

SECÇÃO PERMANENTE DE ESTATÍSTICAS SOCIAIS

RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO DE ESTATÍSTICAS DA SAÚDE

ÍNDICE

Índice de Quadros e Figuras.....	4
Siglas e Abreviaturas.....	6
0. SUMÁRIO EXECUTIVO	11
1. INTRODUÇÃO	17
a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde.....	17
b. O enquadramento político recente.....	19
c. O âmbito da abordagem	21
2. O SISTEMA ATUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE	23
a. A produção de informação estatística	23
b. Os intervenientes na produção de dados em saúde.....	34
c. A informação disponível.....	37
d. A difusão da informação.....	63
e. A informação enviada e a representação em organismos internacionais	66
3. OS UTILIZADORES DA INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE.....	70
a. A valoração da informação existente.....	71
b. A relevância dos indicadores	95
c. Os comentários relativos aos indicadores.....	116
d. Os novos indicadores propostos	121
4. AS FRAGILIDADES E DISFUNCIONALIDADES IDENTIFICADAS	132
5. O ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL	142
6. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS.....	149
a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença.....	149
b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências	150
7. AS RECOMENDAÇÕES	153
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	164
RESPONSÁVEIS PELO RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO DE ESTATÍSTICAS DA SAÚDE	165
ANEXOS	166
Anexo 1. Fichas de caracterização dos sistemas de informação identificados.....	167
Anexo 2. Inquérito aos utilizadores da informação estatística em saúde	287
Anexo 3. Regulamento (CE) N.º.1338/2008 de 16 de Dezembro.....	313
Anexo 4. Atas das reuniões	325

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 2.1. Contributo das operações estatísticas registadas no SEN para os indicadores ECHI e para os Anexos do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública.....	60
Quadro 2.2. Contributo potencial das fontes de dados administrativos para os indicadores ECHI e para o Anexo do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública (continua).....	61
Quadro 2.3. Representações nacionais em organismos internacionais	67
Quadro 2.4. Envio de informação a entidades internacionais	68
Quadro 3.1. Mortalidade – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	73
Figura 3.1. Indicadores associados à mortalidade - avaliação da utilização e da satisfação.....	75
Quadro 3.2. Morbilidade diagnosticada – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	76
Figura 3.2. Indicadores associados à morbilidade diagnosticada - avaliação da utilização e da satisfação	77
Quadro 3.3. Estado geral de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador.....	78
Figura 3.3. Indicadores associados ao estado geral de saúde - avaliação da utilização e da satisfação	79
Quadro 3.4. Fatores individuais e biológicos – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador...79	79
Figura 3.4. Indicadores associados a fatores individuais e biológicos - avaliação da utilização e da satisfação	80
Quadro 3.5. Comportamentos de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	81
Figura 3.5. Indicadores associados a comportamentos de saúde - avaliação da utilização e da satisfação	82
Quadro 3.6. Meio envolvente – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	82
Figura 3.6. Indicadores associados a meio envolvente - avaliação da utilização e da satisfação.....	83
Quadro 3.7. Prevenção, proteção e promoção da saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador.....	84
Figura 3.7. Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde - avaliação da utilização e da satisfação	84
Quadro 3.8. Recursos dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	85
Figura 3.8. Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação	86
Quadro 3.9. Utilização dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador	87
Figura 3.9. Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação	89
Quadro 3.10. Despesas de saúde e financiamento – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador.....	90
Figura 3.10. Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento - avaliação da utilização e da satisfação	91
Quadro 3.11. Desempenho dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador.....	92
Figura 3.11. Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação	94
Quadro 3.12. Mortalidade – Avaliação da relevância por indicador.....	96

Figura 3.12. Indicadores associados à mortalidade - avaliação da relevância.....	97
Quadro 3.13. Morbilidade diagnosticada – Avaliação da relevância por indicador	98
Figura 3.13. Indicadores associados a morbilidade diagnosticada - avaliação da relevância.....	99
Quadro 3.14. Estado geral de saúde – Avaliação da relevância por indicador	99
Figura 3.14. Indicadores associados ao estado geral de saúde - avaliação da relevância.....	100
Quadro 3.15. Fatores individuais e biológicos – Avaliação da relevância por indicador	101
Figura 3.15. Indicadores associados a fatores individuais e biológicos - avaliação da relevância	101
Quadro 3.16. Comportamentos de saúde – Avaliação da relevância por indicador	102
Figura 3.16. Indicadores associados a comportamentos de saúde - avaliação da relevância	103
Quadro 3.17. Meio envolvente – Avaliação da relevância por indicador	103
Figura 3.17. Indicadores associados ao meio ambiente - avaliação da relevância	104
Quadro 3.18. Prevenção, proteção e promoção da saúde – Avaliação da relevância por indicador	104
Figura 3.18. Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde - avaliação da relevância.....	105
Quadro 3.19. Recursos dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador	106
Figura 3.19. Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde - avaliação da relevância.....	107
Quadro 3.20. Utilização dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador.....	108
Figura 3.20. Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde - avaliação da relevância ...	109
Quadro 3.21. Despesas de saúde e financiamento – Avaliação da relevância por indicador	110
Figura 3.21. Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento - avaliação da relevância	111
Quadro 3.22. Desempenho dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador	112
Figura 3.22. Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde - avaliação da relevância	113
Quadro 3.23. Quadro síntese classificação indicadores ECHI	114
Quadro 3.24. Comentários aos indicadores ECHI.....	117
Quadro 3.25. Síntese dos comentários aos indicadores ECHI	121
Quadro 3.26. Novo indicadores propostos	122
Quadro 4. Síntese fragilidades e disfuncionalidades identificadas.....	140
Quadro 7. Síntese das recomendações apresentadas	160

Siglas e Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACS - Alto Comissariado da Saúde

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde I.P.

ADELIA – Acidentes Domésticos E de Lazer

ADSE - Direção Geral de Proteção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública

ANSR - Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária

ARS - Administração Regional de Saúde

ASIS - Base de Dados para gestão dos Serviços de Sangue, Serviços de Medicina Transfusional e Centros Regionais de Sangue

ASST – Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação

ATPS – Acidentes de trabalho e problemas de saúde relacionados com o trabalho

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAS – Benefícios Adicionais de Saúde

BD ACT – Base de Dados dos Acidentes de Trabalho

BD GDH – Base de Dados Central de Grupos de Diagnóstico Homogéneos

BD RAM - Base de Dados de casos de Reações Adversas a Medicamentos de uso humano

BDEA – Base de Dados de Elementos Analíticos

BDNRSangue – Base de Dados Nacional de Reservas de Sangue

BEAV - Boletim Estatístico de Acidentes de Viação (BEAV)

CE – Comissão Europeia

CHNM - Código Hospitalar Nacional do Medicamento

CIAM – Centro de Informação Antivenenos

CID - Classificação Internacional de Doenças

CID-9 - Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão

CID-9-MC - Classificação Internacional de Doenças, 9ª Revisão, Modificação Clínica

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

CMS – Gestão de Central Telefónica

CNPCRP - Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais

COA – Centro de Oncologia dos Açores

CODU – Centro de Orientação de Doentes Urgentes

CPOD (índice) – Número médio de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados

CSE – Conselho Superior de Estatística

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS - Conta Satélite da Saúde

CTH – Consulta a Tempo e Horas

DALYs - Disability Adjusted Life Years

DDO - Doenças de Declaração Obrigatória

DEP/ INSA – Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

DG - Directorate General

DGS - Direção-Geral da Saúde

DICE – Drama Improves Competences in Education
DREM - Direção Regional de Estatística da Madeira
DRGs – Diagnosis Related Groups
DRS - Direção Regional de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
E125 – Aplicação Informática de Registo de Despesas de Utentes Migrantes
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
EC - European Commission
ECADT – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
ECDC - European Centre for Disease Prevention and Control
ECHI - European Community Health Indicators
ECHIM – European Community Health Indicators Monitoring
ECOS – Em Casa Observamos Saúde
EFSA – European Food Safety Authority
EHES - European Health Examination Survey
EHIS – Health Interview Survey
EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EODS – European Occupational Diseases Statistics
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
ESAC – European Surveillance of Antimicrobial Consumption
ESPAD – European School Survey on Alcohol and other Drugs
EUA – Estados Unidos da América
EUROCARE – European Cancer Registry-based Study on Survival and Care of Cancer Patients
EUROCET - European Registry for Organs, Tissues and Cells
EUROSTAT – Serviço de Estatística das Comunidades Europeias
EU-SILC – European Union - Statistics on Income and Living Conditions
FA – Forças Armadas
GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
GESTCARE CCI - Sistema de Informação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
GPEARI – Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais
GTES - Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde
HBSC – Health Behaviour in School-aged Children
HES – Health Examination Survey
HPV – Vírus do Papiloma Humano
IARC – International Agency for Research on Cancer
IASaúde - Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP
ÍCARO – Sistema de Vigilância e Monitorização de Ondas de Calor com Efeitos sobre a Mortalidade
ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
ICPC -2-E – International Classification of Primary Care version 2 – Electronic
IGS - Serviço de Informação Geral de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística, I.P.

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica IP
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.
INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar
INML - Instituto Nacional de Medicina Legal
INS – Inquérito Nacional de Saúde
INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P
INSA/ MS – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge/ Ministério da Saúde
IP – Instituto Público
IPC – Índice de Preços no Consumidor
IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação I.P.
IRODAT - International Registry of Organ Donation and Transplantation
ISP - Instituto de Seguros de Portugal
ISP-ACT – Instituto de Seguros de Portugal / Acidentes de trabalho
ISP-SD – Instituto de Seguros de Portugal / Seguros de doença
ISSN – International Standard Serial Number
ITIJ – Instituto de Tecnologias de Informação da Justiça
IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez
KIDSCREEN - Projeto “Protecção e Promoção da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde em Crianças e Adolescentes – uma perspetiva Europeia de Saúde Pública”
LIMS – Laboratory Information Management System
LSP - Linha de Saúde Pública
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MEDLEG – Sistema de Informação de patologia e clínica forense
MGF – Medicina Geral e Familiar
MS – Ministério da Saúde
MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social
NUTS – Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PDS – Plataforma de Dados em Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNPCD – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNT - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
PNV – Plano Nacional de Vacinação
PPP – Parceria Público-Privada
PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado
PSP – Polícia de Segurança Pública
RAA – Região Autónoma dos Açores
RAM – Região Autónoma da Madeira
REITOX - Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência

RENAC – Registo Nacional de Anomalias Congénitas
RHV – Recursos Humanos e Vencimentos
RICHE – Research Inventory for Child Health in Europe
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNDCV – Registo Nacional de Doenças Cardiovasculares
RNU – Registo Nacional de Utente
ROR - Registos Oncológicos Regionais
ROR CENTRO - Registo Oncológico Regional do Centro
ROR SUL - Registo Oncológico Regional do Sul
RORA – Registo Oncológico Regional dos Açores
RORENO - Registo Oncológico Regional do Norte
SAM – Sistema de Apoio ao Médico
SAP – Serviço de Atendimento Permanente
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SARA – Sistema de Alerta e Resposta Apropriada
SEMER – Serviço de Emergência Médica Regional
SEN - Sistema Estatístico Nacional
SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE
SGREC – Sistema de Gestão de Reclamações
SHA – System of Health Accounts
SI – Sistema de informação
SIADEM – Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica
SIARS – Sistema de Informação das ARS
SICA – Sistema de Informação de Suporte à Contratualização e Acompanhamento
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICD/E – Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem
SICO – Sistema de Informação do Certificado de Óbito
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIDC – Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade
SIEM – Sistema Integrado de Emergência Médica
SIGLIC – Sistema Informático de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia
SiiMA Rastreios - Sistema de Informação Multirastreios
SIM – Sistema de Informação Multidisciplinar
SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SINAVE – Sistema Nacional de Informação e Vigilância Epidemiológica
SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde
SIRCM – Sistema de informação do rastreio do cancro da mama
SisÁgua - Sistema de monitorização e vigilância sanitária das águas
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar
SPES - Secção Permanente de Estatísticas Sociais
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE

SREA - Serviço Regional de Estatística dos Açores

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SSESP – Sistema de Suporte a Emergências em Saúde Pública

SVIG - Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose

SVIG-TB - Sistema de vigilância de tuberculose

SVIG-TB MR – Sistema de vigilância de tuberculose multirresistente

TAE - Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento

TB – Tuberculose

TBM – Taxa Bruta de Mortalidade

TESSy – European Surveillance System

UE – União Europeia

ULS - Unidades Locais de Saúde

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

YSAV – Youth Sexual Aggression & Victimization

0. SUMÁRIO EXECUTIVO

O Grupo de Trabalho de Estatísticas de Saúde - GTES foi criado no âmbito do Conselho Superior de Estatística (Secção Permanente de Estatísticas Sociais), com o objetivo de identificar e redefinir o conteúdo do sistema de informação das estatísticas oficiais de saúde nos domínios “estado de saúde e seus determinantes”, “cuidados de saúde”, e “causas de morte”. Para atingir esse objetivo o Grupo, em primeiro lugar, identificou as ineficiências do atual sistema e, posteriormente, diagnosticou as necessidades nacionais e internacionais de informação, de modo a apresentar propostas fundamentadas para a sua reestruturação e racionalização. Neste quadro, a clarificação dos procedimentos de recolha a adotar, com destaque para a explicitação dos atos administrativos existentes, assumiram, desde o início, especial referência no mandato proposto para o GTES.

O trabalho do Grupo desenrolou-se em cerca de um ano útil, calendário em parte coincidente com a introdução do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central do Estado – PREMAC, com consequências na estrutura e funcionamento das organizações representadas no GTES o que, necessariamente, não facilitou o desenvolvimento dos trabalhos.

A atividade do Grupo foi balizada por duas fases distintas, bem legíveis ao longo do presente relatório: uma primeira, onde se realça o levantamento da situação presente e a identificação dos sistemas de informação (do Ministério da Saúde, mas igualmente de outras entidades públicas e privadas consideradas relevantes) com potencial interesse para fins estatísticos; uma segunda fase, de análise e de apresentação de propostas, materializadas nas recomendações constantes no último capítulo do relatório.

As alterações em curso na sociedade portuguesa, umas decorrentes de tendências sociais mais profundas, nomeadamente de ordem demográfica e epidemiológica; outras mais próximas e evidentes para os cidadãos, decorrentes da recente crise financeira, têm originado modificações no sistema de saúde, a que as estatísticas oficiais têm, necessariamente, de se adaptar. Neste contexto, a identificação, apresentação e análise crítica da produção estatística oficial (entenda-se aquela enquadrada no Sistema Estatístico Nacional - SEN), assim como dos sistemas de informação com potencial interesse estatístico existentes no conjunto de entidades “visitadas”, ocupam todo um capítulo do relatório – “Sistema atual de produção de informação estatística sobre saúde”. Esta identificação originou um conjunto de informação que se revelou de grande interesse para o mandato definido, embora em muitas situações estejam em causa sistemas de informação inicialmente vocacionados para a monitorização e avaliação de políticas, planos e programas de saúde, vigilância epidemiológica, investigação, etc.. Os principais sistemas de informação que respeitam os critérios estabelecidos pelo GTES para a sua utilização para fins

estatísticos oficiais (nomeadamente, o carácter regular da produção estatística, exaustividade de cobertura e a sua sustentação em meta informação, nos moldes definidos para as estatísticas oficiais) foram alvo de uma análise mais fina, visível através da ficha individual apresentada em anexo. No final do referido capítulo apresenta-se, ainda, um quadro que sintetiza o potencial identificado em cada sistema relativamente aos dois principais referenciais analíticos utilizados no trabalho do GTES: a lista de indicadores “ECHI - European Community Health Indicators” e o “Regulamento comunitário nº. 1338/2008 de 16 de dezembro” sobre estatísticas de saúde pública.

A par desta identificação, o conhecimento das necessidades nacionais e internacionais de informação oficial de saúde constituiu outra das preocupações do Grupo: no primeiro caso, entre as diferentes abordagens, destaca-se o inquérito realizado pelo Grupo a cerca de 210 potenciais utilizadores de informação estatística, em que se procurou conhecer os níveis de utilização, satisfação e relevância dos indicadores existentes, assim como foi solicitada a apresentação de propostas de novos indicadores. Os resultados são apresentados em detalhe no capítulo “Os utilizadores da informação estatística sobre saúde”.

Por outro lado, os compromissos internacionais são considerados quer na sua situação presente (informação enviada e responsabilidades de representação internacional), quer no que concerne aos desafios expectáveis (capítulo “O desenvolvimento dos compromissos internacionais”).

A produção de informação estatística oficial em saúde, assegurada pelo Instituto Nacional de Estatística e por um conjunto de entidades do Ministério da Saúde, responde à generalidade das solicitações, sendo satisfatoriamente classificada pelo conjunto de utilizadores inquiridos.

No entanto, foram identificadas lacunas de informação, referenciados indicadores que Portugal deverá dar resposta, assim como propostos pelos utilizadores inquiridos novos indicadores, cuja viabilidade importa avaliar. Entre as lacunas, há muito identificadas, parte resulta da associação da informação disponibilizada a uma perspetiva curativa das políticas de saúde. É disso exemplo o reduzido conhecimento do estado de saúde da população – à exceção do Inquérito Nacional de Saúde, não existe uma recolha sistemática de informação de base populacional que dê respostas a necessidades de informação representativa da população, como as relativas a comportamentos e escolhas, ao acesso a cuidados, designadamente extra hospitalares, e às diversas dimensões do estado de saúde da população que não contacta com os serviços de saúde.

Porém, mesmo nessa “perspetiva curativa” onde o recurso a fontes administrativas é facilitado, esta fonte é, em grande parte, não aproveitada, obrigando ao lançamento de operações de recolha através de inquéritos (com o dispêndio de recursos pelas entidades intervenientes e um esforço adicional para os respondentes), permanecendo áreas não

cobertas. O trabalho desenvolvido permitiu identificar um vasto conjunto de sistemas de informação que, para além de cobrirem satisfatoriamente algumas das áreas hoje alvo de inquirição direta pelo INE, como são os inquéritos aos hospitais e aos centros de saúde, permitiriam alargar consideravelmente os níveis de cobertura do sistema de informação estatística de saúde (por exemplo sobre a oferta não hospitalar privada, ou sobre morbilidade).

Os cerca de 70 sistemas de informação identificados não foram analisados exaustivamente, tendo o trabalho sido focalizado no que se assumiu como mais relevante e operacionalizável a curto prazo para aproveitamento estatístico oficial. Os sistemas de informação onde se levantaram dúvidas quanto à sua regularidade e exaustividade de cobertura, designadamente sistemas vocacionados para a vigilância epidemiológica e investigação, e sistemas de recolha de informação não primária, não foram considerados nas recomendações apresentadas.

As recomendações apresentadas estão sistematizadas de modo a facilitar a sua operacionalização e futura avaliação dos níveis de implementação, e são enquadradas em quatro grandes grupos:

- "Utilização de dados administrativos" para fins estatísticos oficiais, onde se destaca a substituição dos inquéritos aos hospitais e centros de saúde; mas igualmente a abrangência de novos domínios de informação (exemplo, morbilidade hospitalar e em cuidados de saúde primários, oferta e procura de cuidados pré e pós hospitalares, ou o consumo de medicamentos), alguns há muito identificados (como é o caso da oferta de cuidados não hospitalares).

- Assegurar o acesso aos dados administrativos do Ministério da Saúde sobre hospitais
- Garantir um procedimento análogo para a informação sobre hospitais das regiões autónomas, tendo presente os sistemas de informação e os atores regionais
- Promover a médio ou longo prazo o acesso a informação administrativa para fins estatísticos junto dos hospitais dos setores privado e social
- Garantir junto dos sistemas de informação do Ministério da Saúde o acesso a dados administrativos dos Centros de Saúde para a recolha de indicadores para fins estatísticos, incluindo as regiões autónomas
- Ampliar a disponibilização de indicadores sobre farmácias e consumo de medicamentos
- Assegurar o efetivo conhecimento do universo de prestadores de cuidados de saúde à população em colaboração com a Entidade Reguladora de Saúde - ERS
- Iniciar a cobertura de áreas novas como as ocorrências pré hospitalares com recurso à informação residente no Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM

- Iniciar a cobertura de áreas novas como as ocorrências pós hospitalares com recurso à informação residente na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - RNCCI
- Iniciar a cobertura de áreas específicas, através dos Programas Nacionais de Saúde da Direção Geral da Saúde - DGS
- Iniciar a cobertura da morbilidade hospitalar, para fins estatísticos através da Base de Dados de Grupos de Diagnóstico Homogêneos – GDH, incluindo anomalias congénitas
- Iniciar a cobertura da morbilidade nos cuidados de saúde primários, para fins estatísticos, através dos ficheiros de base das Administrações Regionais de Saúde - ARS
- Promover a utilização de fontes administrativas para efeitos estatísticos nas regiões autónomas, acompanhando os desenvolvimentos propostos no presente relatório
- Garantir a entrada em funcionamento do Sistema Nacional de Informação e Vigilância Epidemiológica - SINAVE, dadas as suas potencialidades para fins estatísticos

- “Normalização metodológica” de operações correntes (com destaque para as intervenções propostas nas “estatísticas da mortalidade” e a estabilização das delimitações territoriais de recolha e apuramento da informação em saúde); e harmonização de sistemas de informação do Ministério da Saúde com forte potencial para o gradual alargamento da cobertura de informação na área “saúde e incapacidades”. Ainda neste grupo é de realçar a necessidade de se virem a discutir e a aprovar os conceitos utilizados, dadas as novas realidades que caracterizam o setor.

- Promover a adequação da documentação metodológica relativa ao aproveitamento dos dados administrativos de vacinações para fins estatísticos
- Promover a adequação da documentação metodológica relativa a doenças de declaração obrigatória, incluindo VIH/SIDA
- Promover a existência de um mecanismo de controlo de qualidade para o reforço da credibilização do novo Sistema de Informação do Certificado de Óbito – SICO
- Criar condições para se iniciar a “codificação múltipla” de causas de morte
- Garantir que as áreas dos Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES evoluam para delimitações geográficas coincidentes com o código administrativo
- Promover o apuramento de dados estatísticos ao nível local incluindo a sua georreferenciação (hospital, centro de saúde)

- Assegurar que as operações estatísticas da área saúde tenham representatividade na Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos ao nível II - NUTS II
- Assegurar o tratamento harmonizado dos dados, documentação metodológica e disponibilização atempada num ponto único por parte dos diferentes Registos Oncológicos Regionais – ROR
- Assegurar o tratamento harmonizado, documentação metodológica e disponibilização atempada dos dados sobre rastreios
- Efetuar estudos que permitam a construção de tabelas de equivalência entre as diferentes versões das classificações utilizadas na informação em saúde
- Constituir um Grupo para a análise dos conceitos em saúde e incapacidades

- "Cooperação institucional" para a clarificação e formalização das ações de produção estatística já hoje desenvolvidas pelos atores em presença, onde se destacam o relacionamento com as organizações internacionais, a codificação das causas de morte, e o Inquérito Nacional de Saúde; a coordenação entre o INE e o Ministério da Saúde para uma efetiva garantia de sucesso das novas operações em implementação, nomeadamente o Sistema de Informação do Certificado de Óbito – SICO - e o Sistema Nacional de Informação e Vigilância Epidemiológica – SINAVE.

- Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e a DGS no processo de codificação das causas de morte
- Garantir uma comunicação efetiva entre os intervenientes no novo subsistema de informação de registo eletrónico dos certificados de óbito – SICO
- Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P - INSA no quadro de desenvolvimento do Inquérito Nacional de Saúde
- Estabelecer um quadro de responsabilidades institucionais na resposta aos organismos internacionais e mecanismo simples de atualização e circulação de informação
- Criar um Grupo de acompanhamento das estatísticas da saúde que integre as principais estruturas do MS com responsabilidade na produção de dados

- "Planeamento e estratégia" cujas recomendações visam a obtenção de ganhos de eficiência do conjunto do sistema, e a melhoria da resposta às necessidades identificadas, através da adequada afetação de recursos, implementação de mecanismos periódicos de

avaliação das necessidades dos utilizadores, e ainda através da avaliação de novas modalidades de recolha e difusão de informação estatística.

- Assegurar uma dimensão adequada da equipa de codificação de causas de morte e a sua formação
- Sensibilizar os médicos certificadores para os aspetos da qualidade do SICO, assegurar a sua formação e um helpdesk para apoio
- Potenciar os dados recolhidos através das variáveis saúde do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento - ICOR para difundir de modo regular indicadores de saúde
- Retomar a produção regular da publicação "Estatísticas da Saúde" do INE (ex. formato e-book)
- Difundir os indicadores European Community Health Indicators - ECHI existentes
- Promover o conhecimento periódico das necessidades dos utilizadores de informação
- Analisar a viabilidade de lançamento de uma nova vaga de inquéritos de base populacional
- Avançar para uma análise em detalhe dos resultados do inquérito aos utilizadores de informação estatística

É de reforçar que as recomendações apresentadas no presente relatório têm sempre a preocupação de abranger a realidade das regiões autónomas, apesar das dificuldades reconhecidas derivadas da existência de serviços de saúde regionais, com sistemas de informação próprios e únicos.

1. INTRODUÇÃO

a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde

De acordo com o anexo C da [2ª Deliberação](#) da Secção Permanente de Estatísticas Sociais do Conselho Superior de Estatística (CSE), de 14/07/2010¹, foi criado o Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde (GTES).

Como referido no preâmbulo da referida deliberação, com o GTES procura-se *“Promover iniciativas inerentes à racionalização de processos na elaboração das Estatísticas Sociais, nomeadamente a elaboração de diagnósticos na perspectiva da identificação de lacunas e redundâncias por subsistema temático; a articulação interinstitucional que favoreça a identificação e estudo de viabilidade do aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos; ... a obtenção de estatísticas necessárias para a ação comunitária no domínio da saúde pública e de apoio a estratégias nacionais de desenvolvimento de cuidados de saúde de elevada qualidade, universalmente acessíveis, ... para avaliar o estado de saúde e seus determinantes; oferta e procura de cuidados de saúde; e causas de morte, numa perspectiva de qualidade de vida das populações e sua sustentabilidade, como reflectido nos indicadores estruturais e de desenvolvimento sustentável da União Europeia, nos indicadores da Organização Mundial de Saúde ou do Plano Nacional de Saúde.”*

É igualmente referido que *“As alterações recentes, na orgânica do Ministério da Saúde, decorrentes do PRACE devem conduzir à análise e definição da rede institucional mais eficaz e dos conteúdos informacionais adequados para a estruturação eficiente do subsistema de informação estatística sobre saúde pública, numa ótica essencialmente direccionada para o maior aproveitamento de dados administrativos para fins estatísticos. Também, a orientação de “empresarialização” dos serviços de saúde e as diversas Parcerias Público - Privadas existentes apontam no sentido duma reapreciação dos mecanismos de obtenção de informação estatística de forma mais eficiente, em particular no domínio “Cuidados de Saúde”.”*

Os considerandos referidos na Deliberação denotam a existência de lacunas, incoerências e inconsistências nas estatísticas da saúde e as dificuldades daí decorrentes, afetando a imagem das estatísticas da saúde junto dos utilizadores, quer a nível nacional, quer internacional onde se destacam as organizações a que Portugal pertence.

As alterações dos contornos organizativos e funcionais do sector e de política de saúde justificaram uma reflexão adicional sobre o seu impacto na produção estatística.

¹ Referência da [2ª Deliberação](#) da Secção Permanente de Estatísticas Sociais do Conselho Superior de Estatística: DOCT/2998/CSE/S

O mandato do GTES foi definido do seguinte modo:

“Proceder à definição do conteúdo do Sistema de Informação das Estatísticas da Saúde nos domínios *estado de saúde e seus determinantes, cuidados de saúde, e causas de morte*. Para cada domínio:

1. Diagnóstico das necessidades de informação tendo por referência os compromissos nacionais e internacionais atuais e em perspectiva;
2. Identificação dos conteúdos informacionais do atual “sistema de informação” com identificação de lacunas, redundâncias e outras ineficiências;
3. Inventariação das fontes de informação que alimentam a informação disponibilizada a nível internacional com vista a garantir a sua harmonização e consistência;
4. Estabelecimento das linhas de estruturação e racionalização do Sistema de Informação das Estatísticas da Saúde, tendo por referência as conclusões anteriormente obtidas em 1) e 2), propondo os conteúdos informacionais a vigorarem;
 - Os procedimentos de recolha a adoptar (criação, alteração ou manutenção), nomeadamente, a explicitação dos atos administrativos ou inquéritos a considerar;
 - As redes institucionais de suporte que consubstanciarão as fontes a utilizar;
 - Definição do plano de implementação com proposta de calendários e prioridades.”

Os trabalhos desenvolveram-se em duas grandes fases:

- Uma primeira fase, centrada na situação existente, através da análise dos conteúdos informacionais do atual “sistema de informação” e suas dificuldades ou inconsistências; análise da informação disponibilizada a nível internacional, fontes e, novamente, as suas dificuldades ou inconsistências; e ainda a identificação dos atuais atores do sistema;
- Uma segunda fase em que se procurou estruturar o sistema futuro incluindo a definição de conteúdos, procedimentos de recolha (com especial atenção ao aproveitamento de atos administrativos e eventual entrada de novos atores no sistema) tendo presentes as necessidades de informação conhecidas ou previsionais a nível nacional e a nível internacional; a definição de um calendário e prioridades.

O Grupo de Trabalho foi constituído por representantes (um representante efetivo e um representante suplente) das seguintes entidades:

- Direcção-Geral da Saúde (DGS/MS)

² Referência aos elementos responsáveis pelo presente relatório no final do documento

- Instituto Nacional de Estatística, IP (INE, IP)
- Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA)
- Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA/MS)
- Alto Comissariado da Saúde (ACS/MS)³
- Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS/MS)
- Individualidades especialistas em Economia da Saúde ligadas à academia.

O GTES solicitou ainda outros contributos, formais ou informais, de diversas entidades ou individualidades que se apresentaram como pertinentes em determinada fase dos seus trabalhos. O inquérito lançado no início do ano de 2011⁴ foi uma dessas situações e a que assumiu uma maior abrangência de contatos e que originou uma maior visibilidade dos trabalhos do Grupo.

O relatório agora apresentado decorre dos trabalhos desenvolvidos no seio do GTES, é da estrita responsabilidade dos representantes das entidades acima identificadas, incorporando sempre que se entenderem relevantes os diversos contributos recebidos, no quadro de responsabilidades exposto.

A todas as entidades e individualidades que de algum modo contribuíram para a produção do presente relatório o GTES apresenta os seus agradecimentos.

O Grupo agradece ainda ao Prof. Gouveia Pinto os contributos prestados.

b. O enquadramento político recente

O enquadramento político recente no sector da saúde surge condicionado pelos seguintes eixos fundamentais: 1) alterações demográficas conhecidas, designadamente o aumento da esperança de vida, diminuição da natalidade e o conseqüente aumento do índice de dependência de idosos; 2) aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, como o cancro e a diabetes, entre outras; 3) crescente despesa no sector da saúde, motivada, principalmente, pelo aumento da quantidade e especialidade dos cuidados prestados em ambiente hospitalar, pelo consumo crescente de medicamentos e de exames complementares de diagnóstico, com conseqüente, aumento da capacidade e qualidade dos diagnósticos.

³ Entidade extinta por fusão conforme Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro, artigo 23º, sendo as suas atribuições integradas na Direção -Geral da Saúde, com exceção das atribuições no domínio da avaliação do PNS, que são integradas no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P

⁴ Lista de entidades consultadas em anexo

Neste quadro a resposta política tem-se caracterizado, sumariamente, pelos seguintes vetores fundamentais: 1) planeamento das intervenções sobre a saúde da população com base num plano nacional de saúde e em programas verticais prioritários; 2) gestão dos serviços de saúde em moldes empresariais (hospitais EPE, Unidades de Saúde Familiares), incluindo a introdução de novos modelos de financiamento com contratualização de objetivos; 3) reforço dos cuidados de saúde em ambiente de cuidados de saúde primários; 4) racionalização dos cuidados curativos, com desvio da prestação de cuidados de saúde em situações de doença aguda não urgente para ambientes extra-hospitalares, nomeadamente unidades da rede de cuidados de saúde primários, rede de cuidados continuados, domicílio e estabelecimentos para dependentes,

A entrada de novos atores surge, assim, no Serviço Nacional de Saúde tanto a nível dos cuidados de saúde primários, como a nível hospitalar, com necessidades específicas de novos sistemas de informação para apoio à gestão. O sector privado surge com uma oferta reforçada não existindo porém informação de rotina acessível.

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS 2004-2010), cujo acompanhamento foi missão do extinto Alto-Comissariado da Saúde, surgia como um documento estratégico nuclear na área da saúde, onde deve ser salientada a relevância dada à informação estatística, nomeadamente pela sua visibilidade e efetiva utilização nas diversas fases de elaboração/implementação do Plano.

O PNS 2004-2010 visava três grandes objetivos estratégicos: i) obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; ii) Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; iii) garantir os mecanismos adequados para a efetivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e atualização do Plano.

Concluído recentemente⁵, o PNS 2011-2016, a Visão apresentada é “Maximizar os ganhos em saúde” através do alinhamento e da integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e no acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis. A monitorização e a avaliação do PNS 2011-2016 continuará a ser exigente no que respeita a informação de saúde nomeadamente do: i) Estado de Saúde e Desempenho do Sistema de Saúde; ii) Acompanhamento das Ações e Recomendações. Envolverá, ainda, a evolução dos

⁵ A consultar em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/pns-discussao/>

indicadores ao nível regional e local (ex: Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES) assim como os indicadores específicos de programas, projetos, ações ou intervenções.

Outras áreas com forte interesse e relevo para a saúde, como a monitorização de planos e programas de saúde, a vigilância epidemiológica e a investigação, utilizam dados e informação com origem em dados e informação estatísticas oficiais. Este interesse encontra igualmente resposta no presente relatório do GTES. São áreas que carecem de acesso mais célere e facilitado aos sistemas de informação e dados das estatísticas oficiais de saúde que correspondam a necessidades específicas daquelas funções e intervenções de saúde pública imediatamente decorrentes.

A criação e manutenção de diversos sistemas de informação, redes, estudos, registos e bases de dados para recolha e análise de dados decorrentes de necessidades específicas, uns com potencial para virem a ser integrados num sistema de estatísticas oficiais, outros que dificilmente o serão, como será descrito mais à frente, são exemplos do interesse que a informação quantitativa, em especial a epidemiológica e a estatística, tem para o sector da saúde.

Como referido, em síntese, as alterações políticas têm originado a reorganização de serviços no MS e o aumento da intervenção de atores privados e sociais no sistema de saúde. Esta situação tem colocado uma maior pressão na necessidade de harmonização de sistemas de informação que permitam a construção rápida de indicadores de Saúde que respondam a necessidades crescentes de informação.

Neste âmbito, a par da informação obtida com base em recolhas de dados no âmbito dos serviços de saúde, em que o maior desafio se coloca na garantia de uma recolha universal e harmonizada que retrate os produtores e utilizadores desses diferentes serviços; importa notar o papel de indicadores de saúde de base populacional que permitam de facto medir o impacto das políticas de saúde na população em geral. Esta abordagem afigura-se como um dos desafios que se coloca ao sistema, dadas as exigências de validade e representatividade para a sua utilização.

c. O âmbito da abordagem

De acordo com o mandato expresso na 2ª Deliberação da Secção Permanente de Estatísticas Sociais (SPES), a abordagem empreendida pelo Grupo focalizou-se no que podemos designar como "estatísticas oficiais" sobre saúde, quer em termos de situação existente, quer no que se refere ao futuro previsível e desenho desejável do sistema de informação. Entende-se por "estatísticas oficiais" a informação estatística produzida, em regra, no âmbito do programa da atividade estatística do Sistema Estatístico Nacional (SEN) e das organizações internacionais das quais Portugal é membro, com respeito pelas normas

técnicas nacionais e internacionais e observância dos princípios fundamentais do SEN (Autoridade estatística, Independência técnica, Segredo estatístico, Qualidade, Acessibilidade estatística, Cooperação entre autoridades estatísticas)⁶. Contudo, num primeiro momento, procurou-se identificar a informação produzida no país na área “saúde e incapacidades” ou com ela diretamente relacionada, com recolha, tratamento e disponibilização regular. Assim, o carácter regular da produção estatística e a sua sustentação em meta informação, nos moldes definidos para as “estatísticas oficiais”, foram também fatores relevantes para a inclusão de outra informação nos levantamentos efetuados, constituindo esta uma oportunidade para disponibilizar um levantamento, o mais exaustivo possível, a utilizar por futuros interessados, inclusive quando da operacionalização das recomendações do presente trabalho, como são os casos da informação decorrente da consulta realizada aos utilizadores da informação e do levantamento dos diversos subsistemas de informação existentes no seio do MS.

Importa ainda reforçar que está em causa a recomendação de um quadro ideal de informação a constituir o futuro das “estatísticas oficiais” na área da saúde com especial enfoque nos domínios “estado de saúde e seus determinantes”, “cuidados de saúde”, e “causas de morte” como consta na Deliberação da SPES do CSE.

⁶ Lei n.º 22/2008 de 13 de maio - Lei do Sistema Estatístico Nacional

2. O SISTEMA ATUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

a. A produção de informação estatística

Desde os finais do século XIX que os serviços centrais da administração da saúde estão ligados à produção de dados estatísticos sobre saúde: quando da primeira edição da publicação denominada "Movimento da População", ocorrida em 1887 era referido "os dados necessários para a elaboração dos quadros foram extraídos dos boletins demográfico - sanitários dos distritos administrativos de Évora, Portalegre e Ponta Delgada e dos concelhos de Lisboa e Porto"; na edição de 1875 do Anuário Estatístico de Portugal, juntamente com os dados estatísticos sobre mortalidade, surge informação relativa ao movimento ocorrido nos serviços de saúde do exército; e na edição referente a 1885 estão incluídas tabelas sobre o movimento dos doentes nos Hospitais Cíveis de Lisboa (S. José, Estefânia, S. Lázaro, Desterro e Rilhafoles), no Hospital de Sto. António do Porto e no Hospital Conde Ferreira. Por sua vez, o Anuário Estatístico editado em 1900 continha já o movimento dos doentes por hospital e concelho segundo o sexo. Os dados eram recolhidos junto das administrações dos hospitais e através dos relatórios das Misericórdias.

A criação da Direcção Geral de Estatística (1911-1935) e do INE - Instituto Nacional de Estatística (1935) são, sem dúvida momentos marcantes na "história da estatística" em Portugal mas importa também assinalar outros marcos na difusão da informação estatística sobre saúde:

- Annaes do Conselho de Saude Publica do Reino. Lisboa: Conselho de Saúde Pública do Reino, [1838-1842]. 20 cm. Semestral
- Anuário estatístico do Reino de Portugal: 1875 / Repartição de Estatística do Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria. Lisboa: Imprensa Nacional, 1877. 416 p., 30 cm
- Boletim mensal da Direcção Geral de Estatística. Lisboa: Imprensa Nacional de Lisboa, 1929 (capítulo demografia começa no nº 3 (Março))
- Movimento da população / Ministério das Obras Públicas, Comércio e Indústria, Direcção Geral do Comércio e Indústria. Vol. 1887-vol. 1917/1921. Lisboa: Imprensa Nacional, 1890-1924 (Em 1925 o Movimento da população é editado pela Direcção Geral da Saúde)
- Anuário demográfico / Direcção Geral de Estatística. Vol. 1929-1966. Lisboa: Imprensa Nacional, 1930-1967. 30 cm (1ª edição)

- Estatísticas demográficas / Instituto Nacional de Estatística. Vol. 1967- . Lisboa: INE, 1968- . ISSN 0377-2284 (1ª edição)
- Estatísticas da saúde / Instituto Nacional de Estatística. Vol. 1969-2001. Lisboa: INE, 1970-2003. 30 cm. ISSN 0377-2268

Para nos situarmos nos acontecimentos mais recentes e de maior impacto nesta área, são de referir ainda:

1. A reorganização, em 1966, do sistema estatístico nacional introduziu e autonomizou novas áreas na produção estatística, designadamente as estatísticas da saúde, tendo como objetivo responder à crescente procura de dados estatísticos. A compilação de dados, oriundos de diferentes aplicações estatísticas, integrou a primeira edição das Estatísticas da Saúde em 1969. Esta publicação incluiu dados sobre estabelecimentos de saúde com internamento, pessoal de saúde, mobilidade, e também mortalidade por causas de morte. Uma parte destes dados figurava até então na publicação Estatísticas Demográficas, sendo os dados estatísticos sobre saúde, nomeadamente, atividades dos serviços de saúde, vacinações e doenças de declaração obrigatória, publicados no Anuário Estatístico.
2. Em meados da década de 70 do século passado, procedeu-se a uma nova revisão dos dados estatísticos sobre óbitos passando-se a disponibilizar a informação por causas de morte, sexo e grupos de idade, com desagregação por distrito. É, no entanto, no início dos anos oitenta que se começaram a dar importantes passos na melhoria da informação em saúde e da informação para a gestão dos serviços de saúde. A partir de 1980 passou-se a dispor, em registo informático, de todas as variáveis referentes a cada óbito, passando a codificação da causa de morte a ser efetuada a 4 dígitos, melhorando significativamente o nível de detalhe das estatísticas nacionais de mortalidade.
3. Os primeiros marcos históricos conhecidos do Inquérito Nacional de Saúde (INS) em Portugal datam de 1978, quando uma equipa consultiva, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, reconheceu, formalmente, a necessidade de dados de morbilidade de base populacional no nosso país. Nos inícios da década de 80, tiveram início os trabalhos preparatórios para a realização do primeiro inquérito à população sobre saúde. Assim, em 1983 foi realizado um Inquérito de Saúde na Área Metropolitana de Lisboa por iniciativa do Departamento de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde.

A morbilidade e suas consequências na incapacidade, a procura e utilização dos vários serviços de saúde (públicos e privados), os comportamentos individuais e coletivos com repercussão na saúde individual e coletiva são exemplo de áreas sobre as quais se tornava imprescindível melhorar a informação. Foram realizados até hoje quatro INS, por

iniciativa do Ministério da Saúde, três abrangendo apenas o Continente (1987, 1995/1996 e 1998/1999) e um, em 2005/2006, abrangendo, pela primeira vez, as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira. Além destes há a referir quatro Inquéritos Regionais: em 1989 na Região de Lisboa e Vale do Tejo; em 1990 na Região Norte; em 1991 na Região do Alentejo e em 1993 na Região do Algarve.

4. A reformulação significativa, em 1985, pelo INE, dos instrumentos de notação dos inquéritos aos hospitais e aos centros de saúde, alarga substancialmente o seu conteúdo e adequa-os à estrutura e funções dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes. Estes serviços haviam sofrido importantes alterações nos anos precedentes e sobretudo após a criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979. Para a reformulação dos instrumentos de notação contribuiu o trabalho desenvolvido pelo Grupo de Trabalho da Saúde e Acidentes e pela Comissão Consultiva de Estatística do Ministério da Saúde. Assinale-se ainda os contributos das instituições com responsabilidades específicas nestas temáticas, nesse período, designadamente a Direcção-Geral dos Hospitais, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários e o Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
5. O início, em 1984, de um projeto no Ministério da Saúde, destinado a estudar a viabilidade da implementação em Portugal dos "DRGs – Diagnosis Related Groups", desenvolvidos nos EUA cuja implementação foi feita durante essa década, começando a produzir efeitos sistemáticos a partir de 1991. Os objetivos do programa, no essencial, eram: definir a produção do internamento hospitalar; melhorar o sistema de informação para a gestão de recursos do internamento hospitalar e o financiamento do internamento, através da promoção de uma distribuição racional dos recursos financeiros pelas instituições e da criação de incentivos para aumentar a eficiência, sem pôr em risco a qualidade dos cuidados prestados. Para além da recolha de elementos referentes à componente financeira, este sistema passou a ser, e continua a ser hoje, uma importante e a única fonte de informação na área da morbilidade hospitalar, possibilitando a obtenção de um número substancial de variáveis sobre cada episódio de internamento.
6. A Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto instituiu um sistema de vigilância em saúde pública que pela primeira vez articula todas as entidades dos sectores público, privado e social, estabelecidas ou que prestem serviços no território nacional, com o objetivo de prevenir e conter a propagação de doenças transmissíveis e outros riscos para a saúde pública.

O Sistema de Informação da Vigilância das Doenças Transmissíveis de Notificação Obrigatória (SINAVE) é uma das componentes do sistema de vigilância em saúde pública, igualmente previsto na Lei n.º81/2009, que visa a gestão da informação nacional

de vigilância epidemiológica das ocorrências em saúde e respetivas especificidades no âmbito de cada doença transmissível e demais riscos em Saúde Pública.

Na atualidade, a produção estatística na área da “saúde e incapacidades” abrange temáticas que vão desde o estado de saúde da população e dos fatores que o determinam – prevenção, doenças, incapacidades, estilos de vida, causas de morte –, à caracterização dos recursos humanos e materiais disponíveis – equipamentos, recursos e atividade desenvolvida pelos prestadores de serviços de saúde – integrada, quer inquéritos de base populacional por entrevista direta, quer recolhas de dados exaustivas de base administrativa, ou através de inquérito de autopreenchimento. Encontra-se atualmente regulamentada a nível comunitário através do Regulamento nº 1338/2008, de 16 de Dezembro, sobre estatísticas da saúde pública.

A produção estatística oficial sobre saúde tem sido desenvolvida por um conjunto abrangente de atores (vd. capítulo seguinte), tendo sido garantida ao longo do tempo a sua apresentação através de uma estrutura (mínima) sem alterações substantivas, cobrindo essencialmente: a oferta dos cuidados de saúde, diferenciados e primários, através dos inquéritos aos hospitais e aos centros de saúde, com recolha de informação sobre os recursos disponíveis (humanos e materiais); a atividade desenvolvida (consultas, internamentos, vacinações,...); a mortalidade e a morbilidade, ainda que esta última limitada no que concerne ao espetro de doenças (apenas as de declaração obrigatória). Acrescem os indicadores do Inquérito Nacional de Saúde, operação de base populacional que abrange o estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades, os cuidados de saúde e prevenção, os determinantes da saúde relacionados com estilos de vida, e a qualidade de vida.

As atividades estatísticas⁷ que se enquadram na área “Saúde e Incapacidades” são as seguintes: Inquérito Nacional de Saúde; Estatísticas das Causas de Morte; Estatísticas da Prevenção e Morbilidade; Estatísticas dos Estabelecimentos de Saúde; Estatísticas das Farmácias; Estatísticas do Pessoal de Saúde e Estatísticas dos Partos. No quadro da elaboração do “Plano de Actividades do INE e das Entidades com Delegação de Competências do INE - 2011” e do “Relatório de Actividades do Instituto Nacional de Estatística e de outras Entidades Intervenientes na Produção Estatística Nacional para 2010”

⁷ Uma operação estatística define-se como uma atividade estatística de produção enquadrada numa metodologia estatística pré-definida, englobando a recolha, tratamento, análise e difusão de dados respeitantes a características de uma população. São considerados quatro tipos de operações estatísticas: inquérito amostral, recenseamento, estudo estatístico e estudo analítico. Considera-se uma atividade estatística uma atividade de produção (operação estatística), de difusão, de coordenação estatística e de cooperação internacional, realizado no âmbito do SEN.

apresenta-se seguidamente uma descrição sumária de cada uma das principais operações de produção estatística:

- **Inquérito Nacional de Saúde**

Abrange a realização dos inquéritos de saúde por entrevista, que se enquadram no Anexo I sobre “Estado de saúde e determinantes de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

Trata-se de uma operação estatística sobre variáveis sociodemográficas e de saúde – estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades, cuidados de saúde e prevenção, determinantes da saúde relacionados com estilos de vida e qualidade de vida – realizada por entrevista direta junto de uma amostra representativa dos agregados familiares do Continente e das Regiões Autónomas, com base na autoavaliação feita pelo respondente.

O objetivo desta operação estatística é a obtenção de informação sobre os estados de saúde e incapacidade da população portuguesa, respetivos fatores determinantes, bem como sobre a utilização de cuidados de saúde. Os dados obtidos permitem construir indicadores de saúde adequados ao planeamento em saúde, à gestão e à avaliação dos programas e dos serviços de saúde. Os dados são, ainda, relevantes para a investigação na área da saúde em Portugal e como resposta a organismos internacionais (ex: indicadores European Community Health Indicators - ECHI).

Os inquéritos nacionais de saúde têm sido realizados por iniciativa do Ministério da Saúde, estudam uma amostra de cerca de 0,5% da população residente com representatividade regional NUTS II. O quarto INS, realizado em 2005/2006, numa parceria entre o INSA e o INE, abrangeu pela primeira vez a Região Autónoma dos Açores - RAA e a Região Autónoma da Madeira - RAM e a expansão dos dados amostrais para a população residente com base num modelo matemático de base demográfica⁸.

- **Estatísticas das causas de morte**

Abrange a elaboração das estatísticas de óbitos por causas de morte, que se enquadram no Anexo III sobre “Causas de morte” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro), bem como a elaboração de estatísticas derivadas, tais como as taxas de mortalidade brutas e as taxas de mortalidade padronizadas para causas de morte

⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

específicas, e as estimativas dos anos de vida potencial perdidos, com base no aproveitamento de informação de base administrativa.

O objetivo desta operação estatística é a obtenção de informação sobre a mortalidade ocorrida anualmente no País, de modo a dispor de dados estatísticos sobre óbitos gerais, infantis, fetais, perinatais e neonatais, por causas de morte e desagregados segundo um conjunto diverso de variáveis sociodemográficas, concorrendo fundamentalmente para a caracterização das doenças determinantes da mortalidade em Portugal.

Esta é uma operação, com periodicidade anual, de âmbito nacional, tendo como fonte de informação um ato administrativo (aproveitamento para fins estatísticos de informação obrigatoriamente comunicada às Conservatórias do Registo Civil). O método de recolha atual processa-se através de transmissão eletrónica de ficheiros entre o Instituto de Tecnologias de Informação da Justiça - ITIJ e o INE.

A validação dos dados sociodemográficos obtidos através das Conservatórias do Registo Civil e a consistência anual e temporal dos resultados é assegurada pelo INE, nomeadamente a aplicação dos requisitos Classificação Internacional de Doenças - CID definidos anualmente pela Organização Mundial de Saúde - OMS. A codificação dos óbitos por causas de morte, de acordo com a CID em vigor, é assegurada pela DGS sobre uma plataforma web desenvolvida pelo INE. A DGS colabora também com o INE na revisão de consistência dos dados finais.

Para a codificação, a DGS recorre à comparação de duas fontes de dados sobre os falecidos – os certificados de óbitos e a caracterização sociodemográfica obtida através das Conservatórias do Registo Civil. O acesso da DGS aos Certificados de Óbito é assegurado através de protocolo específico entre as Secretarias de Estado da Saúde e da Justiça.

A existência de um vasto conjunto de informação sociodemográfica sobre os indivíduos falecidos permite a elaboração de estudos e análises e ainda a possibilidade de construção de séries cronológicas de dados, onde se destacam as referentes às doenças que mais intervêm na mortalidade, possibilitando a monitorização da evolução e das tendências de algumas causas de morte.

Na sequência do trabalho desenvolvido desde 2008, e como referido na Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto, prevê-se para breve a implementação do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito – SICO (Lei 15/2012 de 3 de Abril) e a desmaterialização do registo médico dos certificados de óbito. Este sistema, consensualizado entre todas as instituições intervenientes, introduzirá alterações ao circuito atual dos dados de mortalidade. Existe

ainda grande potencial de uma maior rapidez no desenrolar de todo o processo de produção estatística nesta área⁹.

- Estatísticas da prevenção e morbilidade

Vacinações

Abrange a elaboração das estatísticas sobre vacinações, que se enquadram no Anexo I sobre “Estado de saúde e determinantes de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

O objetivo desta operação é de obter dados físicos sobre vacinações.

As estatísticas oficiais sobre vacinações, que se enquadram no projeto Estatísticas da prevenção e morbilidade – Vacinações e morbilidade, são desenvolvidas através de registos administrativos, assegurando a DGS o apuramento, a qualidade e consistência epidemiológica dos resultados, e a sua divulgação. Na RAA e na RAM, cabe, respetivamente, à Direção Regional de Saúde - DRS e ao Instituto de Administração da Saúde e Assuntos Sociais, IP – IASaúde realizar os procedimentos descritos¹⁰.

Morbilidade

Abrange a elaboração das estatísticas sobre morbilidade diagnosticada, que se enquadram no Anexo I sobre Estado de saúde e determinantes de saúde do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro). Neste momento, este conjunto de operações estatísticas abrange:

- Casos notificados de doenças de declaração obrigatória (DDO), com o objetivo de obter estatísticas de dados físicos sobre os casos notificados; as estatísticas oficiais sobre DDO são desenvolvidas através de registos administrativos, assegurando a DGS o apuramento, a qualidade e a consistência epidemiológica dos resultados; esta informação é enviada anualmente para o INE que organiza os quadros para divulgação¹¹;
- Morbilidade por VIH/SIDA (casos notificados/diagnosticados), com o objetivo de obter estatísticas de dados físicos sobre morbilidade por VIH/SIDA (casos notificados de portadores assintomáticos, de casos sintomáticos não-SIDA e de SIDA, no País, e casos de infeção VIH e de SIDA, diagnosticados nos Estados membros da UE mas notificados

⁹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

¹⁰ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

¹¹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

no país; a infeção pelo VIH passou a integrar a lista de DDO desde Março de 2005 através de portaria específica¹² que determina o envio das notificações ao INSA; a informação estatística de morbilidade por VIH/SIDA é proveniente do Núcleo de Vigilância Laboratorial de Doenças Infecciosas (anteriormente designado por “Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis”) do Departamento de Doenças Infecciosas do referido Instituto, no referente a Portugal, e é obtida pelo INE através do site de Internet do INSA. A informação relativa à UE tem como fonte o European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC que coordena o sistema TESSy e é obtida pelo INE através do site de Internet daquele Centro. Após obtenção da informação, são preparados pelo INE os quadros para divulgação¹³;

- Morbilidade por tuberculose, com o objetivo de obter estatísticas de dados físicos acerca de morbilidade por tuberculose (incidência de casos novos e retratamentos); a informação estatística de morbilidade por tuberculose é recolhida e tratada pelo Sistema de Vigilância do Programa de Tuberculose –SVIG da DGS que a fornece anualmente ao INE. Posteriormente o INE organiza o quadro para divulgação, após validação das taxas de incidência com base nas estimativas para a população residente a meio do ano de referência¹⁴.

- **Estatísticas dos estabelecimentos de saúde**

Inquérito aos centros de saúde

Abrange a elaboração das estatísticas sobre os recursos físicos e humanos dos centros de saúde e ainda sobre a atividade desenvolvida, através do Inquérito aos Centros de Saúde. Enquadra-se no Anexo II sobre “Cuidados de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento n° 1338/2008 de 16 de Dezembro).

O objetivo desta operação é a obtenção de resultados estatísticos sobre as características físicas de todos os centros de saúde, nomeadamente as características gerais, o equipamento, os recursos humanos e a ação desenvolvida. É um recenseamento anual através da utilização de um questionário eletrónico inserto numa aplicação informática de registo de dados.

No Continente, é dirigido pelo INE às entidades oficiais respondentes pelos centros de saúde, nomeadamente ARS, através da DGS. Nas Regiões Autónomas, o questionário é dirigido à Direção Regional de Saúde dos Açores, através do SREA – Serviço Regional de

¹² Portaria n° 258/2005, de 16 de março

¹³ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

¹⁴ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

Estatística dos Açores, e ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE - SESARAM através da DREM – Direção Regional de Estatística da Madeira¹⁵.

Inquérito aos postos médicos

Abrange a elaboração das estatísticas sobre os recursos humanos e a ação desenvolvida pelos postos médicos¹⁶.O inquérito exaustivo foi realizado anualmente em todo o país entre 1969 e 2001, ano em que abrangia cerca de 500 postos médicos. Atualmente mantém-se apenas na RAA¹⁷.

Inquérito aos hospitais

Abrange a elaboração das estatísticas sobre os recursos físicos e humanos dos hospitais e ainda sobre a atividade desenvolvida através do Inquérito aos Hospitais. Enquadra-se no Anexo II sobre “Cuidados de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

O objetivo desta operação é obter estatísticas de dados físicos sobre as características, equipamento e instalações, recursos humanos e ação desenvolvida nos hospitais.

