectiva, incremental e criteriosa de novas tecnologias;
- Reforçar as políticas de qualidade a nível institucional, incluindo estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correcção de erros;
- Manter a aposta na formação das equipas sobre aspectos da qualidade em saúde, nas organizações de saúde;
- Avaliar e divulgar a qualidade e custo-efectividade da prática clínica, de forma rigorosa e transparente, contribuindo para uma cultura de construção de conhecimento e de boas práticas;
- Desenvolver uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco, no próprio acto individual e personalizado.

EIXO 3 - CIDADANIA EM SAÚDE

CONCEITO

“Cidadania para uma cultura de saúde e bem-estar, promotora da realização dos projectos de vida pessoais, familiares e das comunidades”⁷.

DIMENSÕES

- Promoção e desenvolvimento do exercício dos direitos e deveres do cidadão, nos serviços de saúde;
- Envolvimento do cidadão e das organizações representativas dos seus interesses e de interesses sociais em saúde, nos processos de decisão da saúde colectiva e dos grupos mais vulneráveis;
- Identificação e promoção de boas práticas e de políticas de cidadania em saúde, avaliação e gestão do conhecimento;
- Desenvolvimento de programas específicos na área da educação para a saúde, auto-gestão da doença e capacitação dos cuidadores informais;
- Desenvolvimento das competências dos profissionais de saúde na relação com o doente, comunicação interpessoal e social, humanização dos cuidados e educação para a saúde.

OBJETIVOS

- Capacitar e estimular a participação activa do cidadão e das organizações que o representam através de canais, parcerias estratégicas e outras estruturas facilitadoras de envolvimento e influência de médio e alto nível;

⁷ PNS 2011-2016, 1ª Parte – Estratégias para a Saúde III. 1) Cidadania em Saúde.

- Promover uma cultura de cidadania em saúde, activa e responsável, parceria e aliança entre o cidadão e o profissional de saúde;
- Impulsionar o desenvolvimento das estratégias, políticas e práticas de cidadania em saúde, transversais, intersectoriais e multidisciplinares;
- Capacitar o cidadão, família e cuidadores, na promoção da saúde, gestão da doença crónica e prevenção de complicações;
- Desenvolver a capacidade dos profissionais comunicarem, envolverem e formarem alianças com o cidadão.

Este, ou qualquer outro Plano de Saúde, só faz sentido se for considerado como um esforço cooperativo, no qual os serviços de saúde são um dos seus múltiplos actores.

A concepção e o modelo teórico do PESRS HORIZONTE 2020, visam articular os eixos estratégicos definidos com uma gestão e intervenção em saúde, comprometidas com resultados e ganhos em saúde e orientadas por OBJETIVOS e elementos organizadores que emergem e explicitam o próprio processo de construção do Plano Estratégico.

ESTRUTURA DO PESRS- ELEMENTOS ORGANIZADORES



GANHOS EM SAÚDE

- Definição de áreas de atenção e métricas relativas às áreas em foco;
- Identificação de determinantes e factores de risco;
- Identificação de dimensões específicas (níveis de intervenção e cuidados, quadro de operações, fluxo de informação);
- Identificação de instrumentos de acção (informação, sistemas de feedback, formação, vigilância e geração de sinal de evidência).

SITUAÇÃO ACTUAL

- Representação longitudinal e análise de variabilidade nacional, regional, local, institucional, configurada no Perfil de Saúde 2004-2010 e nas sucessivas atualizações dos indicadores de monitorização definidos em dimensões prioritárias;
- Identificação de sistemas e fontes de informação;
- Selecção de índices, indicadores de métricas, para monitorização e avaliação futuras.

ANÁLISE CRÍTICA DE ESTRATÉGIAS ACTUAIS

No processo de enquadramento, procedeu-se a uma análise referencial a outros planos, programas e linhas normativas, regulamentares ou de intervenção, inventariando OBJETIVOS, mecanismos, grau de implementação, integração com outras políticas, processo de monitorização e avaliação.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- OBJETIVOS que descrevem implicitamente a contribuição integrada de todos os actores e sectores, e o alcance das acções no sentido da Visão;
- OBJETIVOS com racionalidade interpretativa de potenciais ganhos;
- OBJETIVOS com referência ao estabelecimento de prioridades e de impacto provável em saúde.

RECOMENDAÇÕES

- Definição de expectativas quanto aos ganhos em saúde a alcançar;
- Enumeração de elementos estratégicos a considerar;
- Explicitação de responsabilidades e de implicações na área da governação em saúde, inclusive de outros sectores.

VISÃO

A Visão em cada área de atenção, foi definida como o ponto de chegada qualitativo para efectivos ganhos em saúde em 2020.

AGENDA DE INFORMAÇÃO E DE INVESTIGAÇÃO

Parcela da construção da estratégia em que se procede à identificação de dados, fontes de informação, áreas e estudos a desenvolver, em prol de melhor caracterização, monitorização e conhecimento operacional e científico.

AVALIAÇÃO

A avaliação no contexto do PESRS, está relacionada com o cumprimento da missão e deve prever medições do nível de saúde, agregado em áreas seleccionadas de intervenção (sistema de saúde,

actividade e desempenho institucional e programas e projectos de saúde, perspectiva económica e financeira e contexto social)⁸.

O PESRS HORIZONTE 2020 - REFORÇO DO DESEMPENHO DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE

O PESRS HORIZONTE 2020 está investido de poder para reforçar o desempenho do sistema de saúde, constituindo-se como:

- Plataforma para comunicar OBJETIVOS e permitir, a partir destes, organizar acções, indicadores, metas e prioridades;
- Foco na avaliação do impacto da saúde;
- Eixo orientador para a obtenção de ganhos em saúde, através de OBJETIVOS estratégicos como a redução da mortalidade sensível aos cuidados e à promoção da saúde, a integração dos cuidados de saúde e a promoção de comportamentos saudáveis.

A Secretaria Regional da Saúde assume a responsabilidade na definição das políticas de saúde e orienta e delega nos organismos técnico e operativos da sua tutela, a monitorização e avaliação dos OBJETIVOS, incluindo a monitorização do painel de indicadores seleccionados, devendo os elementos registados de evolução serem apresentados em formato de relatório (versão sumária), intercalar e final. Os relatórios deverão permitir, através de uma análise aos factores críticos de sucesso, a avaliação às políticas públicas de saúde implementadas, contribuindo para o ajustamento contínuo das mesmas às necessidades da população.

⁸ Hartz, Z., Ferrinho, P., 2011

EIXO TRANSVERSAL – SAÚDE PÚBLICA



O referencial teórico da saúde pública é transversal a toda a acção em saúde, surtindo efeito na coesão social e na promoção e valorização do conceito de saúde e bem-estar das comunidades ⁹. A Saúde Pública, através dos múltiplos instrumentos de vigilância, promoção e educação para a saúde, posiciona-se, no global dos sistemas de saúde, como a garantia para melhor lidar com a incerteza e responder rápida e eficientemente aos novos desafios em saúde, bem como assegurar a informação e a atitude sistémica dirigida à promoção da saúde e à prevenção da doença.

VIGILÂNCIA DE ACÇÃO COMUNITÁRIA

O desenvolvimento da acção em Saúde, deve focalizar-se nos factores e circunstâncias que influenciam a Saúde Pública nomeadamente, as condições de vida das populações, a envolvente ambiental, os estilos de vida e o risco colectivo decorrente da progressão geométrica da exposição individual.

A responsabilidade pelos diferentes factores que influenciam a Saúde Pública, deve ser partilhada entre os vários sectores sociais e a abordagem deve ocorrer aos diferentes níveis de intervenção. O sucesso do trabalho em Saúde Pública, requer esforços dos múltiplos actores (plurais e singulares) da sociedade.

A Saúde Pública deve merecer a atenção na organização estratégica das diferentes áreas de políticas públicas. Os OBJETIVOS e as declarações de acção na área da Saúde Pública, devem ser assumidos pelos distintos sectores e actores, como o ponto de orientação para a formulação dos seus próprios OBJETIVOS e orientação para o desenvolvimento das suas actividades, para que se alcance, em conjunto, o propósito de mais e melhor saúde para todos.

ÁREA PROGRAMÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

VISÃO

Pessoas saudáveis em Comunidades Saudáveis.

⁹ Fernandes, Adalberto C., 2011

DIMENSÕES

- Vigilância do estado de saúde da população;
- Promoção da saúde e bem-estar;
- Prevenção da doença, acidentes e lesões;
- Protecção da saúde;
- Regulação, legislação e políticas públicas;
- Investigação e inovação;
- Desenvolvimento e potenciação de competências nos diversos actores.

OBJETIVOS

- Prevenir e preparar respostas de contenção e controlo na emergência pandémica e epidémica;
- Assegurar a disponibilização do conjunto de vacinas de acesso universal, para alcançar a protecção mais eficiente nas doenças com maior impacto nas comunidades e velar pelo cumprimento da execução do acesso às mesmas, através do Programa Regional de Vacinação;
- Promover mecanismos de sinalização, prevenção e controlo de riscos ambientais;
- Fomentar um estado de compromisso colectivo de prevenção de acidentes e lesões externas;
- Promover e encorajar os comportamentos de saúde com base em indicadores de epidemiológicos;
- Advogar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde;
- Definir linhas prioritárias de investigação em Saúde Pública;

- Definir referenciais de competências e formação em Saúde Pública, a nível regional e local;
- Compartilhar responsabilidades na resposta aos desastres e na assistência às comunidades em recuperação.

