

# Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde

LÚCIO MENESES DE ALMEIDA

A Saúde Pública, enquanto comprometimento social na melhoria da saúde e bem-estar das populações e comunidades (Rychetnik *et al.*, 2004), enfrenta novos desafios decorrentes do envelhecimento da população, da inovação tecnológica do sector da saúde e da procura crescente de cuidados de saúde.

Face à relevância dos cuidados de saúde enquanto determinantes de saúde, a sustentabilidade dos sistemas de saúde assume-se como pressuposto fundamental à manutenção de uma evolução favorável do nível de saúde da generalidade dos países. Dentre as estratégias preconizadas, destacam-se a prática clínica baseada no modelo CLINECS (Portzolt e Kaplan, 2006) e, a um nível comunitário, a integração dos recursos da comunidade no planeamento e gestão das doenças crónicas — «modelo tridimensional» (Wagner *et al.*, 2001).

A Saúde Pública tem-se caracterizado pela ausência de um modelo conceptual útil (Turnock, 2004). O contexto nacional de reestruturação dos serviços de saúde pública torna pertinente a discussão de um modelo conceptual da Saúde Pública nacional.

□

Lúcio Meneses de Almeida é médico especialista em saúde pública. Assessor da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (Unidade de Planeamento do Departamento de Saúde Pública e Planeamento). Assessor do Delegado de Saúde Regional do Centro.

Submetido à apreciação: 12 de Março de 2009

Aceite para publicação: 14 de Abril de 2010

O modelo a adoptar pela comunidade profissional de saúde pública deverá salvaguardar o indispensável equilíbrio entre compreensividade/exaustividade e compreensibilidade, tendo em vista a sua fácil adopção pelos diversos actores da Saúde Pública — incluindo o público em geral. O autor aborda o modelo «estrutura»/«processo»/«outcomes» proposto por Donabedian no âmbito da qualidade dos cuidados de saúde («tríade de Donabedian»). Este modelo afigura-se como um instrumento relevante para a compreensão da missão da Saúde Pública nas suas diversas dimensões (Turnock, 2004) e, designadamente, no que diz respeito ao funcionamento dos serviços de saúde pública. É discutido o papel dos serviços de saúde pública à luz de um modelo conceptual sistémico de Saúde Pública e a sua posição relativa no âmbito do sistema de saúde nacional. Os especialistas em saúde pública deverão assumir o papel de «médicos do sistema de saúde» e assegurar uma «vigilância sistémica» que promova a equidade, efectividade e eficiência do sector.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; sistema de saúde; organização de serviços; doenças crónicas; capacitação em saúde.

## Introdução

O século xx está indissociavelmente marcado por avanços notáveis do estado de saúde das populações e, muito em particular, nos países e regiões mais desenvolvidos do Globo. Os ganhos na esperança de vida à nascença no último século corresponderam, em países como os Estados Unidos, a quase 30 anos

e a mais de 22 anos no resto do Mundo (Khaliq e Smego Jr, 2007).

Dos 30 anos de quantidade média de vida ganhos durante o século xx, apenas 5 anos (*i.e.*, menos de um quinto do total) são atribuíveis aos serviços de saúde (Turnock, 2004).

Não obstante a sua relevância, a Saúde Pública é uma área de conhecimento e intervenção mal compreendida pelo público em geral e mesmo pelos seus profissionais (Turnock, 2004).

O envelhecimento global da população é, simultaneamente, uma das maiores conquistas da Humanidade e um dos seus maiores desafios (WHO, 2002) pela sobrecarga assistencial e comunitária decorrente das doenças crónicas e da incapacidade associada. A elevada prevalência de idosos coloca Portugal como um dos países mais envelhecidos do Mundo (Almeida, 2004a).

Se considerarmos apenas a segunda metade do século xx, dos 7,5 anos de aumento da esperança de vida observados durante este período, cerca de metade são atribuíveis aos cuidados médicos e de saúde (Bunker, 2001) — fracção claramente superior à estimada para todo o século xx.

Alguns autores consideram que uma vez supridas as necessidades básicas em saúde (relacionadas com as condições de vida, nutrição e intervenções em saúde pública — facto verificado na generalidade dos países e regiões mais desenvolvidos), os cuidados médicos tornam-se o principal determinante da esperança de vida, sendo seu impacte substancialmente maior do que o ambiente social ou os estilos de vida (Bunker, 2001).

Face ao custo crescente dos cuidados de saúde («explosão de custos»), a sustentabilidade do sistema de saúde assume-se, pois, como um dos principais desafios da Saúde Pública global.

A reorganização dos serviços de saúde pública em curso no nosso País (Fevereiro de 2009) é contextualmente propícia à discussão de um modelo conceptual de Saúde Pública à luz dos desafios enunciados.

O modelo a adoptar deverá salvaguardar o indispensável equilíbrio entre compreensividade/exaustividade (*comprehensiveness*) e compreensibilidade (*comprehensibility*), tendo em vista a sua fácil adopção pelos diversos actores da Saúde Pública — incluindo o público em geral.

### Saúde Pública: definições e conceitos

A Saúde Pública, enquanto objectivo, existe desde as primeiras civilizações quando os governantes assumiram a responsabilidade política de salvaguarda da saúde das populações das primeiras cidades, designa-

damente através da construção de sistemas de esgotos para drenagem de efluentes domésticos e aquedutos para fornecimento de água ou através de intervenções ambientais como a drenagem de pântanos (Almeida, 2004b).

Estas medidas tiveram como finalidade gerir o maior desafio de sempre da Humanidade: a sedentarização (Almeida, 2004b). Além do risco acrescido de transmissão de doenças infecciosas, a sedentarização resulta em impacte ambiental decorrente da utilização dos solos e das diversas actividades humanas, sendo tanto maior esse impacte potencial quanto maior a dimensão do aglomerado populacional (Almeida, 2004b).

Terá sido há cerca de 4000 anos que se iniciou o planeamento em saúde pública, quando as primeiras cidades do Vale do Indo desenharam (e construíram) os primeiros sistemas cobertos de esgotos (Rosen, 1993).

Não obstante a Saúde Pública enquanto objectivo, remontar há milhares de anos atrás, a sua emergência enquanto corpo organizado do conhecimento deu-se em meados do século xix, tendo tido como um dos seus mais notáveis impulsionadores o cirurgião John Simon (1816-1904), o primeiro Director-Geral da Saúde (*Chief Medical Officer*) do Reino Unido (Pickstone, 2001).

A Saúde Pública pode ser definida de acordo com as suas diversas dimensões que reflectem as suas diversas imagens sociais (Turnock, 2004). De acordo com Turnock (2004), são cinco as imagens sociais da Saúde Pública — simultaneamente suas dimensões:

- Saúde Pública como sistema social;
- Saúde Pública como profissão;
- Saúde Pública como método de intervenção (*i.e.*, corpo de conhecimento teórico e prático);
- Saúde Pública como serviço público, assegurado por agências e organismos do Estado;
- Saúde Pública como saúde do público (*i.e.*, desfecho pretendido).

Atendendo a que a Saúde Pública integra o conhecimento oriundo das mais diversas áreas, incluindo daquelas que são consideradas as suas ciências básicas (epidemiologia, biostatística, ciências ambientais, ciências económicas e ciências comportamentais) os seus profissionais divergem quer no que diz respeito à formação de base, quer no que diz respeito às actividades desempenhadas (Turnock, 2004).

Não obstante a epidemiologia ser a área de conhecimento basilar da Saúde Pública, um epidemiologista não é por inerência um seu actor; só o é quando dispõe da capacidade para aplicar o conhecimento

epidemiológico no controlo dos problemas de saúde identificados (Almeida, 2008a). O valor máximo da epidemiologia só é alcançado quando os seus contributos científicos são colocados ao serviço da Saúde Pública e resultam na melhoria da saúde das populações (Koplan, Thacker e Lezin, 1999).