É um recenseamento anual através da utilização de um questionário eletrónico inserto numa aplicação informática de registo de dados, dirigido pelo INE, IP, SREA e DREM diretamente aos hospitais privados e oficiais (públicos e não públicos), respetivamente do Continente, da Região Autónoma dos Açores e da Região Autónoma da Madeira.

A recolha e validação dos dados dos hospitais oficiais públicos do Continente e da Região Autónoma dos Açores são desenvolvidas em colaboração, respetivamente, com a DGS e com a DRS¹⁸.

- Estatísticas das Farmácias

Abrange a elaboração das estatísticas sobre farmácias e medicamentos, que se enquadram no Anexo II sobre “Cuidados de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

¹⁵ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

¹⁶ Estabelecimento de saúde sem internamento desprovido de fins lucrativos e gerido por entidades oficiais ou particulares, dotado de recursos humanos e técnicos susceptíveis de executarem atos médicos com fins preventivos e curativos.(não inclui medicina do trabalho ou ocupacional) Nota: a maioria dos postos médicos destinam-se a uma população restrita de utentes, como, por exemplo: moradores de uma freguesia, membros de um setor das FA ou corporação paramilitar, trabalhadores e familiares de uma empresa, associados de uma instituição não lucrativa.

¹⁷ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

¹⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

O objetivo desta operação é obter estatísticas de dados físicos sobre farmácias, postos farmacêuticos móveis, medicamentos e suas apresentações e formas farmacêuticas. A informação estatística é obtida anualmente junto da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) e dos serviços regionais de estatística (SREA, que a recolhe junto da DRS dos Açores e DREM, que a recolhe junto do IASaúde). É fornecida em suporte papel ou em ficheiros Excel, que o INE organiza em quadros para divulgação¹⁹.

- **Estatísticas do pessoal de saúde**

Abrange a elaboração das estatísticas sobre recursos humanos em saúde, que se enquadram no Anexo II sobre "Cuidados de saúde" do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

O objetivo da operação Estatísticas do Pessoal de Saúde é obter estatísticas de dados físicos sobre pessoal de saúde inscrito nas organizações profissionais (Ordem dos Médicos, Ordem dos Médicos Dentistas, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia, Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia e Paramédicos, Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde). A informação estatística relativa ao número de profissionais de saúde inscritos nas organizações profissionais (médicos, médicos dentistas, enfermeiros, farmacêuticos – total e de oficina – , profissionais de farmácia, técnicos paramédicos) é obtida anualmente junto das respetivas organizações profissionais, em base de dados, ficheiro informático ou suporte papel. Posteriormente o INE organiza os quadros para divulgação.

- **Estatísticas dos partos**

Abrange a elaboração das estatísticas sobre partos, que se enquadram no Anexo II sobre "Cuidados de saúde" do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

O objetivo desta operação é a obtenção de estatísticas de dados físicos sobre partos ocorridos no País, obtidas a partir das recolhas de dados administrativos relativos aos nados-vivos e aos óbitos fetais.

Não enquadradas na área "Saúde e Incapacidades", são ainda de referir as seguintes operações estatísticas:

- **Conta Satélite da Saúde**

¹⁹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

Abrange a elaboração da Conta Satélite da Saúde - CSS, que se enquadra no Anexo II sobre “Cuidados de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho (Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro).

A Conta Satélite da Saúde é um projeto desenvolvido pelo Departamento de Contas Nacionais do INE, desde 2004, em estreita colaboração com o Ministério da Saúde (ACSS e DGS) e com a participação do Ministério das Finanças (GPEARl).

A CSS tem como objetivo principal avaliar os recursos utilizados na prestação de serviços de cuidados de saúde. De uma maneira geral, procura medir a despesa total em cuidados de saúde, integrando as diferentes dimensões que constituem um Sistema de Saúde, ou seja, os prestadores de cuidados de saúde, os agentes financiadores e as funções de cuidados de saúde.

A CSS recorre, nomeadamente, à informação publicada anualmente pelo INFARMED sobre as vendas de especialidades farmacêuticas em ambulatório e a estrutura do mercado de medicamentos²⁰.

- **Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR)**

O INE realiza anualmente o Inquérito às Condições de Vida e Rendimento - ICOR no quadro do Regulamento relativo às estatísticas do rendimento e das condições de vida na Comunidade (EU-SILC) (Regulamento nº 1177/2003, de 16 de junho). O inquérito incide sobre o rendimento e as condições de vida da população residente no País, incluindo um conjunto de observações relativas à autoavaliação do estado de saúde, à existência de problemas de saúde de longa duração e à falta de acesso a consultas de medicina e de medicina dentária. A recolha de dados sobre a existência de problemas de saúde de longa duração concorre para o cálculo anual do indicador Esperança de vida saudável (Healthy Life Years)²¹.

- **Acidentes de trabalho e problemas de saúde relacionados com o trabalho ATPS 2007 (módulo ad hoc do Inquérito ao Emprego)**

Trata-se de um inquérito realizado pelo INE em 2007 no âmbito do programa de módulos ad hoc aprovado pelo Eurostat para 2007-2009 – Regulamento (CE) n.º 384/2005 de 7 de março. Esta operação, definida no Regulamento n.º 341/2006 de 24 de fevereiro, concorre para o Anexo I sobre “Estado de saúde e determinantes de saúde” do Regulamento sobre estatísticas de saúde pública e saúde e segurança no trabalho

²⁰ Neste âmbito é também de referir que a informação caracterizadora do mercado farmacêutico é utilizada no quadro do Índice de Preços no Consumidor (IPC) com vista ao refrescamento da estrutura de ponderação do IPC e do cabaz de bens e serviços, complementarmente à informação com origem no Inquérito às Despesas das Famílias.

²¹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

(Regulamento nº 1338/2008 de 16 de Dezembro) no que respeita à observação de dados sobre problemas de saúde relacionados com o trabalho e sobre fatores no trabalho que podem afetar o bem-estar mental ou a saúde física²².

Embora inscritos nos documentos de referência do SEN²³, os trabalhos publicados pela DGS relativos a "Morbilidade hospitalar", "Risco de morrer em Portugal", "Mortalidade infantil, perinatal e materna" e "Doenças de declaração obrigatória" não constituem operações de produção estatística pelo que não são aqui referidos.

Importa também referir, alargando a perspetiva, que estas operações não esgotam o conjunto de informação oficial utilizada no vasto domínio que é a gestão, planeamento e investigação em saúde. São disso exemplos as estatísticas demográficas ou as estatísticas da proteção social, para citar as de maior visibilidade no conjunto das "estatísticas oficiais"

b. Os intervenientes na produção de dados em saúde

Desde o início da publicação regular de dados sobre saúde, que o Instituto Nacional de Estatística (a Direção Regional de Estatística da Madeira e o Serviço Regional de Estatística dos Açores, como órgãos delegados) e os serviços de estatística das instituições da saúde têm tido uma colaboração permanente. No decurso das últimas décadas, assistimos contudo a um conjunto de alterações ao nível das entidades com responsabilidade na produção estatística sobre saúde. Na realidade, um maior número de instituições do Ministério da Saúde tem tido um papel relevante em áreas específicas de informação. Por outro lado, tem cada vez mais expressão a intervenção de instituições de outros ministérios, com destaque para as áreas da segurança social, em temas como as incapacidades, os acidentes de trabalho ou ainda a morbilidade, através das baixas por doença; as instituições de segurança rodoviária em temas como os acidentes rodoviários; do ambiente e da agricultura, particularmente quando nos referimos a áreas de informação como a qualidade da água ou a qualidade do ar.

As entidades envolvidas, de acordo com o relatório de atividades do SEN em referência, são o INE, a DGS, o INSA e o INFARMED. Mas importa mencionar os contributos da ACSS para a Conta Satélite da Saúde e para o apuramento do regime Serviço Nacional de Saúde - SNS no âmbito do Sistema Europeu de Estatísticas Integradas da Proteção Social e, mais recentemente (de acordo com o Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de dezembro) no que se

²² Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

²³ Plano de Atividades do INE, I.P. e das Entidades com Delegação de Competências do INE 2012

refere à coordenação e centralização da produção de informação e estatísticas dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente produção, desempenho assistencial, recursos financeiros, humanos e outros. Esta nova competência não se encontra contudo definida quanto ao seu âmbito e estruturada ao nível das unidades e dos interlocutores responsáveis, carecendo do enquadramento próprio resultante da publicação de diploma legal com os novos estatutos da ACSS.

Quanto às restantes entidades do Ministério da Saúde (e de outros ministérios e estruturas da administração), apesar das suas atividades não terem vindo a ser enquadradas no conceito de operação estatística, é manifestamente relevante o seu contributo (efetivo ou potencial) para o conhecimento do estado de saúde. Enquadram-se neste grupo, nomeadamente, o extinto Instituto Português do Sangue I.P. e a extinta Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação²⁴, o extinto Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.²⁵, e os Registos Oncológicos Regionais e a Entidade Reguladora da Saúde ERS (situações que serão mais detalhadamente referidas no ponto seguinte). Quanto ao papel das estruturas regionais do Ministério da Saúde, é de assinalar as incumbências atribuídas às Administrações Regionais de Saúde - ARS, aos Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES e Unidades Locais de Saúde - ULS que produzem informação estatística relevante, sobretudo, no contexto do exercício das funções que se lhes encontram cometidas de:

- Observação da saúde da população (observatórios regionais e locais de saúde da população – Departamentos de Saúde Pública das ARS e Unidades de Saúde Pública dos ACES e ULS) e da atividade dos serviços de saúde:
 - Caracterizando e monitorizando o estado de saúde da população;
 - Identificando as necessidades de saúde da população e necessidades específicas de saúde de determinados grupos da população (desigualdades/disparidades em saúde);
 - Avaliando e fazendo previsões acerca do impacto da intervenção dos serviços de saúde na saúde da população;
 - Recolhendo, tratando e analisando os dados estatísticos relativos à atividade dos serviços de saúde;

²⁴ Entidade extinta por fusão conforme Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro, artigo 23º, sendo as suas atribuições integradas no Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I.P., com exceção das atribuições nos domínios da qualidade, segurança e autorização de unidades, serviços e processos e da definição e implementação de medidas de controlo periódico, que são integradas na Direção-Geral da Saúde.

²⁵ Entidade extinta por fusão conforme Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro, artigo 23º, sendo as suas atribuições integradas no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, criado pelo mesmo diploma, com exceção das atribuições nos domínios do licenciamento, execução de programas de intervenção local, património e recursos humanos, que são integradas nas ARS e no domínio das atividades de fiscalização, que são integradas na Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

- Fazendo a translação do conhecimento gerado pela informação tratada e analisada, e promovendo a sua comunicação interna e externa.
- Planeamento em saúde e dos serviços de saúde:
 - Elaborando o plano (regional ou local) de saúde da população e, conseqüentemente, os planos de atividades/desempenho dos serviços de saúde;
 - Assegurando a monitorização e avaliação dos planos de saúde da população e dos planos de atividades/desempenho dos serviços de saúde.
- Contratualização interna e externa dos serviços de saúde:
 - Definindo indicadores de contratualização regionais e locais;
 - Monitorizando e avaliando os indicadores contratualizados.
- Investigação (aplicada) em saúde e em serviços de saúde:
 - Promovendo uma cada vez maior aproximação (e em tempo útil) entre as atividades de investigação e o conhecimento científico gerado pelas mesmas, e a tomada de decisão e a intervenção em saúde.

As ARS e os ACES e ULS não só utilizam, como também produzem informação que é gerada pelos sistemas de informação em uso nos serviços de saúde (por exemplo, o SIARS e o SONHO, entre outros), como por múltiplos microsistemas específicos de informação (como os sistemas de informação desenhados para apoiar os programas de rastreio oncológico de base populacional, o sistema de monitorização e vigilância sanitária das águas – SisÁgua, o sistema de informação sobre doenças transmissíveis de declaração obrigatória - DDO, o sistema de vigilância de tuberculose - SVIG-TB, entre outros).

Um pilar indispensável no conhecimento dos recursos humanos disponíveis, é o contributo dado pelas organizações profissionais, permitindo aceder a um vasto conjunto de variáveis sobre o pessoal inscrito nas mesmas. Incluem, nomeadamente, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Médicos Dentistas, a Ordem dos Enfermeiros, a Ordem dos Farmacêuticos, o Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia, o Sindicato Nacional dos Profissionais de Farmácia e Paramédicos, o Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde,

Nas Regiões Autónomas as instituições de saúde participam, por integração no todo nacional, naquilo que se entende por estatísticas oficiais da saúde, bem como nos projetos estatísticos da iniciativa dos organismos nacionais de saúde. A rede de organismos da saúde dos Governos Regionais produz e utiliza informação em saúde que suporta a tomada de decisão e a ação dos próprios organismos, para além de assegurar por canais próprios a sua difusão.

c. A informação disponível

O INE, enquanto autoridade estatística nacional responsável pela produção (isoladamente ou em parceria com outras instituições) e difusão das estatísticas oficiais nacionais, gere um conjunto de operações estatísticas (ponto 1.a) de onde resultam mais de 400 indicadores tendo por base diversas fontes de informação (Inquéritos junto das instituições; Inquéritos junto das famílias; Origem administrativa; e Informação derivada).

Existem porém diversos subsistemas de informação que recolhem e, em algumas situações, divulgam dados estatísticos regularmente, a grande maioria no seio do Ministério da Saúde²⁶. São dados de âmbito diferente, quer pela sua natureza, abrangência, representatividade, ou até pelo fim a que se destinam, reportando-se fundamentalmente à atividade do SNS. Listamos seguidamente apenas os subsistemas de informação existentes, com relevância de âmbito nacional, podendo hoje contribuir, de algum modo, para a produção estatística no quadro do SEN atrás descrito:

▪ DGS - Direção-Geral da Saúde

De acordo com o Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de Janeiro, a Direção-Geral da Saúde, é um serviço central do Ministério da Saúde integrado na administração direta do Estado. Tem por missão regulamentar, orientar e coordenar as atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, definição das condições técnicas para a adequada prestação de cuidados de saúde, planear e programar a política nacional para a qualidade do sistema de saúde, bem como assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e, ainda a coordenação das relações internacionais do Ministério da Saúde. No âmbito das suas atribuições, compete-lhe nomeadamente:

- a)* coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica a nível nacional de determinantes da saúde e de doenças transmissíveis, bem como os sistemas de alerta e resposta apropriada a emergências de saúde pública, a nível nacional e a respetiva contribuição no quadro internacional;
- b)* garantir a produção e divulgação de informação adequada, no quadro do sistema estatístico nacional, designadamente estatísticas de saúde, sem prejuízo das competências do Instituto Nacional de Estatística;
- c)* assegurar a elaboração e a execução do Plano Nacional de Saúde, coordenando a nível nacional, a definição e o desenvolvimento de programas de saúde, com base

²⁶ Sistemas complementares de financiamento como a Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas ADSE, ou os serviços das forças armadas e de segurança, não foram alvo de levantamento aqui apresentado. Para além de terem uma abrangência parcelar e complementar, a sua informação é sobretudo utilizada no Sistema Europeu de Estatística de Proteção Social.

num sistema integrado de informação, articulando com os demais serviços e organismos do sistema de saúde;

- d) assegurar a monitorização e o controlo através de uma base de dados central uniformizada, da informação relativa aos apoios financeiros concedidos no âmbito do regime de atribuição de apoios financeiros pelo Estado no domínio da saúde;
- e) acompanhar a execução das políticas e programas do Ministério da Saúde, bem como elaborar, difundir e apoiar a criação de instrumentos de planeamento, acompanhamento e avaliação, sem prejuízo das competências da Administração Central do Sistema de Saúde em matéria de planeamento económico-financeiro e de recursos humanos.

Este novo quadro deverá consubstanciar um alargamento do papel da DGS no campo da recolha e tratamento de dados, tendo em conta o alargamento de competências na área da vigilância em saúde. Utiliza sistemas próprios de recolha de dados produzindo relatórios anuais, detalhados sobre cada temática, designadamente:

- vacinação;
- doenças de declaração obrigatória;
- interrupções voluntárias da gravidez;
- vigilância da tuberculose;
- inquérito de prevalência de infeção associada aos cuidados de saúde.

De notar que, das aplicações referidas, um conjunto de dados sobre vacinação, doenças de declaração obrigatória e tuberculose, integra já a produção estatística do SEN, na área "Saúde e incapacidades". Por este facto, na alínea a) deste capítulo, na área da prevenção e morbilidade são feitas referências a estas operações estatísticas. Anualmente, em datas previamente acordadas e de acordo com os parâmetros pré definidos, são remetidos ao INE os respetivos dados.

A codificação das causas de morte, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID) em vigor, é uma das atribuições da DGS no quadro de um acordo estabelecido com o INE.

Outros importantes sistemas de informação e vigilância da DGS são:

- SINAVE – Sistema Nacional de Informação e Vigilância Epidemiológica. O SINAVE, de acordo com a Lei nº 81/2009 de 21 de Agosto, institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, atualiza e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. Trata-se de uma rede de âmbito nacional envolvendo os serviços operativos de saúde pública, os laboratórios, as autoridades de saúde e outras

entidades do sector público, privado e social. A implementação deste sistema está ainda em curso²⁷;

- SICO – Sistema de Informação do Certificado de Óbito. Prevê-se que no decurso do último trimestre do corrente ano o SICO seja gradualmente introduzido nos hospitais. Inicia-se deste modo o processo de desmaterialização dos certificados de óbito, o qual deverá abranger todo o universo hospitalar no início de 2013. Este novo sistema poderá tornar mais célere o processo de codificação das causas de morte, existindo ainda a possibilidade de proceder à codificação das causas múltiplas. Deverá também ser assegurada uma melhor qualidade da informação, já que, a possibilidade de uma intervenção mais rápida desde o início dos procedimentos conduzirá a uma redução das causas de morte desconhecidas ou mal definidas²⁸;
- LINHA SAÚDE 24 – Centro de Atendimento do Serviço Nacional de Saúde. Constitui uma iniciativa no sentido de ampliar e melhorar a acessibilidade dos utentes do Serviço Nacional da Saúde (SNS), à informação e aos cuidados de saúde. Este sistema iniciou a sua atividade no dia 25 de Abril de 2007, tendo sido concebido como um serviço de apoio à prestação de cuidados de saúde integralmente focados no cidadão. Presta os serviços: Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento (TAE); Serviço de Informação Geral de Saúde (IGS) e de Assistência em Saúde Pública (LSP). A informação sobre a atividade do atendimento é disponibilizada mensalmente, permitindo caracterizar: o perfil sociodemográfico dos utentes (data de nascimento, sexo, concelho e distrito, subsistema de saúde), a intenção inicial do contato, algoritmos utilizados, disposições finais de orientação e encaminhamento dos utentes²⁹.

Estão ainda residentes na Direção Geral da Saúde o SARA – Sistema de Alerta e Resposta Apropriada, um sistema de vigilância que possibilita uma atuação rápida em todas as emergências de saúde pública. Este sistema, por si só, não constitui um sistema de informação em saúde. A sua utilização, em caso de necessidade, poderá desencadear a obrigatoriedade de registos que tenham efeitos nas atividades estatísticas, nomeadamente no que respeita à morbilidade ou à mortalidade; e o SESP – Sistema de Suporte a Emergências em Saúde Pública, um sistema de vigilância destinado a monitorizar a procura diária de cuidados em serviços de urgência, em algumas Unidades de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde). O SESP visa munir as autoridades de saúde com os meios necessários para detetar precocemente, eventuais problemas de Saúde

²⁷ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

²⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

²⁹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

Pública, de forma a permitir uma resposta adequada e em tempo útil. Este sistema de informação utiliza de forma automática registos que integram outros sistemas de informação (SONHO e SINUS).

O recente Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de dezembro, que aprovou a nova lei orgânica do Ministério da Saúde estabelece que compete à DGS assegurar a coordenação nacional da definição e desenvolvimento dos programas de saúde, bem como acompanhar a execução das políticas e programas do Ministério da Saúde. São os seguintes os programas prioritários:

Programa Nacional para a diabetes;

Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA;

Programa Nacional para a prevenção e controlo do tabagismo;

Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável;

Programa Nacional para a saúde mental;

Programa Nacional para as doenças oncológicas;

Programa Nacional para as doenças respiratórias;

Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares.

O modelo de governação deste conjunto de programas, incluindo os respetivos planos de atividades, está ainda em fase de elaboração. Este instrumento deverá contemplar as necessidades de informação inerentes ao desenvolvimento e acompanhamento de cada um deles, pelo que, só então será possível detalhar os dados e indicadores necessários para cada um. Alguns destes programas já estavam sediados na DGS, tendo os restantes transitado para a responsabilidade desta entidade na sequência do estipulado no Decreto-Lei referido, do Decreto Regulamentar nº 14/2012 de 26 de Janeiro e do despacho nº 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. Assim, é de considerar que uma parte dos dados necessários à execução e avaliação dos programas provêm de aplicações já em curso em instituições do Ministério da Saúde. Alguns destes programas, procediam regularmente à divulgação de dados. Outros, contemplam nos seus objetivos formas de divulgação dos dados, ainda não definidas. Deste modo, detalhamos apenas alguns dos programas que têm já consolidado sistemas próprios de informação:

- Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose – Sistema de vigilância intrínseco do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose (PNT) é um sistema de notificação e follow up dos casos de tuberculose em Portugal. O SVIG TB tem dois componentes: a) SVIG TB de base clínica cuja informação é gerada por recolha direta dos serviços de saúde prestadores dos cuidados de saúde que notificam para uma rede composta por um número controlado de centros de notificação que por sua vez procede ao registo informático sujeito ao processo de agregação nacional; b) SVIG TB MR de base

clínica e base laboratorial, específica para os casos com TB Multirresistente, tendo como objetivo fundamental o suporte da atividade dos Centros de Referência para a TB Multirresistente quer a nível nacional, quer regional³⁰;

- Programa Nacional para a Diabetes – Mantém as estratégias definidas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes 2008-2017. Entre as suas medidas estratégicas, o PNPCD inclui as seguintes: publicar um relatório anual sobre a diabetes e criar o Centro de Observação Nacional para a Diabetes. O relatório anual do observatório nacional da diabetes "Diabetes: Factos e Números", disponibiliza a informação existente em Portugal sobre a Diabetes produzida por diversas fontes científicas e institucionais;
- Programa Nacional para as doenças cérebro-cardiovasculares – Através do Registo Nacional de Doenças Cardiovasculares obtêm-se indicadores diversos (produção, recursos humanos e equipamentos) relativos às atividades relacionadas com as doenças cardiovasculares. A recolha de dados é feita através do envio anual de questionários às unidades de saúde nacionais bem como a outras fontes (GDH, INE, INEM, entre outros). O sistema de informação referente à Hipertensão Arterial encontra-se numa fase mais incipiente de desenvolvimento. Os registos Nacionais do EAM e AVC estão construídos, aguardando unicamente a operacionalização das interfaces com o Sistema de Informação do INEM. Os dados recolhidos e tratados no âmbito deste programa são obtidos de fontes primárias já referenciadas, com destaque para os sistemas de informação do ACSS e INE.

Os programas referentes à prevenção e controlo do tabagismo, à saúde mental e à promoção da alimentação saudável, embora não tenham ainda apresentado os respetivos planos de atividades, incluem nas suas atribuições compromissos específicos com informação em saúde:

- Programa Nacional para a prevenção e controlo do tabagismo – De entre as atribuições deste programa, destaca-se: o estudo permanente da situação estatística e epidemiológica do consumo de tabaco e das suas repercussões na saúde da população portuguesa e a colheita e análise de dados referentes à utilização das consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e à sua efetividade;
- Programa Nacional para a saúde mental – De entre as atribuições deste programa, destaca-se: a implementação da monitorização permanente da situação da saúde mental da população portuguesa, no que respeita aos principais indicadores de morbilidade e de utilização dos serviços e a dinamização de programas de promoção

³⁰ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

do bem-estar e da saúde mental da população e da prevenção, tratamento e reabilitação das doenças mentais;

- Programa Nacional para a promoção da alimentação saudável – De entre as atribuições deste programa, destaca-se o conhecimento sobre os consumos alimentares da população portuguesa, seus determinantes e consequências.

O Programa Nacional para a infeção VIH/SIDA e o Programa Nacional para as doenças oncológicas, estão ainda numa fase mais embrionária do seu desenvolvimento. Aguarda-se uma melhor consolidação dos mesmos para melhor se avaliar a sua relevância quanto ao seu contributo para as estatísticas da saúde.

Para além deste conjunto de programas considerados prioritários, existem outros, em diferentes estádios de implementação e desenvolvimento, abrangendo diversas áreas. Entre estes destacamos o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral – O quadro conceptual do programa corresponde a uma estratégia global de intervenção assente na promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais. A prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, são realizados nos seguintes grupos populacionais: grávidas seguidas no Serviço Nacional de Saúde (SNS); idosos utentes do SNS e beneficiários do complemento solidário; crianças e jovens com idade inferior a 16 anos e utentes com VIH/SIDA. Durante o ano de 2012 terá início a recolha de dados conducentes ao III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, sendo um dos objetivos, avaliar a prevalência das doenças orais aos 6, 12, 18, 35-44 e 65 ou mais anos, a nível regional e nacional.

▪ **INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P**

O Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P (INSA) é um organismo que integra a administração indireta do Estado no âmbito do Ministério da Saúde, prosseguindo as suas atribuições, sob superintendência e tutela do respetivo ministro (artigo nº5, alínea e. do Decreto-Lei n.º 124/2011, publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 249 — 29 de Dezembro de 2011). É o laboratório do Estado que tem por missão contribuir para ganhos em saúde pública através da investigação e desenvolvimento tecnológico, atividade laboratorial de referência, observação da saúde e vigilância epidemiológica, bem como coordenar a avaliação externa da qualidade laboratorial, difundir a cultura científica, fomentar a capacitação e formação e ainda assegurar a prestação de serviços diferenciados, nos referidos domínios.

Nas suas atribuições, o INSA produz e divulga diversa informação epidemiológica e estatística de forma regular, no âmbito das suas atribuições de vigilância epidemiológica (infeção VIH/SIDA, vigilância integrada, clínica e laboratorial da gripe, impacto das

ondas de calor na mortalidade, entre outras), observação em saúde (Inquérito Nacional de Saúde, painel de famílias ECOS, Registo Nacional de Anomalias Congénitas, Registo de acidentes domésticos e de lazer, Registo Nacional de Paramiloidose, entre outros).

Refira-se que muitos dos sistemas de informação epidemiológica em atividade no INSA resultam do seu trabalho de investigação e desenvolvimento em saúde pública, muitas vezes no âmbito de projetos de investigação com financiamento nacional, ou internacional, muitos dos quais adquirem carácter regular depois de demonstrarem a sua utilidade para aumentar o conhecimento sobre a saúde da população.

De entre as atribuições atuais do INSA, I. P., destacam-se algumas dado o seu relevo potencial para a informação estatística e epidemiológica nacional:

- a. Promoção, organização e coordenação de programas de avaliação, no âmbito das suas atribuições, nomeadamente na avaliação externa da qualidade laboratorial e colaboração na avaliação da instalação e funcionamento dos laboratórios privados que exerçam atividade no sector da saúde (refira-se que atualmente os programas de avaliação externa da qualidade dos laboratórios de patologia clínica são de carácter voluntário, não garantindo representatividade nacional, nem originando dados estatísticos de forma regular);
- b. Planeamento e execução do programa nacional de diagnóstico precoce (no âmbito deste programa são produzidos relatórios regulares sobre o denominado “teste do pézinho” os quais, dada a cobertura universal do teste e a sua regularidade constituem um bom indicador de utilização de serviços)³¹;
- c. Colaboração na realização de atividades de vigilância epidemiológica de doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e desenvolvimento ou validação de instrumentos de observação em saúde, no âmbito de sistemas de informação, designadamente garantindo a produção e divulgação de estatísticas de saúde pública, e promovendo os estudos técnicos necessários, sem prejuízo das atribuições da DGS e da ACSS, I. P., nesta matéria. Esta é uma área de atuação bastante vasta, onde a investigação e o desenvolvimento de novos métodos e abordagens origina muitas vezes novos sistemas de informação que assumem depois carácter regular. Além disso, os 6 Departamentos Técnico-Científicos do INSA, IP, enviam à DGS dados no âmbito das suas atividades que são depois incluídos na avaliação de programas nacionais por aquela entidade. São disso exemplos o reporte de dados sobre saúde reprodutiva, comunicados à DGS no âmbito do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, do Programa Nacional de Diagnóstico Precoce, e da Comissão Nacional de Doenças Lisossomais.

³¹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

- d. Monitorização do consumo de aditivos e da exposição da população a contaminantes e outras substâncias potencialmente nocivas presentes nos alimentos, incluindo os ingredientes alimentares cujo nível de ingestão possa colocar em risco a saúde dos consumidores;
- e. Recolha, compilação e transmissão para a Autoridade Europeia de Segurança Alimentar (European Food Safety Authority – EFSA) dos dados analíticos relativos à composição, incluindo contaminantes e outras substâncias químicas, dos géneros alimentícios e alimentos para animais. Neste âmbito, o INSA, através do Departamento de Alimentação e Nutrição, reporta anualmente e diretamente para a EFSA os dados nacionais de ocorrência dos contaminantes químicos nos alimentos. O INSA reporta anualmente para a Direção Geral de Veterinária, que depois reporta para a EFSA, os dados relativos a Toxinfecções Alimentares e ocorrência de agentes zoonóticos “foodborne outbreaks and zoonotic agents in foodstuffs”;
- f. Instrumentos de observação - Sistema de vigilância ÍCARO - no âmbito do qual se estuda o efeito de fatores climáticos na saúde humana. Trata-se de um projeto nacional que engloba atividades de investigação, vigilância e monitorização, fundamentalmente, do efeito de ondas de calor na mortalidade e morbidade humanas. No que se refere à vigilância e monitorização de ondas de calor com potenciais efeitos na saúde humana, sazonalmente, implementa-se o Sistema de Vigilância Ícaro. Este sistema começou a ser desenvolvido em 1999, em parceria com o Instituto de Meteorologia e conta com a participação da Direção Geral da Saúde e da Autoridade Nacional de Proteção Civil. Desde 2004 faz parte integrante do Plano de Contingência de Ondas de Calor. É constituído por três componentes realizadas diariamente:
- a previsão dos valores da temperatura máxima a três dias realizada pelo Centro de Análise e Previsão do Tempo do Instituto de Meteorologia e comunicada ao DEP/INSA todas as manhãs;
 - a previsão do excesso de óbitos eventualmente associados às temperaturas previstas, através de modelos matemático desenvolvido para esse fim;
 - o cálculo dos índice ÍCARO, que resumem a situação para os três dias seguintes, calculado com base na previsão dos óbitos.

Os valores dos índices ÍCARO são disponibilizados todos os dias úteis, através da edição do boletim ÍCARO, divulgado às entidades responsáveis pela eventual

intervenção (Autoridade Nacional de Proteção Civil, Autoridade de Saúde Nacional)³².

g. Avaliação da execução e resultados das políticas, do PNS e programas de saúde do MS. Esta é uma nova atribuição do INSA, IP, incluída na nova Lei Orgânica de Dezembro de 2011. A sua concretização está atualmente em fase de planeamento interno pelo INSA, IP, a que se seguirá a articulação com os restantes organismos do Ministério da Saúde, de outros Ministérios, e com o INE, de modo a garantir a obtenção da informação e da evidência publicada, relevantes para a avaliação em questão.

▪ **INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.**

É um organismo que integra a administração indireta do Estado no âmbito do Ministério da Saúde. Na área da informação estatística destaca-se a publicação “Estatística do Medicamento”, cuja origem remonta a 1993. O seu conteúdo incide fundamentalmente sobre as suas atividades e, especialmente, sobre o mercado de medicamentos em Portugal. O seu objetivo é caracterizar o sector farmacêutico em Portugal. Inclui nomeadamente: dados macroeconómicos relativos ao sector do medicamento; dados sobre as farmácias e os recursos humanos que aí exercem a sua atividade; dados sobre medicamentos, designadamente o número de medicamentos registados e comparticipados; o consumo/venda de medicamentos, em ambulatório, e no sector hospitalar no âmbito do Serviço Nacional de Saúde; o consumo/venda de medicamentos não sujeitos a receita médica, o consumo de medicamentos *per capita*, os custos médios por embalagem/receita e ainda dados sobre a farmacovigilância e vigilância farmacêutica. Inclui também informação sobre novos medicamentos aprovados em Portugal. Os dados e indicadores referidos são desagregados a vários níveis, estando disponíveis no portal da instituição, compilados em publicações *on line* ou em bases de dados de consulta livre³³.

▪ **ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde I.P.**

A ACSS teve até recentemente a atribuição de coordenar as atividades do Ministério da Saúde para a definição de políticas sobre sistemas e tecnologias de informação e de comunicação, seu desenvolvimento e avaliação cabendo-lhe atualmente (de acordo com o Decreto-Lei nº 35/2012 de 15 de Fevereiro), prover o SNS com os adequados sistemas de

³² Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

³³ Para um maior detalhe consultar fichas em anexo

informação e comunicação, contratando com o SPMS-Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., os termos e condições dos serviços a prestar. Assim, com a publicação do Decreto-Lei 108/2011 de 17 de Novembro, a SPMS sucede à ACSS, IP na posição de unidade ministerial de compras relativamente aos bens e serviços da área das tecnologias de informação dos serviços e organismos do Ministério da saúde e instituições do SNS. Tem por missão a cooperação, a partilha de conhecimentos e informação, e o desenvolvimento de atividades de prestação de serviços nas áreas dos sistemas e tecnologias de informação e de comunicação, garantindo a operacionalidade e segurança das infra-estruturas tecnológicas e dos sistemas de informação do Ministério da Saúde e promovendo a definição e utilização de normas, metodologias e requisitos que garantam a interoperabilidade e interconexão dos sistemas de informação da saúde, entre si e com os sistemas de informação transversais à Administração Pública.

A informação até agora recolhida e tratada por esta instituição abarca unicamente a atividade das instituições do SNS. Apenas em algumas das aplicações, estão envolvidas outras instituições, nomeadamente do sector social ou privado. Os sistemas de informação/Bases de dados da responsabilidade da ACSS no âmbito das suas atribuições atuais são os seguintes:

- Sistema Informático de gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC): sistema informático que pretende orientar os serviços de prestação de cuidados cirúrgicos para que, de forma articulada, regulada e sustentada, mantenham o equilíbrio entre a procura e a resposta, atendendo às necessidades de acesso dos cidadãos. Os dados têm origem nos sistemas de informação hospitalar que disponham de interface com o SIGLIC e no Registo Nacional de Utente (RNU) bem como na introdução direta dos profissionais das entidades prestadoras de cuidados de saúde³⁴;
- Consulta a Tempo e Horas (CTH): sistema eletrónico de referenciação dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar no SNS, efetuados pelo médico assistente dos utentes. Contém informação respeitante aos pedidos desde o momento da sua inserção no sistema eletrónico pelo médico assistente até à sua conclusão, permitindo avaliar a procura e a resposta nas várias especialidades bem como o tempo de acesso às consultas³⁵;
- Base de Dados Central de Grupos de Diagnóstico Homogéneos (BD GDH): contém informação dos episódios de internamento e ambulatório das instituições hospitalares do SNS codificados segundo a CID9 MC e agrupados em GDH (agrupador AP21), de modo a permitir a análise da produção hospitalar e conhecer a complexidade clínica

³⁴ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

³⁵ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

das instituições, incorporando diversa informação com a referente diagnósticos, procedimentos, idade e sexo dos utentes, tempo de internamento, hospital, etc.. A informação é recolhida mensalmente nas instituições hospitalares do continente através de acesso remoto por parte da ACSS aos servidores das instituições para integração de dados na base de dados nacional e central de GDH³⁶;

- Sistema de Informação de Suporte à Contratualização e Acompanhamento (SICA): sistema que reúne a informação necessária a todo o processo de contratualização, desde a fase de negociação até ao posterior acompanhamento. Disponibilização em plataforma web das tarefas de recolha de dados. Inclui dados de produção, recursos humanos, económico-financeiros, desempenho assistencial, etc. Serve de base à publicação de informação de acompanhamento dos Hospitais(incluindo os que têm sistemas próprios), ULS e CSP;
- Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA): reúne os elementos da contabilidade analítica (custos e unidades de obra) das instituições hospitalares do SNS, permitindo a sua consulta pública. Envio por ficheiro padronizado, por parte das instituições hospitalares do SNS, dos dados carregados centralmente pela ACSS³⁷;
- Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem (SICD/E): sistema informático que tem como missão desenvolver processos de planeamento, organização e gestão de recursos de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e consequentemente para a qualidade total dos cuidados de saúde. Os objetivos são:
 - a) Assegurar a gestão eficiente dos recursos de enfermagem;
 - b) Garantir a produção e monitorização de dados fiáveis e válidos por serviço e unidade hospitalar;
 - c) Identificar oportunidades de melhoria na organização dos cuidados de enfermagem;
 - d) Proporcionar a visibilidade interna e externa dos cuidados de enfermagem;
 - e) Contribuir para a uniformização de conceitos e linguagem no âmbito do SCD/E³⁸.
- Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO): sistema integrado de informação hospitalar constituído por oito módulos – integrador, urgência, consulta externa, internamento, bloco operatório, hospital de dia, arquivo e faturação. Os dados são recolhidos nos hospitais, sempre que um utente acede a uma instituição para realizar qualquer tipo de ato médico (urgência, consulta externa, exame complementar, etc.) num total de 700 tabelas e mais de 21.292 campos. Cada

³⁶ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

³⁷ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

³⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

- instituição tem a sua base de dados, não existe uma base de dados central, sendo possível o acesso remoto por parte da ACSS desde que as instituições o autorizem³⁹;
- Sistema de Apoio ao Médico (SAM): este sistema está orientado para a atividade do médico e permite integrar aplicações clínicas de acordo com as necessidades e prioridades de cada hospital. Este sistema tem como suporte a base de dados do SONHO. Cada instituição tem a sua base de dados, não existe uma base de dados central, sendo possível o acesso remoto por parte da ACSS desde que as instituições o autorizem⁴⁰;
 - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE): permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde. Os dados decorrem da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições onde o sistema está instalado⁴¹;
 - Registo Nacional de Utentes (RNU): base de dados que contém informação de identificação dos utentes, caracterização da sua inscrição no SNS, afetação a um médico de família e identificação de subsistemas e benefícios de saúde. Os dados têm origem nas bases de dados locais dos Centros de Saúde, no cartão do cidadão e na interface Web para "Manutenção de Utentes"⁴²;
 - Recursos Humanos e Vencimentos (RHV): base de dados que permite a gestão local e central de Recursos Humanos da Saúde bem como o processamento e remunerações nas instituições de saúde públicas (Continente e Açores). A informação é recolhida por cada secção de pessoal de cada instituição processadora e utilizadora deste aplicacional⁴³;
 - Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade (SIDC): sistema de contabilidade cujo principal objetivo é contabilização e realização de todos os mapas inerentes às instituições do SNS. Os dados são recolhidos manualmente e através de ficheiros de ligação a outras aplicações⁴⁴;
 - Facturação E125 – Migrantes: aplicação informática que permite registar despesas de utentes migrantes da comunidade europeia para construção de faturas E125. A informação registada provém de faturas hospitalares e de listagens de despesas de

³⁹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴⁰ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴¹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴² Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴³ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴⁴ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

centros de saúde⁴⁵;

- Benefícios Adicionais de Saúde (BAS): sistema de recolha e tratamento dos pedidos de reembolso (medicamentos, óculos, lentes, próteses dentárias removíveis) no âmbito da medida dos benefícios adicionais de saúde. A informação provém da recolha dos dados realizada manualmente nas Unidades de Saúde e da utilização de informação constante no RNU⁴⁶;
- Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS): sistema informático dos CSP, na vertente administrativa, abrangendo o controlo administrativo nas áreas da Consulta, Urgência/SAP, Vacinação, Gestão da requisição e emissão do Cartão de utente e Registo Administrativo de Contactos⁴⁷;
- Sistema de Informação das ARS (SIARS): contém informação dos CSP, retirados de outros sistemas como o SAM, SAPE, SINUS e SI equivalentes, residentes nos CSP. Contém informação sobre medicamentos, MCDT, codificação clínica através da Internacional Classification of Primary Care version 2 – Electronic (ICPC-2-E) para a codificação de problemas de saúde. A ICPC-2-E permite o mapeamento para CID-9-MC ou CID-10. Cada ARS tem o seu SIARS, acedendo a informação das unidades de CSP da sua região, existindo um sistema central que agrega a informação nacional (o Sistema de Informação e Monitorização do SNS - SIM@SNS).

No quadro do atual conjunto de competências da ACSS importa referir a integração da Estrutura de Cuidados Continuados Integrados. Esta estrutura foi criada (Resolução do Conselho de Ministros nº 168/2006), com a finalidade de lançar um projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. No que respeita à recolha de dados, gere uma base de dados que permite a referenciação de doentes para a rede de cuidados continuados, a gestão de vagas e o registo de um conjunto mínimo de dados que possibilita a monitorização dos resultados. O enquadramento desta estrutura nos novos estatutos da ACSS, carece de publicação do respetivo diploma legal.

▪ **ERS - Entidade Reguladora da Saúde**

A Entidade Reguladora da Saúde tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no território do continente, entendendo-se como prestadores todos os estabelecimentos do setor público, privado e

⁴⁵ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴⁶ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴⁷ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

social, nomeadamente hospitais, clínicas, centro de saúde, laboratórios de análises clínicas, termas e consultórios. Não estão abrangidos pela ERS os profissionais de saúde, no que respeita à sua atividade sujeita à regulação da respetiva ordem ou associação profissional, e os estabelecimentos no âmbito da regulação do INFARMED.

Para o exercício da sua atividade a ERS desenvolveu três sistemas de informação, que importa referir:

- SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde que disponibiliza informação sobre os níveis de qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde⁴⁸;
- SRER - Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados onde se pretende conhecer o universo de prestadores de cuidados de saúde, de natureza privada, pública e social alvo da atuação da ERS. O registo é obrigatório para todos os prestadores de cuidados acima referidos (à exceção da medicina de trabalho e serviços de acesso restrito, por exemplo exclusivo dos trabalhadores de uma empresa) e é público através do website da entidade⁴⁹;
- SGREC - Sistema de Gestão de Reclamações para o tratamento das reclamações / exposições entradas na ERS⁵⁰.

▪ **ARS - Administrações Regionais de Saúde I.P.**

As Administrações Regionais de Saúde produzem dados de saúde, no cumprimento da sua missão de garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades, assim como cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

Além do SIARS e do SINUS, já referidos, destacam-se os sistemas de informação implementados pelas ARS para apoio aos programas de rastreios oncológicos (cancro da mama, cancro do colo do útero e cancro do cólon e reto). As ARS encontram-se em diferentes níveis de operacionalização destes programas de rastreio sistemático. Este facto reflete-se não só nos diferentes níveis de desenvolvimento dos sistemas de informação associados aos programas, mas também nalguma diversidade nas soluções encontradas:

⁴⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁴⁹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁵⁰ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

- Programa regional de rastreios oncológicos (SiiMA Rastreios): é um sistema de informação multirastreios assente numa plataforma web que funciona de forma integrada com acesso pelas unidades funcionais dos Cuidados de Saúde Primários, pelos laboratórios e pelas unidades hospitalares, permitindo ao Médico de Família gerir o seu trabalho de rastreio interagindo com o SAM e SONHO, entre outros. É contemplado todo o circuito funcional envolvido no registo e acompanhamento do utente em todas as fases do processo, desde o convite para o exame até ao tratamento. A aplicação possui um módulo estatístico, produzindo os indicadores principais do rastreio e possibilitando a exportação dos dados para o sistema de informação das ARS (SIARS). O sistema SiiMA Rastreios está a ser desenvolvido na ARS Centro para o rastreio do cancro do cólon e reto (adquiridos pelo Ministério da Saúde, pelo que é nacional) e é já usado em todas as ARS para o rastreio do cancro do colo do útero. É possível a sua extensão ao rastreio do cancro da mama, se integrado com o sistema de informação da Liga Portuguesa contra o Cancro. A recolha de informação é feita em contínuo, permitindo a elaboração de relatórios com a periodicidade definida; os dados podem ser recolhidos por ARS, ACES/ULS, por unidade de saúde ou até por ficheiro médico, prevendo-se a possibilidade de agregar todo o SNS⁵¹.

▪ **IPST - Instituto Português do Sangue e da Transplantação I.P.** ⁵²

O IPST tem por missão garantir e regular, a nível nacional, a atividade da medicina transfusional e da transplantação e garantir a dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de sangue humano, de componentes sanguíneos, de órgãos, tecidos e células de origem humana. Da informação que recolhe e trata, importa destacar:

- Base de Dados Nacional de Reservas de Sangue: base de dados que contém todos os elementos relativos ao sangue disponível no país. Permite conhecer em qualquer momento, a quantidade de sangue existente por grupo sanguíneo, instituição e a nível nacional bem como a pesquisa de grupos sanguíneos específicos. A recolha da informação é executada por transferência de informação dos Serviços de Sangue, Serviços de Medicina Transfusional e Centros Regionais de Sangue;
- ASIS: base de dados que permite a gestão de Serviços de Sangue, Serviços de

⁵¹ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁵² Entidade que resulta da fusão do Instituto Português do Sangue, I. P., e da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, conforme Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, artigo 23º, integrando as atribuições da ASST, com exceção das atribuições nos domínios da qualidade, segurança e autorização de unidades, serviços e processos e da definição e implementação de medidas de controlo periódico.

Medicina Transfusional e Centros Regionais de Sangue. A recolha da informação é feita on-line, na maioria dos casos, ou por transferência de dados.

- Sistema de informação único e integrado para a gestão da lista de espera de doentes candidatos a transplantação, seleção do par-recetor em transplantação, banco de tecidos e rastreabilidade

▪ **SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências⁵³**

O SICAD é um serviço central do Ministério da Saúde que tem por missão promover a redução do consumo de substâncias psicoativas, a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências. Entre as suas atribuições, compete-lhe desenvolver, promover e estimular a investigação e manter um sistema de informação sobre o fenómeno da droga e das toxicodependências; assegurar a recolha, tratamento e divulgação dos dados e informação dos serviços públicos e das entidades privadas com intervenção no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos e das dependências; e assegurar a representação internacional, no domínio das suas competências e atribuições específicas, bem como garantir o cumprimento das obrigações enquanto ponto focal nacional da Rede Europeia de Informação sobre Toxicodependência (REITOX) do Observatório Europeu das Drogas e Toxicodependência (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA), em coordenação com a Direção-Geral da Saúde. Como ponto focal nacional, é responsável pelo estabelecimento e gestão do sistema nacional de informação, tendo autoridade para pedir e analisar informações de outras fontes de informação governamentais.

Foi responsabilidade do extinto Instituto da Droga e Toxicodependência a elaboração do Relatório Anual sobre a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências, apresentado anualmente à Assembleia da República e ao Governo Português. Estão disponíveis relatórios dos anos 2003 a 2010. Estes relatórios pretendem fornecer elementos de apoio à decisão política e ao planeamento da intervenção. Representam também um referencial importante no acompanhamento regular da implementação das ações programadas no Plano de Ação contra as Drogas e as Toxicodependências, constituindo-se assim como um instrumento imprescindível para a avaliação das políticas nesta matéria.

⁵³ Entidade criada pelo Decreto-Lei n.º 124/2011 de 29 de Dezembro, artigo 23º, que sucede nas atribuições do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., com exceção das atribuições nos domínios do licenciamento, execução de programas de intervenção local, património e recursos humanos, que são integradas nas ARS e no domínio das atividades de fiscalização, que são integradas na Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

Nestas publicações são apresentadas estimativas de prevalência de consumos, obtidas através de estudos epidemiológicos nacionais, que têm sido realizados com regularidade desde 1989, nomeadamente estudos em meio escolar (onde se incluem o projeto INME – Inquérito Nacional em Meio Escolar e o projeto ECATD/ESPAD – Estudo sobre o Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas / European School Survey on Alcohol and other Drugs), estudos noutras populações específicas (meio prisional, consumidores problemáticos de drogas, menores sob tutela), assim como estudos na população geral. Os relatórios incluem também indicadores indiretos relacionados com o consumo, nomeadamente nas áreas de tratamento, doenças infecciosas e mortes.

No preâmbulo do Relatório Anual 2010, é realçado o consenso de todos os Serviços representados no Sistema de Informação Multidisciplinar⁵⁴ sobre a importância da recolha e disponibilização de informação harmonizada, proporcionando assim um retrato da situação do fenómeno em Portugal e da sua evolução cada vez mais pormenorizado, fiável e comparável nos contextos nacional e internacional. Ainda no âmbito da apresentação à Comissão Parlamentar de Saúde do Relatório Anual 2010 (comunicado de imprensa) foi referido que, no contexto do alargamento, consolidação e otimização do SIM, são de destacar em 2010, os trabalhos desenvolvidos a nível do indicador “mortes relacionadas com drogas e mortalidade entre os utilizadores de drogas”, que permitiram a disponibilização pela primeira vez em Portugal, de informação sobre os casos de overdose no contexto do INML, de acordo com os critérios do EMCDDA.

▪ **INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica IP**

O Instituto Nacional de Emergência Médica, I. P. tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), por forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e prestação de cuidados de saúde. Entre as suas atribuições consta: “Assegurar o atendimento, triagem e aconselhamento sempre que haja chamadas de emergência, acionando os meios apropriados para prestação de cuidados de emergência médica e coordenar o transporte para as unidades de saúde adequadas”.

É utilizado o número europeu de emergência 112, comum a várias situações, como por exemplo, roubo, incêndio, acidente de viação, etc., atendido em primeira linha por uma central de emergência da Polícia de Segurança Pública (PSP) que aciona os sistemas médico, policial e de incêndio, consoante a situação verificada. O 112 apenas canaliza para o INEM, as chamadas que à saúde digam respeito. Por outro lado, o INEM canaliza

⁵⁴ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

para o serviço de atendimento telefónico da “Saúde 24” as chamadas catalogadas como não emergentes, ou seja, chamadas cujo resultado de triagem não resulte no envio de meios de emergência.

A ação do INEM, que se traduz na prestação de socorros no local da ocorrência, no transporte assistido das vítimas para o hospital adequado e a articulação entre os vários intervenientes do SIEM, é suportada nos seguintes sistemas de informação:

- CMS (Software de gestão da central telefónica) - regista todo o fluxo de informação referente ao atendimento e todos os trâmites de regulação e despacho até ao envio dos meios mais adequados e disponíveis para o local. Permite, por um lado, ter informação detalhada do tipo de chamadas, nomeadamente a sua origem (112, Linha de saúde 24, passagem de dados etc. etc.) e, por outro, gerir os agentes nas suas diferentes tarefas: atendimento, regulação e despacho⁵⁵;
- SIADEM (Sistema Integrado de Atendimento e Despacho de Emergência Médica) - permite classificar a chamada e identificar a localização geográfica das chamadas (ao nível do nome da rua e do número de polícia), efetuadas e vindas do 112. Neste momento apenas as chamadas recebidas do CO112.pt (corresponde a 7 distritos) é que são transferidas com georreferenciação. Permite, ainda, automatizar o despacho, ou seja, fazer com que seja o meio mais adequado para a ocorrência e mais perto que se dirija para o local. O sistema (SIADEM) está em processo de alteração, prevendo-se a data de 15 de Fevereiro próximo para a introdução de melhorias no seu funcionamento e na qualidade da informação⁵⁶;
- Mobile Clinic - aplicação que tem como objetivo recolher a informação da atuação no terreno, protocolos efetuados, contactos via eletrónica efetuados com o Centro de Orientação de Doentes Urgentes - CODU, e finalmente o envio da situação para o Hospital de destino. No Mobile Clinico esta armazenada informação sobre os procedimentos clínicos e sobre os tempos em que os mesmos foram aplicados, assim como a informação dos tempos de chegada ao local e outros que se consegue recolher através do Navigator (aplicação de Geo-localização (TOMTOM), que fornece, em conjunto com o Mobile Clinic, informações sobre a deslocação das viaturas e status associados. Permite traçar rotas e conhecer os tempos reais de duração das várias “fases”, desde o acionamento até ao fecho da ocorrência)⁵⁷.

⁵⁵ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁵⁶ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

⁵⁷ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

Não existe a prática da divulgação e de envio a organismos internacionais deste vasto conjunto de informação, embora, recentemente (Dezembro de 2011) tenham sido publicados no website do Instituto indicadores relacionados com número de chamadas e tempos de atendimento. Referem-se a todas as chamadas chegadas ao CODU (inclui as designadas "não ocorrências" e as chamadas falsas) e o tempo registado até ao atendimento pelo operador INEM.

Está pois disponível informação relevante para cobrir a realidade pré hospitalar do país (continente), georreferenciada (passível de ser apurada ao nível da freguesia), em permanente atualização, onde podemos destacar:

- Recursos materiais e humanos disponíveis;
- Meios acionados;
- Tempos nas diferentes fases do procedimento;
- Principais causas da assistência a vítimas;
- Situações clínicas identificadas (não diagnóstico médico).

Importa ainda referir que na Região Autónoma da Madeira as atribuições da emergência pré hospitalar cabem ao Serviço de Emergência Médica Regional (SEMER), integrado no Serviço de Proteção Civil da Madeira (Serviço Regional de Proteção Civil, IP-RAM) - órgão tutelado pela Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. Este serviço produz informação estatística de forma autónoma.

Na região Autónoma dos Açores o serviço de emergência pré-hospitalar encontra-se em fase de implementação.

▪ **Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil E.P.E. Registos Oncológicos Regionais – ROR**

Os Registos Oncológicos Regionais⁵⁸ – RORENO (Norte), ROR Centro e ROR Sul, criados pela Portaria n.º 35/88, de 16 de Janeiro, e sediados respetivamente no Instituto Português de Oncologia do Porto, de Coimbra e de Lisboa são as instituições responsáveis pela recolha de dados sobre tumores malignos em Portugal, permitindo a caracterização e monitorização do cancro, a investigação epidemiológica e clínica e o planeamento de cuidados. Os dados provêm de diversas bases de dados, que contêm variáveis de identificação do cidadão, de caracterização do diagnóstico (base de dados: anatomia patológica), de caracterização do tratamento (base de dados: bloco operatório,

⁵⁸ Para um maior detalhe consultar ficha em anexo

prescrição eletrónica de fármacos, radioterapia) e de caracterização do estado do doente e do tumor ao longo do tempo (base de dados: Recenseamento Eleitoral e Registo Nacional de Utente). Este vasto conjunto de variáveis permite determinar a incidência, a sobrevivência e a mortalidade por tumores, na população portuguesa. Os registos de cancro de base populacional são portanto uma peça fundamental no sistema de vigilância.

O Registo Oncológico Regional dos Açores – RORA, gerido pelo Centro de Oncologia dos Açores - COA é um registo de base populacional autónomo de qualquer outro registo, tendo sido criado pela Portaria nº 36/93, de 15 de Julho, produz a sua própria informação. Este organismo assegura igualmente os rastreios na região.

O Registo Oncológico do Sul inclui também os casos detetados na Região Autónoma da Madeira. Os rastreios são assegurados pelo Serviço de Saúde da RAM, EPE (SESARAM) produzindo informação autónoma.

Para além do Ministério da Saúde, deve ser ainda realçada a informação recolhida e divulgada por outros ministérios e estruturas de importância relevante na área da saúde, como sejam:

▪ **Ministério da Solidariedade e Segurança Social – Gabinete de Estudos e Planeamento**

- Base de Dados de Acidentes de Trabalho: resulta da recolha, validação e tratamento dos dados constantes das participações remetidas às Companhias de Seguros na sequência de um acidente de trabalho. Esta operação estatística é realizada sob a égide do Anexo IV do Regulamento nº 1338/2008, de 16 de dezembro, e respetivas medidas de implementação estabelecidas no Regulamento nº 349/2011, de 11 de abril;
- Balanço Social: operação estatística baseada num procedimento administrativo que abrange as empresas que a 31 de Dezembro de cada ano, tenham ao seu serviço pelo menos cem pessoas, independentemente do seu vínculo contratual. Recolhe indicadores que permitam a caracterização da realidade social das empresas de todo o país e, especificamente, contabilizar o absentismo laboral por doença, trabalhadores com deficiência, acidentes de trabalho, doenças profissionais, atividade da medicina no trabalho, entre outros. A informação é recolhida através do modelo 1218 da Imprensa Nacional Casa da Moeda.

