

RESPOSTA AO PROCESSO DE CONSULTA PÚBLICA DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021-2030

PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2021 ▪ 2030

Saúde Sustentável de Tod@s para Tod@s

7 maio 2022

Médicos Internos de Saúde Pública

Autores: N Amparo, M Pinheiro, J Caramelo, MM Dantas, P Pita Ferreira, C Silva, L Gomes, F Simões, AL Pinto, P Ramos, J Rachadell, J Chen-Xu, R Vasconcelos, S Moura, T Garcia, C Santos, M Ferreira, V Ricoca Peixoto

Coordenação: G Queiroz

ÍNDICE

RESUMO	2
Capítulo 2. Metodologia	5
I. Forma	5
II. Conteúdo	5
III. Recomendações:	7
Capítulo 3. Saúde da População em Portugal.....	8
I. Forma:	8
II. Conteúdo:	12
Capítulo 4. Projeções e Prognóstico	13
I. Forma	13
II. Conteúdo:	14
III. Recomendações:	15
Capítulo 5. Objetivos para o Alcance de Saúde Sustentável	17
I. Forma	17
II. Conteúdo	18
III. Recomendações	19
Capítulo 6. Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável	20
I. Forma	20
II. Conteúdo	20
III. Recomendações	21
Capítulo 7. Recomendações para a Implementação	23
I. Forma	23
II. Conteúdo	23
III. Recomendações	23

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Objetivos no plano 2020-2023 da Public Health Scotland	17
Figura 2: Objetivos na PHE Strategy 2020-25	18

SIGLAS E ACRÓNIMOS

COVID-19 – Corona Virus Disease 2019

CMISP – Comissão de Médicos Internos de Saúde Pública

DALY - Disability-adjusted life years

DGS – Direção Geral da Saúde

DNO – Doença de Notificação Obrigatória

HBSC - Health Behaviour in School-aged Children

IHME – Institute for Health Metrics Evaluation

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PLS – Plano Local de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

PSN – Programa de Saúde Nacional

USP – Unidade de Saúde Pública

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

YLL – Years of Life Lost

RESUMO

Este documento foi elaborado por uma equipa inteiramente composta por médicos internos de Saúde Pública de várias regiões do país. A participação dos envolvidos foi voluntária e partiu de uma convocatória partiu de uma convocatória divulgada pelo Departamento de Formação das cinco Comissões de Médicos Internos de Saúde Pública (CMISP) do país. O documento foi elaborado através da recolha da contribuição de todos os participantes, e sua discussão em subgrupos divididos por capítulos. Foi ainda submetido a discussão em reunião (online) nacional de internos, assim como a consulta via e-mail. O documento representa apenas a opinião dos diretamente envolvidos, não representando a posição oficial das CMISP ou de qualquer outra instituição a que estes são afiliados.

A presente revisão do Plano Nacional de Saúde (2021-2030) assentou na revisão dos capítulos centrais do documento e seguiu três eixos de ação:

- I. O da forma, focando aspetos práticos do documento a serem corrigidos, como “gralhas”, erros, falhas ou aspetos de organização, apresentação e formatação;
- II. O do conteúdo, de uma perspetiva incrementadora, delineando conteúdos que consideramos que deveriam figurar no documento;
- III. Recomendações, de uma perspetiva de crítica de fundo, delineando outras abordagens que poderiam ser tomadas para a construção do PNS, e direcionadas a possíveis internos que participem na elaboração dos respetivos Planos Locais de Saúde (PLS).

Em relação à forma, consideramos que o PNS beneficiaria de uma revisão profunda a nível da apelabilidade gráfica e da inteligibilidade do texto. No que toca às metodologias, destacamos a necessidade de definir os métodos adotados para priorização de problemas e para a reunião de consenso entre *stakeholders*, assim como a omissão de uma abordagem de custo-efetividade/utilidade. Enquanto documento baseado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), consideramos também que fica aquém na integração destes na sua estrutura, assim como na ausência de uma visão salutogénica geral. Do ponto de vista de conteúdo, destacamos como principais omissões as relativas à Resistência Antimicrobiana e à Saúde Mental, ambas tipologias de grande magnitude, vulnerabilidade e transcendência. Denotamos também a ausência de eixos estratégicos próprios ao documento que não só elevem a sua relevância como auxiliem localmente a sua implementação. As autarquias devem ser vistas como parceiros ativos na saúde e na implementação de programas e projetos comunitários e não numa ótica de transição de competências.

Capítulo 2. Metodologia

I. Forma

- O termo *stakeholder* surge indiscriminadamente. Sugerimos a utilização do termo português “parceiros” dado o público-alvo do documento.
- Deve ser tida em atenção a coerência da utilização do novo acordo ortográfico em todo o documento, especialmente em palavras como “setor” vs. “sector”.
- A qualidade de imagem das três figuras deste capítulo é baixa, com alguns problemas na formatação. Consideramos que as três figuras (retiradas e adaptadas de artigos originais) poderiam ser substituídas por uma figura original e esquemática que ilustrasse a metodologia adotada para a elaboração do PNS.
- Na página 38, deve definir-se Modelos ARIMA - Modelos de média móvel integrado autorregressivo (p. 38).
- Apontamos a necessidade de uniformização das referências bibliográficas, utilizando sempre o mesmo estilo do nome da revista (abreviatura vs. completo). Quase todas as revistas são mencionadas com abreviatura, mas por exemplo a 20 está completa (ESC Heart Fail, não ESC Heart Failure). Aconselhamos também colocar-se sempre o doi depois de cada artigo ou o link de acesso (referência 38 vs. 86).

