AGOSTO 2023 · NEWSLETTER DAS COMISSÕES DE INTERNOS DE SAÚDE PÚBLICA

S+P

P.4 **NOTÍCIAS LONGAS**

Dia Mundial das Hepatites

P.6 **EM FOCO**

Sistemas de Saúde em Mudança - Que Perspetivas para a Saúde Pública

P.10 **LEITURAS SUGERIDAS**

Epic Measures: One Doctor, Seven Billion Patients

P.17 **ARTIGOS SUGERIDOS**

P.18 **OPORTUNIDADES FORMATIVAS**

NOTA EDITORIAL

Car@s colegas,

Embrulhados nos desafios das últimas semanas no que toca a sustentabilidade do SNS, esta newsletter traz um Em Foco onde somos convidados a refletir sobre a evolução contínua dos sistemas de saúde através da visão de Constantino Sakellarides. Esta visão inclui notas sobre as ramificações da industrialização e corporativismo na medicina, assim como a liberalização progressiva do nosso sistema.

Na notícia longa deste mês damos destaque ao Dia Mundial das Hepatites que se celebrou no passado dia 28 de julho. Esta doença mantém a sua relevância, uma vez que, mundialmente, ainda mata mais de 1 milhão de indivíduos por ano. Para eliminar a hepatite viral até 2030 é necessário adotar algumas medidas essenciais. Neste sentido, deixo uma intervenção da colega Patrícia Pita Ferreira que desenvolveu o projeto "Hep-ØN – Micro-eliminação das Hepatites Virais" no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Oeste Norte, que reforça a importância de rastrear os doentes e a criação da consulta descentralizada de hepatites virais nos centros de saúde da região do Oeste Norte.

Já nas leituras sugeridas deste mês temos o "EPIC measures: one doctor, seven billion patients" que promete ser uma leitura interessante. Esta obra leva-nos numa viagem através dos olhos de um médico (Chris Murray), importante referência do Institute for Health Metrics and Evaluation e do projeto Global Burden of Disease (GBD), responsáveis pelos estudos da mortalidade e carga de doença em vários países. Explora os desafios e os triunfos da forma como medimos a forma como vivemos e morremos e como isso é essencial para guiar o planeamento e redefinir os novos referenciais para a saúde mundial. Uma leitura recomendada para todos aqueles que procuram uma compreensão profunda dos desafios da saúde global.

Por fim, deixo apenas uma pequena nota para os próximos eventos na agenda: o World Health Summit 2023, que se realizará em Berlim de 15 a 17 de outubro, e o Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública, de 22 a 27 de Outubro. Ambos os eventos prometem discussões enriquecedoras e uma visão inovadora para o futuro da saúde.

Até breve!

JOÃO DIONÍSIO EDITOR-CHEFE

WORLD HEPATITIS DAY 2023

O Dia Mundial das Hepatites é assinalado todos os anos a 28 de julho com o intuito de aumentar a sensibilização e a literacia para este grupo de doenças.

Neste âmbito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu um conjunto de estratégias para o setor da Saúde (apresentadas no documento Estratégias globais no sector da saúde relativas, respetivamente, ao VIH, às hepatites virais e às infeções sexualmente transmissíveis para o período 2022-2030) com o objetivo de, até 2030, eliminar as hepatites virais, o VIH e as infeções sexualmente transmissíveis. Estas estratégias englobam ações locais integradas e específicas para cada doença, apoiadas por ações da OMS e de organizações parceiras a nível global e são centradas, sobretudo, nos indivíduos mais suscetíveis para cada doença, de maneira a combater as desigualdades.

A hepatite provoca alterações estruturais e funcionais no fígado, podendo inclusive causar vários tipos de neoplasias, sendo responsável por mais de um milhão de óbitos por ano. Dos cinco tipos de infeções por vírus da hepatite, as hepatites B e C são as que têm maior representatividade em termos de saúde pública. A hepatite C pode ser curada, no entanto, apenas 21% das pessoas que vivem com infeção por hepatite C são diagnosticadas e, destas, cerca de 13% recebem tratamento curativo. No caso da hepatite B, 10% das pessoas infectadas estão diagnosticadas, contudo, só 2% estão a receber tratamento.

Relativamente à União Europeia, os dados atuais sugerem que tem havido um declínio sustentado no número de novas transmissões de hepatite B em todos os países, associado à implementação da vacinação contra a mesma. No caso da hepatite C, alguns países também registaram um declínio no número de novas transmissões devido à implementação de medidas de prevenção primária. No entanto, este não é o caso de algumas populações-chave, como as pessoas que consomem drogas injetáveis, que são desproporcionalmente afetadas pela hepatite C e que frequentemente enfrentam barreiras no acesso aos serviços de saúde.

Para eliminar a hepatite viral até 2030 é necessário adotar algumas medidas essenciais. Cada país deve ser capaz de identificar infetados assintomáticos através da implementação de programas de rastreio. É especialmente importante que os grupos mais vulneráveis nomeadamente, homens que têm sexo com homens e pessoas que consomem drogas injetáveis tenham acesso facilitado ao rastreio.

Para além do rastreio, é importante assegurar que o tratamento e as medidas de controlo da doença estão disponíveis após diagnóstico. Desta forma, assegura-se a interrupção das cadeias de transmissão existentes e a redução da morbilidade e da mortalidade. Os países devem ainda investir em sistemas de informação que permitam compreender o impacto das hepatites virais e poderem monitorizar os resultados, de forma a atingir o objetivo de eliminação da doença proposto pela OMS.

Globalmente, os dados até 2022 indicam que estamos ainda longe de alcançar a eliminação das hepatites virais, sendo necessário o reforço dos programas de prevenção e controlo destas doenças a fim de se cumprir o horizonte temporal de 2030.