A Saúde Pública consiste, antes do mais, numa prática (Turnock, 2004), ainda que alicerçada na evidência científica. A sua natureza pluridisciplinar é, simultaneamente, uma força e uma fraqueza: é uma fraqueza atendendo à ausência de cultura comum, mas é uma força face à diversidade de determinantes de saúde e consequente necessidade do concurso de diversas áreas do conhecimento e intervenção na resolução dos problemas identificados (Turnock, 2004).

Desta forma, mais do que um grupo profissional, a Saúde Pública deve ser entendida como um «movimento» (Turnock, 2004). Trata-se duma perspectiva adequada se considerarmos a natureza sistémica da Saúde Pública e a sua dimensão de desfecho pretendido («saúde do público»).

O objectivo de reduzir a doença e manter a saúde das populações (Fee, 1991 cit. por Almeida, 2004b) decorre do comprometimento da sociedade na melhoria da saúde e bem-estar das populações (Rychetnik *et al.*, 2004) mediante a «externalização» dos benefícios do conhecimento científico ao maior número possível de indivíduos (Turnock, 2004).

A Saúde Pública, enquanto prática, decorre da intersecção entre o conhecimento disponível e os valores sociais (aceitabilidade de um problema de saúde), sendo a intervenção planeada quando, à luz do conhecimento e instrumentos tecnológicos disponíveis, um determinado problema de saúde «atravessa» a fronteira do aceitável face à sua vulnerabilidade técnica em determinada época ou contexto societal (Turnock, 2004).

Assim, aquilo que é aceitável numa sociedade em determinado momento pode, posteriormente, deixar de o ser em virtude dos ganhos científicos e tecnológicos entretanto obtidos. Em contrapartida, países ou regiões diferentes podem ter limiares de aceitabilidade diferentes relativamente ao mesmo problema de saúde em função do respectivo nível de desenvolvimento científico e tecnológico.

Este carácter contextual inerente à Saúde Pública encontra-se expresso na definição de Gonçalves Ferreira (1912-1994), uma das maiores referências da Saúde Pública nacional, na sua obra «Saúde Pública: Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Social, Administração e Legislação Sanitária»: «*Não é fácil dar uma definição sucinta e clara de Saúde Pública, porque o seu significado varia com o período histórico e o grau de evolução da sociedade a que diz*

*respeito. Tem como característica essencial o estudo e a solução dos problemas que interessam a saúde dos indivíduos integrados no meio em que vivem (...)*» (Ferreira, 1963).

Este Autor considera, na mesma obra, que a Saúde Pública tem como «*objectivo essencial o estudo e resolução dos problemas de saúde que condicionam a saúde dos indivíduos integrados no seu meio ambiente*» — definição que realça a sua dimensão ecológica.

De facto, a Saúde Pública pode ser entendida como a procura de equilíbrio entre os indivíduos e o seu ambiente (Wenzel, 1998). Esta perspectiva assenta numa estratégia de salvaguarda da saúde mediante a gestão de riscos ao invés da sua evicção, na maior parte das vezes não exequível. Pretende-se, assim, uma «co-habitação» pacífica (mas dinâmica) entre o ambiente e os indivíduos (Almeida, 2004b).

Os serviços de saúde pública exibem um fraco protagonismo social e mesmo desconhecimento e falta de consideração por parte do público em geral, seu beneficiário primordial (Turnock, 2004; Almeida, 2008a). Por outro lado, nem sempre a sua missão é clara aos olhos dos seus profissionais, oriundos das mais diversas áreas do conhecimento, com formações e práticas distintas mas com uma missão (aglutinadora) comum (Turnock, 2004).

A estratégia *major* de intervenção em Saúde Pública consiste na prevenção (Turnock, 2004; Aschengrau e Seage III, 2008) que tem como resultado os não-acontecimentos (Turnock, 2004). Tal explica, porventura, a fraca visibilidade dos serviços de saúde pública e dos seus profissionais, uma vez que a causalidade entre uma intervenção preventiva e o seu desfecho (não-acontecimento) é mais difícil de evidenciar aos olhos do público em geral do que a relação causal entre uma intervenção terapêutica e um desfecho favorável (tratamento ou cura) (Almeida, 2008a).

Os decisores políticos são actores essenciais da Saúde Pública não só porque detêm os recursos mas porque os serviços de saúde pública, pela sua natureza, dependem do poder político. A natureza política da Saúde Pública propicia conflitualidades com o poder político de que dependem os seus serviços, quando estes identificam necessidades de saúde e tornam, desta forma, os indivíduos e as comunidades mais conscientes dessas mesmas necessidades (Turnock, 2004).

Note-se, no entanto, que a acção política é necessária quer a nível do planeamento (planeamento normativo), quer ao nível da alocação e disponibilização de recursos e serviços.

Atendendo a que é obrigação dos governos zelar, de forma activa, pela protecção da saúde dos seus cida-

dãos (Aschengrau e Seage III, 2008), a Saúde Pública e o poder político estão «condenados» a ser parceiros.

### **Doença crónica e novo paradigma de cuidados de saúde**

As doenças crónicas (ou de evolução prolongada) são um grupo heterogéneo de doenças que emergem na meia-idade, estando associadas a padrões não-saudáveis de consumo (Yach *et al.*, 2006). O tabagismo, o complexo dieta-actividade física e o abuso de álcool são os factores de risco primordiais de doença crónica, traduzidos em «riscos intermediários» como a hipertensão arterial ou a hiperglicemia (Yach *et al.*, 2006). As doenças crónicas caracterizam-se por um longo período de latência, factores de risco comuns (actuando de forma independente mas sinérgica), ocorrência concomitante de duas ou mais doenças (co-morbilidade) e, não obstante a baixa «taxa» de cura, uma elevada preventibilidade (Yach *et al.*, 2006).

Os principais determinantes das doenças crónicas são o envelhecimento, a urbanização, o desenvolvimento económico e a globalização, sendo certo que o desenvolvimento económico e a urbanização podem ser, igualmente, determinantes de saúde (Yach *et al.*, 2006).

Nos EUA estima-se que quase 90% dos idosos padecem de, pelos menos, uma doença crónica e destes, 25% padecem de quatro ou mais doenças crónicas, sendo que estas doenças representam três quartos das despesas em saúde naquele país (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

Em 2006 os países da OCDE/OECD gastaram cerca de 9% do PIB em cuidados de saúde — contra 7% em 1990 e 5% em 1970. Em idêntico ano o nosso País despendeu 10,17% do PIB em cuidados de saúde (OECD, 2007), valor superior ao do conjunto dos países da OCDE e, em termos individuais, ao de países com indicadores de saúde semelhantes.

Note-se que os gastos totais em saúde em Portugal em 1970 correspondiam a apenas 3% do seu PIB, *i.e.*, consideravelmente menos do que em países como a Itália ou a Espanha (Barros e Simões, 2007), pelo que a «explosão de custos» verificada no nosso País desde então foi muito mais acentuada.

A «explosão de custos» verificada no sector da saúde nos últimos 40 anos (Zweifel e Dreyer, 1997) é atribuível não só ao envelhecimento da população — simultaneamente uma das maiores conquistas da Humanidade e um dos seus maiores desafios (WHO, 2002) — mas também à inovação tecnológica do sector hospitalar, à alteração da estrutura familiar (institucionalização dos idosos) e às expectativas acresci-

das relativamente aos cuidados de saúde (Clewler e Perkins, 1998).