▪ **Ministério da Solidariedade e Segurança Social – CNPRP Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais**

Este serviço integra o Instituto da Segurança Social, disponibilizando regularmente Informação resultante dos procedimentos administrativos de confirmação de doenças profissionais com incapacidade, com base nos quais produz informação estatística sobre doenças profissionais, sua caracterização, doentes e sua caracterização, e identifica riscos associados. A informação com origem no sistema de informação do Centro Nacional de Proteção contra os Riscos Profissionais é enviada à DGS e ARS para atuação nas suas esferas de responsabilidades, embora a articulação institucional neste domínio seja recente.

▪ **Ministério da Justiça - INML Instituto Nacional de Medicina Legal**

O INML é um organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional. Entre as suas atribuições enunciamos a prestação de serviços em domínios que envolvem a aplicação de conhecimentos médico-legais. No âmbito da codificação das causas de morte, é fundamental a sua intervenção no sentido da clarificação de causas de morte desconhecidas ou mal definidas. Dispõe de bases de dados que congregam informação relativa a:

- Sistema LIMS - toxicologia forense e genética e biologia forense, cuja fonte dos dados são as requisições de exames toxicológicos ou genéticos solicitados e respetivos resultados;
- Sistema Med Leg - patologia forense e clínica forense, cuja fonte são as perícias efetuadas.

▪ **Ministério da Administração Interna - ANSR Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária**

A atualização permanente de uma base de dados sobre os acidentes de viação, permite conhecer a evolução e caracterizar a sinistralidade rodoviária registada em Portugal. A fonte dos dados utilizada é o Boletim Estatístico de Acidentes de Viação (BEAV), formulário que é preenchido pelas forças de segurança, quando tomam conhecimento de um acidente de viação. De entre o conjunto de elementos contemplados no referido questionário, destacam-se os seguintes:

- Identificação do acidente (data, localização, via ...);
- Circunstâncias em que ocorreu o acidente (características da via, sinalização, luminosidade, fatores atmosféricos ...);
- Natureza do acidente (despiste, colisão, atropelamento);
- Intervenientes no acidente (tipo de veículos, certificação, seguros ...);

- Condutores intervenientes (habilitações de condução, controle do nível de alcoolemia, consumo de drogas por rastreio, doença súbita, acessórios de segurança ...);
- Consequências do acidente, quanto ao grau de gravidade das lesões dos indivíduos envolvidos, por sexo e idade.

▪ **Liga Portuguesa contra o cancro**

Sistema de informação do rastreio do cancro da mama (SIRCM): este sistema foi desenvolvido e é gerido pela Liga Portuguesa contra o Cancro, que disponibiliza às ARS's a informação referente à monitorização. Consiste na gestão de uma base de dados de utentes elegíveis para participação no referido programa e registo de informação relativa à sua participação, desde o estado da participação até à caracterização e resultados dos exames radiológicos realizados. Os dados que alimentam o sistema, com a identificação de utentes, são providenciados pela ARS de cada área. A informação provém do sistema SINUS e é enviada através de ficheiros do tipo "CSV" via correio eletrónico. Esta aplicação é utilizada no programa de rastreio do cancro da mama em todas as Regiões de Saúde do Continente, exceto no Algarve.

▪ **Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa**

Desenvolve o Programa Aventura Social & Saúde, iniciado em 1987, no âmbito do que então se chamou Núcleo de Estudos do Comportamento Social em parceria com o Centro da Malária e Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

O projeto Aventura Social & Saúde está integrado em diversas redes Europeias: Health Behaviour in School-aged Children - HBSC/OMS; Kidscreen/ EU; Tempest/EU; RICHE/EU; DICE/EU; YSAV-EU) de investigação e monitorização, pretendendo ter impacto nas políticas de promoção e educação para a saúde. O objectivo é o conhecimento dos comportamentos ligados à saúde e respetivos contextos e o desenvolvimento de programas. O Health Behaviour in School-aged Children é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde que incide sobre comportamentos e estilos de vida dos adolescentes integrados no sistema educativo, com idade média de 11, 13 e 15 anos. Neste momento conta com 44 países, entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998. O primeiro estudo realizado em Portugal foi em 1998, seguindo-se o de 2002, 2006 e 2010.

Os países membros do HBSC têm de respeitar um protocolo de pesquisa internacional, sendo o questionário desenvolvido através de trabalho de colaboração entre os

investigadores dos diferentes países. Engloba questões demográficas (idade, género, estatuto socioeconómico); questões relativas aos hábitos alimentares, de higiene e sono; imagem do corpo; prática de atividade física, tempos livres e novas tecnologias; uso de substâncias nocivas; violência e ambiente familiar; relações de amizade e grupo de pares; escola e ambiente escolar, saúde e bem-estar; comportamentos sexuais; educação sexual; e conhecimentos, crenças e atitudes face ao VIH/SIDA.

▪ **ISP - Instituto de Seguros de Portugal**

Os relatórios anuais disponibilizados por esta instituição (Estatísticas de Seguros) incluem um conjunto de elementos complementares na área da informação em saúde: seguros de acidentes de trabalho e seguros de doença. Destacam-se os seguintes dados e indicadores:

- Acidentes de trabalho:
 - número de apólices;
 - número de sinistros;
 - prémios médios por apólice;
 - número de acidentes de trabalho por duração da incapacidade daí resultante (dias);
- Seguros de doença:
 - número de pessoas seguras (individual e de grupo);
 - número de apólices existentes (individual e de grupo);
 - número médio de pessoas seguras por apólice (individual e de grupo);
 - prémio médio por pessoa segura – euros (individual e de grupo);
 - montantes pagos por níveis de cobertura e de cuidados.

Num esforço de simplificação e clarificação da relevância dos sistemas listados no âmbito do presente trabalho, apresenta-se, desde já, um quadro onde se relacionam as potencialidades de cada fonte identificada com as solicitações de informação da lista de indicadores ECHI e do Regulamento Comunitário 1338/2008 de 16 de Dezembro.

Quadro 2.1. Contributo das operações estatísticas registadas no SEN para os indicadores ECHI e para os Anexos do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública

	Indicadores ECHI											Anexos do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública		
	Estado de saúde			Determinantes de saúde				Sistemas de saúde				Estado de saúde		
	Mortalidade	Morbilidade diagnosticada	Estado geral de saúde	Fatores individuais e biológicos	Comportamentos	Meio envolvente	Prevenção proteção e promoção	Recursos	Utilização	Despesas e financiamento	Desempenho	Anexo I Estado de saúde e determinantes de saúde	Anexo II Cuidados de saúde	Anexo III Causas de morte
Ficheiros de dados (descritos em ficha de caracterização)	Casos notificados de doenças de declaração	✓											✓	
	Morbilidade por tuberculose	✓											✓	
	Vacinações						✓✓✓						✓	
	Acidentes de trabalho e problemas relacionados com o trabalho (módulo IE)					✓						✓✓✓		
	ICOR - Inquérito às Condições de Vida e Rendimento	✓✓✓		✓							✓	✓✓✓		
	Inquérito aos Centros de Saúde							✓✓✓	✓✓✓				✓✓✓	
	Inquérito aos Hospitais							✓✓✓	✓✓✓				✓✓✓	
	Óbitos por causas de morte	✓✓✓									✓			✓✓✓
	Inquérito Nacional de Saúde			✓✓✓	✓	✓✓✓						✓✓✓		
	Morbilidade por VIH/SIDA (casos notificados/diagnosticados)		✓										✓	
	Inquérito aos Postos Médicos							✓	✓				✓	
Outras fontes de informação	Morbilidade por tuberculose	✓											✓	
	Conta Satélite da Saúde								✓✓✓				✓✓✓	
	Estatísticas das farmácias							✓	✓				✓	
	Estatísticas demográficas	✓✓✓			✓✓✓						✓			✓✓✓
	Estatísticas do pessoal de saúde							✓					✓	
	Estatísticas dos partos								✓				✓	

Quadro 2.2. Contributo potencial das fontes de dados administrativos para os indicadores ECHI e para o Anexo do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública (continua)

Sistemas de dados	Indicadores ECHI											Anexos do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública		
	Estado de saúde			Determinantes de saúde				Sistemas de saúde				Estado de saúde		
	Mortalidade	Morbilidade diagnosticada	Estado geral de saúde	Fatores individuais e biológicos	Comportamentos	Meio envolvente	Prevenção proteção e promoção	Recursos	Utilização	Despesas e financiamento	Desempenho	Anexo I Estado de saúde e determinante	Anexo II Cuidados de saúde	Anexo III Causas de morte
BAS										✓			✓	
BDEA										✓✓✓			✓✓✓	
BDGDH	✓	✓✓✓		✓					✓✓✓	✓		✓✓✓	✓✓✓	
CTH											✓✓✓		✓	
RHV								✓✓✓		✓			✓✓✓	
RNU									✓	✓			✓	
SAM		✓✓✓		✓					✓✓✓			✓✓✓	✓✓✓	
SAPE									✓				✓	
SICD/E														
SIDC										✓✓✓			✓✓✓	
SIGLIC											✓✓✓		✓	
SINUS							✓		✓✓✓	✓			✓✓✓	
SONHO							✓	✓	✓✓✓	✓			✓✓✓	
RNCCI								✓					✓	
E125										✓			✓	
SiIMA Rastreios							✓					✓		
RORA	✓	✓✓✓									✓	✓✓✓		
Linha Saúde 24		✓										✓		
SICO	✓✓✓										✓✓✓			✓✓✓
SINAVE (em desenvolvimento)														
SVIG-TB		✓										✓		
SGREC														
SINAS														
SRER								✓✓✓					✓✓✓	
CSM									✓					
MOBILE CLINIC		✓											✓	
SIAGEM		✓							✓				✓	
RAM														
MEDICAMENTOS - 1									✓	✓			✓	
MEDICAMENTOS - 2									✓	✓			✓	
MEDICAMENTOS									✓	✓			✓	
CHNM														
ICARO	✓					✓								✓
Programa Nacional de Diagnóstico		✓		✓			✓					✓	✓	
RORSUL	✓	✓✓✓									✓✓✓	✓✓✓		
RORCENTRO	✓	✓✓✓									✓	✓✓✓		
RORENO	✓	✓✓✓									✓✓✓	✓✓✓		
SIM	✓				✓✓✓				✓			✓		

Ficheiros de dados (descritos em ficha de caracterização)

Quadro 2.2. Contributo potencial das fontes de dados administrativos para os indicadores ECHI e para o Anexo do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública (continuação)

		Indicadores ECHI										Anexos do Regulamento sobre estatísticas da saúde pública			
		Estado de saúde			Determinantes de saúde				Sistemas de saúde				Estado de saúde		
Sistemas de dados	Mortalidade	Morbilidade diagnosticada	Estado geral de saúde	Fatores individuais e biológicos	Comportamentos	Meio envolvente	Prevenção proteção e promoção	Recursos	Utilização	Despesas e financiamento	Desempenho	Anexo I Estado de saúde e determinantes de saúde	Anexo II Cuidados de saúde	Anexo III Causas de morte	
Ficheiros de dados (descritos sem ficha de caracterização)	RNDCV		✓						✓			✓	✓		
	RNParamiloidose		✓									✓			
	BDNRSangue										✓		✓		
	ASISangue										✓		✓		
	TRANSPLANTES										✓	✓			
	BD_ACT		✓				✓✓✓					✓			
	BALANÇO SOCIAL							✓				✓			
	RISCOS PROFISSIONAIS		✓				✓					✓			
	LIMS	✓										✓			
	MEDLEG										✓			✓	
	BEAV					✓	✓					✓			
	AVENTURA SOCIAL E			✓		✓									
	ISP_ACT		✓				✓					✓	✓		
	ISP_SD										✓	✓	✓		
	GRIPE		✓												
RNAC		✓		✓	✓		✓				✓	✓			
SICA							✓	✓	✓✓✓	✓		✓✓✓			
SIRCM		✓										✓			

d. A difusão da informação

O INE, como referimos, enquanto autoridade estatística nacional, é responsável não só pela produção mas também pela difusão das estatísticas oficiais nacionais, incluindo as relativas à área da saúde. O canal privilegiado de difusão, das estatísticas oficiais é o Portal das Estatísticas Oficiais www.ine.pt. Através do portal, o INE oferece acesso universal, direto e gratuito a toda a informação. A informação estatística disponibilizada está acompanhada da respetiva meta informação, onde consta o conceito, nomenclatura, variável e seus requisitos e atributos, origem, fonte, método de recolha, período de referência, periodicidade, cobertura geográfica, entre outros. Para cada operação estatística o INE disponibiliza o documento metodológico em que assenta toda a operação, desde a conceção, desenvolvimento, recolha, validação, tratamento da informação e difusão estatística, com identificação dos principais indicadores de difusão, de qualidade e controle.

Os dados estatísticos do portal estão disponíveis através das opções Base de dados, Principais indicadores, Principais quadros e Estatísticas territoriais. Estão organizados por temas e subtemas e o resultado da pesquisa do utilizador pode ser exportado em quadros (xls ou csv) ou em gráficos (jpeg, png ou pdf).

Na área Publicações do portal encontram-se as publicações, organizadas por temas, editadas pelo INE desde 2000 (as anteriores podem ser consultadas na Biblioteca Digital do portal). Estão também disponíveis as publicações editadas pelo INE em parceria com outros organismos públicos, bem como as editadas por outras entidades participantes na produção estatística oficial. Para cada uma das publicações é apresentado um breve resumo e associado o ficheiro pdf correspondente à sua versão integral em papel, bem como os quadros em xls e csv, se aplicável.

A Biblioteca Digital possibilita, no Arquivo Digital, o acesso integral às publicações editadas pelo INE até ao ano 2000 (1864-2000) e no catálogo Bibliográfico, a identificação normalizada de todas as obras existentes no espólio bibliográfico do INE disponíveis para consulta.

Além da informação disponibilizada no portal, e para algumas operações estatísticas, o INE em parceria com o Ministério da Educação e Ciência disponibiliza ainda bases de dados individuais anonimizados para utilização exclusiva para fins científicos. A cedência destes dados está sujeita a medidas técnicas e organizativas especiais para assegurar a proteção de dados confidenciais e evitar qualquer risco de divulgação ilícita ou de utilização para outros fins aquando da divulgação dos resultados.

A difusão das estatísticas oficiais relativas à Região Autónoma dos Açores é da responsabilidade do Serviço Regional de Estatística dos Açores (informação disponibilizada em <http://estatistica.azores.gov.pt/>). A Política de Difusão do SREA estabelece os princípios fundamentais a que obedece a difusão das estatísticas oficiais, produzidas direta ou indiretamente sob sua responsabilidade, ou ainda como Delegação do INE.

Na Região Autónoma da Madeira a difusão é assegurada pela Direção Regional de Estatística (informação disponível em <http://estatistica.gov-madeira.pt/>). Esta Direção Regional está tutelada pela Secretaria Regional do Plano e Finanças, e funciona como órgão central de estatística relativamente às estatísticas com interesse específico para a Região Autónoma da Madeira e como uma delegação do INE, nas estatísticas de âmbito nacional.

Conforme já referido anteriormente neste relatório, a produção estatística sobre saúde envolve, para além do INE, da DREM e do SREA, um conjunto de instituições do Ministério da Saúde e outras, que são também responsáveis pela difusão de informação estatística na área da saúde. Neste sentido, devem ser destacadas, a nível central:

- **DGS - Direcção-Geral da Saúde** - responsável pela edição regular das publicações “Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do SNS”, “Morbilidade hospitalar”, “Risco de morrer em Portugal”, “Mortalidade infantil, perinatal e materna” e “Doenças de declaração obrigatória”. Toda a informação é disponibilizada regularmente no respetivo sítio eletrónico. As publicações estão organizadas por título e ordem cronológica, estando na maior parte dos casos disponíveis as séries completas, sendo a mais antiga referente a 1995. Para anos anteriores, nesta fase, apenas em centros de documentação do Ministério da Saúde, é possível aceder à informação, sendo de destacar a Biblioteca virtual Prof. Dr. Guilherme Jordão;
- **INSA - Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I. P.** - A intervenção no âmbito da vigilância e da observação em saúde resultam na produção de relatórios e boletins periódicos, além de produtos editoriais sob a forma de artigos e relatórios científicos. Recentemente, o INSA criou o seu repositório onde estão disponíveis todos os produtos editoriais resultantes da sua atividade de investigação, vigilância e observação em saúde.”
- **INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.-** A responsável pela publicação Estatística do Medicamento, relatório estatístico anual contendo informação sobre as atividades e, especialmente, sobre o mercado de medicamentos em Portugal. Esta publicação é editada desde 1993, sendo a última edição correspondente a 2009. As edições de 2003 em diante estão disponíveis no site do

INFARMED em formato pdf para download; as edições anteriores estão disponíveis para consulta no Centro de Documentação Técnico-Científica do INFARMED;

- **ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.** - disponibiliza no seu sítio eletrónico um elevado número de publicações com informação de atividade (por exemplo, Relatórios Anuais Nacionais de GDH ou Relatórios de Actividade Assistencial para os diversos níveis de cuidados) e de gestão (por exemplo, Contas Globais do SNS ou Base de Dados dos Elementos Analíticos, a qual está associada a uma ferramenta interativa para consulta, pesquisa e obtenção dos elementos analíticos das instituições hospitalares);
- **IPST- Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P.** – A Autoridade para os Serviços de Saúde e da Transplantação, atualmente integrada no IPST, publicava regularmente, desde 2002, relatórios estatísticos relativos às atividades de colheita e transplantação de órgãos e tecidos. Todas as publicações estão disponíveis no site da ASST, incluindo já a publicação com dados preliminares de 2011;
- **INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica I.P.** – Na página eletrónica do INEM estão disponíveis dados e gráficos para consulta, relativamente a indicadores nas seguintes áreas: Acionamento de meios / INEM, CODU, Consultas CIAV (Centro de Informação Antivenenos), Doentes transportados em helicópteros, Evolução dos meios do INEM e Cursos de formação. Os dados estão disponíveis para o período 2001-2011;
- **SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências** - publica anualmente, desde 2003, o relatório “A situação no país em matéria de drogas e toxicodependências”; publica ainda, com regularidade, desde 1989, os relatórios dos estudos epidemiológicos sobre droga em meio escolar (INME 2001 e 2006, ECATD 2003, ESPAD 1999 e 2003), em meio prisional (Estudos em meio prisional 1989, Drogas e prisões 2001 e 2007), em populações específicas (Menores sob tutela 1992, Consumidores problemáticos 2002 e 2007) e na população geral (2001 e 2007).

De mencionar, ainda a nível central, o (extinto) Alto Comissariado da Saúde que, no cumprimento da sua missão de monitorização, avaliação e divulgação da evolução dos indicadores do Plano Nacional de Saúde, criou o *microsite* “Indicadores e Metas do PNS” e a plataforma tecnológica “WebSIG – Mapas Interactivos”, esta última assente em sistemas de informação geográfica e possibilitando a pesquisa e apresentação da informação relativa a indicadores da saúde na forma de mapas, gráficos ou tabelas. Tendo sido inicialmente (2008) desenvolvida com o propósito de monitorizar o PNS 2004-2010, foi mais tarde (2010) alargada para apoio aos planos de desempenho dos Agrupamentos de Centros de Saúde, resultado de uma parceria com a ACSS. Com a extinção do Alto Comissariado da Saúde

aguardam-se desenvolvimentos próximos quanto à gestão destas plataformas de disponibilização de informação.

As Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os Agrupamentos de Centros de Saúde / Unidades Locais de Saúde (ACES e ULS), de acordo com os respetivos diplomas legais, são também organismos produtores de informação estatística de saúde. Elementos importantes da difusão desta informação são os Perfis de Saúde das Regiões (elaborados pelas ARS) e os Perfis Locais de Saúde (da responsabilidade dos ACES e ULS), ainda que não constituam o único meio de disseminação da informação produzida ou recolhida e analisada pelas ARS ou ACES e ULS. Estas publicações incluem os valores dos indicadores da saúde e dos seus determinantes para a população das respetivas áreas de influência, assim como os valores de referência (nacionais e internacionais), se disponíveis.

O portal da saúde contém links que permitem aceder às principais publicações estatísticas das várias instituições do Ministério da Saúde.

Diversos organismos internacionais contribuem também para a difusão das estatísticas de saúde de Portugal. Entre estes, destacam-se a Organização Mundial de Saúde (OMS), o EUROSTAT e a OCDE. A informação é disponibilizada em diferentes formatos (publicações, relatórios, aplicações interativas que permitem a construção de quadros, gráficos ou mapas personalizados), existindo bases de dados de natureza mais abrangente, tais como Health for All Database (OMS), OECD Health Data (OCDE) ou a base de dados com indicadores de Saúde Pública do EUROSTAT, mas também bases de dados e publicações sobre temas específicos tal como, por exemplo, European hospital morbidity database (OMS) ou Health statistics - Atlas on mortality in the European Union (EUROSTAT). Genericamente a informação disponibilizada pelos organismos internacionais é de âmbito nacional. Apenas o EUROSTAT apresenta informação para um nível sub-nacional (NUTS II), para alguns indicadores.

Para além dos meios de difusão de informação estatística na área da saúde acima identificados existem, ainda, outras iniciativas de entidades privadas que agregam informação oficial. São exemplo o PORDATA (www.pordata.pt), desenvolvido pela Fundação Francisco Manuel dos Santos e o SAUDADOS (www.saudados.pt) pela consultora JRS.

e. A informação enviada e a representação em organismos internacionais

Portugal está representado num conjunto de organizações internacionais com competências na área das estatísticas de saúde (quadro 2.1). De uma forma geral, as

representações nacionais no EUROSTAT são da responsabilidade do INE, havendo casos por acordo (informal) em que a representação é conjunta com a DGS ou com o INSA. Nos restantes grupos de trabalho tem sido a DGS unicamente a assegurar a representação. As representações exclusivas da DGS relacionam-se com a participação em estruturas da OCDE e da OMS. Esta é a situação, que pode ser entendida como a instituída e aceite pelas diferentes entidades. Registam-se porém casos excecionais, nomeadamente associados a pedidos não programados em que há conhecimento de alguma dificuldade de resposta coordenada – aspeto a desenvolver à frente.

Quadro 2.3. Representações nacionais em organismos internacionais

Organização internacional	Grupo de trabalho / missão	Natureza da representação	
		Entidade única	Representação conjunta
EUROSTAT	Grupo de Trabalho "Working Group on Public Health Statistics"	INE	
EUROSTAT/OCDE/OMS	Ponto focal para a "Conta Satélite da Saúde	INE	
EUROSTAT/OCDE/OMS	Ponto focal para a atualização anual do "Questionário sobre dados estatísticos não-financeiros sobre saúde	INE	
EUROSTAT	Grupo de Trabalho sobre causas de morte.		INE/DGS
EUROSTAT:	Grupo Técnico HIS – Health Interview Survey		INE/INSA
EUROSTAT	Grupo Técnico MORB (Morbilidade diagnosticada)	INE	
EUROSTAT	Grupo Técnico CARE	INE	
EUROSTAT	Projeto ECHIM	DGS	
EUROSTAT	Expert Group on Health Information - estrutura que sucedeu à "National Competent Authorities" (NCA)	DGS	
OCDE	Health Account Experts	INE	
OCDE	Health Committe	DGS	
OCDE	Health Data National Correspondents	DGS	

O fornecimento regular de dados estatísticos a entidades internacionais tem sido assegurado por vários serviços do Ministério da Saúde e pelo INE (Quadro 2.2). A compatibilidade dos dados enviados por diferentes entidades é neste domínio essencial. De forma a assegurar a comparabilidade dos dados a nível internacional, evitar a duplicação do envio dos mesmos para diferentes organizações e simultaneamente obstar ao envio de diferentes valores para o mesmo indicador, foi estabelecido um protocolo, envolvendo as três organizações (EUROSTAT, OMS e OCDE) para quem são remetidos dados regularmente.

Fundamentalmente, está definido, que os dados e indicadores são fornecidos apenas a uma das organizações, por uma única entidade nacional. A organização internacional recetora dos dados, fica com a incumbência de os fornecer às restantes. A nível nacional e unicamente para algumas áreas, foram identificados pontos focais para o efeito.

Quadro 2.4. Envio de informação a entidades internacionais

Entidade nacional - remetente	Organização internacional - destinatária	Tipo de dados enviados
INE	OMS	Apuramento de dados dos óbitos, para a OMS.
INE	EUROSTAT/OCDE/OMS	Dados relativos às despesas e financiamento da saúde – projeto SHA (System of Health Accounts) (a)
INE/DGS	EUROSTAT/OCDE/OMS	Questionário conjunto sobre estatísticas não-financeiras (b)
INE	EUROSTAT	Dados relativos aos óbitos por causa de morte conforme estabelecido pelo Regulamento nº 328/2011
DGS	OCDE	“OECD Health Data”
DGS	OMS	Dados sobre vacinação (inoculações e taxas de cobertura)
DGS	ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)	Dados sobre doenças transmissíveis (incluindo tuberculose e gripe). Os dados são remetidos semanalmente
DGS	OMS	Questionário “Health for All”
DGS	EC- Health & Consumers DG – Health EU Portal	Atualização periódica de um questionário relativo a <i>sites</i> nacionais com conteúdos específicos nas áreas: saúde pessoal; estilos de vida; ambiente; problemas de saúde, como cuidar de mim e saúde na EU
DGS	OMS	Questionário “European Hospital Morbidity Database”
ROR (Norte, Centro e Sul)	IARC (International Agency for Research on Cancer) / EUROCARE (European Cancer Registry-based Study on Survival and Care of Cancer Patients) / CHILDHOOD CANCER	Dados sobre incidência do cancro e taxas de sobrevivência
INSA	European Food Safety Agency (EFSA)	Dados nacionais de ocorrência dos contaminantes químicos nos alimentos
INFARMED	ONU	Relatórios sobre o consumo de estupefacientes e psicotrópicos
INFARMED	ESAC – European Surveillance of Antimicrobial Consumption	Envio anual de dados sobre utilização de medicamentos anti-microbianos e antivíricos.

INFARMED	Conselho da Europa – European Directorate for the Quality of Medicines	Fornecimento anual de dados referentes ao número de amostras em não em conformidade de hemoderivados, emitidos em Portugal, importados, libertados por outros OMCL (official medicines control laboratories) e de lotes de vacinas importadas por outros OMCL
IPST	Newsletter Transplant, IRODAT and EURO CET	Dados gerais da atividade de colheita e transplantação
SICAD	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)	Indicadores definidos pela Rede de Informação Europeia sobre Drogas e Toxicod dependências (REITOX), para sustentar o relatório anual sobre as tendências e evolução da situação da droga na Europa; outros pedidos ad hoc dos decisores políticos e parceiros-chave do EMCDDA

(a) Esta informação é obtida a partir da Conta Satélite da Saúde elaborada pelo INE, de acordo com o SHA (System of Health Accounts). Este projeto foi desenvolvido pela OCDE e posteriormente assimilado pelo EUROSTAT e pela OMS. O INE é o ponto focal.

(b) Engloba fundamentalmente dados das áreas dos recursos humanos da saúde (exercício e formação) e equipamentos de saúde. Os pontos focais para este questionário são o INE e a DGS.

É ainda de fazer referência aos inquéritos oriundos do EUROSTAT, e respondidos pelo INE, os quais, não sendo específicos da saúde, contemplam em alguns casos, módulos que dizem respeito à saúde (ex. Módulo sobre “Acidentes de trabalho e problemas de saúde relacionados com o trabalho” - Inquérito ao Emprego), ou outros da iniciativa da Comissão Europeia como é o caso do Eurobarómetro.

No âmbito do Comité de Saúde da OCDE, alguns projetos têm implicado recolhas e tratamentos específicos dos dados, os quais não são recolhidos regularmente. Destaca-se um projeto na área dos indicadores de qualidade em saúde, onde são solicitados nomeadamente: taxas de rastreio de determinado tipo de cancros; taxas de sobrevivência de determinados tipos de cancros aos cinco anos; taxas de mortalidade em hospitais nos trinta dias subsequentes a um AVC (isquémico e hemorrágico); % de fraturas ao fémur operadas nas 48 horas, etc.. Estes projetos, habitualmente, têm uma duração definida, podendo o respetivo relatório final, entre as conclusões, incluir a proposta de envio regular de novos dados e indicadores, através dos circuitos já estabelecidos. Dado o seu carácter pontual não foram alvo de análise.

3. OS UTILIZADORES DA INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

O presente capítulo tem por base as análises realizadas pelo GTES sobre os resultados conseguidos onde assumem especial relevo os resultados conseguidos através do inquérito lançado junto de um conjunto de utilizadores de informação estatística de saúde entre março e maio de 2011.

O “Inquérito sobre as necessidades dos utilizadores” realizado pelo Grupo de Trabalho visou responder ao mandato do GTES no que respeita ao diagnóstico das necessidades de informação nacionais. O inquérito foi dirigido a um conjunto de 210 entidades que abrangem, ao nível do país, necessariamente de forma não exaustiva, os diferentes tipos de utilizadores institucionais de estatísticas da saúde, com interesse direto ou indireto em matéria sanitária, do sector público e do sector privado, com atuação ao nível nacional ou ao nível regional/local, nomeadamente:

- Ministério da Saúde (excluindo programas verticais)
- Coordenadores dos programas verticais do Ministério da Saúde
- Hospitais oficiais públicos
- Hospitais oficiais não públicos
- Hospitais privados
- Agrupamentos de centros de saúde (ACES).
- Ordens ou associações profissionais
- Sociedades e associações científicas
- Entidades académicas
- Fundações
- Outros ministérios
- Outras entidades

A estas entidades foi solicitada a apreciação de 180 indicadores de acordo com a relevância, a utilização e a satisfação, e a apresentação de propostas de novos indicadores considerados relevantes.

A lista de indicadores foi construída com base na versão de Julho de 2008 da lista reduzida estruturada de indicadores ECHI⁵⁹, resultante do trabalho desenvolvido pelo ECHIM Core Group, (Programa de Saúde Pública da Comissão Europeia para 2003-2008), com vista ao estabelecimento de um conjunto conceptualizado, harmonizado e comparável de indicadores de monitorização de saúde pública.

⁵⁹ ECHI shortlist, desenvolvida pelo grupo ECHIM (European Community Health Indicators Monitoring)

A lista de indicadores utilizada no inquérito está disponível em Anexo. Cada um dos indicadores foi avaliado de acordo com a relevância (Não é relevante; Relevante; Muito relevante; Absolutamente necessário), com a utilização (Não utiliza; Utiliza pouco; Utiliza com alguma frequência; Utiliza muito) e com a satisfação (Não satisfaz; Satisfaz parcialmente; Satisfaz totalmente).

No questionário era ainda possível apresentar comentários sobre cada um dos indicadores, bem como propostas de novos indicadores e eventuais comentários associados.

Foram recebidas respostas de 88 entidades, a que correspondem 15408 notas ou avaliações de indicadores, das quais 14962 relativas a indicadores pré-definidos e 446 a indicadores novos.

a. A valoração da informação existente

Neste capítulo é apresentada a análise dos resultados sobre a utilização e satisfação dos utilizadores.

Na apresentação e análise dos resultados optou-se por utilizar como estrutura o segundo nível da lista de indicadores utilizados no inquérito, que corresponde aos seguintes 11 grupos:

- Estado de saúde – Mortalidade
- Estado de saúde – Morbilidade diagnosticada
- Estado de Saúde – Estado geral de saúde
- Determinantes de saúde – Fatores individuais e biológicos
- Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde
- Determinantes de saúde – Meio envolvente
- Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção da saúde
- Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde
- Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde
- Sistema de saúde – Despesas da saúde e financiamento
- Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde

Para cada um dos 11 grupos de indicadores, seguiu-se o seguinte padrão de análise:

Níveis de utilização: Para cada indicador foi calculada a distribuição das “notas relativas a utilização” em relação ao total de “notas relativas a relevância” excluindo-se as avaliações de “Não é relevante”⁶⁰.

⁶⁰ Calculou-se a distribuição global do item Utilização para cada opção do item Relevância, observando-se uma forte associação percentual, 95%, entre as notas correspondentes a “Não é relevante” e as notas correspondentes a

Níveis de satisfação: Para cada indicador foi calculada a distribuição das “notas relativas a satisfação” em relação ao total de “notas relativas a relevância” excluindo-se as avaliações de “Não é relevante”⁶¹.

Em complemento, foi estabelecida uma hierarquia baseada em índices de avaliação para os dois itens que permitem ordenar os indicadores de acordo com a média ponderada das avaliações recebidas e possibilitam evidenciar os que se enquadram nos primeiros 5 indicadores (TOP5) ou nos primeiros 25 indicadores (TOP25).

Como conclusões gerais da análise dos resultados do inquérito relativos a utilização e satisfação podemos salientar:

- Os indicadores associados a mortalidade são os que revelaram os rankings mais elevados de utilização e de satisfação, com dois indicadores TOP5 e 11 indicadores TOP25 no que respeita a utilização, e quatro indicadores TOP5 e 13 indicadores TOP25 relativamente a satisfação total, provavelmente associado ao facto de constituírem os indicadores mais antigos e consolidados em matéria de notificação e registo obrigatório de eventos relacionados com a área da saúde em Portugal.
- O grupo de indicadores relativos a utilização dos cuidados de saúde revelou também um ranking elevado de utilização, com seis indicadores TOP25 (“Dias de internamento”, “Tempo médio de internamento”, “Nº de altas”, “Nº consultas de medicina geral e familiar”, “Nº consultas com médicos especialistas”, “Consumo de medicamentos”).
- As proporções de não utilização registaram para alguns indicadores níveis significativos, com proporções entre 32%⁶² e 47%⁶³ para a quase totalidade dos indicadores relativos a nutrição e outros comportamentos relacionados com a saúde (pertencentes ao grupo comportamentos na saúde), para os indicadores relativos a cirurgias e outros procedimentos (pertencentes ao grupo utilização dos cuidados de saúde), e para a generalidade dos indicadores relativos a meio envolvente e a desempenho dos cuidados de saúde.
- Os indicadores classificados em meio envolvente são os que revelaram os rankings de utilização mais fracos, com quatro indicadores LOW5.

“Não utiliza”. Em consequência, optou-se por excluir da análise do Nível de utilização as notas relativas a “Não é relevante”.

⁶¹ A análise da distribuição global entre Satisfação e Utilização não evidencia associações superiores a 95%, observando-se apenas como seria de esperar uma associação entre graus crescentes de utilização e satisfação.

⁶² 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

⁶³ Valor máximo da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

- As proporções de não satisfação revelaram um máximo de 16% e raramente são superiores a 10%, evidenciando-se pela negativa o grupo de indicadores associados a outros comportamentos relacionados com a saúde.
- Relativamente à satisfação, os indicadores LOW5 correspondiam a “Atividade física”, “Comportamento em meios de transporte”, “Exposição a pressão psicológica no local de trabalho”, “Proporção de indivíduos que necessitaram de uma consulta com um médico especialista e não a puderam realizar por razões económicas, de tempo de espera ou distância”, e “Autópsias realizadas”.

Indicadores associados a mortalidade – utilização e satisfação

Quadro 3.1. Mortalidade – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)				
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking	
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11	
Esperança de vida e indicadores relacionados											
1 Óbitos por sexo e grupo etário quinzenal	4%	30%	33%	33%	66%	3,0	+	0%	45%	55%	2,5
2 Esperança de vida à nascença	11%	19%	33%	38%	71%	3,0	+	1%	32%	67%	2,7
3 Esperança de vida aos 65 anos	12%	21%	37%	30%	67%	2,9	+	1%	39%	60%	2,6
4 Esperança de vida em saúde (healthy life years)	20%	24%	37%	19%	56%	2,5		4%	46%	50%	2,5
5 Tábuas de mortalidade completas (H, M, HM)	8%	29%	36%	27%	63%	2,8	+	0%	36%	64%	2,6
Mortalidade geral											
1 Taxa bruta de mortalidade	4%	21%	39%	37%	76%	3,1	*	0%	35%	65%	2,6
2 Taxa de mortalidade padronizada	13%	18%	36%	34%	70%	2,9	+	0%	35%	65%	2,7
3 Mortalidade infantil	8%	14%	38%	41%	78%	3,1	*	1%	24%	75%	2,7
4 Mortalidade neonatal	14%	17%	40%	29%	69%	2,8	+	1%	23%	76%	2,7
5 Mortalidade neonatal precoce	18%	28%	29%	25%	54%	2,6		3%	33%	64%	2,6
6 Mortalidade pós-neonatal	14%	30%	34%	22%	56%	2,6		1%	35%	64%	2,6
7 Mortalidade fetal tardia	27%	29%	25%	19%	44%	2,4		1%	40%	59%	2,6
8 Mortalidade perinatal	21%	26%	26%	27%	53%	2,6		1%	31%	68%	2,7
9 Risco de morrer até aos 5 anos	19%	27%	33%	21%	55%	2,6		0%	41%	59%	2,6
Mortalidade por causas específicas											
1 Número de óbitos	6%	21%	32%	40%	73%	3,1	+	4%	37%	59%	2,5
2 Taxas brutas de mortalidade	4%	25%	37%	34%	71%	3,0	+	0%	40%	60%	2,6
3 Taxas de mortalidade padronizadas	11%	16%	39%	34%	73%	3,0	+	0%	43%	57%	2,5
4 Anos potenciais de vida perdidos	15%	28%	22%	35%	56%	2,8		4%	40%	56%	2,5
5 Taxas de anos potenciais de vida perdidos	17%	26%	30%	27%	57%	2,7		3%	41%	57%	2,5
6 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga	32%	34%	20%	14%	34%	2,2		4%	50%	46%	2,4
7 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de tabaco	22%	27%	38%	14%	52%	2,4		0%	47%	53%	2,5
8 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de álcool	16%	27%	41%	16%	57%	2,6		0%	46%	54%	2,5
9 Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor	32%	39%	20%	8%	28%	2,0		1%	56%	43%	2,4

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Os indicadores associados a mortalidade são os que revelaram os rankings mais elevados de utilização e de satisfação, com dois indicadores TOP5 e 11 indicadores TOP25 no que respeita a utilização, e quatro indicadores TOP5 e 13 indicadores TOP25 relativamente a satisfação total, provavelmente associado ao facto de constituírem os indicadores mais antigos e consolidados.

Este grupo de indicadores inclui o indicador que registou a maior proporção de avaliações “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”, 78% em “Mortalidade infantil”, e o

indicador que regista a maior proporção de avaliações “Satisfaz totalmente”, 76% em “Mortalidade neonatal”.

As proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” são superiores a 40%⁶⁴, à exceção das obtidas para os indicadores “Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga” (34%) e “Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor” (28%).

Os indicadores “Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga” e “Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor” registaram proporções de não utilização próximas de 32%⁶⁵.

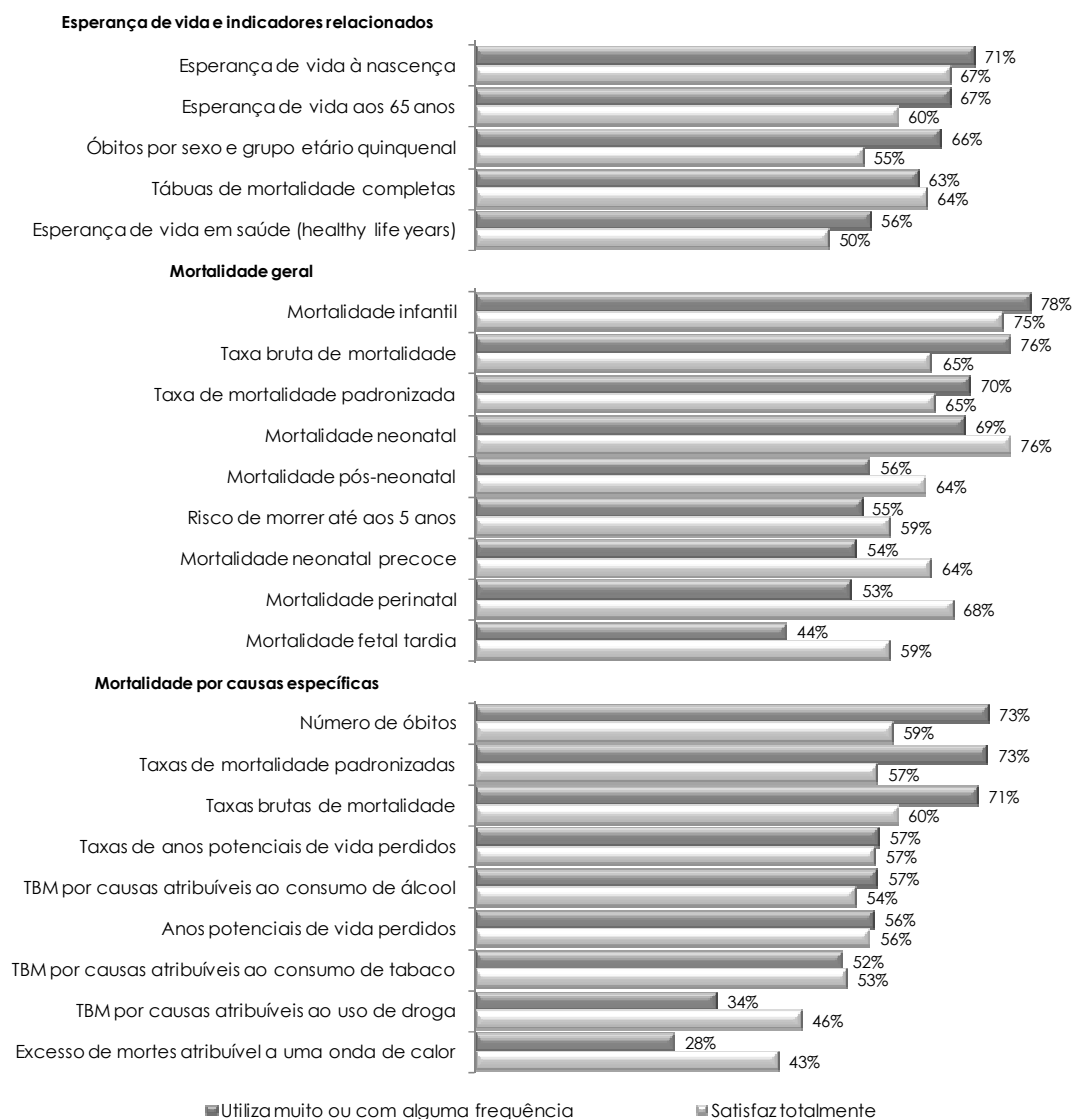
A “Satisfação total” para os indicadores que integram este grupo foi, em geral, referida por 53%⁶⁶ ou mais avaliadores. Com proporções inferiores à mediana observaram-se os indicadores: “Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor” (43%), “Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga” (46%), e “Esperança de vida em saúde” (50%).

⁶⁴ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁶⁵ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

⁶⁶ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

Figura 3.1. Indicadores associados à mortalidade - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a morbilidade diagnosticada – utilização e satisfação**Quadro 3.2. Morbilidade diagnosticada – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)			
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Incidência anual										
1 Doenças de declaração obrigatória	19%	16%	34%	30%	65%	2,8	5%	35%	60%	2,5
2 Indivíduos infetados por VIH	19%	26%	32%	23%	56%	2,6	3%	43%	55%	2,5
3 Casos de SIDA	20%	28%	30%	22%	52%	2,5	4%	42%	54%	2,5
4 Tumores malignos	19%	17%	38%	26%	64%	2,7	4%	40%	56%	2,5
5 Todos os tumores (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)	19%	27%	28%	26%	54%	2,6	5%	41%	54%	2,5
6 Tumores malignos da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	22%	23%	37%	19%	56%	2,5	4%	38%	58%	2,5
7 Tumores malignos da mama	17%	16%	38%	28%	67%	2,8	4%	36%	60%	2,6 +
8 Tumores malignos do cólon e do reto	18%	21%	35%	26%	61%	2,7	4%	36%	60%	2,6 +
9 Tumores malignos da próstata	19%	27%	30%	24%	54%	2,6	4%	41%	56%	2,5
10 Tumores malignos do estômago	19%	26%	34%	21%	55%	2,6	4%	39%	58%	2,5
11 Melanoma maligno da pele	20%	29%	30%	20%	51%	2,5	4%	41%	56%	2,5
12 Tumores malignos do colo do útero	19%	21%	26%	34%	60%	2,8	4%	35%	61%	2,6 +
13 Leucemias e linfomas	22%	27%	29%	23%	52%	2,5	4%	42%	54%	2,5
14 Tumores malignos até aos 14 anos de idade	29%	26%	27%	18%	45%	2,3	5%	40%	55%	2,5
15 Indivíduos com diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	17%	15%	37%	31%	68%	2,8 +	8%	31%	62%	2,5
16 Indivíduos com depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	23%	25%	34%	18%	52%	2,5	9%	40%	51%	2,4
17 Enfartes agudos do miocárdio e mortes por doença coronária	19%	14%	43%	24%	67%	2,7	6%	34%	59%	2,5
18 Acidentes vasculares cerebrais (fatais e não fatais)	17%	17%	35%	31%	65%	2,8 +	6%	33%	60%	2,5
19 Indivíduos com asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	25%	30%	27%	18%	45%	2,4	9%	40%	51%	2,4
20 Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	22%	26%	34%	18%	52%	2,5	8%	40%	52%	2,4
21 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer	25%	35%	24%	16%	40%	2,3	9%	40%	51%	2,4
22 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários (Morbilidade diagnosticada)	27%	30%	27%	16%	43%	2,3	6%	47%	47%	2,4
23 Lesões provocadas por acidentes no local de trabalho	23%	28%	30%	20%	50%	2,5	8%	36%	56%	2,5
24 Lesões autoprovocadas intencionalmente	36%	27%	23%	14%	36%	2,1	9%	47%	43%	2,3

Notas: ● (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Neste grupo de indicadores, as proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” eram em geral superiores a 40%⁶⁷, excetuando-se todavia o indicador “Lesões auto provocadas intencionalmente” (com 36%), que regista cumulativamente uma proporção de não utilização, também 36%, superior ao 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza” (32%).

Os indicadores “Acidentes vasculares cerebrais (fatais e não fatais)” e “Indivíduos com diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano” registaram rankings TOP25 no item Utilização.

A “Satisfação total” para os indicadores que integram este grupo foi, em geral, referida por 53%⁶⁸ ou mais avaliadores. Com proporções inferiores à mediana observaram-se os indicadores: “Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez

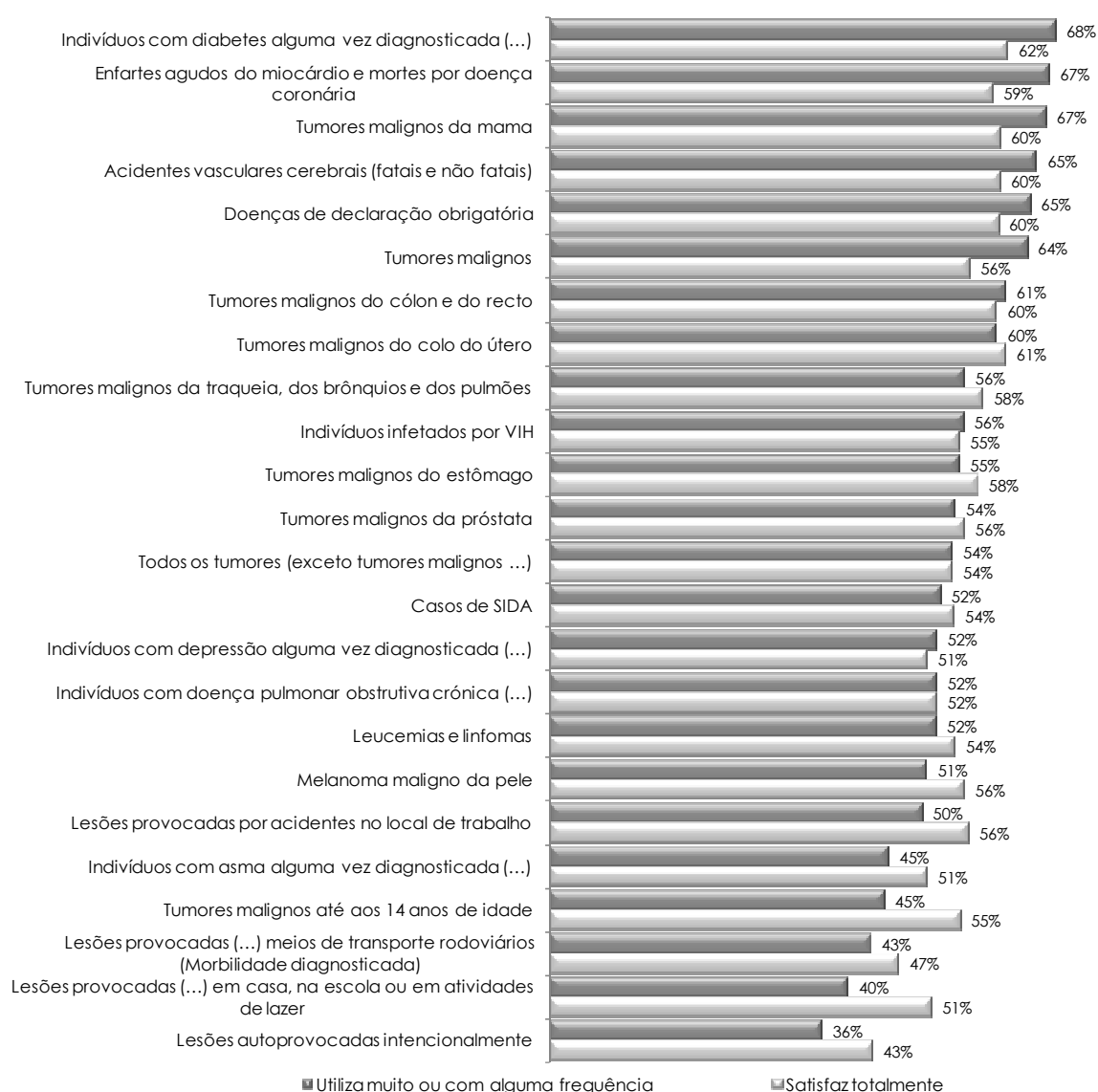
⁶⁷ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁶⁸ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

diagnosticada e com ocorrência no ano", com 52%, "Indivíduos com depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano", "Indivíduos com asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano", e "Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer", com 51%, "Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários (Morbilidade diagnosticada)", com 47%, e "Lesões auto provocadas intencionalmente" (com 43%).

Os indicadores "Tumores malignos do colo do útero", "Tumores malignos do cólon e do recto", e "Tumores malignos da mama" registaram rankings TOP25 no item Satisfação.

Figura 3.2. Indicadores associados à morbilidade diagnosticada - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a estado geral de saúde – utilização e satisfação**Quadro 3.3. Estado geral de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)					Avaliação da satisfação (%)				
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Inquérito de saúde por entrevista										
1 Autoavaliação do estado de saúde	21%	25%	28%	26%	54%	2,6	1%	45%	54%	2,5
2 Doenças crónicas ou problemas de saúde	18%	19%	35%	28%	63%	2,7	0%	51%	49%	2,5
3 Obesidade	15%	15%	35%	35%	69%	2,9	4%	36%	60%	2,5
4 Diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	21%	17%	38%	25%	62%	2,7	3%	42%	55%	2,5
5 Depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	23%	25%	32%	19%	52%	2,5	4%	50%	46%	2,4
6 Asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	25%	26%	33%	16%	49%	2,4	3%	48%	49%	2,4
7 Doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	21%	28%	36%	16%	51%	2,5	1%	52%	47%	2,4
8 Limitações funcionais físicas e sensoriais	25%	25%	31%	19%	49%	2,4	1%	50%	49%	2,4
9 Limitações prolongadas na execução de atividades habituais	29%	27%	25%	19%	44%	2,4	4%	50%	46%	2,4
10 Indicador sintético de incapacidade física	29%	31%	25%	15%	40%	2,3	1%	54%	45%	2,4
11 Incapacidade temporária para o trabalho	22%	26%	33%	19%	53%	2,5	5%	47%	48%	2,4
12 Indivíduos com sofrimento psicológico provável	29%	35%	23%	13%	36%	2,2	6%	53%	41%	2,3
13 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer	33%	25%	27%	15%	41%	2,2	4%	51%	45%	2,4
14 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários	32%	29%	22%	17%	39%	2,3	3%	57%	40%	2,3
15 Dor músculo-esquelética	32%	34%	23%	11%	34%	2,1	6%	56%	39%	2,3

Notas: ● (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

No grupo de indicadores associados ao estado geral de saúde, observaram-se três indicadores com proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” inferiores a 40%⁶⁹, em particular: 39% para “Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários”, 36% para “Indivíduos com sofrimento psicológico provável” e 34% para “Dor músculo-esquelética”.

Os indicadores “Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer”, “Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários” e “Dor músculo-esquelética” registaram proporções de não utilização superiores ou próximas de 32%⁷⁰.

O indicador “Obesidade” registou um ranking TOP25 no item Utilização.

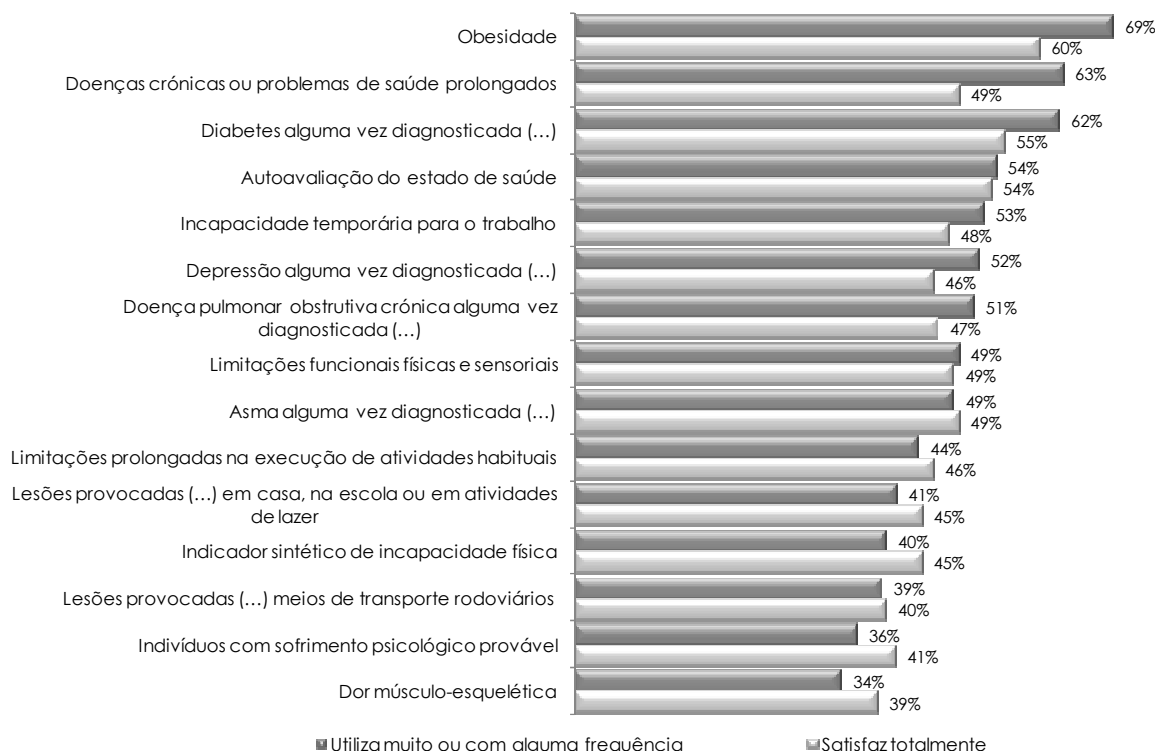
A “Satisfação total” para os indicadores que integram este grupo foi, em geral, referida por menos de 53%⁷¹ dos avaliadores, com proporções que variam entre 39% e 49% para 12 indicadores num total de 15.