Para informações mais detalhadas é possível aceder à página da campanha da OMS através do endereço:
https://www.who.int/campaigns/world-hepatitis-day/2023

Pode também aceder à ficha informativa da OMS com as estratégias e políticas definidas para atingir os objetivos propostos até 2030 em:
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/hepatitis-factsheet_2023.pdf?sfvrsn=fd9e78cf_5

Para saber mais acerca desta patologia consulte a página :
https://www.who.int/health-topics/hepatitis#tab=tab_1

Referências Bibliográficas:

1. WHO (2023). WHO launches "One life, one liver" campaign on World Hepatitis Day. Consultado em Agosto de 2023. Disponível em: https://www.who.int/news/item/28-07-2023-who-launches--one-life--one-liver--campaign-on-world-hepatitis-day
2. ECDC (2023). World Hepatitis Day 2023: need to scale up efforts to address hepatitis B and C. Consultado em Agosto de 2023. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/world-hepatitis-day-2023-need-scale-efforts-address-hepatitis-b-and-c

SISTEMA DE SAÚDE EM MUDANÇA

Que Perspetivas Para a Saúde Pública?

1) Sistemas de saúde em evolução:

Num tempo de grandes incertezas é cada vez mais difícil antecipar o futuro e cada vez mais necessário tentar fazê-lo. Há uma ciência em desenvolvimento e uma literacia necessária sobre o desenho, o comportamento e a evolução dos grandes sistemas sociais, porque todos temos um papel a desempenhar.

Há mais de uma década, num estudo sobre o que pensavam os europeus sobre o futuro dos seus sistemas de saúde, concluía-se que estes temiam que "faltasse aos seus governantes a cultura, a imaginação e a vontade necessárias para canalizar para soluções de interesse comum, o enorme potencial de inteligência, conhecimento e inovação disponíveis na sociedade atual" (1). Conclusão interessante, mas insuficiente! Faltaria acrescentar alguma coisa sobre o papel dos inquiridos, dos europeus, para que essas transformações aconteçam.

A compreensão da complexidade dos sistemas de saúde e das suas implicações na governação da saúde é uma matéria de relevância crescente. A este propósito, observa Daniel Innerarity, em "Uma Teoria para a Democracia Complexa" (2021) (2), "estamos ainda pouco preparados para lidar com a riqueza dos elementos, valores, informação e inteligência distribuída, interdependência, incerteza, inabarcabilidade e aceleração, próprias dos nossos tempos". E acrescenta que isso leva a uma prática política que sobrevive pelas vantagens da simplificação, num mundo que não compreende, compensando "a penúria analítica com a prescrição fácil".

Neste contexto, vejo vantagens em adotar uma exposição que, sem perder de vista essa complexidade, torna mais tangíveis os aspetos críticos do que está em causa, visualizando e contrastando duas alternativas para a evolução dos sistemas de saúde: (a) a sua "democratização" – um sistema de saúde

primordialmente centrado nas pessoas – ou (b) a sua "industrialização" – um sistema de saúde predominantemente baseado na normalização e rentabilização de procedimentos.

2) Industrialização nos sistemas de saúde:

Comecemos pela industrialização dos sistemas de saúde (3), na qual se faz a convergência do "conhecimento" com a "rentabilidade". Trata-se do aperfeiçoamento de "cadeias de produção", tendencialmente transnacionais, de prestação de cuidados, ganhando rentabilidade pela normalização de produtos, técnicas, tecnologias e procedimentos, em grande escala.

Essa normalização inclui a gestão do percurso das pessoas (triagem e referenciação protocolizadas) através dos serviços considerados necessários. Os custos, os preços, o desempenho e a rentabilidade de cada percurso são rigorosamente calculados e tidos em conta na gestão desses percursos. As decisões críticas destes processos industriais são tomadas longe das pessoas e das comunidades onde os cuidados são prestados, em "lugar incerto", e dificilmente são influenciados por elas. São financiadas por "dispositivos seguradores" e a diferenciar o acesso aos cuidados em função das características das fontes de financiamento dos clientes. Podem "diferenciar o produto" (decidir o tipo de cuidados que prestam) e "segmentar o mercado" (o país/região onde se instalam, e tipos de financiamentos que aceitam) de acordo com os seus critérios de rentabilidade. Tendem a ser organizações empresariais atuando simultaneamente em múltiplos mercados, para além da prestação de cuidados de saúde (4).

Profissionais e académicos de distintos países desenvolvidos – dos Estados Unidos e da Europa – subscreveram recentemente um "manifesto anti industrialização" dos sistemas de saúde (5).

3) Democratização dos sistemas de saúde:

Em contrapartida, um sistema de saúde primordialmente centrado nas pessoas, procura a fórmula certa para fazer a convergência do "conhecimento" com a "democratização".

Começa por valorizar os fatores que protegem e promovem a saúde das pessoas e das comunidades onde se inserem, ao longo de todo o seu percurso de vida, com a sua participação. Promovem planos de cuidados, como "propriedade das pessoas", com objetivos acordados e resultados avaliáveis, partilhados digitalmente por toda a equipa cuidadora, gerindo assim o percurso das pessoas através dos cuidados de que necessitam. E isso é para todos.

Da análise contínua desses resultados estabelece-se um processo permanente de aprendizagem para todos os envolvidos nesse processo. E isso suscita duas perguntas essenciais para a governação da saúde: com os recursos disponibilizados para a saúde – para o Serviço Nacional de Saúde – que resultados de saúde podemos esperar realizar? E até que ponto são essas expectativas razoáveis e aceitáveis?