A actuação em Saúde Pública-HORIZONTE 2020, prioriza a abordagem aos determinantes da saúde modificáveis em conceito generalizado ou, em sentido restrito, uma acção sobre os factores de risco: tabaco, alimentação inadequada, sedentarismo e consumo excessivo de álcool, catapultados pela evidência científica e pelas posições normativas dos organismos nacionais e internacionais, fundamentando a relação desses factores com a evolução pandémica das doenças não transmissíveis e consequente mortalidade.

A acção dirigida aos determinantes da saúde modificáveis, considerará a interacção entre os mesmos e as doenças com eles relacionados, conforme a seguinte matriz ¹⁰:

Doenças Não Transmissíveis	Factor de risco modificável			
	Tabaco	Alimentação inadequada	Sedentarismo	Álcool
Doença cardiovascular (cardíaca e AVC)	√	√	√	√
Diabetes Mellitus		√	√	√
Cancro	√	√	√	√
Doença pulmonar crónica	√	√		

A intervenção combinará acções de promoção e educação para a saúde, acções que modifiquem as condições ambientais e acções relacionadas com o rastreio sistemático de certas doenças crónicas. O objectivo das acções relacionadas com a promoção e educação para a saúde é alterar comportamentos individuais e encorajar a adopção de estilos de vida saudáveis. Estas acções são dirigidas à população, como um todo, e serão disponibilizadas de forma colectiva, segmentando as audiências e como parte

¹⁰ WHO, Combating NCDs: Protecting health, promoting development - presentation for discussion 2011

integrante das interações individuais entre os cidadãos e os profissionais nas várias prestações de cuidados de saúde.

As acções de intervenção nos determinantes ambientais, realizar-se-ão em parceria com os outros sectores, no sentido de ajudar a modificar os ambientes social, económico e físico, que influenciam e ajudam as escolhas individuais e colectivas para vivências saudáveis e para que os cidadãos possam eles próprios participar ativamente no controlo desses factores ambientais enquanto determinantes de saúde.

AS ESTRATÉGIAS REGIONAIS



O Sistema Regional de Saúde, como outros Sistemas de Saúde, enfrenta múltiplos desafios. As opções estratégicas implicam preparação para o envelhecimento da população e para as consequências de maior longevidade; exigem capacidade de antecipar, defrontar e actuar na emergência, reemergência e redistribuição da doença, bem como encontrar soluções para as questões delicadas, relacionadas com as expensas crescentes e a sustentabilidade dos serviços de saúde, estas últimas muito por conta do desenvolvimento técnico, científico e tecnológico que acarretam novas abordagens clínicas e uma panóplia de tratamentos altamente diferenciados.

Assim, o planeamento normativo e estratégico tomou por referência:

As principais necessidades de saúde da população da Região, identificadas a partir do Perfil de Saúde evolutivo regional referente ao período 2004-2010:

As primeiras causas de morte na RAM (INE,2012):

- Doenças do Aparelho Circulatório (259,9⁰⁰/₀₀₀);
- Tumores Malignos (223,5⁰⁰/₀₀₀);
- Doenças do Aparelho Respiratório (181,0⁰⁰/₀₀₀).
- Doenças Cerebrovasculares (100,9⁰⁰/₀₀₀).
- Diabetes Mellitus (45,9⁰⁰/₀₀₀).

Considerou ainda:

- A evidência de outros estudos realizados na Região tais como: o Estudo da Prevalência da Hipertensão Arterial na RAM, 2009; Estudo da Prevalência da Diabetes Mellitus na RAM, 2009 e Iº Observatório das Doenças Civilizacionais em Portugal, 2010;
- As principais prioridades e orientações estratégicas, definidas a nível do Plano Nacional de Saúde, incluindo a Visão, Princípios e Finalidades;

- As principais prioridades e orientações estratégicas definidas, a nível nacional e internacional, com ênfase no posicionamento estratégico da Organização Mundial da Saúde.

Atendeu particularmente:

- À identidade da Região e aos diferentes matizes da sua população;
- Ao reconhecimento de que os principais determinantes da saúde se situam nos domínios social, económico e ambiental;
- Ao pressuposto da co-responsabilização e co-participação dos cidadãos (no plano individual), bem como dos diferentes sectores da sociedade (no plano político-institucional), na intervenção em saúde, na Região.

A operacionalização das Estratégias Regionais para cada um dos problemas priorizados, sustenta-se em elementos táticos, designadamente:

VISÃO (meta qualitativa)

OBJETIVOS INTERMÉDIOS (mediadores entre a acção pretendida e o alcance do objectivo estratégico)

DOMÍNIO/DESCRITIVO (áreas de explicitação e intervenção)

ACÇÃO E INSTRUMENTOS (descrição da actuação e dos mecanismos que vão apoiar ou facilitar a acção)

INVESTIGAÇÃO E FORMAÇÃO (priorização de áreas para construção de evidência e formação dos intervenientes)

INTERVENIENTES (todos os actores e sectores envolvidos na prossecução dos OBJETIVOS)

AVALIAÇÃO (indicadores e outros elementos de monitorização e avaliação)

As recomendações de acção para cada uma das estratégias regionais, observam os seguintes princípios¹¹:

- Criar as condições necessárias para facilitar a opção por um estilo de vida saudável;
- Construir alianças para alcançar um trabalho em Saúde Pública sistemático e holístico;
- Atribuir maior ênfase à prevenção nas Unidades prestadoras de Cuidados e Serviços de Saúde;
- Basear todo o trabalho em Saúde Pública no conhecimento e na experiência.

Do exercício de enquadramento do Plano Regional de Saúde 2011-2016 e confirmando a crescente importância das doenças crónicas e o seu impacto na mortalidade precoce e na qualidade de vida acima dos 65 anos, as áreas em foco no Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde-HORIZONTE 2020 são: Diabetes, Doenças Oncológicas, Doenças Cardiovasculares e AVC, Doenças Respiratórias Crónicas e os factores de risco modificáveis: alimentação inadequada, inactividade física, tabaco e álcool.

As recomendações de acção vão relevar os comportamentos, individuais e colectivos, face aos riscos em saúde e à gestão da doença e serão explicitadas através de fichas técnicas, elaboradas segundo os elementos anteriores e incorporadas num Caderno Temático. Os planos, projectos e intervenções ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, famílias e comunidades, transversais à prossecução dos OBJETIVOS do PESRS, serão igualmente explicitados através de fichas técnicas, construídas segunda a matriz organizadora, definida durante todo o período de vigência do Plano e em regime de cooperação e colaboração intersectorial e multidisciplinar.

¹¹ Adaptado do *National Health Plan for Norway 2007-2010*

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A SAÚDE E FACTORES DE RISCO MODIFICÁVEIS

VISÃO

Liderança colaborativa a nível regional e local para a Promoção e Educação para a Saúde e na abordagem dos factores de risco modificáveis para as doenças crónicas.

DIMENSÕES

- Áreas em Foco:
 - Ciclo de Vida;
 - Saúde Oral;
 - Saúde Mental;
 - Saúde Óssea;
 - Tabaco;
 - Álcool;
 - Actividade Física;
 - Alimentação.

- Princípios da Estratégia:
 - Parcerias;
 - Capacitação;
 - Desigualdades em Saúde;
 - Translação de Conhecimento;
 - Comunicação e Marketing Social;
 - Vigilância, Monitorização e Avaliação.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Promover a saúde estimulando um contexto favorável à saúde, ao longo do Ciclo de Vida, agindo por antecipação para identificar períodos críticos e janelas de oportunidade, em que o potencial para a promoção da saúde e prevenção da doença são elevados;
- Atender às desigualdades em saúde e priorizar grupos populacionais e intervenções, que permitam reduzir os factores de risco para as doenças crónicas;
- Promover a incorporação efectiva e atempada de informação baseada em evidência nas práticas dos profissionais de saúde, em matéria de promoção e educação para a saúde;
- Promover a conscientização e educação sobre comportamentos de saúde, factores de risco e estratégias de redução de risco ao longo da vida;
- Desenvolver um repositório de informação e mecanismos de avaliação para monitorar tendências, factores de risco modificáveis e comportamentos de saúde na população;
- Implementar metodologias de investigação para avaliação das iniciativas de prevenção, vigilância e monitorização de factores de risco e doenças crónicas.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA A DIABETES

VISÃO

Melhor informação, mais conhecimento, maior acção integrada e abrangente na prevenção, tratamento e controlo da Diabetes Mellitus.

