

10



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



www.insa.pt



_Dia do INSA
27_Setembro_2010

_Textos compilados por: *Carlos Matias Dias* com a colaboração de *Elvira Silvestre*

— ‘a Observação _ em saúde, _ função _ colaborativa’

*— Reflexão sobre as atribuições, actividades
e perspectivas futuras*



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge



Instituto Nacional de Saúde
Doutor Ricardo Jorge, IP

Av. Padre Cruz 1649-016 Lisboa
t: 217 519 200 @: info@insa.min-saude.pt

www.insa.pt



www.insa.pt



10 Dia do INSA
27 Setembro 2010

Textos compilados por:

Carlos Matias Dias com a colaboração de **Elvira Silvestre**

‘a Observação em saúde, função colaborativa’

*Reflexão sobre as atribuições,
actividades e perspectivas futuras*

Catlogação na fonte:

PORTUGAL: Ministério da Saúde Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

A observação em saúde, função colaborativa : reflexão sobre as atribuições, actividades e perspectivas futuras : Dia do INSA 27 de Setembro de 2010 / compl. Carlos Matias Dias ; colab. Elvira Silvestre. – Lisboa : INSA I.P., 2011.

ISBN: 978-972-8643-63-8

© Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP 2011.



Título: A observação em saúde, função colaborativa : reflexão sobre as atribuições, actividades e perspectivas futuras: Dia do INSA 27 de Setembro de 2010

Autores: textos compilados por Carlos Matias Dias com a colaboração de Elvira Silvestre

Editor: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

Design e Paginação: Nuno Almodovar **Impressão e acabamento:** DPI Cromotipo

Tiragem: 100 exemplares **ISBN:** 978-972-8643-63-8 **Depósito Legal:** 334373/11

Lisboa, Setembro de 2011

Reprodução autorizada desde que a fonte seja citada, excepto para fins comerciais.



_Preâmbulo	002
1_Health Observation - The Danish Health Information System	004
<i>Finn Kamper-Jørgensen (National Institute of Public Health, University of Southern Denmark)</i>	
2_Visão Geral das Actividades de Observação em Saúde no INSA	011
2.1 Observação em Alimentação e Nutrição	011
<i>Luísa Oliveira (Departamento de Alimentação e Nutrição)</i>	
2.2 Observação em Doenças Infecciosas	015
<i>Jorge Machado e Pedro Pechirra (Departamento de Doenças Infecciosas)</i>	
2.3 Observação em Saúde Ambiental	018
<i>Helena Rebelo (Departamento de Saúde Ambiental)</i>	
2.4 Observação em Genética	021
<i>Paulo Pinho e Costa (Departamento de Genética)</i>	
2.5 Observação em Promoção da Saúde e Doenças Crónicas	025
<i>Fátima Martins (Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas)</i>	
2.6 Observação em Epidemiologia	030
<i>Carlos Matias Dias (Departamento de Epidemiologia)</i>	
3_A Função Observação em Saúde nas Administrações Regionais de Saúde	035
3.1 A Função Observação de Saúde na ARS Norte, I.P.	035
<i>Manuela Felício (ARS Norte)</i>	
3.2 Observação em Saúde: a perspectiva da Região de Saúde do Centro	047
<i>Lúcio Meneses (ARS Centro)</i>	
3.3 Observar Saúde: Avenidas do Conhecimento e de Trabalho - Desafios	051
<i>Estela Fabião (ARS Algarve)</i>	
_Comentários finais e recomendações	052
_Referências Bibliográficas	055
_Programa	Vcc

→ _Preâmbulo

De acordo com a sua lei orgânica actual (D.L. nº271/2007 de 26 de Junho), o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA, IP) é o Observatório Nacional de Saúde, seguindo, aliás, o estabelecido pela anterior lei orgânica.

À semelhança do ano anterior, o dia do INSA comemorado em 2010 incluiu uma jornada de reflexão sobre uma das funções essenciais do Instituto, este ano a “Observação em Saúde, função colaborativa”.

Apesar de apenas em 1998 ter sido estabelecida no INSA uma estrutura formal dedicada à Observação em Saúde, a elevação das actividades de Observação em Saúde, desde sempre realizadas na instituição, ao estatuto de função essencial, efectuada através da actual Lei Orgânica, consolidou esta nobre área de trabalho da moderna Saúde Pública no INSA, IP.

De acordo com aquela Lei, são atribuições do INSA,IP, na sua qualidade de Observatório Nacional de Saúde:

- 1.Colaborar com a Direcção-Geral da Saúde na realização de actividades de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- 2.Estudar e actualizar os indicadores que descrevam o estado de saúde da população portuguesa e seus determinantes e a respectiva variação no espaço e no tempo;
- 3.Desenvolver ou validar instrumentos de observação em saúde;
- 4.Divulgar o resultado das suas actividades como observatório gerando conhecimento para suporte às decisões em saúde.

No dia do INSA 2010, a perspectiva internacional e global sobre a observação em saúde foi apresentada pelo Professor Finn-Kamper-Jorgensen, Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública da Dinamarca, actualmente sediado na Universidade da Dinamarca do Sul.

Como solicitado, os seis departamentos técnico-científicos do INSA, IP elaboraram e apresentaram, igualmente, comunicações com a sua reflexão sobre a função essencial eleita para este dia, incluindo a síntese do trabalho actual realizado por cada departamento e as suas perspectivas futuras na área da observação em saúde.

Desde o inicio do planeamento deste Dia do INSA foi considerado que, estando a função observação estreitamente ligada às actividades dos serviços de Saúde Pública, seria importante contar com a participação das Administrações Regionais de Saúde, concretizando, assim, as recomendações do Plano de Desenvolvimento Estratégico 2008-2012 do INSA.

Puderam corresponder a esse convite do Sr. Presidente do INSA, IP, Professor José Pereira Miguel, as ARS Norte, ARS Centro, e ARS Algarve que enriqueceram a sessão com apresentações orais, posteriormente vertidas em contributo escrito.

Esta publicação inclui os contributos e reflexões elaborados pelos diversos participantes na jornada, assim como algumas conclusões e recomendações para desenvolvimento futuro da função observação no INSA.

1

Health Observation The Danish Health Information System

www.insa.pt



Dia do INSA
27 Setembro 2010



Finn Kamper-Jørgensen MD PhD

National Institute of Public Health Denmark, University of Southern Denmark (1)

Introducing the CPR number

When Denmark almost 50 years ago introduced the so-called Civil Personal Number (CPR-number) and allocated a specific number to each citizen – it was possible to store all kinds of information under this CPR number. A built up over the years of an enormous amount of registers has taken place - health registers, social registers, economic register, housing registers, criminal registers, DNA registers etc. Quite many of these registers cover the entire population – a valuable source of information for planning and for research.

Allow researchers to use registers and link registers

Danish legislation allows certain public administrative bodies and researchers to use these registers and even to link various registers by means of the CPR number. Linking takes place in Denmark's Statistics and the researcher does not receive the linked research material containing a CPR number. The number is converted into age, sex and the researcher in principle works with anonymous material.

The researcher has to apply to the Danish Data Inspection Board in order to use register-based material for research. About 10 years ago – when I was chairman of the so-called Central Biomedical Research Ethics Committee – researchers should

(1) National Institute of Public Health www.niph.dk
Finn Kamper-Jørgensen: fkj@niph.dk

also apply to an ethical committee in order get acceptance. We recommended to Parliament to stop this double application and change the law. Therefore to-day one only has to apply to the Danish Data Inspection Board. The Board accepts almost all applications.

Models structuring the Health Information System

The data collected for the very comprehensive health information system is typically based on structured models like

- _a model of the broad concept of health
- _the epidemiologic model
- _an economic model – a production model

In the figures below I show such important models.

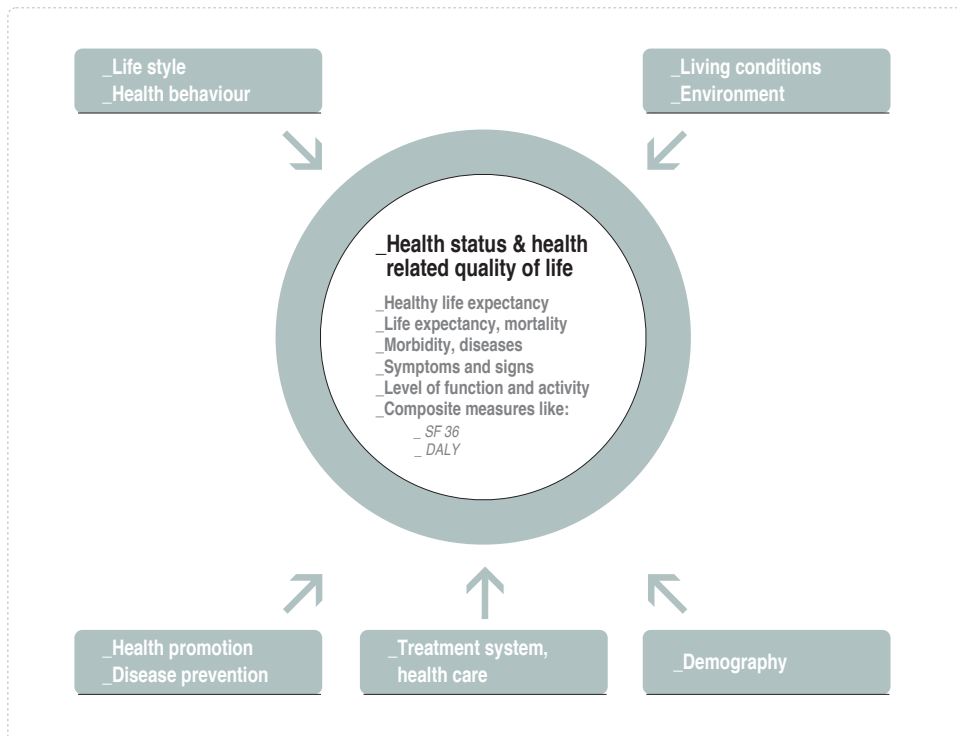
The broad model of health recognizes the determinants of health including living conditions, lifestyle and health services. Basically genetic factors should enter the model but we still on a population basis lack such information – it appears in the years to come.

Having created the model the challenge then is to select relevant indicators to enter the model.

Such models serve several purposes:

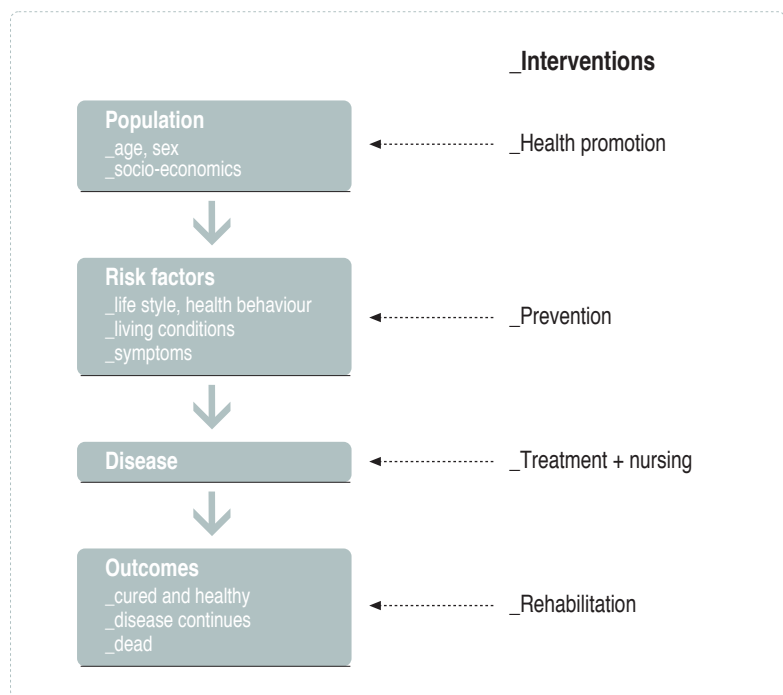
- _health planning
- _analysis and research
- _monitoring
- _evaluation

Health Information System related to the broad concept of health

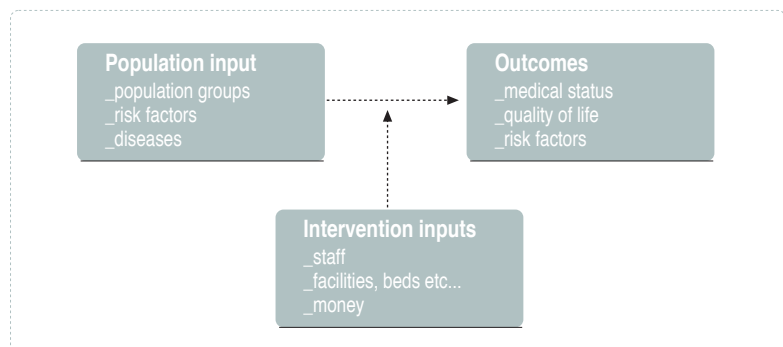




↓ **The epidemiologic model**



↓ **The economic model** _ production / productivity



Here are some examples of registers of the entire population:

- _population register
- _somatic hospital register
- _psychiatric hospital register
- _cancer register
- _prescription register
- _integrated labourmarket register (work history, unemployment etc)
- _income compensation register (disability pensions, sickness absence etc)
- _child care database (home, creytch, daycare, private day care etc)
- _criminality register

Linking between Health Interview Surveys and registers

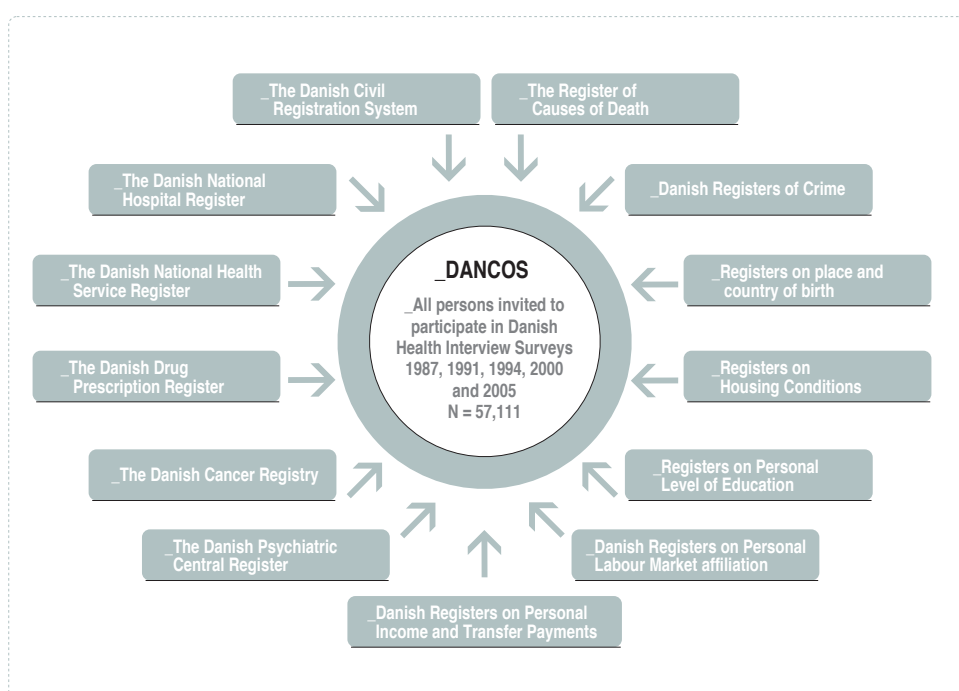
My institute has since 1987 conducted regular Health Interview Surveys based on the principle of sampling of a representative part of the population. An interview has taken about 45 minutes – data were collected by professional interviewers. We have by means of the CPR-number linked these interviews with cross-sectional register data as well as with follow up data – based on tracing the persons over time in the various registers. We call this database DANCOS = Danish National Cohort Study, - a quite unique international database for research.

Below you see the linking for DANCOS

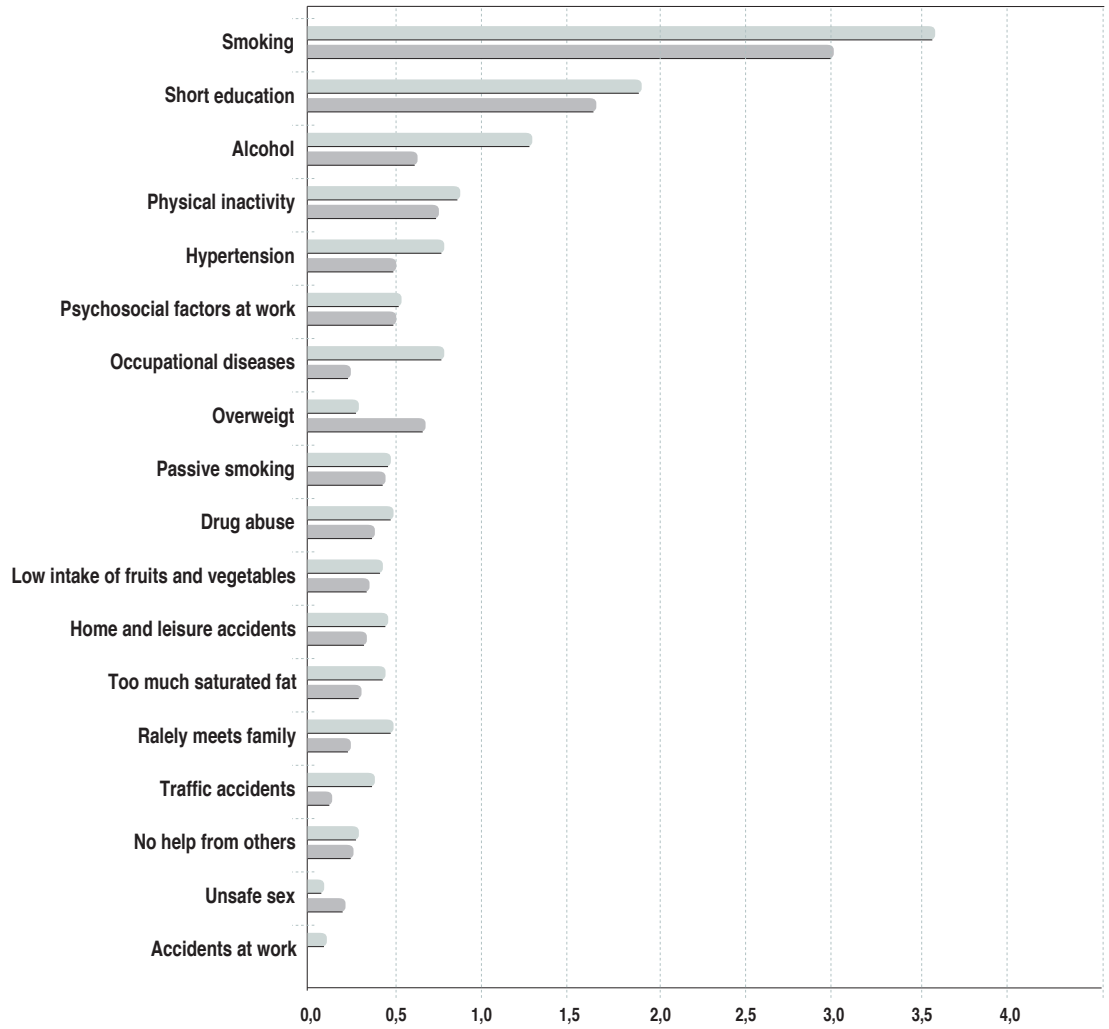
Few countries in the world are able to produce a risk factor analyses based on the DANCOS database. Our institute published an analysis linking 19 risk factor to 18 measures of health consequences and costs to society. The report is a supplementum to Scandinavian Journal of Public Health and can freely be downloaded as open access