4) Um modelo de governação para a democratização da saúde:

Para realizar expectativas aceitáveis precisamos de um novo modelo de governação e governança, não só para o Serviço Nacional de Saúde, mas também para a saúde por parte do conjunto do governo (6). Isso inclui, entre outras coisas, (a) novas formas de gerir as inteligências distribuídas e colaborativas necessárias à democratização do sistema e (b) dispositivos adequados de análise, planeamento e gestão estratégica para a gerir a sua transformação.

Está em curso na União Europeia o desenvolvimento do "Espaço Europeu de Dados de Saúde" cujos dois principais objetivos são: (a) "Capacitar as pessoas através de um maior acesso digital aos seus dados pessoais de saúde eletrónicos e do controlo desses dados, a nível nacional e da EU" e (b) "apoiar a sua livre circulação, promovendo um verdadeiro mercado único para os sistemas de registos de saúde eletrónicos" (7). Só um grande equilíbrio na persecução simultânea destes dois objetivos assegura a democratização dos sistemas de saúde em vez da sua industrialização.

Para tudo isso necessitamos de um Estado mais inteligente, como salientam vários autores, entre os quais Mariana Mazzucato (8) (9) – "precisamos de um Estado inteligente e criativo orientado para uma missão estratégica; necessitamos de um contrato social a prazo, transversal, não por sectores, mas sim por "missões" que aceitem os desafios do nosso tempo e se comprometam com resultados concretos para as ações a empreender. Os que servem o Estado (os "funcionários") têm que ser empreendedores públicos". Penso também assim há algumas décadas (10).

5) Saúde Pública e sistemas de saúde:

A Saúde Pública tem um papel fundamental na sustentação da democratização da saúde, a nível local, nacional, europeu e global.

5.1. Saúde Pública na comunidade:

São necessárias "estratégias (planos) locais de saúde" como compromissos entre todos os atores sociais locais para proteger e promover a saúde da comunidade (que não podem deixar de ter um papel fundamental em tempo de emergência de saúde pública). O país precisa de um fórum onde se apresentem, discutam e valorizem as estratégias locais de saúde em desenvolvimento e de uma rede de troca de experiências e aprendizagem contínua neste domínio.

Mas para que isso aconteça, é indispensável apostar no desenvolvimento das Unidades de Saúde Pública dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), parente pobre da reforma dos cuidados de saúde primários – desde a gestão da informação, conhecimento e comunicação, até aos recursos humanos e competências necessárias para atuar na comunidade. Este desenvolvimento terá de ser potenciado pela efetiva ativação da governação clínica e de saúde.

5.2. Saúde Pública nacional, europeia e global:

O país precisa de políticas de bem-estar e prosperidade, transversais a todos os sectores económicos e sociais, da responsabilidade do conjunto do governo, com o apoio conceitual e técnico das instituições de Saúde Pública. O "Plano Nacional de Saúde" ainda não serve esse propósito.

Em Novembro de 2022 a Comissão Europeia propôs uma "Estratégia da União Europeia para a Saúde a nível Global" (11). A principal mensagem da Estratégia é que "a UE tenciona reafirmar a sua responsabilidade e aprofundar a sua liderança no interesse dos mais elevados padrões de saúde, com base em valores fundamentais, como a solidariedade e a equidade, e o respeito pelos direitos humanos".

Esta estratégia define 3 prioridades fundamentais: (a) Melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas ao longo da vida; (b) Reforçar os sistemas de saúde e promover a cobertura universal dos serviços de saúde; e (c) Prevenir e combater as ameaças para a saúde, incluindo pandemias, aplicando uma abordagem «Uma Só Saúde».

Não pode deixar de existir uma grande proximidade entre as preocupações internas da UE com a saúde e o desenho desta estratégia global. Espera-se que isso tenha também reflexos positivos para os portugueses.

Referências Bibliográficas:

1. Coulter A, Magee H. The European Patient of the Future. Maidenhead: Open University Press; 2003;
2. Innerarity D. Uma Teoria para a Democracia Complexa; 2021;
3. Montori V. Turning away from industrial health care towards careful and kind care. Acad Med. 2019; 94(6):768–770;
4. Starr P. The Social Transformation of American Medicine. New York: Basic Books; 1982;
5. Kunneman M et al. Making care fit manifesto. BMJ EBM. 2023; 28:5–6:
6. Comissão Europeia. Saúde Pública. Espaço europeu de dados da saúde; 2022;
7. The WHO Council on the Economy of Health for All. Health for All: Transforming economies to deliver what matters. Final Report. Geneva: WHO; 2023;
8. Mazzucato M. The Entrepreneurial State: Debunking Public vs Private Sector Myths. New York: Anthem Press; 2013;
9. Mazzucato M. Economia de Missão: Um guia ousado e inovador para mudar o capitalismo". Lisboa: Círculo dos Leitores. 2021;
10. Sakellarides C. De Alma a Harry – Crónica da democratização da Saúde. Coimbra: Almedina. 2005;
11. Comissão Europeia. Saúde Pública. Estratégia de Saúde Global da União Europeia; 2022.

AUTOR CONSTANTINO SAKELLARIDES

- Professor Catedrático Jubilado da ENSP, UNL.
- Doutorado em Saúde Pública pela Universidade do Texas, EUA
- Diretor-geral da Saúde (1997-1999)

EDIÇÃO JOANA CARVALHO
SORAIA COSTA

EPIC MEASURES: ONE DOCTOR, SEVEN BILLION PATIENTS

Enquanto médico de Saúde Pública, considero que a função mais distinta e nobre que posso desempenhar é a do planeamento em saúde. Apesar da sua complexidade e interdisciplinaridade, desde a biomedicina à psicologia comportamental, esta competência visa sobretudo capacitar mudanças em saúde.