II. Conteúdo

- Aspetos Gerais: Começa por desenhar-se um plano geral da metodologia e da organização do documento. Nesta secção, consideramos que é insuficiente a referência ao contexto em que o PNS se insere do ponto de vista internacional, europeu, nacional e regional e àquilo que pretende (ou se propõe a) ser no que toca aos diálogos e pontes legais e operacionais que visa estabelecer entre os vários níveis. Seria aqui útil estender o ponto “de natureza operativa”, e eventualmente colocá-lo a montante, dado ser estruturante para a elaboração de tudo aquilo que se seguirá. No seguimento deste ponto, seria útil também melhorar a explicação sobre o modelo de planeamento utilizado face à conjuntura internacional (Crisp, 2017; Ferrinho et al., 2015). No que toca ao ciclo do planeamento em si, consideramos que deveria ser também colmatada a ausência de referências a clássicos do planeamento com ampla tradição em Portugal como Imperatori ou Pineault, nomeadamente abaixo da imagem por estes inspirada.
- Tipologia dos Problemas de Saúde: Neste subcapítulo faz-se uma apresentação dos problemas e seleção dos mesmos. Contudo, seria importante um maior foco na justificação e base de evidência

apresentada para a priorização de certas tipologias, como os problemas de baixa magnitude, nomeadamente através de metodologias de avaliação e medição de risco. Além disso, é dado um enfoque desproporcional à magnitude face à transcendência e vulnerabilidade (praticamente ausentes), aspetos essenciais à priorização.

- Saúde da População em Portugal: Consideramos que existe insuficiente referência aos métodos e técnicas utilizados para identificação e priorização das necessidades (e.g. Método de Hanlon, análise das cargas de doença, análise de custo-utilidade...). Uma vez que este capítulo engloba tanto a visão epidemiológica como a visão dos parceiros (*stakeholders*), além da descrição do questionário online deveria ser detalhada toda a metodologia utilizada neste contexto, nomeadamente qual foi o processo de seleção dos elementos da Comissão de Acompanhamento, qual o modelo para a sua participação efetiva além do preenchimento do questionário, e acima tudo qual o método utilizado para o delineamento de consensos (e.g. Delphi, multi voto, multicritério).
- Projeções e Prognóstico: Dada a importância deste capítulo para o planeamento estratégico, acreditamos que o documento beneficiaria muito de uma metodologia mais detalhada para cada projeção, tais como a caracterização dos fatores tidos em conta.
- Fixação dos Objetivos de Saúde: Consideramos insuficiente a metodologia apontada para o estabelecimento de objetivos, cujas falhas terão consequências mais tarde, ao não estar definido o que é, por exemplo, “longo prazo”. Ao mencionar a média dos países do mundo com melhor desempenho, deveria ser explicitado que é a média dos 5 países, tal como presente no “Sustainable Development Report 2021” (Sachs et al., 2021). Dado que esta escala é assumida para os objetivos, deveria ser explicitada sempre que se assume um valor “ótimo” ou um valor “verde”, justificando. Seria também útil definir-se já a metodologia adotada para a revisão intercalar.
- Seleção das Estratégias de Intervenção: A presente secção se apresenta demasiadamente vaga. Apesar de concretizar a conglomeração das estratégias dos Programas de Saúde Nacionais (PSN) num quadro, não se verificam quaisquer metodologias quanto à “análise e integração dos resultados obtidos” (p. 40). Poderia ser útil incluir em anexo a matriz de análise e seleção de estratégias de intervenção. O acesso a esta matriz poderia facilitar o desenvolvimento dos planos locais de saúde, assim como aumentar a transparência no processo de seleção das estratégias. As estratégias disponíveis estão em mutação e a seleção de estratégias deveria considerar custo-utilidade e abordagens conceptuais como a “accountability for reasonableness” (argumentos fundamentados, concordância de parceiros, publico e publicitado, revisibilidade). Exemplo da falta de definição da metodologia é o último parágrafo (p.40-41), que de forma pouco inteligível menciona abordagens multidimensionais ou inclusão das perspetivas de parceiro sem nunca definir metodologias para o fazer. Torna-se assim difícil para o leitor compreender (e eventualmente replicar, caso deseje planear a nível local) a elaboração deste capítulo do PNS.

- Recomendações para a implementação: Como mais tarde desenvolvermos, será importante que os autores definam se aqui se escreverá sobre “Recomendações para a implementação” ou sobre “Recomendações para implementar”. Do ponto de vista das metodologias, continua-se a mencionar mais o “quem fez” do que “como fez”, sendo útil apontar as referências utilizadas aquando desta elaboração. Mesmo no primeiro ponto, deveria definir-se quem são as “entidades mais diretamente responsáveis pelas estratégias de intervenção” (p.41), e qual foi a metodologia utilizada para a sua seleção, participação e consenso. Seria por fim importante compreender se foram delineadas metodologias para a “corresponsabilização social, multissectorial e multinível”.

III. Recomendações:

É salutar o espírito de democracia participativa e colaborativa do documento, que segue as recomendações internacionais para o envolvimento de parceiros (*stakeholders*) da comunidade. Contudo, consideramos que o documento beneficiaria de uma solidez bibliográfica mais ampla, tendo em conta a tão diversa e rica literatura e evidência que exista a este respeito. Recomendamos em especial a leitura do livro, publicado pela OMS, “Strategizing national health in the 21st century: a handbook” (Terwindt, Frank et al., 2016), assim como do Vol. 16 dos Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical relativo ao Planeamento em Saúde.

Por fim, recomendamos que a ligação com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável seja mais estratégica e estrutural na elaboração do documento, indo para além da fixação de valores de referência, mas imbuindo o planeamento de uma visão holística que aqui, na nossa opinião, se encontra fragmentada. O foco na melhoria e numa cultura de avaliação contínua de cuidados e ações não é substituído por valores fixados para objetivos macro.