Os hospitais são unidades de saúde da maior relevância no sistema de saúde, não só do ponto de vista financeiro (representam mais de 50% do total da despesa em saúde) mas também do ponto de vista organizacional (McKee e Healy, 2000).

O sector hospitalar, hegemónico no sistema de saúde, faz uso das mais recentes tecnologias e dispõe de profissionais altamente diferenciados, estando as instituições hospitalares vocacionadas para a gestão de situações agudas, exigindo um volume intensivo de recursos limitados a um período de tempo relativamente curto.

O controlo individual das doenças crónicas (efectividade) depende da adesão à terapêutica, sendo esta condicionada pela qualidade da interacção médico-doente. Quanto mais efectiva esta interacção («aliança terapêutica»), maior a satisfação dos doentes e maior a probabilidade de adesão à terapêutica e desfecho clínico favorável (Schillinger, Villela e Saba, 2007).

O modelo tradicional de cuidados de saúde assenta na prestação de cuidados episódicos (terapêuticos) na sequência de doenças agudas (Dever, 2006), sendo o doente remetido a um papel passivo, de receptor de cuidados médicos.

Os doentes constituem o recurso mais desvalorizado do sistema de saúde se atentarmos ao facto de que, no que diz respeito às doenças crónicas, estes são os mais importantes prestadores de cuidados (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

As interacções utentes-profissionais de saúde transitaram de uma centralidade no profissional de saúde para uma centralidade no cidadão. Enquanto que a abordagem tradicional, centrada no profissional de saúde, tinha como pressuposto que a informação disponibilizada era condição suficiente para alterar comportamentos e tinha por objectivo a adesão às recomendações do prestador, a abordagem colaborativa é baseada no conceito de auto-eficácia como «motor» de mudança, tendo como objectivo aumentá-la (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

O cidadão deixa de ser exclusivamente receptor ou destinatário de cuidados para ser considerado, também, como (auto)prestador de cuidados — e, assim, se evolui duma perspectiva dicotómica e exclusiva do sistema de saúde (prestadores *versus* doentes) para uma perspectiva inclusiva e em *continuum*.

Este *continuum* vai desde o auto-prestador estrito na doença (por exemplo, mediante a prestação de autocuidados em situações clínicas banais) até ao receptor estrito de cuidados de saúde (por exemplo em situações clínicas graves que impliquem cuidados altamente diferenciados e em que a participação do

doente no processo de tomada de decisão não seja exequível).

No que diz respeito à gestão das doenças crónicas, o doente localiza-se no intervalo entre estas duas situações extremas, variando a sua posição relativa em função da gravidade e do grau de capacitação relativamente a essa doença.

Os cuidados domiciliados (*home-based care*), incluindo os cuidados de longa duração, têm vindo a expandir-se rapidamente em todo o Mundo (WHO, 2000). Tal pode ser explicado pelos seguintes factores (Tarricone e Tsouros, 2008):

- expectativas crescentes dos consumidores de saúde relativamente à escolha de serviços («*voice and choice*»);
- alterações demográficas (envelhecimento acentuado da população);
- alterações societais (fragmentação do núcleo familiar e emprego feminino);
- alterações epidemiológicas (transição epidemiológica e prevalência das doenças crónicas);
- inovação tecnológica e científica (que tornam possível a prestação de cuidados *high tech* em contexto domiciliário);
- prioridades políticas (desinstitucionalização dos doentes e contenção de custos).

Este será, porventura, um dos maiores desafios que os sistemas de saúde dos países e regiões mais desenvolvidos vão ter de enfrentar nas próximas décadas: assegurar a prestação de cuidados médicos de qualidade em meio domiciliário retornando, desta forma, ao modelo baseado nas consultas domiciliárias, de que os «Joões Semana» foram os seus mais ilustres praticantes.

### **Espectro de cuidados de saúde: da promoção da saúde aos cuidados diferenciados**

O espectro dos cuidados de saúde consiste em quatro estádios fundamentais (Brown, 2006):

- Manter-se saudável (*staying healthy*);
- Melhorar (*getting better*);
- Gerir a doença e incapacidade (*managing disease and disability*);
- Lidar com o fim de vida (*coping with end of life*).

As funções básicas do sistema de saúde são as seguintes (Brown, 2006):

- Saúde Pública (*i.e.* melhoria do nível de saúde das populações);

- Auto-cuidados (incluindo auto-cuidados de saúde, auto-cuidados de emergência e auto-gestão da doença crónica);
- Cuidados primários (cuidados de primeiro contacto);
- Cuidados diferenciados (*specialty care*).

A Saúde Pública, enquanto comprometimento social, visa promover a saúde, prevenir a doença e a morte prematura e, desta forma, prolongar a vida (com qualidade). Trata-se, pois, de uma definição que enfoca no desfecho pretendido, decorrente de esforços concertados da sociedade.

Os auto-cuidados (*self-care*) consistem nas acções empreendidas pelos indivíduos tendo por finalidade a manutenção da saúde e a gestão de problemas de saúde banais e doenças crónicas, sem que tal exclua a interacção com os profissionais de saúde/equipa de cuidados de saúde e sua eventual intervenção (UK. National Health Service, 2009).

Trata-se dos cuidados mais abrangentes, porque enquadráveis em todos os estádios do espectro de cuidados — desde a promoção da saúde (*staying healthy*) até à gestão do fim de vida.

Os cuidados de saúde primários, «porta de acesso» ao sistema de saúde, assentam na continuidade e compreensividade, sendo prestados aos cidadãos em contexto familiar e comunitário e tendo por missão satisfazer a maioria das necessidades de saúde (USA. Institute of Medicine, 1996).

A sustentabilidade deste «sub-sistema» de saúde é um dos seus aspectos primordiais, traduzida na prestação de cuidados eficientes, porque de baixo custo, resultantes da assunção, pelos generalistas («*omnipracticiens*» em Francês e «*general practitioners*» em Inglês), da função fundamental de referenciação de doentes com situações clínicas complexas e que cursam com custos de diagnóstico e tratamento elevados (*filtering role*) (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

A carência de generalistas tem como consequência a procura, pelo público, de especialistas para suprir as necessidades de saúde de nível primário (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

Os cuidados diferenciados estão, em termos institucionais, associados aos hospitais, sendo percebidos pelo público em geral como «expoentes máximos» do sector da saúde. A hegemonia dos hospitais sobre o sistema de saúde decorre da sofisticação tecnológica e da gestão de situações clínicas complexas e do facto de entre os seus profissionais se encontrar a «élite» médica, com relacionamentos políticos privilegiados (McKee e Healy, 2000).

Esta última característica explica a resistência às mudanças que afectam os interesses destas instituições (McKee e Healy, 2000).

Se é um facto que foi a evolução tecnológica e a especialização profissional associada que deram relevância societal aos hospitais, também é um facto que essa mesma evolução poderá ditar a sua «sentença de morte» enquanto local prestador de cuidados associados a tecnologias de saúde.

A telemedicina e a miniaturização de dispositivos tecnológicos, por exemplo, tornaram possíveis cuidados diagnósticos diferenciados em locais remotos ou a prestação de cuidados de saúde associados a tecnologia no domicílio. A evolução tecnológica poderá inviabilizar os hospitais enquanto pólo tecnológico de saúde, aglutinador de equipamento de elevados custos, e levar à criação de hospitais virtuais (McKee e Healy, 2000).

### Auto-cuidados e auto-gestão

Os auto-cuidados (*self-care*) consistem nas acções empreendidas pelos indivíduos tendo por finalidade a manutenção da saúde e a gestão de problemas de saúde banais e doenças crónicas (UK. National Health Service, 2009).