Para aqueles menos familiarizados, as fases do processo de planeamento incluem o diagnóstico da situação, a definição de prioridades e objetivos, a elaboração de uma estratégia e de um plano de intervenção; a sua execução e subsequentes monitorizações e avaliações.

No entanto, nem sempre todas as etapas são implementadas, ainda menos vezes pela ordem correta, e mais raramente com o cumprimento das regras e tarefas subjacentes.

Como uma introdução à Saúde Pública, nada mais correto será do que versar sobre a primeira fase – mais concretamente, sobre a problemática e problemas de um diagnóstico de saúde à escala nacional, internacional e global. Neste comentário, faz-se uma reflexão dirigida sobre a evolução do paradigma de planeamento em Saúde Global, mais concretamente, tendo em conta o livro "Epic Measures: One Doctor, Seven Billion Patients", centrado na história de Chris Murray, fundador do Institute for Health Metrics and Evaluation e do projeto Global Burden of Disease.

Até finais do século XX, o conhecimento da saúde e da doença a nível global era confiante e errado. Confiante, devido à autoridade e certeza afirmada pelas instituições que o mediavam, descreviam e iam reportando. Errado, pela incoerência interna e externa dos seus resultados. No entanto, era fácil identificar contrastes gritantes, conforme mostram os seguintes exemplos.
Em 1980, numa altura em que a mortalidade infantil era um dos principais desafios de Saúde Global, a sua contabilização mundial poderia variar entre menos de 20 milhões e mais de 30 milhões, dependendo da fonte – Organização Mundial de Saúde (OMS) e Nações Unidas, respetivamente, representado uma diferença de 50%. Estes contrastes viriam noutros indicadores, como na esperança média de vida. No Paquistão, em apenas um ano, registar-se-ia um aumento desta de 51,8 para 59,1 anos, equivalente ao esperado para uma década de progresso. Já na Gâmbia, o mesmo indicador, em dois anos, sofreria uma redução de 43 para 33,5 anos – uma diminuição catastrófica.

Quanto às diferenças observadas, vários eram os motivos teóricos destas incongruências: métodos de medição distintos, diferentes formas de gerar evidência, processamentos alternativos de dados, casos duplicados, codificações heterogéneas, entre muitos outros. Na prática, diferentes organismos políticos, com diferentes regras, duplicavam os seus esforços, dividindo-se nas suas conclusões e perdendo-se no seu foco.

Além disso, os dados fornecidos pelos países poderiam estar incorretos. Quando estas organizações internacionais usavam fontes primárias de dados, atribuíam-se-lhes total credibilidade e validade, fazendo lembrar uma falácia de petição de princípio com o silogismo disposto.

Primeira premissa: Os dados de saúde fornecidos por um país são corretos. Segunda premissa: Uma dada nação é a única autoridade para considerar os dados do seu país como corretos ou incorretos. Logo, todos os dados fornecidos por uma certa nação são os corretos, porque foi a própria nação a dá-los. No entanto, existem vários motivos para querer melhorar (ou até piorar) certos indicadores.

Independentemente do medidor e do reportado, a verdade era que, no final do século XX, se continuava a morrer sem se saber quanto, nem porquê. Das duas mil milhões de mortes ocorridas desde 1970, só cerca de um quarto constava num registo de sistema vital acessível. Mesmo em 2010, ano em que aproximadamente 53 milhões de pessoas morreram, em 147 dos 192 países das Nações Unidas, não existiam certificados de óbito fidedignos, sendo que muitas vezes nem existiam quaisquer registos. Mesmo em países "mais ricos", os registos clínicos ainda apresentam muitos dados omissos.

"'There was a lot more data collected on the fact of death rather than the cause of death, which requires a medical doctor to certify what the child died from, and medical doctors were in short supply,' Lopez says."

Como não se sabia do que se morria, não se dirigiam esforços para o combate proporcional das doenças. Assim, aquando da identificação da tuberculose como a principal causa de morte por doenças infeciosas nos adultos, a maioria dos programas de saúde global focava-se apenas em doenças infantis. A ausência de um correto diagnóstico de situação levaria a uma desadequada definição de prioridades e alocação de recursos.

Por conseguinte, nesta altura, como as principais causas de morte em adultos eram diferentes das que mais afetavam as crianças, seria necessário desenvolver novas estratégias e programas para lidar com pessoas e problemas diferentes.
No entanto, não bastaria criar dois grupos distintos de projetos de intervenção em saúde, divididos por faixas etárias – era preciso criar um contínuo de estratégias e planos que tivessem impacto ao longo da vida: uma criança que precisa de hidratação oral para a diarreia, se curada, pode mais tarde contrair infeção por VIH.

Conforme viria a ser reiterado, esta falha de planeamento resultaria numa inefetividade útil em Saúde Global. Num relatório publicado em 1990 no Simpósio Nobel em Estocolmo, descreviam-se as disparidades sobre a distribuição da doença e morte, e do financiamento de investigação da saúde. Estimava-se que 93% da carga de mortalidade prevenível verificava-se nos países em desenvolvimento. No entanto, dos 30 mil milhões de dólares investidos na investigação em saúde em 1986, apenas cerca de 5% foram dedicados a problemas específicos destes países. Estes contrastes criavam implicações infelizes:

"Treating the most common cases cost less than $250 per death averted. Put in terms of cost per year of life saved, the tab wasn't even $10."

Dado o inadequado e variável retrato do status quo, tornou-se imperativo definir novas regras para perceber e responder aos desafios reais do mundo. Se até então a mortalidade era vista como uma realidade de duas dimensões (idade do óbito e causa), tornou-se incontornável encontrar novas formas de caracterizá-la.