I include few figures from this analysis

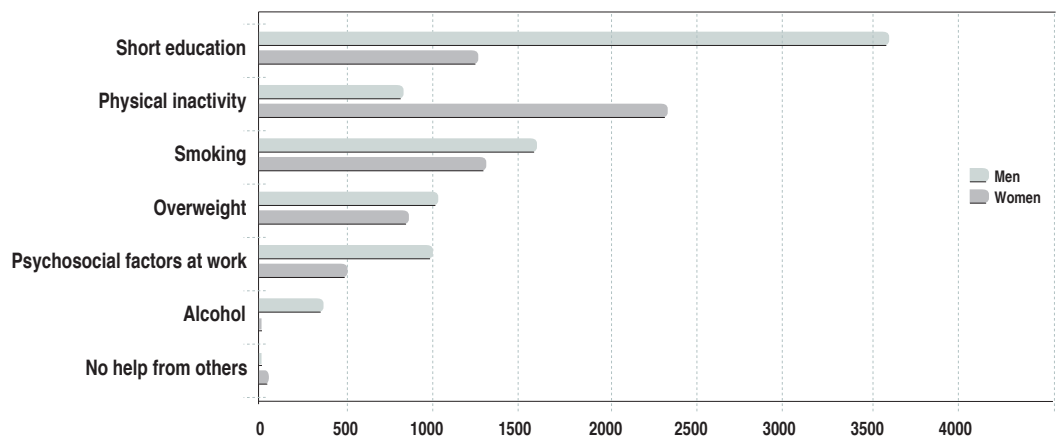
Linkage of Danish national registers to Health Interview Surveys 1987, 1991, 1994, 2000 and 2005



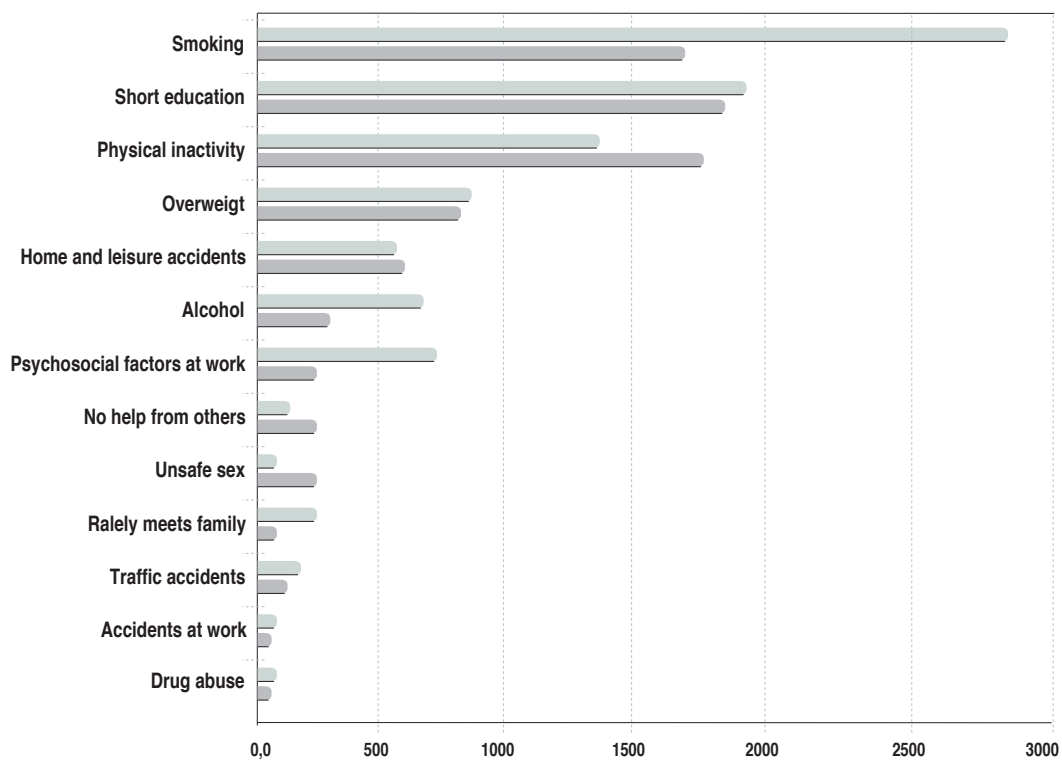
Loss of life expectancy (years) related to various risk factors



Annual number of days of sickness absence related to various risk factors



Costs of the health care system related to various risk factors (in millions 2005 DKK)



European Research Centre created

With a background of comprehensive experience with register based and linked research our institute some years ago decided to create a European Research Centre headed by a professor.

I show below the idea of the centre

European Centre for Register-Based Health-Related Population Research, Public Health, Major Diseases and Welfare

- 1_Own research DANCOS, Twins, Cardio-vascular diseases etc.
- 2_Visiting researchers
- 3_Clearinghouse for certain European register based project
- 4_Summerschool - english
- 5_Module education (english) on register-based research
- 6_Disseminate information to Europe and USA on possibilities for research
- 7_Establish international cooperation – comparative studies
- 8_Danish education and network building

When the European Public Health conference 10 – 12 November 2011 takes place in Denmark – headed by me – our institute offers a preconference focusing on register based research. Also a plenary key-note session presents the Nordic countries from this perspective.

I am chief editor of the Scandinavian Journal of Public Health. I put high priority on accepting register based research. I have – when the July 2011 issue appears - that it is followed by a very comprehensive supplement on Danish registers and the scientific results obtained by using registers for research purposes. The supplement is called “Danish population-based registers for public health and health related welfare research. A description of Danish registers and results from their application in research”. The printed version is almost 200 pages. It can be downloaded freely as open access.

The role of my institute has been – and still is – Research into health and morbidity of the Danish population and the functioning of the health care system – Monitoring and surveillance of the health and morbidity of the Danes – Making reviews and consultancy for public authorities – Participation in post-graduate education and teaching of public health science and social medicine. However, we also have a number of other specialized institutes dealing with public health issues focusing, for example, on infectious diseases, working environment, food and nutrition.

Most of my time as a director my institute was an independent institute related to the Ministry of Health – I was a member of the leadership group of the Ministry. The government a few years ago introduced a reform whereby the so-called sectorial research institute should be merged with universities. Today my institute is a national institute at the university of southern Denmark.

Some references

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H: Risk factors and Public Health in Denmark. Scand. J. Public Health vol 36, supplement 1, November 2008

Thygesen LC, Ersbøll AK (Ed.) Danish population-based registers for Public health and health-related welfare research – A description of Danish registers and results from their application in research. Scand. J. Public Health vol 39, supplement 7, July 2011

2

Visão geral das actividades de Observação no INSA

www.insa.pt

'10

—Dia do INSA
27_Setembro_2010



2.1

Observação em Alimentação e Nutrição

Luísa Oliveira (Departamento de Alimentação e Nutrição, INSA)

Síntese do trabalho actual

O INSA desenvolve, desde a sua fundação, actividades relacionadas com a função observação na área da segurança alimentar e nutrição, nomeadamente a vigilância da higiene química e microbiológica dos alimentos e águas, bem como o estudo dos constituintes de alimentos portugueses. Gonçalves Ferreira, no final da década de 30 do século passado, deu início à sistematização sobre composição de alimentos tendo publicado, em 1948, o primeiro trabalho laboratorial nesta área, referente à composição química e valor alimentar de queijos tradicionais culminando com a publicação da primeira Tabela de Composição dos Alimentos Portugueses, em 1961.

A função observação em segurança alimentar e nutrição depende da colaboração entre as diferentes competências das várias unidades orgânicas do Departamento de Alimentação e Nutrição (DAN) e também de colaboração interdepartamental e interinstitucional.

Como exemplos de actividades de observação em curso no DAN e ilustrativas de diversas colaborações em três grandes áreas científicas: **i)** Composição de Alimentos, **ii)** Segurança Alimentar e Avaliação do Risco e **iii)** Alimentação e Nutrição, Estilos de Vida e Impacto na Saúde podemos referir:

_A Tabela da Composição de Alimentos (TCA), documento de referência nacional para a composição dos alimentos consumidos em Portugal, que reúne informação sobre o teor de 42 componentes/nutrientes (Energia, Macroconstituintes, Ácidos Gordos, Colesterol, Vitaminas e Minerais) em 962 alimentos (crus, cozinhados e processados). A TCA foi publicada em 2006 no formato de livro e disponibilizada *online* em 2010, no site do INSA (<http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/AlimentNutricao/AplicacoesOnline/TabelaAlimentos/Paginas/TabelaAlimentos.aspx>).

Os teores dos componentes apresentados na TCA provêm da compilação de dados de diversas fontes tais como, estudos analíticos realizados pelos Laboratórios do DAN e pelo Instituto de Investigação das Pescas e do Mar (IPIMAR), publicações científicas, outras Tabelas e, para alguns alimentos processados, informação retirada dos respectivos rótulos.

_A vigilância epidemiológica e laboratorial das toxinfecções alimentares, actividade colaborativa entre o DAN (laboratórios de microbiologia de Lisboa e do Porto e Unidade de Observação e Vigilância - UOV), o Departamento de Doenças Infecciosas (DDI) e as Autoridades de Saúde, que resulta no contributo nacional para os relatórios europeus anuais produzidos conjuntamente pela European Food Safety Authority (EFSA) e European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) "annual report on zoonoses and food-borne outbreaks in the European Union".

_Monitorização da restauração colectiva, uma colaboração entre o DAN e autarquias, estabelecimentos de ensino, hospitais, Instituições Particulares de Solidariedade Social e empresas, incluindo avaliação das condições higiénicas e estruturais das unidade de restauração e a análise microbiológica de refeições com a pesquisa e/ou determinação de parâmetros indicadores de higiene e microrganismos patogénicos.

_Ocorrência de contaminantes químicos e microbiológicos em alimentação infantil, uma colaboração entre todas as Unidades Orgânicas do DAN com o objectivo de contribuir para uma avaliação do risco associado à exposição das crianças em Portugal aos contaminantes *Clostridium perfringens*, *Listeria* spp., *Salmonella* spp., *Cronobacter sakazakii*, micotoxinas, metais pesados, nitratos.

_Ocorrência de micotoxinas em alimentos e potencial efeito citogenotóxico, uma colaboração entre o DAN e o Departamento de Genética (DG), que visa avaliar a segurança alimentar relativamente à presença de misturas de micotoxinas, através de uma abordagem multidisciplinar nas áreas da química dos alimentos (DAN) e da genotoxicidade (DG), envolvendo:

- i) a detecção e quantificação de micotoxinas em alimentos, particularmente, em alimentos infantis e
- ii) a caracterização de possíveis efeitos citogenotóxicos de misturas das micotoxinas ocratoxina A e aflatoxina M1 numa linha celular humana.

_Ingestão de edulcorantes em jovens, uma colaboração entre a UOV e escolas da região de Lisboa, do Norte e do Centro do país, visando a avaliação da ingestão de Acessulfame K, Aspartame, Sacarina, Ciclamato e Neohesperidina DC por jovens entre os 10 e os 18 anos.

_Vigilância do estado nutricional da população infantil (*Childhood Obesity Surveillance Initiative - COSI- Portugal*), uma parceria INSA (DAN e Departamento de Epidemiologia), Administrações Regionais de Saúde (Lisboa e Vale do Tejo, Norte, Centro, Alentejo e Algarve), Direcções Regionais de Saúde (Madeira e Açores), Direcção Geral da Saúde - Plataforma contra a Obesidade e Organização Mundial da Saúde. Este Sistema de Vigilância tem como principal objectivo criar uma rede de informação sistemática (a cada 2 anos) e comparável entre os países da Europa, sobre as características do estado nutricional infantil de crianças dos 6 aos 10 anos.

Com a nova Lei Orgânica do INSA publicada em 26 de Junho de 2007 pretendeu dar-se estrutura à função observatório tendo sido criada no DAN uma Unidade de Observação e Vigilância (UOV) com as seguintes atribuições, definidas no Despacho normativo n.º 15/2009 de 7 de Abril:

- a)** avaliar os benefícios ou riscos para a saúde associados à alimentação, através da produção e gestão de bases de dados e da aplicação dos instrumentos adequados;
- b)** identificar e caracterizar os perigos microbiológicos, químicos ou alimentares e nutricionais, avaliar a exposição e caracterizar o respectivo risco;
- c)** identificar, caracterizar e avaliar os benefícios dos componentes alimentares;
- d)** gerir e manter instrumentos de observação e vigilância; produzir indicadores referentes aos estados de saúde e de doença da população, associados à alimentação e nutrição e dos respectivos determinantes;
- e)** interpretar o significado dos indicadores e dos resultados da vigilância, incluindo as suas tendências;
- f)** acompanhar os programas de vigilância da alimentação e nutrição, nacionais e internacionais.

Para o cumprimento das atribuições da UOV entendeu-se essencial a criação de redes nacionais de partilha do conhecimento em segurança alimentar e nutrição materializadas no programa PortFIR – Portal de Informação Alimentar, visando a consolidação de parcerias com todos os produtores de dados analíticos e utilizadores directos ou indirectos dos mesmos.

O PortFIR é considerado um projecto de extrema importância para o INSA, na medida em que a prazo será materializado num Portal de Informação Alimentar, que incluirá bases de dados, sustentáveis e de qualidade reconhecida, sobre Composição de Alimentos, Contaminação de Alimentos e Consumos Alimentares.

Pretendeu-se assim criar sinergias e otimizar a utilização dos recursos nacionais para manter e actualizar as referidas bases de dados, ferramentas indispensáveis à avaliação do estado nutricional da população e da exposição a contaminantes químicos e microbiológicos bem como à avaliação do risco/benefício para a saúde associado à alimentação. A obtenção daquela evidência científica suporta a gestão do risco contribuindo para a melhoria da segurança alimentar e consequentemente para protecção e promoção da saúde.

Das actividades específicas desta Unidade destacam-se:

_Actualização da Tabela da Composição de Alimentos;

_Coordenação Programa PortFIR que inclui as Rede Portuguesa sobre Composição de Alimentos (RPCA) e Rede Portuguesa sobre Informação Microbiológica de Alimentos (RPIMA);

_Criação do Portal PortFIR incluída no Projecto QREN/SAMA 7988_Criação, Monitorização e Partilha de Conhecimento e Informação em Saúde Pública;

_Produção de Materiais e Difusão da Cultura Científica e da Formação, nomeadamente a colecção: “Alterações do estado de saúde associadas à alimentação”;

_Colaboração com a EFSA através da participação nos grupos:

- i)** Technical Working Group on Data collection;
- ii)** Working Group on Total Diet Studies;
- iii)** Expert Group for Chemical Occurrence Data

– Perspectivas futuras

O DAN pretende tornar-se no prazo de 10 anos numa referência como fonte de dados e informação a nível nacional e internacional em Segurança

Alimentar, Alimentação e Nutrição.

Para tal prevê organizar-se de acordo com o Modelo Europeu de Excelência identificando e definindo e desenvolvendo:

_Os meios – ferramentas, processos e parcerias – por exemplo as redes de partilha do conhecimento, o sistema informático de gestão das bases de dados, os sistemas de vigilância específicos, a estrutura e a periodicidade do relatório de observação com definição de indicadores e a contextualização e reflexão sobre os resultados da vigilância.

Os resultados - por exemplo, um relatório de observação com componente de saúde pública, relatórios sobre a vigilância, relatórios de avaliação do risco, disseminação dos resultados a diferentes audiências

O DAN tem como objectivos específicos a:

Curto / médio prazo (2011- 2013)

- _Reforço actividade das RPCA e RPIMA
- _Lançamento portal PortFIR
- _Nova edição TCA (impresa e online)
- _Criação de um sistema de monitorização da ingestão de Aditivos Alimentares (compromisso INSA – Gabinete de Planeamento e Políticas do Ministério da Agricultura - Comissão Europeia)

Longo prazo (2013 – 2020)

- _Criação da Rede Portuguesa sobre Contaminação Química de Alimentos
- _Criação de sistema de monitorização de consumos alimentares
- _Implementação de Estudos de Dieta Total (TDS) para avaliação da exposição a contaminantes químicos.



2.2

Observação em Doenças Infecciosas

Jorge Machado e Pedro Pechirra (Departamento de Doenças Infecciosas, INSA)

O Departamento de Doenças Infecciosas (DDI) através dos seus Laboratórios integrados nas Unidades de Referência e Vigilância Epidemiológica, Investigação e Desenvolvimento, Laboratorial

Integrada e de Emergência e Biopreparação, estão envolvidos em observação em saúde num grande numero de doenças infecciosas e seus agentes etiológicos:

- _Infeções gastrointestinais (*Salmonella*, *E.coli* e outras bactérias entéricas, *Campylobacter* e *Helicobacter*, *Giardia*, *Cryptosporidium*, *E. histolytica*);
- _Infeções respiratórias (*Mycobacterias*, *H. influenzae*, *Legionella*, *C. diphtheriae*, *Streptococcus pneumoniae* B hemolíticos, *Neisseria meningitidis*, *Vírus da Gripe*);
- _Infeções sistémicas e zoonoses (*Candida*, *Aspergillus*, dermatófitos e outros fungos emergentes, *Toxoplasma gondii*, *Leishmania*, *Trichinella*, *Echinococcus granulosos*, *Plasmodium*, *Tripanossoma*, *Fasciola*, *Shistosoma*, *Citomegalovirus* e *Parvovirus B19*);
- _Infeções Sexualmente Transmissíveis (VIH/SIDA, HBV e HCV, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *T. pallidum*, *Vírus do papiloma humano*, *vírus herpes genital*);
- _Doenças Evitáveis pela Vacinação (*Vírus da poliomielite*, sarampo, rubéola e varicela, *Bordetella pertussis*);
- _Estudo de vectores de doenças infecciosas (*Borrelia*, *Rickettsias*, *Vírus hemorrágicos*, *Francisella tularensis*, *Coxiella*, *Bartonella*);
- _Resistência a antimicrobianos.