A auto-gestão (*self-management*) «diz respeito às tarefas diárias que um indivíduo executa ou não para prevenir, controlar ou reduzir o impacte de uma doença crónica» (Bodenheimer e Grumbach, 2007). Daqui se depreende que todos os indivíduos fazem «auto-gestão»: o que os distingue depende da qualidade das suas decisões, *i.e.* se são conducentes, ou não, à melhoria da sua saúde ou a desfechos clínicos favoráveis (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

Assim, podemos falar de auto-gestão «positiva» (ou «apropriada») quando as atitudes e comportamentos empreendidos são conducentes à saúde (ex. adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis) e de auto-gestão «negativa» (ou «inapropriada») quando a tomada de decisão implica a adopção de comportamentos que acarretam risco acrescido de doença ou acidente (riscos auto-impostos).

A auto-gestão apropriada pressupõe um conhecimento adequado da condição ou doença que se pretende prevenir ou controlar e a auto-motivação necessária à escolha e adopção de comportamentos salutogénicos (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

No âmbito do auto-controlo das doenças crónicas temos, como exemplo, a monitorização da glicémia capilar e a administração de insulina pelo diabético, e como exemplo de gestão/tratamento de problemas de saúde banais, que não requerem, à partida, intervenção profissional, as constipações ou os pequenos ferimentos e contusões.

Já o apoio à auto-gestão (*self-management support*) diz respeito às intervenções educativas e de apoio

tendo em vista aumentar as competências e confiança (*self-efficacy*) dos doentes relativamente à resolução dos seus problemas de saúde (USA. Institute of Medicine, 2003).

Desta forma, o apoio à auto-gestão consiste nas acções dos prestadores de saúde tendo em vista capacitar indivíduos em termos de auto-gestão da sua doença (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

O apoio à auto-gestão implica as seguintes intervenções por parte do profissional de saúde: auxiliar os doentes a tornarem-se informados sobre a sua condição (mediante a provisão de informação e o treino de competências) e promover uma atitude «activada», tornando o indivíduo o actor principal no que diz respeito à prevenção e gestão apropriada da doença (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

A literacia em saúde, definida como o grau de capacidade individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e em serviços de saúde — incluindo a navegabilidade no sistema de saúde — vem substituir na sociedade global da informação e conhecimento a tradicional «educação para a saúde» enquanto estratégia de capacitação em saúde (Almeida, 2008b).

Existe uma relação directa entre literacia em saúde e o nível de saúde. Os indivíduos com níveis limitados de literacia em saúde, quando comparados com aqueles com níveis adequados, apresentam um pior nível de saúde, menor consumo de cuidados preventivos, maiores taxas de hospitalização e maior probabilidade de um controlo inapropriado da doença crónica (Paasche-Orlow e Parker, 2007).

A capacitação (*empowerment*) em saúde assume-se como um instrumento estratégico de promoção da saúde numa sociedade global, encarando o cidadão como o seu principal recurso (Almeida, Tereso e Pimentel, 2009).

Ao relacionar-se com os dois níveis «extremos» de prevenção em saúde — a prevenção primordial (factores de risco associados a estilos de vida) e a prevenção quaternária (prevenção da iatrogenia) — a capacitação em saúde contribui para formar cidadãos informados na saúde e na doença (Almeida, 2005).

### Modelo CLINECS

Durante muitas décadas, a prática da medicina era norteada pelo prestígio de um clínico ou de uma instituição: é a chamada medicina baseada na eminência («*eminence-based medicine*») (Watchter, 2008) à qual sucedeu a medicina baseada na evidência («*evidence-based medicine*»).

A medicina baseada na *evidência* — ou, traduzindo mais propriamente, a medicina baseada na *prova*

(Almeida, 2005) — consiste na «utilização conscienciosa e explícita da melhor evidência disponível para a tomada de decisão relativa a doentes individuais» (Canada. CEBM, 2009).

Note-se que a EBM não é incompatível com a experiência e o julgamento clínicos, bem pelo contrário; o que mudou foi o paradigma de identificação das melhores práticas, em resultado da «explosão» de ensaios clínicos nas últimas décadas (Watchter, 2008).

Assim, a EBM resulta da integração da melhor evidência científica disponível com a *expertise* clínica, o conhecimento fisiopatológico e as preferências do doente tendo em vista a tomada de decisão clínica (Greenberg *et al.*, 2005).

Recentemente, a EBM evoluiu para uma perspectiva integradora com a economia da saúde naquilo a que se chamou medicina baseada no valor («*value-based medicine*»), sem que tenha feito a «ligação» entre a EBM e a prática clínica diária (Portzolt e Kaplan, 2006).

Portzolt e Kaplan (2006) propuseram o conceito *CLINECS*, acrónimo que resulta da fusão das disciplinas que contribuem para a avaliação de serviços de saúde úteis (*i.e.*, valorizados pelo doente ou outros elementos da sociedade): prática clínica, epidemiologia clínica (validade, eficácia e efectividade da intervenção), economia da saúde (eficiência, pagamentos e reembolsos), psicologia, ética e filosofia (valor e justiça).

O valor é entendido como uma alteração percebida (pelo consumidor) e quantificável do estado de saúde (Portzolt e Kaplan, 2006).

Desta forma, a prática clínica deve transitar da prática baseada na evidência científica (ou na prova) para a prática baseada não só na evidência científica (obtida a partir da epidemiologia clínica) mas também na integração de elementos de avaliação económica, psicológica e ética — culminando na valoração da intervenção do ponto de vista do destinatário da intervenção.

## Modelo de cuidados crónicos

O modelo de cuidados crónicos («*Chronic care model*») de Wagner e cols. (2001) é um modelo tridimensional de prestação de cuidados de saúde aos doentes crónicos, assente em três pilares ou dimensões fundamentais — a comunidade e seus recursos, o sistema de saúde (incluindo o seu financiamento e o apoio à auto-gestão) e a instituição prestadora — sendo os seus elementos individuais interdependentes (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

Este modelo tem como finalidade última a interacção satisfatória e de qualidade entre doentes informados e «activados» e equipas preparadas e proactivas, visando os melhores desfechos clínicos possíveis (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

A criação de equipas pluridisciplinares (responsáveis por cuidados preventivos e pela prestação de cuidados de rotina), a gestão de cuidados (*care management*) e os cuidados planeados (*planned care*) são algumas das estratégias preconizadas tendo por finalidade a gestão apropriada da sobrecarga assistencial decorrente das doenças de evolução prolongada (Bodenheimer e Grumbach, 2007).

No caso da doença cardíaca, da diabetes e da asma, existe evidência obtida por metanálise quanto à redução de custos associados quando da implementação de programas de gestão de doenças crónicas, sendo esta redução tanto maior quanto maior a gravidade da doença (Bodenheimer e Grumbach, 2007). Tal resultado, fundamentalmente, da redução das taxas de hospitalização destes doentes (Krause, 2005).

## Saúde Pública como sistema

Um sistema é um conjunto de componentes individuais que operam de forma concertada por forma a atingir os objectivos da totalidade (Churchman, 1968). Um sistema é uma abstracção (não tem existência real), sendo os sistemas imaginados pelo Homem para alcançar determinados objectivos (Durán, 1989).

Atendendo à interligação entre os elementos individuais de um sistema, qualquer alteração sofrida por um componente individual afecta, de algum modo, a totalidade do sistema; mesmo que tais alterações sejam imperceptíveis, são detectáveis à luz da lógica que preside à organização do sistema (Durán, 1989). O sistema de saúde inclui todas as acções que possam contribuir para a melhoria da saúde e, desta forma, inclui todos os actores, instituições ou recursos que executam acções em saúde (Murray e Evans, 2003). A função da Saúde Pública, enquanto sistema social, consiste em assegurar as condições necessárias à saúde dos indivíduos (USA. Institute of Medicine, 1988). Tendo em consideração os múltiplos determinantes de saúde, os serviços de saúde e a tecnologia médica apenas podem assegurar a satisfação de necessidades imediatas e individuais de saúde (USA. Institute of Medicine, 1988).