Assim, Chris Murray, figura central do livro, introduziu o conceito de "years of life lost" (anos de vida perdidos), como forma de contabilizar a mortalidade precoce, bem como os "disability adjusted life years" (DALYs), que consideram a duração e magnitude da doença durante a vida.

Para acompanhar as suas ideias inovadoras, era necessária uma introdução considerável e fundamentada do seu racional e da sua pertinência. Assim, estas ideais vieram a ser incorporados no World Development Report de 1993, financiado pelo Banco Mundial, cuja edição era dedicada ao investimento na saúde. Como o objetivo maior deste produto seria definir necessidades e prioridades para melhorar políticas de saúde, as doenças da International Classification of Diseases foram categorizadas em três grandes grupos, incluindo um total de 100 doenças e lesões responsáveis por quase todas as mortes e por mais de 90% da carga de doenças global atribuída à incapacidade.

"In Group I were what almost everyone thought of when they considered the concerns of poor countries: communicable diseases contracted by contagion or infection and health problems related to being born or giving birth. In Group II were commonly considered "rich country" problems: noncommunicable diseases such as cancers, addictions, heart disease, and depression. In Group III were injuries, intentional and unintentional—poisoning, drowning, road accidents, suicide, and other grisly events—which, at the time, virtually no one studied on a global basis."

Assim, só no início dos anos 90, assistimos aos primeiros esforços de compilação e catalogação de dados mundiais sobre a mortalidade, as suas limitações, o reconhecimento do foco dos grandes programas de saúde em apenas algumas das áreas mais impactantes e a definição de novos indicadores e métodos de análise. Com a produção do World Health Report do ano de 2000 da OMS, Murray conseguiu cativar a atenção mundial. Na página 200 deste documento, algo novo e avassalador foi apresentado: uma classificação ordenada do desempenho geral dos sistemas de saúde de cada país, ajustando a esperança média de vida ajustada à incapacidade provocada pela doença.

Tão chocantes foram os resultados (que convido seriamente a todos a leitura) que Murray e a sua equipa de "Evidência e Informação para Políticas" da OMS foram acusados de sabotagem política.

Os rankings apresentados contrastavam com as expectativas e auto-imagem dos delegados nacionais, incluindo inúmeros Ministros da Saúde, apesar de poucas objeções substanciais terem sido apresentadas. Ou estariam eles a fazer um mau trabalho na gestão da Saúde nos seus países, ou a "evidência" teria de estar errada. Na mudança de Diretor-Geral de 2006, reformas na direção da OMS levaram à redução da equipa de 22 elementos para apenas dois, sem Murray. Neste seguimento, este iniciou os trabalhos que levariam à criação do Institute for Health Metrics and Evaluation e ao projeto Global Burden of Disease (GBD), responsável pelo estudo da mortalidade e doença em diferentes países, momentos, e características demográficas. O GBD viria a quantificar as perdas em saúde provocadas por centenas de doenças, lesões e fatores de risco, para melhoria dos sistemas de saúde.

Annex Table 10 Health system performance in all Member States, WHO indexes, estimates for 1997

PERFORMANCE ON HEALTH LEVEL (DALE)					OVERALL PERFORMANCE				
Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval	Rank	Uncertainty interval	Member State	Index	Uncertainty interval
1	1 – 5	Oman	0.992	0.975 – 1.000	1	1 – 5	France	0.994	0.982 – 1.000
2	1 – 4	Malta	0.989	0.968 – 1.000	2	1 – 5	Italy	0.991	0.978 – 1.000
3	2 – 7	Italy	0.976	0.957 – 0.994	3	1 – 6	San Marino	0.988	0.973 – 1.000
4	2 – 7	France	0.974	0.953 – 0.994	4	2 – 7	Andorra	0.982	0.966 – 0.997
5	2 – 7	San Marino	0.971	0.949 – 0.988	5	3 – 7	Malta	0.978	0.965 – 0.993
6	3 – 8	Spain	0.968	0.948 – 0.989	6	2 – 11	Singapore	0.973	0.947 – 0.998
7	4 – 9	Andorra	0.964	0.942 – 0.980	7	4 – 8	Spain	0.972	0.959 – 0.985
8	3 – 12	Jamaica	0.956	0.928 – 0.986	8	4 – 14	Oman	0.961	0.938 – 0.985
9	7 – 11	Japan	0.945	0.926 – 0.963	9	7 – 12	Austria	0.959	0.946 – 0.972
10	8 – 15	Saudi Arabia	0.936	0.915 – 0.959	10	8 – 11	Japan	0.957	0.948 – 0.965
11	9 – 13	Greece	0.936	0.920 – 0.951	11	8 – 12	Norway	0.955	0.947 – 0.964
12	9 – 16	Monaco	0.930	0.908 – 0.948	12	10 – 15	Portugal	0.945	0.931 – 0.958
13	10 – 15	Portugal	0.929	0.911 – 0.945	13	10 – 16	Monaco	0.943	0.929 – 0.957
14	10 – 15	Singapore	0.929	0.909 – 0.942	14	13 – 19	Greece	0.933	0.921 – 0.945
15	13 – 17	Austria	0.914	0.896 – 0.931	15	12 – 20	Iceland	0.932	0.917 – 0.948
16	13 – 23	United Arab Emirates	0.907	0.883 – 0.932	16	14 – 21	Luxembourg	0.928	0.914 – 0.942
17	14 – 22	Morocco	0.906	0.886 – 0.925	17	14 – 21	Netherlands	0.928	0.914 – 0.942
18	16 – 23	Norway	0.897	0.878 – 0.914	18	16 – 21	United Kingdom	0.925	0.913 – 0.937
19	17 – 24	Netherlands	0.893	0.875 – 0.911	19	14 – 22	Ireland	0.924	0.909 – 0.939
20	15 – 31	Solomon Islands	0.892	0.863 – 0.920	20	17 – 24	Switzerland	0.916	0.903 – 0.930
21	18 – 26	Sweden	0.890	0.870 – 0.907	21	18 – 24	Belgium	0.915	0.903 – 0.926
22	19 – 28	Cyprus	0.885	0.865 – 0.898	22	14 – 29	Colombia	0.910	0.881 – 0.939
23	19 – 30	Chile	0.884	0.864 – 0.903	23	20 – 26	Sweden	0.908	0.893 – 0.921
24	21 – 28	United Kingdom	0.883	0.866 – 0.900	24	16 – 30	Cyprus	0.906	0.879 – 0.932
25	18 – 32	Costa Rica	0.882	0.859 – 0.898	25	22 – 27	Germany	0.902	0.890 – 0.914