Estes agentes microbiológicos (responsáveis por doenças de declaração obrigatória) tem importância major quer a nível nacional quer internacional e tem implicado um incremento da colaboração com amplo número de entidades e instituições (Direcção Geral da Saúde, Administrações

Regionais de Saúde, Hospitais, Faculdades, empresas, ECDC, EFSA, OMS). É de referir ainda que simultaneamente com muitas das actividades em que o DDI participa existe também um conjunto de temas em destaque que constituem observação em saúde:

- _Programa de vigilância epidemiológica integrada da doença dos legionários em Portugal: notificação clínica e laboratorial
- _Epidemiologia da Infecção por *Haemophilus influenzae* após introdução da vacina Hib no Plano Nacional de Vacinação
- _Diphtheria Surveillance Network
- _Epidemiologia molecular e caracterização dos mecanismos envolvidos na resistência aos antibióticos de estirpes de *Streptococcus pneumoniae*
- _Identificação e caracterização dos mecanismos envolvidos na resistência aos antibióticos de estirpes de Gram negativo isoladas em Portugal
- _European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS)
- _Invasive Bacterial Infection Surveillance in Europe (IBIS)
- _Caracterização Molecular de *Treponema pallidum* em amostras Clínicas
- _Estudo epidemiológico de prevalência da infecção por HPV nas mulheres em Portugal - CLEOPATRE Portugal
- _Indicadores de prognóstico do cancro do colo do útero associados à infecção por HPV: Estudo de um grupo de mulheres com diagnóstico de ASCUS e LSIL atendidas na Maternidade Júlio Dinis
- _Caracterização molecular do Vírus Varicela-Zoster em Portugal
- _Infecção pelo vírus Citomegalo e vírus Hepatite C em crianças nascidas de mães infectadas pelo VIH
- _Observação de Saúde: Diagnóstico Molecular e Tipagem de Fungos
- _Estudo etiológico das dermatofitias em Portugal
- _Exposição Ocupacional a Fungos - O caso dos Ginásios com Piscina
- _Monitorização de doenças fúngicas invasivas em doentes de hematologia
- _Pesquisa de agentes patogénicos e seus indicadores em amostras de água e areia de praias litorais e interiores da Costa Portuguesa
- _Polimorfismos de DNA microssatélite em fungos do género *Cândida* e suas implicações na patogenicidade
- _Environmental Determinants of the Changing Dynamics of European Tick-borne Disease systems|Estudo dos Arbovírus
- _Estudo epidemiológico piloto da triquinose humana em Portugal
- _Proporção dos diferentes tipos de Vírus do Papiloma Humano em mulheres infectadas por Vírus da Imunodeficiência Humana
- _Tipos de HPV na população feminina da área de influência do Hospital Fernando Fonseca
- _Q Fever in Portugal. *Coxiella burnetii* heterogeneity, antimicrobial susceptibility and host genetic immune variation
- _Transmissão vertical da infecção VIH-1 e VIH-2 em Portugal
- _Vigilância e monitorização da susceptibilidade aos antivirais específicos para a gripe.

Atendendo ao grande número de áreas temáticas e na impossibilidade de apresentar detalhadamente cada um delas apresenta-se de seguida o exemplo de observação em saúde do Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe

Síntese do trabalho actual

O Programa Nacional de Vigilância da Gripe (PNVG) constitui a “espinha dorsal” do trabalho realizado pelo Laboratório Nacional de Referência para o Vírus da Gripe (LNRVG). A vigilância epidemiológica da Gripe consiste na recolha, análise e disseminação de informação sobre a actividade gripal. Esta vigilância epidemiológica é uma vigilância integrada, pois integra duas componentes, a vigilância clínica e a vigilância laboratorial e é coordenada pelo LNRVG e pelo Departamento de Epidemiologia (DEP) do INSA.

A vigilância clínica consiste na notificação de novos casos de síndrome gripal e usa critérios exclusivamente clínicos. A componente clínica da vigilância é particularmente importante pois está activa durante todo o ano, o que possibilita a detecção de eventuais surtos que venham a ocorrer fora da habitual “época gripal”.

Por sua vez, a componente laboratorial da vigilância, que está activa de Setembro de um ano até Maio do ano seguinte, além de constituir um indicador precoce do início da circulação de vírus influenza em cada época, confere especificidade ao PNVG permitindo a caracterização das estirpes de vírus influenza em circulação na população.

A vigilância epidemiológica da gripe materializa-se no terreno através de uma rede de médicos sentinela, que integra o PNVG desde 1990 e que consiste em Médicos de Clínica Geral ou Médicos de Família que exercem em Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar distribuídos por todo o país. A notificação semanal de novos casos de síndrome gripal por esta rede permite o cálculo

das taxas de incidência semanais. Além desta componente clínica (como já referido, activa durante todo o ano) a rede de Médicos Sentinela participa na Vigilância Laboratorial com o envio de exsudados da nasofaringe ao LNRVG (activa desde Setembro de um ano a Maio de ano seguinte).

A partir de 1999 passaram a integrar o PNVG os chamados “Serviços de Urgência” que consistem em serviços de urgência hospitalares ou de centros de saúde do SNS que enviam exsudados da nasofaringe ao LNRVG acompanhados da notificação de caso de síndrome gripal (esta componente apenas se encontra activa no período de vigilância integrada). Os Serviços de Urgência têm um papel importante na detecção precoce de surtos epidémicos gripais, pois são a componente do PNVG em que se obtêm mais facilmente produtos biológicos para o diagnóstico laboratorial.

Devido à situação de gripe pandémica, vivida em 2009, foi criada uma Rede Laboratorial Nacional para o Diagnóstico da Gripe A(H1N1)2009, que descreverei mais detalhadamente mais abaixo, referindo aqui que a informação recolhida através desta rede foi também integrada no PNVG.

De referir também a existência do Projecto EuroEva (Estudo de Efectividade da Vacina Antigripal), em curso desde 2008, que embora sendo um projecto independente do PNVG, utiliza dados comuns.

A informação recolhida através do PNVG é reportada para as bases de dados internacionais como o TESSy (The European Surveillance System)

do ECDC e o GISN (Global Influenza Surveillance Network) da OMS. Esta última comporta 5 centros mundiais de referência da OMS (Londres, Atlanta, Melbourne, Tóquio e Memphis) e 135 laboratórios distribuídos por 105 países reconhecidos pela OMS como laboratórios de referência para o vírus influenza.

Dentro das funções do LNRVG são de destacar **1)** a detecção e classificação dos vírus influenza em circulação;

2) o isolamento do vírus em cultura celular (que continua a ser a metodologia de referência, imprescindível para a caracterização antigénica das estirpes isoladas);

3) caracterização antigénica e genética das estirpes virais;

4) o envio de das estirpes isoladas para o Centro Mundial de Referência da OMS para o continente europeu.

O papel de Centro Mundial de Referência da OMS (Europa) é desempenhado pelo National Institute for Medical Research, sediado em Mill Hill, Londres, onde é continuada e aprofundada a caracterização antigénica e genética das estirpes virais, mas agora sob uma perspectiva global. É com base nesta perspectiva global que é recomendada pelos 5 centros de referência mundiais a composição da vacina antigripal para as épocas gripais seguintes.

Os vírus influenza actualmente em circulação na população humana dividem-se em vírus do tipo A, B e C, sendo que os vírus do tipo A se subdividem em diferentes subtipos (H1N1, H3N2, H5N1, H7N7...). Estas denominações não são mais do que os subtipos das glicoproteínas de superfície virais (a hemaglutinina e a neuraminidase).

Por sua vez, os vírus influenza do tipo B não se dividem em subtipos mas sim em duas grandes linhagens desde o final da década de 80: Yamagata e Victoria. Os vírus influenza do tipo C não têm potencial epidémico e provocam uma doença ligeira.

O vírus influenza pandémico A(H1N1)2009 surgiu da recombinação de uma estirpe suína norte-americana H1N2 (ela própria já um triplo recombinante em circulação na população suína desde a década de 90 e que combina segmentos génicos aviários, humanos e suínos) com uma estirpe suína euroasiática H1N1 que contribuiu com os segmentos génicos da neuraminidase e da proteína da matriz para o novo vírus A(H1N1) pandémico.

Passamos agora a assinalar uma breve cronologia dos acontecimentos em torno da situação da pandemia de gripe ocorrida em 2009.

A 24 de Abril de 2009 é dado o alerta mundial sobre a nova estirpe do vírus da gripe A(H1N1), sendo que a DGS e o INSA activam o Plano de Contingência para a pandemia de gripe. Dois dias depois o LNRVG inicia o diagnóstico laboratorial dos casos sob investigação no âmbito da infecção pelo vírus pandémico. A 4 de Maio é confirmado o 1º caso de infecção pelo vírus A(H1N1)2009 em Portugal. De maneira a fazer face ao número crescente de pedidos de diagnóstico laboratorial solicitados pelo SNS foi criada uma Rede Laboratorial Nacional para o Diagnóstico da Gripe A(H1N1). A 6 de Maio o INSA organiza uma primeira reunião da rede laboratorial, tendo sido activada em Julho de 2009 através do Despacho nº 16548/2009 do Ministério da Saúde. A rede laboratorial é constituída por 13 laboratórios, essencialmente laboratórios hospitalares da Grande Lisboa e do Grande Porto, das Regiões Autónomas assim como de Coimbra, Évora e Faro.

No âmbito desta rede foi dada formação teórica e prática aos laboratórios constituintes que incidiu basicamente sobre os aspectos clínicos e virológicos da vigilância da gripe, sobre as práticas laboratoriais para o diagnóstico do vírus da gripe A(H1N1) em condições de biosegurança nível 3 e sobre as metodologias de biologia molecular a aplicar no diagnóstico laboratorial do vírus. Os laboratórios

da rede notificaram os casos analisados através de uma plataforma informática criada especialmente para o efeito. Além disso, os laboratórios enviaram também amostras para o INSA, quer para confirmação do diagnóstico laboratorial, quer para o isolamento das estirpes virais em cultura celular.

Os resultados da vigilância da gripe mostram que as duas épocas de gripe anteriores (2008/2009 e 2009/2010) foram muito semelhantes em termos de taxas de incidência e duração e intensidade da epidemia. No entanto, na última época houve um deslocamento da sua ocorrência no tempo: devido à gripe pandémica, a época de 2009/2010 teve início logo na semana 17. Nesta época observou-se um maior número de notificações entre as semanas 43/2009 e 1/2010 (na época anterior entre as semanas 49/2008 e 6/2009). Os vírus influenza detectados em 2008/2009 eram predominantemente A(H3N2) mas também alguns A(H1N1) sazonais e influenza do tipo B. Na época de 2009/2010 foram detectados quase só exclusivamente vírus influenza A(H1N1)2009 pandémicos.

De referir ainda que através da Rede Laboratorial Nacional para o Diagnóstico da Gripe A(H1N1) foram notificados e analisados cerca de 62.000 casos de síndrome gripal, sendo que uma quarta-parte destes casos (16.000) foram analisados pelo INSA.

_Perspectivas futuras

A curto prazo, será a integração dos dados sobre os casos notificados ao LNRVG no SINAVE, que por sua vez, no futuro reportará directamente à base de dados do TESSy.

Está em curso um estudo sobre a avaliação da resposta imunitária conferida pela vacinação ou por infecção natural pelo vírus influenza A(H1N1) pandémico, do qual brevemente teremos os primeiros resultados.

O LNRVG foi recentemente integrado na Rede Ibero-Americana para Vírus Emergentes (Virored). Uma das directrizes de trabalho saídas da última reunião desta rede foi o diagnóstico da gripe e de outros vírus respiratórios realizado em amostras da vigilância da gripe.

O LNRVG pretende reforçar as suas funções de laboratório de referência através da continuação de estudos serológicos como o atrás descrito mas essencialmente através do aperfeiçoamento das metodologias de análise antigénica e genética (no âmbito do European Influenza Surveillance Network do ECDC e no âmbito da OMS).



2.3

Observação em Saúde Ambiental

Helena Rebelo (Departamento de Saúde Ambiental, INSA)

A Observação em saúde

O eficiente desempenho da função essencial “Observação de Saúde” depende da capacidade dos departamentos do INSA desenvolverem parcerias estratégicas com vista a potenciar recursos e conhecimento e progredirem na convergência de informação de saúde / doença e seus determinantes dispersa por várias entidades em resultado da repartição e complementaridade de competências previstas no actual enquadramento legal.

É pois fundamental a promoção de acções de participação em redes nacionais e/ou internacionais de vigilância ambiental e epidemiológica, o estabelecimento de parcerias ou protocolos de cooperação intra e inter-institucional nesta área e o reforço do diálogo e complementaridade entre os vários serviços que desenvolvem actividades em Saúde Pública.

O Departamento de Saúde Ambiental desenvolve actividades sobre factores de risco ambientais e ocupacionais que afectem a saúde Humana.

A Unidade da Água e do Solo avalia a qualidade da água e do solo, para identificar e caracterizar situações de risco para a saúde humana de origem hídrica.

A Unidade de Ar e Saúde Ocupacional avalia, numa perspectiva preventiva, os factores de risco do ambiente que podem afectar a saúde dos indivíduos expostos, tendo por base a monitorização ambiental e biológica e compreendendo a identificação e quantificação de agentes físicos, químicos e biológicos, numa perspectiva de criação de locais de trabalho saudáveis e seguros.

Neste âmbito tem vindo a ser desenvolvido trabalho de colaboração com diversas entidades de Saúde, a nível nacional, regional e local, assim como com diferentes entidades públicas e privadas envolvidas na gestão da qualidade ambiental e ocupacional dos nossos recursos.

Síntese do trabalho actual

Desde sempre que o DSA desenvolve actividades que se prendem com a função de “Observação de Saúde”, enquanto instrumento de prevenção e controlo da doença, nomeadamente as que se relacionam com a vigilância da qualidade da água nas suas diversas utilizações e com a avaliação e controlo de situações susceptíveis de pôr em risco a saúde dos trabalhadores no seu local de trabalho através da monitorização ambiental e biológica. O trabalho realizado tem contribuído largamente para a decisão em saúde ambiental/ocupacional ao mesmo tempo que aponta linhas de investigação com reconhecido interesse para a saúde pública.

Merecem também especial destaque os projectos desenvolvidos com base em prioridades nacionais de “Observação de Saúde”, devidamente identificadas, com o objectivo comum de aumentar o conhecimento sobre os determinantes de saúde, nomeadamente as interacções entre as características individuais, o ambiente e os estilos de vida e o seu impacto na saúde.

Entre as actividades ou os trabalhos desenvolvidos pelo DSA, muitos deles em colaboração com outros departamentos do INSA ou outras Instituições, destacam-se, pela sua importância, os seguintes:

_ Monitorização de comunidades fitoplanctónicas de alguns dos principais rios e albufeiras portuguesas, para detecção precoce de desenvolvimentos de florescências de cianobactérias tóxicas que possam por em causa a qualidade da água destinada a actividades recreativas e consumo humano;

_ Mapeamento de zonas de risco potencial acrescido relativamente a fenómenos toxigénicos associados à ocorrência de cianobactérias;

_ Caracterização dos organismos toxigénicos, detectados em ocorrências nocivas, e avaliação da sua toxicidade;

_ Investigação avançada associada à ocorrência de cianobactérias em águas portuguesas potáveis e recreativas como sejam a avaliação dos efeitos morfológicos, ultrastruturais e genotóxicos de microcistinas em linhas celulares de mamífero ou a determinação do potencial algicida da bacilamida e compostos análogos;

_ Estudo da exposição ao fumo de tabaco em estabelecimentos recreativos portugueses: efeitos na saúde e mecanismos moleculares precoces subjacentes a patologias respiratórias;

_ Estudo do impacto na saúde de áreas contaminadas por arsénio – o caso da envolvente das minas da Panasqueira. Contribuição para o estudo da sua toxicidade genética;

_ Avaliação da Exposição dos Maquinistas dos Comboios de Portugal a Vibrações transmitidas ao sistema Corpo Inteiro;

_ Ambiente e Saúde em Creches e Infantários;

_ Avaliação do dano genético em agricultores devido à utilização de pesticidas no sector agrícola;

_ Vigilância epidemiológica integrada da Doença dos Legionários na sua componente ambiental: detecção e caracterização molecular de estirpes, mecanismos de virulência e factores de patogenicidade;

A concretização de actividades pertinentes de Observação de Saúde, sustentadas na evidência científica, tem permitido actuar, através de uma adequada comunicação do risco a todas as entidades com competências de decisão / intervenção (entidades gestoras dos recursos hídricos, Autoridades de Saúde, entidades patronais), de forma preventiva identificando e caracterizando, em tempo útil, riscos para a saúde associados a uma eventual exposição humana a agentes químicos, físicos ou biológicos potencialmente nocivos.

De referir ainda o importante papel do DSA, pelo seu reconhecido saber na área da saúde ambiental e ocupacional, na elaboração de pareceres técnicos para dar cumprimento a requisitos legais ou para responder a solicitações de entidades públicas ou privadas. É exemplo o Decreto-lei nº 2/2001 que regulamenta a actividade ligada à utilização de microrganismos geneticamente modificados e que prevê a intervenção do INSA na elaboração de pareceres sobre a adequação das instalações para este fim, tendo em vista a protecção da saúde humana e do ambiente.

Finalmente, no âmbito da promoção de comportamentos saudáveis, factor preponderante em matéria de prevenção e controlo da doença, o DSA realiza acções de formação em contexto profissional com vista ao desenvolvimento de competências na área da higiene e segurança no trabalho, promove eventos técnico-científicos e elabora documentos / folhetos com vista à difusão de recomendações com interesse em matéria de promoção da saúde / prevenção de doenças associadas ao ambiente.

_Perspectivas futuras

Em relação ao trabalho que importa realizar com vista ao desenvolvimento da função “Observação de Saúde” no DSA, em consonância com o Plano

de desenvolvimento estratégico do INSA para 2008-2012, destacam-se os seguintes projectos / acções:

_ Alargar o âmbito da colaboração com os Serviços de Saúde Pública das ARSs e, em particular, com as Autoridades de Saúde, nomeadamente no que toca a partilha de informação e conhecimentos, com vista ao desenvolvimento conjunto de instrumentos que permitam evoluir na compreensão dos fenómenos de saúde / doença e ampliação da intervenção do DSA na vigilância ambiental, biológica e epidemiológica;

_ Alargar o âmbito da colaboração com a Autoridade para as Condições de Trabalho, nomeadamente no que toca à partilha de informação e conhecimentos, de modo a garantir que um número crescente de trabalhadores tem acesso à adequada avaliação da exposição profissional a agentes físicos, químicos e biológicos.

_ Geração de sinergias através da criação de parcerias estratégicas com organismos de investigação, instituições congéneres internacionais, entidades do ensino superior, hospitais, empresas, etc, como forma de potenciar recursos e conhecimento.

_ Negociar com o Estado contratos-programa para financiamento de actividades prioritárias de Observação de Saúde como sejam:

_ a área dos nanomateriais A crescente produção de nanomateriais traduz-se numa inadiável necessidade de estudar os potenciais riscos que acarretam para a saúde humana e para o ambiente. Apesar de ser muito limitado o conhecimento sobre toxicidade das nanopartículas e do potencial nível de exposição dos trabalhadores, os resultados preliminares, na maioria das principais estudos, revelam actividade biológica significativa e manifestação de efeitos adversos. No âmbito da Saúde Ocupacional este é realmente um grande desafio, uma vez que na ausência de regulamentação específica para esta área, e na actual impossibilidade de definir o risco associado a cada nanomaterial, é fundamental estabelecer uma abordagem de precaução, usando estratégias que visem a prevenção, boas práticas e controlo do risco, tendo a capacidade de antecipar riscos novos e emergentes.

_o estudo da qualidade das águas residuais de unidades de saúde e de investigação ou, ainda, da indústria química e farmacêutica. Estas unidades produzem águas residuais que podem ser consideradas um agente de risco para o ambiente e para a saúde pública devido à potencial presença de medicamentos e outros compostos químicos com actividade biológica (alguns actuando como desreguladores endócrinos) ou bactérias patogénicas, eventualmente multiresistentes, que podem ser drenadas para a rede pública sem tratamento adequado. Dado que os sistemas de tratamento municipal não prevêm a remoção destes contaminantes, permanece desconhecida a qualidade das águas residuais descarregadas no meio ambiente no que toca à presença destes agentes bem como os respectivos riscos para a saúde.

_ Capacitação para uma resposta rápida a ameaças à Saúde Pública, particularmente epidemias, catástrofes ou riscos ambientais emergentes como sejam algumas das esperadas consequências das alterações climáticas;

_ Criação de um sistema sustentado de dados de vigilância ambiental e/ou epidemiológica (rede) que permita integrar, compilar, disponibilizar, partilhar, utilizar, cruzar e tratar informação e capaz de se constituir como uma ferramenta de trabalho no controle de situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde da pessoa ou das populações.