Capítulo 3. Saúde da População em Portugal

I. Forma:

- Na generalidade, o texto pareceu-nos carente de organização e de uma formatação mais apelativa para o leitor, com vários temas misturados e aparecendo várias vezes ao longo do documento sem uma sequência lógica. O capítulo contém ainda bastantes falhas do ponto de vista gráfico e textual que deverão ser corrigidas.
- Recomenda-se reorganizar e subdividir o capítulo segundo o esquema abaixo:

1. Caracterização Demográfica:

- a. População residente
- b. Índices demográficos
- c. Natalidade e fecundidade
- d. Esperança de vida
- e. Mortalidade
- f. Imigração e emigração

2. Caracterização epidemiológica:

- a. Mortalidade
 - i. Taxa de mortalidade total
 - ii. Taxa de mortalidade prematura
 - iii. Mortalidade proporcional
 - iv. Taxa de mortalidade materna
 - v. Distribuição percentual dos óbitos por grupo etário
 - vi. Taxa de mortalidade padronizada para a idade para os principais grupos de causa de morte
 - vii. Taxa de mortalidade prematura de causa evitável
 - viii. Taxa de mortalidade prematura de causa tratável
 - ix. Taxa de anos de vida potencialmente perdidos
- b. Morbilidade
 - i. Anos de vida saudável aos 75 anos
 - ii. Anos de vida saudável à nascença
 - iii. DALYs (disability adjusted life years)
 - iv. YLDs (years lived with disability)
 - v. Grau de satisfação com a vida
- c. Incidência e Prevalência
 - i. Tumores Malignos
 - ii. Diabetes mellitus
 - iii. Doenças de notificação obrigatória
 1. Tuberculose
 2. VIH
 3. Outras
 - iv. Dor crónica
 - v. Doenças orais

- vi. Incapacidade motora ou sensorial
- d. Determinantes de Saúde
 - i. Demográficos
 - ii. Económicos
 - 1. Iniquidade social
 - iii. Participação e coesão social
 - 1. Religiosos
 - iv. Doenças crónicas
 - 1. Hipertensão Arterial
 - 2. Obesidade e excesso de peso
 - v. Consumo de substâncias
 - 1. Substâncias psicoativas lícitas e ilícitas
 - 2. Tabaco
 - 3. Álcool
 - 4. Internet
 - vi. Comportamentos de risco em adolescentes
 - vii. Protetores de saúde
 - viii. Determinantes ambientais:
 - 1. Temperaturas extremas
 - 2. Qualidade do ar
 - 3. Qualidade da água para consumo humano
 - 4. Águas residuais
 - 5. Resíduos perigosos
 - 6. Emissão de gases com efeitos de estufa
 - ix. Sistema de saúde e prestação de cuidados de saúde
 - 1. Cobertura Universal em Saúde
 - 2. Qualidade dos serviços
 - 3. Necessidades não satisfeitas
 - 4. Acessibilidade
 - 5. Recursos humanos
 - 6. Despesas em saúde
- e. Desigualdades em saúde
- f. Impacto da pandemia do COVID-19
- 3. Necessidades sentidas segundo os *stakeholders*
- 4. Conclusão

Revisões globais:

- Sempre que possível, os dados do PNS 2021-2030 deveriam apresentar dados relativos a 2020 ou 2021, principalmente dados demográficos dos Censos 2021 já disponíveis.
- O símbolo monetário do euro deve ser uniformizado, uma vez que surge como “€” (p.87), “EUR” (p. 113) e “euros” (p. 106).

- Sempre que fazem o destaque com os ODS, seria mais interessante evidenciar logo nessa caixa o valor que Portugal obteve para esse indicador, de acordo com o relatório do INE (*INE, 2019*), de modo a ser imediatamente perceptível se Portugal cumpriu ou está perto de cumprir os ODS.
- Os ODS deveriam ser apresentados no final de cada secção e não no meio do texto, o que além de dificultar a leitura desenquadra muitas vezes o seu conteúdo. Por exemplo, apresentam-se os comportamentos de risco de adolescentes ao lado dos ODS sobre qualidade do ar (p. 106).
- Está ausente o ODS respeitante à esperança média de vida (83 anos).
- Na secção respeitante a adição, não consideramos útil separar os adolescentes dos restantes, fragmentando a leitura. Seria mais útil apresentar os dados segundo a faixa etária.
- O diagnóstico de situação das dependências da internet apresenta-se descolado da realidade, misturando utilização de internet com dependência de internet.

Revisões específicas:

- Página 44 - recomenda-se que o Quadro 1 apresente os dados dos Censos 2021 para a População residente (N.º) em Portugal, por sexo e grupo etário, pois são dados mais recentes e não se trata de estimativas. Além disso, o parágrafo anterior está a mencionar os dados censitários de 2021. Em alternativa, os dados das estimativas da população devem ser atualizados para o ano de 2020
- Página 45 - recomenda-se que a Figura 4 seja apresentada na forma de pirâmide etária.
- Página 45 - a legenda da figura 5 encontra-se cortada.
- Página 46 - focar, que para além da elevada densidade populacional nas áreas metropolitanas do Porto e Lisboa, há uma maior concentração da população residente no litoral do país, traduzindo um problema conhecido de despovoamento do interior.
- Página 48 - na figura 11 é impossível de ler a componente da evolução do índice de envelhecimento (à direita)
- Página 49 - na figura 12 é impossível de ler a componente da evolução dos índices de dependência (à direita); na figura 13 não se lê nada
- Página 49 - a figura 14 é impossível de ler, falta colocar os valores de início na componente do gráfico à direita, para se poder apreciar a evolução até 2019.
- Página 51 - na frase “Em contrapartida, no mesmo período observou-se um aumento assinalável, de 23,9 % para 33,3 % (39,3 %), da proporção de nascimentos em mulheres

com idade igual ou superior a 35 anos, (...) - não se percebe se aumentou para 33,3% ou 39,3%.