Figura 1. Classificação ordenada do desempenho geral dos sistemas de saúde de cada país em 1997. (DALE = disability-adjusted life expectancy).
Retirado de: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/whr-2000.pdf

Nos esforços de Saúde Global da OMS que se seguiram, abandonou-se a quantificação e comparação universal de indicadores objetivos por apreciações seletivas e enviesadas. A indexação parametrizada para os principais problemas de saúde deu lugar aos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (dirigidos inicialmente apenas a países em desenvolvimento) e, mais tarde, aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (abrangente de todos os países). Apesar de parecerem inocuamente semelhantes, e até mais compreensivos, estas novas propostas apresentam limitações incontornáveis.

Nos ODS, os objetivos individuais não estão hierarquizados tendo em conta o grupo de problemas de saúde ao qual pertencem – por exemplo, o alcoolismo não está integrado no grupo das doenças não transmissíveis, sendo um indicador independente. Para além disso, todos os indicadores recebem o mesmo peso no cálculo da média aritmética que constitui o valor atribuído a cada objetivo, e que se repete para calcular índice sumário para comparação entre países – dando a mesma importância ao suicídio, ao tabagismo e à obesidade.

Figura 2. Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (em cima) e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (em baixo).
Através de: https://www.researchgate.net/publication/335299485

Assim sendo, o resultado desta alteração de sistema conduziu a um aumento da relevância de tópicos com menor impacto na saúde (como o caso dos envenenamentos) e a diminuição, remoção e aglomeração de indicadores importantíssimos (integrando doença mental, cardiovascular e músculo-esquelética num tópico único).

		SDG index	Disaster	Stunting	Wasting	Overweight	MMR	SBA	Under-5 mort	NN mort	HIV	Tuberculosis	Malaria	Hepatitis B	NTDs	NCDs	Suicide	Alcohol	Road injuries	FP need met, mod	Adol birth rate	UHC tracer	Air poll mort	WaSH mort	Poisons	Smoking	IPV	Water	Sanitation	Hygiene	HH air poll	Occ risk burden	Mean PM2.5	Violence	War	MDG index	Non-MDG index
19	Switzerland	78	40	100	100	62	76	100	86	87	56	84	100	82	100	92	50	51	93	95	92	97	90	92	89	54	96	100	100	87	100	64	64	82	100	92	72
20	Italy	78	61	100	100	39	79	99	91	90	54	87	100	82	100	85	71	68	75	86	87	97	83	96	81	52	66	100	100	86	100	72	53	77	100	92	70
21	Brunei	78	48	100	100	74	54	99	72	78	54	49	100	56	100	61	79	70	61	89	67	96	96	76	79	72	67	100	100	92	100	92	86	69	100	85	75
22	Portugal	78	100	100	10[illegible]	40	[illegible]1	99	92	9[illegible]	37	[illegible]5	100	81	100	79	57	54	72	88	83	96	88	73	82	55	82	100	100	68	100	58	71	67	100	89	70
23	Israel	77	100	100	100	45	76	99	87	90	55	82	100	81	100	86	65	87	77	95	73	97	84	82	84	57	62	100	100	97	100	79	52	57	20	91	70
24	France	77	100	100	100	59	72	100	90	93	57	80	100	83	100	79	41	53	78	94	80	96	91	83	71	44	87	100	100	82	100	81	65	77	22	92	70
25	Slovenia	76	100	94	90	39	76	99	94	94	74	75	100	66	100	79	44	50	80	71	89	95	78	80	80	50	92	87	97	55	95	68	53	81	100	89	68
26	Greece	76	100	100	100	37	70	99	90	89	64	84	100	77	100	75	87	53	67	74	86	94	80	94	83	23	83	100	100	85	100	72	63	75	100	91	68
27	Japan	76	19	100	100	83	74	99	93	97	70	74	100	61	100	90	36	64	91	79	90	96	89	75	77	57	68	100	100	97	100	96	63	87	100	92	70
28	USA	75	43	100	100	69	58	99	79	80	46	99	100	85	100	69	49	54	64	100	68	98	86	84	57	69	70	100	100	95	100	80	74	42	100	88	70
29	Estonia	74	100	92	91	50	78	100	90	94	41	56	100	49	100	63	46	40	83	79	79	93	77	95	66	47	84	90	92	66	94	71	72	48	100	85	68
30	New Zealand	74	21	100	100	53	67	100	82	86	61	85	100	63	100	81	53	56	76	95	66	95	99	95	81	63	67	100	100	96	100	71	84	71	100	90	68
31	Austria	74	44	100	100	49	80	100	89	90	53	82	100	81	100	80	49	38	83	92	84	93	83	99	80	37	93	100	100	82	100	68	57	83	100	92	66
32	Taiwan (province of China)	74	100	100	100	52	68	99	78	83	54	60	100	18	86	72	47	71	58	89	91	82	76	71	72	74	96	72	95	66	100	61	42	67	100	83	67
33	Antigua and Barbuda	74	100	95	92	77	53	100	66	65	36	63	100	76	100	63	97	68	79	95	53	95	79	60	66	94	73	46	86	55	98	63	63	41	100	72	75
34	Czech Republic	74	100	97	88	54	75	99	95	96	69	81	100	66	100	65	50	46	79	79	82	96	71	77	76	42	60	86	99	58	99	68	51	74	100	90	66