Naturalmente que o desenvolvimento de novas capacidades e melhoramento das já existentes no DSA requer um esforço de investimento em recursos humanos e massa crítica, na aquisição de novos equipamentos, na actualização de metodologias e na adequação das instalações.



2.4

Observação em Genética

Paulo Pinho e Costa (Departamento de Genética, INSA)

_Observação em saúde

A designação “observação de saúde” tem origem numa tradução imperfeita de “surveillance”, devido à ambiguidade do termo na língua Portuguesa. A função “observação”, na perspectiva da saúde pública, é a recolha de informação para a acção, de um modo muito lato. Foi definida em 1968, na 21ª Assembleia Mundial de Saúde, em termos mais concretos, como a recolha sistemática de dados pertinentes, consolidação e avaliação dos dados recolhidos, e disseminação atempada dos resultados junto daqueles que necessitam desse conhecimento para orientar a acção.

A observação em saúde tem como objectivos a avaliação do estado da saúde pública para a prevenção e controlo das doenças, a definição de prioridades na saúde pública, o estudo do impacto das medidas implementadas ou a implementar, a avaliação de programas de intervenção para tomada de decisões e de um modo geral, estimular e facilitar a investigação, gerar hipóteses e desenvolver metodologias.

No Departamento de Genética do INSA decorrem múltiplos projectos cujo principal âmbito é a observação em saúde. São disso exemplos relevantes o “Diagnóstico Pré-natal de Anomalias Cromossómicas em Gravidezes Patológicas” orientado pelo Dr. Hildeberto Correia, o “Nutritional Status, Inflammation and Metabolic Syndrome on the Long-term Health Prediction of Patients with Phenylketonuria”, da responsabilidade do Dr. Júlio César Rocha, e a “Ocorrência de Micotoxinas em Alimentos e Potencial Efeito Citogenotóxico”, a cargo da Dra. Maria João Silva.

_Observação versus Investigação

Confunde-se por vezes a actividade de observação em saúde com a actividade de investigação, o que é compreensível dado ser frequente a partilha de meios, quer materiais quer humanos, entre as duas actividades, que têm aspectos complementares. No entanto, existe uma diferença fundamental entre estas, que tem a ver com os objectivos: a observação utiliza o conhecimento existente para orientar as autoridades de saúde na aplicação das medidas de controlo existentes, tendo sempre relevância directa para as necessidades de controlo e monitorização em saúde, enquanto a investigação, nomeadamente a investigação epidemiológica, ainda que assente na recolha sistemática de dados e na sua análise e avaliação, tem como objectivo central a procura de novos conhecimentos, dos quais poderão resultar (ou não) melhores instrumentos de controlo.

_Registos

A observação em saúde assenta obrigatoriamente na existência de registos. Estes são uma faceta fundamental da observação em saúde. São a memória, assente na recolha sistemática de dados, de cuja análise decorrem todas as restantes actividades. Existem diversos tipos de registo, que poderão ou não ter sido constituídos tendo em vista a actividade de observação: clínicos, administrativos, laboratoriais, epidemiológicos, ou específicos de projectos de investigação. Os registos são centrais a muitas outras actividades no âmbito dos cuidados de saúde, e são tão diversos como os objectivos com que foram constituídos (*ver caixa*).

↓ Objectivos de um Registo**Epidmiologia**

Ensaio clínicos
Heterogeneidade fenotípica / genotípica
Curso natural da doença / Qualidade de vida / Demora do diagnóstico
Resposta ao tratamento / Farmacovigilância
Aferição de escalas / Índices
Qualidade dos cuidados de saúde / Tempos de Espera
Marcadores biológicos
Correlação fenótipo - genótipo
Advocacia / Suporte da comunidade
Planeamento dos cuidados / Informar as autoridades de saúde
Recrutamento de coortes
Suporte à elaboração de directivas / manuais de boas práticas

Os Registos no Departamento de Genética do INSA

Tendo em conta o exposto, compreende-se que existam necessariamente no Departamento de Genética do INSA numerosos registos, utilizados para actividades de observação, investigação, e apoio à prestação de cuidados de saúde. Pela sua importância, e não nos sendo possível dar aqui uma visão exaustiva, citaremos dois exemplos de registos de âmbito nacional, um com larga história e outro em vias de constituição: o Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP), e o Registo Nacional de Paramiloidose. Deixo apenas a menção de dois outros programas de âmbito nacional: o Programa Nacional de Controlo das Hemoglobinopatias (PNCH), que existe de 1987, e o Centro Nacional Coordenador do Diagnóstico e Tratamento de Doenças Lisossomais (CNCDDTL), também com larga história, e que como o nome indica tem um âmbito muito mais lato que a “simples” observação.

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP)

O PNDP teve origem no programa de rastreio neonatal da fenilcetonúria (PKU), iniciado em 1979 no antigo Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto de Magalhães, no Porto, certamente o primeiro exemplo em Portugal de rastreio sistemático de uma doença genética. Já então, tinha por base a recolha de sangue capilar colhido sobre papel de filtro. Em 1981, com a mesma amostra, acrescentou-se o rastreio do hipotireoidismo congénito (HC) por doseamento da TSH.

Em 1981 foi criada a Comissão Nacional para o Diagnóstico Precoce (DR II série nº 91, 3151), tendo o rastreio sido alargado em 2004, recorrendo aos últimos avanços da técnica, a um total de 25 doenças.

O PNDP é um exemplo raro de sucesso, mesmo a nível internacional, de um programa de rastreio deste tipo, sendo a cobertura em Portugal de virtualmente 100% dos recém-nascidos. Os resultados divulgados falam por si.

 **PNDP: Resultados (Dez. 2009)**

RN Estudados	Doença	Nº de casos	Prevalência
2.921.105	Hipotiroidismo Congénito	968	1/3.093
2.953.350	Fenilcetonúria	278	1/10.833
449.184	Outras Doenças Hereditárias Metabolismo	190	1/2.364

Em Projecto: Registo Nacional de Paramiloidose

A Paramiloidose ou Polineuropatia Amiloidótica Familiar de tipo Português, também conhecida por Doença de Andrade ou “doença dos pezinhos”, é uma poli neuropatia periférica, sensitiva e autonómica, com disfunção motora tardia, simétrica, progressiva e centrípeta. É um exemplo típico de doença genética autossómica dominante de início tardio e penetrância elevada, sendo a idade média de início de 35 anos. As alterações histopatológicas da paramiloidose são características, com deposição generalizada de amiloide envolvendo múltiplos órgãos, amiloide essa constituída por polímeros fibrilares de transtirretina (TTR), uma proteína do sangue que é produzida no fígado. A TTR existente nesses depósitos apresenta uma mutação causativa, que no caso dos doentes Portugueses é devida à substituição de uma valina por uma metionina (TTR V30M). A doença não tem, obviamente, cura, mas existe um tratamento eficaz ainda que dispendioso, o transplante hepático, estando outros em desenvolvimento.

Até Junho de 2008 tinham sido registados registados no extinto Centro de Estudos de Paramiloidose do INSA 3525 portadores de TTR V30M, correspondendo a doentes e portadores assintomáticos acima dos 20 anos (dados do aconselhamento genético). O número de doentes vivos num dado momento está estimado entre 1200 e 1300, em grande parte concentrados no litoral Norte, a área de maior prevalência da doença. Existe um único rastreio de base laboratorial

efectuado em 5000 indivíduos residentes nas áreas mais afectadas, tendo sido encontrada uma prevalência da mutação de 1/625.

Dada a dimensão do problema, a Paramiloidose tem sido considerada um verdadeiro problema de saúde pública em Portugal, que põe problemas específicos na gestão e planeamento dos cuidados de saúde a prestar aos indivíduos e famílias afectadas. Nesses sentido, foi o INSA incumbido, por despachos sucessivos da Secretaria de Estado da Saúde de 2004 e 2009, de propor a organização de um registo nacional de Paramiloidose, cujo objectivo principal seria “... permitir(ia) um conhecimento mais adequado da epidemiologia da doença no nosso país...”, e mais especificamente a “... identificação e caracterização de todos os casos de doença...”, “... prevenção...”, e “... melhoria dos Cuidados de Saúde a prestar aos Cidadãos com Paramiloidose ”

A proposta do INSA

Na proposta elaborada pelo INSA foram tidas em conta as “deficiências” dos registos existentes, resultantes dos fins diversos para que foram constituídos. Existem de facto dois registos internacionais, o THAOS - Transtirretin Amyloidosis Outcomes Survey (2007 – 2017), promovido pela indústria farmacêutica (FoldRx Pharmaceuticals, Inc.) e que tem como objectivo caracterizar a história natural da doença e produzir orientações e recomendações de tratamento, e o “FAP World Transplant Registry”, implementado em 1995 com o apoio do Karolinska Institute, na Suécia,

cujo objectivo é a avaliação de riscos e benefícios do transplante hepático na PAF e a aferição de critérios e metodologias. Os registos existentes do Centro de Estudos de Paramiloidose (1939 – 2007) também foram tidos em conta, sendo particularmente importantes os registos familiares, cuja constituição remonta ao primeiro doente de Paramiloidose observado por Corino de Andrade em 1939. Estes foram constituídos para apoio ao diagnóstico, tratamento e aconselhamento genético, investigação científica e acompanhamento epidemiológico, mas encontram-se inactivos.

Tendo em conta os objectivos enunciados, foram tomadas algumas opções orientadoras para a constituição do RNP: O registo deverá ser compreensivo e estatutário, de modo a garantir a inclusão de todos os casos de doença, incluir dados individuais e ser permanentemente individualizado. A proposta definitiva do INSA para a constituição do RNP tem a seguinte redacção:

“O Registo Português de Paramiloidose (RPP) é um instrumento de observação em saúde específico da polineuropatia amiloidótica familiar, baseado num sistema de recolha e tratamento de informação e base de dados associada, com identificação e caracterização de todos os casos de doença.”

“O RPP tem como objectivo fornecer elementos que permitam planear e apoiar os meios adequados à prevenção da doença, e para a melhoria dos Cuidados de Saúde a prestar aos Cidadãos com Paramiloidose.”

Considerados os constrangimentos existentes na legislação Portuguesa, concluiu-se que os registos poderão ter de ser criados e mantidos pelos médicos envolvidos na assistência aos doentes com paramiloidose. Foi assim proposta a criação de um sistema de “notificação” de acesso remoto directo, no âmbito do SNS e da intranet do Ministério da Saúde, sendo atribuídas aos clínicos que seguem doentes com paramiloidose responsabilidades directas na gestão dos dados dos doentes. É possível que o recurso a autorização legislativa especial venha a ser necessária.

Propõe-se a organização do RNP em 3 ou 4 bases de dados separadas para melhor gestão e segurança:

Base de dados 1 – Dados administrativos

Base de dados 2 – Dados clínicos e laboratoriais

Base de dados 3 – Dados familiares

Base de dados 4 (eventualmente) – Dados relacionados com a gestão de um biobanco.

Qualquer que seja o modelo que venha a ser finalmente implementado, serão sempre tidos em conta os princípios orientadores de qualquer bom projecto: deverá ter objectivos específicos, mensuráveis, orientados para a acção, realísticos e ter em atenção as balizas temporais. Os desafios que se colocam à implementação de um projecto como este são consideráveis. Questões como o financiamento, a representatividade, a comparabilidade, a segurança, a aceitabilidade, a qualidade dos dados, a oportunidade e a resposta a eventuais interesse comerciais terão de ser criteriosamente balanceadas e compatibilizadas.



2.5

Observação em Promoção da Saúde e Doenças Crónicas

Fátima **Martins** (Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas, INSA)

O Departamento de Promoção da Saúde e Doenças Crónicas (DPSDC) é um dos Departamentos técnico-científicos do INSA que desenvolve actividade nas áreas da promoção da saúde, incluindo determinantes da saúde e das equidades, capacitação e literacia da saúde e das doenças crónicas, bem como na área da biopatologia.

As suas principais missões são:

- _Contribuir para a monitorização da saúde individual e colectiva;
- _Identificar novos marcadores para diagnóstico, prevenção e controlo de doenças crónicas;
- _Realizar investigação sobre a etiologia, determinantes e patogénese das doenças crónico-degenerativas de maior impacto;
- _Identificar e caracterizar determinantes biológicos, comportamentais e ambientais que contribuem para a protecção da saúde ou desencadeamento de doenças crónicas específicas bem como para um melhor tratamento e recuperação dos doentes;
- _Desenvolver metodologias de referência, de intervenção e avaliação;
- _Promover a divulgação da cultura científica e melhorar a literacia em saúde na área da promoção da saúde e doenças crónico-degenerativas, em particular a da sua prevenção e controlo;
- _Desenvolver instrumentos e realizar observações sobre o estado de saúde, incluindo a saúde mental da população portuguesa e respectivos determinantes, em colaboração com outros departamentos do INSA, outras entidades dentro do Ministério da Saúde, assim como com outros sectores;
- _Contribuir para a elaboração de linhas orientadoras de uma intervenção de melhor qualidade na promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico mais precoce e/ou mais fiável e para um tratamento mais efectivo de doenças crónicas.

A sua actividade desenrola-se nas seguintes unidades funcionais:

- _Unidade de Investigação & Desenvolvimento**
- _Unidade de Promoção da Saúde**
- _Unidade Laboratorial de Referência**
- _Unidade Laboratorial Integrada**

Um dos seus pontos fortes reside no facto de congregar actores com conhecimento das interações entre determinantes biopsicossociais para a promoção da saúde e prevenção da doença, a três níveis: molecular, individual e social.

_Ao nível Celular/molecular através da Investigação de mecanismos moleculares em doenças crónicas;

_Ao nível Individual/Clínico através do estudo de biomarcadores quer num contexto de investigação quer como no de prestação de serviços diferenciados e de referência;

_Ao nível Social/Epidemiológico através do estudo das determinantes biopsicossociais da saúde e da avaliação do impacte na saúde.

Uma das missões do INSA é como se sabe a observação em Saúde de que iremos falar hoje mais em detalhe. Neste contexto dar-se-á de seguida uma breve panorâmica sobre os estudos mais relevantes já realizados no DPSDC bem como as perspectivas de futuro nesta área:

1. Estudo de Hipercolesterémia familiar

Coordenação: Doutora Mafalda **Bourbon**

Grupo de Investigação Cardiovascular – Unidade de I&D/Lab. de Referência DPSDC

Sabendo que em Portugal mais de 80% dos casos de hipercolesterémia não são diagnosticados clinicamente e estimando a OMS que ocorram todos os anos 20 000 novos casos em Portugal, o grupo de Investigação Cardiovascular da Unidade de I&D do DPSDC desenhou e desenvolveu um projecto em que se estudaram mais de 1300 indivíduos ao nível bioquímico e molecular.

Até à data apenas 2% (400 casos) estão diagnosticados geneticamente.

O estudo molecular será gratuito até 2010 no âmbito do projecto de investigação e a partir de 2011 será previsto na tabela de prestação de serviços do INSA.

A identificação de familiares será efectuada por “estudo em cascata”.

Entre 2010-2012 prevê-se a identificação de 500-1000 novos casos.

2. Prevalência de factores de risco cardiovascular na população portuguesa

Coordenação: Doutora Mafalda **Bourbon**

Grupo de Investigação Cardiovascular – Unidade de I&D/Lab. de Referência DPSDC

Este estudo foi efectuada na população adulta nacional desde 2009 e prevê-se que esteja concluído em 2012. Foi estudado o perfil bioquímico (lípidos e glicose) de 1700 indivíduos bem como efectuado um questionário sobre hábitos de vida e história familiar de factores de risco e de doença cardiovascular.

Pretende-se ainda efectuar a determinação de valores de referência para parâmetros lipídicos e glicose em adolescentes bem como conhecer o perfil de risco cardiovascular de jovens entre os 15 e os 18 anos, de escolas da Região de Lisboa (NUT II).

A fase 1 constituiu um estudo piloto (2007-2009). A fase 2 irá compreender um estudo nacional (2011-2013).

Pretende-se como objectivo final promover a prevenção cardiovascular em idade escolar.

3. Epidemiologia do autismo em Portugal

Coordenação: Doutora Astrid **Vicente**

Grupo de Investigação em Neurociências e Saúde Mental - Unidade de I&D - DPSDC

Neste estudo pretendeu-se determinar a prevalência do autismo em Portugal com vista à programação dos recursos médicos, educacionais e sociais adequados.

Após a definição do estudo e respectiva validação do método procedeu-se ao rastreio da população alvo (67 848 crianças em idade escolar – correspondente a 20% da população escolar global) nas escolas e através de referência pelos professores.

O estudo compreendeu uma avaliação clínica e psicológica das crianças referidas bem como o diagnóstico e cálculo de prevalência tendo sido esta estimada em 1/1000 crianças em idade escolar.

Foi efectuado ainda o respectivo diagnóstico etiológico dos casos encontrados que revelou que cerca de 80% dos casos são de origem idiopática, 5% relacionados com cromossomopatias, 4% com doença mitocondrial e os restantes 11% correspondendo a patologias diversas.

Os casos de origem idiopática foram integrados num projecto de investigação genética a fim de se proceder à pesquisa de mutações bem como ao rastreio genómico para identificação de novos genes e marcadores moleculares (copy number variants)

4. Enhancing the scientific study of early autism: A network to improve research, services and outcomes.

European Cooperation in Science and Technology (COST) Action BM1004

Coordenação: Doutora Astrid **Vicente**

Grupo de Investigação em Neurociências e Saúde Mental - Unidade de I&D - DPSDC

Esta acção COST pretende formar a maior rede de investigadores básicos e clínicos para promoção do estudo dos sinais precoces de autismo e estabelecimento de guidelines para a identificação e intervenção precoce nesta patologia.

Os objectivos específicos são:

_ **Partilha de métodos de avaliação** de autismo por todos os grupos Europeus participantes, permitindo a comparação exacta entre dados populacionais de grande dimensão;

_ **Uniformização dos métodos de rastreio** para determinação de prevalências, para identificação de diferenças geográficas ou temporais reais;

_ **Formação de equipas multidisciplinares** com experiência no estudo de autismo ou em desenvolvimento infantil (clínica, psicologia, epidemiologia, técnicas de imagem, genética) para identificação de sinais precoces de autismo;

_ **Elaboração de guidelines** para a prática clínica, baseadas na evidência, para a identificação e intervenção precoce no autismo.

5. Investigação participada de base comunitária na construção da saúde PROCAPS

Coordenação: Dr.^a M^a João Heitor

Unidade de Promoção da Saúde – DPSDC

Com este projecto pretende-se,

Estabelecer parcerias de colaboração na observação em promoção da saúde a nível local, em articulação com as ARS e serviços de saúde;

Prestar apoio em metodologias de diagnóstico de necessidades e recursos e de planeamento ao nível comunitário;

Identificar indicadores multisectoriais em promoção da saúde;

Estabelecer parcerias e protocolos (em preparação) entre o INSA, IP com Autarquias e ENSP.

No âmbito deste projecto foram já efectuadas actividades nomeadamente o diagnóstico das necessidades em promoção da saúde em que se avaliaram 89 autarquias correspondendo a 28.9% do total, bem como a disponibilidade de indicadores relacionados com a Saúde a nível municipal em que responderam 73 autarquias correspondendo a 23,7% do total.