⁶⁹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁷⁰ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

⁷¹ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

Figura 3.3. Indicadores associados ao estado geral de saúde - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a fatores individuais e biológicos – utilização e satisfação

Quadro 3.4. Fatores individuais e biológicos – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)				
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking	
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11	
Fatores à nascença											
1 Nº nados vivos com baixo peso à nascença	20%	24%	29%	28%	57%	2,6	4%	33%	63%	2,6	+
2 Nº nascimentos pré-termo	20%	21%	33%	25%	59%	2,6	3%	31%	66%	2,6	+
Condição física											
1 Índice de Massa Corporal	18%	13%	34%	35%	69%	2,9	+	4%	34%	62%	2,5
2 % de indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	20%	14%	39%	27%	66%	2,7	4%	42%	53%	2,5	
3 % de indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano	25%	11%	40%	24%	64%	2,6	7%	38%	55%	2,4	

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

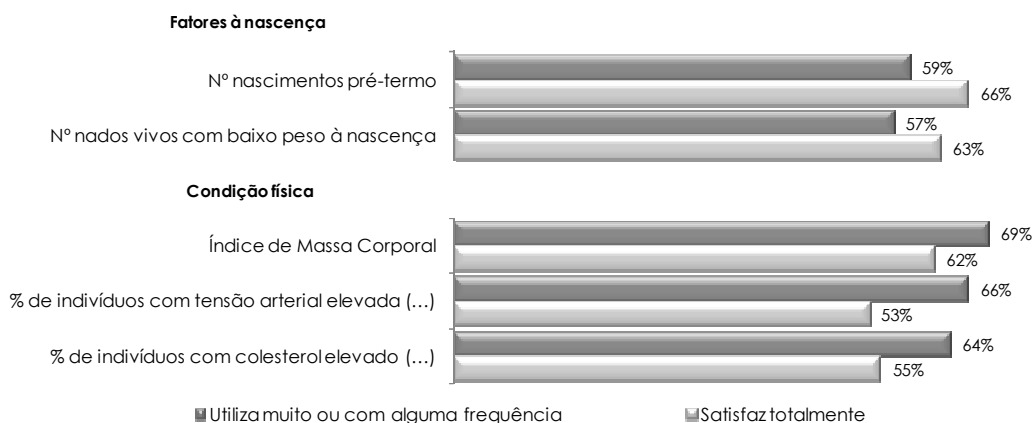
Neste grupo de indicadores, as proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” eram superiores a 40%⁷² para todos os indicadores,

⁷² 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

evidenciando-se o indicador “Índice de Massa Corporal” com um ranking TOP25 no item Utilização.

Em todos os indicadores do grupo, observaram-se proporções de notas correspondentes a “Satisfação total” de, pelo menos, 53%⁷³. Os indicadores “Nº nados vivos com baixo peso à nascença” e “Nº nascimentos pré-termo” integram o ranking de satisfação TOP25.

Figura 3.4. Indicadores associados a fatores individuais e biológicos - avaliação da utilização e da satisfação



⁷³ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

Indicadores associados a comportamentos de saúde – utilização e satisfação**Quadro 3.5. Comportamentos de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)			
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Consumo de tabaco, álcool e drogas										
1 % de indivíduos que referiram fumar diariamente	20%	25%	38%	16%	54%	2,5	6%	41%	53%	2,4
2 % de mulheres grávidas que referiram fumar - % indivíduos que referiram ter deixado de fumar	22%	38%	21%	19%	40%	2,4	6%	40%	53%	2,4
3 Quantidade de tabaco consumida	21%	37%	25%	16%	41%	2,4	4%	49%	47%	2,4
4 % da população que referiu não consumir bebidas alcoólicas	25%	35%	27%	13%	40%	2,3	5%	49%	45%	2,4
5 Consumo total de álcool estimado	21%	31%	32%	16%	48%	2,4	8%	51%	41%	2,3
6 % de indivíduos que referiram usar substâncias psicoativas ilícitas	29%	31%	29%	11%	40%	2,2	5%	52%	43%	2,4
7 nº acidentes de viação atribuíveis ao consumo de álcool	29%	34%	21%	17%	38%	2,3	8%	49%	43%	2,4
Nutrição										
1 Consumo de pão/cereais	32%	37%	19%	12%	31%	2,1	9%	48%	43%	2,3
2 Consumo de fruta (excluindo sumos)	32%	33%	19%	15%	35%	2,2	6%	45%	48%	2,4
3 Consumo de vegetais (excluindo sumos e batatas)	30%	35%	20%	14%	34%	2,2	9%	42%	49%	2,4
4 Consumo de peixe	32%	36%	19%	14%	32%	2,1	10%	41%	49%	2,4
Outros comportamentos relacionados com a saúde										
1 Amamentação	35%	28%	20%	16%	37%	2,2	10%	37%	53%	2,4
2 Uso de contraceptivos	38%	25%	25%	13%	38%	2,1	9%	41%	50%	2,4
3 Escovagem dos dentes	41%	32%	16%	11%	27%	2,0	11%	38%	51%	2,4
4 Atividade física	31%	29%	25%	16%	40%	2,2	14%	41%	45%	2,3
5 Comportamento sexual	42%	28%	15%	15%	31%	2,0	14%	39%	46%	2,3
6 Comportamento em meios de transporte (cinto segurança, capacete, etc.)	43%	28%	16%	12%	28%	2,0	16%	38%	45%	2,3

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

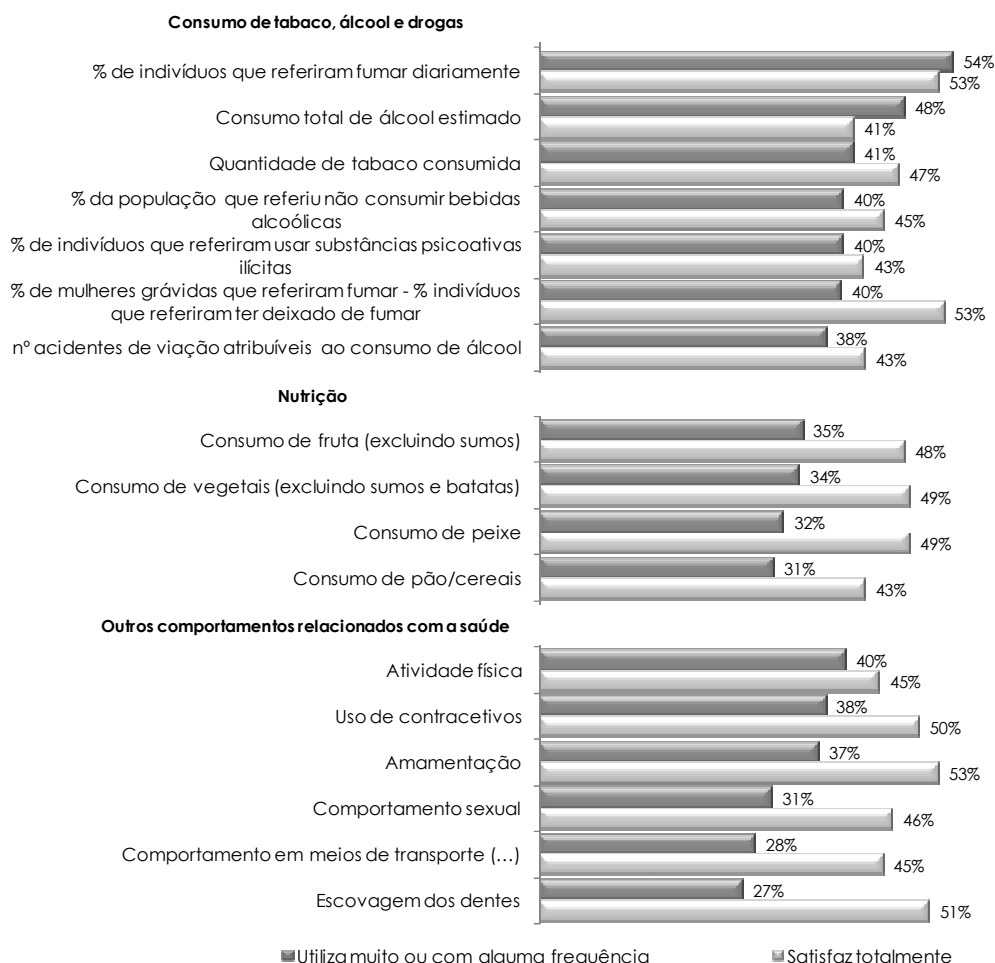
As avaliações recolhidas revelaram uma utilização reduzida dos resultados associados a comportamentos de saúde, com mais de metade dos indicadores a registarem proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” inferiores a 40%⁷⁴, nomeadamente para “Nº acidentes de viação atribuíveis ao consumo de álcool” e para a quase totalidade dos indicadores relativos a nutrição e a outros comportamentos relacionados com a saúde. Também ao nível das avaliações “Não utiliza” se verificaram proporções superiores ou próximas de 32%⁷⁵ para a generalidade dos indicadores relativos a nutrição e a outros comportamentos relacionados com a saúde. O indicador “Escovagem dos dentes” integrava o grupo de indicadores com ranking de utilização LOW5.

Relativamente às avaliações correspondentes a “Satisfaz totalmente”, os indicadores deste grupo caracterizaram-se por serem iguais ou inferiores ao valor mediano da distribuição, 53%. É também o grupo de indicadores em que se observaram as proporções mais elevadas de não satisfação, em particular nos indicadores relativos a outros comportamentos relacionados com a saúde. Os indicadores “Atividade física” e “Comportamento em meios de transporte (cinto segurança, capacete, etc.)” integraram o grupo de indicadores com ranking de satisfação LOW5.

⁷⁴ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁷⁵ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

Figura 3.5. Indicadores associados a comportamentos de saúde - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a meio envolvente – utilização e satisfação

Quadro 3.6. Meio envolvente – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)			
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Local de trabalho										
1 Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho	44%	39%	10%	7%	17%	1,8	9%	49%	43%	2,3
2 Exposição a elementos químicos adversos no local de trabalho	37%	37%	20%	5%	25%	1,9	11%	46%	43%	2,3
3 Exposição a pressão psicológica no local de trabalho	44%	37%	11%	8%	19%	1,8	14%	51%	35%	2,2
4 Acidentes de trabalho	27%	26%	31%	17%	47%	2,4	6%	45%	48%	2,4
5 Doenças ocupacionais	30%	30%	26%	14%	40%	2,2	8%	43%	49%	2,4
6 Exposição a assédio ou violência	42%	34%	16%	8%	24%	1,9	10%	49%	41%	2,3
Espaço físico										
1 Exposição urbana a poluição do ar	35%	35%	24%	7%	31%	2,0	7%	53%	41%	2,3
2 Exposição a raios UV	34%	39%	20%	7%	27%	2,0	7%	50%	43%	2,3
3 Exposição a alérgenos	36%	37%	19%	8%	27%	2,0	8%	51%	40%	2,3
4 Qualidade da água para beber	30%	28%	21%	21%	42%	2,3	3%	51%	47%	2,4

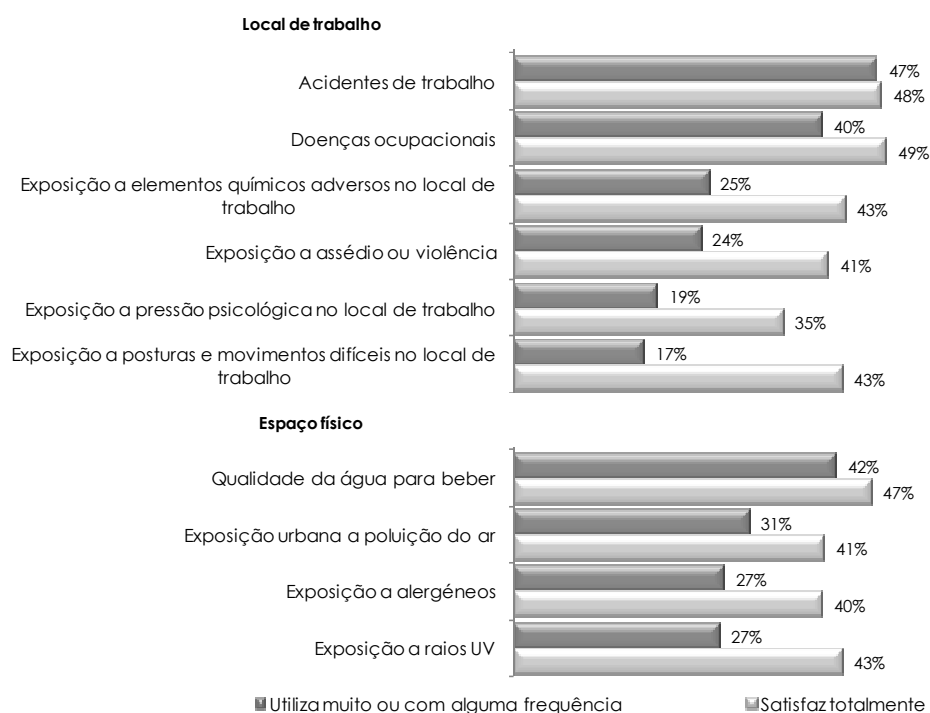
Notas: ● (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ○ (LOW5)

Os indicadores classificados em meio envolvente são os que revelaram os rankings de utilização mais fracos, com quatro indicadores LOW5.

As avaliações recolhidas revelaram uma utilização reduzida dos resultados associados a meio envolvente, com a maioria dos indicadores a registarem proporções de avaliações correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência" inferiores a 40%⁷⁶, nomeadamente para "Exposição a raios UV", "Exposição urbana a poluição do ar", "Exposição a alergénios", "Exposição a elementos químicos adversos no local de trabalho", "Exposição a assédio ou violência", "Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho" e "Exposição a pressão psicológica no local de trabalho". Os mesmos indicadores registaram avaliações de não utilização em proporções superiores a 32%⁷⁷.

Relativamente às avaliações correspondentes a "Satisfaz totalmente", os indicadores deste grupo caracterizaram-se por serem inferiores ao valor mediano da distribuição, 53%. O indicador "Exposição a pressão psicológica no local de trabalho" integrou o grupo de indicadores com ranking de satisfação LOW5.

Figura 3.6. Indicadores associados a meio envolvente - avaliação da utilização e da satisfação



⁷⁶ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência".

⁷⁷ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Não utiliza".

Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde – utilização e satisfação

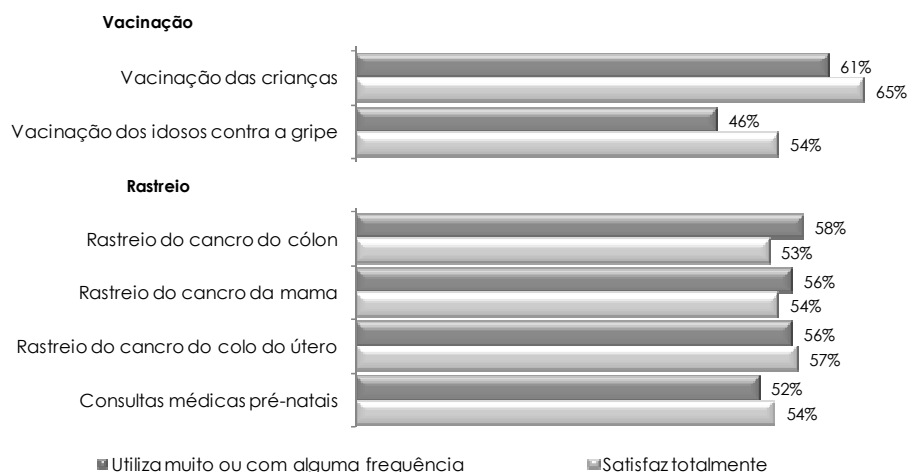
Quadro 3.7. Prevenção, proteção e promoção da saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)				
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking	
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11	
Vacinação											
1 Vacinação das crianças	27%	13%	27%	34%	61%	2,7	5%	29%	65%	2,6	+
2 Vacinação dos idosos contra a gripe	30%	23%	30%	16%	46%	2,3	10%	36%	54%	2,4	
Rastreio											
1 Rastreio do cancro da mama	28%	16%	27%	29%	56%	2,6	9%	37%	54%	2,4	
2 Rastreio do cancro do colo do útero	26%	18%	26%	30%	56%	2,6	9%	35%	57%	2,5	
3 Rastreio do cancro do cólon	25%	18%	35%	23%	58%	2,6	9%	38%	53%	2,4	
4 Consultas médicas pré-natais	28%	20%	32%	20%	52%	2,4	5%	41%	54%	2,5	

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Os indicadores relativos a prevenção, proteção e promoção da saúde registaram proporções de “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” superiores ao 1º quartil da distribuição, 40%, aliás em geral superiores à mediana, 50%. Registaram também proporções de satisfação total iguais ou superiores a 53%⁷⁸, e um indicador, “Vacinação das crianças”, no ranking de satisfação TOP25.

Figura 3.7. Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde - avaliação da utilização e da satisfação



⁷⁸ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde – utilização e satisfação**Quadro 3.8. Recursos dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)			
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Lotação no internamento										
1 Nº de camas hospitalares	15%	22%	32%	31%	62%	2,8	2%	38%	60%	2,5
2 Nº de camas em cuidados intensivos	26%	20%	30%	24%	54%	2,5	4%	41%	55%	2,5
3 Nº de camas em cuidados psiquiátricos	28%	27%	23%	22%	45%	2,4	4%	46%	50%	2,5
4 Nº de camas em lares de idosos/ casas de repouso	23%	26%	27%	23%	51%	2,5	3%	48%	49%	2,5
Recursos humanos, profissionais em atividade										
1 Profissionais de saúde	13%	13%	26%	48%	74%	3,1	7%	35%	58%	2,5
2 Nº de médicos	7%	18%	32%	44%	75%	3,1	2%	40%	57%	2,5
3 Nº enfermeiros	7%	16%	34%	42%	76%	3,1	2%	35%	63%	2,6
4 Nº de enfermeiros especializados em Obstetria	28%	24%	28%	20%	48%	2,4	3%	46%	51%	2,5
5 Nº de dentistas (incluindo estomatologistas, médicos-dentistas e odontologistas)	27%	24%	28%	22%	49%	2,4	3%	44%	54%	2,5
6 Nº de farmacêuticos	23%	24%	27%	27%	53%	2,6	3%	35%	62%	2,6
7 Nº de profissionais paramédicos	29%	34%	20%	16%	37%	2,2	4%	50%	46%	2,4
8 Nº de médicos em cuidados intensivos	31%	21%	26%	22%	48%	2,4	3%	49%	49%	2,4
9 Nº de enfermeiros em cuidados intensivos	33%	21%	23%	23%	45%	2,3	3%	45%	53%	2,5
Formação, profissionais em atividade										
1 Nº de médicos especialistas	14%	20%	30%	36%	66%	2,9	4%	37%	59%	2,5
2 Nº de enfermeiros licenciados	16%	24%	28%	31%	59%	2,7	3%	41%	56%	2,5
Tecnologias de diagnóstico										
1 Nº de equipamentos para realização de TAC	29%	30%	19%	22%	42%	2,4	3%	41%	57%	2,5
2 Nº de equipamentos para realização de ressonâncias magnéticas	29%	30%	17%	24%	41%	2,4	3%	45%	52%	2,5

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Neste grupo de indicadores, as proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” eram em geral superiores a 40%⁷⁹, excetuando-se todavia o indicador “Nº de profissionais paramédicos”, com 37%.

O indicador “Nº de enfermeiros em cuidados intensivos” registou uma proporção de não utilização superior a 32%⁸⁰.

Relativamente ao item utilização, três indicadores deste grupo – “Profissionais de saúde”, “Nº de médicos” e “Nº enfermeiros” – integraram o ranking TOP5, e o indicador “Nº de médicos especialistas” pertence ao ranking TOP25.

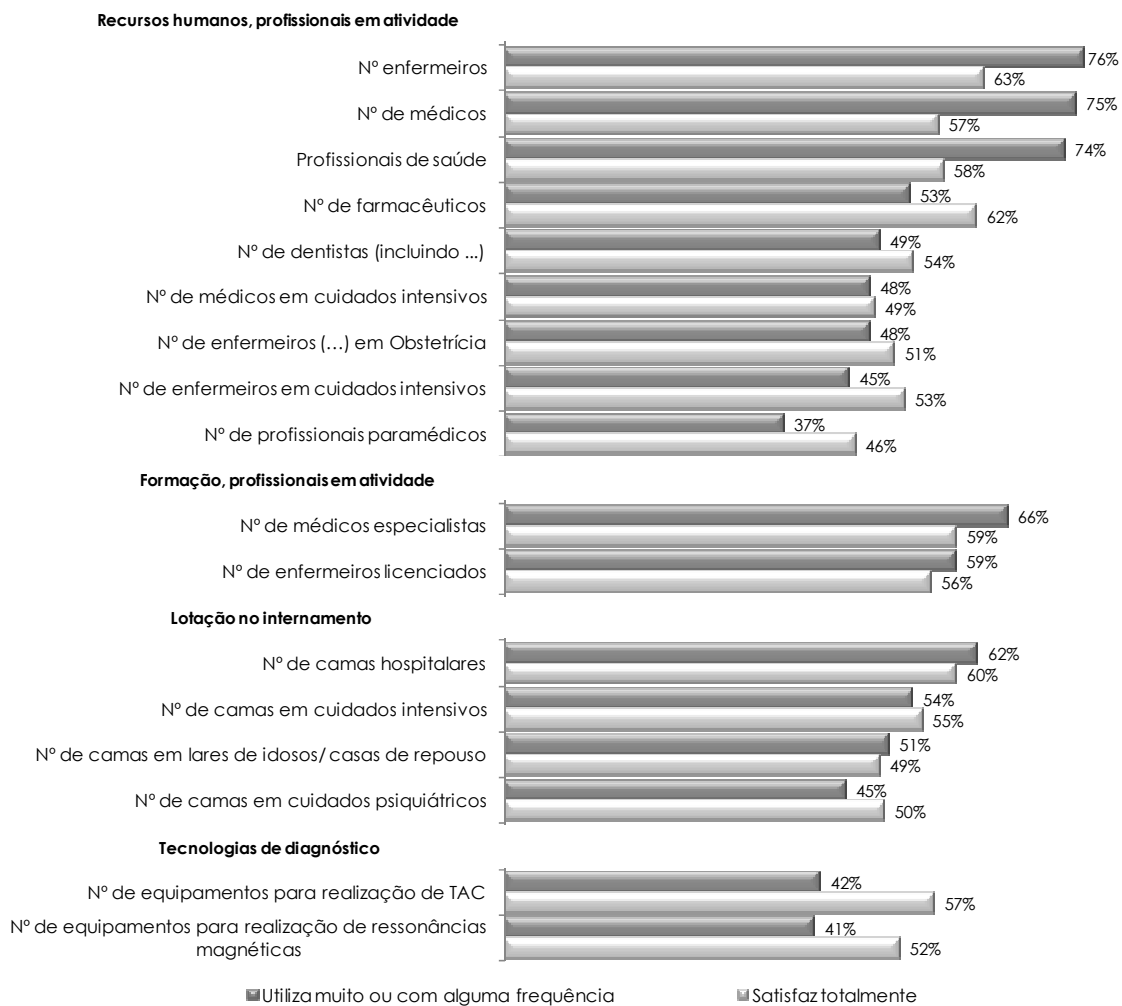
As avaliações correspondentes a “Satisfaz totalmente”, caracterizaram-se por serem, em geral, superiores ao valor mediano da distribuição, 53%. Com proporções inferiores à mediana observam-se os indicadores: “Nº de profissionais paramédicos”, com 46%, “Nº de médicos em cuidados intensivos” e “Nº de camas em lares de idosos/ casas de repouso”, ambos com 49%, e “Nº de enfermeiros especializados em Obstetria”, com 51%.

⁷⁹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁸⁰ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

Os indicadores “Nº enfermeiros” e “Nº de farmacêuticos” integraram o grupo de indicadores com ranking de satisfação TOP25.

Figura 3.8. Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde – utilização e satisfação**Quadro 3.9. Utilização dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)					
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking		
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11		
Internamentos												
1 Dias de internamento	15%	16%	27%	43%	70%	3,0	+	4%	33%	63%	2,6	+
2 Dias em cuidados intensivos	22%	24%	24%	29%	54%	2,6		2%	42%	56%	2,5	
3 Taxa de ocupação em internamento	21%	15%	33%	32%	65%	2,8		2%	37%	60%	2,5	
4 Taxa de ocupação em cuidados intensivos	23%	22%	26%	29%	55%	2,6		1%	42%	57%	2,5	
5 Tempo médio de internamento	17%	14%	36%	33%	69%	2,9	+	2%	43%	54%	2,5	
6 Tempo médio de cuidados intensivos	25%	24%	25%	26%	51%	2,5		4%	41%	56%	2,5	
7 Nº de altas	21%	16%	25%	37%	63%	2,8	+	4%	35%	61%	2,5	
8 Nº de altas por grupo de doenças	22%	19%	30%	29%	58%	2,6		5%	37%	58%	2,5	
Cuidados ambulatoriais												
1 Nº de consultas de medicina geral e familiar	18%	16%	28%	38%	66%	2,9	+	5%	41%	54%	2,5	
2 Nº idas a consultas de medicina geral e familiar referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	26%	30%	20%	24%	43%	2,4		8%	43%	49%	2,4	
3 Nº de consultas de saúde oral	30%	19%	23%	27%	51%	2,5		5%	42%	53%	2,4	
4 Nº idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	36%	28%	19%	17%	36%	2,2		8%	42%	49%	2,4	
5 Nº de consultas com médicos especialistas	19%	17%	29%	35%	64%	2,8	+	4%	37%	59%	2,5	
6 Nº idas a consultas com médicos especialistas referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	30%	26%	24%	20%	45%	2,4		7%	44%	49%	2,4	
7 Nº consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta	26%	33%	18%	22%	41%	2,4		7%	44%	49%	2,4	
8 Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	37%	30%	20%	14%	34%	2,1		10%	36%	54%	2,4	
Cirurgias e outros procedimentos, nº												
1 Cirurgias em ambulatório- Angioplastias coronárias	38%	19%	19%	24%	43%	2,3		4%	37%	59%	2,5	
2 Artroplastias da anca	36%	23%	20%	21%	41%	2,3		3%	38%	59%	2,5	
3 Cirurgias das cataratas	34%	18%	23%	25%	48%	2,4		3%	36%	61%	2,5	
4 Cesarianas	32%	11%	38%	19%	58%	2,5		3%	35%	63%	2,6	+
5 Amigdalectomias	43%	22%	17%	18%	35%	2,1		3%	32%	64%	2,6	+
6 Cirurgia de revascularização miocárdica	39%	26%	16%	20%	36%	2,2		3%	38%	59%	2,5	
7 Colectomia laparoscópica	41%	22%	22%	15%	37%	2,1		3%	39%	58%	2,5	
8 Reparação de hérnia inguinal	36%	28%	19%	17%	36%	2,2		3%	38%	59%	2,5	
9 Substituição total do joelho	35%	24%	21%	20%	41%	2,3		3%	37%	60%	2,5	
10 Excisão parcial da glândula mamária	32%	23%	25%	20%	45%	2,3		3%	41%	56%	2,5	
11 Mastectomia total	32%	18%	26%	24%	50%	2,4		1%	38%	61%	2,6	+
Medicamentos e aparelhos terapêuticos												
1 Consumo de medicamentos	19%	4%	36%	41%	77%	3,0	+	12%	39%	49%	2,3	
2 Uso de aparelhos terapêuticos (próteses)	33%	21%	27%	19%	47%	2,3		10%	43%	47%	2,3	

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

O grupo de indicadores relativos a utilização dos cuidados de saúde revelou um ranking elevado de utilização, com seis indicadores TOP25 ("Dias de internamento", "Tempo médio de internamento", "Nº de altas", "Nº consultas de medicina geral e familiar", "Nº consultas com médicos especialistas", "Consumo de medicamentos").

Neste grupo de indicadores, as proporções de avaliações correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência" foram em muitas situações superiores a 40%⁸¹, excetuaram-se os indicadores "Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)" (com 34%), "Amigdalectomias"

⁸¹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência".

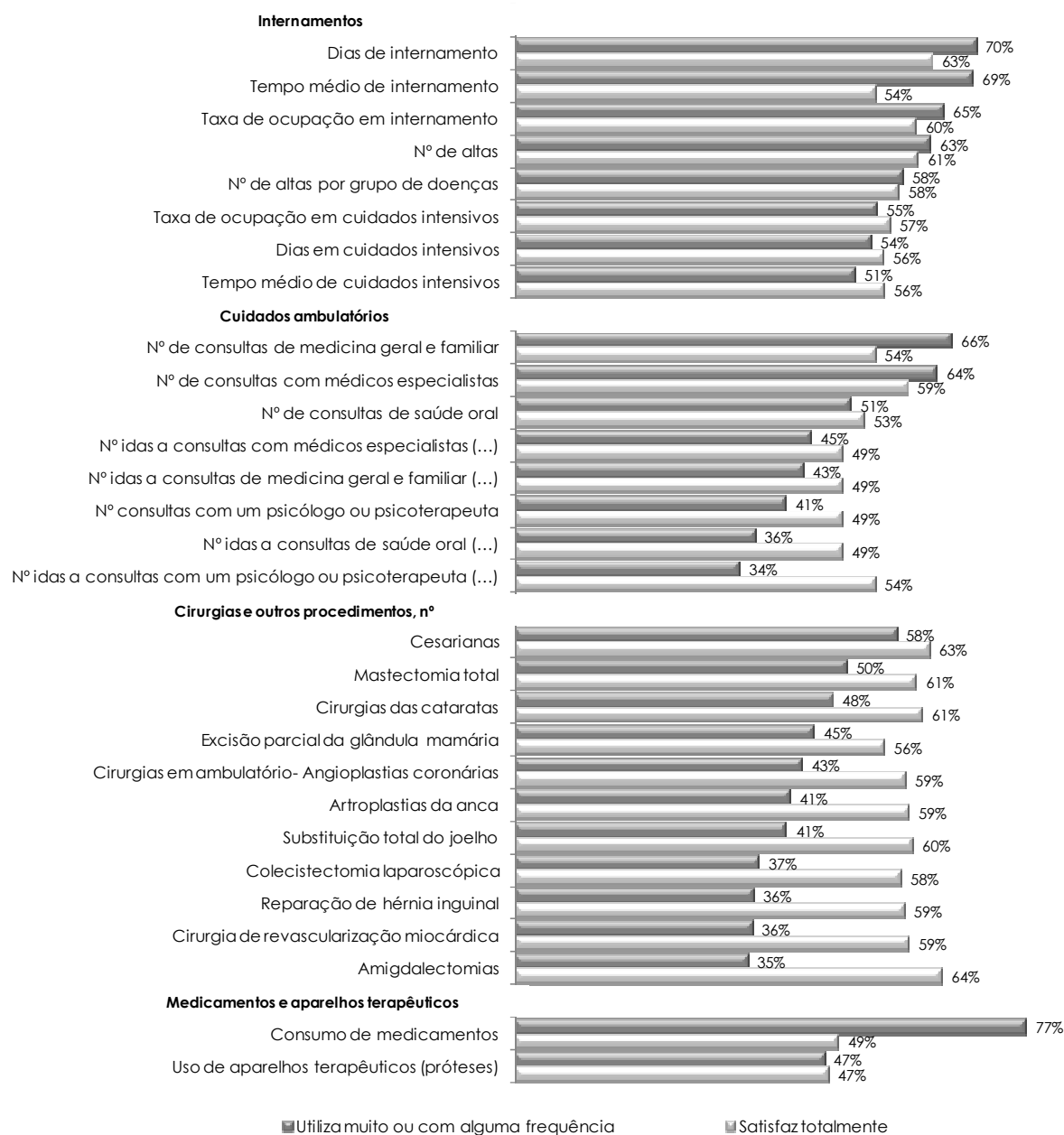
(com 35%), "Nº idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)", "Cirurgia de revascularização miocárdica" e "Reparação de hérnia inguinal" (com 36%) e "Colecistectomia laparoscópica" (com 37%).

As avaliações de satisfação classificadas em "Satisfaz totalmente" foram, em geral, superiores a 53%⁸², excetuando-se, com 49%, os indicadores "Nº idas a consultas de medicina geral e familiar referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)", "Nº idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)", "Nº idas a consultas com médicos especialistas referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)" e "Nº consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta".

Os indicadores "Dias de internamento", "Cesarianas", "Amigdalectomias" e "Mastectomia total" registaram rankings TOP25 no item Utilização.

⁸² Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a "Satisfaz totalmente".

Figura 3.9. Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento – utilização e satisfação**Quadro 3.10. Despesas de saúde e financiamento – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)			
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11
Sistemas complementares e seguros										
1 População coberta pelos sistemas complementares de saúde	21%	22%	28%	28%	56%	2,6	5%	40%	55%	2,5
2 População com seguro de saúde	23%	20%	31%	25%	57%	2,6	5%	44%	51%	2,4
Despesas										
1 Despesas de saúde dos agregados familiares	27%	17%	28%	28%	56%	2,6	7%	43%	51%	2,4
2 Despesa em saúde total/ pública/ privada	19%	23%	31%	27%	58%	2,7	5%	42%	53%	2,5
3 Despesa em meio hospitalar total/ pública/ privada	18%	28%	24%	29%	54%	2,7	5%	45%	50%	2,4
4 Despesa em assistência ambulatorial total/ pública/ privada	19%	30%	22%	29%	51%	2,6	6%	43%	51%	2,4
5 Despesa com serviços auxiliares total/ pública/ privada	24%	33%	19%	24%	43%	2,4	7%	43%	51%	2,4
6 Despesa em cuidados domiciliários total/ pública/ privada	23%	26%	26%	25%	51%	2,5	8%	47%	45%	2,4
7 Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada	16%	25%	26%	33%	59%	2,8	4%	43%	54%	2,5
8 Despesa em aparelhos terapêuticos e outros bens duráveis total/ pública/ privada	26%	33%	21%	20%	41%	2,3	8%	41%	51%	2,4

Notas: ● (TOP5); ▲ (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Neste grupo de indicadores, as proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” foram superiores a 40%⁸³, com avaliações de não utilização sempre inferiores a 32%⁸⁴.

As avaliações de satisfação classificadas em “Satisfaz totalmente” foram, frequentemente, inferiores a 53%⁸⁵, todavia superiores a 49%⁸⁶ à exceção do indicador “Despesas em cuidados domiciliários total/ pública/ privada”, com 45%.

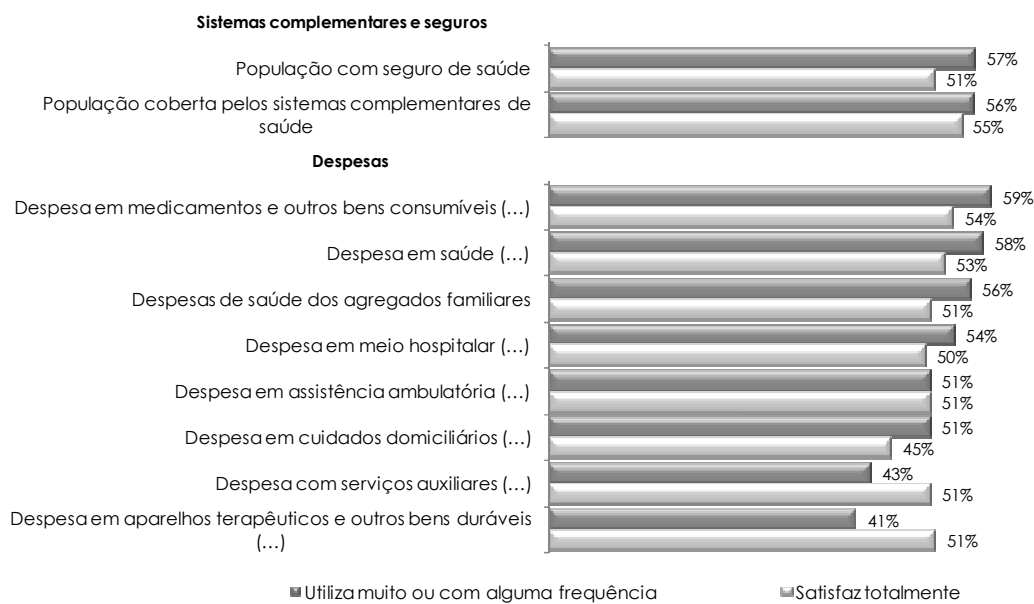
⁸³ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

⁸⁴ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não utiliza”.

⁸⁵ Valor mediano da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

⁸⁶ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Satisfaz totalmente”.

Figura 3.10. Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento - avaliação da utilização e da satisfação



Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde – utilização e satisfação**Quadro 3.11. Desempenho dos cuidados de saúde – Avaliação da utilização e da satisfação por indicador**

Indicador	Avaliação da utilização (%)						Avaliação da satisfação (%)				
	Não utiliza	Utiliza pouco	Utiliza com alguma frequência	Utiliza muito	Utiliza muito ou com alguma frequência	Ranking	Não satisfaz	Satisfaz parcialmente	Satisfaz totalmente	Ranking	
1	2	3	4	5	6 (=4+5)	7	8	9	10	11	
Atividade desenvolvida											
1 Proporção de indivíduos que necessitaram de uma consulta com um médico especialista e não a puderam realizar por razões económicas, de tempo de espera ou distância	36%	25%	21%	18%	39%	2,2	16%	39%	45%	2,3	●
2 Autópsias realizadas	44%	22%	22%	13%	34%	2,0	14%	41%	44%	2,3	●
3 Tempo médio de espera por uma cirurgia	23%	23%	23%	31%	54%	2,6	5%	39%	56%	2,5	
4 Quantidade de transfusões de sangue	44%	23%	18%	15%	34%	2,1	6%	44%	50%	2,4	
5 Nº transplantes de medula óssea	41%	30%	15%	14%	29%	2,0	5%	45%	49%	2,4	
6 Nº transplantes do rim	44%	25%	17%	14%	31%	2,0	6%	44%	51%	2,5	
7 Nº transplantes do coração	47%	23%	15%	15%	30%	2,0	5%	41%	53%	2,5	
8 Nº transplantes do fígado	45%	22%	16%	16%	33%	2,0	4%	47%	49%	2,5	
9 Nº transplantes da córnea	46%	27%	11%	16%	27%	2,0	6%	41%	53%	2,5	
10 Nº transplantes do pulmão	45%	25%	15%	15%	30%	2,0	8%	41%	51%	2,4	
11 Nº transplantes do pâncreas	42%	25%	18%	14%	32%	2,0	8%	45%	46%	2,4	
Performance											
1 Nº de óbitos por causas de morte evitáveis	18%	23%	24%	35%	59%	2,8	5%	39%	56%	2,5	
2 Taxa de readmissões em emergências em 28 dias	36%	27%	21%	16%	37%	2,2	12%	45%	43%	2,3	
3 Mortalidade por enfarte agudo do miocárdio ou AVC em 30 dias de internamento	35%	21%	27%	17%	44%	2,3	8%	41%	51%	2,4	
4 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para todos os cânceros (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)	30%	29%	21%	21%	42%	2,3	9%	39%	51%	2,4	
5 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da traqueia, brônquios e pulmões	33%	28%	20%	19%	39%	2,2	8%	42%	50%	2,4	
6 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da mama feminina	29%	30%	21%	21%	42%	2,3	8%	37%	55%	2,4	
7 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do cólon e reto	31%	27%	19%	22%	42%	2,3	8%	39%	53%	2,4	
8 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da próstata	34%	25%	18%	22%	41%	2,3	8%	39%	53%	2,4	
9 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do estômago	31%	27%	21%	21%	42%	2,3	8%	41%	51%	2,4	
10 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para melanoma maligno da pele	33%	29%	20%	18%	38%	2,2	7%	41%	52%	2,4	
11 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do colo do útero	30%	26%	22%	21%	43%	2,3	8%	39%	53%	2,4	
12 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para leucemias e linfomas	32%	29%	20%	20%	39%	2,3	5%	41%	53%	2,4	
13 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro em idade inferior a 15 anos	34%	29%	18%	19%	37%	2,2	10%	36%	54%	2,4	

Notas: ● (TOP5); ▲ (TOP25, excluindo TOP5); ● (LW5)

Neste grupo de indicadores, evidenciaram-se os relativos a atividade desenvolvida por razões negativas: as proporções de avaliações correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” são globalmente inferiores a 40%⁸⁷, e as avaliações de “Não utiliza” registam proporções entre 36% e 46%. A exceção foi o indicador “Tempo médio de espera por uma cirurgia”, com um nível de “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência” correspondente a 54%.

A satisfação total com os indicadores de atividade desenvolvida foi também reduzida, em geral igual ou inferior ao valor mediano das proporções correspondentes a “Satisfaz

⁸⁷ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência”.

totalmente", apenas sobressaindo novamente o indicador "Tempo médio de espera por uma cirurgia", com 56%.

Os indicadores "Proporção de indivíduos que necessitaram de uma consulta com um médico especialista e não a puderam realizar por razões económicas, de tempo de espera ou distância" e "Autópsias realizadas" integraram o grupo de indicadores com ranking de satisfação LOW5.

No conjunto de indicadores relativos a performance, as proporções correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência" foram superiores a 40%⁸⁸, excetuando-se a "Taxa de readmissões em emergências em 28 dias", a "Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro em idade inferior a 15 anos", a "Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para melanoma maligno da pele", a "Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da traqueia, brônquios e pulmões" e a "Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para leucemias e linfomas".

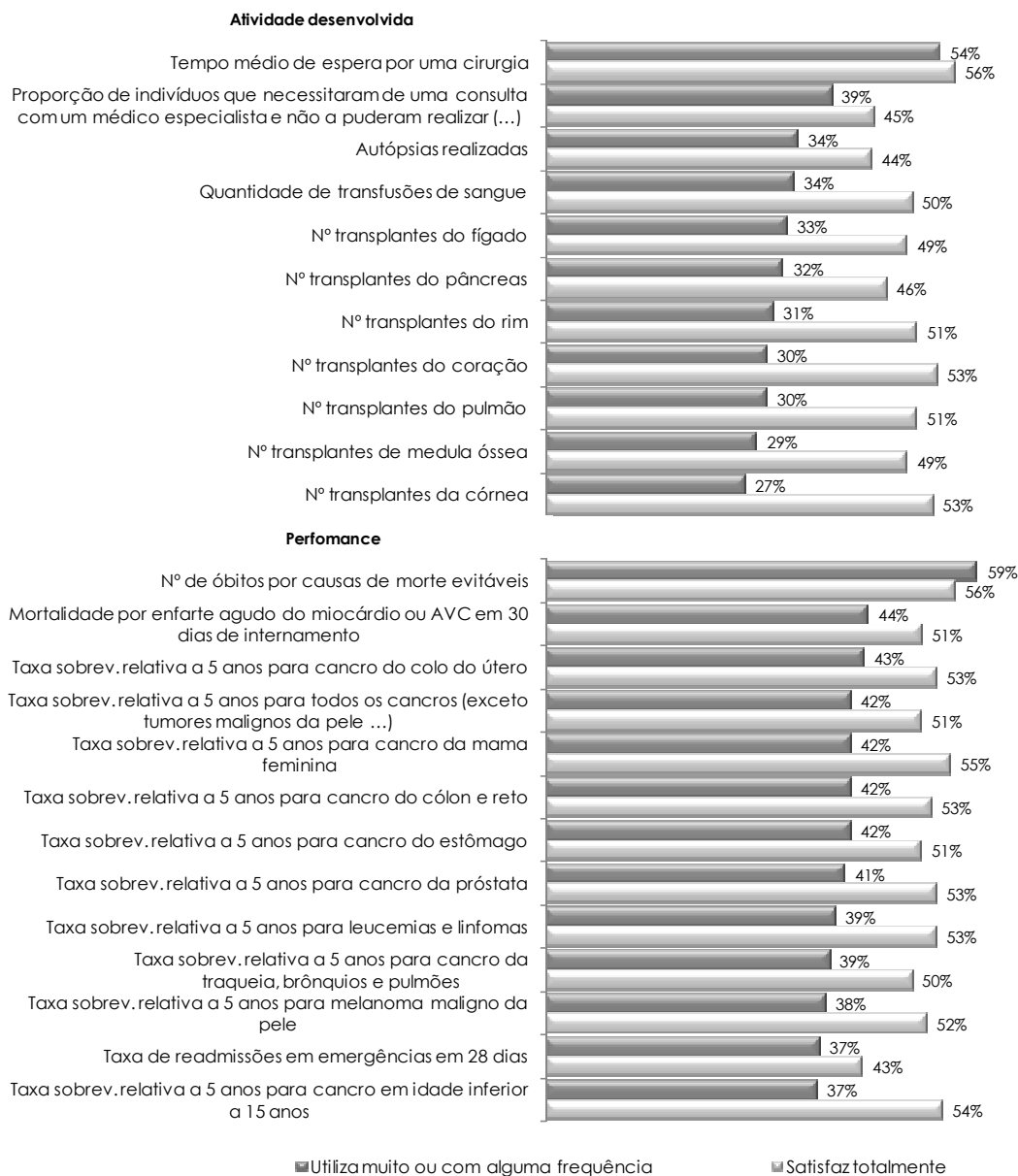
O indicador "Nº de óbitos por causas de morte evitáveis" registou uma proporção de notas correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência" de 59%.

A satisfação total com os indicadores de performance era frequentemente superior ao valor mediano das proporções correspondentes a "Satisfaz totalmente", e em particular superior a 49%⁸⁹, excetuando-se o indicador "Taxa de readmissões em emergências em 28 dias", com 43%.

⁸⁸ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Utiliza muito ou utiliza com alguma frequência".

⁸⁹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Satisfaz totalmente".

Figura 3.11. Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde - avaliação da utilização e da satisfação



b. A relevância dos indicadores

A análise desenvolvida neste ponto baseia-se nos dados do "Inquérito sobre as necessidades dos utilizadores", já descrito no início do capítulo 2 deste relatório.

Tal como na análise da valoração da informação por parte dos utilizadores, a apresentação e análise dos resultados face à relevância, utiliza como estrutura o segundo nível da lista de indicadores que corresponde aos seguintes 11 grupos, que recordamos:

- Estado de saúde – Mortalidade
- Estado de saúde – Morbilidade diagnosticada
- Estado de Saúde – Estado geral de saúde
- Determinantes de saúde – Fatores individuais e biológicos
- Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde
- Determinantes de saúde – Meio envolvente
- Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção da saúde
- Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde
- Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde
- Sistema de saúde – Despesas da saúde e financiamento
- Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde

Para cada um dos 11 grupos de indicadores, seguiu-se o seguinte padrão de análise:

Níveis de relevância: Para cada indicador foi calculada a distribuição das "notas relativas a relevância" em relação ao total de "notas atribuídas".

Os indicadores são também posicionados relativamente ao ranking de avaliação da relevância, em particular quando se enquadram nos primeiros/últimos 5 indicadores (TOP5/LOW5) ou nos primeiros 25 indicadores (TOP25). Para cada indicador, o ranking de relevância corresponde à soma das notas (1=Não é relevante; 2=Relevante; 3=Muito relevante; 4=Absolutamente necessário) ponderada pelo número de notas atribuídas em cada item.

Como conclusões gerais da análise dos resultados do inquérito relativos a relevância podemos salientar:

- Os indicadores associados a mortalidade foram os que revelaram os rankings de relevância mais elevados, com dois indicadores TOP5 – "Mortalidade infantil" e "Número de óbitos" – e cinco indicadores TOP25;
- Os restantes indicadores TOP5 em termos de relevância correspondiam ao "Nº médicos", ao "Nº enfermeiros" e à "Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada";

- As proporções de avaliações correspondentes a “Não é relevante” registaram para alguns indicadores níveis relevantes, com proporções superiores a 90%, sobretudo nos indicadores associados a cirurgias e outros procedimentos;
- Relativamente à relevância, os indicadores LOW5 correspondiam a “Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor”, a “Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho”, a “Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)”, a “Amigdalectomias” e a “Reparação de hérnia inguinal”.

Indicadores associados a mortalidade - relevância

Quadro 3.12. Mortalidade – Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutamente necessário	Muito relevante ou absolutamente necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Esperança de vida e indicadores relacionados							
1 Óbitos por sexo e grupo etário quinzenal	99%	6%	28%	20%	47%	67%	3,1
2 Esperança de vida à nascença	100%	3%	20%	24%	52%	76%	3,3 +
3 Esperança de vida aos 65 anos	99%	6%	21%	31%	43%	74%	3,1
4 Esperança de vida em saúde (healthy life years)	98%	2%	26%	34%	38%	72%	3,1
5 Tábuas de mortalidade completas (H, M, HM)	97%	2%	24%	32%	42%	74%	3,1
Mortalidade geral							
1 Taxa bruta de mortalidade	95%	2%	25%	23%	50%	73%	3,2 +
2 Taxa de mortalidade padronizada	94%	4%	27%	23%	47%	70%	3,1
3 Mortalidade infantil	95%	6%	8%	23%	63%	86%	3,4 *
4 Mortalidade neonatal	97%	8%	14%	26%	52%	78%	3,2 +
5 Mortalidade neonatal precoce	95%	10%	24%	21%	45%	67%	3,0
6 Mortalidade pós-neonatal	95%	8%	29%	24%	39%	63%	2,9
7 Mortalidade fetal tardia	94%	10%	33%	31%	27%	58%	2,7
8 Mortalidade perinatal	95%	8%	20%	27%	44%	71%	3,1
9 Risco de morrer até aos 5 anos	95%	11%	26%	27%	36%	63%	2,9
Mortalidade por causas específicas							
1 Número de óbitos	99%	3%	18%	17%	61%	78%	3,4 *
2 Taxas brutas de mortalidade	95%	1%	24%	23%	52%	75%	3,3 +
3 Taxas de mortalidade padronizadas	93%	2%	21%	26%	51%	77%	3,3 +
4 Anos potenciais de vida perdidos	97%	8%	22%	20%	49%	69%	3,1
5 Taxas de anos potenciais de vida perdidos	95%	8%	30%	26%	36%	62%	2,9
6 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga	97%	7%	35%	33%	25%	58%	2,8
7 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de tabaco	97%	7%	27%	33%	33%	66%	2,9
8 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de álcool	98%	8%	24%	29%	38%	67%	3,0
9 Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor	97%	16%	46%	25%	13%	38%	2,3 ●

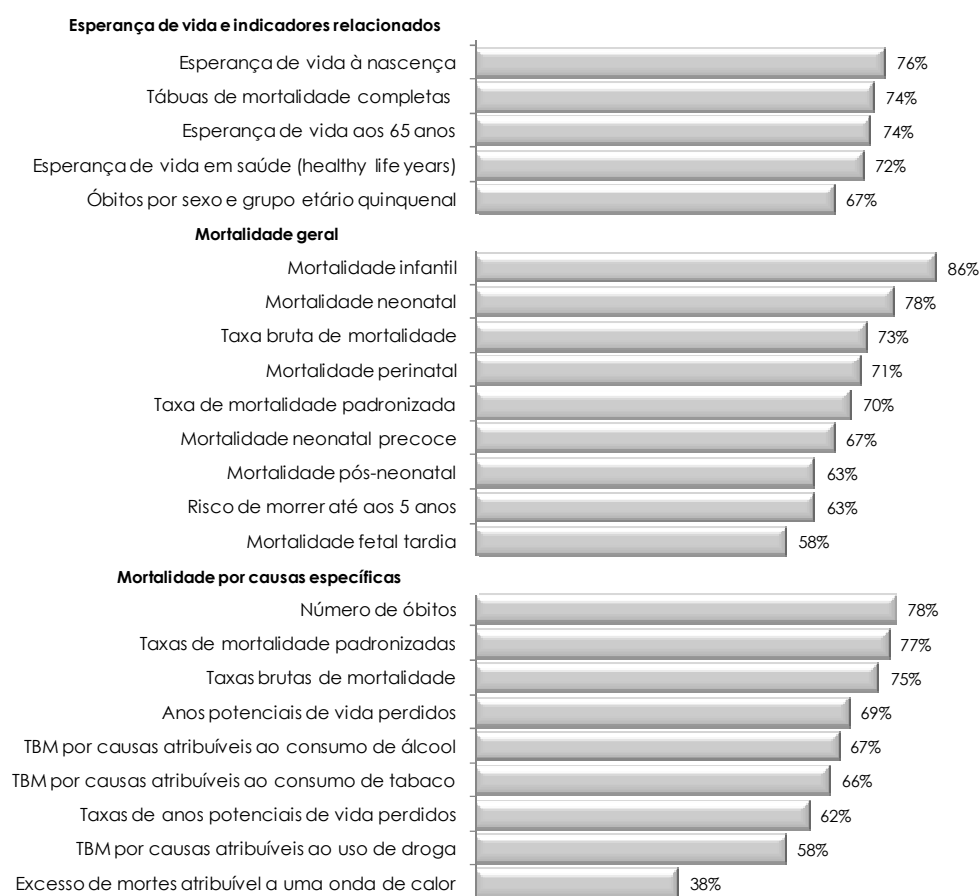
Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

A este grupo de indicadores está associado o maior número de rankings de relevância elevados, com dois indicadores TOP5 – “Mortalidade infantil” e “Número de óbitos” – e 5 indicadores TOP25 – “Esperança de vida à nascença”, “Taxa bruta de mortalidade” geral, taxas brutas e taxas padronizadas de mortalidade por causas, “Mortalidade neonatal”.

90 3º quartil da distribuição das proporções correspondes a “Não é relevante”.

Também as proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” foram em geral superiores a 54%⁹¹, excetuando-se apenas o indicador “Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor” (com 38%). Este indicador registou uma proporção de não relevância elevada, 16%, e integrava o grupo dos indicadores LOW5. Também os indicadores “Mortalidade neonatal precoce”, “Mortalidade fetal tardia” e “Risco de morrer até aos 5 anos”, foram considerados não relevantes em proporção superior a 9%⁹².

Figura 3.12. Indicadores associados à mortalidade - avaliação da relevância



⁹¹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

⁹² 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não é relevante”.