Figura 3. Desempenho do índice dos ODS relacionados com a saúde, do índice dos ODM e do índice não relacionado com os ODM, bem como de 33 indicadores individuais relacionados com a saúde, por país (2015). Os países estão classificados pelo seu índice ODS relacionado com a saúde, do mais elevado para o mais baixo. Os indicadores foram escalados de 0 a 100.
SDG=Sustainable Development Goal. MDG=Millennium Development Goal. MMR=maternal mortality ratio. SBA=skilled birth attendance. Mort=mortality. NN mort=neonatal mortality. NTDs=neglected tropical diseases. NCDs=non-communicable diseases. FP need met, mod=family planning need met, modern contraception. Adol=adolescent. UHC=universal health coverage. Air poll mort=mortality attributable to air pollution. WaSH=water, sanitation, and hygiene. IPV=intimate partner violence. HH air poll=household air pollution. Occ risk burden=burden attributable to occupational risks. PM2.5=fine particulate matter smaller than 2.5 µm.
Adaptado e modificado de: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31467-2.

Para todo o caso, inúmero Programas Nacionais de Saúde, desde o Português até ao Luxemburguês, sofrem do mesmo pecado original, por nascerem das referências da OMS, com pouco foco em questões tão determinantes como os fatores de risco modificáveis (responsáveis por cerca de 48% da carga de doença), em detrimento de atenção sobrelevada para vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e afunilamento da avaliação da saúde pela mortalidade e não pela qualidade de vida.

Conclusão…

No nosso paradigma de saúde, enfrentamos desafios inauditos. Inauditos, não por serem novos, mas por até há bem pouco tempo não existir forma de medir o seu impacto e de o comunicar de forma clara. Foi feito um progresso enorme ao nível da recolha e análise de dados que permitiu o desenvolvimento do nosso conhecimento atual sobre as causas de mortes e o seu impacto.

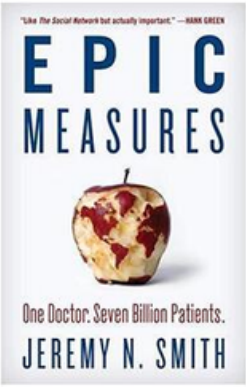
No entanto, é incontornável a importância de medir a saúde de forma transparente e rigorosa. São esses os métodos que permitiram perceber que a população mundial continua a crescer, que está a envelhecer e que acumula cada vez mais doenças crónicas. São essas as abordagens que permitiram identificar a incapacidade em saúde como uma parcela crescente dos custos galopantes e insustentáveis da saúde. Certamente terão algo a dizer sobre a forma de resolver os desafios contemporâneos que enfrentamos. Para tal, e feito este diagnóstico de situação, é necessário definir prioridades relevantes e pertinentes para o investimento dos recursos e desenho de intervenções efetivas em saúde.

Assim sendo, com esta análise crítica, foi me possível compreender que, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável são referências insuficientes e desadequadas para orientar políticas e intervenções em saúde.

Primeiro, porque não respeitam os próprios princípios de priorização de problemas decorrentes de diagnósticos de situação válidos. Segundo, porque são ultrapassados no sue racional e rigor por uma alternativa superior, em constante aprimoramento e resultados validados – o Global Burden of Diseases.

Por último, é urgente mudar a forma como se pensa em saúde – ou melhor, na doença – ou ainda melhor, na morte. Os sistemas de Saúde inspirados nos ODS não seguem evidência atualizada, estão sujeitos a pressão política e falham no reconhecimento das prioridades com maior impacto para as populações, pobres e ricas. Há que dar importância à medição do que está realmente a acontecer para permitir que o que fazemos vá ao encontro das necessidades de quem servimos. Só depois, se poderá começar a fazer Saúde Pública.

AUTOR JOSÉ MIGUEL DINIZ
EDIÇÃO TERESA CARVALHO
REVISÃO MARIANA CARDOSO



JEREMY N. SMITH
HARPERCOLLINS PUBLISHERS INC.
HARPER WAVE, 2015
352 P., PAPERBACK
ISBN: 9780062237507
EUR 20,59

BMC

Priorities for successful use of artificial intelligence by public health organizations: a literature review

Fisher S, Rosella LC. Priorities for successful use of artificial intelligence by public health organizations: a literature review. BMC Public Health. 2022 Nov 22;22(1):2146. doi: 10.1186/s12889-022-14422-z. PMID: 36419010; PMCID: PMC9682716.

environmental research

Climate change and health care facilities: A risk analysis framework through a mapping review

Guihenneuc J, Ayraud-Thevenot S, Roschnik S, Dupuis A, Migeot V. Climate change and health care facilities: A risk analysis framework through a mapping review. Environ Res. 2023 Jan 1;216(Pt 3):114709. doi: 10.1016/j.envres.2022.114709. Epub 2022 Nov 4. PMID: 36343709.