- Página 52 - fala-se de taxa bruta de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada na página 52, depois fala-se de imigração e emigração e depois volta a falar-se de mortalidade na página 62 - recomenda-se que a seção de mortalidade esteja toda seguida, tal como recomendado acima.
- Página 59 - trocar as cores, o mais recente deve ser a cor mais enfática (aliás mais para a frente adotam esta estratégia)
- Página 61 - figura 26 - tirar junto das linhas as designações das regiões, que já constam da legenda; colocar apenas os valores e todos na mesma posição, à direita da linha.
- Página 72 - recomenda-se que na figura 37 seja acrescentada a legenda para o valor de 56%.
- Página 80 - Figura 46 tem 13 linhas e 12 legendas, sendo impossível entender qual o tipo de cancro representado pela linha verde-escura.
- Página 82 - Figura 48 tem 11 barras e 6 legendas, desalinhasadas, sendo, portanto, impossível a sua interpretação.
- Página 84 - Figura 50 desconfigurada, não assinalando o grupo etários dos 12 anos (quadro está cortado).
- Página 87 - Figura 53 com eixos e legendas ilegíveis.
- Página 88 - No fim da página e na figura 55 demonstra-se desigualdades em diabetes, mas de forma desenquadrada com o tema de incapacidade.
- Página 92 - Figura 58 com gráfico de evolução do índice de envelhecimento (à esquerda) ilegível, números pixelizados
- Página 94 - Total ausência de referências para a afirmação “Vários estudos epidemiológicos têm vindo a demonstrar a associação entre práticas religiosas e a pertença a uma comunidade de fé por parte dos adultos (...)”. Dada a sensibilidade do tema, ou se robustece a afirmação ou deverá remover-se do documento.
- Página 94 - Quadro 7 desconfigurado, com fonte na página seguinte (pág. 95), e com cores diferentes do quadro seguinte (quadro 8).
- Página 95 - Figura 60 mal recortada, não se vendo a totalidade do eixo vertical.
- Página 96 - Figura 62 e 63 retiradas da mesma fonte (INE), usando esquemas de cores diferentes entre si, e diferente esquema de cores das restantes figuras adjacentes. Na figura 63 não se consegue ler os valores inscritos nos eixos.
- Página 104 - deveria substituir-se o termo “embriaguez” por um com definição científica.
- Página 109 - consideramos desnecessária a introdução do termo “gap”.
- Página 114 - Figura 72 com eixo horizontal e legendas ilegíveis.

- Página 116 - Figura 74 com eixo vertical de leitura difícil.
- Página 117 - Figura 75 deveria ser substituída por outra que não uma captura de ecrã direta do computador, e em português.

II. Conteúdo:

- Seria, segundo cremos, essencial introduzir o diagnóstico de situação relativo aos seguintes temas:
 - Resistência antimicrobiana
 - Consumo de fármacos
 - Saúde ocupacional
 - Saúde mental (de forma mais detalhada)
 - Insegurança alimentar
 - Literacia em saúde
 - Impacto atual das alterações climáticas
- Uma estruturação do documento mais ligada aos ODS poderia conceder uma perspetiva mais salutogénica, assim como permitir um fio condutor transversal a todo o conteúdo do documento. Além do que poderia dar uma maior visibilidade e multidimensionalidade às estratégias apresentadas.
- Quando se menciona o grau de satisfação com a vida seria importante fazer uma ponte com o *ladder score* utilizado nos ODS, de forma a poder estabelecer um objetivo análogo.
- Consideramos desnecessária a menção ao estudo HBSC depois da referência à carga de doença da depressão, uma vez que não se refere a carga de doença nem, na sua maioria, a depressão. Seria muito mais útil apresentar um diagnóstico detalhado para a saúde mental na secção “Morbilidade”.
- Deveria definir-se o que se entende enquanto “longo prazo”, e repensar se é razoável apontar como objetivos a longo prazo 0 óbitos por suicídio ou 0 novas infeções por VIH, sem outro objetivo “palpável” apresentado.
- Seria importante perceber qual a proporção de notificação do VIH face às restantes DNO. Seria também importante um diagnóstico detalhado das Doenças Sexualmente Transmissíveis, dada a vulnerabilidade deste grupo de doenças.

Capítulo 4. Projeções e Prognóstico

I. Forma

Revisões globais:

- Separar as legendas das figuras e dos quadros, uma vez que estas não devem estar juntas, mas sim o mais próximo da figura/quadro a que se referem. As legendas das figuras devem encontrar-se debaixo destas, enquanto as legendas dos quadros devem encontrar-se acima destes.
- Rever a necessidade de apresentar a maioria dos quadros que se encontram nesta secção, por não acrescentarem informação em relação ao texto.
- Acrescentar informação (dados do IHME) sobre a evolução, nos últimos anos e até 2030, dos óbitos atribuíveis à hipertensão arterial sistólica, erros alimentares, consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, excesso de peso e obesidade, tabagismo, hiperglicemia em jejum e hipercolesterolemia, por forma a permitir a compreensão do significado dos dados apresentados para 2030.
- Uniformizar a apresentação da informação para ambos os sexos e diferenciada por sexo em todas as figuras desta secção, por forma a promover maior riqueza dos resultados apresentados. Sublinhamos que a informação diferenciada por sexo é mais premente na evolução e projeção da mortalidade por doenças do aparelho digestivo, uma vez que é referido no texto que houve uma redução maior no sexo masculino (critério referido na secção de metodologias para apresentação dos resultados por sexo).
- Explorar a necessidade de alertar para a possibilidade de um aumento expressivo da incidência da infeção por VIH, tendo em conta as projeções apresentadas, e desenvolver os motivos para esta projeção.
- Incluir, nas situações com impacte potencial no valor das projeções de mortalidade e de morbilidade, crises (migratórias e socioeconómicas) decorrentes de situações bélicas atuais.

Revisões específicas:

- Páginas 140 e 152 - Alterar a utilização da expressão “explicação cabal”, uma vez que esta oferece uma leitura mais informal do que a que deveria ser feita neste documento.