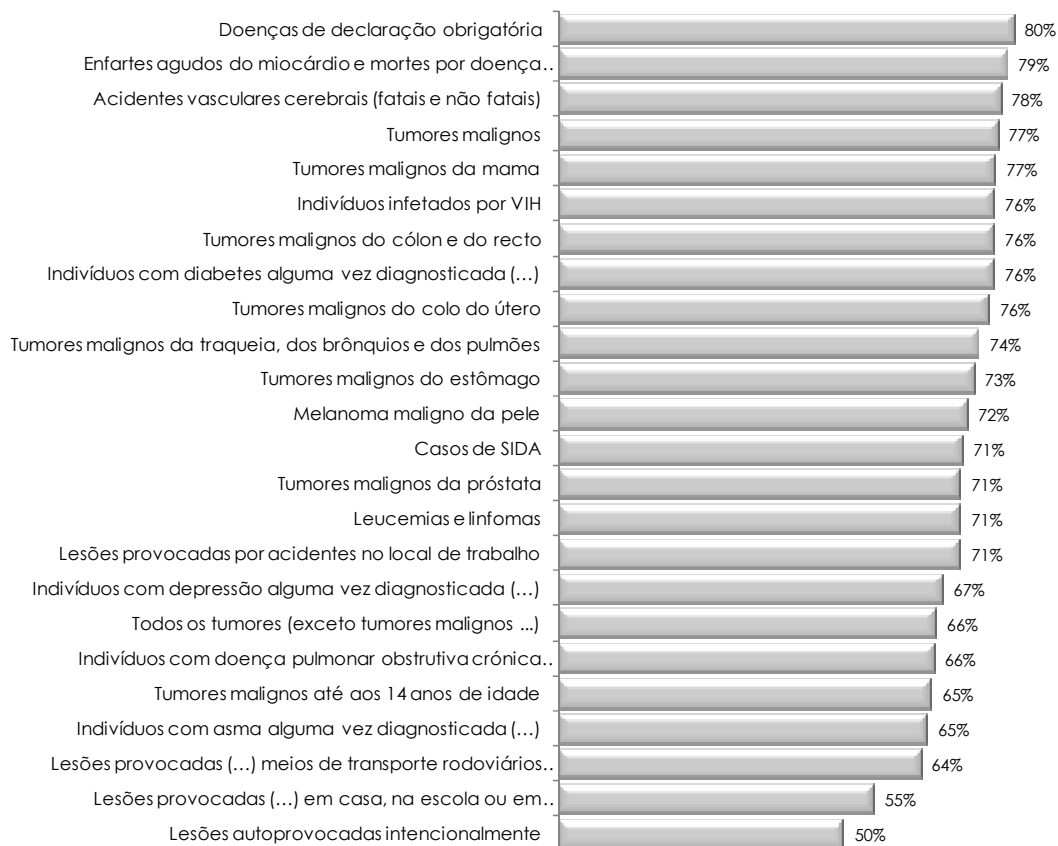
Indicadores associados a morbilidade diagnosticada - relevância**Quadro 3.13. Morbilidade diagnosticada – Avaliação da relevância por indicador****Quadro 2.13. Morbilidade diagnosticada - Avaliação da relevância por indicador**

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7(=5+6)	8
Incidência anual							
1 Doenças de declaração obrigatória	97%	7%	13%	26%	54%	80%	3,3 +
2 Indivíduos infetados por VIH	97%	5%	19%	28%	48%	76%	3,2
3 Casos de SIDA	98%	5%	24%	24%	47%	71%	3,1
4 Tumores malignos	94%	5%	18%	28%	49%	77%	3,2 +
5 Todos os tumores (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)	94%	10%	24%	29%	37%	66%	2,9
6 Tumores malignos da traqueia, dos brônquios e dos pulmões	95%	5%	21%	32%	42%	74%	3,1
7 Tumores malignos da mama	98%	5%	19%	27%	50%	77%	3,2 +
8 Tumores malignos do cólon e do reto	97%	5%	19%	31%	46%	76%	3,2
9 Tumores malignos da próstata	97%	6%	24%	28%	42%	71%	3,1
10 Tumores malignos do estômago	97%	5%	22%	32%	41%	73%	3,1
11 Melanoma maligno da pele	97%	6%	22%	34%	38%	72%	3,0
12 Tumores malignos do colo do útero	98%	6%	19%	27%	49%	76%	3,2
13 Leucemias e linfomas	97%	6%	24%	32%	39%	71%	3,0
14 Tumores malignos até aos 14 anos de idade	95%	6%	29%	31%	35%	65%	2,9
15 Indivíduos com diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	97%	7%	16%	29%	47%	76%	3,2
16 Indivíduos com depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	98%	9%	23%	28%	40%	67%	3,0
17 Enfartes agudos do miocárdio e mortes por doença coronária	97%	6%	15%	33%	46%	79%	3,2
18 Acidentes vasculares cerebrais (fatais e não fatais)	97%	4%	19%	28%	49%	78%	3,2 +
19 Indivíduos com asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	97%	8%	27%	32%	33%	65%	2,9
20 Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	97%	8%	26%	32%	34%	66%	2,9
21 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer	97%	6%	39%	27%	28%	55%	2,8
22 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários (Morbilidade diagnosticada)	97%	7%	29%	28%	35%	64%	2,9
23 Lesões provocadas por acidentes no local de trabalho	97%	6%	24%	34%	36%	71%	3,0
24 Lesões autoprovocadas intencionalmente	98%	14%	36%	26%	24%	50%	2,6

Notas: ★ (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Os indicadores associados a morbilidade diagnosticada foram, em geral, indicadores considerados muito relevantes ou absolutamente necessários, observando-se apenas um indicador – “Lesões auto provocadas intencionalmente” – em que a proporção de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” é apenas de 50% e a de avaliações correspondentes a “Não é relevante” é de 14%.

O grupo de indicadores caracterizou-se ainda pela presença de quatro indicadores TOP25, relativos aos casos diagnosticados de “Doenças de declaração obrigatória”, “Tumores malignos”, “Tumores malignos da mama”, e “Acidentes vasculares cerebrais”.

Figura 3.13. Indicadores associados a morbilidade diagnosticada - avaliação da relevância**Indicadores associados a estado geral de saúde - relevância****Quadro 3.14. Estado geral de saúde – Avaliação da relevância por indicador****Quadro 2.14. Estado geral de saúde - Avaliação da relevância por indicador**

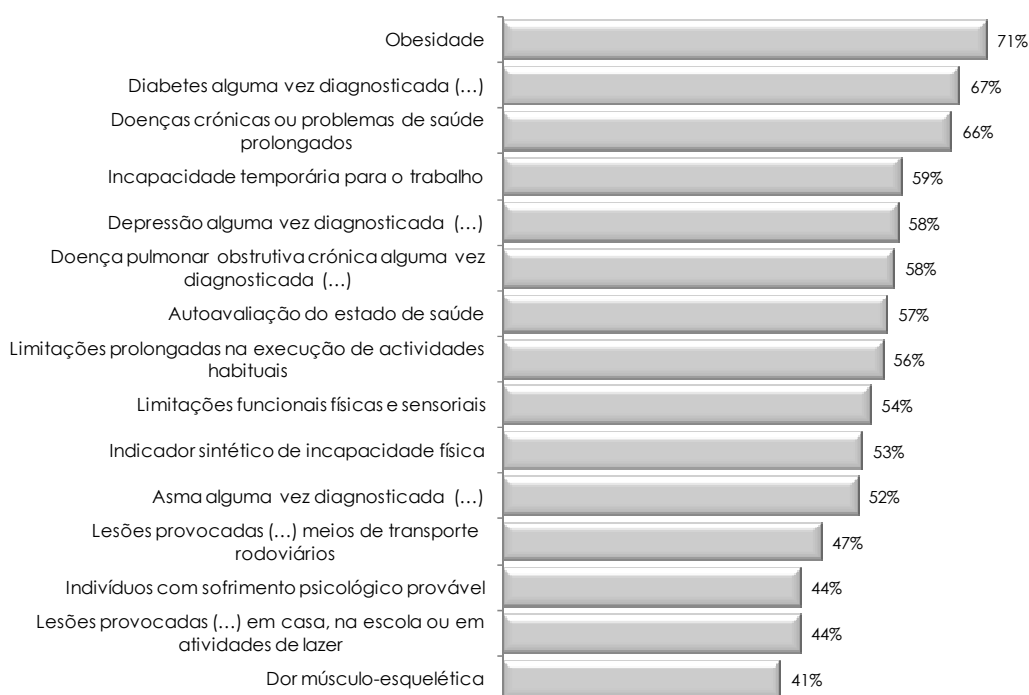
Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Inquérito de saúde por entrevista							
1 Autoavaliação do estado de saúde	92%	11%	32%	28%	28%	57%	2.7
2 Doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados	94%	6%	28%	24%	42%	66%	3.0
3 Obesidade	95%	7%	21%	32%	39%	71%	3.0
4 Diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	94%	7%	25%	34%	34%	67%	2.9
5 Depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	95%	8%	33%	27%	31%	58%	2.8
6 Asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	93%	7%	40%	26%	27%	52%	2.7
7 Doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	94%	8%	34%	31%	27%	58%	2.8
8 Limitações funcionais físicas e sensoriais	92%	7%	38%	25%	30%	54%	2.8
9 Limitações prolongadas na execução de atividades habituais	93%	6%	38%	27%	29%	56%	2.8
10 Indicador sintético de incapacidade física	92%	7%	40%	26%	27%	53%	2.7
11 Incapacidade temporária para o trabalho	97%	8%	33%	32%	27%	59%	2.8
12 Indivíduos com sofrimento psicológico provável	93%	16%	40%	22%	22%	44%	2.5
13 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer	93%	9%	48%	16%	28%	44%	2.6
14 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários	94%	8%	45%	16%	31%	47%	2.7
15 Dor músculo-esquelética	94%	12%	47%	24%	17%	41%	2.5

Notas: ★ (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

No grupo de indicadores associados ao estado geral de saúde, observaram-se seis indicadores com proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” inferiores a 54%⁹³, em particular: 53% para o “Indicador sintético de incapacidade física”, 52% para “Asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano”, 47% para “Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários”, 44% para “Indivíduos com sofrimento psicológico provável” e para “Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, nas escola ou em atividades de lazer”, 41% para “Dor músculo-esquelética”.

Os indicadores “Indivíduos com sofrimento psicológico provável”, “Dor músculo-esquelética” e “Autoavaliação do estado de saúde” registaram proporções de não relevância superiores a 9%⁹⁴.

Figura 3.14. Indicadores associados ao estado geral de saúde - avaliação da relevância



⁹³ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

⁹⁴ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não é relevante”.

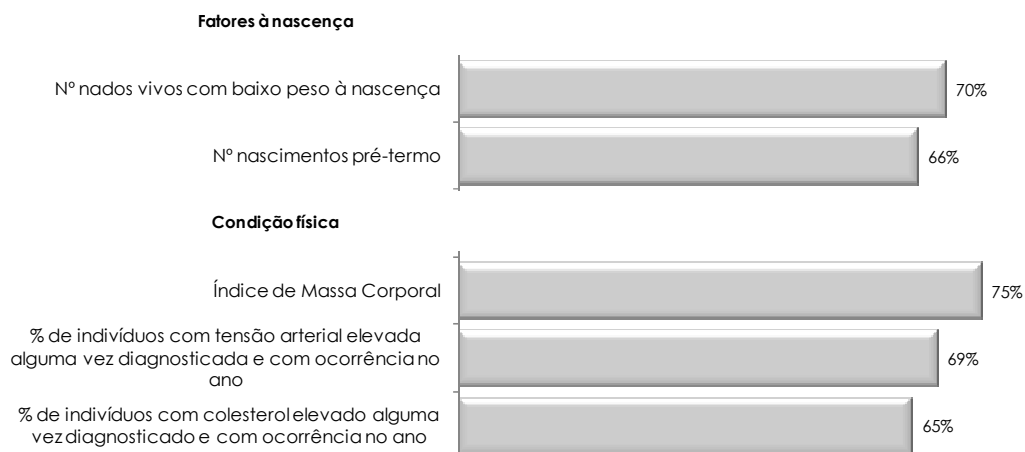
Indicadores associados a fatores individuais e biológicos - relevância**Quadro 3.15. Fatores individuais e biológicos – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.15. Fatores individuais e biológicos - Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Fatores à nascença							
1 N° nados vivos com baixo peso à nascença	94%	8%	22%	27%	43%	70%	3,0
2 N° nascimentos pré-termo	93%	9%	26%	29%	37%	66%	2,9
Condição física							
1 Índice de Massa Corporal	95%	8%	17%	33%	42%	75%	3,1
2 % de indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano	94%	11%	20%	33%	36%	69%	2,9
3 % de indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano	94%	13%	22%	30%	35%	65%	2,9

Notas: ★ (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

Do ponto de vista da relevância, observou-se que todos os indicadores deste grupo registaram proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” superiores a 54%⁹⁵, apenas se destacando que os indicadores “% de indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano” e “% de indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano” registaram proporções de não relevância superiores a 9%⁹⁶.

Figura 3.15. Indicadores associados a fatores individuais e biológicos - avaliação da relevância

⁹⁵ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

⁹⁶ 3º quartil da distribuição das proporções correspondes a “Não é relevante”.

Indicadores associados a comportamentos de saúde - relevância**Quadro 3.16. Comportamentos de saúde – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.16. Comportamentos na saúde - Avaliação da relevância por indicador

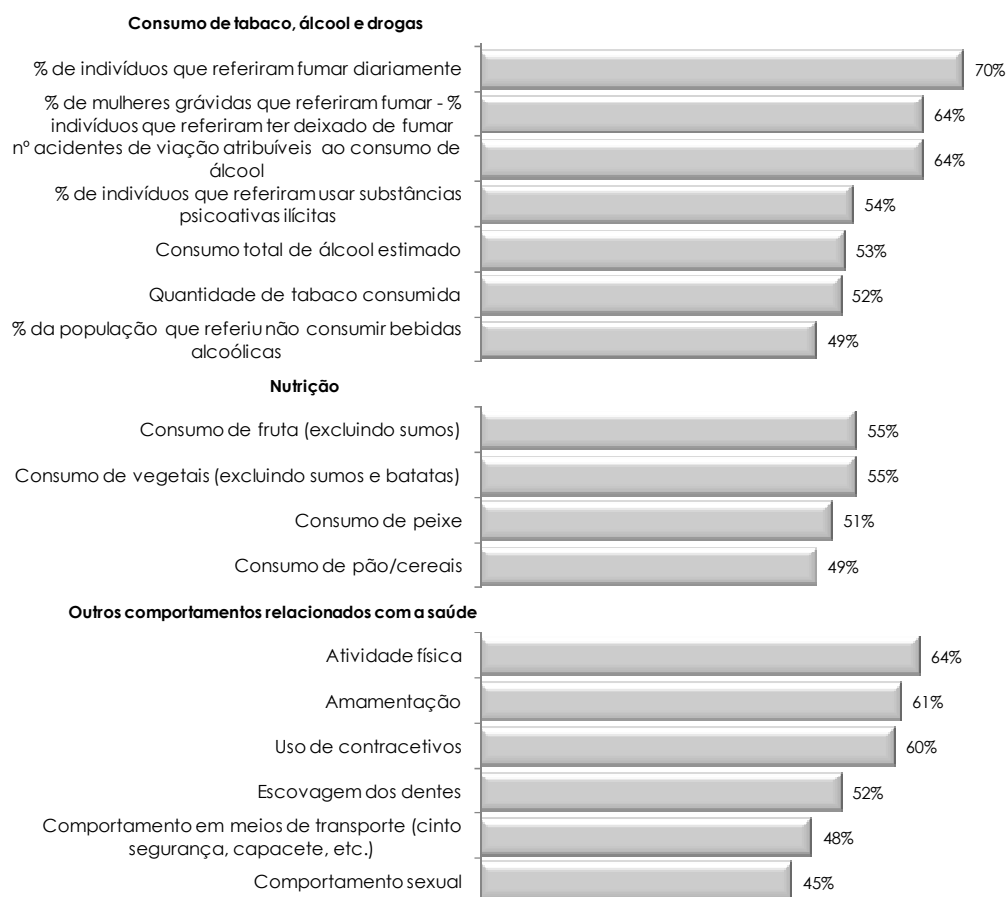
Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7(=5+6)	8
Consumo de tabaco, álcool e drogas							
1 % de indivíduos que referiram fumar diariamente	95%	6%	24%	36%	35%	70%	3,0
2 % de mulheres grávidas que referiram fumar - % indivíduos que referiram ter deixado de fumar	95%	7%	29%	36%	29%	64%	2,9
3 Quantidade de tabaco consumida	95%	11%	37%	25%	27%	52%	2,7
4 % da população que referiu não consumir bebidas alcoólicas	95%	10%	42%	25%	24%	49%	2,6
5 Consumo total de álcool estimado	97%	11%	36%	27%	26%	53%	2,7
6 % de indivíduos que referiram usar substâncias psicoativas	94%	8%	37%	30%	24%	54%	2,7
7 nº acidentes de viação atribuíveis ao consumo de álcool	95%	7%	29%	25%	39%	64%	3,0
Nutrição							
1 Consumo de pão/cereais	98%	9%	42%	28%	21%	49%	2,6
2 Consumo de fruta (excluindo sumos)	98%	9%	36%	30%	24%	55%	2,7
3 Consumo de vegetais (excluindo sumos e batatas)	98%	8%	37%	31%	23%	55%	2,7
4 Consumo de peixe	100%	8%	41%	30%	22%	51%	2,6
Outros comportamentos relacionados com a saúde							
1 Amamentação	97%	7%	32%	38%	24%	61%	2,8
2 Uso de contraceptivos	94%	7%	33%	34%	27%	60%	2,8
3 Escovagem dos dentes	93%	9%	39%	30%	22%	52%	2,7
4 Atividade física	94%	7%	29%	31%	33%	64%	2,9
5 Comportamento sexual	95%	14%	40%	20%	25%	45%	2,6
6 Comportamento em meios de transporte (cinto segurança, capacete, etc.)	92%	9%	43%	25%	23%	48%	2,6

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

No grupo de indicadores associados a comportamentos na saúde, observaram-se oito indicadores com proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” inferiores a 54%⁹⁷, em particular: 53% para “Consumo total de álcool estimado”, 52% para “Quantidade de tabaco consumida” e para “Escovagem dos dentes”, 49% para “% da população que referiu não consumir bebidas alcoólicas” e para “Consumo de pão/cereais”, 48% para “Comportamento em meios de transporte (cinto segurança, capacete, etc.)”, 45% para “Comportamento sexual”. Destes, quatro registaram cumulativamente proporções de não relevância superiores a 9%⁹⁸: “% da população que referiu não consumir bebidas alcoólicas”, “Consumo total de álcool estimado”, “Quantidade de tabaco consumida” e “Comportamento sexual”.

⁹⁷ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

⁹⁸ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não é relevante”.

Figura 3.16. Indicadores associados a comportamentos de saúde - avaliação da relevância**Indicadores associados ao meio envolvente - relevância****Quadro 3.17. Meio envolvente – Avaliação da relevância por indicador****Quadro 2.17. Meio envolvente - Avaliação da relevância por indicador**

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutamente e necessário	Muito relevante ou absolutamente e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Local de trabalho							
1 Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho	92%	12%	47%	27%	14%	41%	2.4
2 Exposição a elementos químicos adversos no local de trabalho	94%	10%	37%	34%	19%	53%	2.6
3 Exposição a pressão psicológica no local de trabalho	94%	10%	46%	28%	17%	45%	2.5
4 Acidentes de trabalho	93%	5%	27%	37%	32%	68%	3.0
5 Doenças ocupacionais	93%	6%	29%	39%	26%	65%	2.8
6 Exposição a assédio ou violência	95%	12%	44%	26%	18%	44%	2.5
Espaço físico							
1 Exposição urbana a poluição do ar	95%	11%	33%	27%	29%	56%	2.7
2 Exposição a raios UV	92%	12%	42%	23%	22%	46%	2.6
3 Exposição a alérgenos	91%	9%	43%	29%	20%	49%	2.6
4 Qualidade da água para beber	93%	7%	28%	20%	45%	65%	3.0

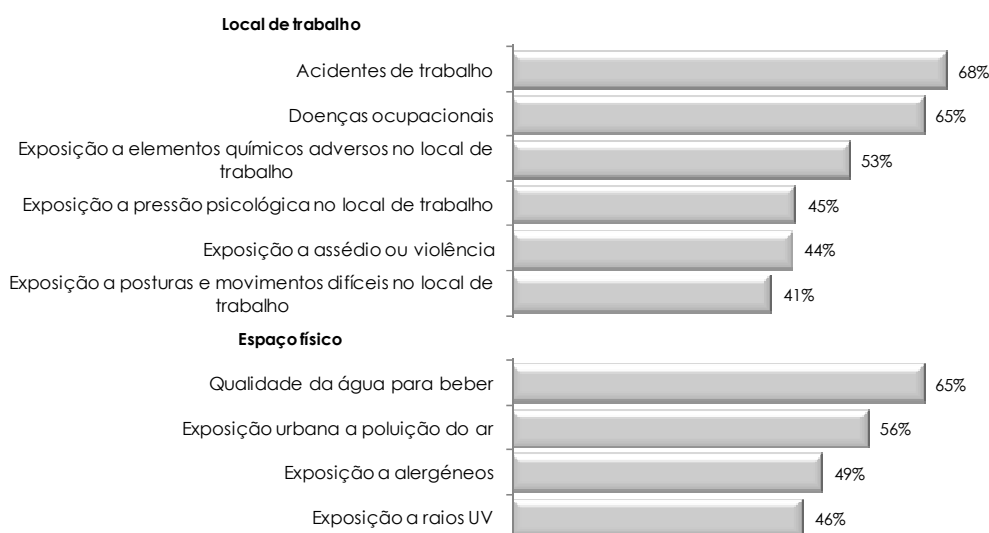
Notas: ★ (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

As avaliações recolhidas revelaram uma relevância tendencialmente reduzida no que respeita aos indicadores associados a meio envolvente, com a maioria dos indicadores (seis)

a registarem proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” inferiores a 54%⁹⁹, e a maioria dos indicadores (seis) a registarem proporções de não relevância superiores a 9%¹⁰⁰.

O indicador “Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho” integrou o conjunto de indicadores LOW5.

Figura 3.17. Indicadores associados ao meio ambiente - avaliação da relevância



Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde - relevância

Quadro 3.18. Prevenção, proteção e promoção da saúde – Avaliação da relevância por indicador

Quadro 2.18. Prevenção, proteção e promoção da saúde - Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutamente necessário	Muito relevante ou absolutamente necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Vacinação							
1 Vacinação das crianças	97%	7%	19%	18%	56%	74%	3,2 +
2 Vacinação dos idosos contra a gripe	97%	4%	31%	40%	26%	66%	2,9
Rastreio							
1 Rastreio do cancro da mama	97%	4%	14%	33%	49%	82%	3,3 +
2 Rastreio do cancro do colo do útero	97%	4%	14%	29%	53%	82%	3,3 +
3 Rastreio do cancro do cólon	95%	5%	14%	32%	49%	81%	3,3 +
4 Consultas médicas pré-natais	95%	6%	18%	37%	39%	76%	3,1

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

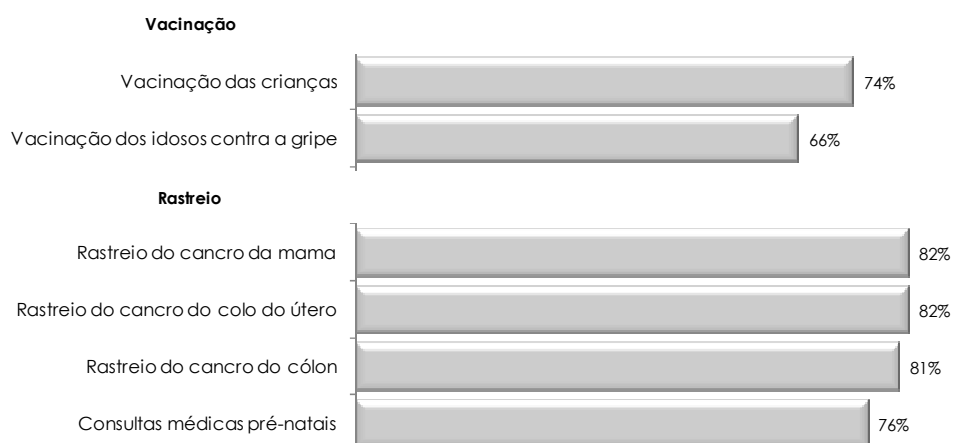
⁹⁹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

¹⁰⁰ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não é relevante”.

Todos os indicadores relativos a prevenção, proteção e promoção da saúde registaram proporções de “Muito relevante ou absolutamente necessário” superiores ao 1º quartil, 54%, e à mediana, 64%, da distribuição.

A maioria dos indicadores deste grupo integrava o grupo TOP25 em termos de relevância, em particular os relativos à “Vacinação das crianças”, ao “Rastreio do cancro da mama”, ao “Rastreio do cancro do colo do útero” e ao “Rastreio do cancro do cólon”.

Figura 3.18. Indicadores associados a prevenção, proteção e promoção da saúde - avaliação da relevância



Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde - relevância**Quadro 3.19. Recursos dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.19. Recursos dos cuidados de saúde - Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Loção no internamento							
1 N° de camas hospitalares	98%	1%	33%	22%	44%	66%	3,1
2 N° de camas em cuidados intensivos	97%	5%	31%	29%	35%	65%	3,0
3 N° de camas em cuidados psiquiátricos	97%	7%	38%	27%	28%	55%	2,8
4 N° de camas em lares de idosos/ casas de repouso	95%	7%	26%	38%	29%	67%	2,9
Recursos humanos, profissionais em atividade							
1 Profissionais de saúde	98%	2%	19%	24%	55%	79%	3,3 +
2 N° de médicos	98%	1%	19%	21%	59%	80%	3,4 *
3 N° enfermeiros	98%	1%	17%	21%	60%	81%	3,4 *
4 N° de enfermeiros especializados em Obstetrícia	94%	10%	34%	30%	27%	57%	2,7
5 N° de dentistas (incluindo estomatologistas, médicos-dentistas e odontologistas)	94%	5%	35%	29%	31%	60%	2,9
6 N° de farmacêuticos	93%	9%	35%	24%	32%	56%	2,8
7 N° de profissionais paramédicos	94%	5%	48%	19%	28%	47%	2,7
8 N° de médicos em cuidados intensivos	93%	6%	41%	17%	35%	52%	2,8
9 N° de enfermeiros em cuidados intensivos	92%	7%	41%	22%	30%	52%	2,7
Formação, profissionais em atividade							
1 N° de médicos especialistas	94%	4%	27%	18%	52%	70%	3,2
2 N° de enfermeiros licenciados	94%	11%	31%	23%	35%	58%	2,8
Tecnologias de diagnóstico							
1 N° de equipamentos para realização de TAC	93%	6%	39%	21%	34%	55%	2,8
2 N° de equipamentos para realização de ressonâncias	93%	7%	38%	22%	33%	55%	2,8

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

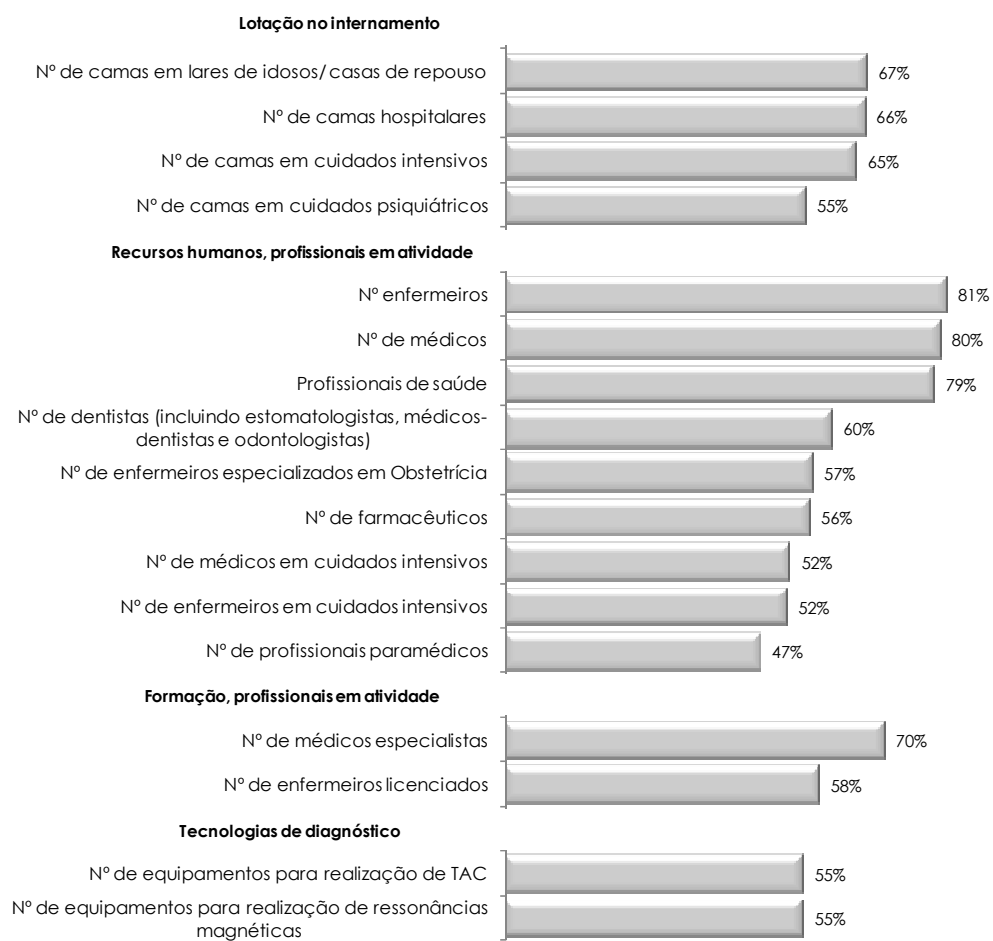
Os indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde foram, em geral, indicadores considerados muito relevantes ou absolutamente necessários, tendo-se observado todavia três indicadores – “N° de profissionais paramédicos”, “N° de médicos em cuidados intensivos” e “N° de enfermeiros em cuidados intensivos” – em que se a proporção de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” foi inferior a 54%¹⁰¹.

Este grupo de indicadores caracterizava-se ainda pela presença de dois indicadores TOP5, relativos ao “N° de médicos” e ao “N° enfermeiros”, e um indicador TOP25, relativo aos “Profissionais de saúde”.

O detalhe estatístico sobre os profissionais de enfermagem, nomeadamente o que respeita ao “N° enfermeiros licenciados” e ao “N° enfermeiros especializados em Obstetrícia”, registava proporções de avaliações correspondentes a “Não é relevante” superiores a 9%¹⁰².

¹⁰¹ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

¹⁰² 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Não é relevante”.

Figura 3.19. Indicadores associados a recursos dos cuidados de saúde - avaliação da relevância

Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde - relevância**Quadro 3.20. Utilização dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.20. Utilização dos cuidados de saúde - Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Internamentos							
1 Dias de internamento	98%	5%	27%	20%	49%	69%	3,1
2 Dias em cuidados intensivos	97%	4%	35%	24%	38%	61%	3,0
3 Taxa de ocupação em internamento	97%	4%	25%	28%	44%	72%	3,1
4 Taxa de ocupação em cuidados intensivos	95%	8%	33%	24%	35%	58%	2,8
5 Tempo médio de internamento	97%	1%	24%	25%	51%	75%	3,2 +
6 Tempo médio de cuidados intensivos	94%	4%	39%	24%	34%	58%	2,9
7 Nº de altas	94%	10%	30%	16%	45%	60%	3,0
8 Nº de altas por grupo de doenças	94%	7%	33%	18%	42%	60%	3,0
Cuidados ambulatoriais							
1 Nº de consultas de medicina geral e familiar	98%	5%	21%	24%	50%	74%	3,2
2 Nº idas a consultas de medicina geral e familiar referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	94%	8%	37%	24%	30%	54%	2,8
3 Nº de consultas de saúde oral	94%	7%	30%	33%	30%	63%	2,9
4 Nº idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	92%	11%	43%	26%	20%	46%	2,5
5 Nº de consultas com médicos especialistas	97%	9%	22%	28%	40%	68%	3,0
6 Nº idas a consultas com médicos especialistas referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	94%	11%	39%	28%	23%	51%	2,6
7 Nº consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta	94%	8%	33%	33%	27%	59%	2,8
8 Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)	93%	13%	48%	22%	17%	39%	2,4 ●
Cirurgias e outros procedimentos, nº							
1 Cirurgias em ambulatório- Angioplastias coronárias	90%	6%	37%	29%	28%	57%	2,8
2 Artroplastias da anca	90%	11%	35%	30%	23%	53%	2,6
3 Cirurgias das cataratas	91%	11%	38%	25%	26%	51%	2,7
4 Cesarianas	91%	9%	31%	28%	33%	60%	2,8
5 Amigdalectomias	90%	24%	35%	20%	20%	41%	2,4 ●
6 Cirurgia de revascularização miocárdica	90%	11%	38%	27%	24%	51%	2,6
7 Colectomia laparoscópica	90%	14%	42%	25%	19%	44%	2,5
8 Reparação de hérnia inguinal	90%	19%	42%	22%	18%	39%	2,4 ●
9 Substituição total do joelho	90%	16%	39%	23%	22%	44%	2,5
10 Excisão parcial da glândula mamária	91%	11%	35%	29%	25%	54%	2,7
11 Mastectomia total	91%	10%	30%	28%	33%	60%	2,8
Medicamentos e aparelhos terapêuticos							
1 Consumo de medicamentos	97%	2%	19%	22%	56%	79%	3,3 +
2 Uso de aparelhos terapêuticos (próteses)	95%	13%	30%	26%	31%	57%	2,8

Notas: ● (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ○ (LOW5)

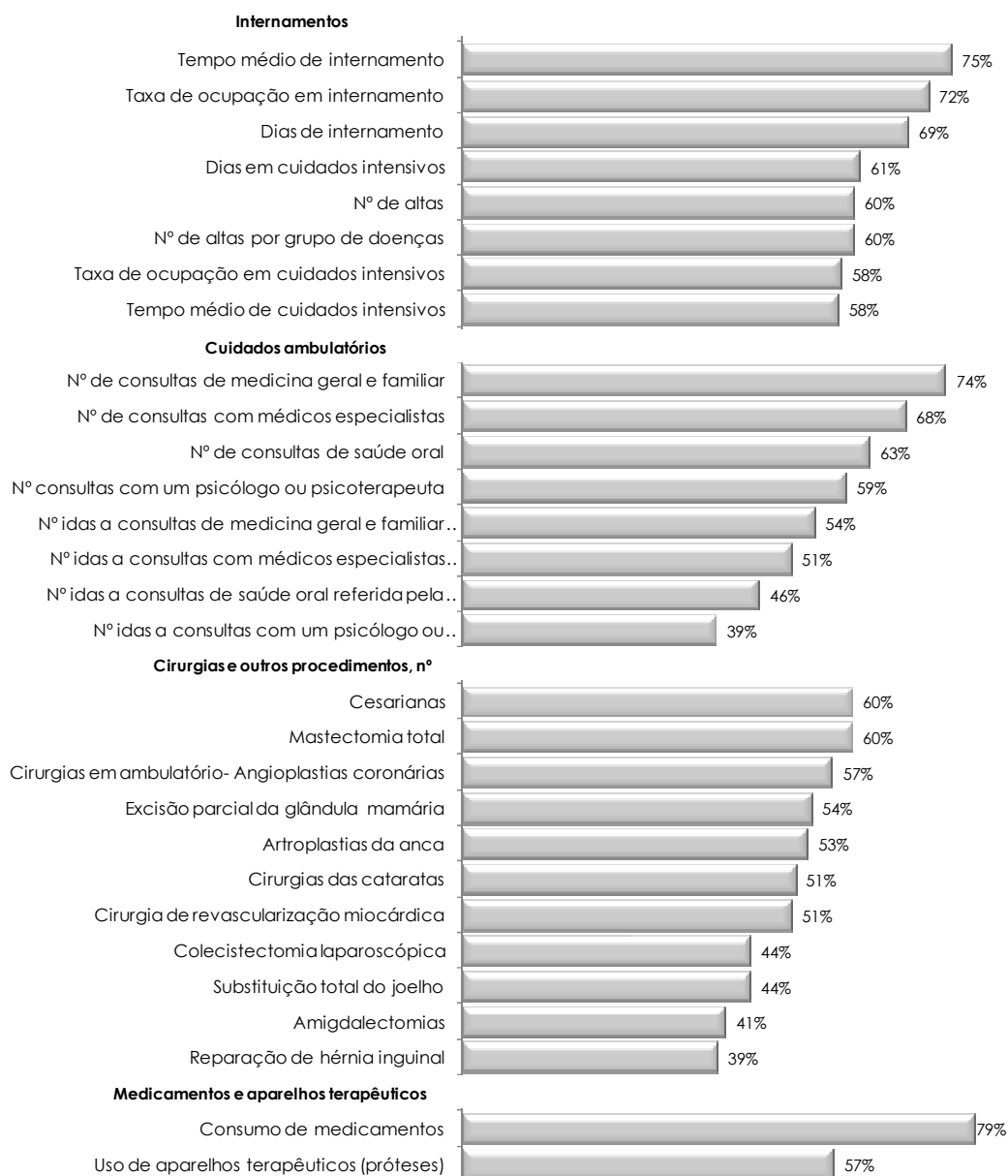
No grupo de indicadores associados a utilização de cuidados de saúde, observaram-se dez indicadores com proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” inferiores a 54%¹⁰³, em particular: 53% para o indicador relativo a “Artroplastias da anca”, 51% para “Nº idas a consultas com médicos especialistas referida pela população inquirida”, para “Cirurgias das cataratas” e para “Cirurgia de revascularização miocárdica”, 46% para “Nº idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida”, 44% para “Colectomia laparoscópica” e para “Substituição total do joelho”, 41% para “Amigdalectomias”, 39% para “Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida” e para “Reparação de hérnia

¹⁰³ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

inguinal". Destes, três indicadores revelaram um ranking elevado LOW5 de relevância reduzida ("Nº idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida", "Amigdalectomias" e "Reparação de hérnia inguinal").

Este grupo de indicadores caracterizava-se ainda pela presença de dois indicadores TOP25, relativos ao "Tempo médio de internamento" e ao "Consumo de medicamentos".

Figura 3.20. Indicadores associados a utilização dos cuidados de saúde - avaliação da relevância



Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento - relevância**Quadro 3.21. Despesas de saúde e financiamento – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.21. Despesas de saúde e financiamento - Avaliação da relevância por indicador

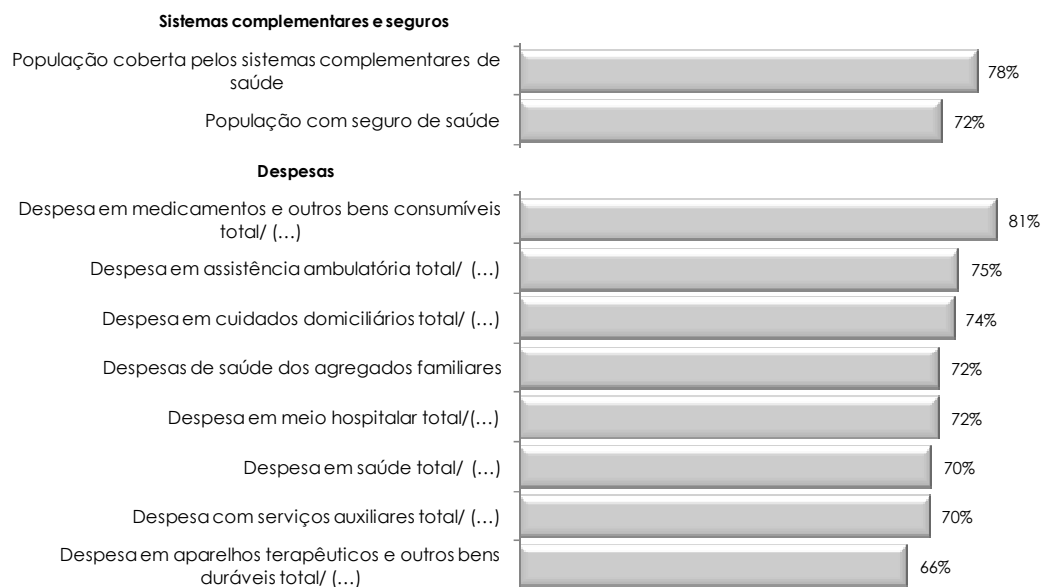
Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7(=5+6)	8
Sistemas complementares e seguros							
1 População coberta pelos sistemas complementares de saúde	98%	1%	21%	30%	48%	78%	3,2 +
2 População com seguro de saúde	98%	3%	24%	29%	43%	72%	3,1
Despesas							
1 Despesas de saúde dos agregados familiares	92%	7%	21%	23%	48%	72%	3,1
2 Despesa em saúde total/ pública/ privada	92%	4%	26%	21%	49%	70%	3,2
3 Despesa em meio hospitalar total/ pública/ privada	92%	4%	25%	23%	48%	72%	3,2
4 Despesa em assistência ambulatoria total/ pública/ privada	91%	4%	21%	25%	50%	75%	3,2 +
5 Despesa com serviços auxiliares total/ pública/ privada	91%	6%	24%	31%	39%	70%	3,0
6 Despesa em cuidados domiciliários total/ pública/ privada	92%	5%	21%	30%	44%	74%	3,1
7 Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada	92%	1%	17%	28%	53%	81%	3,3 *
8 Despesa em aparelhos terapêuticos e outros bens duráveis total/ pública/ privada	91%	5%	29%	29%	38%	66%	3,0

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ○ (LOW5)

Os indicadores associados a despesas de saúde e financiamento registaram proporções de avaliações correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário” muito elevadas, sendo em geral iguais ou superiores a 70%. Excetuava-se apenas o indicador relativo à “Despesa em aparelhos terapêuticos e outros bens duráveis total/pública/privadas”, ainda assim com uma proporção de 66%, ou seja, superior ao 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a “Muito relevante ou absolutamente necessário”.

Neste grupo identificaram-se ainda três indicadores TOP25 em termos de relevância: “População coberta pelos sistemas complementares de saúde”, “Despesa em assistência ambulatoria total/ pública/ privada”, “Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada”.

Figura 3.21. Indicadores associados a despesas de saúde e financiamento - avaliação da relevância



Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde - relevância**Quadro 3.22. Desempenho dos cuidados de saúde – Avaliação da relevância por indicador**

Quadro 2.22. Desempenho dos cuidados de saúde - Avaliação da relevância por indicador

Indicador	Nível de apreciação	Avaliação da relevância (%)					Ranking
		Não é relevante	Relevante	Muito relevante	Absolutament e necessário	Muito relevante ou absolutament e necessário	
1	2	3	4	5	6	7 (=5+6)	8
Afividade desenvolvida							
1 Proporção de indivíduos que necessitaram de uma consulta com um médico especialista e não a puderam realizar por razões económicas, de tempo de espera ou distância	94%	7%	25%	35%	33%	67%	2,9
2 Autópsias realizadas	90%	19%	41%	16%	24%	41%	2,5
3 Tempo médio de espera por uma cirurgia	93%	5%	18%	22%	55%	77%	3,3 +
4 Quantidade de transfusões de sangue	91%	11%	38%	28%	24%	51%	2,6
5 Nº transplantes de medula óssea	92%	10%	40%	25%	26%	51%	2,7
6 Nº transplantes do rim	90%	10%	37%	28%	25%	53%	2,7
7 Nº transplantes do coração	90%	8%	42%	25%	25%	51%	2,7
8 Nº transplantes do fígado	90%	8%	38%	27%	28%	54%	2,7
9 Nº transplantes da córnea	90%	11%	38%	27%	24%	51%	2,6
10 Nº transplantes do pulmão	91%	9%	40%	26%	25%	51%	2,7
11 Nº transplantes do pâncreas	90%	10%	41%	25%	24%	49%	2,6
Performance							
1 Nº de óbitos por causas de morte evitáveis	93%	5%	22%	17%	56%	73%	3,2 +
2 Taxa de readmissões em emergências em 28 dias	93%	9%	32%	29%	30%	60%	2,8
3 Mortalidade por enfarte agudo do miocárdio ou AVC em 30 dias de internamento	93%	9%	29%	28%	34%	62%	2,9
4 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para todos os cancros (exceção tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)	92%	5%	28%	27%	40%	67%	3,0
5 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da traqueia, brônquios e pulmões	92%	7%	28%	25%	40%	64%	3,0
6 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da mama	92%	5%	25%	26%	44%	70%	3,1
7 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do cólon e reto	92%	5%	23%	30%	42%	72%	3,1
8 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da próstata	92%	6%	27%	25%	42%	67%	3,0
9 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do estômago	92%	5%	28%	26%	41%	67%	3,0
10 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para melanoma maligno da pele	92%	6%	26%	31%	37%	68%	3,0
11 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do colo do útero	92%	6%	23%	26%	44%	70%	3,1
12 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para leucemias e linfomas	92%	6%	28%	27%	38%	65%	3,0
13 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro em idade inferior a 15 anos	91%	9%	28%	28%	36%	64%	2,9

Notas: ★ (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5); ● (LOW5)

De forma semelhante ao verificado na avaliação da utilização e satisfação, este grupo evidenciou uma relevância reduzida para os indicadores relativos a atividade desenvolvida e uma avaliação muito elevada, sempre superior a 54%¹⁰⁴, para os indicadores associados a performance.

Os seguintes indicadores registaram simultaneamente avaliações de "Muito relevante ou absolutamente necessário" inferiores a 54% e avaliações de "Não é relevante" superiores a 9%¹⁰⁵: "Autópsias realizadas", "Quantidade de transfusões de sangue", "Nº transplantes de

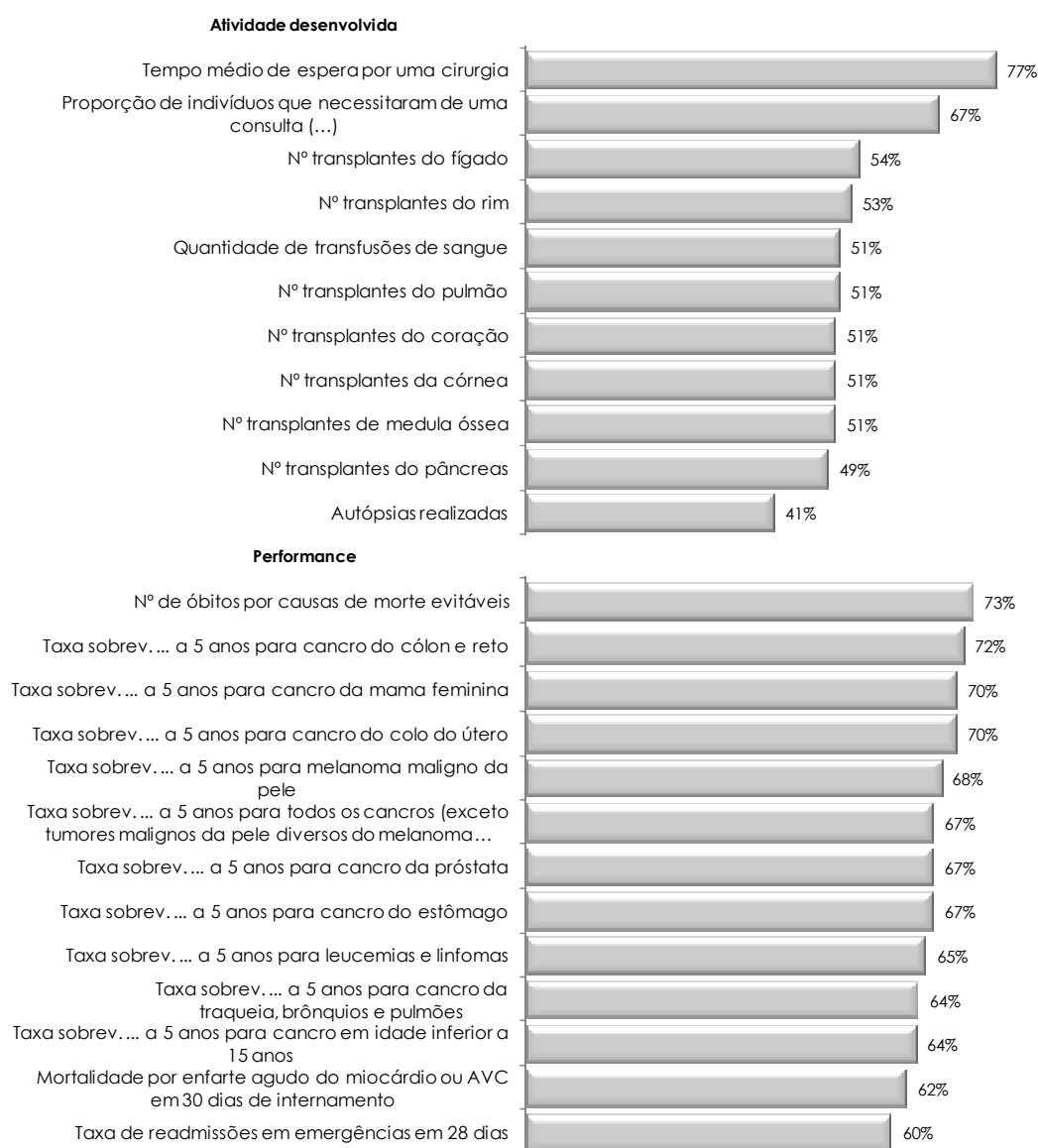
¹⁰⁴ 1º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Muito relevante ou absolutamente necessário".

¹⁰⁵ 3º quartil da distribuição das proporções correspondentes a "Não é relevante".

medula óssea”, “Nº transplantes do rim”, “Nº transplantes da córnea” e “Nº transplantes do pâncreas”.

Os indicadores “Tempo médio de espera por uma cirurgia” e “Nº de óbitos por causas de morte evitáveis” integraram o grupo de indicadores TOP25.

Figura 3.22. Indicadores associados a desempenho dos cuidados de saúde - avaliação da relevância



Em síntese, relativamente à “utilização”, “satisfação” e “relevância” podemos concluir da análise efetuada quais os indicadores mais valorados pelos respondentes ao inquérito efetuado.

Quadro 3.23. Quadro síntese classificação indicadores ECHI

	Utilização	Satisfação	Relevância
Estado de saúde – Mortalidade			
Esperança de vida e indicadores relacionados			
<i>Óbitos por sexo e por grupo etário quinquenal</i>	+		
<i>Esperança de vida à nascença</i>	+	*	+
<i>Esperança de vida aos 65 anos</i>	+	+	
<i>Tábuas de mortalidade completas</i>	+	+	
Mortalidade geral			
<i>Taxa bruta de mortalidade</i>	*	+	+
<i>Taxa de mortalidade padronizada</i>	+	*	
<i>Taxa de mortalidade infantil</i>	*	*	*
<i>Taxa de mortalidade neonatal</i>	+	*	+
<i>Taxa de mortalidade neonatal precoce</i>		+	
<i>Taxa de mortalidade pós-neonatal</i>		+	
<i>Taxa de mortalidade fetal tardia</i>		+	
<i>Taxa de mortalidade perinatal</i>		*	
<i>Risco de morrer até aos 5 anos</i>		+	
Mortalidade por causas específicas			
<i>Número de óbitos</i>	+		*
<i>Taxa bruta de mortalidade</i>	+	+	+
<i>Taxa de mortalidade padronizada</i>	+		+
Estado de saúde – Morbilidade diagnosticada			
Incidência anual			
<i>Doenças de declaração obrigatória</i>			+
<i>Tumores malignos</i>			+
<i>Tumor maligno da mama</i>		+	+
<i>Tumor maligno do cólon e recto</i>		+	
<i>Tumor maligno da colo do útero</i>		+	
<i>Indivíduos com diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano</i>	+		
<i>Acidentes vasculares cerebrais (fatais e não fatais)</i>	+		+
Estado de Saúde – Estado geral de saúde			
Inquérito de saúde por entrevista			
<i>Obesidade</i>	+		
Determinantes de saúde – Fatores individuais e biológicos			
Fatores à nascença			
<i>Número de nados vivos com baixo peso à nascença</i>		+	
<i>Número de nascimentos pré-termo</i>		+	
Condição física			
<i>Índice de massa corporal</i>	+		
Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde			
Consumo de tabaco, álcool e drogas			
Nutrição			
Outros comportamentos relacionados com a saúde			
Determinantes de saúde – Meio envolvente			

	Utilização	Satisfação	Relevância
Local de trabalho			
Espaço físico			
Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção da saúde			
Vacinação			
<i>Vacinação das crianças</i>		+	+
Rastreio			
<i>Rastreio do cancro da mama</i>			+
<i>Rastreio do cancro do colo do útero</i>			+
<i>Rastreio do cancro do cólon</i>			+
Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde			
Lotação no internamento			
Recursos humanos, profissionais em atividade			
<i>Número de profissionais de saúde</i>	*		+
<i>Número de médicos</i>	*		*
<i>Número de enfermeiros</i>	*	+	*
<i>Número de farmacêuticos</i>		+	
Formação, profissionais em atividade			
<i>Número de médicos especialistas</i>	+		
Tecnologias de diagnóstico			
Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde			
Internamentos			
<i>Número de dias de internamento</i>	+	+	
<i>Tempo médio de internamento</i>	+		+
<i>Número de altas</i>	+		
Cuidados ambulatoriais			
<i>Número de consultas de Medicina Geral e Familiar</i>	+		
<i>Número de consultas com médicos especialistas</i>	+		
Cirurgias e outros procedimentos			
<i>Número de cesarianas</i>		+	
<i>Número de amigdalectomias</i>		+	
<i>Número de mastectomias totais</i>		+	
Medicamentos e aparelhos terapêuticos			
<i>Consumo de medicamentos</i>	+		+
Sistema de saúde – Despesas da saúde e financiamento			
Sistemas complementares e seguros			
<i>População coberta pelos sistemas complementares de saúde</i>			+
Despesas			
<i>Despesa em assistência ambulatoria (total/pública/privada)</i>			+
<i>Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis (total/pública/privada)</i>			*
Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde			
Atividade desenvolvida			
<i>Tempo médio de espera por uma cirurgia</i>			+
Performance			

	Utilização	Satisfação	Relevância
Número de óbitos por causas de morte evitáveis			+

Notas: * (TOP5); + (TOP25, excluindo TOP5)

Comparando os resultados obtidos na análise dos níveis de relevância com a análise dos níveis de utilização e de satisfação, é possível concluir que há indicadores que os utilizadores consideram muito relevantes (indicadores TOP5 ou TOP25 do ranking da relevância), mas aos quais não foram atribuídos níveis elevados nem de utilização nem de satisfação. Esta situação verificou-se no caso dos seguintes indicadores: incidência anual de doenças de declaração obrigatória e de tumores malignos, rastreios dos cancros da mama, do colo do útero e do cólon e reto, população coberta pelos sistemas complementares de saúde, despesa (total/pública/privada) em assistência ambulatoria e em medicamentos e outros bens consumíveis, tempo médio de espera por uma cirurgia e número de óbitos por causas de morte evitáveis.

c. Os comentários relativos aos indicadores

No decurso do inquérito aos utilizadores os comentários foram recolhidos através de variáveis operacionalizadas por perguntas cuja resposta era dada em texto livre. A consequente análise do seu conteúdo, através de métodos qualitativos, concretiza-se através da apresentação dos valores absolutos e relativos do número de comentários em cada uma das principais categorias de indicadores identificadas no seio do Grupo de Trabalho.

Foram analisados 1244 comentários aos indicadores existentes nos 11 grupos de indicadores utilizados neste trabalho, decorrentes da classificação ECHI. Destes, 662 comentários tiveram origem no Ministério da Saúde e 582 em outros Ministérios.

Do total de comentários aos indicadores existentes que foram recebidos dos utilizadores em resposta ao inquérito e cujo conteúdo foi analisado, a maior parte referia a necessidade de desagregação do indicador segundo outras variáveis. A desagregação mais referida (28,9%) foi a geográfica, a nível de NUTS II, NUTS III, município e freguesia.

A segunda variável de desagregação mais referida foi o sexo (12,8%), seguida da variável idade (12,2%). Um pouco mais de 10% dos utilizadores (10,8%) referiram a qualidade da informação nas dimensões da definição do indicador, o seu algoritmo de cálculo, a sua validade, fiabilidade, reprodutibilidade, atualidade dos dados e disponibilidade tardia.

Seguiu-se o interesse em associar o indicador a outras variáveis como o consumo de álcool, tabaco, drogas e outras dependências, hábitos de vida, gravidez, número de utentes inscritos em unidades de saúde, referido por 110 utilizadores (8,8%).

Apenas 37 utilizadores (3,0%) referiram a desagregação temporal ou a atualização insuficientes nos seus comentários, enquanto a dificuldade de acesso aos dados foi referida em 18 comentários (1,5%), e incluía os motivos “inexistência do indicador” e “segredo estatístico”.

A necessidade de desagregar os indicadores de acordo com o subsistema de saúde foi referida em 90 comentários, maioritariamente com referência à distinção entre o Serviço Nacional de Saúde e prestadores privados.

A análise da distribuição das categorias emergentes dos comentários aos indicadores existentes é agora apresentada em maior detalhe pelas categorias da lista ECHI.