O sistema de saúde pública é afectado, nas suas múltiplas dimensões (missão, estrutura, processo e resultados), pelo ambiente exterior — *i.e.*, pelo meio social, económico e político em que se insere — tratando-se, desta forma, de um sistema aberto (Handler, Issel e Turnock, 2001).

O «macro-contexto» é o nível supra-sistémico que tem implicações (directas ou indirectas) no funcionamento do sistema de saúde pública, incorporando, designadamente, as «forças» exteriores ao sistema de saúde pública e as preferências e valores sociais relativamente aos produtos e serviços de saúde pública disponibilizados (Handler, Issel e Turnock, 2001). De acordo com Turnock (2004), as principais características da Saúde Pública são as seguintes:

- *Baseada na justiça social* (distribuição equitativa de benefícios e fardos colectivos);
- *Natureza política* (serviços de saúde pública dependentes do poder político enquanto agências e serviços do Estado);
- *Agenda dinâmica* (adequada a problemas emergentes);
- *Ligação aos governos* (decorrente da sua natureza política e da obrigação dos governos de zelar, de forma activa, pela saúde dos seus cidadãos);
- *Baseada na Ciência* (ciências biomédicas e ciências sociais);
- *Prevenção como estratégia major* (carácter prospectivo);
- *Natureza pluridisciplinar* (ausência de cultura comum mas estratégias colaborativas).

Em 1993, Van Dyke desenvolveu um modelo piramidal de avaliação do desempenho de programas de saúde na área materna e infantil («*health care pyramid*») que categorizava os serviços disponibilizados (Issel, 2009).

O modelo de Van Dyke foi adaptado pelo *US Public Health Service* (1994) sob a designação de «pirâmide da saúde pública», apresentando quatro níveis (Issel, 2009):

- o nível inferior (base), correspondente à infra-estrutura do sistema de saúde essencial ao seu funcionamento adequado – incluindo a liderança e supervisão do sector, planeamento e avaliação, recursos humanos, recursos tecnológicos e de informação e leis e regulamentação pertinente;
- um nível intermédio-inferior, correspondente aos serviços de base populacional (*i.e.*, disponibilizados à população de uma área de influência determinada) — é o caso dos programas de vacinação e dos programas de rastreio;
- um nível intermédio-superior correspondente aos serviços de apoio («*enabling services*») às intervenções em saúde (ex. programas na área social que facilitam o acesso ou adesão a determinado serviço ou intervenção individual);
- o nível superior (topo da pirâmide) correspondente aos serviços de saúde directos, *i.e.*, que têm

um efeito directo ou relativamente imediato sobre a saúde dos indivíduos (ex. cuidados médicos).

O modelo piramidal, além de acentuar a relação hierárquica entre os diversos níveis descritos, permite evidenciar o seu «impacte» relativo em termos de população abrangida. Assim, o nível superior da pirâmide (serviços de saúde directos) é aquele que diz respeito a uma menor proporção de indivíduos da população (Issel, 2009).

A existência de múltiplos determinantes de saúde, primariamente societais, torna relevantes políticas de saúde em vez de políticas «sanitárias» (*i.e.*, limitadas ao sistema de serviços de saúde), que evoluíram para o conceito de «saúde em todas as políticas» («*Health in All Policies*») enunciado em 2006 durante a Presidência Finlandesa da União Europeia.

A saúde em todas as políticas (HiAP) é uma estratégia que consiste no reforço da ligação entre as políticas de saúde e as políticas dos restantes sectores da sociedade, tendo por objectivo melhorar a saúde, bem-estar e o desenvolvimento económico através de intervenções planeadas e executadas fundamentalmente por esses sectores (Ståhl *et al.*, 2006).

Trata-se, pois, de uma estratégia de gestão integrada dos determinantes societais de doença, assente no sistema social enquanto construção teórica.

## Os componentes do sistema de saúde pública

Avedis Donabedian foi uma das maiores referências mundiais em investigação em qualidade em saúde e sistemas de saúde. Nascido em 1919 em Beirute e falecido em 2000, este médico de saúde pública (MD pela Universidade Americana de Beirute e MPH pela Universidade de Harvard), professor da Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan, revolucionou o pensamento em sistemas de saúde (Frenk, 2000).

Em 1966, Donabedian introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado (*outcome*), inaugurando o actual paradigma de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde (Frenk, 2000).

De uma forma simplificada, a «tríade de Donabedian» classifica as medidas de qualidade na forma como os cuidados são organizados («estrutura»), no que foi feito («processo») e no resultado sobre o doente («*outcome*») (Watcher, 2008).

O sistema de saúde pública apresenta os seguintes componentes (Handler, Issel e Turnock, 2001; Turnock, 2004):

- Missão: inclui os objectivos (*goals*) em determinado momento ou período de tempo e a forma como são operacionalizados a um nível concep-



tual (*i.e.*, mediante um conjunto de funções-chave);

- Capacidade estrutural (infra-estruturas): inclui os recursos (humanos, físicos, materiais, fiscais e de informação), bem como as relações necessárias a desempenhar as funções e serviços essenciais em saúde pública;
- Processo (práticas e *outputs*): práticas ou processos necessários e suficientes para assegurar a efectividade das funções e serviços essenciais em saúde pública (ex. programas de saúde);
- Resultados (*outcomes*): correspondem às alterações no estado de saúde dos indivíduos, comunidades ou populações, secundárias às intervenções (*outputs*). Fornecem informações sobre o desempenho global do sistema (*i.e.*, grau de atingimento da sua missão, traduzido em termos de efectividade, eficiência e equidade).

Todos estes componentes são afectados pelo macro-contexto, nível supra-sistémico que inclui as forças e fenómenos da sociedade que afectam, directa ou indirectamente, o sistema da saúde pública (Handler, Issel e Turnock, 2001).

A inclusão deste componente supra-sistémico evidencia a natureza dinâmica e aberta do sistema de saúde pública, traduzido na interacção com um conjunto de factores externos à sua missão (Handler, Issel e Turnock, 2001).

A literatura anglo-saxónica nem sempre é consistente no que diz respeito à terminologia adoptada relativamente ao modelo de Donabedian: assim, em vez de *outputs*, há autores como Fos e Fine (2005) que utilizam a expressão «*outcomes* intermediários» ou de processo (*process outcomes*), correspondendo os «*outcomes* finais» ou de saúde (*final health outcomes*) aos resultados finais.

O resultado de uma intervenção (*outcome*) pode ser distinguido em função do seu âmbito individual (*end result*) e populacional (*impact*) (Donabedian, 1974); outros autores consideram *outcome* como sinónimo de efeito inicial na saúde e o *impacte* (*impact*) como o efeito a longo prazo (Rossi, Freeman, Lispey, 1999 cit. por Issel, 2009).

À excepção dos processos, correspondentes às práticas ou serviços essenciais em saúde pública, todas as outras dimensões do sistema de saúde (incluindo os *outputs*) são relativamente fáceis de identificar e compreender (Turnock, 2004).

Trata-se de um aspecto crítico se atentarmos a que o processo (*throughput*) corresponde à forma (ou «mecanismo») como os recursos (*inputs*) são transformados em serviços («*outputs*»).

Face aos componentes do modelo acima descrito, temos como pressuposto fundamental a definição

prévia das funções básicas da Saúde Pública, bem como dos serviços considerados essenciais. As funções essenciais dos serviços de saúde pública nos Estados Unidos são as seguintes (Turnock, 2004):

- Diagnóstico da situação (*assessment*);
- Desenvolvimento de políticas e programas de saúde (*policy development*) — «tomada de decisão»;
- Execução ou implementação (*assurance*) — *i.e.*, intervenção sobre os determinantes negativos de saúde («instituição da terapêutica»).