- Página 146 - Alterar, para leitura mais facilitada da informação, a apresentação os intervalos de confiança de “161,2 por 100.000 (IC95: 132,5-194,2) no sexo feminino e 347,2 por 100.000 (IC95: 320,4-375,5) no sexo masculino” para “161,2 por 100.000 no sexo feminino (IC95: 132,5-194,2) e 347,2 por 100.000 no sexo masculino (IC95: 320,4-375,5)”.
- Página 152 - Substituir “nível de mortalidade” por “taxa de mortalidade”.
- Acrescentar, nas figuras, os valores de mortalidade/incidência mais importantes de realçar (nomeadamente os valores iniciais, os referentes a 2019 e os projetados para 2030).
- Página 159 - Acrescentar um parágrafo depois da legenda do quadro 35 e antes do texto.
- Página 161 - Repensar o adjetivo usado na frase “a incidência de tuberculose tem diminuído sistematicamente em Portugal”, uma vez que o gráfico apresenta anos com subidas da mesma. Sugerimos o adjetivo “tendencialmente.”
- Página 165 - Alterar a expressão “pessoas mais frágeis”, encontrada na página 165, para “pessoas em situação de maior fragilidade”, uma vez que a fragilidade é considerada um estado e não um traço do indivíduo.

II. Conteúdo:

- Face ao nosso entendimento de que uma secção como esta deve conter informação que permita tomar decisões quanto a objetivos e estratégias a definir para a próxima década, sentimos que o texto carece de ambição por não delinear eventos passados que possam vir a ter impacte (ou não) no futuro – nomeadamente quando se verificam alterações consideráveis ao nível da evolução apresentada nas figuras. Por exemplo, a atividade gripal é usada como hipótese a explicar a evolução das doenças do aparelho respiratório, sem que haja uma análise visual comparativa.
- Ainda neste sentido, seria importante acrescentar análises comparativas e estudos de avaliação de impacte quando se afirma que as “políticas de saúde implementadas no âmbito do tabagismo, alcoolismo, alimentação saudável, promoção de atividade física, entre outros” implementadas nas últimas décadas em Portugal, apresentam um expectável impacte positivo e sinérgico na mortalidade e morbilidade (p.138-139), que “devem ser considerados” certos contextos na análise das projeções, nomeadamente o “aumento da esperança média de vida à nascença” e a “evolução de determinantes demográficos e sociais, económicos e relacionados com a prestação de cuidados de saúde” (p.138), ou que “problemas associados às alterações climáticas cuja magnitude é, à data, nula ou reduzida em Portugal” (p.165) uma vez que são afirmações que carecem de análise efetiva comparativa (neste documento).

- Ao referir que o “o prognóstico favorável da prevenção e controlo [dos problemas de saúde que tiveram, no passado, uma elevada magnitude, e hoje atualmente controlados] depende do investimento permanente e atento no controlo dos determinantes de saúde associados, dos quais se destacam como absolutamente críticos os relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde” (p.164), consideramos inoportuno a primazia destes determinantes face a outros cujo peso não pode ser ignorado, em particular quando se mencionam as doenças transmitidas pela água e pelos alimentos.
- Consideramos também que deveriam ser mais bem caracterizadas as projeções do IHME para a mortalidade, morbidade (incidência e prevalência) e fatores determinantes identificados como prioritários nas conclusões da secção “Saúde da População em Portugal”, uma vez que os dados apresentados na p. 164 não apresentam qualquer indicador de tendência que permita perceber qual a natureza e o impacte das projeções.
- Esta secção acaba por (se limitar a) tentar explorar o Objetivo do Desenvolvimento Sustentável número 3.4 “até 2030, reduzir num terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar”, sem, contudo, incluir o segundo indicador preconizado para este ponto, a “taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)”. Além disso, não é explorado o facto de se tratar de um ODS que, segundo as projeções, não será cumprido – nem se encontra prevista uma abordagem ao facto nas estratégias deste documento.

III. Recomendações:

A validade das projeções realizadas em muito dependerá da análise feita dos dados disponíveis. A não consideração, na análise e/ou interpretação dos dados, de vários determinantes (não só dentro do setor da saúde, como morbidade ou acesso, mas também fora do setor, como questões económicas, sociais ou ambientais) limita em muito a capacidade de previsão e atuação perante eventos ou crises que possam ter impacte na saúde da população. Por exemplo, uma análise mais profunda às consequências (existentes ou não) da crise ocorrida entre 2010-2014 poderia servir como base para preparação dos serviços para uma eventual crise no rescaldo da pandemia de COVID-19 ou em consequência da invasão da Ucrânia pela Rússia. Apesar de esta não consideração de outros determinantes ser justificada pela falta de estudos de impacte, nomeadamente das políticas de saúde implementadas, mesmo que já tenham ocorrido há anos suficientes para permitir esses estudos, este PNS não prevê, nem mostra essa preocupação, a realização desses estudos. É do nosso entender que os objetivos de um PNS não se devem limitar apenas a ganhos em saúde (ou, no caso deste, em redução de doença), mas também se devem debruçar sobre a investigação e inovação necessárias, dada a importância que representam para se alcançar esses ganhos – a única menção

neste sentido encontra-se em anexo, nas recomendações gerais efetuadas pelo Conselho Consultivo, dando a entender que, apesar de reconhecida a importância teórica, na prática não é um foco deste PNS.

Além da limitada interpretação dos dados apresentados, esta secção carece de projeções de incidência e prevalência de mais doenças de interesse para a saúde (pública), nomeadamente diabetes mellitus, insuficiência cardíaca ou tumores malignos, de complicações de algumas doenças, nomeadamente amputações, enfarte agudo do miocárdio ou acidentes vasculares cerebrais, de determinantes, nomeadamente hipertensão arterial, excesso de peso, alcoolismo e tabagismo, e de outros problemas de saúde pública emergentes, nomeadamente a resistência aos antimicrobianos, apelidada por muitos a próxima grande pandemia. É do nosso entender que há uma mais-valia na realização destas projeções, mesmo que os dados disponíveis não permitam usar a mesma metodologia, não só para ambicionar uma melhor exploração do ODS 3.4 (a que se propõe esta secção), mas também para permitir uma maior variedade dos objetivos delineados para 2030, que peca por ser parca – um infeliz condicionamento, principalmente tendo em conta a riqueza da Comissão de Acompanhamento e Conselho Consultivo deste documento.