Quadro 3.24. Comentários aos indicadores ECHI

<p><u>Estado de saúde – Mortalidade</u></p>	<p>O total de comentários obtidos neste nível de desagregação dos indicadores ECHI foi de 190, sendo 88 (46,3%) relativos à necessidade de desagregação geográfica, 49 (25,8%) relativos à necessidade de desagregação por sexo, 19 (10%) relativos a aspetos da qualidade do indicador, 19 (10%) relativos a necessidade de desagregação por grupos etários, 14 (7,4%) ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores, 11 (5,8%) relativos a necessidade de maior frequência de atualização e 5 comentários (2,6%) relativos a dificuldades de acesso.</p>
--	---

<p><u>Estado de saúde – Morbilidade diagnosticada</u></p>	<p>Foram analisados 178 comentários relativos a indicadores em utilização neste nível dos indicadores ECHI. A maior parte dos indicadores referia necessidades de desagregação: por grupos etários (N=48; 27,0%), referiam a necessidade de desagregação por sexo (N=36; 20,2%), geográfica (N=25; 14,0%). Outros aspetos comentados pelos utilizadores que não a estratificação do indicador eram relativos a necessidade de maior frequência de atualização (N=24; 13,5%), a aspectos da qualidade do indicador (N=23;12,9%), ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores (N=15; 8,4%) e, finalmente 12 comentários (6,7%) relativos a dificuldades de acesso.</p>
<p><u>Estado de saúde – Estado Geral de Saúde</u></p>	<p>Foram analisados 95 comentários, a maior parte dos quais referia necessidades de desagregação de nível geográfico (N=28; 29,5%). O segundo aspeto mais referido era relativo à qualidade do indicador (N=19; 20,0%). Os comentários menos frequentes incluíam a necessidade de desagregação por sexo (N=9; 9,5%), desagregação por grupos etários (N=7; 7,4%), e ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores (N=6; 6,3%). Não foram recebidos comentários relativos a necessidade de maior frequência de atualização ou a dificuldades de acesso.</p>
<p><u>Determinantes de saúde – Factores individuais e biológicos</u></p>	<p>Este nível da lista ECHI foi o que recebeu menos comentários por parte dos utilizadores. Os 34 comentários obtidos eram relativos a aspetos da qualidade do indicador (N=10; 29,4%), e à necessidade de desagregação geográfica mais fina (N=8; 23,5%). A necessidade de desagregação por sexo (N=3; 8,8%), por grupos etários (N=1; 2,9%), ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores (N=3; 8,8%) mereceram menos comentários. Não foram recebidos comentários relativos a necessidade de maior frequência de atualização ou a dificuldades de acesso.</p>
<p><u>Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde</u></p>	<p>Dos 109 comentários analisados relativos a indicadores neste nível ECHI, tanto a necessidade de desagregação geográfica como os aspetos da qualidade do indicador foram referidos por 30 dos utilizadores (27,5%). A necessidade de maior frequência de atualização foi mencionada por 9 utilizadores (8,3%). A necessidade de desagregação por grupos etários e o interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores foram referidos por 5 utilizadores (4,6%) cada. Finalmente, apenas 2 utilizadores (1,8%) referiram a necessidade de desagregação por sexo. Não foram recebidos comentários relativos a dificuldades de acesso.</p>

<p><u>Determinantes de saúde – Meio envolvente</u></p>	<p>O total de comentários obtidos neste nível de desagregação dos indicadores ECHI foi de 50, sendo 10 (20,0%) relativos à necessidade de desagregação geográfica, 11 (22,0%) relativos a aspetos da qualidade do indicador, 9 (18,0%) relativos a necessidade de desagregação por grupos etários, 3 (6,0%) ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores, 2 (4,0%) relativos a necessidade de maior frequência de atualização e 1 comentário (2,0%) relativo a dificuldades de acesso à informação. Não foram recebidos comentários relativos à necessidade de desagregação por sexo.</p>
<p><u>Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção da saúde</u></p>	<p>Dos 37 comentários analisados, 9 (24,3%) eram relativos à necessidade de desagregação geográfica, 6 (16,2%) à necessidade de desagregação por grupos etários, e 5 (13,5%) a aspetos da qualidade do indicador. O interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores foi mencionado por 3 utilizadores (8,1%). Não foram recebidos comentários em relação à desagregação por sexo ou género, à frequência de atualização ou a dificuldades de acesso à informação.</p>
<p><u>Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde</u></p>	<p>O total de comentários obtidos neste nível de desagregação dos indicadores ECHI foi de 111, sendo 25 (22,5%) relativos à necessidade de diferenciar os prestadores públicos, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, dos prestadores privados, 23 (20,7%) relativos à necessidade de maior desagregação geográfica, 15 (13,5%) relativos à necessidade de desagregação por sexo, 15 (13,5%) relativos a necessidade de desagregação por grupos etários, 10 (9,0%) referentes ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores. Não foram recebidos comentários relativos à necessidade de maior frequência de atualização, dificuldades de acesso, ou a aspetos da qualidade do indicador.</p>
<p><u>Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde</u></p>	<p>Este foi o nível da lista de indicadores ECHI que recebeu o maior número de comentários. Dos 207 comentários, 43 (20,8%) indicavam a necessidade de diferenciar os prestadores públicos, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, dos prestadores privados. Logo em seguida, 42 (20,3%) referiam necessidades de desagregação geográfica, 32 (15,5%) referiam o interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores, e 21 (10,1%) a desagregação por sexo. A necessidade de desagregação por grupos etários era referida em 17 comentários (8,2%), enquanto a qualidade do indicador era referida em 10 comentários (4,8%). Não foram recebidos comentários relativos a necessidade de maior frequência de atualização, ou a dificuldades de acesso.</p>

<p><u>Sistema de saúde – Despesas da saúde e financiamento</u></p>	<p>O total de comentários obtidos neste nível de desagregação dos indicadores ECHI foi de 82, sendo 43 (52,4%) relativos à necessidade de desagregação geográfica, 13 (15,9%) relativos à necessidade de diferenciar os prestadores públicos, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, dos prestadores privados, 2 (2,4%) relativos à necessidade de desagregação por sexo, 3 (3,7%) relativos a aspetos da qualidade do indicador, 2 (2,4%) relativos a necessidade de desagregação por grupos etários, 4 (4,9%) ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores, Não foram recebidos comentários relativos a necessidade de maior frequência de atualização ou a dificuldades de acesso a esses indicadores.</p>
<p><u>Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde</u></p>	<p>Os comentários relativos ao desempenho dos cuidados de saúde totalizaram 141, sendo mais de metade relativos à necessidade de desagregação geográfica (N=50;35,4%), por grupos etários (N=23; 16,3%), por sexo (N=22; 15,6%), assim como ao interesse em associar ou correlacionar o indicador com outros indicadores (N=15; 10,6%). A necessidade de diferenciar os prestadores públicos, nomeadamente o Serviço Nacional de Saúde, dos prestadores privados foi mencionada por 9 utilizadores (6,4%), enquanto 4 (2,8%) mencionavam aspetos da qualidade do indicador. Não foram recebidos comentários relativos a necessidade de maior frequência de atualização, nem a dificuldades de acesso.</p>

Seguidamente apresentam-se os comentários aos indicadores segundo as principais categorias emergentes:

Quadro 3.25. Síntese dos comentários aos indicadores ECHI

	Nº de comentários recebidos	Desagregação geográfica	Desagregação por sexo	Desagregação por idade	Qualidade do indicador	Associar o indicador a outros indicadores	Desagregação temporal / atualização insuficiente	Dificuldade de acesso aos dados (inexistência do indicador/segredo estatístico)	Desagregação por subsistema de saúde
Estado de saúde									
Mortalidade	190	88 (46,3%)	49 (25,8%)	19 (10,0%)	19 (10,0%)	14 (7,4%)	11 (5,8%)	5 (2,6%)	--
Morbilidade diagnosticada	178	25 (14,0%)	36 (20,2%)	48 (27,0%)	23 (12,9%)	15 (8,4%)	24 (13,5%)	12 (6,7%)	--
Estado geral de saúde	95	28 (29,5%)	9 (9,5%)	7 (7,4%)	19 (20,0%)	6 (6,3%)	--	--	--
Determinantes de saúde									
Fatores individuais e biológicos	34	8 (23,5%)	3 (8,8%)	1 (2,9%)	10 (29,4%)	3 (8,8%)	--	--	--
Comportamentos na saúde	109	30 (27,5%)	2 (1,8%)	5 (4,6%)	30 (27,5%)	5 (4,6%)	9 (8,3%)	--	--
Meio envolvente	50	10 (20,0%)	--	9 (18,0%)	11 (22,0%)	3 (6,0%)	2 (4,0%)	1 (2,0%)	--
Sistema de saúde									
Prevenção, proteção e promoção da saúde	37	9 (24,3%)	--	6 (16,2%)	5 (13,5%)	3 (8,1%)	--	--	--
Recursos dos cuidados de saúde	111	23 (20,7%)	15 (13,5%)	15 (13,5%)	--	10 (9,0%)	--	--	25 (22,5%)
Utilização dos cuidados de saúde	207	42 (20,3%)	21 (10,1%)	17 (8,2%)	10 (4,8%)	32 (15,5%)	--	--	43 (20,8%)
Despesas da saúde e financiamento	82	43 (52,4%)	2 (2,4%)	2 (2,4%)	3 (3,7%)	4 (4,9%)	--	--	13 (15,9%)
Desempenho dos cuidados de saúde	141	50 (35,4%)	22 (15,6%)	23 (16,3%)	4 (2,8%)	15 (10,6%)	--	--	9 (6,4%)

Nota: A soma das percentagens em cada linha é diferente de 100%, o que pode dever-se a comentários que referem mais do que uma das principais categorias emergentes ou a comentários que não referem estas categorias.

d. Os novos indicadores propostos

A apresentação que se segue dos novos indicadores baseou-se na inventariação e classificação prévia das propostas em termos dos 11 subgrupos do segundo nível da lista de indicadores já utilizados nas análises atrás desenvolvidas. No decurso da análise, descrevem-se os indicadores propostos e identificam-se as sobreposições com a lista de indicadores utilizada no inquérito.

O maior número de novos indicadores propostos proveio dos "outros ministérios" (214), seguidas das Ordens Profissionais (112), Ministério da Saúde (57) e coordenadores dos programas verticais (49). Alguns (n=19) faziam notar que os indicadores propostos estão incluídos no PNS 2011-2016¹⁰⁶ (por exemplo "Índice de CPOD aos 12 anos", "partos por cesariana"). Na maior parte dos casos os comentários fornecem a fonte para a obtenção do indicador (por exemplo: "Número de dias de ausência ao trabalho devido a doença" indicando o MTSS como fonte; "% de utentes sem médico de família", referindo as ARS como fonte). Outros comentários referenciam os novos indicadores a programas de saúde (por exemplo o indicador "Incidência de ambliopia/perda de visão igual ou inferior a 5/10, com correção, detetadas até aos 5 anos de idade", referenciado ao "Programa Nacional para a

¹⁰⁶ Versão do PNS à data (Março – Maio 2011)

Saúde da Visão" - DGS 2005. Em cada grupo são apresentados mais detalhadamente os comentários recebidos.

Quadro 3.26. Novo indicadores propostos

Estado de Saúde	
Mortalidade	
Nº total de propostas	38
Nº de avaliadores	16
Nº médio propostas por avaliador	2,4
Nº propostas relevantes ^(a)	32
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> -DALY por doença ou incapacidade -Idades médias ao óbito por causas de morte - Mortalidade fetal - Risco de morrer - Referidas causas para além da LSE: Mortalidade materna, Hipertensão arterial, Gripe, Excesso de peso, Consumo de álcool, Consumo de droga, Consumo de tabaco, Acidentes de trabalho, Onda de frio - Especificados detalhes da informação por sexo, grupos etários, área geográfica, naturalidade, características socioeconómicas
Morbilidade diagnosticada	
Nº total de propostas	38
Nº de avaliadores	11
Nº médio propostas por avaliador	3,5
Nº propostas relevantes ^(a)	34
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Ambliopia, cataratas e cegueira legal - Casos de infeção pelo vírus do papiloma humano - Casos de obesidade - Crianças com doença mental diagnosticada - Lesões por atropelamento - Outras infeções sexualmente transmissíveis (para além da infeção HIV) - Sexualidade - Tuberculose - Tumores do endométrio, do esófago, do fígado, dos olhos, órbita e anexos oculares, da orofaringe e cavidade bucal, dos ovários
Estado geral de saúde	
Nº total de propostas	2
Nº de avaliadores	1
Nº médio propostas por avaliador	2,0
Nº propostas relevantes ^(a)	1
Em síntese:	- Anos de trabalho perdidos por incapacidade

Determinantes de saúde

Fatores individuais e biológicos	
Nº total de propostas	10
Nº de avaliadores	7
Nº médio propostas por avaliador	1,4
Nº propostas relevantes (a)	10
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Nados vivos com malformações congénitas - Nados vivos de mães adolescentes - Perímetro abdominal - Prevalência de indivíduos com colesterol elevado e/ou hipertensão arterial
Comportamentos na saúde	
Nº total de propostas	29
Nº de avaliadores	14
Nº médio propostas por avaliador	2,1
Nº propostas relevantes (a)	27
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Álcool e substâncias ilícitas: consumo durante a gravidez e a amamentação - Acidentes de viação atribuíveis ao consumo de substâncias ilícitas - Consumo de água, açúcar, cálcio, carne, <i>fast food</i>, gorduras, lacticínios, refrigerantes, sal - Consumo de cálcio na adolescência - Maternidade e paternidade adolescente - Sexualidade segura - Tabagismo ocasional
Meio envolvente	
Nº total de propostas	12
Nº de avaliadores	7
Nº médio propostas por avaliador	1,7
Nº propostas relevantes (a)	8
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Características da habitação - Poluição sonora - Monitorização de pesticidas - Existência de espaços verdes - Existência de espaços de lazer nas escolas - Criminalidade, nomeadamente contra a integridade física e a autodeterminação sexual

Sistema de saúde

Prevenção, promoção e proteção da saúde	
Nº total de propostas	35
Nº de avaliadores	14
Nº médio propostas por avaliador	2,5
Nº propostas relevantes (a)	34
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Nº primeiras consultas nos primeiros 28 dias de vida - Nº exames global realizados às crianças: para idades específicas - Nº hipertensos com tensão monitorizada - Distribuição dos serviços de rastreio - Rastreio do cancro colorectal, do cancro do endométrio, do cancro do ovário, do cancro da próstata - Rastreio de DST - Rastreio do VIH - Rastreio das hepatites virais - Rastreio da obesidade - Rastreio da retinopatia diabética - Vacinação do tétano - Vacinação HPV - Vacinação por grupos etários e para grupos de risco
Recursos dos cuidados de saúde	
Nº total de propostas	84
Nº de avaliadores	23
Nº médio propostas por avaliador	3,7
Nº propostas relevantes (a)	75
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de cuidados continuados e serviço domiciliário - Assistência pré-hospitalar - Nº unidades de saúde: por tipo de unidade prestadora do serviço de saúde, por tipo de gestão - Nº camas em cuidados intermédios - Nº camas por especialidade médica - Nº equipamentos de diagnóstico e terapêutica por tipo de equipamento (angiografia, aparelhos de radioterapia, ecografia, endoscopia, equipamentos para realização de hemodiálise, mamografia, PET, RX, unidades de hemodinâmica, unidades de transplante) - Nº profissionais de saúde por área de formação, profissão, especialidade, grupo etário, situação de atividade, tipo de unidade prestadora de serviço de saúde em que trabalha, sector público ou sector privado - Nutricionistas, fisioterapeutas e ortoptistas
Utilização dos cuidados de saúde	
Nº total de propostas	104
Nº de avaliadores	24
Nº médio propostas por avaliador	4,5

Nº propostas relevantes (a)	96
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Nº internamentos por causa de internamento, nº doentes internados - Nº urgências hospitalares, nº doentes observados nos serviços de urgência - Nº consultas por especialidade médica, por tipo de consulta, por tipo de unidade prestadora e por sector público e privado - Nº consultas de enfermagem e horas de cuidados de enfermagem - Nº consultas maternas e do recém-nascido - Nº consultas de nutrição - Nº consultas de planeamento familiar, infertilidade - Nº consultas de IVG - Nº idas a consultas de medicinas alternativas - Nº atos de diagnóstico realizados - Nº atos de terapêutica realizados, nomeadamente de terapêutica oncológica por tipo de ato (braquiterapia, quimioterapia, radioterapia), de oxigenoterapia - Intervenções de grande e média cirurgia por tipo de cirurgia - Nº de doentes operados em cirurgia de ambulatório - Nº partos por tipo de parto - Nº interrupções voluntárias da gravidez - Nº de indivíduos em tratamento de procriação medicamente assistida - Consumo de medicamentos genéricos, consumo de medicamentos sem receita médica, consumo de medicamentos em hospitais - Consumo de medicamentos no SNS em regime de ambulatório - Consumo de medicamentos por classificação terapêutica - Uso de auxiliares de marcha
Despesas da saúde e financiamento	
Nº total de propostas	14
Nº de avaliadores	6
Nº médio propostas por avaliador	2,3
Nº propostas relevantes (a)	8
Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - Despesas com medicamentos: total, nos hospitais, em % da despesa em saúde - Comparticipação de medicamentos - Despesas com medicamentos genéricos - Despesas com o Serviço Nacional de Saúde: total e com recursos humanos - Despesa com contraceção total/pública - Receitas em saúde: total/público/privado
Desempenho dos cuidados de saúde	
Nº total de propostas	59
Nº de avaliadores	31
Nº médio propostas por avaliador	1,9
Nº propostas relevantes (a)	23

Em síntese:	<ul style="list-style-type: none"> - % indivíduos por nível de satisfação com os serviços de saúde - % indivíduos sem médico de família - % gravidezes monitorizadas - % de nados vivos com diagnóstico precoce realizado até ao 7º dia de vida - Taxa de utilização dos CSP, das consultas médicas, das consultas de enfermagem, das consultas de planeamento familiar - Incidência de amputações major em diabéticos na população residente - Taxa de sobrevivência relativa a 2 anos para cancro do pâncreas e a 5 anos para cancro do endométrio e para cancro do ovário - Tempo médio de espera para consultas de especialidade, nomeadamente de MGF - Mediana do tempo de espera entre a referenciação e a admissão em cuidados continuados - Mortalidade por infeção associada a cuidados de saúde - Taxa padronizada de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório - Readmissões em internamentos hospitalares - N.º menores com doença mental diagnosticada acolhidas em instituições do sistema de proteção social
--------------------	---

^(a) Depois de excluídas propostas relativas a indicadores não estatísticos (e.g. orçamentos) e sem duplicações.

Tendo presente os grupos analisados:

Estado de Saúde – Mortalidade

Foram apresentadas 38 novas propostas por 16 entidades diferentes: 14 indicadores relativos a demografia e 24 relativos a estatísticas de saúde pública. Excluíram-se da análise seis propostas por refletirem indicadores constantes da lista ECHI, nomeadamente “Anos potenciais de vida perdidos” e causas especificadas na Lista Sucinta Europeia¹⁰⁷.

No conjunto das novas propostas consideradas, evidencia-se a referência ao cálculo do “Risco de morrer por grupos etários”, dos “Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) por doença”, e das “Idades médias ao óbito por causa de morte”, bem como necessidades específicas para algumas causas de morte: Mortalidade materna, Hipertensão arterial, Gripe, Excesso de peso, Consumo de álcool, Consumo de droga, Consumo de tabaco, Acidentes de trabalho, Suicídio, Onda de frio.

Cerca de metade das propostas consubstanciam basicamente a especificação de detalhes de apuramento por sexo, grupos etários específicos, naturalidade, área geográfica e características socioeconómicas. Neste sentido, são intrinsecamente idênticas aos comentários registados para os indicadores ECHI (190 no caso do grupo em análise), dos quais 66% referem a necessidade de desagregação por sexo, grupo etário ou área geografia (ACES em 10% do total de comentários).

¹⁰⁷ Ver Anexo - Lista europeia sucinta de causas de morte

É também especificada a “Mortalidade fetal”, uma vez que os indicadores ECHI delimitam a análise à “Mortalidade fetal tardia”.

Estado de Saúde – Morbilidade diagnosticada

É um dos três grupos com maior número de propostas, 38, associadas a 11 entidades diferentes. Excluíram-se da análise duas propostas por refletirem indicadores constantes da lista ECHI (“Hepatite B e C”; “Lesões provocadas por acidentes no local de trabalho”), e quatro por especificação insuficiente (e.g. outros indicadores de saúde mental).

No conjunto das novas propostas consideradas, evidencia-se a referência a doenças do foro oftalmológico (Ambliopia, cataratas e cegueira legal, com discriminação das origens da cegueira legal), a tumores específicos não referidos nos indicadores ECHI (Tumores do endométrio, do esófago, do fígado, dos olhos, órbita e anexos oculares, da orofaringe e cavidade bucal, dos ovários) e à infeção por HPV, à sexualidade, à obesidade e ao colesterol elevado.

O detalhe por características demográficas ou socioeconómicas não é solicitado de forma significativa (duas novas propostas), sendo todavia referido em 37% dos 179 comentários aos indicadores ECHI deste grupo. Uma entidade específica acrescenta a prevalência aos indicadores cuja incidência específica está prevista na lista ECHI.

Estado de Saúde – Estado Geral de Saúde

Das duas propostas apresentadas, evidencia-se a relativa ao cálculo dos “Anos de trabalho perdidos por incapacidade”. O indicador “Número de dias de ausência ao trabalho devido a doença” corresponde à “Incapacidade temporária para o trabalho”. O detalhe por características demográficas ou sociodemográficas, que não existe nas duas propostas apresentadas, constitui todavia o cerne de 43% dos comentários aos indicadores ECHI deste grupo. Dos 8 comentários a novos indicadores deste tipo, 7 justificavam a sua necessidade e referiam-se a indicadores relacionados com a vivência sexual.

Determinantes de saúde – Fatores individuais e biológicos

Foram apresentadas 10 novas propostas por 7 entidades diferentes. No conjunto das dez propostas salienta-se a necessidade de indicadores sobre fatores à nascença – existência de malformações congénitas e nascimentos de mães adolescentes – e sobre condições físicas associadas a doenças cardiovasculares – perímetro abdominal e as prevalências de

indivíduos com colesterol elevado e de indivíduos com hipertensão arterial (para além da incidência prevista na lista ECHI).

Registam-se ainda 14 comentários, num total de 36 para o grupo em análise (39%), que referem a necessidade de desagregação por sexo ou área geografia.

Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde

Foram apresentadas 29 novas propostas por 14 entidades diferentes, salientando-se o interesse em dispor de indicadores estatísticos sobre o consumo de álcool e substâncias psicoativas durante a gravidez e amamentação, sobre a condução de veículos e o consumo de substâncias psicoativas, sobre o consumo de bens alimentares específicos e alimentos ou bebidas de fabrico industrial, sobre os meios utilizados numa sexualidade segura.

A preocupação com o consumo de bens alimentares específicos reflete-se também em alguns comentários recebidos (consumo de pão e cereais por tipo, consumo de carne por tipo, consumo de leguminosas).

No total de 117 comentários recebidos para o grupo em análise, 34% referem a necessidade de desagregação por ACES.

Excluíram-se da análise duas propostas por especificação insuficiente (Indicadores sobre os hábitos de risco e patologias das mães e pais, Atividade física).

Alguns dos indicadores propostos, já em si bastante específicos e decorrendo de instrumentos não harmonizados (por exemplo “prática de atividade física federada ou em ginásio (treino duro), tendo em conta o nº de vezes por semana (tempo) em que é praticada”), receberam comentários de reforço da necessidade de desagregação geográfica máxima.

Determinantes da saúde – Meio envolvente

Foram apresentadas 12 novas propostas por 7 entidades diferentes, referindo o interesse em dispor de indicadores estatísticos sobre as condições da habitação e a existência de espaços verdes, a existência de locais de recreio nas escolas, pesticidas e poluição sonora, e sobre a criminalidade contra as pessoas.

Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção da saúde

Foram apresentadas 35 novas propostas por 14 entidades diferentes, salientando-se as relativas à monitorização de um programa de exames globais às crianças em idades específicas (e.g. primeiros 28 dias de vida, 5-6 anos, 11-13-anos), à vacinação do PNV e extra-PNV, de grupos de risco e grupos etários específicos, aos rastreios da tensão arterial em hipertensos, da obesidade, da retinopatia diabética, dos cancros colorectal e relativos ao aparelho reprodutor, das doenças sexualmente transmissíveis, das hepatites virais e do vírus da imunodeficiência humana.

Seis propostas apenas consubstanciam a especificação dos indicadores vacinação das crianças e os rastreios do cancro da mama e do colo do útero por grupos etários.

A preocupação com a vacinação de grupos de risco e grupos etários específicos reflete-se também em alguns comentários recebidos (vacinação das crianças por idade, vacinação dos indivíduos institucionalizados, vacinação das grávidas e indivíduos com doenças crónicas).

Foram recebidos 48 comentários para o conjunto de indicadores do grupo em análise, dos quais 19% referem a necessidade de desagregação geográfica.

Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde

É o segundo grupo com maior número de propostas, 83, associadas a 23 entidades diferentes. Excluíram-se da análise cinco propostas por refletirem indicadores constantes da lista ECHI (“Nº de camas nos estabelecimentos de saúde”), ou por referirem indicadores compostos (“Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes”; “Nº de Enfermeiros por Habitante e por NUT”; “Número de Enfermeiros por Família”; “Relação Nº de Médicos / Nº de Enfermeiros”).

No conjunto das novas propostas consideradas, evidencia-se a referência aos serviços de cuidados continuados e domiciliários, à assistência pré-hospitalar, à caracterização das unidades de saúde – por tipo de unidade de saúde e gestão pública ou privada –, à inventariação dos equipamentos de diagnóstico e terapêutica e à caracterização dos profissionais de saúde por formação, profissão, especialidade, grupo etário, situação de atividade, e sector em que presta serviço (público ou privado).

Da análise de alguns dos comentários aos novos indicadores ressalta a preocupação com a desagregação de indicadores pelos diversos subsistemas de saúde, nomeadamente na distinção entre serviços públicos e privados. São disto exemplo a menção a alguns indicadores mais frequentes como a desagregação público/privado do “Número de recursos humanos (médicos, fisioterapia)”, “Número de cirurgias realizadas em ambulatório”, “Número de estabelecimentos hospitalares e centros de saúde”, “Lotação do

internamento em hospitais e em centros de saúde". Outros comentários referem-se a indicadores mais específicos como o "Número de unidades de hemodinâmica", o "Número de aceleradores lineares".

No conjunto dos indicadores aqui propostos, o detalhe por características demográficas não é solicitado de forma significativa (duas propostas), sendo todavia referido em 22% dos 144 comentários à lista de indicadores ECHI deste grupo. São relevantes as referências à desagregação por especialidade, sexo ou grupo etário (22%) e à partição entre público e privado (19%).

Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde

É o grupo com maior número de propostas, 104, associadas a 24 entidades diferentes. No conjunto das novas propostas relevantes, evidenciam-se as que traduzem a necessidade de dados de internamento por causas, de consultas por especialidade médica, de atos de terapêutica por tipo de ato, de medicamentos por grupo fármaco-terapêutico, de intervenções de grande e média cirurgia por tipo de cirurgia, e as relativas à inclusão de indicadores sobre consultas materno-infantis, de enfermagem, nutrição, planeamento familiar, partos, procriação medicamente assistida e IVG. Sobressai ainda a necessidade de dados desagregados por sector público/privado, por tipo de unidade prestadora do serviço e, no caso dos medicamentos, o consumo de medicamentos genéricos e o consumo de medicamentos sem receita médica.

Excluíram-se da análise sete propostas por refletirem indicadores constantes da lista ECHI ("Taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde", "Nº de doentes saídos", "Nº de altas por especialidade médica e cirúrgica", "Taxa de utilização de consultas de MGF"), por referirem indicadores compostos ("Número médio de consultas por habitante", "Média de consultas de MGF"), ou por especificação insuficiente (Receitas médicas e embalagens).

No conjunto de 232 comentários, o detalhe por tipo de unidade e a distinção entre público e privado é referido em 25% dos comentários, e a desagregação geográfica em 23% dos comentários. A desagregação por sexo e grupo etário é solicitada em 14% dos comentários.

Também neste grupo foram recebidos alguns comentários relativos a necessidades de desagregação segundo o tipo de prestador, público ou privado.

Sistema de saúde – Despesas da saúde e financiamento

Foram apresentadas 14 novas propostas por 6 entidades diferentes, salientando-se as receitas em saúde e a repartição destas e das despesas em saúde por sector público e

sector privado. São também referidas as despesas com medicamentos, nomeadamente nos hospitais, as despesas com medicamentos genéricos e a comparticipação de medicamentos.

Excluíram-se da análise seis propostas por não constituírem indicadores estatísticos (Convenções, Orçamento da ADSE e outros sistemas complementares de saúde, Orçamento das Administrações Regionais de Saúde, Orçamento do SNS: total e hospitais) ou por referirem indicadores compostos (“% da despesa em saúde no PIB”, “Despesa média mensal com contraceção”).

No conjunto de 85 comentários recebidos, evidencia-se a referência maioritária a necessidades de detalhe por geografia (44 casos).

Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde

Foram apresentadas 60 novas propostas por 31 entidades diferentes, salientando-se a “Taxa padronizada de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório” e a “Mortalidade por infeção associada a cuidados de saúde”, a “Percentagem de gravidezes monitorizadas” e a “Percentagem de nados vivos com diagnóstico precoce realizado até ao 7º dia de vida”, a “Percentagem de indivíduos por nível de satisfação com os serviços de saúde” e a “Percentagem de indivíduos com médico de família”, a utilização dos serviços de saúde primários, das consultas de enfermagem, e das consultas de planeamento familiar, a “Incidência de amputações major em diabéticos na população residente”, as taxas de sobrevivência relativa a 2 anos para cancro do pâncreas e a 5 anos para cancro do endométrio e para cancro do ovário, o “Tempo médio de espera para consultas de especialidade”, nomeadamente de MGF e a “Mediana do tempo de espera entre a referenciação e a admissão em cuidados continuados”, as “Readmissões em internamentos hospitalares”, o “Número de menores com doença mental diagnosticada acolhidas em instituições do sistema de proteção social”.

No conjunto de 192 comentários recebidos, 27% referem-se a necessidades de detalhe por geografia (112 casos) e 9% a detalhe por sexo e grupo etário (24 casos).

4. AS FRAGILIDADES E DISFUNCIONALIDADES IDENTIFICADAS

Como vimos, no decurso das últimas décadas, ocorreram avanços significativos na abrangência das estatísticas da saúde. À medida que as necessidades em termos de informação estatística foram surgindo, criaram-se as respostas possíveis à sua resolução. Estas, contudo, nem sempre corresponderam às exigências emergentes nem tão pouco às expectativas criadas. Este desequilíbrio conduziu a que, na atualidade, nos defrontemos com um conjunto de diversas lacunas, as quais, consideramos, têm impedido um desenvolvimento regular das estatísticas nacionais de saúde. Neste capítulo são enumeradas as principais insuficiências identificadas:

- Tendo presente um dos principais marcos históricos atrás referidos, importa mencionar, em primeiro lugar, que as conclusões e recomendações do Grupo de Trabalho anterior sobre Estatísticas da Saúde, criado na sequência da 3ª Decisão da Secção Permanente de Estatísticas Demográficas e Sociais em 7/7/93 (Doct/566/CSE/DS) – que finalizou o seu relatório em 1997 – só parcialmente foram postas em prática¹⁰⁸. Entre as propostas de ação então consideradas destacam-se, pela sua relevância e atualidade, os seguintes extratos do documento:

2.2.1 c) Estudo e desenvolvimento do processo de delegação de competências do INE no Ministério da Saúde, ...

2.2.2 a) Novas fontes de dados a explorar que poderão representar custos significativos:

Grupos de Diagnóstico Homogéneos

Inquérito ao sector privado de saúde em ambulatório

Inquérito às causas das baixas por doença por amostragem....

Dentro das prioridades estabelecidas, as orientações vão no sentido da melhoria da qualidade e aprofundamento das áreas já inquiridas, assim especificadas:

1. "Melhoria da informação já existente através do aperfeiçoamento da sua qualidade; aproveitamento de fontes administrativas e da recolha de dados já existentes (integração de subsistemas de informação existentes, nomeadamente, GDH, ROR e doenças profissionais); formação de pessoal dos organismos produtores de informação estatística em saúde".

¹⁰⁸ DOCT/1290/CSE/DS

2. "Melhoria de informação em áreas já inquiridas, através da revisão dos instrumentos de notação em vigor, na óptica da informação definida para a área da saúde neste documento".
3. "Alargamento da recolha de dados a áreas ainda não cobertas, algumas das quais obrigam à organização de ficheiros inexistentes".

Constam igualmente no referido relatório, a necessidade da publicação regular da "Balança Alimentar" pelo INE; a necessidade de estudar a forma de implementação de um sistema de informação relativo à classificação nosológica das baixas por doença, em que questões como a confidencialidade da informação, tipo de classificações a utilizar, acesso à informação, entidades responsáveis pela sua recolha e tratamento, deviam ser estudadas e definidas, devendo ser elaborada uma proposta de protocolo para o efeito.

A qualidade dos cuidados de saúde prestados e a satisfação com os serviços de saúde, constituem áreas relevantes, também consideradas importantes no documento em referência, que apenas na atualidade começam a ser visíveis em termos de informação disponível.

Da lista detalhada da informação estatística na área da saúde necessária (ponto 2.4.2 do relatório), é contudo de salientar que aquela onde se verificaram progressos significativos é a das despesas e financiamento da saúde. Esta evolução resulta contudo da necessidade do cumprimento de recomendações de organizações internacionais e não pelo facto de constar no relatório.

- Continuam a existir áreas de informação total ou parcialmente descobertas, como sejam as referentes à prestação de cuidados de saúde; ou aos hábitos alimentares; desconhece-se igualmente a situação existente no sector privado em ambulatório; e de igual modo no que respeita aos cuidados continuados. Como referido, colmatar as lacunas de informação pode resultar em melhores processos de planeamento e tomada de decisão. São assim de destacar as seguintes lacunas de informação e operações associadas:

- SINAVE

Existe há dois anos uma solução informática que consubstancia o SINAVE (Lei n.º81/2009, de 21 de Agosto que veio estabelecer um sistema de vigilância em saúde pública) e demonstra a sua exequibilidade. Existem também documentos preparados que visam alcançar a regulamentação das funcionalidades do SINAVE, das quais se realça o registo informatizado das notificações clínicas e laboratoriais, a emissão de alertas automáticos, produção automática de informação estatística, acesso a formulários e gestão de casos.

O atraso na regulamentação deste sistema impediu Portugal de ter tomado a dianteira Europeia da notificação eletrónica das doenças transmissíveis de declaração obrigatória, com a sua integração no The European Surveillance System (TESSy). Adicionalmente, parecem ainda subsistir alguns aspectos logísticos a serem ultrapassados para dar o SINAVE como completamente operacional.

A conseguir-se a efetivação deste sistema será dado um passo importante que incrementará a notificação das doenças transmissíveis e de dados laboratoriais associados que poderá levar a vigilância epidemiológica para um patamar ideal, pelo menos na sua fase de detecção.

- Inquérito Alimentar Nacional

A informação sobre os padrões alimentares da população portuguesa é escassa e irregular. Até ao presente foi realizado em Portugal apenas um Inquérito Alimentar Nacional - IAN em 1991, da responsabilidade do INSA. A realização de um 2º IAN está prevista nos planos de atividade do INSA, não sendo, no entanto, clara a data da sua realização. Embora alguns estudos pontuais tenham permitido obter alguma informação, caso de um estudo de âmbito nacional patrocinado pela Sociedade Portuguesa de Alimentação e Nutrição, a sua periodicidade é irregular.

- Inquérito Nacional às Incapacidades Deficiências e Desvantagens

Excetuando a recolha de dados no âmbito do Censos 2011, até hoje apenas foi realizado um Inquérito de âmbito nacional às incapacidades, deficiências e desvantagens, em 1995, da responsabilidade do Secretariado Nacional para a Reabilitação. A importância desta área temática ultrapassa as situações que são caracterizadas através do estudo de dados administrativos de base institucional, hospitalar ou em centros de saúde e justifica que seja complementada e estudada de forma periódica através de um estudo específico de base populacional;

- Do mesmo modo, o conhecimento dos determinantes em saúde, essencialmente alicerçados em inquéritos de saúde, de base populacional, tem sofrido os efeitos das convulsões verificadas, nomeadamente as que ocorreram com a reprogramação dos calendários do último INS e a incerteza quanto à realização do próximo, ou eventualmente do Health Examination Survey (HES), as dúvidas quanto às fontes e modelos de financiamento, situações a que também não são alheias as hesitações e adiamentos a nível do EUROSTAT;

- Ainda em relação à informação sobre morbilidade importa referir vários sistemas de informação em funcionamento que pela sua cobertura não universal, periodicidade irregular, ou não articulação com outros sistemas de informação não podem ser considerados como estatísticas oficiais. No entanto são sistemas únicos a nível

nacional cujas fragilidades importa resolver para um eventual desenvolvimento futura nesse âmbito. Um deles, a Rede de Médicos Sentinela, rede de médicos de MGF que voluntariamente notificam dados de saúde com objetivos essencialmente de vigilância epidemiológica, carece de articulação com os sistemas administrativos, designadamente os de apoio ao médico, visando evitar duplicações nos temas em estudo. A questão da representatividade nacional da rede, atualmente não garantido dado o carácter voluntário da participação dos médicos, embora possa resultar numa menor capacidade de monitorizar problemas de saúde, não afeta a sua utilidade enquanto sistema de vigilância epidemiológica; também o Registo Nacional de Anomalias Congénitas (RENAC), cuja notificação é, atualmente, de base hospitalar voluntária, beneficiaria de articulação com o sistema SONHO, de modo a aumentar a sua cobertura dos nascimentos em hospitais públicos, além de um reforço da recomendação para a notificação por todos os serviços hospitalares de pediatria, obstetrícia, genética médica, e fitopatologia; do mesmo modo, o registo de Acidentes Domésticos e de Laser (ADELIA) carece de aumento da sua base de notificação hospitalar e em centros de saúde. A articulação com os sistemas administrativos de base institucional, poderá constituir a via para o referido aumento da base de notificação.

- Nas estatísticas de mortalidade, designadamente a inexistência de estudos de validade das notificações. A elevada frequência de causas de morte "mal definidas" que se verifica desde há mais de uma década coloca sérias questões quanto à validade das estatísticas de morte em Portugal, facto inclusivamente documentado em pelo menos um artigo de investigação publicado no Boletim da OMS¹⁰⁹. A transição da CID-9 para a CID-10 implicava a construção de tabelas de equivalência, ou outros procedimentos adequados, que permitissem garantir a comparabilidade dos dados e indicadores, nomeadamente determinadas taxas específicas de mortalidade, que foram interrompidas. Continuam a verificar-se constrangimentos que têm limitado um maior aproveitamento dos elementos disponíveis. As restrições no acesso aos dados, por força da legislação em vigor, dificultam a continuidade da edição regular de documentos, ou mesmo a análise de dados relacionados com preocupações emergentes, nomeadamente o reflexo da mortalidade em resultado de ondas de calor, ou de frio, alterações climáticas, ou outras. A desmaterialização do certificado de óbito e o respetivo aplicacional de gestão de informação (projeto SICO) poderão vir a resolver a maioria dos constrangimentos, designadamente o desfasamento temporal entre o

¹⁰⁹ Boletim OMS 83/2005

planeamento estratégico e os eventos em análise. Deve também ser retomada a questão da continuidade das séries estatísticas;

- A informação sobre morbidade é escassa e divulgada de forma irregular. Sobre os determinantes da saúde, em que a informação é essencialmente suportada por inquéritos de saúde, o quadro é igualmente desfavorável. O último INS teve lugar em 2005/2006. Não tendo sido possível manter a periodicidade quinquenal devido ao ano censitário em 2011, prevendo-se que o 5º INS se realize em 2014. A utilização nos INS anteriores de diversos instrumentos muito próximos aos atualmente preconizados pelo EHIS (Health Interview Survey), torna mais fácil a aproximação entre o INS e a componente portuguesa do EHIS, embora não invalide as necessárias adaptações do seu conteúdo e metodologias às necessidades nacionais e regionais.
- Persiste a necessidade de uma maior desagregação dos dados estatísticos, tanto por parte da Administração Central como por parte das Autoridades Regionais de Saúde. Estas confrontam-se com dificuldades no acesso a informação sobretudo destinada a fazer face às exigências dos seus níveis de decisão. Colmatar estas insuficiências poderá consubstanciar-se numa melhoria do planeamento e da tomada de decisão. Na sequência destes comentários (nomeadamente quanto ao nível de desagregação geográfica da informação), são de assinalar as especificidades sentidas pelas Administrações Regionais de Saúde e pelos Agrupamentos de Centros de Saúde e Unidades Locais de Saúde que utilizam informação estatística relevante, para o exercício das funções que se lhes encontram atribuídas; Face a essas funções, aos níveis regional e local, existem importantes necessidades de informação não satisfeitas, nomeadamente, no que diz respeito a dados/indicadores de morbidade¹¹⁰ e relativos a determinantes da saúde, e/ou a dados já existentes (por exemplo, os de mortalidade), mas com um grau de desagregação inadequado face ao nível de decisão que deles necessita, com consequências em termos de perdas de potenciais ganhos de eficiência e de efetividade no desempenho dos serviços de saúde;
- Existe uma desarticulação entre os *timings* do planeamento e da tomada de decisão e os *timings* da produção/disponibilização da informação, fazendo com que esta perca muita da sua potencial utilidade e relevância. Será necessária uma maior flexibilização das estruturas permitindo a criação de circuitos que possibilitem uma maior rapidez na obtenção de informação para fazer face a necessidades mais imediatas como seja a solicitação de novos dados ou indicadores;

¹¹⁰ Importa, aqui, ressaltar a base de dados central de GDH como uma fonte importante de informação sobre a morbidade hospitalar e o SAM como uma fonte de informação já com um potencial interessante de gerar informação sobre morbidade e determinantes da saúde a curto/médio prazo.

- Do ponto de vista organizativo, as instituições do Ministério da Saúde com responsabilidade e competências na produção de informação estatística, fruto de uma certa dispersão de competências, encaminharam naturalmente a sua produção de informação em função da responsabilidade e objetivos específicos da instituição. A revisão das leis orgânicas¹¹¹ das principais estruturas do Ministério de 2007, desencadeou um conjunto de alterações que tiveram implicações no desenvolvimento das estatísticas da saúde, fundamentalmente em consequência da sobreposição de competências das leis orgânicas das instituições com maior responsabilidade na recolha, tratamento e divulgação de dados estatísticos em saúde (DGS, INSA, ACS, ACSS e ARS). São exemplos: na lei correspondente à DGS "elaborar e divulgar estatísticas da saúde e promover o seu aperfeiçoamento contínuo"; no então ACS "garantir a produção de informação adequada, designadamente estatística, no quadro do sistema estatístico nacional, nas áreas de intervenção do MS"; ou do INSA "estudar e atualizar os indicadores que descrevam o estado de saúde da população portuguesa e seus determinantes e a respetiva variação no espaço e no tempo".

O atual quadro legislativo das estruturas orgânicas do Ministério da Saúde¹¹², no que respeita a atribuições e competências específicas na área da informação em saúde, concentra nos órgãos centrais (ACSS DGS; INSA e SPMS) o enquadramento desta matéria, definindo as áreas de intervenção mas importa conhecer os moldes em que o disposto vai ser implementado. Assim, e no seu fundamental sobre esta matéria, a cada uma destas entidades compete:

- Administração Central do Sistema de Saúde¹¹³: coordenar e centralizar a produção de informação e estatísticas dos prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente produção, desempenho assistencial, recursos financeiros, humanos e outros;
- Direcção-Geral da Saúde¹¹⁴: "coordenar e assegurar a vigilância epidemiológica de determinantes da saúde e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, bem como os sistemas de alerta e resposta apropriada a emergências de saúde pública, a nível nacional e a respetiva contribuição no quadro internacional" e "garantir a produção e divulgação de informação adequada, no quadro do sistema estatístico nacional, designadamente estatísticas de saúde, sem prejuízo das competências do Instituto Nacional de Estatística, I.P.";

¹¹¹ Leis orgânicas: Ministério da Saúde – DL 212/2006; ACS – DL 218/2007; ACSS – DL 219/2007; DGS – DR 66/2007; INSA – DL 271/2007; ARS – DL 222/2007.

¹¹² Decreto-Lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro;

¹¹³ Decreto-Lei nº35/2012 de 15 de Fevereiro;

¹¹⁴ Decreto Regulamentar nº14/2012 de 26 de Janeiro;

- Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge¹¹⁵: “Colaborar na realização de atividades de vigilância epidemiológica de doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e desenvolver ou validar instrumentos de observação em saúde, nomeadamente através de dados laboratoriais, no âmbito de sistemas de informação, designadamente garantindo a produção e divulgação de estatísticas de saúde pública, e promovendo os estudos técnicos necessários, sem prejuízo das atribuições da Direcção-Geral da Saúde e da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., nesta matéria”;
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde¹¹⁶: competências no domínio dos sistemas e tecnologias de informação e comunicação. A SPMS “passa a ser a entidade responsável pelo desenvolvimento, manutenção e operação de vários sistemas integrados de informação na área do sector saúde”.

Para além destas entidades, vários outros órgãos centrais do Ministério da Saúde continuam a deter competências específicas em estatísticas da saúde, mas apenas na sua área específica de intervenção. É o caso do SICAD, no domínio das substâncias psicoativas, dos comportamentos aditivos e das toxicodependências; do INFARMED na área da estatística do medicamento; do INEM na área da emergência médica; do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, na área da gestão do sangue e dos transplantes efetuados e também os Registos Oncológicos Regionais fundamentalmente na área da incidência do cancro.

No que respeita às Administrações Regionais de Saúde¹¹⁷, depreende-se que não estão contempladas atribuições e competências específicas em matéria de produção de dados estatísticos de saúde. Contudo algumas das atribuições previstas em áreas como: a colaboração na elaboração do Plano Nacional de Saúde; assegurar o planeamento regional dos recursos humanos; elaborar, em consonância com as orientações definidas a nível nacional, a carta de instalações e equipamentos; orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, permitem concluir da necessidade da existência de sistemas de informação diversificados, os quais já existiam anteriormente.

A nova delimitação das Regiões de Saúde, a criação dos ACES e a consequente extinção das sub-regiões de saúde, estruturas relevantes no processo de recolha de

¹¹⁵ Decreto-Lei nº27/2012 de 8 de Fevereiro;

¹¹⁶ Decreto-Lei nº108/2011 de 17 de Novembro; Despacho nº1760/2012 de 7 de Fevereiro de 2012.

¹¹⁷ Decreto-Lei nº22/2012 de 30 de Janeiro;

dados dos centros de saúde, tiveram também um impacto significativo na recolha regular de dados estatísticos, o qual continua visível:

- As Regiões de Saúde – de acordo com o artigo 2º do Decreto-Lei nº 222/2007, de 29 de Maio, as ARS, I.P. – têm atribuições nas áreas correspondentes ao nível II da NUTS. No artigo 19º do mesmo diploma é referido que “até à revisão do regime jurídico da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS) são aplicáveis à definição do âmbito territorial de jurisdição das ARS, I.P., e à delimitação das regiões de saúde, os mapas para o nível II previstos no Decreto-Lei nº 317/99, de 11 de Agosto”. Sublinhe-se que as NUTS, na sua versão atual, em vigor, definidas pelo Decreto-Lei nº 244/2002 de 5 de Novembro, configuram uma delimitação territorial para os níveis II e III substancialmente diferente do quadro anterior;
- Quanto aos agrupamentos de centros de saúde (ACES), o Decreto-Lei nº28/2008, no seu artigo 4º refere que a “delimitação geográfica dos ACES deve corresponder a NUTS III, a um agrupamento de concelhos, ou a um concelho,”. No ponto 3, é referido que “podem ainda ser criados ACES correspondentes a grupos de freguesias, ouvido o município respetivo”. Por outro lado, o artigo 41º deste decreto-lei estabelece a extinção das sub-regiões de saúde, com a entrada em vigor da portaria que procede à criação do último ACES em cada Sub-Região de Saúde.

Assim, não existe sobreposição geográfica entre os diversos níveis das NUTS, as Regiões de Saúde e os ACES, o que constitui, em particular no tratamento de dados estatísticos e sua comparabilidade, um acréscimo de tarefas pois importa proceder a apuramentos específicos para a apresentação dos dados estatísticos. No caso dos ACES que integram freguesias ou partes de freguesias, estas questões são ainda mais complexas.

- No decurso do estatuto político administrativo das Regiões Autónomas e das atribuições dos vários organismos de saúde é produzida informação relativa à produção e desempenho, plasmada na sua maioria em instrumentos de gestão de utilidade regional, mas que muitas vezes poderiam engrossar a informação sub-regional para todo o país.
- Algumas publicações com periodicidade regular foram interrompidas, enquanto outras são sistematicamente divulgadas com atrasos significativos. Verifica-se que:
 - a publicação “Estatísticas de saúde” editada anualmente pelo INE desde 1969, na qual era compilada toda a informação produzida regularmente sobre saúde, foi interrompida, sendo a última edição referente a 2005. Desde então, os dados disponibilizados sobre saúde são esparsos e parcelares, surgindo inseridos em outras publicações do INE, de características mais genéricas;
 - as publicações editadas pelos ROR (Registos Oncológicos Regionais) do Continente continuam a ser divulgadas de forma irregular, não havendo uma consonância dos

calendários dos três ROR, numa fase em que as solicitações nesta área da informação, são cada vez mais prementes;

- a publicação “O Risco de Morrer em Portugal”, editada pela DGS desde 1988, fundamentalmente dedicada à análise da mortalidade, está suspensa (última edição referente a 2006). Esta circunstância resulta das restrições da legislação em vigor quanto ao acesso aos dados estatísticos detalhados produzidos pelo INE, o que dificulta a sua produção nos moldes até então vigentes;
- No decurso da última década ocorreram alterações estruturais substanciais nomeadamente no que respeita ao crescimento do número de prestadores de cuidados de saúde no sector privado, e também na diversificação da atividade desenvolvida. É relevante conhecer detalhadamente os recursos existentes e a atividade desenvolvida neste sector.
- O estado atual do sistema de informação em saúde tem igualmente repercussões na capacidade nacional em dar resposta às solicitações de entidades internacionais. Assim, à medida que os dados e indicadores solicitados são mais detalhados ou introduzem novos indicadores ou ainda sempre que as fontes de informação adequadas para o efeito tenham por base inquéritos de saúde populacionais, a nossa capacidade de resposta é cada vez mais reduzida. O sistema não é suficientemente flexível para permitir ajustes nesse sentido;
- Finalmente, a não concretização até ao momento do processo de delegação de competências por parte do INE em instituições do Ministério da Saúde, nem a existência de protocolos específicos para as diversas colaborações existentes no terreno, originam fragilidades no sistema de informação em saúde.

Em síntese, podemos apresentar as fragilidades e disfuncionalidades do atual sistema de informação estatística de saúde no seguinte quadro, cada uma implicando abordagens diferenciadas na ação e no tempo.

Quadro 4. Síntese fragilidades e disfuncionalidades identificadas

Baixa utilização de dados administrativos
Ficheiros de base inexistentes com relevo para o referente aos prestadores privados (não hospitalares)
Áreas de informação não cobertas como a da prestação de cuidados em ambulatório; morbilidade; cuidados pré e pós hospitalares
Existência de inúmeros sistemas de informação com diminuta relação
Multiplicidade de atores e relacionamento institucional frágil

Ações relevantes para o sistema estatístico não devidamente formalizadas
Deficit de integração dos sistemas de informação do continente com os das regiões autónomas
Inexistência ou fragilidades de documentação metodológica
Estudos de base em falta e inexistência de mecanismos de controlo de qualidade da informação produzida
Existência de sistemas de informação com potencial aproveitamento estatístico com falhas de representatividade e regularidade
Desagregação da informação coincidente com as necessidades de planeamento em saúde mas igualmente adoção de delimitações territoriais específicas para o setor
Incertezas quanto ao futuro de sistemas de informação vitais
Operações estatísticas descontinuadas
Publicações descontinuadas
Áreas de informação não cobertas como determinantes em saúde; acesso a cuidados, ou satisfação com os serviços
Desadequação entre os <i>timings</i> do planeamento e da ação em saúde e os da produção estatística
Recursos humanos insuficientes

5. O ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL

Nas últimas décadas a saúde das populações dos países desenvolvidos tem melhorado significativamente, transitando de um contexto de doenças infecto-contagiosas que caracterizou grande parte do século XX para um contexto de aumento da morbilidade de carácter crónico. Assistiu-se a uma transição epidemiológica entre a diminuição drástica de infeções epidémicas para um aumento estável das condições crónicas não infecciosas, muitas delas associadas a importantes alterações nos estilos de vida.

Portugal não foi exceção, podendo identificar-se os anos 40 como os de início desta transição, tendência que se veio a acentuar e se encontra atualmente implantada. No entanto, deve referir-se a insuficiência de estudos epidemiológicos e estatísticas oficiais, por exemplo, quanto à frequência e distribuição e tendência de fatores determinantes de saúde, particularmente sociais; e quanto à frequência de fatores de risco relacionados, por exemplo, com a alimentação, a atividade física e o consumo de bebidas alcoólicas, pouco estudados e monitorizados na nossa população.

Vejamos que em Portugal, a esperança de vida à nascença aumentou cerca de nove anos desde 1978, e que a mortalidade infantil foi reduzida em 90% entre 1970 e 2007.

Esta transição deveu-se por um lado a avanços organizacionais e tecnológicos na área da prevenção primária, do diagnóstico e do tratamento que terão não só contribuído para o debelar das doenças de carácter infeccioso como para o prolongamento da vida mesmo em situação de doença. Recorde-se, por exemplo, a existência, em Portugal, de surtos de malária até à década de 40 e de cólera até aos anos de 70's. As tecnologias médicas disponíveis, a quantidade de tratamentos com uma vertente tecnológica muito pesada e a consequente especialização dos profissionais de saúde alteraram o carácter da prestação de cuidados de saúde e, consequentemente, os seus resultados. Por outro lado, os aspetos relacionados com a própria organização dos sistemas de saúde, esforço evidente em vários países, possibilitaram o acesso facilitado e mais atempado das populações aos necessários cuidados de saúde. A partir da década de 1970, a disponibilidade de novas e avançadas tecnologias médicas, a quantidade de ofertas terapêuticas diversificadas e tornadas acessíveis à maior parte da população, acompanhadas de especialização médica e dos restantes profissionais de saúde, alteraram o carácter da prestação de cuidados de saúde e, consequentemente, os seus resultados.

Paralelamente, a doença deve ser entendida num contexto social. Os avanços socioeconómicos permitiram a melhoria da qualidade de vida das populações e mais elevados níveis de salubridade. Adicionalmente, a instrução cada vez mais elevada das populações tornou-as mais informadas, atentas e exigentes quanto ao seu estado de saúde e ao acesso a uma medicina mais moderna e dispendiosa. No entanto, se fatores sociais,

como a criação de redes de saneamento público e o aumento da qualidade de vida e do acesso à informação, são muitas vezes encarados como tendo uma maior quota-parte na redução da carga de doença e da mortalidade do que os avanços tecnológicos e terapêuticos no tratamento das situações de doença, é também verdade que os comportamentos de risco como a alimentação pouco cuidada, a ausência de prática de exercício físico, o consumo de álcool, tabaco e de drogas vêm criar uma maior pressão nos sistemas de saúde sendo muitas vezes os promotores de doenças crónicas vividas em fases mais tardias da vida. Por outro lado, a globalização destes fatores de risco aumenta as desigualdades sociais estando as pessoas de menores recursos mais expostas ao risco. Cabe também ao sistema de saúde proteger o cidadão e a comunidade das iniquidades decorrentes de determinantes sociais, económicos e ambientais e promover a justiça e coesão social.

Conjuntamente, todos estes aspetos terão contribuído para melhores condições de saúde e para o aumento da esperança de vida que atualmente caracterizam as sociedades mais desenvolvidas. De acordo com a OCDE (2008), em média, e desde o início dos anos 90, cada quatro anos, a esperança de vida tem aumentado mais de um ano.

O aumento de longevidade alarga o período possível para condições de saúde de tipo crónico surgirem. A crescente probabilidade de se desenvolver doenças crónicas mais tarde na vida acarreta custos mais elevados na prestação de cuidados.

O aumento da esperança de vida associado a baixas taxas de natalidade conduziu as sociedades modernas a um envelhecimento da população, traduzindo-se numa taxa de crescimento natural que passou a ser negativa e num índice sintético de fecundidade cada vez menor, com o conseqüente aumento do índice de dependência dos idosos (os resultados dos Censos 2011 indicam que 15% da população residente em Portugal se encontra no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa, que por cada 100 jovens, há hoje 129 idosos. Em 2001 este índice era de 102, projetando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem). Esta inversão da pirâmide etária cria novos desafios ao nível da organização da sociedade em geral e do sistema de saúde em particular, com as populações mais idosas a sucumbirem a doenças que são tipicamente mais prevalentes consoante aumenta a longevidade. Segundo a OMS (2005), a doença crónica é, e continuará a ser, a maior causa de morte e de doença na Europa, existindo uma tendência de aumento da sua expressão. Em 2005, para a região europeia da OMS, estimou-se que a doença crónica é consequência de 77% de todos os Anos de vida ajustados à incapacidade DALYs e de 86% das mortes prematuras. Se de futuro se estima que as mortes por acidente vascular cerebral irão diminuir entre homens e mulheres, espera-se que as mortes associadas a alergias/ asma/

DPOC (doenças crónicas pulmonares), diabetes e demência irão aumentar 25%, 33% e mais de 50%, respetivamente em 2030 (OMS 2006).