International Journal of Environmental Research and Public Health

Can Homes Affect Well-Being? A Scoping Review among Housing Conditions, Indoor Environmental Quality, and Mental Health Outcomes

Riva A, Rebecchi A, Capolongo S, Gola M. Can Homes Affect Well-Being? A Scoping Review among Housing Conditions, Indoor Environmental Quality, and Mental Health Outcomes. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022; 19(23):15975. https://doi.org/10.3390/ijerph192315975

THE LANCET Global Health

Maternal anaemia and the risk of postpartum haemorrhage: a cohort analysis of data from the WOMAN-2 trial

Raoul Mansukhani,Haleema Shakur-Still,Rizwana Chaudhri,Folasade Bello,Projestine Muganyizi,Aasia Kayani,Kiran Javaid,Olujide Okunade,Oladapo Olayemi,Alice Kawala,Rose Temba,Alia Bashir,Amber Geer,Ansa Islam,Danielle Prowse,Eni Balogun et al. "Maternal anaemia and the risk of postpartum haemorrhage: a cohort analysis of data from the WOMAN-2 trial", The Lancet Global Health, Elsevier, August 2023. https://doi.org/10.1016/ S2214-109X(23)00245-0

THE LANCET Digital Health

Secondary data for global health digitalisation

Anatol-Fiete Näher,Carina N Vorisek,Sophie A I Klopfenstein,Moritz Lehne,Sylvia Thun,Shada Alsalamah,Sameer Pujari,Dominik Heider,Wolfgang Ahrens,Iris Pigeot,Georg Marckmann,Mirjam A Jenny,Bernhard Y Renard,Max von Kleist,Lothar H Wieler et al. "Secondary data for global health digitalisation", The Lancet Digital Health, Elsevier, February 2023. https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00195-9

OPORTUNIDADES FORMATIVAS

Congressos

Portugal Healthcare Innovation Summit

27 de Setembro – Inscrições abertas
Formato híbrido no Eurostars Universal Lisbon Hotel

PORTUGAL HEALTHCARE INNOVATION SUMMIT

World Health Summit 2023

15 a 17 de Outubro
Formato presencial em Berlim, Alemanha

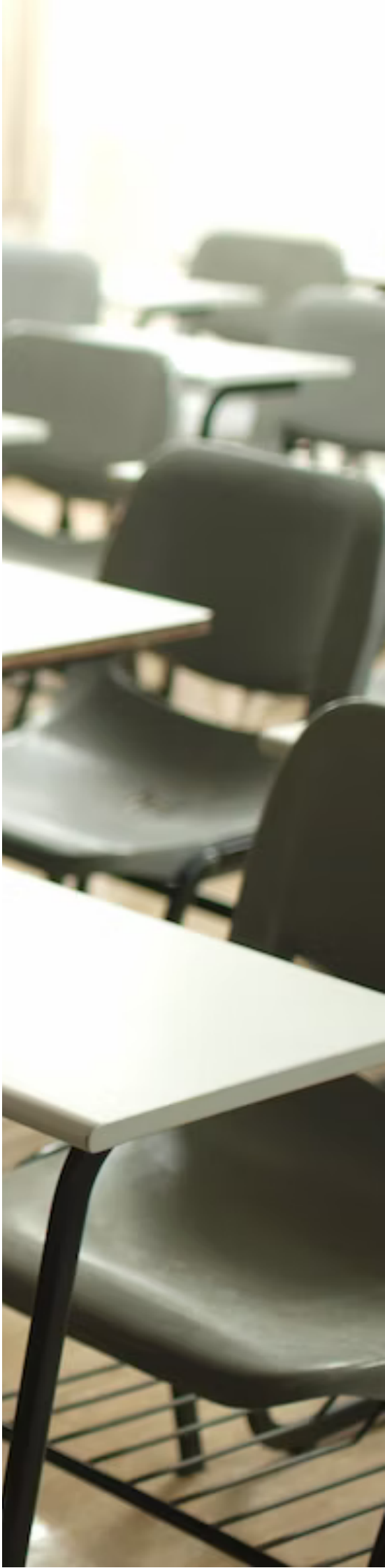
WORLD HEALTH SUMMIT

Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública

22 a 27 de Outubro – Inscrições abertas
Formato Presencial no Instituto Politécnico de Viseu

CNMSP
IV Congresso Nacional dos Médicos de Saúde Pública
25 a 27 de Outubro de 2023 | Viseu

Para ver as restantes podem aceder ao website:
https://www.saudemaispublica.com/oportunidades-259273.html



EQUIPA S+P 2023

Editor-Chefe: João Dionísio · *Webmaster:* Diogo Caveiro · *Editora de Secção de Formação:* Mariana Cardoso · *Internos Pelo Mundo:* Filipa Direito · *Oportunidades Formativas:* Raisa Guedes, Maria Manuel Dantas · *Leituras Sugeridas:* Teresa Carvalho · *Artigos Sugeridos:* Sílvia Salvador, Carina Silva, Marta Anjos Ferreira, Matilde Ourique, Ana Simões Oliveira · *Editora de Secção de Comunicação*: Sara Moura · *Notícias:* Ana Oliveira, Catarina Rocha, Carolina Gomes, Cátia Teixeira · *Podcast:* Catarina Ramalho, Maria Leal Antão · *Em Foco:* Soraia Costa, Joana Carvalho · *Twitter:* Cristina Santos · *Instagram:* Suzana Barbosa · *Editor de Secção da Newsletter*: Marcelo Godinho · *Newsletter*: André Bernardes. José Figueiredo, Margarida Figueirinhas, David Silva.

WWW.SAUDEMAISPUBLICA.COM

Fotografias retiradas do Unsplash, captadas por: Roman Raizen, Hush Naidoo Jade Photography, Joseph Chan

S+P

AGOSTO 2023