Por fim, alertamos para o facto de a secção não apresentar uma justificação para a realização destes prognósticos, nem apresentar uma discussão crítica para os resultados dos mesmos (não se tratando de uma secção de prognóstico, apenas de projeções). Carecem as reflexões sobre a evolução dos problemas apresentados, nomeadamente sobre se estes continuarão a representar um problema de saúde pública, ou não. Parece-nos que esta secção serviu apenas para traçar os objetivos deste PNS em relação aos problemas aqui apresentados – com a agravante de não apresentarem a ambição de atingir objetivos além das previsões (ou seja, esperarem que se continue a fazer exatamente aquilo que já se encontrava a ser feito).

Ainda assim, sublinhamos que esta secção constitui um excelente acrescento ao PNS e uma base robusta para a tomada de decisão futura.

Capítulo 5. Objetivos para o Alcance de Saúde Sustentável

I. Forma

- Sendo este documento orientador das políticas de saúde, que impactam a vida da população portuguesa, a acessibilidade deve ser objetivo fundamental.
- A utilização de texto de grande densidade torna mais difícil a leitura do documento. A Figura 1 é um exemplo de uma síntese gráfica no plano 2020-2023 da Public Health Scotland, a secção de objetivos.

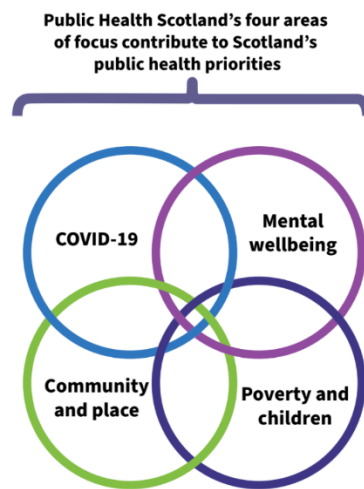



Figura 1: Objetivos no plano 2020-2023 da Public Health Scotland

- Cada um dos grandes vetores surge com hiperligação para documentos mais específicos que aprofundam o tema. Esta estratégia possibilita uma visão de conjunto mais simplificada sem perda de granularidade da análise, onde e quando o leitor desejar encontrá-la.
- Os objetivos poderiam estar mais bem integrados na fundamentação e estratégias, como é feito no documento PHE Strategy 2020-25, exemplificado na Figura 2.

7 Reduced risk from antimicrobial resistance



Antimicrobial resistance (AMR) occurs when microorganisms such as bacteria, viruses, fungi and parasites change in ways that render the antibiotics used to cure the infections they cause ineffective. Without effective antibiotics, minor surgery, routine operations and cancer treatments could become higher-risk, leading to prolonged illnesses and higher numbers of deaths. Across Europe, infections caused by key antibiotic-resistant bacteria are responsible for over 33,000 deaths annually and the loss of more healthy life years than HIV, influenza, and tuberculosis combined.

Ambition
For the risk of AMR to be effectively contained, controlled and mitigated for the people in the UK, as part of global efforts to address antimicrobial resistance.

Aims
This will contribute towards the Government's aims in the AMR National Action plan to:

- reduce healthcare associated Gram-negative bloodstream infection by 50% by 2024, from a 2016 baseline
- reduce key antibiotic-resistant infections by 10% by 2025, from a 2017 baseline
- reduce antibiotic use by 25% from a 2014 baseline by 2024

Approach
We will draw on PHE's unique expertise to help optimise antibiotic prescribing to prevent antimicrobial resistance and deliver world-leading surveillance for the drug-resistant infections that do occur. Our programme of work will target the most challenging multi-drug resistant pathogens, including those causing gonorrhoea, tuberculosis and Gram-negative infections. We will work to develop, implement and evaluate evidence-based interventions to prevent infections and define and prevent tipping points when AMR infections go from rare events to endemic diseases. We will:

- improve understanding of antibiotic prescribing and its unintended consequences, including the implications of reduced antibiotic prescribing and the impact of the failure of treatments for drug-resistant infections on clinical outcomes

Figura 2: Objetivos na PHE Strategy 2020-25

II. Conteúdo

- Importância de focar nos ODS, e as estratégias elencadas no European Region Roadmap que advêm dos ODS ([World Health Organization. Regional Office for Europe, 2021](#))
- Uma vez mais consideramos que falta interligar os objetivos elencados com os ODS, numa perspetiva verdadeiramente integrativa.
- Os objetivos estão maioritariamente focados na redução da mortalidade por várias patologias, sem qualquer relação com morbilidade, incapacidade ou qualidade de vida. Consideramos que a carga de doença se afigura como uma forma mais abrangente de olhar para o impacto de uma doença, a par com o seu peso económico na sociedade.
- Evidenciamos que as metas, definidas conforme as projeções do próprio PNS, e mantendo as tendências, são pouco ambiciosas em relação à influência de possíveis intervenções.
- Por fim, é de apontar que alguns dos objetivos não são SMART, à semelhança do que sucedia no Capítulo 3, como por exemplo: “Assegurar o valor tendencialmente nulo do número de casos de tétano neonatal” (p. 172)

III. Recomendações

A divisão entre problemas de alta magnitude vs. baixa magnitude, mas elevado potencial de risco, embora cientificamente relevante, torna mais difícil a compreensão dos enunciados. Um esquema de organização por temáticas teria tido vantagens na veiculação da informação.

Regista-se uma ausência de associação entre os objetivos delineados e os ODS, contraditória com toda a narrativa sobre sustentabilidade em saúde que o documento pretende, e bem, afirmar.

Insiste-se na justificação da estruturação dos objetivos apresentada da ausência de dados, sem apresentar soluções para tal, ao invés de sugerir e promover objetivos de desenvolvimento de investigação nas temáticas com ausência de dados.

Alguns objetivos são irrealistas, talvez beneficiem de indicadores intermédios de processo e metas ajustadas à realidade.