A doença crónica representa uma importante limitação na qualidade de vida e na independência funcional das pessoas que delas padecem sendo um propulsor do incremento da despesa em saúde. As doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, reumáticas, respiratórias e mentais, o cancro e a diabetes que caracterizam este padrão de morbilidade crónica são uma pesada carga para os sistemas de saúde. Muitas destas doenças resultam da exposição acumulada e prolongada das pessoas a fatores de risco capazes de gerar doenças crónicas.

O envelhecimento e os estilos de vida menos saudáveis acentuam o aumento da prevalência da doença crónica. O padrão de doença mudou, sendo cada vez maior a proporção da despesa em saúde relacionada com doenças crónicas. Em Espanha por exemplo, doenças crónicas como a diabetes, a artrite, a obesidade e doenças do foro respiratório e mental aumentaram significativamente, representando 70% da despesa em saúde naquele país. Já nos Estados Unidos da América as doenças crónicas são responsáveis por 75% da despesa em saúde (Bengoia e tal, 2008). Vários estudos têm demonstrado que uma pequena percentagem da população é responsável por uma elevada proporção dos custos com a saúde num determinado ano. Aproximadamente 1% da população é responsável por cerca de um quarto da despesa, 5% por cerca de metade, e 10% responsável por mais de dois terços. Apesar do crescente peso relativo dos medicamentos na despesa global, esta distribuição é extraordinariamente consistente entre diferentes grupos populacionais e ao longo do tempo (Berck et al 1992, Berck et al 2001, Yu et al 2005, Zuvekas 2007). Em 2004, o Department of Health britânico estipulou a gestão da doença como prioridade chave para o sistema de saúde, assumindo que a doença crónica era responsável por 78% da despesa com cuidados de saúde no Reino Unido. Apenas 2% dos doentes com doenças crónicas são responsáveis por 30% dos internamentos não programados e de 80% das consultas de medicina geral (DH. The NHS Improvement Plan - Putting People at the Heart of Public Services. London: Department of Health; 2004.).

Recentemente, e no âmbito da União Europeia, foi reconhecido que estes dados apontam para sérios custos económicos e consequências em termos de qualidade de vida, produtividade (aumento do absentismo, diminuição da capacidade de mão obra), diminuição de rendimentos individuais, aumento das reformas precoces e aumento dos custos em saúde como parte do Produto Interno Bruto (Cox et al 2009).

O futuro dos cuidados de saúde irá ser dominado pelo repto das doenças crónicas complexas, sendo na coexistência de múltiplas condições de doença crónicas que se apresentam os maiores desafios para os atuais sistemas de saúde. Irá haver um número crescente de pessoas com problemas múltiplos de saúde, mais comumente entre os mais

idosos, estimando-se que dois terços desta população tenham pelo menos duas condições crónicas (Nolte, E. et al, 2008). As doenças crónicas requerem uma resposta complexa durante um período prolongado, coordenando inputs de um número alargado de profissionais de saúde, medicamentos essenciais e equipamento de monitorização, tudo coordenado num sistema que possibilite a tomada de decisão por parte do corpo clínico e o empowrerment do paciente.

Neste cenário, é essencial que o doente não deixe de ser acompanhado, havendo que redesenhar a prestação de cuidados de forma a assegurar-se a continuidade de cuidados, a integração entre cuidados de saúde primários e especializados. Por esta razão, as doenças crónicas e as necessidades que acarretam em termos de cuidados de saúde, podem ser entendidas como geradoras de uma pressão positiva sobre os sistemas de saúde, obrigando à reorientação dos sistemas às necessidades do paciente e à integração de serviços. Será uma oportunidade para mudar o estilo de gestão. O tipo de doente mudou, o padrão de doenças e de tecnologias mudou e no entanto o sistema de saúde não se alterou, estando focalizado em tratar eficazmente episódios agudos da doença e organizado de uma forma fragmentada não compatível com um bom controlo das doenças crónicas. Num cenário onde 25% da população com mais de 65 anos tem morbidades várias (Bengo e tal, 2008), torna-se fundamental recuperar a visão de sistema, que permita melhorar a gestão das doenças uma vez diagnosticadas, em vez de um sistema fragmentado, preocupado com o curar mas não com o cuidar. As doenças crónicas, por definição incuráveis, requerem uma organização do sistema que tanto cure como cuide. Presentemente o sistema não gere o doente crónico enquanto caso, as condições que necessitem de cuidados prolongados, nem desenvolve uma medicina preventiva e proactiva.

A integração de serviços será assim um eixo fundamental para esta transformação organizativa. Trata-se de reconfigurar o modelo de prestação de cuidados para que exista uma maior continuidade entre as diferentes estruturas que prestam serviços, sistemas de informação que interliguem estes serviços, uma maior participação do paciente no controle da sua doença com uma inversão importante na educação do doente, organização de apoios no domicílio e desenvolvimento de novas profissões e perfis assistenciais.

Neste contexto, os sistemas de informação são essenciais para a coordenação entre as diferentes estruturas assistenciais, dando suporte aos profissionais de saúde na gestão de doentes com uma ou mais doenças crónicas, focalizando-se na doença crónica, seu tratamento, acompanhamento e prevenção de episódios agudos. Há que desenvolver um sistema de informação adequado que permita o reporte regular de informação e a monitorização das necessidades de saúde populacionais, com enfoque nas iniquidades associadas aos fatores socioeconómicos.

Atualmente, o sistema de saúde não está ainda totalmente sincronizado com a mudança de expectativas necessária a uma gestão integrada dos doentes crónicos. Trata-se de um sistema fragmentado, que dificulta o acompanhamento destes doentes. Os novos sistemas de monitorização à distância, os sistemas de telemedicina, os sistemas de informação de apoio à decisão clínica, ou o desenvolvimento de sistemas de processo clínico eletrónico, convergem para uma gestão adequada de muitas das atividades clínicas, preventivas e educativas. A existência de uma história clínica eletrónica surge como a coluna vertebral da utilização das tecnologias de informação e comunicação na gestão das doenças crónicas, possibilitando a coordenação assistencial entre profissionais e instituições prestadoras de cuidados de saúde em torno das necessidades de cada paciente e a monitorização de resultados para reajustar permanentemente o plano de cuidados. Segundo os dados da OMS (2005), 80% dos casos de enfarte agudo do miocárdio, de acidentes vasculares cerebrais e de diabetes são possíveis de prevenir através de uma gestão integrada da doença.

De acordo com o preconizado para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016, há que desenvolver e capacitar os sistemas de informação e monitorização da saúde na perspetiva do acesso, de forma abrangente, integrada e interoperacional que inclua os determinantes sociais da saúde e outra informação relevante para a identificação de necessidades, recursos, adequação e desempenho dos serviços e resultados em saúde.

Existe assim uma maior pressão na necessidade de harmonização de sistemas de informação que permitam a construção rápida de indicadores de Saúde que respondam a necessidades de informação externas às organizações, designadamente, ao nível de decisão nacional e ao nível europeu (por exemplo: EHIS, SILC, ...). Adicionalmente, decorrente da separação prestador-pagador (através das novas ferramentas relacionais da quais são exemplo os contratos-programa, contratos de gestão, cartas de compromisso), e de modalidades de remuneração baseadas no desempenho dos profissionais de saúde, temos vindo a observar um incremento do relevo dos indicadores de saúde. Neste contexto, a harmonização e transparência dos sistemas de informação revela-se como essencial à prossecução das iniciativas em curso.

Há que estabelecer metas de saúde transversais a todo o sistema e criar mecanismos que gerem informação que permitam acompanhar estes objetivos. Importa que todos os elementos do sistema participem para conseguir atingir estes objetivos de forma conjunta e não separada. A Legislação atual atribui às estruturas centrais (INSA, DGS, ACSS, INFARMED, IPST, SICAD, INEM) e regionais (ARS) do MS responsabilidades na produção de informação de saúde, algumas vezes sobreponíveis. Todas estas instituições mantêm e criam sistemas de informação para diversos fins. É assim fundamental a criação de informação e de indicadores que permitam ter uma visão de conjunto, da ação concertada de todos atores

do sistema de saúde importando para isso a medição dos ganhos alcançados em saúde através da avaliação de um conjunto de indicadores estandardizado. A análise da atividade de um sistema de saúde, através, por exemplo, do número de consultas por habitantes ou do número de efetivos de uma determinada categoria de profissionais de saúde por habitantes, não fará sentido se não relacionar esta atividade com a morbilidade da população e suas necessidades em termos de cuidados de saúde.

Igualmente, o sistema de saúde terá que apostar mais na contratualização de objetivos abandonando o carácter de controlador central das diversas instituições. Para tal, impõe-se a obtenção de informação de qualidade, gerada pelos diferentes intervenientes do sistema de saúde, cabendo às estruturas centrais do Ministério da Saúde ser mais normalizador da informação. A saúde resulta da interação de determinantes, influenciáveis por diferentes níveis de intervenção sendo fundamental o acompanhamento de indicadores que permitam determinar o perfil de saúde das populações, alicerçando o planeamento estratégico, o escalonamento de prioridades e a avaliação das necessidades de saúde. Num contexto de crescentes custos em saúde, a aumentarem mais rapidamente do que o nível de recursos disponível, há que encontrar formas de melhorar a qualidade, quantidade e transparência dos dados de saúde disponíveis no sentido de orientar para as decisões de investimento mais prioritárias, tornando a despesa em saúde mais eficiente. A análise de indicadores de saúde, permitindo a avaliação de políticas de saúde implementadas e dos resultados das práticas de diferentes instituições do sistema de saúde, é essencial num cenário onde se pretende aumentar os resultados em saúde contendo igualmente o aumento dos custos em saúde.

Em concordância com esta necessidade de se obter informação em saúde de forma mais imediata, consentânea e transversal, dois dos pontos estabelecidos no acordo celebrado entre o Governo e a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional no Memorando de entendimento sobre condicionantes específicas da política económica, são precisamente o de assegurar a completa interoperabilidade dos sistemas de informação da saúde de forma a disponibilizar informação em tempo real e o de dar sequência ao desenvolvimento de um sistema eletrónico de dados de saúde por paciente.

Para o cumprimento destes pontos, um dos eixos do programa do atual governo é justamente o de melhorar a informação e o conhecimento do sistema de saúde, no sentido de disponibilizar informação de gestão aos diferentes níveis de decisão bem como cumprir o compromisso de total transparência da informação. Intensifica-se assim a necessidade de se otimizarem as fontes de dados existentes, quer em informação útil para a gestão, como através da melhoria e transparência da informação. É dever do Estado informar os cidadãos acerca dos serviços que prestam cuidados de saúde com qualidade e segurança, disponibilizando informação simples, objetiva e descodificada.

Neste âmbito, prevê-se igualmente o desenvolvimento da Plataforma de Dados em Saúde (PDS) pela Comissão de Informatização Clínica, relacionando diversos sistemas de informação em torno do utente dos serviços.

6. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS

a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença

A atual crise económica e financeira conjuntamente com os ganhos de saúde alcançados nas últimas décadas, que todos associam aos avanços tecnológicos e investimentos feitos na saúde, consubstanciados em generalizados crescentes orçamentos de saúde nos estados europeus criam pressões sobre todos os intervenientes da saúde. São espectáveis:

1. pressões para unificar, racionalizar os sistemas de prestação de cuidados e as diferentes fontes de dados de saúde;
2. necessidade de melhor controlo do acesso aos serviços de saúde;
3. crescente necessidade de transparência na informação de saúde e na concomitante tomada de decisão;
4. transferência de responsabilidade da saúde para o cidadão e para o 3.º setor;

Todos estes indícios, a concretizarem-se, apontam para potenciais rápidas mudanças na saúde no plano Europeu e nacional. Como se pode ver ao longo deste documento a evolução da produção das estatísticas de saúde tem tido uma evolução relativamente lenta mas tem-se verificado um aprofundamento da informação comunitária sobre saúde com destaque para o ECHIM (European Community Health Indicators monitoring), o qual se insere na estratégia de saúde da União Europeia "Together for Health: a strategic approach for the EU 2008-2013". O seu principal objetivo é desenvolver um conjunto de indicadores de saúde, implantá-los nos Estados-membros e assim abrir caminho para um processo de monitorização do estado de saúde na União Europeia.

Porém, perante os indícios que surgem no horizonte, os correntes atores da informação terão de estar preparados para a mudança, para a rápida aquisição e divulgação da informação e, muito provavelmente, também para a sua cada vez maior integração a todos os níveis desde o local até ao Europeu. Recentemente assiste-se, a preocupações com eventuais mudanças em alguma regulamentação e em instrumentos europeus em curso, alguns com grande historial, e com outros ainda em desenvolvimento. Nomeadamente:

- A descontinuidade do projeto ECHIM;
- O horizonte limitado do EHIS (sunset clause);
- A futura execução do EHES;
- A futura regulamentação europeia da confidencialidade dos dados.

A descontinuidade do apoio financeiro ao projeto ECHIM, coloca este, neste momento, na procura de um caminho de sustentabilidade não sendo claro como no futuro vai ser gerido o conhecimento e as ferramentas geradas entretanto. Existe alguma preocupação que a noção “indicadores ECHI” não subsista e que a coleção de dados a nível europeu (Ferramenta HEIDI e o Sítio Wiki HEIDI) também não.

O horizonte limitado do atual inquérito de saúde por entrevista denuncia eventuais mudanças substanciais neste instrumento basilar da informação de saúde no médio prazo. A experiência recente observada em Portugal mostra que a ausência de informação do INS resulta em que várias instituições promovam estudos e ações que gerem informações similares sem daí resultarem dados ou informação integráveis no sistema estatístico.

Está colocada em causa a realização do inquérito de saúde com exame físico dado o seu orçamento elevado a nível europeu. Apesar de se terem realizados alguns estudos piloto, nomeadamente em Portugal, importa conhecer em detalhe a necessidade de juntar dados reportados de saúde com medições concretas e de estas integrarem as estatísticas de saúde.

A diretiva europeia de proteção de dados que ainda não é oficialmente conhecida, gerou já algumas publicações com perspetivas de preocupação por parte da comunidade europeia da informação da saúde. O eventual impedimento de acesso a microdados poderá impedir a manutenção de sistemas europeus de monitorização. Esta situação, a verificar-se, gerará pressões adicionais sobre os sistemas estatísticos dos estados membros para obter dados sobre as situações concretas de múltiplos problemas de saúde pública.

b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências

No final de 2008, o Parlamento Europeu e o Conselho aprovaram o quadro comum para a produção sistemática de estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho, consubstanciado no Regulamento (CE) nº 1338/2008, de 16 de Dezembro.

Este quadro comum visa responder às necessidades comunitárias de informação sobre saúde pública, em particular aos programas comunitários de saúde e à lista de indicadores de saúde na CE (ECHI, European Community Health Indicators), estabelecendo não só o âmbito destas estatísticas, como a harmonização das recolhas de dados e a necessidade de evitar duplicações de esforços. A harmonização das recolhas de dados respeita à aplicação dos princípios de coerência e comparabilidade, precisão e fiabilidade, cobertura, atualidade e pontualidade no desenvolvimento das recolhas específicas pelos países, enquanto a duplicação de esforços será basicamente evitada através da implementação de mecanismos de articulação entre o Eurostat, a Organização Mundial da Saúde, a OCDE, as Nações Unidas e os seus organismos especializados, e a OIT.

O regulamento relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho estabelece o âmbito e os princípios básicos de implementação – nomeadamente os que regem a obrigatoriedade de realização de estudos e análises custo-benefício para novas recolhas de dados, as metodologias a adotar, a transmissão, tratamento e difusão dados, a avaliação da qualidade, e o âmbito das medidas de execução –, e define cinco domínios de dados estatísticos. Estes cinco domínios refletem, ainda que com graus de desenvolvimento muito diferentes, o trabalho e a experiência adquirida pelos países no desenvolvimento das recolhas de dados a título voluntário que caracterizou as últimas décadas:

1. Estado de saúde e determinantes de saúde
2. Cuidados de saúde
3. Causas de morte
4. Acidentes de trabalho
5. Doenças profissionais e outros problemas de saúde e doenças relacionados com o trabalho

No âmbito de cada um destes domínios há que proceder à definição de medidas de execução específicas, com carácter fundamentalmente técnico e abrangentes às variáveis, definições e classificações a utilizar, e respetiva desagregação, aos períodos de referência, periodicidade e calendários, e à meta informação a fornecer.

No âmbito do primeiro domínio, relativo ao estado de saúde e determinantes de saúde, encontram-se em preparação as medidas de execução relativas ao EHIS¹¹⁸, prevendo-se a sua aprovação em 2012 e a realização da primeira operação regulamentada em 2014. Atualmente estas medidas de regulamentação caracterizam-se por traduzirem uma proposta de harmonização de questões e não só de variáveis output.

Este domínio refere ainda eventuais inquéritos de saúde por exame, facultativos no âmbito do regulamento, e a realização de estatísticas sobre morbilidade ou sobre acidentes e lesões com base administrativa, sendo que os desenvolvimentos sobre estas matérias necessitarão de investimento técnico substancial antes de serem propostas medidas de execução específicas.

O segundo domínio, relativo aos cuidados de saúde, integra todas as atividades prestadas por indivíduos ou instituições que visam o objetivo da saúde, incluindo cuidados continuados e as atividades de administração e gestão associadas a estas atividades. Integra, por exemplo, as estatísticas sobre os recursos e atividade desenvolvida pelos hospitais e pelos

¹¹⁸ European Health Interviewing Survey/Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista

centros de saúde e a metodologia SHA¹¹⁹, cuja harmonização tem vindo a ser estudada no âmbito dos Eurostat/OECD/WHO Joint Questionnaires. Prevê-se a apresentação da versão definitiva das medidas de execução SHA no final de 2013, e das medidas de execução relativas a estatísticas sobre recursos e atividade desenvolvida o mais tardar em 2016.

O terceiro domínio, relativo às causas de morte, cujos procedimentos e metodologia de recolha e transmissão de dados se encontram consolidados no contexto do trabalho liderado há muito pela Organização Mundial de Saúde, foi o primeiro a consubstanciar um regulamento específico com medidas de execução, Regulamento (UE) n° 328/2011 da Comissão, de 5 de Abril. O regulamento estabelece que o primeiro período de referência regulamentado corresponde a 2011, e que o prazo de disponibilização corresponde a 24 meses após o fim do período de referência.

Em simultâneo, o quarto domínio, acidentes de trabalho, foi também objeto de regulamentação, Regulamento (UE) n° 349/2011 da Comissão, de 11 de Abril. Estas medidas baseiam-se na metodologia ESAW¹²⁰, sendo que o regulamento determina que o primeiro ano de referência regulamentado corresponde a 2013, e que o prazo de disponibilização corresponde a 18 meses após o fim do período de referência.

O quinto domínio, relativo às doenças profissionais e outros problemas de saúde e doença relacionados com o trabalho, integra nomeadamente a aplicação da metodologia EODS (European Occupational Diseases Statistics) e, parcialmente, a realização dos módulos ad hoc do Inquérito ao Emprego sobre problemas de saúde relacionados com o trabalho como, por exemplo, o que será realizado em 2013.

¹¹⁹ System of Health Accounts/Sistema de Contas da Saúde

¹²⁰ European Statistics on Accidents at Work/Estatísticas europeias de acidentes no trabalho

7. AS RECOMENDAÇÕES

O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde foi constituído, recorda-se, com o seguinte mandato:

“Proceder à definição do conteúdo do Sistema de Informação das Estatísticas da Saúde nos domínios estado de saúde e seus determinantes, cuidados de saúde, e causas de morte. Para cada domínio:

- *Diagnóstico das necessidades de informação tendo por referência os compromissos nacionais e internacionais atuais e em perspetiva;*
- *Identificação dos conteúdos informacionais do atual “sistema de informação” com identificação de lacunas, redundâncias e outras ineficiências;*
- *Inventariação das fontes de informação que alimentam a informação disponibilizada a nível internacional com vista a garantir a sua harmonização e consistência;*
- *Estabelecimento das linhas de estruturação e racionalização do Sistema de Informação das Estatísticas da Saúde, tendo por referência as conclusões anteriormente obtidas em 1) e 2), propondo os conteúdos informacionais a vigorarem;*
 - *Os procedimentos de recolha a adotar (criação, alteração ou manutenção), nomeadamente, a explicitação dos atos administrativos ou inquéritos a considerar;*
 - *As redes institucionais de suporte que consubstanciarão as fontes a utilizarem;*
 - *Definição do plano de implementação com proposta de calendários e prioridades.”*

Para o seu cumprimento, o Grupo procedeu ao levantamento da produção estatística existente no quadro das entidades enquadradas no Sistema Estatístico Nacional - SEN e ainda num mais vasto conjunto de organismos, que dadas as suas características e responsabilidades de âmbito nacional e internacional, geram um vasto manancial de informação, em parte, de elevado potencial para aproveitamento estatístico.

Por outro lado, foi efetuado um inquérito junto dos potenciais utilizadores da informação estatística na área da saúde com o propósito de conhecer a utilização que fazem da informação existente, o seu nível de satisfação, e as necessidades presentemente não satisfeitas. No mesmo sentido foram analisadas as necessidades atuais e previsíveis no quadro dos compromissos internacionais do país em termos de fornecimento de informação sobre saúde.

No cumprimento dos objetivos atribuídos ao GTES, foram assumidos como pressupostos:

- a necessidade de Portugal possuir um sistema de informação estatística sobre saúde de modo a acompanhar a implementação de medidas de política num momento de

alteração sociodemográfica do país e do próprio sistema de fornecimento de cuidados à população;

- a necessidade de garantir o máximo de estabilidade à produção estatística oficial, nomeadamente nas séries estatísticas hoje disponibilizadas pelo INE e por outras entidades;
- a necessidade de dar resposta aos utilizadores da informação, quer sejam entidades públicas, privadas, ou outras; de origem nacional, não nacional ou internacional;
- a necessidade de introduzir níveis superiores de racionalidade ao sistema ao mais baixo custo.

As recomendações agora apresentadas constituem o culminar de um longo trabalho, incorporando os diferentes resultados parcelares das pesquisas efetuadas, alvo da reflexão dos representantes no Grupo. Contudo, muito do material recolhido incorpora um potencial para análises futuras mais detalhadas que importa registar - julgamos ter garantido um levantamento exaustivo do que hoje se produz regularmente no país em termos de informação estatística (ou de potencial interesse estatístico) na área da saúde. Pretende-se, em primeiro lugar, dar resposta ao desafio apresentado no mandato, indo porém mais além com um primeiro passo (através do levantamento efetuado e da análise crítica da informação) na perspetiva do que poderá ser o sistema de informação de estatísticas da saúde.

De referir ainda que a não calendarização do proposto deveu-se essencialmente ao momento de incerteza, sobretudo ao nível organizacional, situação que afetou o desenrolar dos trabalhos do GTES a partir do 2^a metade de 2011 (inclusive).

Em termos imediatos, os desafios que se colocam à produção estatística na área da saúde, prendem-se com: (1) melhorias de carácter operacional e das modalidades de gestão do sistema de produção que, por si e sem investimento, garantirão a manutenção da produção estatística existente e a resposta a necessidades de utilizadores específicos (entenda-se informação para planeamento em saúde); e (2) a resposta a obrigações internacionais resultantes de compromissos estabelecidos no espaço comunitário.

- Entre as medidas de racionalização do sistema é de referir em primeiro lugar o recurso a fontes administrativas. Entre o conjunto de indicadores hoje recolhidos por técnicas de inquérito, essencialmente a cargo do INE, é possível vir a cobrir com informação administrativa parte da informação decorrente das operações estatísticas, com destaque para o:

- Inquérito aos hospitais: Utilização dos sistemas de informação do MS para substituição do atual Inquérito aos Hospitais do INE (estabelecimentos SNS), já que estes respondem à grande maioria da informação solicitada, para fins estatísticos. De notar que, presentemente, existem limitações quanto a:
 - equipamentos de diagnóstico e terapêutica;
 - atos complementares de diagnóstico e terapêutica (impossível diferenciar o que é realizado internamente com o efetuado no exterior);
 - atendimentos de urgência por causas e destinos;
 - salas de enfermagem e outras (só contabiliza salas para consultas médicas);
 - recursos humanos (alteração da aplicação em Janeiro de 2013).

Pelo que se recomenda a avaliação da possibilidade de introdução dessa informação nos trabalhos de desenvolvimento em curso no MS e a sua disponibilização ao SEN (**recomendação 1.1**).

Nas regiões autónomas deverá ser desenvolvido um procedimento análogo tendo presente os SI e os atores regionais (**recomendação 1.2**).

Deve ser mantida a atual operação de recolha por inquérito junto dos estabelecimentos não abrangidos pelo SNS (e nas regiões autónomas até a concretização do procedimento acima expresso), mas promover o acesso a informação administrativa junto dos setores privado e social de forma a tornar possível, no médio ou longo prazo, a automatização da disponibilização de estatísticas de saúde com os ganhos daí decorrentes. (**recomendação 1.3**);

- Inquérito aos centros de saúde: Propõe-se a utilização futura dos sistemas de informação do MS para substituição do atual Inquérito aos Centros de Saúde do continente. De notar que, presentemente, existem limitações quanto a:
 - equipamentos de diagnóstico e terapêutica;
 - atos complementares de diagnóstico e terapêutica (impossível diferenciar o que é realizado internamente com o efetuado no exterior);
 - consultas não médicas e não enfermagem
 - destinos das altas;
 - recursos humanos (alteração da aplicação em Janeiro de 2013).

Recomenda-se que deve ser mantido o atual Inquérito aos Centros de Saúde e garantir junto dos SI do MS o acesso a dados administrativos para a recolha de indicadores para fins estatísticos. Nas regiões autónomas deverá ser desenvolvido um

procedimento análogo tendo presente os SI e os atores regionais. Logo que possível o Inquérito aos Centros de Saúde deverá ser descontinuado (**recomendação 1.4**).

Esta abordagem terá que, naturalmente, ser completa com uma análise detalhada dos conceitos e critérios de qualidade em cada uma das fontes, e uma análise operacional sobre acessibilidades e tempos de resposta - tendo presente a recorrente solicitação de celeridade de disponibilização de informação por parte dos utilizadores.

É de referir que o enfoque aqui dado à recolha de informação com base administrativa não substitui em situações como as relacionadas com a avaliação de necessidades em saúde da população, do impacto em saúde, ou da vigilância epidemiológica, o recurso a outras técnicas de obtenção de informação visando a cobertura de domínios ou problemáticas não associadas a práticas curativas, ou à população que não recorre aos serviços de saúde.

- No atual quadro de produção é possível identificar situações que se prendem com necessidades de normalização metodológica, de melhoria de circuitos operacionais e garantias de acesso à informação. São áreas que não estão sujeitas a alterações profundas do modo de produção da informação mas, para uma maior eficácia do sistema, importa empreender ações a curto prazo. Neste sentido, recomenda-se:
 - Promover a adequação da documentação metodológica (conceitos, classificações, variáveis, indicadores) relativa ao aproveitamento dos dados administrativos de vacinações para fins estatísticos (**recomendação 2.1**), e das Doenças de declaração obrigatória, incluindo VIH/SIDA (**recomendação 2.2**);
 - Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e a DGS no processo de codificação das causas de morte (**recomendação 2.3**). Importa assegurar uma dimensão adequada da equipa de codificação de causas de morte e a sua adequada formação (**recomendação 2.4**);
 - Garantir uma comunicação efetiva de dados do novo subsistema de informação de registo eletrónico dos certificados de óbito (SICO) pois tratar-se de um sistema que incorpora fins estatísticos (**recomendação 2.5**). Neste domínio importa ainda referir a necessidade de sensibilizar os médicos para os aspetos da qualidade do SICO, assegurar a sua formação e um helpdesk para apoio (**recomendação 2.6**); a existência de um mecanismo de controlo de qualidade para o reforço da credibilização do novo sistema (**recomendação 2.7**); e o início da "codificação múltipla" de causas de morte (**recomendação 2.8**);
 - Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e o INSA no quadro de desenvolvimento do Inquérito Nacional de Saúde (**recomendação 2.9**);

- Disponibilizar informação de modo a fazer face a necessidades de planeamento e programação das políticas de saúde aos diferentes níveis (local e regional) em que a atividade se exerce em Portugal. É importante que a informação de saúde produzida respeite a divisão territorial do País (NUTS), as regiões de saúde, ULS e os ACES. Porém, importa, igualmente, que os trabalhos em curso no Ministério da Saúde contribuam no mesmo sentido, obrigando a que os agrupamentos de ACES evoluam para delimitações geográficas coincidentes com o código administrativo (**recomendação 2.10**). Os sistemas de informação do SNS devem igualmente continuar a promover o apuramento de dados estatísticos ao nível local, incluindo a sua georreferenciação (hospital, centro de saúde) e permitir o apuramento de indicadores a esse nível, assegurando as séries históricas (**recomendação 2.11**). Importa ainda assegurar que as operações estatísticas da área saúde tenham representatividade regional ao nível da NUTS II (**recomendação 2.12**);
- Assegurar o tratamento harmonizado dos dados para fins estatísticos e a respetiva documentação metodológica, disponibilizando a informação atempadamente num ponto único por parte dos diferentes Registos Oncológicos Regionais - ROR, (**recomendação 2.13**); situação análoga coloca-se quanto à informação sobre rastreios (**recomendação 2.14**) dada a sua especial relevância face às alterações dos padrões de morbilidade do país e da oferta de cuidados que se pretende implementar. Importa ainda assegurar os dados sobre farmácias e consumo de medicamentos, onde a questão se coloca na ampliação da disponibilização de indicadores (**recomendação 2.15**);
- Assegurar o efetivo conhecimento do universo de prestadores de cuidados de saúde à população, onde a Entidade Reguladora de Saúde constitui um parceiro a privilegiar (**recomendação 2.16**) com o conhecimento que esta entidade tem, nomeadamente, sobre a oferta privada em ambulatório. A informação contribuirá para a construção do universo de prestadores, assim como possibilitará a produção de indicadores sobre componentes da oferta de cuidados não abrangidos por outros sistemas de informação;
- Iniciar a cobertura de áreas novas como as ocorrências pré e pós hospitalares, com recurso à informação para fins estatísticos, residente: no INEM (**recomendação 2.17**); no Programa Cuidados Continuados (**recomendação 2.18**); nos Programas nacionais de saúde da DGS (**recomendação 2.19**); na Base de Dados Central de GDH, como fonte sobre morbilidade hospitalar, incluindo anomalias congénitas (**recomendação 2.20**); e na informação de base das ARS como fonte sobre morbilidade nos CSP, no que se refere aos determinantes da saúde (fatores de risco e fatores de proteção), (**recomendação 2.21**);

- Aproveitar os dados recolhidos através das “variáveis alvo” relativas à saúde do ICOR para difundir de modo regular indicadores de saúde de base populacional, incluindo os indicadores ECHI relacionados com “Esperança de Vida em Saúde”, baseados no estado de saúde autoavaliado, na morbilidade crónica e na limitação de capacidades (Anos de Vida Saudável), acompanhando o trabalho desenvolvido a nível europeu (Joint Action EHLEIS – European Health and Life Expectancy Information System). Esta fonte permite ainda disponibilizar os indicadores atrás referidos cruzados com dados obtidos através dos outros blocos (Informação sobre os indivíduos: dados demográficos, educação, trabalho e rendimento), contribuindo para o projeto europeu (Joint Action on Health Inequalities) (**recomendação 2.22**);
- Efetuar os estudos que permitam a construção de tabelas de equivalência entre as diferentes versões das classificações utilizadas na informação em saúde, com destaque para as que se referem à mortalidade e morbilidade, a fim de permitir estabelecerem continuidade e retroversão das respetivas séries (**recomendação 2.23**).
- Importa formalizar um quadro de responsabilidades institucionais na resposta aos organismos internacionais (garantindo a sua atualização), e criar um mecanismo simples de circulação entre as diferentes instituições, para o conhecimento das trocas de informação com o exterior (**recomendação 3.**);
- Abordar, em grupo a constituir para o efeito, os conceitos em saúde e incapacidades (**recomendação 4.**) Os conceitos em vigor advêm de uma versão aprovada pelo CSE em 2003, com atualizações pontuais, não cobrem novas realidades como, por exemplo, a introdução da gestão dos serviços de saúde em moldes empresariais, a reorganização dos cuidados de saúde primários ou o aumento da intervenção de atores privados (de que são exemplo as PPP), processos que envolvem mecanismos de contratualização e maior ênfase no acompanhamento de indicadores de produção, de desempenho assistencial e de eficiência. Nota-se que esta abordagem deverá ser mais abrangente que a referida na primeira recomendação do presente capítulo com o objetivo específico da análise da viabilidade do recurso a fontes administrativas;
- Criar um Grupo de acompanhamento das estatísticas da saúde que integre as principais estruturas do MS com responsabilidade na produção de dados (**recomendação 5**);
- Promover a utilização das fontes administrativas para efeitos estatísticos nas regiões autónomas, acompanhando os desenvolvimentos propostos no presente relatório (**recomendação 6.**);
- Recomenda-se que seja retomada a produção regular da publicação “Estatísticas da Saúde” do INE, por exemplo em formato eBook, como forma de facilitar o acesso à informação (**recomendação 7.1**); adotar e identificar os indicadores ECHI no Portal das

Estatísticas Oficiais (**recomendação 7.2**); e promover o conhecimento periódico das necessidades dos utilizadores de informação através da criação de algum tipo de mecanismo que o possibilite (**recomendação 7.3**);

- A entrada em funcionamento do SINAVE, com a transmissão regular de dados sobre incidência de doenças de declaração obrigatória ao INE para difusão (**recomendação 8.**), constituirá um instrumento essencial no sistema de informação de estatísticas de saúde. A introdução do SINAVE deve ser também encarada numa base de racionalização dos diversos sistemas existentes no seio do MS, se se assumir claramente a descontinuidade de situações sobrepostas;
- Analisar a viabilidade de lançamento de uma nova vaga de inquéritos de base populacional (**recomendação 9.**), em alguns casos dando sequência a operações descontinuadas, como são exemplos o Inquérito nacional alimentar e o Inquérito nacional às deficiências e desvantagens;
- A análise da informação recolhida junto dos utilizadores vem na generalidade sustentar grande parte dos comentários atrás elaborados. Tendo consciência da pertinência de uma análise mais fina de viabilidade das propostas para a construção de um sistema de informação estatística a médio prazo, que importa empreender (**recomendação 10.**), a análise efetuada aponta para a necessidade de:
 - melhorar a qualidade e a disponibilidade de informação estatística em áreas como incidência de DDO e de tumores malignos, atividade física e outros comportamentos relacionados com a saúde, meio envolvente, rastreios, despesas da saúde e financiamento, desempenho dos cuidados de saúde;
 - uma desagregação geográfica da informação adequada, incluindo as variáveis sexo, idade; subsistema de saúde sobretudo para os indicadores relacionados com recursos, utilização, despesas e financiamento dos cuidados de saúde;
 - disponibilizar novos indicadores, alguns sem um esforço adicional considerável sobre o sistema de produção de informação (por ex. óbitos por algumas causas de morte não incluídas na Lista Sucinta Europeia);
- Por fim, ainda no sentido de construção de um sistema de informação estatística a médio prazo, reforçando o acima apresentado, recordamos o relatório da avaliação do desempenho do SNS¹²¹, elaborado pela Organização Mundial de Saúde – Europa, onde se destaca a importância do desenvolvimento e fortalecimento de um sistema de informação em saúde que permita a monitorização: i) de indicadores de saúde

¹²¹ World Health Organization-WHO, 2010

desagregados por determinantes sociais como o nível de escolaridade, rendimento ou profissão, que permitam a análise da equidade e desigualdades em saúde; ii) de indicadores relacionados com os efeitos adversos; iii) dos tempos de espera para consultas externas e consultas de especialidade bem como dos principais serviços de diagnóstico. Foi, ainda, identificada a necessidade de implementação de um inquérito que permita avaliar a perceção da capacidade da resposta e confiança no sistema de saúde.

Para sintetizar o conjunto de recomendações, apresenta-se o quadro seguinte:

Quadro 7. Síntese das recomendações apresentadas

Assegurar o acesso aos dados administrativos do MS como sobre hospitais (recomendação 1.1)	Utilização de dados administrativos
Garantir um procedimento análogo para a informação sobre hospitais das regiões autónomas, tendo presente os SI e os atores regionais (recomendação 1.2)	Utilização de dados administrativos
Promover a médio ou longo prazo o acesso a informação administrativa para fins estatísticos junto dos hospitais dos setores privado e social (recomendação 1.3)	Utilização de dados administrativos
Garantir junto dos SI do MS o acesso a dados administrativos dos Centros de Saúde para a recolha de indicadores para fins estatísticos, incluindo as regiões autónomas (recomendação 1.4)	Utilização de dados administrativos
Promover a adequação da documentação metodológica relativa ao aproveitamento dos dados administrativos de vacinações para fins estatísticos (recomendação 2.1)	Normalização metodológica
Promover a adequação da documentação metodológica relativa Doenças de declaração obrigatória, incluindo VIH/SIDA (recomendação 2.2)	Normalização metodológica
Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e a DGS no processo de codificação das causas de morte (recomendação 2.3)	Cooperação institucional
Assegurar uma dimensão adequada da equipa de codificação de causas de morte e a sua formação (recomendação 2.4)	Planeamento e estratégia
Garantir uma comunicação efetiva entre os intervenientes no novo subsistema de informação de registo eletrónico dos certificados de óbito (SICO) (recomendação 2.5)	Cooperação institucional
Sensibilizar os médicos certificadores para os aspetos da qualidade do SICO, assegurar a sua formação e um helpdesk para apoio (recomendação 2.6)	Planeamento e estratégia
Promover a existência de um mecanismo de controlo de	Normalização metodológica

qualidade para o reforço da credibilização do novo sistema (SICO) (recomendação 2.7)	
Criar condições para se iniciar a "codificação múltipla" de causas de morte (recomendação 2.8)	Normalização metodológica
Estabelecer um protocolo que formalize a colaboração técnica entre o INE e o INSA no quadro de desenvolvimento do Inquérito Nacional de Saúde (recomendação 2.9)	Cooperação institucional
Garantir que os agrupamentos de ACES evoluam para delimitações geográficas coincidentes com o código administrativo (recomendação 2.10)	Normalização metodológica
Promover o apuramento de dados estatísticos ao nível local, incluindo a sua georreferenciação (hospital, centro de saúde) (recomendação 2.11)	Normalização metodológica
Assegurar que as operações estatísticas da área saúde tenham representatividade NUTS II (recomendação 2.12)	Normalização metodológica
Assegurar o tratamento harmonizado dos dados, documentação metodológica e disponibilização atempada num ponto único por parte dos diferentes Registos Oncológicos Regionais - ROR, (recomendação 2.13)	Normalização metodológica
Assegurar o tratamento harmonizado dos dados, documentação metodológica e disponibilização atempada sobre rastreios (recomendação 2.14)	Normalização metodológica
Ampliar a disponibilização de indicadores sobre farmácias e consumo de medicamentos (recomendação 2.15)	Utilização de dados administrativos
Assegurar o efetivo conhecimento do universo de prestadores de cuidados de saúde à população em colaboração com a Entidade Reguladora de Saúde (recomendação 2.16)	Utilização de dados administrativos
Iniciar a cobertura de áreas novas como as ocorrências pré hospitalares com recurso à informação residente no INEM (recomendação 2.17)	Utilização de dados administrativos
Iniciar a cobertura de áreas novas como as ocorrências pós hospitalares com recurso à informação residente o programa Cuidados de Saúde Continuados (recomendação 2.18)	Utilização de dados administrativos
Iniciar a cobertura de áreas específicas, através dos Programas Nacionais de Saúde da DGS (recomendação 2.19)	Utilização de dados administrativos
Iniciar a cobertura da morbilidade hospitalar, para fins estatísticos através da Base de Dados Central de GDH, incluindo anomalias congénitas (recomendação 2.20)	Utilização de dados administrativos
Iniciar a cobertura da morbilidade nos CSP, para fins estatísticos, através dos ficheiros de base das ARS (recomendação 2.21)	Utilização de dados administrativos

Potenciar os dados recolhidos através das variáveis saúde do ICOR para difundir de modo regular indicadores de saúde (recomendação 2.22)	Planeamento e estratégia
Efetuar estudos que permitam a construção de tabelas de equivalência entre as diferentes versões das classificações utilizadas na informação em saúde (recomendação 2.23)	Normalização metodológica
Estabelecer um quadro de responsabilidades institucionais na resposta aos organismos internacionais e mecanismo simples de atualização e circulação de informação (recomendação 3.)	Cooperação institucional
Constituir um Grupo para a análise dos conceitos em saúde e incapacidades (recomendação 4.)	Normalização metodológica
Criar um Grupo de acompanhamento das estatísticas da saúde que integre as principais estruturas do MS com responsabilidade na produção de dados (recomendação 5.)	Cooperação institucional
Promover a utilização de fontes administrativas para efeitos estatísticos nas Regiões Autónomas, acompanhando os desenvolvimentos propostos no presente relatório (recomendação 6.)	Utilização de dados administrativos
Retomar a produção regular da publicação "Estatísticas da Saúde" do INE (ex. formato eBook) (recomendação 7.1)	Planeamento e estratégia
Difundir indicadores ECHI existentes (recomendação 7.2)	Planeamento e estratégia
Promover o conhecimento periódico das necessidades dos utilizadores de informação (recomendação 7.3)	Planeamento e estratégia
Garantir a entrada em funcionamento do SINAVE, dadas as suas potencialidades para fins estatísticos (recomendação 8.)	Utilização de dados administrativos
Analisar a viabilidade de lançamento de uma nova vaga de inquéritos de base populacional (recomendação 9.)	Planeamento e estratégia
Avançar para uma análise em detalhe dos resultados do inquérito aos utilizadores de informação estatística (recomendação 10.)	Planeamento e estratégia

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Bengoa, R. e R. N. Solinis, (2008), *Curar y cuidar – Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: un guía práctica para avanzar*, Elsevier Masson.

Berk, M. L. e A. C. Monheit, (1992), "The concentration of health expenditures: an update". *Health Affairs*, 11:1, pp 45-9.

Berk, M. L. e A. C. Monheit, (2001), "The Concentration Of Health Care Expenditures, Revisited". *Health Affairs*, 20, pp 9-18.

Brown, P. (2000), *Perspectives in Medical Sociology*, Waveland Press, Inc.

Conselho Superior de Estatística (1997), Relatório do Grupo de Trabalho sobre Estatísticas da Saúde, Lisboa, CSE

Cox, P. e outros (2009), "Securing Europe's healthcare future: Chronic disease management and health technology assessment (The initiative for sustainable healthcare financing in Europe)", Prague.

Direcção-Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Lisboa, DGS, 2v. Vol. I – Prioridades, 88 p. Vol. II – Orientações Estratégicas, 216 p.

Journard, I. e outros (2010), "Health Care Systems Efficiency and Institutions, Organization for Economic Co-operation and Development-OCDE, Economics Department", Paris, Working Papers No 769

Nolte, E. e outros (2008), "Managing chronic conditions, European Observatory on Health Systems and Policies", Observatory Studies Series, nº 15.

Presidência do Conselho de Ministros (2011), *Programa do XIX Governo Constitucional*, Lisboa, PCM

World Health Organization - WHO (2005), *Preventing chronic diseases: a vital investment*, Geneva, World Health Organization

World Health Organization - WHO (2006), *Projections of mortality and burden of disease to 2030*. Geneva, World Health Organization

World Health Organization - WHO (2007), *Strengthening health systems to improve health outcomes*, Geneva, World Health Organization

World Health Organization – WHO (2008), *Primary health care now more than ever*, World Health Organization, Geneva

World Health Organization – WHO (2010), *Portugal Health System Performance Assessment*, Geneva, World Health Organization

Yu W., T. Ezzati-Rice (2005), "Concentration of Health Care Expenditures in the U.S. Civilian Noninstitutionalized Population". In: Expenditure Panel Survey Agency for Healthcare Medical Research and Quality.

Zuvekas SH, Cohen JW. (2007), *Prescription drugs and the changing concentration of health care expenditures*. *Health Aff (Millwood)*, 26:249-57

Instituto Nacional de Estatística (2010), "Plano de Actividades do INE e das Entidades com Delegação de Competências do INE - 2011", Lisboa, INE

Instituto Nacional de Estatística (2011), "Relatório de Actividades do Instituto Nacional de Estatística e de outras Entidades Intervenientes na Produção Estatística Nacional para 2010", Lisboa, INE

RESPONSÁVEIS PELO RELATÓRIO DO GRUPO DE TRABALHO DE ESTATÍSTICAS DA SAÚDE

Direção-Geral da Saúde (DGS/MS)

Paulo Jorge Nogueira

José Nunes Martins

Instituto Nacional de Estatística, IP (INE, IP)

Bernardo de Lemos

Eduarda Góis

Serviço Regional de Estatística dos Açores (SREA)

Augusto Elavai

Direção Regional de Estatística da Madeira (DREM)

Guida Rodrigues

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA/MS)

Carlos Matias Dias

Alto Comissariado da Saúde (ACS/MS)

Luísa Couceiro

Isabel Alves

Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS/MS)

Alexandre Lourenço

Cláudia Borges

ANEXOS

- Anexo 1. Fichas de caracterização dos sistemas de informação identificados
- Anexo 2. Inquérito aos utilizadores da informação estatística em saúde
- Anexo 3. Regulamento (CE) N.º.1338/2008 de 16 de Dezembro
- Anexo 4. Atas das reuniões

Anexo 1. Fichas de caracterização dos sistemas de informação identificados

- ACSS, IP - BAS (Benefícios Adicionais de Saúde)
- ACSS, IP – BDEA (Base de Dados de Elementos Analíticos)
- ACSS, IP - BDGDH (Base de dados central de GDH)
- ACSS, IP - CTH (Consulta a Tempo e Horas)
- ACSS, IP - RHV (Recursos Humanos e Vencimentos)
- ACSS, IP - RNU (Registo Nacional de Utentes)
- ACSS, IP - SAM (Sistema de Apoio ao Médico)
- ACSS, IP - SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem)
- ACSS, IP - SICD/E - Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem
- ACSS, IP - SIDC (Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade)
- ACSS, IP - SIGLIC (Sistema de Informação para a Gestão da Lista Inscritos para Cirurgia)
- ACSS, IP - SINUS (Sistema de Informação das Unidade de Saúde)
- ACSS, IP - SONHO (Sistema de Informação de Gestão Hospitalar)
- ACSS, IP - UMCCI - GESTCARE CCI
- ACSS, IP e ARS,IP - E125 (Aplicação Informático de Registo de Despesas de Utentes Migrantes)
- ARS - SiIMA Rastreios
- Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde - Registo Oncológico Regional dos Açores
- DGS - DDO (Casos notificados de Doenças de Declaração Obrigatória)
- DGS - Linha SAÚDE 24 (Linha de atendimento do SNS)
- DGS - SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito)
- DGS - SINAVE (Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica)
- DGS - SVIG-TB (Sistema de Vigilância Intrínseco do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose)
- DGS – Vacinação
- ERS - SGREC (Sistema de Gestão de Reclamações)
- ERS - SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde)
- ERS - SRER (Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados)
- INE, IP - ATPS (Acidentes de Trabalho e Problemas de Saúde Relacionados com o Trabalho)
- INE, IP - ICOR (Inquérito às Condições de Vida e Rendimento)
- INE, IP - ICS (Inquérito aos Centros de Saúde)
- INE, IP - IHSP (Inquérito aos Hospitais)
- INE, IP - Obitoscm (Óbitos por causa de morte)
- INE, IP/ INSA, IP - 4ºINS (4º Inquérito Nacional de Saúde)
- INEM - CMS (Gestão de central telefónica)
- INEM - Mobile Clinic
- INEM - Siadem (Sistema Integrado de atendimento e despacho)
- INFARMED, I.P. - Base de dados de casos de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) de uso humano
- INFARMED, I.P. - Base de dados de consumo de medicamentos - 1
- INFARMED, I.P. - Base de dados de consumo de medicamentos - 2
- INFARMED, I.P. - Base de dados de medicamentos – Drugbase
- INFARMED, I.P. - Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM)
- INSA, IP - ÍCARO (Sistema de Vigilância e monitorização de ondas de calor com efeitos sobre a mortalidade)
- INSA, IP - Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

- INSA, IP - VIH/SIDA (Declaração obrigatória de casos de infeção pelo VIH)
- IPO Lisboa, EPE - Plataforma ROR-Sul (Registo Oncológico Regional do Sul)
- IPOCFG, EPE - ROR Centro (Registo Oncológico Regional do Centro)
- IPOPORTO, EPE - RORENO (Registo Oncológico Regional do Norte)
- SICAD - SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar)
- SREA - Inquérito aos Postos Médicos

BAS (Benefícios Adicionais de Saúde)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	BAS - Benefícios Adicionais de Saúde
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Centros de Saúde
4	Objetivos	<p>O BAS é uma aplicação de gestão de Pedidos de Reembolso de Despesas de Saúde, por parte dos utentes devidamente qualificados para acederem a este benefício.</p> <p>A utilização da aplicação está generalizada, em todas as unidade de saúde dos cuidados primários e ARS's, que acedem a uma aplicação central, instalada no DataCenter do ACSS.</p> <p>O sistema para além de disponibilizar uma interface de registo e consulta de dados, disponibiliza um mecanismo de partilha de dados com a Base de Dados Central do ACSS. Estabelece comunicações com o sistema da segurança Social para validação do direito ao benefício e com o sistema de pagamento de pensões. Disponibiliza um Módulo de Estatísticas que permita uma extração dos indicadores mais relevantes (nº de pedidos e valores reembolsados), sobre os dados registados no sistema.</p>
5	Tipo de recolha	Procedimentos administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadão com direito ao RSI e CSI
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2007
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadão com direito ao RSI e CSI
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Outsystems
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Utente Médico de Família Isenções Regime Especial de Participação de Medicamentos Centro de Saúde
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	Centros de Saúde Administrações Regionais de Saúde Administração Central do Sistema de Saúde

BDEA (Base de Dados de Elementos Analíticos)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA)
2	Entidade responsável pela BD	ACSS,IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	ACSS,IP
4	Objetivos	Permitir a consulta pública (visualização, análise e exportação) dos custos e unidades de obra das instituições hospitalares do SNS
5	Tipo de recolha	Envio por ficheiro padronizado, por parte das instituições hospitalares do SNS, dos dados carregados centralmente pela ACSS
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Instituições hospitalares do SNS
8	População excluída	Serviços Centrais com Autonomia (vulgo Serviços Autónomos) e Administrações Regionais de Saúde (ARS)
9	Unidade de observação	Custo unitário por centro de custo (custos analíticos e respetivas unidades de obra)
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Por instituição hospitalar pertencente ao SNS
12	Data de início	2002
13	Prazo de disponibilização da BD	Permanente, a tempo inteiro
14	Enquadramento legal	Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde (POCMS) e Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH, 3ª edição).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Instituições hospitalares do SNS
2	Unidade de observação	Custo unitário por centro de custo (custos analíticos e respetivas unidades de obra)
3	Tipo de recolha	Envio por ficheiro padronizado, por parte das instituições hospitalares do SNS, dos dados carregados centralmente pela ACSS
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	(ano de 2009) 44 instituições hospitalares, com um nível de detalhe que pode ir até 183 centros de custos, e 95 rubricas contabilísticas distintas em cada centro de custo
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Cobertura parcial, dado que nem todas as instituições hospitalares conseguem apurar e enviar os dados da contabilidade analítica

		em cada ano
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica: base de dados » Oracle 10g, front-end » Oracle Application Express (APEX) 3.2
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Anual
7.2	Período de recolha	Anual
7.3	Contacto inicial	Técnico na Unidade Operacional de Gestão Financeira
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Ofício Circular, remetido pela ACSS a todas as instituições hospitalares do SNS (não inclui ARS e Serviços Autónomos)
		Confirmação do total de custos na Contabilidade Analítica versus total na Contabilidade Geral (alvo de recolha autónoma)
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Validação da codificação (fechada) de entidade, centro de custo e conta (rubrica contabilística)
9	Comparabilidade	Possível inter-instituições e inter-anual, desde que para mesma rubrica e mesma edição do PCAH
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim (custos unitários)
11	Classificações utilizadas	Centros de custos, conforme Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH 3ª edição)
		Rubricas contabilísticas da classe 9 (analítica)
12	Conceitos	Secção homogénea Secções principais Secções auxiliares Secções administrativas Secções não imputáveis Doente tratado Dia de internamento Centro de custo Custos diretos Custos indiretos Distribuição de custos indiretos Custo unitário Custo unitário total Custo unitário direto

3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Preâmbulo (quais as instituições carregadas), resumo dos custos das Secções Principais, resumo dos custos para cada instituição hospitalar por centro de custo, resumo dos custos unitários de cada instituição por cada centro de custo, balancete de custos analíticos (detalhe de custos) e notas/observações remetidas pelas instituições hospitalares
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Custos unitários diretos e custos unitários totais
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Consulta online, com possibilidade de descarregar todos os dados e indicadores visualizados
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://www.acss.min-saude.pt/bdea/
5	Principais utilizadores	Recurso disponível ao público em geral (não requer autenticação ou login)

BGDH (Base de dados central de GDH)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de dados central de GDH
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Hospitais (que codificam e agrupam), UOFC, ACSS (que centraliza os dados na BD Central GDH)
4	Objetivos	Caracterização da produção hospitalar de internamento e ambulatório
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo e codificação clínica de diagnósticos, procedimentos, morfologias tumorais e causas externas
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Doentes internados e de ambulatório cirúrgico e médico em hospitais de agudos
8	População excluída	n/a
9	Unidade de observação	Episódio
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Por hospital
12	Data de início	1999
13	Prazo de disponibilização da BD	Trimestral à DGS, ERS, ARS Mensal aos hospitais e ARS A pedido desde que autorizado (nomeadamente para a academia)
14	Enquadramento legal	Portaria 132/2009 de 30 de janeiro com as alterações introduzidas pela Portaria 839-A/2009 de 31 de julho
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Doentes internados, Doentes de ambulatório cirúrgico e doentes de ambulatório médico em hospitais do SNS
2	Unidade de observação	Episódio/Doente saído
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo e codificação clínica de diagnósticos, procedimentos, morfologias tumorais e causas externas
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	1.375.157, ano 2011; (incompleto) 2.043.707 ano 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Todos hospitais SNS e PPP
6	Software de gestão da BD	Aplicação construída especificamente em sistemas Oracle
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Ligação (via WebGDH) ao Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) ou sistemas equivalentes
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Idem

9	Comparabilidade	Sim, assegurado pelas regras de codificação da ICD9CM e auditorias internas e externas à codificação clínica
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICD 9 CM para diagnósticos, procedimentos, morfologias e causas externas Agrupador de GDH All Patient DRG para GDH
12	Conceitos	Ver variáveis BDGDH e indicadores em anexo (entre outros a pedido)
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Variáveis disponíveis na entidade
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	<p>Ano</p> <p>Instituição de Saúde</p> <p>ICM Internamento</p> <p>ICM Internamento Cirúrgico</p> <p>ICM Internamento Médico</p> <p>ICM Ambulatório Cirúrgico</p> <p>ICM Ambulatório Médico</p> <p>Doentes equivalentes ponderados pelo peso da portaria (Internamento)</p> <p>Doentes equivalentes ponderados pelo peso da portaria (Internamento Cirúrgico)</p> <p>Doentes equivalentes ponderados pelo peso da portaria (Internamento Médico)</p> <p>Doentes ponderados pelo peso da portaria (Ambulatório Cirúrgico)</p> <p>Doentes ponderados pelo peso da portaria (Ambulatório Médico)</p> <p>Doentes Equivalentes Internamento</p> <p>Doentes Equivalentes Internamento Cirúrgico</p> <p>Doentes Equivalentes Internamento Médico</p> <p>Demora Média Internamento</p> <p>Demora Média Internamento Cirúrgico</p> <p>Demora Média Internamento Médico</p> <p>Número de Episódios de Internamento</p> <p>Número de Episódios de Internamento Cirúrgico</p> <p>Número de Episódios de Internamento Médico</p> <p>Número de Episódios cirúrgicos programados</p> <p>Número de Episódios de Ambulatório Cirúrgico</p> <p>Número de Episódios de Ambulatório Médico</p> <p>Número de Doentes</p> <p>Número de Doentes Internamento Cirúrgico</p> <p>Número de Doentes Internamento Médico</p> <p>Número de Doentes Ambulatório Cirúrgico</p> <p>Número de Doentes Ambulatório Médico</p> <p>Número de Dias de Internamento</p> <p>Número de Dias de Internamento Cirúrgico</p> <p>Número de Dias de Internamento Médico</p> <p>Número de Partos</p> <p>Número de Partos vaginais</p> <p>Número de Cesarianas</p> <p>Número de Úlceras de decúbito</p> <p>Número de Complicações em internamento cirúrgico</p> <p>Número de Partos com Epidural</p> <p>Número de episódios com tempo de internamento superior ao limiar máximo</p> <p>Reinternamentos até 5 Dias</p> <p>Reinternamentos até 30 Dias</p> <p>Reinternamentos até 30 Dias Médicos</p> <p>Reinternamentos até 30 Dias Cirúrgicos</p> <p>Reinternamentos de 30 a 180 Dias</p> <p>Reinternamentos não programados</p> <p>Número de episódios com tempo de internamento superior a 30</p>