Dentre os dez serviços essenciais em saúde pública naquele país, de acordo com o *US Public Health Service* (1994), destacam-se a monitorização do estado de saúde da população (identificação de problemas de saúde), a investigação de problemas e ameaças à saúde das comunidades, a informação, educação e capacitação em saúde, o desenvolvimento de políticas e planos de apoio aos esforços da comunidade, a avaliação da efectividade, acessibilidade e qualidade dos serviços de saúde e fazer cumprir as leis e regulamentos de protecção e salvaguarda da saúde (Turnock, 2004).

Cabe, ainda, aos serviços de saúde pública, promover o contacto (quando apropriado) com os serviços de saúde e assegurar a prestação de cuidados de saúde quando não estão, de outra forma, disponíveis (Turnock, 2004).

## Sistema de saúde pública em Portugal continental

A reorganização da administração central do Estado levou à extinção, em Junho de 2007, dos centros regionais de saúde pública, tendo as suas atribuições transitado para os recém-criados departamentos de saúde pública das administrações regionais de saúde (artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio).

Aqueles serviços regionais de saúde pública, criados em 1999, tinham como missão assegurar a vigilância epidemiológica, a monitorização da saúde da população e a promoção da saúde através de programas específicos de intervenção (número 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 289/99, de 29 de Setembro). As suas atribuições incluíam a avaliação do *impacte* das intervenções em saúde e o apoio técnico e funcional aos serviços locais de saúde pública (artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 289/99, de 29 de Setembro).

Não obstante o legalmente previsto no número 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 289/99, de 29 de Setem-

bro («autonomia técnica e administrativa e dotações próprias, orçamental e de pessoal»), os centros regionais de saúde pública (CRSP) dependiam, em termos orçamental e de pessoal, das respectivas administrações regionais de saúde (ARS), pelo que a sua integração nas ARS não se traduziu em perdas funcionais naqueles sectores gestionários.

Em 2008 é publicado o diploma que cria os agrupamentos de centros de saúde (ACES), e consequentemente, um nível intermédio de serviços de saúde pública — inexistente até então — correspondente às unidades de saúde pública (USP).

Estas unidades funcionais, de nível supra-local, «agregam» os profissionais de saúde pública dos centros de saúde integrantes do respectivo ACES, tendo a missão de «observatório» de saúde da área geodemográfica correspondente (artigo 12.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

Além deste modelo gestor de âmbito populacional (*clusters* de centros de saúde), existe um modelo gestor que inclui, não só unidades de cuidados primários de saúde, mas também unidades hospitalares de uma determinada área de influência: são as unidades locais de saúde (ULS) pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro).

Este modelo gestor teve a sua «experiência-piloto» na ULS de Matosinhos, criada ao abrigo do Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de Junho (Decreto-Lei n.º 183/2008).

Aguarda-se (Fevereiro de 2009) a publicação de um pacote legislativo relativo à organização dos serviços de saúde pública e Autoridades de Saúde, bem como a regulamentação das USP<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Entretanto (Abril de 2009) foi publicada legislação relativa à organização dos serviços operativos de saúde pública (Decreto-Lei n.º 81/2009) e às regras de funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridade de saúde (Decreto-Lei n.º 82/2009) — ambos os diplomas legais em vigor desde Julho de 2009.

Aquilo que poderemos designar de «funções e serviços essenciais» da Saúde Pública nacional encontram-se discriminados no artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 81/2009 de 2 de Abril. Aos serviços operativos de saúde pública (USP e departamentos de saúde pública das ARS) incumbe, designadamente, a identificação das necessidades de saúde das populações das respectivas áreas de intervenção, a monitorização do seu estado de saúde e dos determinantes de saúde, a gestão de programas e projectos em saúde pública (*eg.* vacinação, saúde escolar e saúde oral) e a avaliação do impacto das intervenções em saúde, integrando, ainda, o poder de autoridade de saúde. A coordenação da USP (serviço de saúde pública de âmbito local) é assegurada, por inerência, pelo delegado de saúde (autoridade de saúde de nível municipal); a direcção do serviço de saúde pública de âmbito regional (departamento de saúde pública da ARS) é, analogamente, assegurada pelo delegado de saúde regional (autoridade de saúde de âmbito regional).

## Discussão e conclusões

As doenças crónicas e a incapacidade associada são um dos maiores problemas da saúde pública mundial e resultam não só do envelhecimento da população mas também da globalização de factores de risco relacionados com estilos de vida.

A valorização da qualidade de vida em detrimento da quantidade de vida, a redução de custos associada (uma vez que boa parte, ou mesmo a totalidade, são suportados pelas famílias) e a existência de tecnologia que possibilita a prestação de cuidados domiciliados de qualidade deram significância aos cuidados domiciliados (*home-based care*) no contexto dos sistemas de saúde e, consequentemente, aos doentes e suas famílias enquanto «clientes» — e não meros «utentes».

Atendendo a que as doenças crónicas ou de evolução prolongada estão associadas a riscos auto-impostos (*self-created risks*) e que o controlo destas doenças assenta na adesão à terapêutica e na sua auto-gestão apropriada, o cidadão capacitado na saúde e na doença revela-se como um recurso inestimável para o sistema de saúde.

Um novo paradigma de cuidados de saúde, redireccionados para a gestão das doenças de evolução prolongada e para os cuidados domiciliados, terá que valorar o doente e a comunidade em que este se encontra inserido como recurso do sistema de saúde: só assim se poderá assegurar a sua sustentabilidade. A capacitação em saúde assume-se, pois, como uma estratégia da maior pertinência visando dotar o sistema de saúde de parceiros activos na gestão da saúde (promoção da saúde) e da doença (auto-cuidados). O modelo de cuidados crónicos preconiza a integração da comunidade e seus recursos no planeamento e gestão das doenças crónicas.

Os hospitais do futuro — presentemente «hegemónicos» financeira e estruturalmente no sector da saúde

Posteriormente (Agosto de 2009), foi publicada a Lei n.º 81/2009 que estabelece um sistema de vigilância em saúde pública e cria uma rede nacional de informação epidemiológica (*web-based*) designada SINAVE (Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica). Este diploma revoga a legislação relativa às doenças transmissíveis de declaração obrigatória, com mais de 60 anos (Lei n.º 2036 de 9 de Agosto de 1949), e introduz a notificação laboratorial (em tempo real) destas doenças.

Ao prever a recolha/captura e processamento de dados relativos a «fenómenos insólitos, inesperados ou surtos de doenças transmissíveis de origem desconhecida» a Lei n.º 81/2009 de 21 de Agosto integra o novo conceito da «informação epidemiológica» (*epidemic intelligence*) tornando, desta forma, o sistema de saúde pública nacional mais consistente com o novo paradigma de Saúde Pública pós-11 de Setembro [de 2001] de gestão de ameaças ao invés da mera resposta a acontecimentos (proactividade *versus* reactividade).

— necessitarão de menos camas mas de mais blocos operatórios e áreas afins (cirurgia de ambulatorio), bem como de mais espaços destinados à prestação de cuidados integrados para doenças frequentes (Waghorn, McKee, Thompson, 1997).

A sua hegemonia enquanto local de concentração de tecnologia médica encontra-se ameaçada pela evolução tecnológica (miniaturização) que permite deslocar, para outros locais como os domicílios, equipamento sofisticado outrora só disponível nos hospitais. Por outro lado, os hospitais não estão vocacionados para a prestação de cuidados de longa duração, mas antes para a gestão de situações agudas (incluindo as decorrentes da agudização de doenças crónicas), requerendo uma abordagem intensiva mas, necessariamente, limitada a períodos de tempo relativamente curtos.