Capítulo 6. Estratégias de Intervenção para a Saúde Sustentável

I. Forma

- Formatar no modo “justificado” os textos secundários (em caixa de texto)
- Página 174 - No primeiro parágrafo há repetição da palavra “intervenção” na mesma frase.
- Página 175 - Inserir hiperligação para os documentos de referência tanto nesta parte do texto como no restante documento. Também nesta página, o excerto sobre a agenda da juventude para a saúde 2030 parece estar fora de contexto, já que no texto principal o tema é sobre as estratégias de intervenção e os *stakeholders*.
- Página 176 - Nos mecanismos de suporte surge a sigla CSP pela primeira vez neste capítulo e não colocam por extenso (Cuidados de Saúde Primários).
- Página 177 - Desformatação na primeira caixa de texto da página. Não está visível a totalidade do texto. Porém, ao selecionar manualmente consegue-se copiar o resto do texto -> [Programa UE pela Saúde para o período do quadro financeiro plurianual 2021-2027] (87)
- Página 182 - No quadro, na célula “NS por problemas de saúde de baixa ou nula magnitude, mas com potencial risco em ascensão”, tem uma linha a mais (deve-se unir células na formatação).
- Página 183 - Em “implementar” é mencionado “*all policies in health*”. Não fica claro que este termo, derivado do famoso “saúde em todas as políticas” existe, e se se é uma citação de Hans Kluge. Também nesta página, consideramos pouco apropriado para um documento formal desta natureza a utilização da expressão “comunicar, comunicar, comunicar”.

II. Conteúdo

- Consideramos que seria bom clarificar o processo de seleção das estratégias de intervenção com o alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 (p. 39 e 174). Não fica claro no texto como foi efetuado este alinhamento e quais estratégias e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2030 foram selecionados neste emparelhamento.
- Dado ser referido que “o contexto pandémico e o seu impacte” exige estratégias inovadoras, assim como como “novas” estratégias, “nomeadamente as dirigidas a necessidades de saúde de imposição recente” (p. 174), seria importante ter em conta esta condicionante uma vez que a seleção de estratégias de intervenção foi efetuada à partir das estratégias de intervenção dos PSN, que são anteriores ao contexto pandémico.

- Uma vez que um dos critérios de priorização em saúde é a vulnerabilidade das condições a combater, este deveria ser um aspeto mais realçado neste capítulo, estando, no entanto, completamente ausente.
- Apesar da repetição múltipla de “*One Health*”, não são delineadas estratégias neste contexto nem explanado o porquê da sua importância.
- No subtítulo “Promover saúde”, é citada a necessidade de revisão das “abordagens estratégicas habitualmente utilizadas em contextos particularmente impactados pelo contexto pandémico” e somente na nota de rodapé é citado “o contexto “escola” (p. 178). Uma vez que a própria nota de rodapé refere que é “urgente uma reflexão sobre “que saúde escolar para esta década”, sobretudo, no período “pós-pandemia”, as abordagens a estas estratégias em contexto escolar merecem a incorporação no corpo do texto.
- Quando se referem a “estratégias que funcionam” será útil elencar pelo menos a sua maioria, aproveitando para divulgar evidência da implementação de estratégias passadas promovidas a nível de PNS ou local.
- Poder-se-iam incluir alguns exemplos concretos de estratégias a implementar, assim de recursos disponíveis para consulta de evidência da sua implementação, nomeadamente em complemento do Quadro 43 (p. 181, 182). Por exemplo, uma das estratégias é a "Inovação de medicamentos e dispositivos médicos com garantia do acesso equitativo aos mesmos". Contudo, fica sem se perceber como se aplica essa estratégia em concreto: se através do apoio à investigação, se da melhoria da quantidade, se da qualidade e acessibilidade das bolsas de investigação, se dos incentivos ao investimento privado na investigação e desenvolvimento tecnológico, etc. O mesmo se pode dizer das restantes.
- Dever-se-ia incluir a Vigilância Epidemiológica das Resistências aos Antimicrobianos nos problemas de saúde de elevada magnitude.

III. Recomendações

É do nosso entendimento que o PNS, enquanto documento de orientação estratégica a desenvolver em plano regional ([Simões & Ferrinho, 2017](#)), deveria facultar ao leitor (e parceiro) uma clara noção de quais os seus principais eixos de ação (estratégicos), fortemente baseados na evidência que os prioriza em função a outros. Contudo, notamos aqui uma ausência de uma estratégia clara para a próxima década, ora fragmentando-se nos diversos PSN (e portanto, ao não querer trazer nada de novo em relação a estes, arrisca anular a sua importância), ora diluindo-se nas orientações gerais dos ODS, ora faltando à apresentação de evidência da ação passada. Neste capítulo em concreto, a definição de eixos estratégicos seria de demais importância.

Neste sentido, em todo o documento apenas reconhecemos duas ações globalmente reformistas ou que chamam à ação direta: 1) a necessidade “de investigação prioritária no horizonte do PNS 2021-2030” do afunilamento da redução da mortalidade na faixa etária dos 50 anos (p. 141); e 2) a “construção de um sistema de informação de saúde integrado, multidimensional” (p. 177). Nesta óptica, e face aos capítulos anteriores, seria importante em primeiro lugar, que este capítulo elencasse, assumisse e se responsabilizasse os eixos prioritários em saúde para a próxima década, e seguidamente se orientasse a partir delas. Os eixos deveriam assentar na incorporação no PNS de propostas como agendas de investigação comuns, de promoção da literacia em comum, ou de estratégias de parcerias na comunidade (onde a *One Health* tão bem se insere). Consideramos que o PNS não se deve cingir a intenções pouco definidas, mas deve ser assertivo quando apresenta direções para a sua implementação.

Também face à atual conjectura de transferência de competências na área da saúde para os município, seria fundamental “um reforço do esforço de planeamento, com especial atenção aos instrumentos de avaliação que permitam, por um lado, comparar os diversos processos e resultados e, por outro lado, evitar ou atenuar omissões, duplicações, desigualdades” (Simões & Ferrinho, 2017). No entanto, este aspeto está ausente do PNS.