DIMENSÕES¹²

- Educação;
- Prevenção;

¹² *International Diabetes Federation, Global Diabetes Plan 2011-2021*

- Risco e sinais de alerta;
- Diagnóstico precoce, tratamento em tempo útil e controlo;
- Gestão integrada da doença e referenciação.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Estimular a participação dos vários sectores sociais e múltiplos parceiros na Estratégia Regional de Prevenção e Controlo da Diabetes e suas complicações;
- Criar e difundir instrumentos de informação e guias de acção, que apoiem as iniciativas a nível regional, local ou institucional na prevenção, gestão e controlo da diabetes;
- Instituir iniciativas de educação para a saúde baseadas na evidência, como parte integrante da Estratégia Regional para a Diabetes e instrumento de capacitação da população e das pessoas com Diabetes na prevenção, tratamento e controlo da doença;
- Convergir a acção para diminuir os factores de risco modificáveis, investir no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações da Diabetes;
- Melhorar os resultados em saúde nas pessoas com Diabetes.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES E AVC

VISÃO

Melhores cuidados cardiovasculares e mais prevenção da doença cardíaca, através da formação profissional, da investigação, da cooperação e subsídios científicos e de uma reconhecida autoridade técnica para os padrões de intervenção.

DIMENSÕES

- Prevenção, deteção e abordagem educacional e terapêutica dos factores de risco;
- Identificação precoce e tratamento adequado do ataque cardíaco e do AVC;
- Prevenção dos eventos cardiovasculares recorrentes.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Estender a participação na Coordenação da Estratégia Regional para as Doenças Cardiovasculares e AVC, ao sector da educação e do ensino superior;
- Requalificar a intervenção dos profissionais de saúde em tempo e qualidade, face à educação para a saúde cardiovascular;
- Prevenir e monitorizar os factores de risco:
 - Excesso de peso/obesidade;
 - Diabetes Mellitus;
 - Hipertensão arterial;
 - Colesterol total elevado.

- Investir no diagnóstico precoce, fazendo uma abordagem integrada dos vários factores de risco de mortalidade e morbidade cardiovascular: tabagismo, dislipidémia, diabetes, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, obesidade e gestão adequada de *stress*;
- Balizar intervenções “*standard*” transversais aos vários factores de risco em etapas cruciais do ciclo de vida, no sentido da prevenção da doença cardiovascular designadamente a avaliação de Índice Massa Corporal e perímetro abdominal, pressão arterial, glicemia, colesterol, hábitos tabágicos;
- Disseminar protocolos de boas práticas e *guidelines* de rastreio de factores de risco e tratamento, baseados na evidência;
- Investir na comunicação e no marketing social dos sinais e sintomas do ataque cardíaco e do AVC e da necessidade de ajuda urgente.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA DOENÇAS ONCOLÓGICAS

VISÃO

Melhores condições de diagnóstico precoce e tratamento das doenças oncológicas num ambiente de qualidade e segurança clínicas.

DIMENSÕES

- Prevenção;
- Vigilância epidemiológica:
 - Registos oncológicos;

- Deteção Precoce:
 - Cancro da mama:
 - Rastreio por mamografia a cada 2 anos;
 - Mulheres dos 45 aos 69 anos;
 - Cancro do colo do útero:
 - Rastreio por citologia cervical a cada 2-3 anos;
 - Mulheres dos 25 aos 69 anos;
 - Cancro do cólon e recto:
 - Rastreio por pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada 2 anos;
 - Homens e mulheres dos 50 aos 74 anos;
- Tratamento:
 - Tempos máximos de resposta garantidos¹³;
 - Cuidados centrados no doente;
- Qualidade de vida e sobrevivência.

¹³ Lei nº15/2014 de 21 de março; portaria 87/2015 de 23 de março

OBJETIVOS

- Detecção precoce de novos casos de cancro;
- Melhorar os índices de sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes;
- Melhorar os registos oncológicos;
- Providenciar o acesso ao tratamento óptimo e aos cuidados adequados.

ESTRATÉGIA REGIONAL PARA DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÓNICAS

VISÃO

Transcender a especificidade da doença e concentrar-se na prevenção de factores de risco: fumo (activo ou passivo), poluição atmosférica (interior ou exterior), exposição a alérgenos, infecções respiratórias recorrentes na 1ª infância, poeiras e químicos ocupacionais.

DIMENSÕES

- Factores de risco;
- Saúde ocupacional;
- Qualidade de ar interior e exterior;
- Crescer com saúde respiratória;
- Cronicidade Pós infecção.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Advogar pelo reconhecimento da importância das doenças respiratórias e da necessária abordagem estratégica de nível regional;
- Enfatizar uma abordagem de base populacional, integrando acções de comunicação e educação para a saúde, em locais da comunidade: escolas e locais de trabalho;
- Melhorar o Diagnóstico das Doenças Respiratórias Crónicas e das Alergias Respiratórias;
- Controlar as Doenças Respiratórias Crónicas e Alergias através de boas práticas terapêuticas e de autocontrolo da doença;
- Manter a segmentação e qualificar as respostas terapêuticas às Doenças Respiratórias Crónicas Pediátricas e Alergias Respiratórias.

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA



CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – ÁREAS DE ATENÇÃO ATÉ 2020

VISÃO

Reforçar a rede de CSP, diversificando a oferta e assegurando o acesso baseado nas necessidades e expectativas ajustadas das comunidades.

ÁREAS DE ATENÇÃO

- Prevenção da doença e promoção da saúde;
- Organização dos Recursos Técnicos e Humanos;
- Integração e Continuidade de Cuidados;
- Eficácia e desempenho em Cuidados de Saúde Primários.

MEDIDAS

- Potenciar as oportunidades técnicas e humanas em cuidados de saúde primários, capitalizando-as em equipas multiprofissionais como pilar organizativo e assegurar a formação contínua e permanente das mesmas;
- Enfocar a governação clínica, segmentando a esfera específica de CSP;
- Intensificar a racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados, através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica (objectivo comum);
- Enfatizar a intervenção em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde;

- Reforçar a integração de cuidados do ponto de vista do cidadão, criando um contínuo ao longo de todas as áreas de prestação de cuidados, com o início do percurso clínico em Cuidados de Saúde Primários;
- Garantir um horário de consulta, em CSP mais alargado que considere um horário pós-laboral retirando pressão ao Serviço de Urgência Central;
- Consolidar a verticalidade das normas de actuação e orientação clínica nas áreas da Prevenção da Doença e Promoção da Saúde;
- Reforçar a eficácia dos cuidados prestados, através de indicadores de resultado e desempenho assentes em critérios baseados na evidência;
- Adoptar modelos organizativos da prestação de cuidados, capazes de otimizar os recursos disponíveis e colmatar as lacunas de atenção à comunidade;
- Consolidar o sistema de informação, robusto e credível, de utilização fácil na prática clínica, tendendo para um registo electrónico comum centrado no cidadão, observando os princípios da privacidade e confidencialidade (objectivo comum);
- Reestruturar o modelo de organização dos CSP , realizando um projecto-piloto de Unidade de Saúde Familiar.

CUIDADOS HOSPITALARES - ÁREAS DE ATENÇÃO ATÉ 2020

VISÃO

Reforçar a componente humana, estrutural e de equipamentos da rede hospitalar regional, de forma a assegurar uma resposta efectiva face às necessidades da população.

ÁREAS DE ATENÇÃO

- Continuidade de cuidados e cooperação intersectorial;
- Sustentabilidade;
- Acesso e qualidade;
- Sistema de informação e avaliação.

MEDIDAS

- Investir na Formação permanente e constante de todos os profissionais procurando, a médio e a longo prazo, garantir um *continuum* de competências em todas as áreas clínicas, elevando esta formação ao nível dos estudos avançados;
- Desenvolver acordos de cooperação para formação com Centros Académicos de Referência e outras estruturas de formação idóneas, favorecendo o desenvolvimento da cadeia de valor do conhecimento e das competências dos profissionais;
- Intensificar a racionalidade diagnóstica e terapêutica dos cuidados prestados, através de indicadores baseados em evidência clínica e fármaco-económica (objectivo comum);
- Diminuir a demora média e garantir uma transferência de cuidados de saúde aos doentes que se encontram em condições de ter alta dos hospitais, com segurança, tranquilidade e eficiência para os cuidados de saúde primários;
- Requalificar a estrutura hospitalar, de forma a ultrapassar os constrangimentos actuais e conferir espaços condignos e apropriados às exigências técnicas e humanas;
- Estudar e reportar a necessidade de uma nova estrutura hospitalar na RAM e balizar o seu espaço temporal de possível edificação;

- Criar programas de acesso a cuidados de qualidade e em tempo útil de modo a esbater listas de espera em áreas assistenciais mais procuradas e assegurar a gestão de inscritos em cirurgia;
- Consolidar o sistema de informação, robusto e credível, de utilização fácil na prática clínica, tendendo para um registo electrónico comum centrado no cidadão, observando os princípios de privacidade e confidencialidade (objectivo comum).

DIMENSÕES ESPECÍFICAS

URGÊNCIA HOSPITALAR - VIAS VERDES

VISÃO

Consolidar os mecanismos de gestão de situações críticas.

MEDIDAS

- Reforçar os níveis de responsabilidade, empenho e motivação dos profissionais na actuação no âmbito dos sistemas de resposta rápida;
- Potenciar a cadeia de comando e controlo das Vias Verdes intra e extra-hospitalar;
- Actualizar a formação, com vista à diferenciação dos profissionais de Saúde envolvidos nas Vias Verdes;
- Melhorar a articulação entre os diferentes níveis de emergência, potenciando o desempenho das Vias Verdes.

CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

VISÃO

Melhor qualidade de vida e mais conforto para as pessoas em dependência funcional, com doença crónica e em fase final de vida.

MEDIDAS

- Reestruturar e formalizar algumas dimensões dos cuidados paliativos na RAM;
- Assegurar o acesso equitativo aos cuidados paliativos das pessoas em fase final de vida;
- Descentralizar os cuidados paliativos para unidades da rede de cuidados do sector público, social e privado;
- Ampliar as competências das Equipas de Saúde Familiares para a área dos cuidados paliativos a nível domiciliário;
- Criar Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos intra e extra hospitalar;
- Reinvestir e ampliar as respostas em cuidados de convalescença, recuperação e reintegração para os doentes crónicos e em situação de dependência;
- Assegurar intervenções integradas de saúde e apoio social que promovam a autonomia e a melhoria da funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social;
- Promover a intervenção e articulação de todas as estruturas de intervenção local nos processos de readaptação e reintegração familiar das pessoas em situação de dependência ou de doença crónica.

INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO EM SAÚDE



TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO - CONTEXTUALIZAÇÃO

Actualmente, o potencial de aplicação das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no sector da Saúde é notório. A tecnologia só por si apresenta uma evolução evidente, onde a sua implementação resulta na prestação de cuidados com elevada qualidade, segurança e eficiência, com uma melhor adequação às necessidades dos utentes.

O aproveitamento deste tipo de tecnologias, gera valor por representar um factor chave nas reformas estratégicas dos sistemas de saúde e ao permitir a inovação e a transformação do processo de prestação de cuidados.

As TIC, por seu turno, alicerçam duas dimensões essenciais tais como os sistemas de informação (SI) e e-Health (e-Saúde).

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Segundo a OMS, a eficiência e a qualidade da prestação de cuidados depende de SI devidamente estruturados.

Os SI em Saúde consistem em utensílios, tanto para as autoridades e profissionais de Saúde como para os utentes. Tem-se como exemplos o registo de saúde electrónico do utente e todo o conjunto de instrumentos de base tecnológica desenhados para a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitorização e gestão da saúde do cidadão.

É essencial definir o que constitui um SI em Saúde e a forma como os seus componentes interagem, de forma a produzir melhor informação, melhores decisões e consequentemente melhor Saúde.

e-HEALTH

O conceito de e-Health agrega em si todas as redes de informação e comunicação sobre saúde, disponíveis *online*, dirigidas ao público em geral, mas também aos profissionais de saúde, construídas neste âmbito. Do mesmo modo, todo o tipo de prestação de serviços, de informação, de construção de plataformas, de disponibilização de conteúdos e registo electrónico de pacientes/utentes, mas que estão disponíveis *online*, para serem consultados e usados por toda a população utilizadora de internet, directamente ou através de terceiros, enquadram-se nesta noção. Por último, ainda, inclui-se as redes de informação sobre saúde e os portais de saúde, promoção e prestação de serviços e/ou cuidados de saúde remotos.

A dimensão e-Health faculta ferramentas e soluções que melhoram os sistemas de saúde e respectivos serviços, assim como auxiliam o cumprimento dos direitos dos cidadãos ao facultar mais e melhor informação, proporcionando mais e melhor controlo sobre as suas escolhas.

As suas principais funções vão no sentido de reforçar a informação disponibilizada, a gestão de conhecimento e os processos, através da integração dos sistemas de informação hospitalares e registos electrónicos de saúde. Esta dimensão também deve constituir parte integrante de qualquer reforma em sistemas de saúde ou no desenvolvimento de planos e estratégias, dado que é cada vez mais reconhecida como um factor chave na melhoria da qualidade e eficiência dos serviços de saúde pública mundial.

PANORAMA ACTUAL

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Os sistemas de informação, conforme os definimos, existentes no Sistema Regional de Saúde, estão integrados no sector público.

O “registo de saúde electrónico” existente no sector público, tem por base a inserção dos dados clínicos do utente tais como vacinação, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, agendamento da vigilância em saúde e internamento hospitalar, que visam apoiar a tomada de decisão do profissional de saúde. No entanto verifica-se alguma limitação do mesmo, no que se refere à interconexão interna (intra sistema) e externa (com os outros sistemas).

Melhorada esta dimensão externa , através das aplicações já implementadas como a PEM; RNU; SINAVE; RENTEV; SICO, cumpre manter os níveis de desenvolvimento dos SI por forma a integrar outros projetos e produtos existentes a nível nacional e da maior relevância para o progresso dos SI em Saúde na RAM.

e-HEALTH

O Portal do Utente, a funcionar através do sítio da internet do SESARAM, E.P.E., pode ser considerado como os primeiros passos no domínio e-Health na RAM. A partir deste, o utente pode visualizar o seu percurso no sistema, em termos de agendamento e concretização, de consultas e o estado vacinal.

A conexão à Plataforma de Dados de Saúde (PDS)– portal do utente, amplia esta dimensão à escala nacional e assegura melhor informação em saúde nos registos de mobilidade dos utentes, vislumbrando também os cuidados de saúde transfronteiriços.

VISÃO

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Os sistemas de informação em saúde, constituirão um referencial único de informação em Saúde, integrado e arquitectado em direcção à acção global do Sistema Regional de Saúde, capaz de subsídios de informação fiáveis, em tempo real, completos, alinhados com o planeamento estratégico regional e úteis para a tomada de decisão, a todos os níveis de intervenção.

e-HEALTH

O e-Health preconiza o incremento do uso das TIC em Saúde para melhorar a qualidade dos cuidados, garantir a segurança do utente, reduzir custos e dotar os indivíduos e comunidades de subsídios de informação para as melhores decisões em Saúde.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

- Assegurar um nível adequado de coordenação da informação em Saúde;
- Aumentar a qualidade da prestação de cuidados e eficiência dos serviços de saúde;
- Reduzir custos operacionais associados à prática clínica;
- Reduzir custos administrativos (por exemplo prescrição, dispensa e conferência de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica);
- Possibilitar novas formas de prestação de cuidados;
- Monitorizar os custos em saúde, através de sistemas centrados no utente, que promovam a proximidade com os prestadores de cuidados e que sejam eficientes do ponto de vista dos custos compreensivos;
- Maximizar a partilha de informação e do conhecimento de modo a apoiar a tomada de decisão do profissional de saúde e monitorizar as acções de vigilância em saúde;
- Optimizar os processos e monitorizar o seu desempenho;
- Fornecer informação epidemiológica fidedigna e em tempo útil como elemento vital para a melhoria contínua da Saúde Pública.

OPERACIONAIS

- Adequar a informação disponibilizada para a tomada de decisão estratégica e prática clínica;
- Reduzir o tempo de processamento dos dados;
- Reduzir o manuseamento múltiplo de documentos em suporte papel;
- Facilitar o acesso ao registo clínico de saúde electrónico do utente, guidelines e listas de medicamentos.

A definição de OBJETIVOS não pode ser alheada do contexto e da tecnologia em uso ou que venha a ser usada sob pena de comprometer a sua execução.

DOMÍNIOS

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

ARQUITECTURA

A arquitectura dos sistemas de informação em saúde, deve contemplar três dimensões para um funcionamento efectivo, que assentam na comunicação com o utilizador, o armazenamento e a recuperação dos dados do sistema e por fim o processamento dos dados em informação, que facilite o desempenho das tarefas do utilizador. O processamento deve ser adaptativo às circunstâncias actuais ou futuras e simples nos circuitos a percorrer.

INTEROPERABILIDADE

A arquitectura deve ser orientada para a interoperabilidade dos sistemas.

A interoperabilidade é a capacidade de dois ou mais sistemas, designadamente computadores, meios de comunicação, redes, *software* e outros componentes de tecnologia da informação, de interagir e de trocar dados de acordo com um método definido de forma a obter resultados esperados (Decreto lei n.º 36/2011 de 21 de Junho).

Devem ser eliminados os conflitos de compatibilidade, entre sistemas que criam limitações à utilização de sistemas, de uma forma interoperável.

ESCALABILIDADE

A escalabilidade é o processo de fornecer a uma actividade, condições a mais do que a prevista ou necessária. Com o objectivo de evitar gastos futuros, no caso dos sistemas de informação, pode ser reservado mais espaço para o armazenamento de dados em disco para suprir as necessidades, em caso do volume de informações exceder o esperado (espaço de reserva).

INTEGRAÇÃO

Com o objectivo de eliminar a redundância de informação existente, que promove um aumento de custos de recolha, manutenção e armazenamento de dados, surge a necessidade de integração entre sistemas, mais concretamente entre a informação assistencial e a vigilância epidemiológica. A total integração das informações originadas nos sistemas existentes, deve ser uma oportunidade e um esforço para aprimorar o Sistema de Informação Único em Saúde.

SEGURANÇA

- Privacidade/Confidencialidade

Dada a especificidade e a sensibilidade da informação em Saúde e a própria incerteza em torno da moldura legal existente e aplicada às TIC, a privacidade e a confidencialidade constituem barreiras importantes a ultrapassar, caso se pretenda atingir o uso abrangente deste tipo de tecnologias. Devem ser adoptadas medidas para prevenir a ocorrência de acessos não autorizados.