Destas actividades resultou um conjunto de iniciativas tais como 2 reuniões com Autarquias, 3 reuniões envolvendo as ARSs bem como o Relatório PROCAPS.

6. Estudos de Avaliação de Impacte na Saúde (AIS) de Estratégias do Emprego

Coordenação: Dr.^a M^a João Heitor

Unidade de Promoção da Saúde – DPSDC

Neste estudo pretende-se efectuar:

Uma análise multivariada com dados dos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), em colaboração com o DEP e com o European Social Survey (ESS);

A identificação de determinantes psicossociais e biológicos ligados ao trabalho e emprego e à conciliação trabalho/família numa população de trabalhadores de empresas;

A detecção de morbilidade psicológica e co-morbilidade somática associadas ao absentismo e redução de produtividade;

A avaliação de risco em contexto psicossocial no emprego/trabalho;

A elaboração de recomendações e avaliação do respectivo impacte na saúde e na equidade em saúde;
O desenvolvimento e monitorização de programas de promoção da saúde (mental) e prevenção da doença (mental) no local de trabalho.

Das actividades já realizadas, envolvendo empresas e famílias, resultou o envolvimento em 4 redes internacionais e a organização do I Workshop Nacional da Avaliação do Impacte na Saúde.

7.Hemoglobinopatias - Estudo de prevalência na população portuguesa

Coordenação: Mestre Armandina **Miranda**

Unidade Laboratorial de Referência - DPSDC

O primeiro e único estudo de prevalência de Hemoglobinopatias na população portuguesa foi realizado pelo INSA, entre 1983 e 1985, compreendendo a avaliação de 15208 mancebos (sexo masculino) e cujos resultados revelaram a existência de 0,45% de prevalência de β -talassémia e 0,32% de HbS encontrando-se bolsas de alta prevalência (5-10%) no centro e sul do País.

O Programa Nacional de Controlo de Hemoglobinopatias (PNCH) foi oficializado em 1986 (Circular Normativa DGS nº 18/DSMIA), em cooperação com a OMS e coordenado pelo INSA. Os seus principais objectivos são a prevenção, diagnóstico e tratamento das formas graves da doença. Foram consideradas populações alvo do PNCH as populações dos distritos de Faro, Beja, Évora, Setúbal, Santarém, Lisboa e Leiria bem como os imigrantes provenientes das regiões com alta prevalência desta patologia como por Ex: Países africanos, Sub-continente indiano, Timor; Brasil.

Este é um programa que se encontra activo desde o seu estabelecimento e compreende as seguintes actividades:

- _ Colaboração com uma rede de laboratórios de saúde pública no âmbito do PNCH: execução de rastreios, identificação de portadores e de casais em risco;
- _ Confirmação de diagnóstico (entidades públicas e privadas).

Pretende-se de futuro o alargamento dessa colaboração a outros Centros de Saúde, incluindo dos Açores e Madeira.

8.Prevalência da deficiência em desidrogenase da glicose 6-fosfato

Coordenação: Mestre Armandina **Miranda**

Unidade Laboratorial de Referência - DPSDC

Este estudo foi realizado pelo INSA, entre 1983 e 1985, simultaneamente ao anterior e compreendeu a avaliação de 13 785 mancebos (sexo masculino).

Os resultados mostraram uma prevalência desta deficiência enzimática de 0,51%, aumentando de norte para sul do país (< 0,5% norte, 1,37% no sul, 1,85% centro do país).

Na sua sequência procedeu-se à implementação do diagnóstico laboratorial e identificação das mutações associadas à deficiência da actividade enzimática, que se mantém até hoje.

Actualmente o laboratório de referência do DPSDC continua a disponibilizar estas metodologias para a identificação de portadores e deficientes em G6PD.

Este estudo permite o aconselhamento dos doentes e familiares para a prevenção da crise hemolítica.



2.6

Observação em Epidemiologia

Carlos *Matias Dias* (Departamento de Epidemiologia, INSA)

A “Observação em saúde” tem como finalidade fornecer a base de evidência necessária à intervenção em Saúde Pública. Embora não exista uma definição consensual sobre este tema, o desenvolvimento de observatórios de saúde, verificado em diversos países na segunda metade do século XX, esteve associado ao desenvolvimento e à valorização da Saúde Pública no contexto dos respectivos sistemas de saúde.

Em particular, as actividades de saúde dirigidas à população, entendidas como um esforço conjunto da sociedade para, de forma planeada e programada, manter e melhorar a sua saúde foram, desde sempre, fundadas na correcta identificação de necessidades de saúde da população. O Plano Nacional de Saúde é um exemplo ilustrativo da importância que a observação em saúde tem neste tipo de esforços nacionais.

Já anteriormente o florescimento dos serviços de Saúde Pública em Portugal foram disso exemplo, gerando ganhos em saúde ilustrados, entre outros, pelo controlo ou eliminação de doenças evitáveis pela vacinação, ou outras doenças transmissíveis como a cólera e a lepra; pelo controlo de doenças não transmissíveis como o bócio endémico e pela dramática diminuição operada na mortalidade infantil.

Anteriormente a este movimento encontramos evidência de actividades que poderemos considerar de observação em saúde com a elaboração de estatísticas e indicadores sanitários, diagnósticos de situação de saúde, entre outras fontes geradoras de informação e conhecimento depois aplicados ao planeamento e programação em saúde.

Actualmente, a necessidade de garantir a eficiência económica e a efectividades das intervenções na área da saúde apela, de forma que deverá ser cada vez mais intensa e exigente, a conhecimento,

geralmente epidemiológico, actualizado e válido que permita ao decisor hierarquizar, planejar, dirigir e avaliar as intervenções e os serviços de saúde de acordo com critérios de magnitude, vulnerabilidade, e transcendência social dos problemas, ao mesmo tempo que procura garantir a máxima equidade.

Os desafios colossais colocados pelas doenças crónicas e degenerativas, silenciosas na sua disseminação crescente e menos exuberantes na aparência das suas manifestações perante sociedades menos avisadas, colocam exigências ainda maiores à identificação actualizada das necessidades de saúde da sociedade portuguesa, exigência inultrapassável para uma Saúde Pública efectiva.

1. Perspectiva histórica

O actual Departamento de Epidemiologia (DEP) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) é o herdeiro e sucessor de duas unidades do INSA que desenvolveram actividades de observação em saúde, a par de actividades de vigilância epidemiológica e investigação epidemiológica, embora com missões e objectivos diversos: o Centro de Epidemiologia e Bioestatística (CEB) e o Observatório Nacional de Saúde (ONSA).

O CEB, iniciou a sua actividade com a transferência para o INSA, em 1993, do Dr. José Carlos Marinho Falcão, Médico de Saúde Pública e Epidemiologista, até então Chefe de Divisão de Epidemiologia da Direcção-Geral de Saúde. O CEB tinha como missão realizar investigação epidemiológica, e apoiar os restantes Centros do INSA, o que fez entre 1993 e 1997, período em que foi formada uma equipa multidisciplinar de médicos especialistas em Saúde Pública, estatístas, e administrativos diferenciados,

que aprofundou a utilização de metodologias epidemiológicas no INSA.

No CEB, a função de observação em saúde teve expressão diminuta comparativamente à de investigação, restringindo-se à análise secundária de bases de dados com as do registo da mortalidade, ou notificação obtida através da Rede Médicos-Sentinela, numa perspectiva de resposta a perguntas de investigação concretas. Esta situação pode, em parte, ser explicada pela actividade então mantida por outras estruturas do Ministério da Saúde, como o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde (DEPS) e a Direcção-Geral da Saúde (DGS) na área da observação através da publicação de estatísticas de saúde e relatórios globais e pela expressão reduzida que esta área da Saúde Pública então revelava em Portugal.

Criado em 1997, o ONSA funcionou até 2007, também sob a coordenação do Dr. Marinho Falcão, e surgiu em resposta a uma iniciativa ministerial que visava concretizar a função “Observatório” atribuída ao INSA na sua Lei Orgânica. O ONSA desenvolveu esta área e manteve a capacidade de investigação epidemiológica e de apoio aos restantes Centros do INSA.

Esta importante fase na Observação em Saúde no País, ficou marcada pela transferência para o INSA de importantes, e ainda hoje únicos, instrumentos de observação em saúde, existentes noutros organismos do Ministério da Saúde, mais concretamente na DGS, dos quais o Inquérito Nacional de Saúde (INS) é, sem dúvida, o mais relevante. A transferência para o INSA da equipa responsável pelo INS dirigida pela Dr.^a Maria de Jesus Graça, permitiu garantir a continuidade sempre desejável de experiência e trabalho nesta área. Os outros instrumentos de observação então incorporados no ONSA foram a Rede Médicos Sentinela, o Registo de Acidentes Domésticos e de Laser (EHLASS) provindo do Instituto do

Consumidor e actualmente conhecido como ADELIA. Estes três instrumentos de observação, vigilância e registo, são, ainda hoje, únicos no País.

Data desta fase a criação *de novo* de importantes instrumentos de observação em saúde como a amostra de famílias ECOS, e sistemas de monitorização, como o sistema ICARO, para a monitorização do impacte das ondas de calor na mortalidade, embrião do actual sistema de vigilância de ondas de calor, e o sistema de vigilância Diária da Mortalidade (VDM).

A intensa actividade do ONSA ficou marcada, também, pela incorporação do Centro de Estudos e Registo de Anomalias Congénitas (CERAC) já em funcionamento no INSA desde 1995 sob a responsabilidade da pediatra e geneticista Dr.^a Maria de Jesus Feijoo.

O CEB e o CERAC, constituíram as duas unidades funcionais formais do ONSA. No entanto, a expansão das actividades de observação em saúde no ONSA necessitou da criação de infra-estruturas informáticas, como a Rede de Informação e Observação em Saúde (RIOS), que alberga actualmente diversos sistemas de vigilância epidemiológica geridos por diversos departamentos do INSA.

A equipa de trabalho pluridisciplinar e altamente diferenciada do ONSA foi enriquecida pela da transferência para o INSA de profissionais de saúde com larga experiência de trabalho de saúde pública nos serviços locais, onde se destacam as médicas especialista em Saúde Pública Dr.^a Maria João Branco e a Dr.^a Teresa Contreiras, que participaram activamente na criação de dois sistemas de difusão do seu trabalho e da cultura epidemiológica subjacente, pioneiros à data, entretanto descontinuados por transferência das suas capacidades para estruturas comuns ao todo o INSA entretanto criadas: um sítio na Rede Informática Global, repositório dos relatórios, artigos científicos,

comunicações e outros produtos do seu trabalho, e duas folhas informativas e de divulgação científica: o “Notas Sobre” e o “Observações”. O primeiro, à semelhança dos “Advance Data” Norte Americanos, pretendia divulgar de forma célere, e o mais precocemente possível, análises preliminares de dados obtidos através dos diversos sistemas de informação em funcionamento no ONSA assim como através de estudos de investigação epidemiológica; o segundo visava um público mais vasto, interessado, ou implicado, na área da saúde, em toda a estrutura do Serviço Nacional de Saúde e do Sistema de Saúde em Portugal.

Criado em 2007, o Departamento de Epidemiologia (DEP) acompanhou a reestruturação do INSA em seis Departamentos e concretiza as atribuições do INSA na nova lei orgânica, através de actividades nas áreas de registos epidemiológicos, bases de dados, bio-estatística, epidemiologia, epidemiologia clínica e investigação em serviços de saúde ².

2. Atribuições actuais

As atribuições actuais do DEP são vastas e, na área da observação em saúde, podemos incluir as seguintes:

- 1)** Promoção da identificação de necessidades de conhecimento não satisfeitas no que respeita a indicadores de saúde e de doença da população e das respectivas determinantes, nomeadamente no domínio da monitorização e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- 2)** Desenvolvimento, gestão e manutenção de instrumentos de observação, nomeadamente os actualmente existentes (INS, ECOS, RENAC, ADELIA, MS, ÍCARO, VMD), de modo a garantir a colheita de dados com finalidades de monitorização, investigação, vigilância epidemiológica, previsão de eventos e seus efeitos;

- 3)** Produção de indicadores referentes aos estados de saúde e de doença da população e respectivos determinantes, entre os quais os relacionados com o Plano Nacional de Saúde, bem como a sua actualização;

- 4)** Interpretação do significado de indicadores incluindo as suas tendências, e divulgação às entidades que deles necessitem, em tempo útil e sob forma adequada, através de relatórios gerais ou específicos.

3. Síntese do trabalho realizado

As áreas de trabalho do DEP são: Investigação epidemiológica e em serviços de saúde; Vigilância epidemiológica; Observação em saúde; Apoio metodológico; Formação. Os métodos epidemiológicos, comuns a estas áreas, exigem, por natureza, a utilização de dados, que são, actualmente, oriundos de três tipos de fontes:

- 1)** Dados produzidos por instrumentos de observação estáveis, de que são exemplos as bases de dados geradas pelo INS, RENAC, ECOS, Rede MS, ADELIA, VDM, ICARO; os quais resultam em relatórios periódicos, como os relatórios do 3ºINS e 4ºINS, do RENAC (1997-1999; 2000-2001; 2002-2007), do sistema ADELIA, os relatórios anuais da Rede Médicos Sentinela, entre outros.
- 2)** Dados colhidos propositadamente para estudos específicos, de que são exemplo, entre as dezenas de estudos realizados e em curso: Climatização dos hospitais e efeitos das ondas de calor na saúde; Acidentes Vasculares Cerebrais antes dos 55 anos; Prescrição de antibióticos em Clínica Geral; Efeito na saúde da população da existência de minas de urânio e seus resíduos em Portugal; Efectividade da vacina antigripal, sazonal e pandémica; Violência sobre idosos.

3) Bases de dados produzidas por entidades externas ao INSA/DEP, principalmente as bases de dados da mortalidade, dos internamentos hospitalares, que permitiram o desenvolvimento, entre outros, do sistema de vigilância de ondas de calor e efeitos na mortalidade (ICARO), do Sistema de vigilância da mortalidade diária (VDM), ou da Análise Espacial de Relações entre Doenças Cardiovasculares, Factores Ambientais e Características Sócio-económicas da População.

A utilização destas fontes de dados permitiu estudar mais de 50 temas de saúde diferentes entre 2002 e 2010, distribuídos pelas áreas “Estado de Saúde”, “Determinantes de Saúde” e “Utilização de cuidados de saúde”, cujos resultados foram comunicados e disseminados através da publicação de diversos relatórios, newsletters, artigos científicos, comunicações em reuniões científicas e rede informática global.

A participação oficial do serviço em estruturas nacionais e europeias relacionadas com a observação em saúde evidencia a forte componente que esta área de actividade da saúde pública tem no DEP. São exemplos a participação no Grupo de Trabalho em Estatísticas de Saúde (GTES), patrocinado pelo Conselho Superior de Estatística que visa propor alterações ao actual sistema nacional de estatísticas de saúde ; o grupo INFOTABACO para a monitorização da aplicação da Lei de protecção dos não fumadores; o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes; o Grupo de trabalho criado pelo EUROSTAT para o Inquérito de Saúde Europeu (Health Interview Surveys Technical Group – UE/EUROSTAT).

Outros projectos de âmbito europeu na área da observação em saúde permitem ao DEP manter-se actualizado e ligado à criação de novas metodologias aplicadas à observação em saúde. São de destacar os seguintes: Injury Database

da União Europeia; Registo Europeu de Anomalias Congénitas (EUROCAT); Inquérito Europeu com Exame Físico (European Health Examination Survey - EHES)

4.Perspectivas do trabalho actual e futuro

O DEP privilegia actualmente o trabalho em parceria com instituições nacionais e estrangeiras. Além do trabalho com os organismos centrais do Ministério da Saúde e com o Instituto Nacional de Estatística, a colaboração com as Administrações Regionais de Saúde e com os Agrupamentos de Centros de Saúde reveste-se de particular importância.

As principais linhas de desenvolvimento do DEP, em linha com as orientações estratégicas do INSA, apoiam-se fortemente na manutenção e inovação dos actuais instrumentos de observação, como já referido, únicos no país e detentores de longas séries temporais. O incremento da análise contextual dos produtos de investigação do DEP é uma linha que deverá prosseguir o seu desenvolvimento iniciado com o projecto sobre a violência nos idosos financiado pela FCT.

O aumento do volume de produção científica, exigência de um Departamento integrado num instituto de investigação, deverá fazer-se, também, com o aprofundamento em curso da colaboração com os restantes Departamentos do INSA, de que se destaca a colaboração na área da vigilância clínica e laboratorial da gripe com o Departamento de Doenças Infecciosas (DDI), e o apoio metodológico, em especial na área da Bioestatística assegurado por elementos formados no INSA e com larga experiência nesta área.

Considerando que a função de “Observação em Saúde” interessa, principalmente, ao planeamento do esforço organizado da sociedade para a

manutenção e melhoria da sua saúde, ou seja, à denominada Saúde Pública representada, maioritariamente, pelos serviços públicos de Saúde Pública, essa função, essencial no INSA, carece ela própria de planeamento, programação e recursos desenhados e assegurados pelo menos a médio prazo.

A articulação com as prioridades do Plano Nacional de Saúde e de uma Agenda de Investigação em Saúde, com a identificação das necessidades de informação para os três eixos essenciais da monitorização, vigilância epidemiológica e investigação, facilitará de sobremaneira a orientação dos temas a investigar e desenvolver neste contexto, assim como a programação para a sua obtenção e utilização pelas estruturas oficiais e oferta à sociedade em geral.

(1) Despacho normativo 15/2009, de 7 de Abril – Regulamento Interno do INSA

(2) Portugal. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Estatutos do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Portaria 812/2007, de 27 de Julho.

3

_ A Função Observação _ em Saúde nas ARS Administrações Regionais de Saúde

www.insa.pt

10

_Dia do INSA
27_Setembro_2010



3.1

Observação de Saúde na ARS Norte, I.P.

Manuela **Felício** (ARS do Norte)

_ O que é observar?

A palavra *observar* vem da palavra latina *observare*, e quer dizer “Olhar, considerar atentamente, examinar minuciosamente, sobretudo, com a intenção de conhecer melhor; fazer um comentário, um reparo, uma advertência, chamar a atenção para alguma coisa...” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa, 2001).

Portanto, *observar* implica dois tipos de acções: olhar/examinar para conhecer melhor e, com base nesse (novo) conhecimento/insight, fazer recomendações.

_ Como nasceram os primeiros observatórios de saúde?

O primeiro observatório de saúde apareceu em 1974, em França – o Observatório Regional de Saúde Île de France. Este observatório de saúde foi criado para apoiar a decisão nos domínios sanitário e social e fornecer informações úteis para a definição da política regional de saúde. Este Observatório persiste até aos nossos dias e integra a “Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé” (FNORS) que, desde o início dos anos 80, integra os observatórios das 22 regiões de França, mais os 4 departamentos dos territórios franceses ultramarinos.

Outra referência importante, em termos de observatórios de saúde e, designadamente, no que aos observatórios de saúde pública diz respeito, é a experiência inglesa (mais precisamente, do Reino Unido). O primeiro observatório de saúde pública inglês apareceu em Liverpool (Liverpool Public Health Observatory), tendo sido fundado em 1990 pelo Professor John Ashton.