A fraca visibilidade social da Saúde Pública — não obstante os ganhos em saúde observados no último século estarem largamente associados a intervenções do seu âmbito — resulta duma estratégia de intervenção essencialmente preventiva (traduzida em «não-acontecimentos» de difícil nexo de causalidade) e do facto de não fazer uso do arsenal tecnológico de outras especialidades (Almeida, 2008a).

A Saúde Pública enquanto sistema social está relacionada com a saúde do público (resultado), na medida em que os resultados decorrem dos esforços concertados da sociedade. Cabe ao sistema de saúde pública liderar o sector da saúde a um nível estratégico (identificação de problemas e selecção de prioridades em saúde) e participar na sua regulação, assegurando a liderança intelectual indispensável à efectividade do processo regulatório (disponibilização de evidência em saúde pública).

Tendo em vista a compreensão pelo público em geral e, mesmo, pelos seus praticantes (profissionais) da missão e funcionamento da Saúde Pública, considera-se relevante a adopção do modelo conceptual sistémico baseado na tríade de Donabedian — conforme preconizado por Turnock.

Ao assumir-se como uma estratégia de clarificação da missão e funcionamento da Saúde Pública, integrando as suas diversas imagens societais, o modelo conceptual sistémico de saúde pública visa facilitar a compreensão, pelos seus profissionais e pelo público em geral, de qual a missão dos serviços de saúde pública permitindo, igualmente, a avaliação do seu desempenho.

O peso crescente dos cuidados médicos e institucionais de saúde como determinantes de saúde nas sociedades em que se encontram satisfeitas as necessidades básicas em saúde pública — como a alimentação adequada, o saneamento e a higiene pessoal — implica um redireccionamento dos serviços e inter-

venções em saúde pública para o sistema de serviços de saúde, tendo em vista assegurar a sua eficiência e efectividade global e específica (equidade).

O papel de «triagem» (*filtering role*) dos médicos dos cuidados de saúde primários, longe de ser minorizável, é da maior relevância para a sustentabilidade do sistema de saúde, ao assegurar a prestação de cuidados de baixo custo à generalidade dos doentes (*cost shifting*) e a referenciação das situações clínicas complexas — que cursam com custos elevados — para os cuidados diferenciados.

Atendendo a que os cuidados diferenciados são parte integrante e relevante do sistema de saúde, a efectividade dos serviços de saúde pública implica um posicionamento de topo, porque abrangente da totalidade do sistema de saúde.

Os médicos especialistas em saúde pública terão, assim, de reforçar as suas competências em epidemiologia do planeamento/epidemiologia dos serviços de saúde por forma a assumirem de forma efectiva a função de «médicos do sistema de saúde».

Tal não significa, no entanto, que sejam secundarizadas as competências tradicionais relativas, designadamente, à vigilância em saúde pública das doenças transmissíveis e à gestão das ameaças directas à saúde das populações.

A reforma em curso dos cuidados de saúde primários, ao criar unidades de saúde pública a um nível de agrupamento, «reposicionou» estes serviços para um nível geodemográfico superior sem que, no entanto e no caso dos ACES, os deixe de enquadrar no nível primário de cuidados de saúde.

Este enquadramento sistémico não potencia a capacidade de intervenção dos serviços de saúde pública ao nível do sistema de saúde e, muito em particular, no que diz respeito ao sector hospitalar — tradicionalmente refractário a «intromissões» do exterior ao que acresce, nestes casos, o facto de serem oriundas de um nível de cuidados organizacionalmente inferior.

Tendo em consideração o exposto e a relevância do sector hospitalar no sistema de saúde, deverão os serviços de saúde pública ultrapassar as fronteiras do nível primário de cuidados de saúde — onde se encontram «acantonados» desde há várias gerações — e estabelecer uma articulação funcional efectiva com o sector hospitalar.

O desenho de um modelo conceptual sistémico da Saúde Pública nacional baseado na tríade de Donabedian está dependente da publicação, iminentemente à data de Fevereiro de 2009, de regulamentação relativa aos serviços de saúde pública e autoridades de saúde e conseqüente explicitação da missão e funções primordiais dos serviços de saúde pública.

□ Referências bibliográficas

- ALMEIDA, L. M. — Envelhecimento e saúde pública : a promoção do «envelhecer activo». *Anamnesis*. 13 : 126 (2004a) 34-37.
- ALMEIDA, L. M. — Medicina, sociedade e saúde pública : a evolução da saúde pública/medicina comunitária ao longo dos tempos. *Anamnesis*. 13: 128 (2004b) 35-38.
- ALMEIDA, L. M. — Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 : 1 (2005) 91-96.
- ALMEIDA, L. M. — Da saúde pública à saúde do público : reflexões em contexto de mudança. *Revista da Ordem dos Médicos*. 96 (2008a) 24-26.
- ALMEIDA, L. M. — Globalização, saúde global e diplomacia em saúde pública : reflexões de um médico de saúde pública no 60.º aniversário da OMS. *Revista da Ordem dos Médicos*. 89 (2008b) 32-34.
- ALMEIDA, L. M.; TERESO, J. M.; PIMENTEL, J. P. T. — Programa regional de capacitação em saúde «Informação para uma correcta decisão» (poster). In FÓRUM NACIONAL DE SAÚDE, 2, Lisboa, Centro de Reuniões da FIL (Parque das Nações), 10-11 Fevereiro de 2009 — Actas. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde, 2009.
- ASCHENGRAU, A.; SEAGE III, G. R. — Essentials of epidemiology in public health. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2008.
- BARROS, P. P.; SIMÕES, J. A. — Portugal : health system review. *Health Systems in Transition*. 9 : 5 (2007) 1-142.
- BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. — Improving primary care : strategies and tools for a better practice. New York : Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.
- BROWN, K. — BC health guide program : an integrated self-care platform. [Em linha]. In CONFERENCE, British Columbia, May 30 — CPHA 97th Annual Conference: What Determines the Public's Health. British Columbia: Public Health Association of BC, 2006. [Consult. em 2009/02/20]. Disponível em <http://www.phabc.org/modules.php?name=Presentations&pa=printpage&pid=27&NS>.
- BUNKER, J. P. — The role of medical care in contributing to health improvements within societies. *International Journal of Epidemiology*. 30 : 6 (2001) 1260-1263.
- CANADA. CEBM — CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE — Glossary of EBM terms. [Em linha]. Toronto, Ontario : Centre for Evidence-Based Medicine, 2000. [Consult. em 2009/02/20]. Disponível em <http://www.cebm.utoronto.ca/glossary/index.htm#e>.
- CHURCHMAN, C. — The systems approach. New York : Delta Books, Dell Publishing Co. Inc., 1968.
- CLEWER, A.; PERKINS, D. — Economics for health care management. London : Prentice Hall, 1998.
- DECRETO-LEI n.º 286/99. D.R. I Série-A. 173 (99-07-27) 4690-4694 — Estabelece a organização dos serviços de saúde pública.
- DECRETO-LEI n.º 222/2007. D.R. I Série. 103 (2007-05-29) 3519-3523 — Aprova a orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. D.R. I Série. 38 (2008-02-22) 1182-1189 — Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI n.º 183/2008. D.R. I Série. 171 (2008-09-04) 6225-6233 — Cria a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E. P. E., a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E., e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E. P. E., e aprova os respectivos estatutos.
- DECRETO-LEI n.º 81/2009. D.R. I Série. 65 (2009-04-02) 2058-2062 — Reestrutura a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde.
- DECRETO-LEI n.º 82/2009. D.R. I Série. 65 (2009-04-02) 2062-2065 — Estabelece o regime jurídico da designação, competência e funcionamento das entidades que exercem o poder de autoridades de saúde.
- DEVER, G. E. A. — Managerial epidemiology : practice, methods and concepts. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2006.
- DONABEDIAN, A. — Concepts of health care quality : a perspective. Washington DC : Institute of Medicine. National Academy of Sciences, 1974.
- DURÁN, H. — Planeamento da saúde : aspectos conceptuais e operativos. Lisboa : Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde. Ministério da Saúde, 1989.
- FERREIRA, F. A. G. — Saúde pública : higiene, medicina preventiva, medicina social, administração e legislação sanitária. Porto : Livraria Fernando Machado, 1963.
- FOS, P. J.; FINE, D. J. — Managerial epidemiology for health care organizations. 2ª edition. San Francisco : Jossey-Bass, 2005.
- FRENK, J. — Obituary : Avedis Donabedian. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 : 12 (2000) 1475.
- GREENBERG, R. S. et al. — Medical epidemiology. New York : Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2005.
- HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. — A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health*. 91 : 8 (2001) 1235-1239.
- ISSEL, L. M. — Health planning and evaluation : a practical, systematic approach for community health. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2009.
- KHALIQ, A. A.; SMEGO JR, R. A. — Global health : past, present and future. In MARKLE, W. H.; FISHER, M. A.; SMEGO JR, R. A., ed. lit. — Understanding global health. New York : McGraw-Hill Medical, 2007. 1-18.
- KOPLAN, J. P.; THACKER, S. B.; LEZIN, N. A. — Epidemiology in the 21st century : calculation, communication and intervention. *American Journal of Public Health*. 89 : 8 (1999) 1153-1155.
- KRAUSE, D. S. — Economic effectiveness of disease management programs. *Disease Management*. 8 : 2 (2005) 114-134.
- LEI n.º 81/2009. D.R. I Série. 162 (2009-08-21) 5491-5495 — Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública.
- MCKEE, M.; HEALY, J. — The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*. 78 : 6 (2000) 803-810.
- MERSON, M. H.; BLACK, R. E.; MILLS, A. J., ed. lit. — International public health : diseases, programs, systems and policies. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2006.
- MURRAY, C. J. L.; EVANS, D. B. — Health systems performance assessment : goals, framework and overview. In MURRAY, C. J. L., EVANS, D. B., ed. lit. — Health systems