- Integridade

A qualidade dos dados e do *software* é vital. O risco de erros nos dados e no próprio *software* deve ser controlado e minimizado. A protecção contra a perda e corrupção de dados é um dos aspectos essenciais a não descurar.

- Disponibilidade

Cada vez mais, as instituições de saúde estão dependentes do uso e funcionamento correcto dos sistemas de informação, o que implica a necessidade de um maior número de acções com o objectivo de diminuir a probabilidade de interrupções de serviço, associadas à prevenção contra o uso não autorizado dos dados. Logo, o acesso autorizado à informação confidencial, deve ser efectuado, quando é estritamente necessário. A informação apenas é importante, também se puder ser disponibilizada no momento em que dela se necessita.

- Usabilidade

No desenvolvimento de produtos utilizáveis, torna-se imperativo conhecer, entender e trabalhar com as pessoas que possam ser representativas dos actuais ou potenciais utilizadores das aplicações. Os sistemas produzidos devem ser fluidos, *user-friendly* e ambicionados pelos utilizadores.

e-HEALTH

INFRA-ESTRUTURA

A infra-estrutura agrega dimensões como a conectividade, *hardware* e *software*, que são essenciais à disponibilização e processamento de conteúdos digitais. Uma vez que os sistemas de e-health e os respectivos serviços não podem existir sem uma infra-estrutura técnica, este é um domínio chave no modelo de desenvolvimento do e-health e deve ser amplamente ajuizado e escrutinado em todas as suas dimensões.

ACESSIBILIDADE

A implementação de um plano regional para o desenvolvimento contínuo das TIC na área da Saúde, atento ao equipamento informático, software e internet, alicerçado no desígnio da acessibilidade, constitui uma acção fundamental para o desenvolvimento do e-Health no futuro.

Observar este mesmo princípio, na necessária descentralização institucional dos SI.

PROTECÇÃO DO CIDADÃO/CONFIDENCIALIDADE

Assegurar, tanto o acesso como a produção de informação segura, constitui um desafio aos utilizadores e produtores de informação, respectivamente. A ausência deste requisito nas soluções existentes, a nível global, tem vindo a prejudicar a implementação de aplicações informáticas, na área da saúde e o uso efectivo da internet.

A recente utilização do e-Health no sistema de saúde, impõe que todos os esforços sejam no sentido de assegurar a integridade e confidencialidade deste tipo de aplicações, regulando-as através de legislação.

EQUIDADE

A equidade é reconhecida como um valor chave no desenvolvimento da saúde. É determinada através de políticas que promovam um acesso equitativo às iniciativas de e-Health, a todos os utentes, de forma a reduzir as diferenças geográficas, económicas, face ao sexo, idade e competências no âmbito do TIC. O acesso equitativo exige dotar os cidadãos de competências tecnológicas, para assegurar um efectivo acesso tecnológico.

INTEROPERABILIDADE

A interoperabilidade é usada para descrever sistemas e serviços que estão ligados, de forma a trabalharem em conjunto, de forma consistente e efectiva enquanto é mantida a confidencialidade, privacidade e segurança, tanto do paciente como do profissional de saúde. Este atributo, contribui para

a resolução da questão relativa à integração dos serviços, onde a informação deve fluir em todos os níveis do sistema de saúde.

A interoperabilidade está envolvida em todos os aspectos subjacentes ao e-Health e por seu turno, assegura uma maior liberdade de escolha por parte do utilizador, do que quando este usa um sistema específico.

INVESTIGAÇÃO/FORMAÇÃO

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Nesta óptica, para que os SI na área da Saúde apresentem melhorias efectivas, é também fundamental atender ao aperfeiçoamento das competências ao nível dos recursos humanos, através da formação nas áreas de recolha, análise e apresentação de dados no âmbito da gestão da informação em Saúde e epidemiologia, bem como na área dos registos de saúde electrónico.

A formação deve ser contínua e disponibilizada a todos os níveis de competência.

Assim, é possível atingir uma melhoria significativa da qualidade da informação obtida e uma melhor compreensão da sua importância, por parte dos técnicos na área da Saúde.

Os SI são igualmente imprescindíveis a uma agenda de investigação em Saúde. A investigação deve focar essencialmente os problemas de saúde com uma dimensão global ou que atinjam determinados grupos populacionais¹⁴, deve igualmente perseguir o objectivo do sistema de saúde e o desempenho Institucional. Assim, além de ser uma dimensão essencial a um desempenho eficaz dos sistemas de saúde, é uma fonte de informação essencial à tomada de decisão, vital nas seguintes áreas:

- Biomédica;
- Saúde Pública, através da vigilância epidemiológica;

¹⁴ Miguel, Pereira J., 2011.

- Política e Gestão dos Sistemas de Saúde: produção e desempenho assistencial, informação e análise e contratualização;
- Ciências sociais e comportamentais;
- TIC, aplicadas à área da saúde como componente geral da “ciência e tecnologia”.

e-HEALTH

Capacitar e promover a participação dos cidadãos para as questões de saúde/doença, através da disponibilização de formação.

INTERVENIENTES E ENVOLVIMENTO

- Secretaria Regional – Secretaria Regional da Saúde (SRS);
- Administração da Saúde – Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP-RAM (IASAÚDE, IP-RAM);
- Serviço Público de Saúde – Serviço de Saúde da RAM, E.P.E. (SESARAM, E.P.E.);
- Sector Privado da Saúde – Consultórios Médicos, Clínicas, Farmácias, Laboratórios de Análises Clínicas, prestadores para meios complementar de diagnóstico, profissionais em exercício liberal
- Entidades Governamentais Nacionais – ACSS, DGS, SPMS,ARS, INFARMED,INSA.
- Profissionais de Saúde;
- Cidadão.

AVALIAÇÃO

De acordo com referências internacionais, a evidência do impacto das TIC na Saúde é ainda reduzida, uma vez que a informação existente, no que toca à estimação quantitativa, é muito escassa ou nenhuma. Assim, a forma de medir e avaliar a utilização das TIC na Saúde constitui um grande desafio.

Para melhor avaliar este tipo de recursos, é imprescindível atender às necessidades de informação relativamente às TIC. As áreas em avaliação devem responder a:

- Adopção e uso de registos electrónicos e aplicações relacionadas;
- O nível de troca de informação;
- Medidas de segurança e privacidade;
- Adopção de interoperabilidade nos SI/e-Health;
- Adopção de iniciativas de mudança organizacional;
- Uso de dados secundários para monitorizar a saúde pública.

Para a monitorização da qualidade e identificação de áreas de melhoria, é essencial concordância na definição de indicadores a usar. Estes indicadores visam informar sobre as acções executadas, como ultrapassar as barreiras existentes e auxiliar o desenvolvimento de projectos futuros.

Estes são os critérios usados para a selecção de indicadores:

- Relevância para as políticas actuais;
- Reflectir os aspectos tecnológicos, sociais e económicos;
- Medir o valor para os utilizadores e tomadores de decisões;
- Ser de fácil definição, fácil compreensão e de fácil comunicação;

- Ter relevância a longo prazo.

A proposta de indicadores para uma monitorização de implementação e impacto dos SI em saúde abarca:

- Grau de satisfação do utilizador face à informação disponibilizada;
- Idade tecnológica das soluções implementadas;
- Nível de maturidade dos SI;
- Proporção de áreas cobertas pelos SI-Saúde-RAM (mortalidade, natalidade, vigilância epidemiológica, registo nacional de utentes, transplantação e registo de dadores, testamento vital , plataforma de dados de saúde, prescrição electrónica de medicamentos, requisição de vinhetas e receituário, inventário profissionais , grupos de diagnóstico homogéneo);
- Taxa de participação em acções de formação relacionadas com TIC, por serviço grupo profissional e por organismos tutelado pela SRS;
- Taxa de utilização do “registo de saúde electrónico/plataforma de dados da saúde- portal utente e portal profissional ”;
- N.º de acessos ao portal do utente por tipo de utilizador (utente/profissional de saúde).

SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE



I - ENQUADRAMENTO

A Secretaria Regional da Saúde, enquanto órgão do governo responsável pela definição da política de saúde, assegura, através dos seus organismos, as ações necessárias à sua formulação, execução, acompanhamento e avaliação bem como exerce, em relação aos serviços e instituições públicos das áreas da saúde, as funções de direção, regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção, nos termos da lei;

Os organismos dependentes da SRS em matéria de administração e gestão da saúde desenvolvem a sua ação segundo seis eixos principais:

- 1- Promoção, implementação e monitorização das políticas de saúde no âmbito do Serviço Regional de Saúde (SRS).

Desenvolvimento dos diferentes níveis de planeamento em saúde: estratégico, normativo, tático e operacional com elaboração de documentos de orientação estratégica e acompanhamento e monitorização das respetivas políticas, com o objetivo de maximizar os ganhos em saúde.