Em 2000 e na sequência do famoso “White paper – Saving lives, our healthier nation” foi criada a “Association of Public Health Observatories” (APHO - <http://www.apho.org.uk/>), com a finalidade de reforçar a disponibilidade e utilização de informação de saúde ao nível local¹, com um forte enfoque na diminuição das desigualdades em saúde. Hoje em dia, esta Associação coordena a actividade de 12 Observatórios de Saúde Pública, distribuídos pelas regiões de Inglaterra, bem como pela Escócia, País de Gales, Irlanda do Norte e República da Irlanda.

Muito recentemente, foi criada, com o apoio do Observatório de Saúde Pública de Londres, a “Canadian Network of Population Health Observatories” (CaNPHO - <http://canpho.ca/Home/tabid/38/Default.aspx>).

Em Portugal, o primeiro observatório de saúde apareceu nos anos 90, no domínio das drogas e da toxicod dependência – o Observatório Vida. Depois, foram aparecendo outros observatórios, dos quais se destacam o Observatório Nacional de Saúde (ONSA), sediado no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (e, portanto, da iniciativa pública) e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, o Observatório dos Recursos Humanos da Saúde, o Observatório Nacional das Doenças Reumáticas e o Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (todos, da iniciativa privada). Importa salientar que, de acordo com os seus estatutos, o INSA exerce, ainda hoje, a função de Observatório Nacional de Saúde.

Em 2006, e dada a proliferação algo anárquica de observatórios de saúde, a Direcção-Geral da Saúde sentiu a necessidade de fazer sair a Circular Informativa nº 46/DSPCS da Direcção-Geral da Saúde de 13/10/06, com “Orientações genéricas sobre a criação de centros de observação de saúde”.

– E porque é que apareceu toda esta “onda” de observatórios de saúde?

Foi apenas uma questão de “moda”?

O documento publicado em 1974 pelo então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde – “A new perspective on the health of Canadians”- marca o começo da agenda da chamada “Nova Saúde Pública”, cujo enfoque era o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis *baseadas na evidência*. Portanto, pensa-se que este “movimento” dos observatórios de saúde, designadamente, dos observatórios de saúde pública, nasceu da necessidade de reforçar esta *base de evidência*.

E, voltando ao tema inicial, **que observação de saúde da população temos tido na ARSNorte?**

Em primeiro lugar, importa salientar que a *observação de saúde* é algo que os serviços de saúde pública locais sempre fizeram e sempre constituiu uma das áreas nobres da sua intervenção, quer no âmbito do planeamento e administração da saúde (diagnósticos da situação de saúde das populações), quer no âmbito da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis² e da investigação em saúde. De certo modo, os Centros Regionais de Saúde Pública foram criados, também, com o intuito de reforçar, entre outras, esta componente importante da intervenção em saúde pública. Assim, em 2005, o então Centro Regional de Saúde Pública da zona Norte elaborou o primeiro diagnóstico da situação de saúde regional, que se intitulava “Medir para Mudar”.

Com a passagem das Administrações Regionais de Saúde (ARS), em 1 de Julho de 2007, a Institutos Públicos, foram extintos os Centros Regionais de Saúde Pública, e apareceram, pela primeira vez, os Departamentos de Saúde Pública (DSP) das ARS.

Com o DSP da ARSNorte foi, também, criada a respectiva Unidade de Planeamento de Saúde (UPS), que tem vindo a desenvolver ferramentas informáticas em ambiente *web*, um pouco na linha dos *web tools* actualmente utilizados para difusão e comunicação da informação sobre a saúde das populações (como instrumento de *public health reporting*), bem como estudos de âmbito regional que têm permitido a identificação de novas necessidades de saúde e de intervenção dos serviços de saúde. Isto tem traduzido o investimento da ARSNorte, sobretudo desde o 2º semestre de 2007, na criação das condições que permitiram:

- construir uma estrutura de informação e comunicação em saúde (uma *base de evidência*) que, de um modo transparente, imediato e acessível a todos (dentro e fora do sistema de saúde), informa e apoia/suporta os processos de planeamento em saúde e de tomada de decisão ao nível regional e local. São disto exemplo as ferramentas informáticas disponíveis e facilmente acedidas *online* no portal da ARS Norte (Figura 1), designadamente, a ferramenta Perfis de Saúde, que engloba o Perfil de Saúde da Região Norte (Figura 2) e os 24 Perfis Locais de Saúde ao nível dos 26 ACeS da região (Figura 3) e a ferramenta *mort@lidades* (Figura 4), que faz a análise *automática* da mortalidade a nível da região Norte, das respectivas NUTS III e ACeS (esta ferramenta consta de três aplicações informáticas: a *mort@lidades.geres* - mortalidade geral e específica - faz a análise das causas gerais e específicas de mortalidade, a *mort@lidades.prop* - mortalidade proporcional - analisa o peso relativo de cada causa ou grupo de causas de morte em

geral, segundo o género e nas diferentes fases do ciclo de vida, e a *mort@lidades.evita* - mortalidade evitável - faz a análise de um conjunto de causas de morte definidas como evitáveis, umas mais sensíveis à intervenção dos cuidados de saúde e outras mais sensíveis às intervenções de promoção da saúde).

Foi, aliás, graças ao desenvolvimento do Perfil de Saúde da Região Norte e da ferramenta *mort@lidades* que, em 2008, a ARS Norte pôde elaborar, pela primeira vez, um Plano Regional de Saúde assente na identificação clara e transparente de necessidades de saúde e na definição de metas em saúde, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

Foi também desenvolvida e disponibilizada *online* a aplicação informática *morbilid@des.hospitalar*, que faz a análise dos internamentos hospitalares, não só ao nível regional, como ao nível de cada ACeS.

Foi efectuada uma análise evolutiva da mortalidade evitável nos três quinquénios entre 1989 e 2005 (Figura 5) cujos resultados permitiram, sobretudo, apoiar e reforçar muitas das opções estratégicas tomadas pela ARS Norte, nomeadamente, o investimento nos programas e projectos de promoção da saúde e no reforço da capacidade de intervenção nesta área, o investimento no Programa Regional de Luta contra a Tuberculose, no Programa Regional de Prevenção e Tratamento do Tabagismo, no rastreio do cancro da mama, na Saúde da Mulher e da Criança e nas vias verdes do Acidente Vascular Cerebral e do Enfarte Agudo do Miocárdio, entre outros.

Foi efectuada o estudo da Carga Global da Doença na região Norte (Tabela 1), que permitiu evidenciar, por exemplo, necessidades de saúde que não tinha sido possível trazer “à luz do dia” com os indicadores existentes (sobretudo, de mortalidade), como sejam a Saúde Mental e a Diabetes Mellitus, entre outros.

No passado dia 20 de Julho foi efectuada uma ampla divulgação, a nível nacional e regional, da Rede de Observatórios locais de Saúde do Norte (ROSNorte), criada por deliberação, em acta, do Conselho Directivo da ARSN, I.P., em 7 de Julho do corrente ano (Figura 6). Nesta Rede participam actualmente todas as Unidades de Saúde Pública(USP) dos 26 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) da região, que se articulam entre si e com o Departamento de Saúde Pública da ARSNorte (Anexo – Roteiro da constituição e funcionamento da ROSNorte).

De acordo com o nº1 do artigo 12º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, cada Agrupamento de Centros de Saúde, através da sua Unidade de Saúde Pública, "... funciona como observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS...".

A afirmação, em diploma legal, das Unidades de Saúde Pública como observatórios (locais) de saúde veio não só dar uma visibilidade renovada àquilo que já vinha sendo feito, de um modo mais ou menos isolado, e em maior ou menor grau, pelos serviços de saúde pública locais, como também criar a oportunidade para reforçar esta sua função essencial.

A ARSNorte entendeu que o desenvolvimento da função de observatório de saúde por parte das USP dos ACeS permitiria um reforço do nível de decisão local, no que à componente informação e comunicação em saúde diz respeito, essencial não só para a sustentabilidade da Reforma que se encontra em curso, como do próprio sistema de saúde ("melhor informação, melhor decisão, melhor intervenção, melhor saúde" – Figura 7).

A recém - anunciada "Etapa II da reforma dos Cuidados de Saúde Primários" por parte do Ministério da Saúde, mais precisamente, no que diz respeito às suas prioridades ("projectos-guia para o período Setembro a Dezembro de 2010"), veio reforçar esta opção estratégica da ARSNorte,

ao definir como primeiro critério de "início de actividade estruturada e qualificada de uma USP", o facto de "...se assumir na prática como observatório local..." de saúde.

Tendo como ponto de partida uma enorme heterogeneidade (de experiências, geodemográfica, epidemiológica e de recursos, entre outros), a Rede de Observatórios locais de Saúde do Norte surge, assim, como um modelo organizativo que permite:

_A todas as USP dos ACeS da região participar, de um modo integrado, harmónico³ e sinérgico, no desenvolvimento da função de observatório local de saúde, independentemente do seu *ponto de partida*;

_A todas as USP dos ACeS da região dar contributos positivos e utilizáveis por toda a Rede, independentemente da sua dimensão, capacidade ou recursos;

_Às USP agruparem-se, dentro da Rede, segundo áreas específicas de diferenciação⁴, desenvolvendo-as de modo a que toda a Rede possa ser beneficiada (Figura 9);

_Ao Departamento de Saúde Pública (DSP) da ARSNorte articular-se, dentro da Rede, com cada uma das USP, assumindo a função de observatório regional de saúde;

_À Rede, integrar progressivamente ligações com outros *pontos* relevantes dentro e fora do sistema de saúde;

_À Rede, enquadrar-se (espera-se que num futuro próximo) num modelo nacional de desenvolvimento desta função.

Por último, podemos **concluir** que:

_Com as ferramentas que suportam a estrutura de informação e comunicação em saúde da região e, como tal, a função de observatório regional de saúde do seu Departamento de Saúde Pública, a ARSNorte não só democratizou

(porque tornou transparente e acessível a uma vasta audiência), como modernizou o modo como se comunica dados e informação sobre saúde e seus determinantes na Região a diferentes audiências. Ao disponibilizar dados e informação desagregados não só ao nível da região como ao nível das NUTS III e dos ACeS, a ARS Norte facilitou e reforçou também o acesso do nível local a uma maior base de evidência para a tomada de decisão (melhor informação, melhor decisão, melhor saúde).

- Ao apresentar preocupações claras de comunicação da informação sobre saúde da população e do conhecimento gerado pela mesma, a ARS Norte procurou tornar esta base de evidência acessível e “traduzida” (no sentido da translação do conhecimento) aos parceiros-chave fora do sector da saúde e aos cidadãos em geral, condição esta, espera-se, facilitadora de um trabalho de cooperação e participação no processo de planeamento e tomada de decisão em saúde regional e local (Figura 10).

Importa, assim, aproveitar as oportunidades criadas pelo reforço político-institucional da função observação de saúde, bem como o novo ciclo de planeamento em saúde que se avizinha, para reforçar e *empoderar* as ARS e os ACeS no que diz respeito à dotação dos meios e das competências necessários para poderem assumir em pleno a sua responsabilidade, no que ao planeamento e tomada de decisão em saúde e criação da respectiva *base de evidência* diz respeito; a nossa experiência tem demonstrado que pequenos investimentos no sentido certo rapidamente permitem produzir resultados nesta área.

O actual contexto político de reforço da função observação de saúde que, muito provavelmente, será acentuado pela actual conjuntura socioeconómica e o seu impacto previsível na saúde da população, constitui também uma oportunidade para que, no plano nacional, as diversas instituições clarifiquem e assumam de um modo mais harmónico e sinérgico o seu papel no desenvolvimento desta função essencial da saúde pública.

Daniel Boorstin (escritor, historiador e vencedor de um Prémio Pulitzer) escreveu que o principal obstáculo à descoberta não é a ignorância, mas sim a ilusão do conhecimento. É importante que também nesta área possamos continuar a aprender não só com a nossa própria experiência, como também com as experiências e o conhecimento gerados e vivenciados por outros, pois só assim poderemos continuar a progredir e avançar nesta área tão vital não só para os serviços de saúde e sistema de saúde, como também para a população em geral e restantes sectores da sociedade.

(1) “In order to strengthen the availability and use of information about health at local level we will ensure that there is a Public Health Observatory in each NHS region of the country.” (White Paper, 2000)

(2) Como exemplos recentes desta actividade de observação de saúde no âmbito da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis ao nível regional, destacamos os seguintes relatórios: a Análise exploratória da distribuição dos internamentos por pneumonia e gripe na região Norte de Portugal no período de 2000 a 2005, Tosse convulsa – Evolução da doença na região de Saúde do Norte 2000/2008, Doença Meningocócica na Região Norte 2005/2008, Caracterização dos casos notificados de parotidite epidémica na região Norte 2002-2007, Internamentos por tosse convulsa na região Norte 2000-2006, Casos de tosse convulsa notificados na região Norte 2004-2006, Programa de Vigilância do Absentismo Escolar na região Norte 2006-2010, Vigilância Epidemiológica da Doença dos Legionários na Região Norte 2007-08, Perfil da situação epidemiológica e do Programa de Luta contra a Tuberculose na região de saúde do Norte 2000-2009, Perfil de susceptibilidade aos antibióticos de estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* 2009 e a produção de vários relatórios (de periodicidade semanal/quinzenal) a propósito da vigilância epidemiológica no âmbito da gripe pandémica.

(3) Foi assumido consensualmente o documento “Observatórios Locais de Saúde: algumas perguntas e respostas para a sua implementação”, com a definição das tarefas essenciais desta função das USP, como quadro de referência comum (Figura 8).

(4) As 26 USP organizaram-se em quatro grupos de trabalho, no sentido de todas poderem participar activamente na Rede de Observatórios locais de Saúde do Norte (ROSNorte). Diferenciaram-se, desse modo, em 4 áreas de trabalho definidas como prioritárias: Indicadores de Saúde (a serem observados pela Rede), Avaliação do Impacto dos serviços de saúde na saúde da população (desenvolvimento de uma metodologia comum e definição de áreas prioritárias para avaliação do impacto), Comunicação em Saúde (prioridades e estratégias) e Planos e Estratégias Locais de Saúde (contributos dos observatórios locais de saúde para o desenvolvimento dos Planos e Estratégias Locais de Saúde). Os referidos grupos de trabalho encontram-se, desde a sua constituição, em actividade regular.

Figura 1 Portal da ARS Norte



Figura 2 Perfil de Saúde da Região Norte



Figura 3 Perfil Locais de Saúde

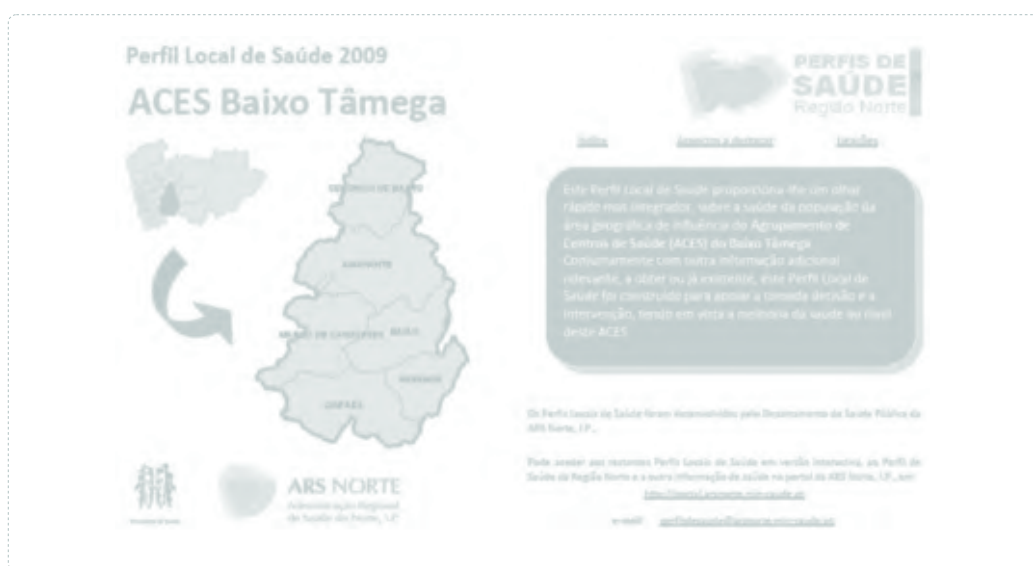


Figura 4 A ferramenta informática mort@lidades

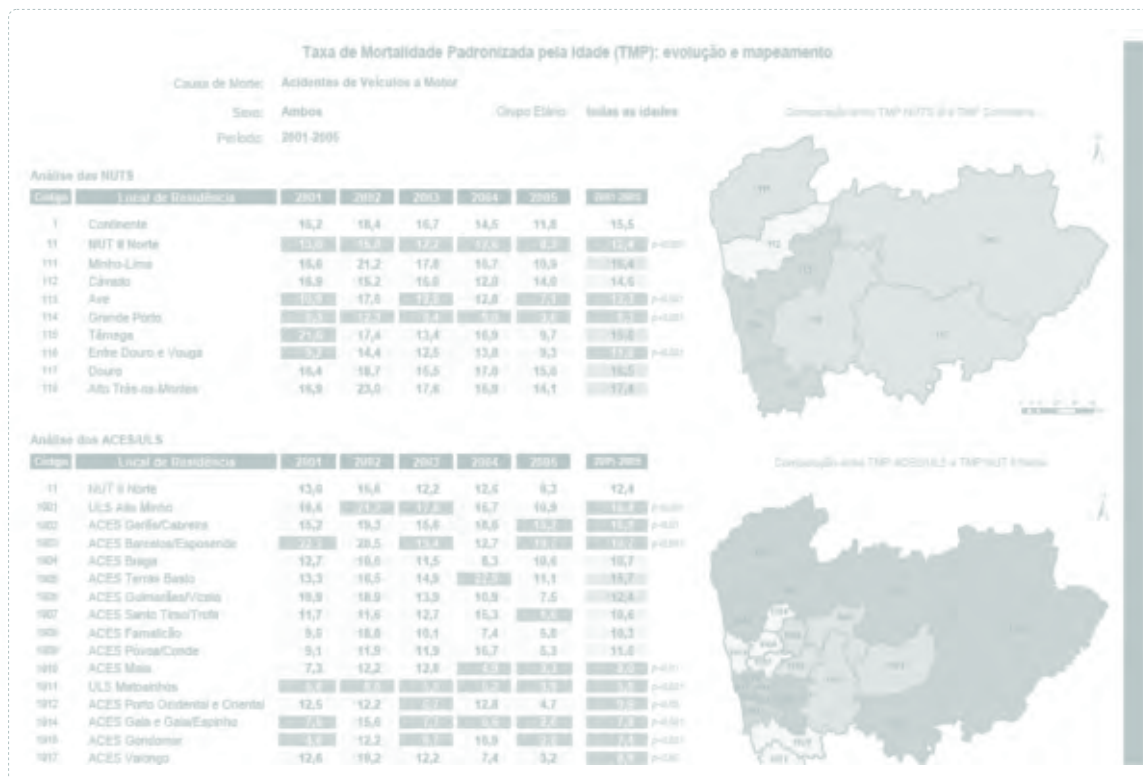


Figura 5 ▾ *Evolução do “peso” (%) das mortes evitáveis em todas as causas de morte prematura (0-64 anos), para ambos os sexos, na região Norte*