performance assessment : debates, methods and empiricism. Geneva : WHO, 2003. 3-18.

UK. NATIONAL HEALTH SERVICE — What is self care? London : NHS, 2009. [Em linha]. [Consult. em 2009/02/20]. Disponível em <http://www.nhs.uk/yourhealth/Pages/Whatisselfcare.aspx>.

OECD — ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT — A system for health accounts : Joint OECD-Eurostat-WHO Health Accounts (SHA) Data Collection (total health expenditure as % of GDP 2003-2006). Paris : OECD, [2007]. [Em linha]. [Consult. em 2009/02/20]. Disponível em [http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_2742536\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/8/0,3343,en_2649_34631_2742536_1_1_1_1,00.html).

PAASCHE-ORLOW, M. K.; PARKER, R. M. — Improving the effectiveness of patient education : a focus on limited health literacy. In KING Jr., T. E.; WHEELER, M. B., ed. lit. — Medical management of vulnerable and underserved patients : principles, practice and populations. New York : McGraw-Hill, 2007. 101-109.

PICKSTONE, J. — Medicine, society and the state. In PORTER, R., ed. lit. — The Cambridge illustrated history of medicine. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 304-341.

PORZSOLT, F.; KAPLAN, R. M. — «CLINECS» : strategy and tactics to provide evidence of the usefulness of health care services from the patient's perspective (value for patients). In PORZSOLT, F.; KAPLAN, R. M., ed. lit. — Optimizing health : improving the value of healthcare delivery. New York : Springer, 2006. 1-9.

ROSEN, G. — A history of public health. Baltimore : John Hopkins University Press, 1993.

RYCHETNIK, L. *et al.* — A glossary for evidence-based public health. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 58 : 7 (2004) 538-545.

SCHILLINGER, D.; VILLELA, T. J.; SABA, G. W. — Creating a context for effective intervention in the clinical care of vulnerable patients. In KING Jr, T. E.; WHEELER, M. B., ed. lit. — Medical management of vulnerable and underserved patients : principles, practice and populations. New York : McGraw-Hill, 2007. 59-67.

STÅHL, T. *et al.* — Health in all policies : prospects and potentials. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health, 2006.

TARRICONE, R.; TSOUROS, A. D. — Home care in Europe. Geneva : World Health Organization, 2008.

TURNOCK, B. J. — Public health : what it is and how it works. 3<sup>rd</sup> edition. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2004.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE — The future of public health. Washington, DC : National Academy Press, 1988.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE — Primary care : America's health in a new era. Washington DC : National Academies Press, 1996.

USA. INSTITUTE OF MEDICINE — Priority areas for national education : transforming health care quality. Washington, DC : National Academies Press, 2003.

WACHTER, R. M. — Understanding patient safety. New York : McGraw-Hill Medical, 2008.

WAGHORN, A.; MCKEE, M.; THOMPSON, J. — Surgical outpatients : challenges and responses. *British Journal of Surgery*. 84 : 3 (1997) 300-307.

WENZEL, R. P. — Control of communicable diseases. In WALLACE, R. B., ed. lit. — Maxcy-Rosenau : last public health and preventive medicine. Stamford : Appleton & Lange, 1998. 69-71.

WHO — Active ageing : a policy framework. Geneva : World Health Organization, 2002.

WHO — Technical Report Series 898 : home-based long-term care. Geneva : World Health Organization, 2000.

YACH, D. *et al.* — Chronic diseases and risks. In MERSON, M. H.; BLACK, R. E.; MILLS, A. J., ed. lit. — International public health : diseases, programs, systems and policies. Boston : Jones and Bartlett Publishers, 2006. 273-322.

ZWEIFEL, P.; DREYER, F. — Health economics. New York : Oxford University Press, 1997.

## □ Abstract

### PUBLIC HEALTH SERVICES AND THE HEALTH CARE SYSTEM

Public health, as a social endeavor that aims to improve the health and well-being of communities and populations (Rychetnik *et al.*, 2004), faces new challenges that arise from the ageing of the populations, the technological innovation of the health sector and the increasing demand for health care services.

Because of the importance of health care services as determinants of health, the sustainability of the health care system is a major issue to be addressed in order to ensure a favorable trend of the health status for most of the countries. Among the strategies that have been suggested, we describe the CLINECS-based clinical practice (Portlitzolt and Kaplan, 2006) and, within a community-based approach, the «chronic care model» (Wagner *et al.*, 2001) — which consists on the integration of broader community resources into the chronic diseases planning and management processes.

Public health has been lacking a useful conceptual framework (Turnock, 2004). The national reorganization of public health services in Portugal impels towards the discussion of a national public health conceptual framework.

The framework to be adopted by the public health community should address the necessary balance between comprehensiveness and comprehensibility, in order to promote its acceptance by the public health stakeholders — including the general public.

The author describes the model proposed by Donabedian regarding the health care quality («Donabedian's triad»). The Donabedian's triad is an important tool for the understanding of the several dimensions of public health (Turnock, 2004) particularly, as far as the functioning of the public health services is concerned.

We discuss the role of the public health services according to a systemic conceptual framework and their positioning within the national health system in Portugal.

Public health doctors must act as «health system's doctors» and ensure the «surveillance» of the health system («systemic surveillance») in order to promote the equity, effectiveness and efficiency of the health care sector.

Keywords: public health; health care system; health care services organization; chronic diseases; health empowerment.