Por fim, consideramos que seria útil se não uma assunção estratégica deste eixo, pelo menos uma referência à custo-efetividade do PNS. Praticamente ausente do documento ficou o peso que a doença e as doenças têm na economia pública, muito além da despesa direta da saúde. Para que, de acordo com o espírito do planeamento, possamos gerir da melhor forma recursos escassos, é na nossa visão fundamental perceber qual o significado económico de uma intervenção antes de se avançar com o seu financiamento e a contratualização de esforços nesse sentido. Existindo metodologias bem definidas e discutidas para que se realize este esforço, esta abordagem deveria ser considerada em futuras edições do PNS, assim como, sempre que possível, nos PLS desta década.

Capítulo 7. Recomendações para a Implementação

I. Forma

Página 189 - todas as caixas começam com reticências, mas na primeira estas não correspondem a continuidade com o título, havendo descontinuidade semântica.

II. Conteúdo

- Tal como mencionado aqui na secção do Capítulo 2, deve ser reavaliado se o Capítulo 7 se chama “Recomendações para a Implementação” ou “para Implementar”, uma vez que consideramos que em nenhum dos três segmentos deste capítulo existem ferramentas que auxiliem o leitor e parceiro na implementação do documento.
- Apesar de mencionada a necessidade da “utilização de metodologias inovadoras” (p. 185), estas não são concretizadas nem exemplificadas.
- É referido que “No PNS, foram, também, definidos vários mecanismos de suporte essenciais à implementação das estratégias seleccionadas, desde parcerias internas e externas reforçadas, um sistema de informação de saúde integrado e a transição digital, a melhoria contínua da qualidade do planeamento em saúde e a abordagem do mesmo e do investimento de acordo com as desigualdades, até ao financiamento, planeamento e investimento adequados aos recursos humanos e infraestruturas, entre outros” (p. 186). Contudo, consideramos que nenhum destes mecanismos de suporte está claro ou bem definido no documento, assim como a sua associação a metodologias inovadoras.
- A secção “7.2. Algumas recomendações específicas de organismos internacionais (...)”, que compreende recomendações emitidas pela OCDE e pela Comissão Europeia, não dizem respeito a recomendações para a implementação deste PNS, e portanto não constar deste capítulo. Todas elas dizem mais respeito a estratégias gerais de desenvolvimento, que no máximo deveriam suportar as estratégias do capítulo anterior.
- É mencionado o “Pacto Social para a Década”, mas em nenhuma parte se define aquilo em que consiste nem como será desenhado.
- Entendemos que o núcleo importante deste capítulo é aquele que se encontra inteiramente no Anexo 5. Contudo, achamos contraproducente que a DGS se demarque da autoria desse documento, retirando-se da responsabilidade sobre a definição e alcance dessas metas.

III. Recomendações

Apesar de algumas abordagens ao planeamento negligenciarem a dimensão da implementação, considerando que cabe ao parceiro no terreno delinear o melhor modo para o fazer, há que conseguir o

equilíbrio entre “assegurar que os planos são implementáveis, experimentando e testando-os por exemplo, e deixar que os implementadores aprendam e se adaptam a eles” (Crisp, 2017, p. S10). Este é um equilíbrio que deve ser procurado quando, também nas unidades, se desenha o PLS, pensando em todas as unidades funcionais dentro do ACES, e nos parceiros externos tanto da área da saúde (hospitalar, IPSS...) como sociais. Aqui, o acompanhamento da implementação é chave, tanto através da consultoria direta aos parceiros como da avaliação do impacto das políticas na saúde das comunidades.

Se um dos pontos-chave deste PNS é a abertura à comunidade, com a integração de *stakeholders* na Comissão de Acompanhamento, por outro lado o seu envolvimento na implementação acaba por ser mínimo, não estando presente qualquer base de compromisso entre *stakeholders* ou setores. A menção de um Pacto Social acaba por remeter o propósito do PNS para outro documento, sendo pelo contrário desejável que esse pacto ocorra em sede de PNS. Como pergunta Nigel Crisp “Até onde os representantes de setores externos, da educação ou apoio social por exemplo, estão envolvidos diretamente na tomada de decisões e na governança do planeamento em saúde e da prestação de cuidados de saúde, e não apenas consultados pela sua opinião?” (Crisp, 2017, p. S10). É assim desejável que exista responsabilização (*accountability*) da comunidade perante o plano que a própria construiu, de forma que seja de facto um Plano Nacional de Saúde em Todas as Políticas, de todos para todos. Este compromisso deverá estar metodologicamente detalhado, e patente na secção de Implementação, de forma a selar uma verdadeira missão conjunta para a próxima década.

Bibliografia

Crisp, N. (2017). Health planning – a global perspective. *Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, S09-S16.

Ferrinho, P., Guerreiro, C. S., & Portugal, R. (2015). Estudo comparativo de estratégias/PNS de países europeus membros da OCDE. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 14, 71–84. <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.152>

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: Indicadores para Portugal | Agenda 2030. (2019). INE. <https://www.sgeconomia.gov.pt/noticias/ine-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-indicadores-para-portugal-agenda-2030span-classnovo-novospan.aspx>

Sachs, J., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G., & Woelm, F. (2021). *Sustainable Development Report 2021*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009106559>

Simões, J., & Ferrinho, P. (2017). Contributo para a história do planeamento da saúde em Portugal. *Anais Do Instituto De Higiene E Medicina Tropical*, 16(Supl. 1), S17–S23.

Terwindt, Frank, Rajan, Dheepa, & Soucat, Agnes. (2016). Chapter 4: Priority-setting for national health policies, strategies and plans. Em *Strategizing national health in the 21st century: A handbook* (2nd ed). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343572>

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2021). *Health and well-being and the 2030 agenda for sustainable development in the WHO European region: An analysis of policy development and implementation. Report of the first survey to assess Member States' activities in relation to the WHO European region roadmap to implement the 2030 agenda for sustainable development* (WHO/EURO:2021-1878-41629-56873). World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/339795>