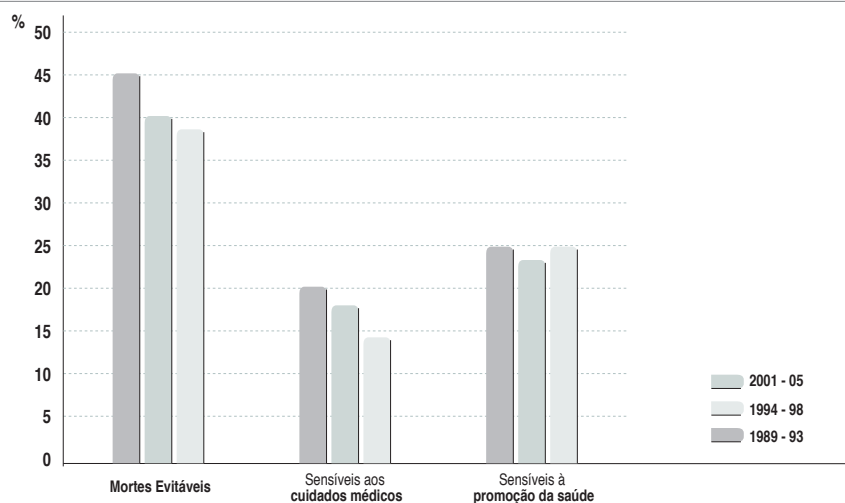


Figura 6 ▾ *CGD em DALY na região Norte: 15 principais causas ordenadas*

Ordem	Doença	% total de DALY
1	Doenças cerebrovasculares	7,7
2	Episódios depressivos (unipolar)	5,7
3	Doença isquémica do coração	3,7
4	Diabetes mellitus	3,4
5	Perda de audição	3,3
6	Alzheimer e outras demências	3,3
7	Álcool	3,2
8	Acidentes de viação	2,9
9	DPOC	2,9
10	Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	2,3
11	Erros de refração	2,3
12	Osteoartrite	2,1
13	Tumor maligno do estômago	2,0
14	Tumor maligno do cólon e recto	1,8
15	VIH / sida	1,6

Figura 6 ↘ Rede de Observatórios Locais de Saúde do Norte (ROSNorte)



Figura 7 ↘ A “cascata” da informação e tomada de decisão em saúde

Da Informação e Comunicação em Saúde... ao Planeamento, tomada de decisão e intervenção em Saúde

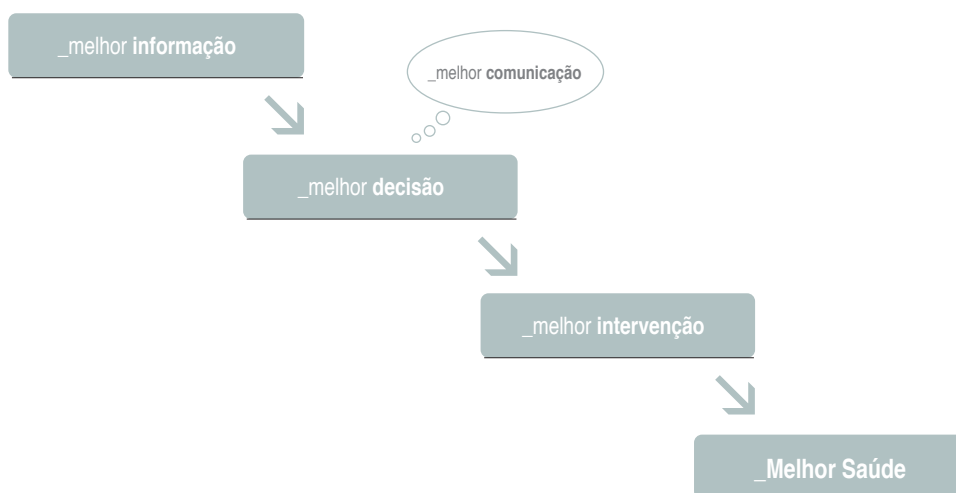


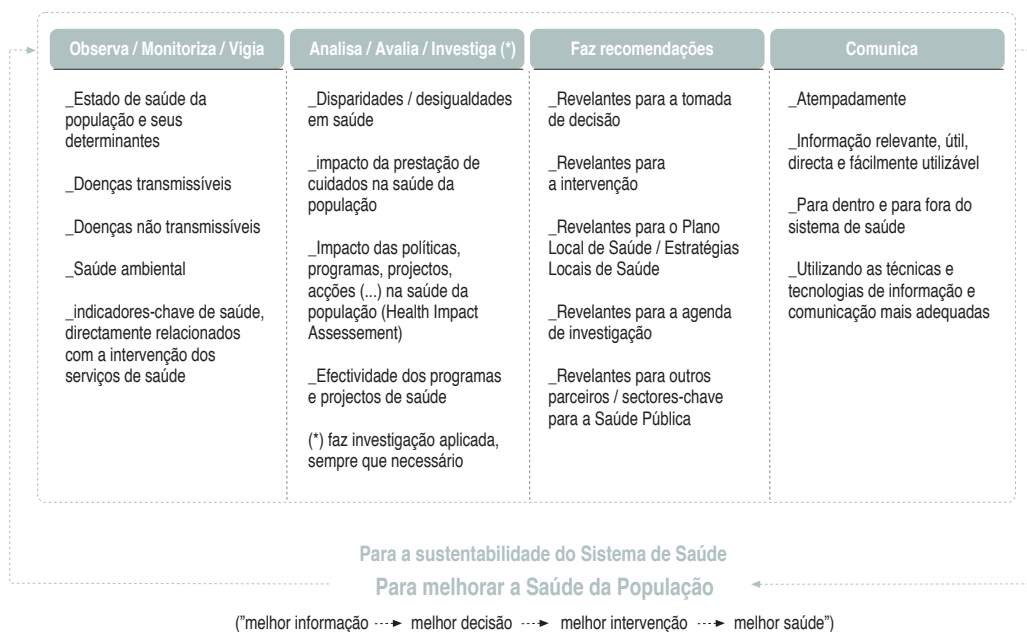
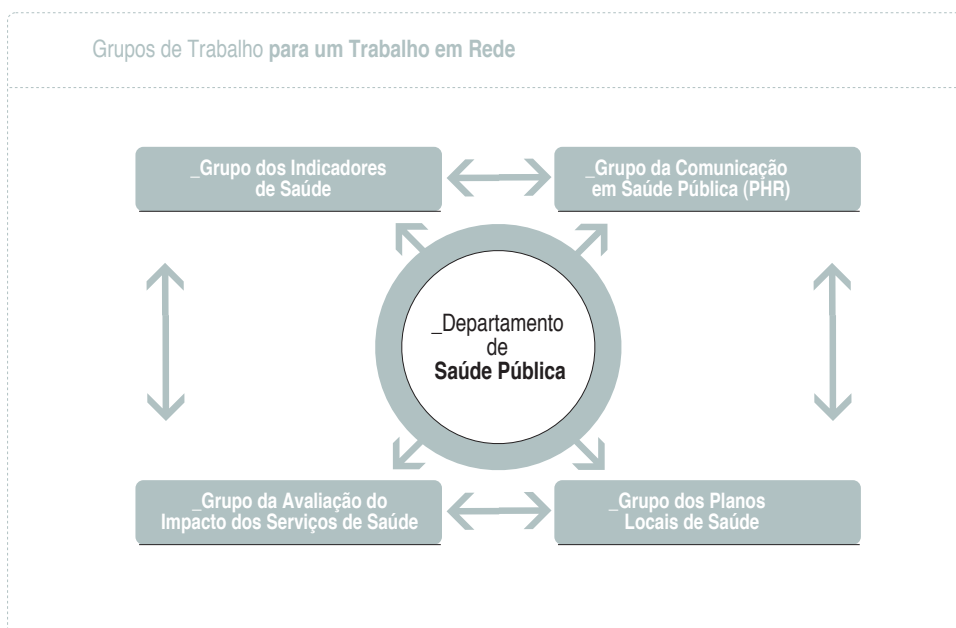
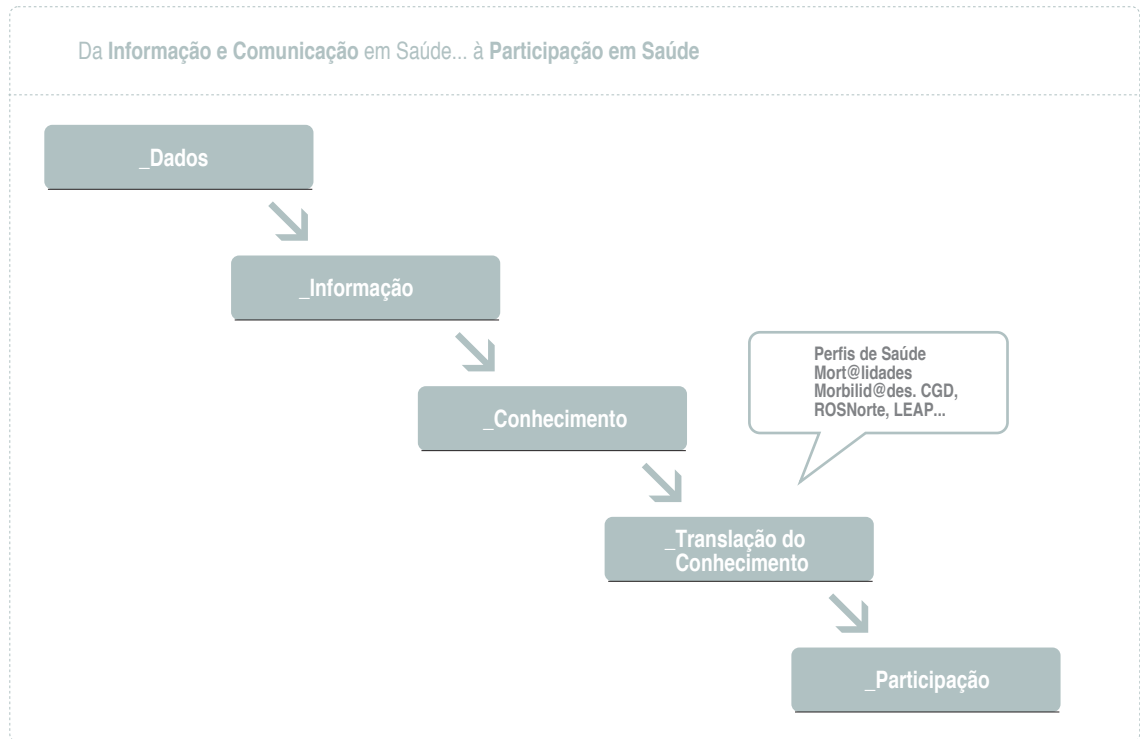
Figura 8 ↓ As tarefas essenciais da função observatório local de saúde**Figura 9** ↓ Grupos de Trabalho / áreas de diferenciação da ROSNorte

Figura 10 A “cascata” da informação e participação em saúde





Anexo

Roteiro da **Constituição e Funcionamento da ROSNorte**

_Agosto de 2009 – disponibilização no portal da ARSNorte dos 24 Perfis Locais de Saúde dos 26 ACES da região, elaborados pelo DSP da ARSNorte;

_2009/2010 – criação, por parte do DSP da ARS Norte, de aplicações informáticas que passaram a permitir o acesso a um grande volume de informação de saúde organizada, significativa e relevante (mortalidade, morbilidade hospitalar, entre outros) desagregada ao nível dos ACeS;

_Março/Abril de 2010 – elaboração de uma primeira proposta para um documento que pudesse ser adoptado como quadro de referência comum - “OLS: algumas perguntas e respostas para a sua implementação”, face à inexistência de um documento de referência nacional;

_Abril/Maio de 2010 – realização de uma acção de formação pioneira no País dirigida às USP dos ACES da região – “Os OLS no contexto da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários”;

_Junho de 2010 – Seminário pela Directora Adjunta do Observatório de Saúde Pública do Nordeste de Inglaterra (NEPHO – Dra. Claire Bradford) subordinado ao tema: “Observatórios Locais de Saúde : o que podemos aprender com a experiência inglesa?”

_Outubro de 2010 – Divulgação do nº zero da *newsletter* da ROSNorte, no II Congresso Nacional de Saúde Pública.

Na sequência da acção de formação de Maio, as USP dos ACES da região Norte:

_Aprovaram e adoptaram como quadro de referência comum a versão final do documento - “OLS: algumas perguntas e respostas para a sua implementação”;

_Organizaram-se informalmente, em quatro grupos de trabalho, no sentido de todas participarem na Rede de Observatórios locais de Saúde do Norte (ROSNorte);

_Diferenciaram-se, desse modo, em 4 áreas de trabalho definidas como prioritárias: Indicadores de Saúde (a serem observados pela Rede), Avaliação do Impacto dos serviços de saúde na saúde da população (desenvolvimento de uma metodologia comum e definição de áreas prioritárias para avaliação do impacto), Comunicação em Saúde (prioridades e estratégias) e Planos e Estratégias Locais de Saúde (contributos dos observatórios locais de saúde para o desenvolvimento dos Planos e Estratégias Locais de Saúde);

_Os referidos grupos de trabalho encontram-se, desde essa data, em actividade regular;

_Definiram uma agenda comum de implementação da Rede, até ao final de 2010;

_Elaboraram, para apreciação superior, uma proposta de Plano de Compromisso e Apoio a ser assumido pelo Conselho Directivo (CD) da ARS Norte.

No passado dia 25 de Junho de 2010, o Sr. Presidente do CD da ARS Norte, Prof. Doutor Fernando Araújo anunciou, em conferência de imprensa, a criação da ROSNorte.

No passado dia 7 de Julho o CD da ARS Norte deliberou, em acta, concordar com a “Proposta de formalização da Rede de Observatórios locais de Saúde do Norte (ROSNorte)”, respectiva agenda de implementação e plano de compromisso e apoio.



3.2

Observação em Saúde: a perspectiva da Região de Saúde do Centro (a propósito das Comemorações do dia do INSA)

Lúcio **Meneses de Almeida** (Médico de Saúde Pública, ARS Centro)

À memória dos meus Avôs, pelo seu exemplo de Médicos e de Cidadãos

No passado dia 27 de Setembro o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge IP assinalou no Porto mais um aniversário da sua notável existência. O tema escolhido para a sessão comemorativa foi a observação em saúde. Trata-se de um assunto da maior relevância para os profissionais e serviços operativos de saúde pública se considerarmos a missão das administrações regionais de saúde (ARS) e as atribuições daqueles serviços.

Acresce, ao carácter intrinsecamente relevante do tema em debate, o contexto presente de uma crise económica e financeira que obriga a uma alocação particularmente criteriosa dos recursos em saúde.

Foi para mim, acima de tudo, uma honra e um privilégio integrar o painel subordinado à perspectiva regional sobre observação em saúde. Nele estiveram presentes personalidades que considero referências da Saúde Pública nacional.

Igualmente honroso o convite endereçado pelo Presidente do Conselho Directivo do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Prof. Doutor José Pereira Miguel, para verter em texto aquela que foi a minha exposição oral. O carácter espontâneo da exposição aliado às limitações mnésicas do orador dificultam, sobremaneira, tal empresa. No entanto, procurarei respeitar o equilíbrio, sempre difícil, entre a descrição suficiente e a síntese necessária.

A Saúde Pública, enquanto esforço organizado, consiste numa prática multidisciplinar, porque multidisciplinares são os determinantes de saúde. Não obstante este facto, não posso deixar de destacar a insuficiência crónica em recursos

humanos que enferma a especialidade médica de Saúde Pública, praticada, como tal, exclusivamente no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

A sobrevivência de um sistema de saúde assenta na sua capacidade em atrair novos profissionais e em reter os seus profissionais mais qualificados. Os avanços da “saúde do público” (que são a razão de ser da Saúde Pública enquanto desfecho pretendido) exigem, além de prestadores directos de cuidados, “médicos do sistema de saúde”, capazes de identificar problemas e necessidades em saúde, ajustá-los em função das necessidades reais e garantir, uma vez priorizados, a intervenção tendo em vista o seu controlo.

A legislação em vigor desde Junho de 2007 atribui às ARS a missão de assegurar o *acesso* à prestação de cuidados de saúde de qualidade, “*adequando os recursos disponíveis às necessidades de saúde*” (artigo 3º do decreto-lei nº 222/2007 de 29 de Maio). A monitorização do estado de saúde das populações, a identificação de necessidades de saúde e a avaliação do impacte dos cuidados prestados são algumas das atribuições específicas dos departamentos de saúde pública, compatíveis com a missão de observatório regional de saúde.

Os departamentos de saúde pública das ARS IP sucederam, nas suas atribuições e competências, aos centros regionais de saúde pública, serviços regionais de saúde pública extintos ao abrigo da nova estrutura orgânica do Ministério da Saúde. A resultante proximidade orgânica em relação aos decisores regionais (conselhos directivos das ARS) é promotora de um processo de decisão regional baseado na informação em saúde (*health intelligence*).

A ARS Centro IP inclui no seu âmbito de jurisdição territorial - constituído desde Agosto de 2010 por 77 concelhos - 85 centros de saúde e um total de 20 hospitais do Serviço Nacional de Saúde. A rede de serviços de saúde está organizada, a um nível sub-regional, em 14 agrupamentos de centros de saúde (ACeS) e 2 unidades locais de saúde (Guarda e Castelo Branco) – estas últimas integrando, no seu conjunto, 3 hospitais e 21 centros de saúde.

Desta forma, dependem da ARS Centro IP, através dos seus 14 serviços desconcentrados (ACeS), um total de 64 centros de saúde. O acesso à prestação de cuidados hospitalares é assegurado mediante a contratualização com as unidades hospitalares da Região.

Apesar dos favoráveis indicadores de saúde da Região Centro, há duas variáveis demográficas que influem nas necessidades de saúde e na capacidade de resposta do sistema de saúde regional: são, respectivamente, a elevada prevalência de idosos e a grande dispersão populacional. Enquanto que a primeira está associada a um maior consumo de cuidados de saúde, a última implica maiores gastos, decorrentes da garantia de acessibilidade geográfica dos cidadãos à rede de serviços de saúde.

Para a generalidade da população mais cuidados de saúde significam melhores cuidados de saúde. A racionalização da rede de serviços de saúde é essencial não só à sustentabilidade do sistema de saúde mas também à adequação dos cuidados prestados às necessidades reais da população, mediante a optimização dos recursos e serviços disponíveis, numa lógica de ganhos e qualidade em saúde.

Nessa medida, os decisores políticos devem assegurar, previa e concorrentemente a qualquer reforma ou intervenção no sistema de serviços de saúde, a comunicação efectiva das decisões tomadas e respectiva fundamentação.

A comunicação em saúde pública não deve ter como finalidade exclusiva a capacitação relativamente aos determinantes “não-médicos” de saúde (atitudes, comportamentos e estilos de vida) devendo, igualmente, compreender a comunicação de decisões relativas ao sistema de serviços de saúde, porque também eles determinantes de saúde.

Cônsua da relevância da comunicação do risco como instrumento de gestão do risco, a ARS Centro IP accionou em Abril de 2009, no âmbito da resposta planeada à pandemia de gripe A(H1N1)2009, o Gabinete de Informação e Comunicação em Saúde - estrutura de comunicação estratégica em saúde directamente dependente do seu Conselho Directivo. Tratando-se a comunicação em saúde pública de um processo especializado, integrador de competências científicas, relacionais e comunicacionais (tecnologias emergentes de informação e comunicação), este gabinete é coordenado operacionalmente por um médico especialista em Saúde Pública.