- 2- Recursos Humanos

Desenvolvimento de atividades conducentes à definição das políticas de recursos humanos, incluindo adoção e emissão de normas de exercício profissional, registo e coordenação da formação médica pós graduada (internato médico) e formação profissional intersectorial.

- 3- Gestão da rede de Infraestruturas físicas (imóveis e equipamentos) e tecnológicas.

Definição e gestão da rede de instalações e equipamentos de saúde existentes na Região, procurando maximizar o seu desenvolvimento equilibrado.

- 4- Gestão, aplicação e monitorização dos recursos financeiros disponíveis.

Definição de Contratos-programa no âmbito da atividade assistencial, bem como a transferência dos respetivos recursos financeiros de acordo com as dotações disponíveis.

- 5- Regulação e monitorização da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na Região.

Coordenação dos processos de licenciamento das entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e dos estabelecimentos farmacêuticos, de acordo com a legislação em vigor.

- 6- Gestão, acompanhamento e monitorização dos acordos, protocolos e convenções celebrados com os prestadores de cuidados de saúde.

Acompanhamento e revisão todos os acordos, protocolos e convenções com entidades privadas e /ou profissionais liberais, bem como o pagamento aos utentes das respetivas participações.

II- REDE DE ESTABELECIMENTOS DO SERVIÇO

REGIONAL DE SAÚDE:

- O Hospital Dr. Nélio Mendonça, vocacionado para tratamento de situações agudas;
- O Hospital dos Marmeleiros, vocacionado para tratamentos de longa duração;
- A Unidade de Longa Duração Dr. João de Almada;
- A Unidade de Tratamento da Toxicodependência;
- Os Centros de Saúde concelhios e suas extensões;
- O Centro Dr. Agostinho Cardoso, vocacionado para a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e o controlo da tuberculose.

Os estabelecimentos hospitalares apresentam as seguintes capacidades instaladas:

Quadro 1 – Lotação Oficial Hospitalar

Unidade	N.º de Camas
Hospital Dr. Nélio Mendonça	505
Hospital dos Marmeleiros	175
Unidade Dr. João de Almada (*)	200

Fonte: Sesaram EPE-2014; (*) PESRS 2011-2016

Nota: Inclui camas afetas à Unidade de Domicílio Virtual

Relativamente aos Cuidados de Saúde Primários, entre Centros de Saúde concelhios e locais (extensões) existem mais de 50 unidades distribuídas por toda a Região Autónoma da Madeira.

Parte II - Programa de Ajustamento Económico e Financeiro da Região Autónoma da Madeira

A sustentabilidade da saúde a nível regional, segundo a ótica da Contabilidade Pública,

Da integração das duas entidades, financiadora e prestadora, é possível estabelecer valores previsionais evolutivos do contrato de programa que permite a contratualização dos serviços assistenciais no setor público no HORIZONTE 2020:

Quadro 2- Valores previsionais de contratos-programa

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
198,00	200,97	203,98	207,04	210,15	213,30	216,50	219,97	223,27

Quadro 3-Regularização da dívida de contratos-Programa anteriores

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
11,38	50,00	45,00	50,00	45,00	76,86	0,00	75,00	0,00	353,24

Tendo em conta estes dados, foi elaborada uma projeção da conta económico-financeira tomando como base de partida o orçamento 2012 da saúde.

Quadro 4 – Projecção I

SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE - PROJEÇÃO DA CONTA ECONÓMICO-FINANCEIRA									
Em milhões de euros									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Subsídio de Investimento	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32
Prestação de Serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferências correntes do OR - TOTAL	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77
Transferências correntes da Administração Local	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Proveitos Operacionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proveitos e Ganhos Financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11
Receita Total	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21
Despesas com o pessoal	3,96	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89
Compras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fornecimentos e Serviços	1,01	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
Subcontratos									
Produtos Vendidos Farmácias	82,68	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	61,37	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99
Outros Subcontratos	40,79	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47
Outros Serviços de Saúde - Hospitais, EPE	209,38	250,97	248,98	257,04	255,15	290,16	216,50	294,75	223,27
Imobilizações	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Outras despesas exercício (inclui margem p/cobertura de riscos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesa Total	399,30	438,36	436,37	444,43	442,54	477,55	403,89	482,14	410,65
Saldo	0,91	-38,15	-36,16	-44,22	-42,33	-77,34	-3,68	-81,93	-10,44
PIB da Região previsto no PAEF	5.094,1	5.192,7	5.393,3	5.593,0	5.749,3	5.916,2	6.097,7	6.297,2	6.518,2
Despesa Total/PIB (%)	7,84%	8,44%	8,09%	7,95%	7,70%	8,07%	6,62%	7,66%	6,30%

De acordo com a metodologia seguida neste estudo, a análise do rácio Despesa Total /PIB parece ser a que melhor mede o grau de sustentabilidade em saúde, de acordo inclusivamente com um recente estudo publicado pelo Ministério da Saúde em março de 2012.

Porém, se quisermos expurgar o efeito do pagamento da dívida de contratos-programa anteriores teremos a seguinte projecção:

Quadro 5 – Projecção 2

SISTEMA REGIONAL DE SAÚDE - PROJEÇÃO DA CONTA ECONÓMICO-FINANCEIRA									
Em milhões de euros									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Subsídio de Investimento	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32	24,32
Prestação de Serviços	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Transferências correntes do OR - TOTAL	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77	372,77
Transferências correntes da Administração Local	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outros Proveitos Operacionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Proveitos e Ganhos Financeiros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Outras Receitas	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11	3,11
Receita Total	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21	400,21
Despesas com o pessoal	3,96	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89	3,89
Compras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fornecimentos e Serviços	1,01	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
Subcontratos									
Produtos Vendidos Farmácias	82,68	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97	81,97
Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica	61,37	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99	60,99
Outros Subcontratos	40,79	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47	39,47
Outros Serviços de Saúde - Hospitais, EPE	209,38	200,97	203,98	207,04	210,15	213,30	216,50	219,97	223,27
Imobilizações	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Outras despesas exercício (inclui margem p/cobertura de riscos)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Despesa Total	399,30	388,36	391,37	394,43	397,54	400,69	403,89	407,35	410,65
Saldo	0,91	11,85	8,84	5,78	2,67	-0,48	-3,68	-7,14	-10,44
PIB da Região previsto no PAEF	5.094,1	5.192,7	5.393,3	5.593,0	5.749,3	5.916,2	6.097,7	6.297,2	6.518,2
Despesa Total/PIB (%)	7,84%	7,48%	7,26%	7,05%	6,91%	6,77%	6,62%	6,47%	6,30%

Esta segunda projeção afigura-se como a mais correta sob o ponto de vista de análise progressiva, já que, partindo de uma base 0, indicia a gradual descida do peso da despesa pública em saúde, ao longo do período 2012-2020. De notar que nos últimos anos, serão necessários ajustamentos orçamentais já que o saldo apresenta valores negativos a partir de 2018, por força sobretudo da atualização dos valores dos Contratos-programa.

A título comparativo, a seguir se indica a despesa pública com saúde de diversos países europeus (em % do PIB) de acordo com a OCDE relativos a 2009.

Quadro 6 -Despesa Pública com Saúde em % PIB (2009-2011)

País	% PIB		
	ANO		
	2009	2010	2011
AUTRIA	8,5	8,4	8,3
BÉLGICA	8,1	7,9	8,0
CANADA	7,9	7,9	7,7
CHILE	3,7	3,5	3,5
REPÚBLICA CHECA	6,6	6,2	6,3
DINAMARCA	9,8	9,4	9,3
ESTÓNIA	5,2	5,0	4,6
FINLÂNDIA	6,9	6,7	6,7
FRANÇA	9,0	9,0	8,9
ALEMANHA	9,0	8,9	8,6
GRÉCIA	7,0	6,3	6,6
HUNGRIA	5,1	5,2	5,1
ISLÂNDIA	7,9	7,5	7,3
IRELANDA	7,2	6,4	5,9
ISRAEL	4,5	4,5	4,4
ITÁLIA	7,4	7,4	7,1
JAPÃO	7,8	7,9	8,3
COREIA	4,1	4,2	4,1
LUXEMBURGO	7,0	6,6	6,3
MÉXICO	3,0	3,0	2,9
NORUEGA	8,2	8,0	7,9
OCDE	6,9	6,7	6,6
POLÓNIA	5,2	5,0	4,8
PORTUGAL	7,2	7,1	6,7
ESLOVÁQUIA	6,0	5,8	5,6
ESLOVÉNIA	6,9	6,7	6,7
ESPAÑA	7,2	7,2	6,9
SUÉCIA	8,1	7,7	7,7
SUIÇA	7,2	7,1	7,2

TURQUIA	4,9	4,4	4,2
REINO UNIDO	8,1	7,9	7,7
ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA	8,0	8,1	8,1

Fonte: OCDE, 2009-2001.

É no entanto de referir que a realidade da saúde na Região Autónoma da Madeira, não é diretamente comparável com os restantes países europeus e inclusivamente com Portugal Continental.

A condição insular e ultraperiférica acarreta inevitavelmente custos acrescidos que em muitos casos não poderão ser reduzidos. Efetivamente, o custo com os transportes de bens - medicamentos, material de consumo clínico, entre outros - oneram o respetivo custo de aquisição.