De acordo com o Regulamento do Departamento de Saúde Pública e Planeamento da ARS Centro IP (denominação singular no conjunto dos departamentos de saúde pública das ARS porque incluindo, explicitamente, o planeamento em saúde), a este serviço operativo de saúde pública de âmbito regional incumbe dotar o seu Conselho Directivo de evidência em saúde pública e, nomeadamente, em planeamento em saúde contribuindo, desta forma, para o processo de tomada de decisão regional.

No que diz especificamente respeito ao planeamento em saúde, a evidência é gerada pela Unidade de Planeamento. Esta unidade, parca em recursos humanos mas plena de motivação, integra profissionais de diversas áreas do conhecimento relevante às suas atribuições específicas - designadamente, Saúde Pública/Saúde

Comunitária, Geografia da Saúde e Sistemas de Informação.

A geração de informação pressupõe a observação de fenómenos e a sua valoração (recolha) na forma de dados. Se por um lado, a qualidade da decisão depende da qualidade intrínseca da informação disponível e disponibilizada (relevância e validade), por outro lado a oportunidade temporal é uma condição *sine qua non* para a utilidade da informação.

Desta forma, a procura de uma informação “perfeita” – por definição, inexistente - gera a “análise paralisante” (*paralysis by analysis*), a evitar a todo o custo por quem decide e por quem auxilia na tomada de decisão.

Informação “desejada”, “desejável” e “suficiente” são, assim, atributos não coincidentes em virtualmente todas as situações decisórias, incluindo num contexto regional de saúde.

Não obstante a evidência de efectividade dever nortear a prática da Saúde Pública - conforme o conceito da Saúde Pública baseada na Evidência (*Evidence-based Public Health*) - a prática é, por si só, geradora de evidência. Foi essa a essência de uma notável conferência do Professor Lawrence Green, promovida pelo INSA em Janeiro de 2009 (*“If we want more evidence-based practice, we need more practice-based evidence”*) e à qual tive a oportunidade de assistir.

Se considerarmos que o contexto decisório regional é caracterizado pelo constrangimento temporal, decorrente de determinações superiores ou de acontecimentos emergentes, então facilmente compreendemos a pertinência da *plausabilidade* de efectividade relativamente à evidência de efectividade (na maior parte das vezes não disponível e não exequível de ser gerada em tempo útil).

Sem prejuízo do papel central do cidadão no sistema de saúde, enquanto auto-prestador na saúde e na doença e o alfa e o ómega do sistema de saúde, os desafios dos serviços operativos de saúde pública estão, cada vez mais, associados aos sistemas de serviços de saúde. Tal decorre do envelhecimento da população, dos custos crescentes deste sector e da fracção atribuível crescente dos serviços de saúde enquanto determinantes de saúde, uma vez satisfeitas, na generalidade da população, necessidades básicas relacionadas com a alimentação, o saneamento básico e o abastecimento de água potável e o alojamento/habitação.

Observar em saúde implica identificar necessidades em saúde e em serviços numa perspectiva “macro” (populacional) e numa perspectiva “micro” (grupos que integram as populações), tendo em vista uma distribuição equitativa da resposta dos serviços e intervenções em saúde.

A Saúde Pública, enquanto esforço organizado, visa assegurar as condições necessárias à saúde e bem-estar dos indivíduos e das populações. À semelhança do processo clínico de tomada de decisão, a tomada de decisão em Saúde Pública culmina um processo iniciado com a observação e que inclui a avaliação da efectividade da intervenção.

A observação sistemática dos fenómenos de saúde e de doença é, desta forma, um pressuposto fundamental a qualquer intervenção em saúde executada de forma planeada. Importa definir um modelo português de observatório de saúde, ajustável às especificidades regionais (departamentos de saúde pública das ARS) e locais (unidades de saúde pública dos agrupamentos de centros de saúde) e potenciador de uma visão sistémica, em “rede”.

A experiência, cumulativa de longos anos, do INSA nesta área a um âmbito nacional e internacional, afigura-se como uma mais-valia para o processo (em curso) de implementação e consolidação da atribuição de observação em saúde.

Termino citando o Doutor Francisco Gonçalves Ferreira, antigo director da “delegação do Porto” do INSA, actual Centro de Saúde Pública Doutor Gonçalves Ferreira: *“A comunidade precisa de conhecer, de forma continuada e segura, as suas necessidades, para desenvolver e executar planos apropriados de protecção e recuperação da saúde, o que implica: o conhecimento preciso [...] da natureza e extensão da doença e das incapacidades na comunidade; o estudo das causas das doenças que afligem a comunidade e das medidas que será preciso aplicar para as dominar; o estudo da organização dos cuidados médicos requeridos pela comunidade em relação com as suas condições de falta de saúde e as suas características de existência [...]”*.

Palavras tão actuais e, no entanto, antigas de quase meio século...



3.3

Observar Saúde: Avenidas de Conhecimento e de Trabalho - Desafios *Estrela Fabião (Médica de Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública - Observatório de Saúde, ARS Algarve).*

Observar a saúde, pressupõe o reconhecimento da necessidade de percorrer outras avenidas de conhecimento assumindo a mutualidade e especificidades da realidade e contextos, a relação bidireccional entre saúde e nível socioeconómico, decorrente de uma abordagem macro que integre para além dos determinantes relacionados com estilos de vida, os determinantes sociais, o bem-estar e a qualidade de vida.

As avenidas de conhecimento assentam na sustentabilidade de processos que reconhecem e promovem o desenvolvimento, o envolvimento vinculativo e a participação efectiva de diferentes intervenientes.

A observação regional permite evidenciar o dinamismo demográfico dos últimos 6 anos, com um acréscimo relativo de 6% da população estimando-se a 1 de Janeiro de 2010 em 434023 indivíduos. Tal, advém da crescente representatividade da população estrangeira em 17%, valor que duplicou no referido período.

A imigração regional tem, actualmente, um perfil diferente do final do século XX, com uma menor magnitude dos estrangeiros reformados oriundos do Reino Unido e Alemanha e um aumento exponencial de imigrantes jovens da Europa de Leste e Brasil que ingressam no mundo laboral e minoram o decréscimo verificado nos últimos 6 anos do índice de juventude de população em idade activa, assim como do seu índice de renovação e, paralelamente, contribuem para que a taxa de fecundidade geral se mantenha quase inalterada desde 2004 (49,3‰ vs 49,1‰), tal como a taxa bruta de natalidade (11,7 vs 11,1 nados vivos por mil habitantes) explicada pelo crescente número de nados –vivos de mães estrangeiras de 2004 a 2010 (622 vs 1200).

Os ganhos alcançados na esperança de vida à nascença induziram alterações na estrutura etária, aumento da idade média da população, envelhecimento crescente sequencial à diminuição da mortalidade e do modelo da mortalidade por idades.

As iniquidades em saúde entre os grupos mais ou menos privilegiados, entre países e regiões do mesmo país têm persistido e variam de acordo com o estatuto, gradiente social, determinantes estruturais e circunstâncias concretas da vida. Por outro lado, existem limitações na prestação de cuidados de saúde assentes na inversão de cuidados, em que as pessoas com menos competências académicas, rendimento e mais problemas de saúde consomem o mínimo de cuidados de saúde, o que não sucede com os grupos mais favorecidos.

Na Região o abandono precoce de educação e formação embora tenha diminuído nos últimos 7 anos (2003/04 a 2009/10) mantém valores muito elevados (30,7%), que nos distanciam cada vez mais da UE-27 (14,1%), tal como a continuidade do percurso escolar para além da escolaridade obrigatória. Concomitantemente, a taxa bruta de escolarização no ensino superior mantém-se muito baixa, não ultrapassando os 20% condicionando e fragilizando o capital humano, percurso de vida e empregabilidade. A já frágil economia regional, fruto da crise económica mundial e muito dependente do turismo, comércio a retalho e construção civil repercute-se num crescente desemprego que quase triplicou em sete anos alcançando no 4º trimestre de 2010 uma taxa de desemprego de 14,8% superior ao Continente (11,3%) e EU-27 (9,6%) agravando as desigualdades no nascer, crescer, prematuridade da morte e esperança de vida que se cifra em 2007/09 em ganhos de 1,8 anos (78,1 anos) quando comparada com os valores de 2000/02, valor inferior aos ganhos de vida em Portugal Continental (2,3 anos).

Os **novos desafios** com que nos deparamos implicam outras estratégias, de modo a responder às necessidades da população o que pressupõe maximizar o potencial de informação como catalisador de envolvimento de outros actores, reconhecer as debilidades, assumir o trabalho em equipa, a interacção social, a responsabilização e a literacia em saúde, de forma a capacitar os indivíduos e a comunidade a lidar com as mudanças.

_Comentários finais _e recomendações

www.insa.pt

10

Dia do INSA
27 Setembro 2010

À semelhança do ano anterior, o dia do INSA comemorado em 2010 incluiu uma jornada de reflexão sobre uma das funções essenciais do Instituto, a “Observação em Saúde, função colaborativa”.

A Perspectiva internacional e global sobre a observação em saúde apresentada pelo Professor Finn-Kamper-Jorgensen, Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública da Dinamarca, actualmente sediado na Universidade da Dinamarca do Sul, trouxe a experiência daquele país na utilização extensa de registos de diversos tipos para as actividades de observação, vigilância e investigação em saúde.

As vantagens da existência de um número de identificação nacional que permite a utilização de dados de registos de saúde e a sua ligação com outros dados relativos a outras características individuais foram realçadas pelo palestrante como promotoras do desenvolvimento de investigação, vigilância e observação pertinente para a decisão em Saúde Pública.

Como solicitado, os seis departamentos técnico-científicos elaboraram e apresentaram comunicações com a sua reflexão sobre a função essencial em questão neste Dia do INSA, a síntese do trabalho actual realizado por cada departamento e as suas perspectivas futuras na área da observação em saúde.

Embora todos os Departamentos do INSA tenham sido unânimes em considerar e valorizar a existência de actividades de observação nos respectivos planos e relatórios de actividades, a análise atenta dos diversos contributos permite evidenciar a diversidade de abordagens ao tema, desde logo quanto ao conceito de “Observação em saúde”.

De facto, este conceito foi explicitado apenas por alguns dos intervenientes com referências heterogéneas a actividades de “observação em saúde” e a actividades de “vigilância”, considerando a observação como uma tradução imperfeita do termo “surveillance”, ou a observação como inteiramente dependente da existência de registos.

O recurso a exemplos de trabalhos de investigação como ilustração da função observação foi outro dos aspectos comuns a diversas intervenções. Da leitura dos diversos textos elaborados pelos departamentos técnico-científicos ressalta, ainda, a fácil passagem da reflexão sobre o tema observação para aspectos técnicos de detalhe, específicos das metodologias utilizadas na análise laboratorial.

A visão apresentada pelo DEP, próxima de um conceito lato de observação em saúde, com uma interpretação talvez mais clara das diferenças e dos pontos de articulação entre esta função essencial e as actividades de vigilância epidemiológica e de investigação, aproximou a discussão da aplicação às actividades de Saúde Pública.

A constatação das diferentes abordagens sugere a necessidade de algum trabalho de uniformização do conceito “observação em saúde” para a melhoria do planeamento das actividades do INSA e a sua operacionalização nesta área. É de referir que esta operacionalização foi iniciada com a construção de indicadores de desempenho incluídos no Plano de actividades de 2011 e Relatório de Actividades de 2010, carecendo, no entanto, de aperfeiçoamento.

Dos aspectos comuns às diferentes comunicações são de referir:

- 1) O contributo das actividades de observação para a prevenção e o controlo da doença e para a decisão em saúde;
- 2) A identificação da função observação com o trabalho em redes e o estabelecimento de parcerias;
- 3) A necessidade de alargamento das parcerias e de elaboração de contratos-programa que permitam suportar de forma sustentada o trabalho nesta função essencial.

Por outro lado, a utilidade da observação em saúde para a avaliação do estado de saúde da população e a avaliação de programas de saúde apenas foi referida de forma explícita pelo DEP. Também a relação entre a função observação e a função investigação, embora esboçada por todos os Departamentos, não mereceu reflexão desenvolvida nas comunicações, o que sugere poder estar aqui uma das dificuldades para a correcta integração das duas funções nas actividades dos Departamentos.

A utilização por vezes aleatória dos conceitos de “observação” e de “vigilância” durante esta jornada pode reflectir um obstáculo potencial para a compreensão, integração e desenvolvimento da função observação nas actividades dos Departamentos. As actividades que não recorrem a tecnologias laboratoriais, predominantes no DEP, poderão estar, assim, a ser confundidas com a função observação, ao mesmo tempo que, as actividades de vigilância epidemiológica, recorrendo cada vez mais a este tipo de métodos, são, igualmente, cada vez mais identificadas com a função observação.

Esta característica transversal a todos os departamentos, com excepção aparente do DEP, sugere, e apoia, a opinião de que a função observação no INSA carece de alguma forma de harmonização conceptual e operacional, de que possa resultar uma coordenação mais efectiva do trabalho entre os departamentos, processo que poderá iniciar-se na escolha dos temas a observar, indo até à fase de elaboração de relatórios globais sobre a observação de determinado tema.

Dado o interesse e relevo que as actividades de observação em saúde têm para os serviços de Saúde Pública, a participação das Administrações Regionais de Saúde (ARS) enriqueceu a jornada com apresentações orais, posteriormente vertidas em contributo escrito. Todas as apresentações efectuadas pelas ARS presentes relevaram e incentivaram, de uma ou outra forma, o desenvolvimento da vertente de observação no

INSA IP, promovendo o Instituto como entidade que possa guiar o desenvolvimento em curso dos planos regionais de saúde e dos observatórios regionais de saúde.

Em conclusão, pode dizer-se que sendo unânime a opinião da importância das actividades de observação no INSA, IP, persiste alguma indefinição entre os diversos Departamentos e profissionais do INSA quanto ao conceito de “Observação em Saúde” e sua operacionalização.

Esta indefinição pode contribuir para possíveis prejuízos na produção de materiais que possam, com propriedade, ser considerados de “Observação”, designadamente relatórios abrangentes e periódicos que permitam a actualização da informação e do conhecimento, e integrem contributos das áreas da vigilância e da investigação, tornando mais atractiva a sua utilização no apoio à decisão, ao planeamento e à avaliação.

O modesto relevo e peso que relatórios de observação epidemiológica do estado de saúde, determinantes de saúde e utilização de cuidados de saúde, como os produzidos pelo DEP, tem tido no INSA ao longo dos anos, ilustra a validade desta preocupação, reflectida na hierarquia de valor dos indicadores de desempenho elaborada recentemente.

A articulação entre os diversos produtores de informação existentes no INSA, designadamente entre as Unidades de Observação e Vigilância dos Departamentos e o DEP pode constituir uma via para o desenvolvimento em rede da função observação no INSA, contribuindo para uma imagem mais sólida da instituição quando está em causa e é pedido conhecimento actualizado sobre o estado de saúde dos portugueses e seus determinantes. Considerando que a função de “Observação em Saúde” interessa, principalmente, ao planeamento e avaliação do esforço organizado da sociedade para a manutenção

e melhoria da sua saúde, ou seja, à denominada Saúde Pública, representada, maioritariamente, pelos serviços públicos de Saúde Pública, essa função, essencial no INSA, carece ela própria de planeamento, programação e recursos desenhados e assegurados a médio prazo e a longo prazo.

A identificação das necessidades de informação nacionais para quatro eixos essenciais da Saúde Pública: monitorização, vigilância epidemiológica, investigação, e avaliação, poderá beneficiar de uma articulação mais efectiva da função de “Observação em Saúde” no INSA, IP com as prioridades estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde e com uma Agenda de Investigação em Saúde dinâmica, interactiva e actualizada.

Esta estratégia poderá facilitar a identificação dos temas a investigar e desenvolver pelo INSA, IP, ou por outros parceiros das esferas pública, social ou privada, assim como a programação que garanta a sua obtenção e a disponibilização às estruturas oficiais do Estado e à sociedade em geral.

_Carlos Matias Dias

_Referências _Bibliográficas

www.insa.pt



10^o Dia do INSA
27 Setembro 2010

Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. (2008). Risk factors and public health in Denmark. *Scand J Public Health*. 36(suppl 1),11-227. doi:10.1177/1403494800801101

Diário da República 2.^a série — N.º 68 — 7 de Abril de 2009.
Despacho normativo 15/2009, de 7 de Abril – Regulamento Interno do INSA.

Diário da República 1.^a série — N.º 144 — 27 de Julho de 2007.
Estatutos do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Portaria 812/2007, de 27 de Julho.

Thygesen LC, Ersbøll AK (2011). Danish population-based registers for public health and health-related welfare research: introduction to the supplement. *Scand J Public Health*, 39(suppl 7), 8-10. doi:10.1177/1403494811409654

‘a Observação em saúde, função colaborativa’

*_Reflexão sobre as atribuições,
actividades e perspectivas futuras*

→ *_Programa*

09:00 _Recepção dos participantes

09:15 _Sessão de abertura

09:30 **_Conferência Inaugural**

“Observatórios de saúde: a perspectiva global”

Finn Kamper-Jorgensen, MD, PhD

(Senior Consultant and Former Director National Institute of Public Health, University of Southern Denmark)

10:15 _Debate

10:45 *_Pausa para café*

11:15 **_Observação em Alimentação e Nutrição**

Oradores: Luísa Oliveira

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

11:45 **_Observação em Doenças Infecciosas**

Oradores: Jorge Machado e Pedro Pechirra

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

12:15 **_Observação em Saúde Ambiental**

Oradora: Helena Rebelo

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

12:45 **_Observação em Genética**

Orador: Paulo Pinho e Costa

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

13:15 *_Pausa para almoço*

14:30 **_Observação em Promoção da Saúde e Doenças Crónicas**

Oradora: Fátima Martins

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

15:00 **_Observação em Epidemiologia**

Orador: Carlos Matias Dias

_Síntese do trabalho realizado_Perspectivas do trabalho actual e futuro

15:30 **_A Função Observação na Administração Regional de Saúde do Norte**

Oradora: Manuela Felício

16:00 **_A perspectiva das Regiões sobre a Observação de Saúde. Comentários e Debate**

*Painel: ARS Algarve – Estela Fabião, ARS Alentejo, ARS Lisboa e Vale do Tejo,
ARS Centro – Lúcio Meneses, ARS Norte – Maciel Barbosa e RA Açores.*

16:45 *_Pausa para café*

17:00 **_Conclusões e encerramento**

Oradora: Teresa Contreiras



Ministério da Saúde



Instituto **Nacional de Saúde**
Doutor Ricardo Jorge

Instituto Nacional de Saúde *Doutor Ricardo Jorge*

Av. Padre Cruz, 1649-016 Lisboa, Portugal

Tel.: (+351) 217 519 200

Fax: (+351) 217 526 400

E-mail: info@insa.min-saude.pt

Centro de Saúde Pública *Doutor Gonçalves Ferreira*

Rua Alexandre Herculano, n.321 4000-055 Porto, Portugal

Tel.: (+351) 223 401 100

Fax: (+351) 223 401 109

E-mail: inforporto@insa.min-saude.pt

Centro de Genética Médica *Doutor Jacinto Magalhães*

Praça Pedro Nunes, n.88 4099-028 Porto, Portugal

Tel.: (+351) 226 070 300

Fax: (+351) 226 070 399

E-mail: genetica@igm.min-saude.pt

Centro de Estudos e Vectores e Doenças Infecciosas

Doutor Francisco Cambournac

Av. da Liberdade, n.5 2965-575 Águas de Moura, Portugal

Tel.: (+351) 265 938 290

E-mail: cevdi@insa.min-saude.pt

www.insa.pt