Por outro lado, e sobretudo na vertente hospitalar, enquanto composta por estruturas de fim de linha, existem certas valências que, numa primeira abordagem não se justificariam face aos números da população, mas que se tornam absolutamente necessárias se levarmos em consideração que a única alternativa seria o encaminhamento dos utentes para Portugal Continental.

ESTRATÉGIA DE MONITORIZAÇÃO



As recomendações do relatório da OMS-Euro de avaliação da implementação do PNS 2012-2016 propõem a revisão dos indicadores do PNS por forma a simplificar a sua recolha, tratamento e análise. Uma vez que alguns indicadores do PNS 2012-2016 foram incluídos na matriz de avaliação do PESRS 2011-2016, procedeu-se também à revisão destes e redefiniu-se um conjunto de indicadores, em consonância com os indicadores ECHI – European Core Health Indicators da União Europeia, de modo a permitir a comparação internacional, numa possível projecção ao ano 2020, bem como as comparações nacional e inter-regional. Considerou-se igualmente um conjunto de indicadores que permitissem medir a implementação de estratégias integrantes do PESRS 2011-2016 bem como o acompanhamento de determinantes da saúde e condições sociodemográficas. Dentro da perspetiva avaliativa realizou-se uma monitorização intermédia 2011-2014.

Monitorização 2011-2014

1. Situação sociodemográfica e económica

Indicadores	2011	2012	2013	2014
População Residente	267.785	263.091	261.313	258.686
Índice de envelhecimento	87	90,6	95	99,8
Esperança de vida à nascença (anos)	77,49			
Taxa Bruta de natalidade	9	7,8	7	6,7
Índice Sintético de Fecundidade	1,24	1,08	0,98	0,95
Taxa de Desemprego	13,2	19,4	17	15
PIB per capita	16,4	15,3(*)	15,5(*)	
Observação: (*) Dado provisório.				
Fonte: Estatísticas Demográficas 2011-2014, DREM/INE; Contas Regionais 2011-2013, DREM/INE.				

2. Ciclo de Vida – Natalidade e Mortalidade

Indicadores	2011	2012	2013	2014
Taxa de nascimentos pré-termo	4,8	4,9	4,3	
Taxa bruta de mortalidade	9,3	9,8	9,3	10,6(*)
Taxa de mortalidade infantil	1,3	3,3	2,7	4,6
Taxa de mortalidade neonatal	1,1	2,9	1,6	1,7
Taxa de mortalidade perinatal	0,7	3,3	2,2	4
Observação:(*) Foi usada a população residente na RAM em 2014.				
Fonte: Estatísticas Demográficas 2011-2014, DREM/INE.				

3. Taxa de Cesarianas (%)

Ano: 2013

Indicadores	RAM	RAA	Continente	Portugal
Total de partos	1812	2298	77449	81559
Total de partos distócicos	931	1093	41005	43089
Total de cesarianas	578	821	27601	29000
Taxa de cesarianas face ao total de partos (/100)	32	36	36	36
Taxa de cesarianas face ao total de partos distócicos (/100)	62	75	67	67

Fonte: Estatísticas da Saúde 2013, INE

4. Mortalidade Precoce

4.1. Problemas Prioritários de Saúde- tendências, crescente e decrescente da TMP, 2011-2012

Indicador	Género	Ano		Tendência
		2011	2012	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes	HM	27,5	34,5	↑
	H	41,7	60,3	
	M	15,5	12,4	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes	HM	6,4	6,1	↓
	H	10,4	9,9	
	M	3	3	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes	HM	10,9	12,8	↑
	H	17,2	19,5	
	M	5,5	7	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doença crónica do fígado e cirrose por 100 000 habitantes	HM	13	9,3	↓
	H	20,5	14,9	
	M	6,7	4,5	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por acidentes de trânsito com veículos a motor por 100 000 habitantes	HM	8,9	3,5	↓
	H	16,8	5,6	
	M	1,5	1,5	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por tumor maligno do estômago por 100 000 habitantes	HM	7,1	3,6	↓
	H	13,7	3,5	
	M	1,5	3,7	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por tumor maligno do cólon e recto por 100 000 habitantes	HM	4,6	9,3	↑
	H	6,4	8,3	
	M	3,1	10,1	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100 000 habitantes	HM	15,9	18,4	↑
	H	28,2	31,3	
	M	5,4	7,7	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes	M	17,8	17	↓
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes	HM	4,3	3,8	↓
	H	7,5	5,5	
	M	1,5	2,3	
Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes	HM	13,4	12,7	↓
	H	23,8	21,8	
	M	4,6	3,7	

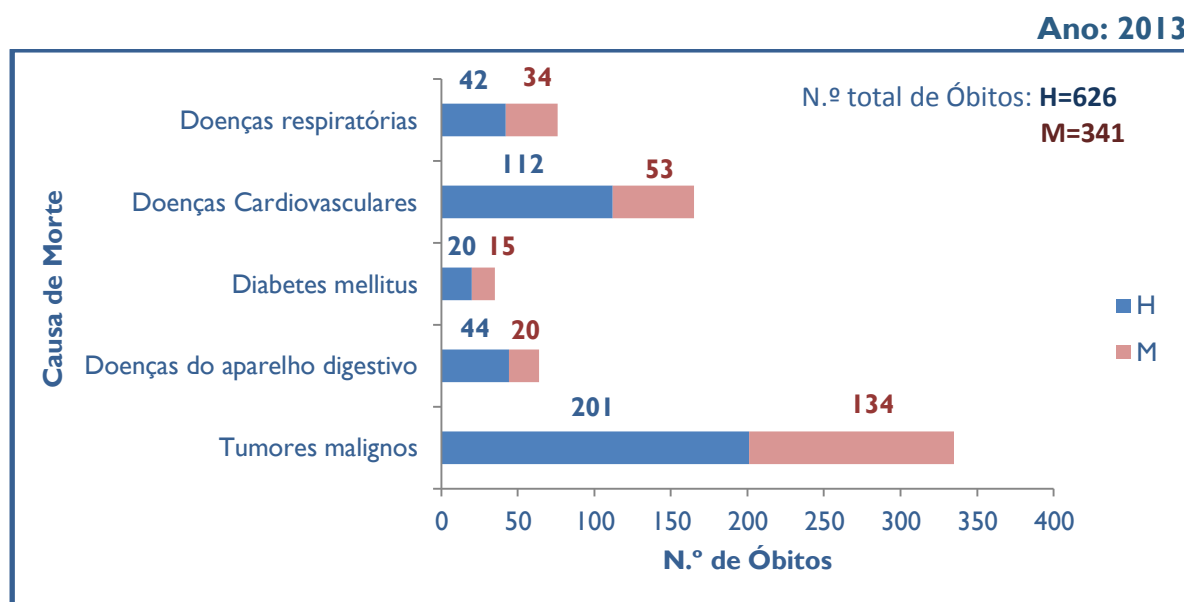
Fonte: Estatísticas da Saúde, INE 2011-2012.

4.2. Principais causas de morte (menos de 70 anos)

ANO	N.º de Óbitos/ (%)					
	2011		2012		2013	
Causa de morte	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Tumores malignos	226	43	341	57	335	63
Doenças do aparelho digestivo	62	43	62	54	64	57
Diabetes mellitus	23	18	37	31	35	30
Doenças Cardiovasculares	95	14	182	27	165	26
Doenças respiratórias	40	10	82	17	76	16
Total	742	30	1.001	39	967	40

Fonte: Estatísticas da Saúde 2011, 2012, 2013, DREM/INE
 Nota: A percentagem (%) é calculada com base no n.º total de óbitos pela causa de morte específica.

4.3. Principais causas de morte por género (menos de 70 anos)



5. Doenças Evitáveis por vacinação - evolução 2001-2014

Doença	Número de casos notificados/Ano													
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014(*)
Hepatite B	12	2	4	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-
Tuberculose Respiratória	37	44	27	51	51	55	30	25	29	22	19	26	13	10
Tétano	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Sarampo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Rubéola	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Parotidite	5	-	1	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4

Fonte: IASAUDE, IP - RAM, 2001-2014

Legenda: "-" Sem movimento; (*) Dados Provisórios

6. Cobertura Vacinal na RAM- coortes de nascimento em avaliação a 31-12-2014

Vacina	Coorte	Taxa de Cobertura (%)
VHB	2013	99,6
	2012	99,7
	2007	99,9
	2000	99,4
DTPa	2013	99,6
	2012	98,7
	2007	97,4
Hib	2013	99,6
	2012	98,7
VIP	2013	99,6
	2007	97,4
	2000	98,7
BCG	2012	99,7
	2007	99,9
	2000	99,4
VASPR	2012	99,3
	2007	97,6
	2000	98,9
MenC	2012	99,4
	2007	99,5
	2000	98,2
Td	2000	96,9
	1949	70,8

Observação: Os dados apresentados reportam-se ao esquema cumprido- PNV a 31/12/2014.
 Fonte: SESARAM, E.P.E., 2014; IASAÚDE, IP-RAM.

7. Organização e Estrutura

Organização e Estrutura	2011	2012	2013	2014
Médicos por 1.000 habitantes (%)	3	3	3	
Enfermeiros por 1.000 habitantes (%)	8	8	8	8
N.º de Centros de Saúde (*)	13	13	15	
N.º de Hospitais	9	9	9	
N.º de Farmácias	63	65	65	

Observação: (*) Não foram contabilizadas as extensões dos centros de saúde.
 Fonte: Estatísticas da Saúde 2001, 2013, DREM/INE; Ordem dos Enfermeiros -Dados Estatísticos a 31-12-2014,

INDICADORES DE MONITORIZAÇÃO HORIZONTE 2020



O painel de indicadores a considerar na monitorização PESRS- HORIZONTE 2020 é:

Área	Indicador	Fonte	Origem do Indicador / Observações
Situação sociodemográfica e económica	População residente por sexo e idade	INE	ECHI
	Taxa de natalidade	INE	ECHI
	Índice sintético de fecundidade	INE	ECHI
	População abaixo da linha de pobreza	INE/ICOR	ECHI
	Iniquidades nos níveis de rendimento	INE/ICOR	ECHI /Health2020- dependente da disponibilidade de informação
	Taxa de desemprego por idade e sexo	EUROSTAT/INE	ECHI /Health2020
	Coeficiente de GINI (distribuição do rendimento)	INE/ICOR	ECHI /Health2020
Estado de saúde	Taxa de mortalidade infantil	HFA/INE	ECHI / Health 2020
	Taxa de mortalidade perinatal	HFA/INE	ECHI
	Baixo peso à nascença	INE	ECHI
	Esperança de vida à nascença por sexo	HFA/INE	ECHI /Health 2020
	Esperança de vida aos 65 anos, por sexo	INE	ECHI
	Esperança de vida saudável à nascença	EUROSTAT/ INE/ICOR	ECHI
	Incidência VIH/SIDA	INSA/DGS	ECHI
	Incidência do cancro	SESARAM/ROR/DGS	ECHI; Considerar o desfasamento temporal na divulgação dos dados.
	TMP por todas as causas externas, por sexo	DREM/INE/HFA_MDB	ECHI; indicador a desmultiplicar.
	Auto-perceção do estado de saúde	INE/ICOR	ECHI

	Taxa de mortalidade prematura (para as 4 causas: diabetes; cancro; DC e DR)	DREM/INE	Nova proposta: considerar a taxa de mortalidade prematura global para cada uma das 4 causas.
Determinantes em Saúde	Índice de Massa Corporal (IMC) – excesso de peso / obesidade	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Hipertensão arterial	Global Health Observatory	ECHI
	Consumo de tabaco	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Consumo de álcool (litros <i>per capita</i>)	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
	Atividade física	Global Health Observatory	ECHI / Health 2020
Recursos e produção em saúde	Número de médicos	Ordem dos Médicos	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de médicos de MGF	Ordem dos Médicos	Proposta da DSIA (PNS 2012-2016); Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros	Ordem dos Enfermeiros	ECHI; Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de enfermeiros em CSP	Ordem dos Enfermeiros	Considerar as lacunas existentes na fonte.
	Número de camas hospitalares (n/inclui CC)	INE ou ACSS	ECHI;
	Número de camas de cuidados continuados	IASAÚDE;/ACSS	Englobar as camas sector público e privado
	Equipamentos médicos: RM / TAC	IASAÚDE/ACSS	ECHI
	Doentes (utentes) saídos (alguns diagnósticos)	IASAÚDE/ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SRS.
	Day cases (DC) (alguns diagnósticos)	IASAÚDE/ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SRS.
	Demora média (DM) do internamento (alguns diagnósticos)	IASAÚDE/ACSS	ECHI; Apenas em relação aos utentes do SRS.

	Cobertura vacinal em crianças	IASAUDE/HFA/DGS	ECHI /Health 2020; Indicador a desmultiplicar por tipo de vacina.
	Cobertura vacinal contra a gripe (> = a 65 anos)	IASAUDE/INSA/Observatório	ECHI
	Despesas em saúde em percentagem do PIB.	DREM/INE	ECHI /Health 2020
	Despesas das famílias em saúde em relação à despesa total em saúde	DREM/INE	ECHI /Health 2020
Problemas de Saúde Prioritários	TMP (menos de 65 anos) por doenças do aparelho circulatório por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por doenças isquémicas do coração por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por doenças cerebrovasculares por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por doença crónica do fígado e cirrose por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por acidentes de trânsito com veículos a motor por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por tumor maligno do	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)

	estômago por 100 000 habitantes, por sexo		
	TMP (menos de 65 anos) por tumor maligno do cólon e recto por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por tumor maligno da mama feminina por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por diabetes mellitus por 100 000 habitantes, por sexo	DREM/INE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)
	TMP (menos de 65 anos) por doenças do aparelho respiratório por 100 000 habitantes, por sexo	DREMINE	Perfil de Saúde da RAM (2004-2010)

ANÁLISE ESTRATÉGICA AO AMBIENTE EXTERNO E INTERNO DA SAÚDE NA REGIÃO ¹⁵



¹⁵in SWOT: The high-level self-exam that boosts your bottom line. Consultado em <http://www.healthcaresuccess.com/articles/swot.html>

O ambiente externo determina o conjunto interactivo de Oportunidades e Ameaças dos organismos. As perspectivas de evolução das organizações são fortemente condicionadas por determinações e circunstâncias externas ao seu poder de decisão.

Pese embora a impossibilidade de controlo sobre essas fontes críticas de sucesso externas as organizações devem procurar conhecer e monitorizar o seu ambiente externo com frequência, de modo a ganhar as oportunidades e a evitar as ameaças. É de ressaltar que precaver-se contra as ameaças na maioria das vezes é muito difícil no entanto os instrumentos de planeamento e orientação estratégica podem representar uma ferramenta poderosa para gerir os elementos de imprevisibilidade que decorrem naturalmente das ameaças identificadas

Do ambiente interno resultam as Forças e Fraquezas das instituições, constituindo estes os principais aspectos que os diferenciam dos seus congéneres.

O ambiente interno pode ser controlado pelos órgãos de poder, decisão e controlo, uma vez que resulta das estratégias de actuação definidas pelas estruturas que comandam. Desta forma, os pontos fortes devem ser ressaltados ao máximo e os pontos fracos deverão determinar uma actuação conducente ao seu controlo ou, pelo menos, à minimização dos seus efeitos.

A análise combinada destes dois ambientes, interno e externo, e das suas dimensões (Forças e Fraquezas; Oportunidades e Ameaças) enfoca a posição navegável do Sector da Saúde e das suas organizações, bem como apoia a tomada decisão e facilita a definição das linhas estratégicas.

Pontos Fortes (S)	Pontos Fracos (W)
<ul style="list-style-type: none"> • Orientação para a Inovação; • Dotação significativa de equipamentos e estruturas básicos e avançados; • Exploração máxima do potencial produtivo da capacidade instalada no sector público; • Liderança na operacionalização das linhas de Mudança negociadas; • Diferenciação de respostas em Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados Integrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indefinição dos circuitos de articulação entre serviços; • Carência de recursos humanos especializados designadamente na área médica; • Fragilidade dos sistemas e redes de informação; • Alinhamento da governação em saúde em fase de reprogramação; • Baixos níveis de comunicação intra e inter institucional; • Iniciante governação clínica; • Financiamento da saúde assente em processos e produção.
Oportunidades (O)	Ameaças (T)
<ul style="list-style-type: none"> • Reprogramação sociocultural e organizacional num quadro de reajustamento económico e financeiro; • Reorganização da oferta de serviços e cuidados de saúde; • Competência para respostas em emergências; • Disponibilidade de múltiplas soluções de sistemas de informação através de soluções de cooperação com o Ministério da Saúde; • Plataforma dialogante com as estruturas de saúde nacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições legais à contratação e manutenção de recursos humanos; • Crise económico-financeira e consequentes restrições orçamentais; • Imprevisibilidade de acontecimentos em saúde (por ex: pandemia de gripe) e de ordem natural como aluviões, ondas de calor e incêndios; • Nível de responsabilização do cidadão diminuído (na utilização dos serviços de saúde e na gestão da sua própria saúde); Inclusão restritiva da saúde/e dos conceitos de políticas públicas saudáveis nos outros sectores; • Envelhecimento demográfico Mortalidade precoce por algumas doenças crónicas.

GESTÃO ESTRATÉGICA DE IMPLEMENTAÇÃO



Para facilitar o processo de implementação do PESRS -HORIZONTE 2020 será desenvolvido, a nível da Secretaria Regional de Saúde e das estruturas na sua dependência, um painel de orientações estratégicas, cabendo às diferentes organizações níveis distintos de responsabilidade e função, organizadas em torno de elementos chave como a liderança colaborativa, a motivação de todos os envolvidos, percepção e visão combinadas; desempenho grupal; comunicação interinstitucional e abordagem de contingências.

As orientações estratégicas de implementação, bem como as específicas serão incluídas em *road map* a criar e que será parte integrante do PESRS- HORIZONTE 2020.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

Governo Regional

Secretaria Regional da Saúde

Instituto de Administração da Saúde
e Assuntos Sociais, IP-RAM