		<p>dias</p> <p>Amputações em diabéticos</p> <p>Amputações major em diabéticos</p> <p>Recém Nascidos de Termo, de Baixo Peso</p> <p>Recém Nascidos Total</p> <p>Recém Nascidos, Menos de 38 Semanas</p> <p>AVC Totais</p> <p>AVC Idade Inferior a 65 Anos</p> <p>Enfarte Agudo do Miocárdio</p> <p>Enfarte Agudo do Miocárdio, Idade Inferior a 65 Anos</p> <p>Doença Isquémica Cardíaca</p> <p>Doença Isquémica Cardíaca, Idade Inferior a 65 Anos</p> <p>Angina e Outros</p> <p>Angina e Outros, Idade Inferior a 65 Anos</p>
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	<p>Site da ACSS:</p> <p>Relatórios de retorno;</p> <p>Acompanhamento hospitais, ULS e ACES</p> <p>Divulgação de informação</p>
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	<p>Academia</p> <p>ARS</p> <p>Hospitais</p> <p>DGS</p> <p>ERS</p> <p>Organizações internacionais (OCDE, WHO, etc.)</p>

CTH (Consulta a Tempo e Horas)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Consulta a Tempo e Horas (CTH)
2	Entidade responsável pela BD	Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS,IP)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Ministério da Saúde (centros de saúde e hospitais)
4	Objetivos	Monitorização e gestão do acesso a primeiras consultas de especialidade hospitalar, a partir do sistema de referência eletrónica CTH.
5	Tipo de recolha	Registo sistemático de dados online no SI, de acordo com o perfil de utilização específico, pelos profissionais intervenientes no processo de referência eletrónica dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar (médicos assistentes, administrativos dos centros de saúde, administrativos dos hospitais, médicos dos hospitais)
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária/ permanente
7	População abrangida	População do continente português, utilizadora das unidades de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (centros de saúde e hospitais)
8	População excluída	n/a
9	Unidade de observação	Primeiras consultas de especialidade hospitalar
10	Âmbito geográfico	Continente português
11	Desagregação geográfica da informação	Área de influência dos hospitais e unidades de cuidados de saúde primários
12	Data de início	dezembro de 2006 (fase piloto)
13	Prazo de disponibilização da BD	n/a
14	Enquadramento legal	Portaria 615/2008, 11 de julho
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População do continente português, utilizadora das unidades de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (centros de saúde e hospitais)
2	Unidade de observação	Primeiras consultas de especialidade hospitalar
3	Tipo de recolha	Registo sistemático de dados online no SI, de acordo com o perfil de utilização específico, pelos profissionais intervenientes no processo de referência eletrónica dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar (médicos assistentes, administrativos dos centros de saúde, administrativos dos hospitais, médicos dos hospitais)
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	1.193.923 pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar inscritos no SI durante o ano de 2011.
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	ADW-CTH (Alert Data Warehouse)
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	n/a

7.4	Obrigatoriedade de resposta	Parcial. São obrigatórios os dados administrativos que permitam associar o utente ao seu registo no RNU; São obrigatórios os dados clínicos que sejam necessários para a correta análise do pedido de primeira consulta pelos profissionais médicos do hospital de destino.
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Ligação ao Registo Nacional de Utentes (RNU)
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada - ligação ao RNU
9	Comparabilidade	Assegurada - RNU, sistemas de informação hospitalares (SIH), sistemas de informação dos cuidados de saúde primários (SICSP)
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICPC2 CID
12	Conceitos	Primeira consulta de especialidade hospitalar Informação de retorno Instituição de destino Instituição de origem Marcação de primeira consulta Mediana do tempo de resposta Médico assistente Nível de prioridade Prioridade clínica Tempo médio de resposta Tempos totais e parciais de resposta Triador Utente Dados de identificação do utente Informação clínica associada ao pedido
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Dados globais sobre primeiras consultas de especialidade.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Pedidos inscritos, consultas realizadas, tempos de resposta, por especialidades, prioridade clínica e instituições.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatórios trimestrais e anual emitidos pela UCCTH, destinados a divulgação interna e externa (esta a pedido, mediante autorização do MS) Relatórios ad hoc da UCCTH (sobre instituições específicas - hospitais, centros de saúde, ARS...)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	ACSS, IP ARS, IP Unidades de hospitalares Unidades de cuidados de saúde primários Entidades externas (mediante autorização do MS)

RHV (Recursos Humanos e Vencimentos)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	RHV - Recursos Humanos e Vencimentos
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Entidades do Ministério da Saúde
4	Objetivos	<p>A Aplicação de Recursos Humanos e Vencimentos visa a gestão local e central dos recursos humanos do Ministério da Saúde bem como o processamento das respetivas remunerações.</p> <p>A Aplicação está desenhada de forma a suportar dois módulos: Módulo Central – Base de Dados única, localizada na ACSS, onde é centralizada a informação global das instituições, permitindo a obtenção da informação consolidada e indispensável para obtenção de indicadores globais de gestão.</p> <p>Módulo Local - Base de Dados em cada Instituição do Ministério da Saúde, a qual procede à alimentação do sistema através da recolha da informação e processamento de vencimentos, com geração de informação para ligação a entidades externas, tal como, Bancos, CGA, ADSE, SS, DGEEP, DGAEP, Finanças, etc.</p>
5	Tipo de recolha	Procedimentos administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Profissionais do Ministério da Saúde
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Profissional
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2000
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Profissionais do Ministério da Saúde
2	Unidade de observação	Profissional
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports, Java
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim

7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Utente Médico de Família Isenções Regime Especial de Participação de Medicamentos Centro de Saúde
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	N/A

RNU (Registo Nacional de Utentes)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	RNU - Registo Nacional de Utentes
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitais
4	Objetivos	<p>O RNU é a base de dados de referência dos utentes do SNS, disponibilizando informação (dados de identificação dos utentes do SNS) aos diferentes organismos do Ministério, bem como a entidades terceiras com autorização para acesso aos dados. Desde a sua entrada em produção, que vários S.I., de diferentes organismos, têm vindo a confiar nos dados residentes no RNU para identificarem os utentes do SNS, acedendo aos dados através dos serviços de interoperabilidade disponíveis para o efeito.</p> <p>O RNU serve ainda de suporte ao processo de atribuição de Cartão de Cidadão (CC). No âmbito do CC os dados de identificação do cidadão são recolhidos no momento da sua requisição, nas instituições competentes (conservatórias do registo civil, p.e.). Estes dados são enviados para o RNU via serviços disponíveis para o efeito.</p> <p>O RNU foi criado para ser a fonte de verdade dos utentes do SNS. Este sistema contempla os seguintes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base de Dados Utentes SNS - Aplicação Informática (gestão de utentes, disponível nos CSP) - Serviços de interoperabilidade (Web Services).
5	Tipo de recolha	Procedimentos administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadãos inscritos no Serviço Nacional de saúde
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2006
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos inscritos no Serviço Nacional de saúde
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Recolha indireta
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports, Java
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Utente Médico de Família Isenções Regime Especial de Participação de Medicamentos Centro de Saúde
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	N/A

SAM (Sistema de Apoio ao Médico)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SAM - Sistema de Apoio ao Médico
2	Entidade responsável pela BD	BD individuais unidades de CSP e Hospitalares. Acesso pela ACSS, IP, desde que autorizado
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares
4	Objetivos	<p>Este ambiente de trabalho disponibiliza, não apenas um conjunto de funcionalidades clínico-administrativas, úteis para a atividade diária do médico e diretamente relacionadas com o modelo de dados do SONHO como também, implementa algumas funcionalidades clínicas decorrentes de iniciativas do Ministério da Saúde e com impacto em alguns processos críticos a nível económico – prescrição de medicamentos, prescrição de MCDT's, prescrição de certificados de incapacidade temporária (baixas), novas regras de gestão da lista de inscritos em cirurgias.</p> <p>Em termos de arquitetura tecnológica, o SAM implementa uma plataforma que permite integrar aplicações clínicas que o hospital já utilize ou venha a utilizar no futuro, de modo a viabilizar a construção de um processo clínico eletrónico, ao ritmo das prioridades e necessidades de informatização de cada hospital - soluções clínicas departamentais que melhor se adequam e satisfazem as reais necessidades de cada hospital.</p>
5	Tipo de recolha	Procedimentos Médicos
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários e cuidados Hospitalares
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2001
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários e Hospitalares
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Procedimento Médico
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICD 9 - Sistema Classificação de Doenças Atos complementares de diagnóstico. Portaria de Análises Clínicas
12	Conceitos	Consulta Internamento Hospital de Dia Urgência Análises Clínicas Meios Complementares de Diagnóstico Diário Clínico SOAP Consulta de Especialidade Sessão Hospital de Dia
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Indicadores de Prescrição
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal da ACSS e nos Portais das ARS e SIM@SNS
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Médicos e outros profissionais de saúde Comunicação social

SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
2	Entidade responsável pela BD	BD individuais unidades de CSP e Hospitais. Acesso pela ACSS, IP, desde que autorizado
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitais
4	Objetivos	<p>O SAPE é um software aplicacional que usa, como referencial da linguagem, a International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses- CIPE (versão BETA 2), que permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem.</p> <p>Este sistema cobre as áreas de internamento, da Consulta Externa, de Hospital de Dia e da Urgência e assenta sobre a informação administrativa gerada no SONHO.</p> <p>O sistema é orientado para a atividade diária do enfermeiro e visa a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do doente. Tem como Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suportar a atividade diária de enfermagem; - Normalizar o sistema de registos de enfermagem;
5	Tipo de recolha	Procedimentos de Enfermagem
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários e cuidados Hospitalares
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2001
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários e Hospitalares
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Procedimento de Enfermagem
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	CIPE
12	Conceitos	Tratamento de Enfermagem Processo de Enfermagem Status Fenómenos
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	N/A

(SICD/E) Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem

Nota: O SICD/E funciona integrado com o SAPE - Módulo de Enfermagem. Contudo o SICD/E e o SAPE podem funcionar de forma independente.

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SICD/E - Sistema Informático de Classificação de Doentes em Enfermagem
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Hospitais: 43 unidades hospitalares
	Conceito	O Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos de acordo com a sua dependência em cuidados de enfermagem; é um instrumento para a gestão de recursos e planeamento dos cuidados. Tem como principais características ser um sistema: objetivo, individualizado, flexível, prospetivo e diário.
4	Objetivos	"O SICD/E é uma aplicação informática de suporte ao Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem (SCD/E) que tem como missão desenvolver processos de planeamento, organização e gestão de recursos de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e conseqüentemente para a qualidade total dos cuidados de saúde. Os objetivos são: A. Assegurar a gestão eficiente dos recursos de enfermagem B. Garantir a produção e monitorização de dados fiáveis e válidos por serviço e unidade hospitalar C. Identificar oportunidades de melhoria na organização dos cuidados de enfermagem D. Proporcionar a visibilidade interna e externa dos cuidados de enfermagem E. Contribuir para a uniformização de conceitos e linguagem no âmbito do SCD/E
5	Tipo de recolha	Procedimentos de Enfermagem: A - Enfermeiro Chefe: elaboração do plano de trabalho (distribuição de doentes por enfermeiros) para os três turnos diários, elaboração do Resumo Diário da Classificação de Doentes (identificação das necessidades globais do serviço em horas de cuidados de enfermagem) e elaboração do Relatório Diário de Horas de Cuidados de Enfermagem (identificação global da oferta do serviço em cuidados de enfermagem e balanço entre as horas de cuidados necessárias e disponíveis/prestadas) B - Enfermeiro Classificador: classificação dos doentes internados, efetuada diariamente pelo responsável pela prestação de cuidados, no turno da Manhã C - Auditores Internos: realização mensal de auditorias às

		classificações efetuadas, em número igual a 25% da lotação oficial do serviço e análise, uma vez por mês, da informação produzida pelo Enfermeiro Chefe D - Auditores Externos: realização anual de auditorias à informação produzida pelos Enfermeiros Chefes, Classificadores e Auditores internos, bem como à aplicação dos pressupostos do SCD/E Nota: Toda a informação administrativa do doente internado é disponibilizada pelo Hospital.
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Doentes com episódios de internamento em serviços hospitalares
8	População excluída	Doentes com episódios de internamento em serviços de cuidados intensivos ou com episódios de consulta externa, de urgência ou de ambulatório.
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Unidades Hospitalares
12	Data de início	1998 - aplicação informática. O SCD/E produz dados desde 1987
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto de 2003 - DR 191 - SÉRIE I-A - Competências do Enfermeiro Diretor.
		Artigo 10º Apêndice do Decreto Legislativo Regional nº 2/2007/A de 24 de Janeiro
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível hospitalar
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Procedimento de Enfermagem
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	2.407.159 de classificações efetuadas no ano 2010.
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	N/A
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Ligação ao Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO) ou sistemas equivalentes
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	CIPE Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem
12	Conceitos	Auditoria Auditor Ciclo diário Circuito de informação do SCD/E Classificação de doentes Diagnóstico de enfermagem Enfermeiro chefe Enfermeiro classificador Episódio de internamento História clínica de enfermagem Indicador do SCD/E Intervenção de enfermagem Manual de conceitos básicos Notas de não conformidade/Sugestão de melhoria Parametrização dos serviços Plano de cuidados de enfermagem Plano de trabalho Quadro de classificação de doentes Registos de enfermagem Relatório de auditoria Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem Relatório diário de utilização de pessoal de enfermagem por serviço Relatório mensal de utilização de pessoal de enfermagem Resumo diário da classificação de doentes por unidade de internamento Sistema de Classificação de doentes
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Dados relativos à gestão diária dos serviços utilizadores do SCD/E. Dados relativos à gestão de recursos humanos de enfermagem para adequação das dotações.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	DI; HCN; HCP; VARIAÇÃO HCN-HCP; HCN/DI; HCP/DI; % UTILIZAÇÃO; ETC; HAU
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatórios da classificação de doentes Relatórios da evolução dos doentes em HCN por área de cuidados Relatórios sobre distribuição de doentes por enfermeiros Relatórios sobre distribuição de enfermeiros por serviço Relatórios sobre doentes internados, distribuídos e classificados Relatórios sobre o peso das áreas de cuidados por serviço

		<p>Relatório diário de horas de cuidados de enfermagem</p> <p>Relatórios diários de utilização de pessoal de enfermagem</p> <p>Resumo diário da classificação de doentes</p> <p>Relatórios de auditoria interna e externa</p> <p>Sítio da ACSS e envio de indicadores globais para Secretaria de Estado do Ministério da Saúde, DGS, ARS, Ordem dos Enfermeiros</p>
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	<p>Manual do Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem, ed. 04</p> <p>Manuais de Conceitos Básicos para cada especialidade</p> <p>Manual do Utilizador do SICD/E</p> <p>Orientações para a utilização do SCD/E</p> <p>Manual de Normas de Enfermagem - Procedimentos técnicos</p>
5	Principais utilizadores	<p>Hospitais</p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>Administração Central do Sistema de Saúde</p> <p>Administrações Regionais de Saúde</p> <p>Ordem dos Enfermeiros</p>

SIDC (Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SIDC - Sistema de Informação Descentralizado de Contabilidade
2	Entidade responsável pela BD	BD individuais unidades de CSP e Hospitais. Acesso pela ACSS, IP, desde que autorizado.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Instituições Ministério da Saúde (Hospitais EPE e SPA; Centros Hospitalares EPE, ULS, ARS e Agrupamentos Centros de Saúde)
4	Objetivos	<p>Sistema descentralizado de registo e informação contabilística, composto por 3 Módulos (Contabilidade Orçamental, Contabilidade Geral e Contabilidade analítica).</p> <p>Do ponto de vista estrutural, o objetivo principal deste sistema é o de disponibilizar as infraestruturas mínimas e necessárias para Integrar toda a de Informação Contabilística e financeira, à medida das necessidades de cada Instituição.</p> <p>Do ponto de vista funcional, o objetivo principal deste sistema é facultar registo e controlo da informação contabilística em todas as suas vertentes, assim como permitir o cumprimento da apresentação de informação económica e financeira e de todos os documentos legais que constituem a Conta de Gerência ou Relatórios e Contas das Instituições do M.S.</p>
5	Tipo de recolha	Procedimentos administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	N/A
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	N/A
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	N/A
12	Data de início	2000
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	N/A
2	Unidade de observação	N/A
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	N/A
6	Software de gestão da BD	BD Paradox desenvolvimento Delphi
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo

7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A
8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Parametrização de tabelas Recolha de Movimentos Gestão de Terceiros Gestão de Tesouraria Contabilidade Geral Contabilidade Analítica Contabilidade Orçamental Gestão de perfis e utilizadores
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	Centros de Saúde Administrações Regionais de Saúde Administração Central do Sistema de Saúde Hospitais

SIGLIC (Sistema de Informação para a Gestão da Lista Inscritos para Cirurgia)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SIGLIC - Sistema de Informação para a Gestão da Lista Inscritos para Cirurgia
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	ACSS, IP
4	Objetivos	Sistema de informação de suporte ao SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia). Obtenção de informação sobre a lista de inscritos para cirurgia no serviço Nacional de Saúde, de modo a dispor de dados estatísticos e de indicadores que permitam efetuar o controlo de gestão da atividade cirúrgica programada face às necessidades dos utentes. Os indicadores podem ser gerais do país ou desagregados por diversos níveis de agrupamentos, desde por região, hospital, especialidade, unidade funcional, código ICD do diagnóstico ou procedimento, grupo nosológico, etc. Este sistema de informação permite ainda a gestão de eventos clínicos, a gestão de utilizadores e colaboradores dos hospitais, uma rede de comunicação interna entre entidades, a gestão dos contratos e protocolos e o controlo da faturação dos hospitais, a gestão de programas integrados em doenças específicas como a obesidade (PTCO), a gestão das transferências de utentes entre instituições, a gestão da capacidade instalada dos hospitais, a gestão da carteira de serviços das unidades funcionais, gestão de não conformidades, entre outros.
5	Tipo de recolha	Recolha de informação por interface com os sistemas de informação hospitalares ou por registo direto na aplicação SIGLIC
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Utentes inscritos para cirurgia programa no âmbito do SIGIC
8	População excluída	Utentes inscritos para cirurgia programada fora do SIGIC
9	Unidade de observação	Tempo de espera para cirurgia, nº de utentes, nº episódios, nº meios humanos e meios físicos dos hospitais, tempo de Bloco, nº ICD diagnóstico e procedimento, nº de não conformidades, peso relativo, nº notas e vales cirurgia, idade, tempo de internamento, valor a pagar aos hospitais convenionados
10	Âmbito geográfico	Continente
11	Desagregação geográfica da informação	Região, Distrito, Freguesia
12	Data de início	2004
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilizada em todos os hospitais públicos e privados convenionados no SIGIC e ARS
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro (Regulamento do SIGIC)
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Utentes inscritos em hospitais do serviço nacional de saúde (SNS) ou com acordos com o SNS para cirurgia programada
2	Unidade de observação	Tempo de espera para cirurgia, nº de utentes, nº episódios, nº meios humanos e meios físicos dos hospitais, tempo de Bloco, nº de diagnósticos (ICD diagnóstico) e nº de procedimentos (ICD procedimento), nº de não conformidades, nº de reclamações, nº de recursos, nº de contestações, peso relativo, nº notas e vales cirurgia, nº de devoluções, nº cancelamentos, idades, subsistemas de financiamento, tempo de internamento, valor a pagar aos hospitais, nº de documentos (propostas, relatórios de alta, faturas...), nº de eventos (consultas, internamentos, Urgência cirúrgica, cirurgias programadas, MCDT), unidades de produtividade, nº de incidentes, nº de problemas, nº de comunicações,...

3	Tipo de recolha	Recolha de informação por interface com os sistemas de informação hospitalares e por registo direto na aplicação SIGLIC
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	5 milhões de registos por ano 1,7 terabyte de informação
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Portugal continental
6	Software de gestão da BD	Aplicação construída especificamente em sistemas Oracle
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Diário para as integrações via interface, contínuo para registos nos registos diretos desde 2004
7.2	Período de recolha	Noite, no interface, 24h - 7 dias semana na utilização direta
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	SIM - atendendo às normas do SIGIC em vigor - os dados (ou sua ausência) são qualificados e existe um sistema de gestão de problemas que mantem a coerência das bases de dados face à exaustividade requerida
8	Coerência (temporal, interna e externa)	SIM - assegurada validação dados integrados na BD central junto dos hospitais que confirmam a informação relativamente à sua instituição, processo de extração e integração de dados no SIGLIC sujeito a vários de níveis de validação da qualidade da informação.
9	Comparabilidade	SIM - é assegurada a coerência e comparabilidade dos indicadores entre os vários agrupamentos e instituições, estando as diversas instituições obrigadas a uma norma estrita sobre o tipo, forma e cronologia de dados a registar. Existe um dicionário semântico que homogeneiza os conceitos
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICD9CM - Classificação internacional de diagnósticos e procedimentos 9 revisão modificação clinica ICD10 - Classificação internacional de diagnósticos e procedimentos GDH - Grupo de diagnóstico homogéneo Códigos postais Nºs de Ordem dos Médicos Classificações clínicas (ASA, Mallampati, prioridades, TNM, ...) Distritos Concelhos Outras classificações proprietárias
12	Conceitos	LIC Prioridade Pendente Idade Cancelamentos Expurgo Entradas Saídas Operados Prioridade clinica Cativação Devolução Documento pendente Documento gerado Documento subscrito Nota apensa à fatura Episódio funcional Episódio cirúrgico

		<p>Episódio único Episódio terapêutico Grupo de extração Técnicas especiais Unidade Nosológica Grupo nosológico Evento clínico Plano de cuidados Catamenese Conclusão Suspenso Tempo máximo de resposta garantido Pré-inscritos Intransferível Transferências Hospital de origem Hospital de destino Tempo de espera Tempo de espera global Tempo de espera pela inscrição Tempo terapêutico Tempo de follow-up Cativado Capacidade instalada Produtividade</p>
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Toda a informação relacionada com a atividade cirúrgica programada e lista de inscritos para cirurgia no âmbito do SIGIC, capacidade instalada e ainda correspondente produtividade
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Indicadores relativos à procura e oferta em cirurgia programada, transferências de utentes, contestações, reclamações, performance do sistema, financiamento e contratualização, capacidade instalada, Conformidade, comunicações na rede SIGIC, Qualidade, produtividade, etc.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	<p>Relatório anual de cirurgia segura Relatório anual de dispositivos implantáveis Relatório anual de não conformidades Relatório anual de PTCO Relatório anual do país (ano-1) Relatório anual económico Relatório anual programa de oncologia Relatório prospetivo sobre cenários no SIGIC (ano+1) Relatório semestral Relatórios elaborados à medida das encomendas Portal da Saúde Portal da ACSS Portal eSIGIC</p>
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/lista+de+inscritos+para+cirurgia/default.htm
5	Principais utilizadores	<p>Universidades e outras instituições de ensino Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Hospitais Públicos e Privados Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde Eurostat Organização Mundial da Saúde Organização CDE Comunicação social</p>

SINUS (Sistema de Informação das Unidade de Saúde)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SINUS - Sistema de Informação das Unidade de Saúde
2	Entidade responsável pela BD	BD individuais unidades de CSP. Acesso pela ACSS,IP, desde que autorizado
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Unidade de Prestação de Cuidados de Saúde Primários
4	Objetivos	Sistema estrutural e integrado de informação para os Cuidados de Saúde Primários, orientado para o controlo administrativo nas áreas da Consulta, Urgência/SAP, Vacinação, Gestão da requisição e emissão do Cartão de utente e Registo Administrativo de Contactos, cujo modelo de funcionamento é comum aos Centros de Saúde/Extensões.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Utente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1994
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de Saúde a nível dos cuidados de saúde primários
2	Unidade de observação	Utente
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A

8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICPC 2 - Sistema Auxiliar de Classificação Código da divisão administrativa (distritos / municípios / freguesias) Atos complementares de diagnóstico.
12	Conceitos	Consulta de Adultos Consulta de Enfermagem Consulta de Especialidade Consulta de Medicina Geral e Familiar Consulta de Planeamento Familiar Consulta de Saúde Materna Primeira Consulta Consulta Subsequente Serviço de Urgência Básica Serviço Domiciliário Unidade de Saúde Familiar Médico de Família
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos à produção efetuada pelo Centro de Saúde, movimento assistencial
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal da ACSS e nos Portais das ARS
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Médicos e outros profissionais de saúde Comunicação social

SONHO (Sistema de Informação de Gestão Hospitalar)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SONHO - Sistema de Informação de Gestão Hospitalar
2	Entidade responsável pela BD	BD individuais de Hospitais. Acesso pela ACSS,IP, desde que autorizado
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Hospitais do SNS
4	Objetivos	É um sistema integrado de informação hospitalar, de carácter administrativo, constituído por oito módulos (Integrador, Urgência, Consulta Externa, Internamento, Bloco Operatório, Hospital de Dia, Arquivo e Faturação). Do ponto de vista estrutural, o objetivo principal deste sistema é o de disponibilizar as infraestruturas mínimas necessárias para um Sistema Integrador de Informação Hospitalar, que permita englobar progressivamente e à medida das necessidades de cada hospital, novos módulos/aplicações interligadas com as já existentes nesta plataforma.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de saúde Hospitalares
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	Doente
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1994
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Cidadãos com necessidade de prestação de Cuidados de saúde Hospitalares
2	Unidade de observação	Doente
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A

8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Consulta Internamento Urgência Admissão Alta Transferência Análise Clínica Meio Complementar de Diagnóstico Ambulatório Consulta de especialidade Especialidade Serviço Enfermaria Lotação Cama
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos à produção efetuada pelo Hospital, faturação, movimento assistencial
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal da ACSS e nos Portais dos Hospitais
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Médicos e outros profissionais de saúde Comunicação social

GESTCARE CCI

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	GESTCARE CCI
2	Entidade responsável pela BD	ACSS, IP, (UMCCI RNCCI)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Todas as entidades que integram a RNCCI
4	Objetivos	Gestão e monitorização do circuito de referência da RNCCI; caracterização demográfica e social dos utentes; caracterização, avaliação e monitorização da dependência, numa perspetiva de resultados (ganhos em autonomia); gestão de vagas e emissão de extratos de faturação (atividade dos contratos)
5	Tipo de recolha	Recolha direta - registo pelo profissional da RNCCI, de acordo com os vários perfis de acesso
6	Periodicidade de atualização da BD	Em contínuo, plataforma on line
7	População abrangida	Todos os utentes sinalizados para a RNCCI
8	População excluída	Não aplicável
9	Unidade de observação	Utente, contrato, equipas, conforme circuito de referência de acordo com o nível a que se pretende aceder
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2007
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Dec. Lei N.º101/06 de 6 de junho
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Todos os utentes sinalizados para a RNCCI
2	Unidade de observação	Utente, contrato, equipas, conforme circuito de referência de acordo com o nível a que se pretende aceder
3	Tipo de recolha	Recolha direta - registo pelo profissional da RNCCI, de acordo com os vários perfis de acesso
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	83438 utentes; 5 ECR; 410 EGA /CS; 104 ECL; 570 contratos; 1 UMCCI
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em PHP, HTML, Java Script e ORACLE MySQL
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	EGA / CS no momento de sinalização
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Conforme condições contratuais de cada um dos níveis da RNCCI
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada validação por auditoria amostral interna (UMCCI)
9	Comparabilidade	Assegurada a coerência com os indicadores internacionais de long term care

10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	IAI - instrumento de avaliação integrada (de dependência) Escala de Morse (risco de quedas) Escala de Braden (risco de úlceras de pressão) Escala de evolução de úlceras de pressão CID – Lista de diagnósticos de três caracteres, 9ª Revisão Escala de Edmonton - sintomas (cuidados paliativos) Escala da dor (faces) Risco e avaliação de diabetes (Comissão Nacional- DGS) Profissão Níveis de educação
12	Conceitos	Sexo Idade Estado civil Nível de escolaridade Naturalidade Nacionalidade Profissão Residência principal / habitual Local de registo Doença Autonomia Dependência Episódio Sinalização Referenciação Ingresso Cancelamento Colocação Cativação de vaga Admissão/internamento Prorrogação Transferência Agudização Reserva de vaga Alta Óbito Doentes assistidos Tipologia de cuidados Titularidade do prestador
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Açuramentos relativos a todo o movimento da RNCCI, desde a sinalização até à alta dos utentes, também sob a forma de relatórios em tempo real para as várias entidades que integram a RNCCI, por nível de acesso, no próprio sistema
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis nos relatórios de atividade da Rede www.umcci.min-saude.pt ;
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos nos relatórios de atividade da RNCCI (ver ponto anterior) Newsletter Resposta a pedidos específicos de diversas entidades (IGAS, DGS, ACSS, OMS, OCDE, Eurostat, ISS, TC, Universidades)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	www.umcci.min-saude.pt
5	Principais utilizadores	UMCCI ECR (ARS -CDSS) ECL (ACES - CDSS) Contratos (unidades e equipas prestadoras) EGA e CS

E125 (Aplicação Informático de Registo de Despesas de Utentes Migrantes)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	E125 Aplicação Informático de Registo de Despesas de Utentes Migrantes
2	Entidade responsável pela BD	ARS, IP e ACSS, IP
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Administração Regionais de Saúde
4	Objetivos	A fatura E125 é um modelo de fatura europeia que contém a relação individual das despesas efetivas de um utente migrante. Os Hospitais e Centros de Saúde enviam as despesas dos cuidados de saúde para a ARS, em forma de listagens e faturas hospitalares, referentes ao período de um determinado ano/semestre, juntamente com a informação dos Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) / Certificado Provisório de Substituição (CPS). As despesas e os CESD/CPS são registados na aplicação para a construção do E125. Quando o conjunto das faturas E125, referentes a um ano/semestre estão prontas, são enviadas para o ACSS.
5	Tipo de recolha	Procedimentos administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	N/A
8	População excluída	N/A
9	Unidade de observação	N/A
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	N/A
12	Data de início	1998
13	Prazo de disponibilização da BD	N/A
14	Enquadramento legal	N/A
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	N/A
2	Unidade de observação	N/A
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	N/A
6	Software de gestão da BD	Oracle Forms e Reports
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	N/A

8	Coerência (temporal, interna e externa)	N/A
9	Comparabilidade	N/A
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	N/A
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	N/A
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	N/A
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	N/A
5	Principais utilizadores	Administrações Regionais de Saúde Administração Central do Sistema de Saúde

SiiMA Rastreios

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SiiMA Rastreios
2	Entidade responsável pela BD	Administrações Regionais de Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Centros de Saúde, Laboratórios de Anatomia Patológica, Hospitais e outras entidades com participação no processo.
4	Objetivos	Sistema de informação para a gestão de Programas de Rastreo Populacionais, contemplando o circuito funcional desde a convocatória para o exame até ao tratamento. O SiiMA rastreios possui atualmente os módulos de RCCU (Rastreo do Cancro do Colo do Útero), RCCR (Rastreo do Cancro do Cólon e Reto) e RRD (Rastreo da Retinopatia Diabética), estando previsto futuramente incluir também o módulo RCM (Rastreo do Cancro da Mama).
5	Tipo de recolha	O SiiMA Rastreios foi desenhado de forma a assegurar um elevado grau de complementaridade e integração com outros sistemas de informação existentes nas unidades de saúde, caso do RNU (Registo Nacional de Utentes), SINUS (Sistema de Informação das Unidades de Saúde – Centro de Saúde), SAM (Sistema de Apoio ao Médico), SONHO (Sistema de Informação da Unidade Hospitalar), entre outros sistemas clínicos envolvidos no processo de exames / diagnóstico.
6	Periodicidade de atualização da BD	Os dados podem ser recolhidos no módulo estatístico da plataforma, com dados atualizados ao dia anterior da extração, ou mensalmente no SIARS (Sistema de Informação das ARS).
7	População abrangida	Indivíduos inscritos nos Centros de Saúde que cumpram os critérios de inclusão (específicos para cada programa de rastreo)
8	População excluída	Indivíduos inscritos nos Centros de Saúde que não cumpram os critérios de inclusão (específicos para cada programa de rastreo) e indivíduos não inscritos nos Centros de Saúde
9	Unidade de observação	Indivíduo inscrito nos Centros de Saúde que cumpre os critérios de inclusão (específicos para cada programa de rastreo)
10	Âmbito geográfico	Regiões de Saúde (as fases de implementação e a cobertura dos programas de rastreo é diferente conforme a Região e a doença rastreada)
11	Desagregação geográfica da informação	Região de Saúde ou área de influência do ACES/ULS ou da unidade de saúde
12	Data de início	
13	Prazo de disponibilização da BD	Foi prevista a consulta, por parte dos médicos de família, de tabelas mensais, trimestrais ou anuais com os indicadores de monitorização e avaliação do programa de rastreo da sua lista de utentes. A consulta das tabelas pelos Coordenadores Locais – Direções dos ACES ou equivalentes funcionais e pelos Interlocutores locais do programa de rastreo, relativas à população sob a sua responsabilidade (globalmente e por unidade funcional) foi também prevista. Cada nível de responsabilidade, poderá ainda comparar os seus indicadores com os indicadores globais do nível organizativo de âmbito geográfico imediatamente acima do seu.
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos inscritos nos Centros de Saúde que cumpram os critérios de inclusão (específicos para cada programa de rastreo)
2	Unidade de observação	Indivíduo inscrito nos Centros de Saúde que cumpre os critérios de inclusão (específicos para cada programa de rastreo)
3	Tipo de recolha	O SiiMA Rastreios foi desenhado de forma a assegurar um elevado grau de complementaridade e integração com outros sistemas de informação existentes nas unidades de saúde, caso do RNU (Registo Nacional de Utentes), SINUS (Sistema de Informação das Unidades de Saúde – Centro de Saúde), SAM (Sistema de Apoio ao Médico), SONHO (Sistema de Informação da Unidade Hospitalar), entre outros sistemas clínicos envolvidos no processo de exames /

		diagnóstico.
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Parcial (depende da fase de implementação do programa de rastreio)
6	Software de gestão da BD	O SiIMA Rastreios possui uma arquitetura em três camadas, permitindo o acesso web simultaneamente por diversos utilizadores a uma base de dados que se encontra centralizada. A aplicação é desenvolvida recorrendo ao Adobe Flex® para a camada da interface, à plataforma J2EE® (Java2 Enterprise Edition) para regras de negócio e ao Oracle® para a componente de base de dados.
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	
7.2	Período de recolha	
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Número de utentes da população alvo, número de utentes convidados, número de utentes rastreados, taxa de adesão aos programas de rastreio, número de resultados por tipo, número de utentes referenciados para especialidade hospitalar, tempos de espera
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Ficheiros em Excel
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Administrações Regionais de Saúde Extinta Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas Extinto Alto Comissariado da Saúde Registos Oncológicos Regionais

Registo Oncológico Regional dos Açores

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Registo Oncológico Regional dos Açores
2	Entidade responsável pela BD	Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Centro de Oncologia dos Açores Prof. Doutor José Conde
4	Objetivos	Obtenção de informação sobre a morbilidade por cancro ocorrida anualmente na Região Autónoma dos Açores, de modo a dispor de dados estatísticos sobre o número de novos casos de cancro, por sexo e localização topográfica do tumor
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Semanal
7	População abrangida	Todos os residentes na Região Autónoma dos Açores
8	População excluída	Emigrantes açorianos e norte-americanos da Base das Lajes, ilha Terceira
9	Unidade de observação	Residente diagnosticado com cancro
10	Âmbito geográfico	Região Autónoma dos Açores
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1993
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 35/88, de 16 de Janeiro; Portaria n.º 36/93, de 15 de Julho; Diretiva Europeia 95/46/EC (artigos 8.3, 8.4, 11.1 e 11.2); Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro; Decreto Legislativo Regional n.º 41/2003/A, de 6 de Novembro; Decreto Regulamentar Regional n.º 1/2007/A, de 24 de Janeiro; Autorização da CNPD n.º 157/2008, de 21 de Janeiro; Despacho n.º 143/2011, de 3 de Fevereiro
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Todos os residentes na Região Autónoma dos Açores
2	Unidade de observação	Residente diagnosticado com cancro
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	1185 novos casos em 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Sistema de Gestão de Base de Dados Relacional Oracle 9
7	Recolha da informação:	

7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Facultativo
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Conforme manual de boas práticas de registo oncológico
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada a coerência interna e externa das variáveis registadas recorrendo ao software IARCcrgTools, desenvolvido pela International Association of Cancer Registries, da qual o RORA é membro. Assegurada a validação temporal através da comparação das taxas de incidência anuais padronizadas para a população açoriana apurada no Censo 2001
9	Comparabilidade	Assegurada a coerência com as estatísticas provenientes dos Registos Oncológicos Regionais do Norte, Centro e Sul bem como com as estimativas produzidas para os vários países europeus, incluindo Portugal
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ICD-O – International Classification of Diseases for Oncology, 3ª Edição ICCC – International Classification of Childhood Cancer, 3ª Edição ICD – International Classification of Diseases (C00-C97, D00-D09, D10-D36, D37-D48), 10ª Revisão Nomenclatura de Unidades Territoriais 2002 completa Lista Sucinta Europeia de Causas de Morte Código da Divisão Administrativa Classificação Portuguesa das profissões 2010
12	Conceitos	Topografia do tumor Morfologia do tumor Comportamento do tumor Grau de diferenciação do tumor Lateralidade Estadiamento clínico (cTNM) Estadiamento patológico (pTNM) Base de diagnóstico (regras ENCR/IACR) Metástase Citologia Histologia Tratamento inicial Óbito Causa de morte Naturalidade Residência principal / habitual Profissão Idade ao diagnóstico Follow-up Estado vital
3. Difusão e principais utilizadores		

1	Informação disponibilizada	Número de novos casos de cancro na Região Autónoma dos Açores, por sexo e localização topográfica do tumor. Taxa de incidência bruta (anual). Taxa de incidência específica por idade (grupo etário quinquenal). Taxa de incidência padronizada para a população açoriana apurada no Censo 2001. Taxa de incidência padronizada para as populações Europeia e Mundial. Risco cumulativo (%) de desenvolver cancro até aos 64 e 74 anos de idade
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal do Governo Regional dos Açores (www.azores.gov.pt) — Governo Regional — Secretaria Regional da Saúde — Centro de Oncologia dos Açores
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Incidência do Cancro na Região Autónoma dos Açores (ver ponto anterior)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/srs-coa/textoimagem/Incidencia+do+Cancro+na+Regiao+Autonoma+dos+Acores+entre+1997+e+2006+-+Tabelas+Anuais.htm
5	Principais utilizadores	Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde Hospitais da Região Autónoma dos Açores Centros de Saúde da Região Autónoma dos Açores Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Médicos e outros profissionais de saúde Organização Mundial da Saúde/Agência Internacional de Pesquisa do Cancro European Network of Cancer Registries International Association of Cancer Registries Comunicação social

DDO (Casos notificados de Doenças de Declaração Obrigatória)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Casos notificados de Doenças de Declaração Obrigatória (DDO)
2	Entidade responsável pela BD	Direção-Geral da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Direção-Geral da Saúde
4	Objetivos	Obter dados estatísticos sobre os casos notificados de doenças de notificação obrigatória.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Não aplicável
8	População excluída	Não aplicável
9	Unidade de observação	Caso notificado de doença de declaração obrigatória (DDO)
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1969
13	Prazo de disponibilização da BD	Anual
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Não aplicável
2	Unidade de observação	Caso notificado de doença de declaração obrigatória
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	3501 em 2008
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Anual
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada pela Direção-Geral da Saúde
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim

11	Classificações utilizadas	Lista de Doenças de Declaração Obrigatória
12	Conceitos	Doenças de declaração obrigatória - doença, constante de lista periodicamente revista e aprovada por diploma legal, que deve ser notificada à entidade competente por qualquer médico que a diagnostique, tanto em caso de doença como em caso de óbito.
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Número de casos ocorridos por DDO por ARS/Sub-Região de Saúde; Número de casos por grupos etários/ número de casos por mês
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Casos / taxas por 100000 habitantes/distrito; Casos novos / taxas por 100000 habitantes/distrito
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório anual disponível em suporte eletrónico.
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Direção-Geral da Saúde INE Administrações Regionais de Saúde ECDC

Linha SAÚDE 24 (Linha de atendimento do SNS)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Linha SAÚDE 24 - Linha de atendimento do SNS
2	Entidade responsável pela BD	Direção-Geral da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Direção-Geral da Saúde
4	Objetivos	Serviço de triagem, aconselhamento e encaminhamento dos utentes; informação sobre a prestação de serviços e esclarecimento de dúvidas em matéria de saúde pública.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Contínua
7	População abrangida	Beneficiários do SNS
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Município
12	Data de início	2007
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Beneficiários do SNS
2	Unidade de observação	Indivíduo
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	57818 em Dezº 2011
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não aplicável
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Não aplicável
9	Comparabilidade	Não aplicável
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim

11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Perfil sociodemográfico dos utentes: data de nascimento; sexo; município de residência; distrito de residência; subsistema de saúde a que pertencem.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Chamadas por hora / dia; chamadas por grupo etário e sexo; chamadas por algoritmo mais utilizado; duração média das chamadas por tipo de serviço;
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatórios mensais disponibilizados em http://www.dgs.pt
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Serviços do Ministério da Saúde

SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO),
2	Entidade responsável pela BD	Autoridade de Saúde Nacional / DGS
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Administração Central do Sistema de Saúde
4	Objetivos	O SICO é um sistema de informação cuja finalidade é permitir uma articulação das entidades envolvidas no processo de certificação dos óbitos. Tem em vista: a) A desmaterialização dos certificados de óbito; b) O tratamento estatístico das causas de morte; c) A atualização da base de dados de utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do correspondente número de identificação atribuído no âmbito do Registo Nacional de Utentes (RNU); d) A emissão e a transmissão eletrónica dos certificados de óbito para efeitos de elaboração dos assentos de óbito.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	
7	População abrangida	Indivíduos falecidos no território nacional.
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Indivíduo falecido
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2012
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	Proposta de Decreto da Assembleia nº 36/XII
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos falecidos no território nacional
2	Unidade de observação	Indivíduo falecido
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	106242 falecidos em 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim

7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Conforme Código do Registo Civil
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada pela Direção-Geral da Saúde
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	CID – Lista Tabela de Inclusão e Subcategorias de Quatro Carateres. 10ª Revisão
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	

SINAVE (Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Sistema Nacional de Informação de Vigilância Epidemiológica (SINAVE)
2	Entidade responsável pela BD	Autoridade de Saúde Nacional / DGS
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	
4	Objetivos	Monitorização do estado de saúde das populações ao longo do tempo, visando determinar o risco de transmissão de qualquer doença ou outros fenómenos de saúde, bem como a prevenção da sua entrada ou propagação em território português, mediante controlo da sua génese e evolução.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	
7	População abrangida	População total
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	A definir
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	Lei nº 81/2009
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População total
2	Unidade de observação	Indivíduo
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada pela Direção-Geral da Saúde
9	Comparabilidade	

10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	CID – Lista Tabela de Inclusão e Subcategorias de Quatro Carateres. 10ª Revisão" Classificação das DDO Classificação dos GDH
12	Conceitos	Áreas: mortalidade; morbilidade; internamento hospitalar ...
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	nd
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	nd
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	nd
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Direção-geral da Saúde; Autoridades de Saúde; Administrações Regionais de Saúde

SVIG-TB (Sistema de Vigilância Intrínseco do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Sistema de Vigilância Intrínseco do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose
2	Entidade responsável pela BD	Diretor-geral de Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Diretor-geral de Saúde
4	Objetivos	Difusão e partilha do conhecimento, nomeadamente no processo de diagnóstico e do tratamento e implementação e monitorização de estratégias, designadamente os componentes técnicos da estratégia DOTS, da prevenção e tratamento da TB MR, da expansão de novos testes, da vigilância molecular e da monitorização das Normas e Orientações da DGS.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	População total
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Indivíduos portadores de tuberculose
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1995
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	Despacho nº 218 do Diretor-geral da Saúde de 20 de setembro de 1995
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População total
2	Unidade de observação	Indivíduos portadores de tuberculose
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Anual
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	

8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada pela Direção-Geral da Saúde
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Na área da morbilidade: incidência
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Relatório anual
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Casos de tuberculose / taxas por 100000 habitantes/distrito Casos novos de tuberculose / taxas 100000 habitantes/distrito Retratamentos / taxas por 100000 habitantes/distrito
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório anual disponível em: http://www.dgs.pt
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	MS INE

Vacinação

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Vacinação
2	Entidade responsável pela BD	Direção-Geral da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	ACSS - Sistema SINUS
4	Objetivos	Recolha de dados sobre a população vacinada, por tipo de vacina
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	População de idades específicas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor.
8	População excluída	Não aplicável
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1969
13	Prazo de disponibilização da BD	Anual
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População de idades específicas de acordo com o Plano Nacional de Vacinação em vigor.
2	Unidade de observação	Indivíduo
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	São apresentados valores globais que diferem consoante o tipo de vacina e a inoculação a que a mesma se refere / 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Anual
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não aplicável
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada pela Direção-Geral da Saúde
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim

11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Número de indivíduos vacinados e número de inoculações efetuadas por tipo de vacina /por idades/Região de Saúde
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Taxas de cobertura vacinal/tipo de vacina/Regiões de saúde
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório anual disponível em: http://www.dgs.pt
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	Direção-Geral da Saúde INE Administrações Regionais de Saúde Agrupamento de Centros de Saúde OMS

SGREC (Sistema de Gestão de Reclamações)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SGREC - Sistema de Gestão de Reclamações
2	Entidade responsável pela BD	ERS - Entidade Reguladora da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	ERS - Entidade Reguladora da Saúde
4	Objetivos	Tratamento das reclamações/exposições entradas na ERS
5	Tipo de recolha	Administrativa
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com morada em Portugal Continental
8	População excluída	Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com morada nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira
9	Unidade de observação	Reclamação/Exposição
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Região de Saúde; Concelho; Prestador de cuidados de saúde; Assunto Visado
12	Data de início	2006
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Decreto-Lei n.º 127/2009 de 27 de Maio (Reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde, definindo as suas atribuições, organização e funcionamento. Revoga o DL 309/2003, de 10 de Dezembro); Decreto-Lei n.º 156/2005, de 15 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 371/2007, de 6 de Novembro (obrigatoriedade de existência e disponibilização do Livro de Reclamações).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Reclamações/exposições recebidas na ERS referentes a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com morada em Portugal Continental
2	Unidade de observação	Reclamação/Exposição
3	Tipo de recolha	Administrativa
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	37999 reclamações/exposições recebidas na ERS entre 01/01/2006 e 15/03/2012
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa

6	Software de gestão da BD	SQL 2000
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não aplicável
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Através do cruzamento do NIPC do prestador, n.º da reclamação e nome do reclamante, assegura-se a inexistência de repetições.
9	Comparabilidade	Não aplicável
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Tipo de Prestador Assunto Visado Resultado do Arquivamento Região de Saúde Lista de valências da Ordem dos Médicos
12	Conceitos	Não aplicável
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramento do n.º de reclamações efetuadas em prestadores de cuidados de saúde de natureza Privada e Social com estabelecimento em Portugal Continental e sua distribuição por Prestador, Região de Saúde, Concelho, Assunto Visado.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Evolução do n.º de reclamações por ano, por mês, por região de saúde, por tipo de prestador, por prestador, por assunto visado
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatórios semestrais disponíveis no portal da ERS (www.ers.pt) na secção de Estudos Relatórios semestrais enviados à Direcção-Geral do Consumidor Resposta a pedidos específicos
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	Não aplicável
5	Principais utilizadores	Direcção-Geral do Consumidor Utentes dos serviços de saúde Prestadores de cuidados de saúde Instituições da área da gestão e qualidade na saúde (governamentais ou não) Ministério Público Comunicação social Público em geral

SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
2	Entidade responsável pela BD	ERS - Entidade Reguladora da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Prestadores de cuidados de saúde voluntariamente envolvidos no projeto
4	Objetivos	Disponibilização de informação sobre os níveis de qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde
5	Tipo de recolha	Inquérito e administrativa
6	Periodicidade de atualização da BD	Semestral
7	População abrangida	Prestadores de cuidados de saúde com estabelecimento em Portugal Continental voluntariamente inscritos no projeto
8	População excluída	Prestadores de cuidados de saúde com estabelecimento nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, ou com estabelecimento em Portugal Continental não inscritos no projeto
9	Unidade de observação	Estabelecimento
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Região de Saúde; Concelho
12	Data de início	2009
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Decreto-Lei n.º 127/2009 de 27 de Maio (Reestruturação da Entidade Reguladora da Saúde, definindo as suas atribuições, organização e funcionamento. Revoga o DL 309/2003, de 10 de Dezembro).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Prestadores de cuidados de saúde voluntariamente aderentes ao projeto
2	Unidade de observação	Estabelecimento
3	Tipo de recolha	Inquérito e Administrativa
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	468 estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde voluntariamente aderentes ao projeto
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	SQL 2000

7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Semestral
7.2	Período de recolha	Semestral
7.3	Contacto inicial	Sim
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não aplicável
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada a validação por Auditorias da Qualidade dos Dados
9	Comparabilidade	Assegurada a coerência com os dados de suporte à informação prestada
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Codificação ICD9-CM Codificação GDH Estrela de Qualidade SINAS Rating de Qualidade SINAS
12	Conceitos	Indicadores de estrutura Indicadores de processo Indicadores de resultado Processo clínico População inicial de doentes Sub-população de doentes Códigos ICD9-CM de diagnóstico Códigos ICD9-CM de procedimento Data de admissão Data de alta Hora de incisão cirúrgica Evento adverso Ajustamento de risco Dimensão de qualidade em saúde Área clínica Estabelecimento prestador de cuidados de saúde Estabelecimento de natureza hospitalar Estabelecimento de cuidados de saúde oral Check-list Rating de qualidade
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Ratings dos estabelecimentos aderentes com base na sua performance, nas dimensões da qualidade "Excelência Clínica", "Focalização no Utente", "Segurança do Doente", "Adequação e Conforto das Instalações", "Registo na ERS e Licenciamento", "Organização e Procedimentos" (disponibilização geral)
		Valores calculados para os indicadores de performance de cada estabelecimento e correspondente valor de referência utilizado para classificação em rating (disponibilização reservada aos próprios prestadores)

2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Excelência Clínica	<p>Estrela de qualidade SINAS (variável binária)</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Ortopedia</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Ginecologia</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Obstetrícia</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Pediatria</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Enfarte Agudo do Miocárdio</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Acidente Vascular Cerebral</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) de Cirurgia de Ambulatório</p>
		Adequação e Conforto das Instalações	<p>Estrela de qualidade SINAS (variável binária)</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis)</p>
		Segurança do Doente	<p>Estrela de qualidade SINAS (variável binária)</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) para procedimentos</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis) para eventos adversos</p>
		Focalização no Utente	<p>Estrela de qualidade SINAS (variável binária)</p> <p>Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis)</p>
		Registo na ERS e Licenciamento	Estrela de qualidade SINAS (variável binária)

		Organização e procedimentos	Estrela de qualidade SINAS (variável binária) Rating de qualidade (variável quantitativa discreta com 3 níveis)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Publicação semestral, no website do SINAS, dos resultados da avaliação	
		Relatórios individuais semestrais enviados aos prestadores voluntariamente aderentes ao projeto	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	Metodologias de cálculo dos níveis de qualidade disponibilizados no website do SINAS	
5	Principais utilizadores	Utentes dos serviços de saúde Prestadores de cuidados de saúde Comunicação social Público em geral	

SRER (Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	SRER - Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados
2	Entidade responsável pela BD	ERS - Entidade Reguladora da Saúde
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Entidades exploradoras de estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde
4	Objetivos	Conhecer o universo de prestadores de cuidados de saúde, de natureza privada, pública e social
5	Tipo de recolha	De iniciativa particular e administrativa
6	Periodicidade de atualização da BD	Permanente
7	População abrangida	Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com morada em Portugal Continental
8	População excluída	Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde com morada nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira
9	Unidade de observação	Estabelecimentos onde são prestados cuidados de saúde
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Região de Saúde, Distrito, Concelho
12	Data de início	30-06-2006
13	Prazo de disponibilização da BD	Não tem prazo. A disponibilização é online
14	Enquadramento legal	Decreto-Lei n.º 127/2009 de 27 de Maio
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde
2	Unidade de observação	Estabelecimento
3	Tipo de recolha	Particular e Administrativa
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	15156 estabelecimentos registados na ERS entre 30/06/2006 e 15/03/2012
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	SQL 2000
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo

7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Resposta obrigatória sancionada contraordenacionalmente, quer quanto a registo inicial, quer quanto à sua atualização
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Plano anual de fiscalizações. Processos de registo oficioso. Processos contra-ordenacionais
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Não aplicável
9	Comparabilidade	Não aplicável
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	NIF/NIPC CAE - Código de atividade económica Natureza (Privada, Pública, Social) Tipo de Entidade (singular ou coletiva) Tipo de colaboradores Valências/Especialidade
12	Conceitos	Estabelecimento - De acordo com o artigo 3º da portaria 52/2011, de 27 de Janeiro - "instalação fixa onde, com carácter profissional, são prestados cuidados de saúde"
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Caracterização dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Procura de prestadores in www.ers.pt
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	Não aplicável
5	Principais utilizadores	Utentes dos serviços de saúde Prestadores de cuidados de saúde Instituições da área da gestão e qualidade na saúde (governamentais ou não) Ministério Público Comunicação social Público em geral

ATPS (Acidentes de Trabalho e Problemas de Saúde Relacionados com o Trabalho)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Acidentes de Trabalho e Problemas de Saúde Relacionados com o Trabalho (módulos Adhoc do Inquérito ao Emprego)
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Estatística (INE)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INE
4	Objetivos	Recolher informação sobre acidentes de trabalho e problemas de saúde em indivíduos com 15 ou mais anos, que trabalharam na semana de referência ou que já tenham trabalhado anteriormente. A informação recolhida permite a caracterização da atividade profissional, tempo de ausência ao trabalho motivado por acidente de trabalho ou por problemas de saúde dos indivíduos inquiridos, a identificação do tipo de problema de saúde que os afetam, bem como informação sobre a capacidade de realizar ou não as atividades diárias normais no trabalho ou fora dele. Acresce a identificação dos elementos inerentes ao ambiente de trabalho que provocam danos ao nível do bem-estar mental ou da saúde física.
5	Tipo de recolha	Inquérito amostral.
6	Periodicidade de atualização da BD	Não periódico.
7	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, à data do último dia da semana de referência do IE têm 15 ou mais anos.
8	População excluída	População residente em alojamentos coletivos e outros alojamentos não clássicos
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	NUTS II
12	Data de início	2º Trimestre de 1999
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	- Regulamento (CE) n.º 577/98 do Conselho, de 9 de março de 1998; - Resolução n.º 2002/C 161/01 do Conselho, de 3 de junho de 2002; - Regulamento (CE) n.º 384/2005 da Comissão de 7 de março de 2005; - Regulamento (CE) n.º 430/2005 da Comissão, de 15 de março de 2005; - Regulamento (CE) n.º 341/2006 da Comissão, de 25 de fevereiro de 2006.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, à data do último dia da semana de referência do IE têm 15 ou mais anos.
2	Unidade de observação	Indivíduos
3	Tipo de recolha	Entrevista direta com computador – sistema CAPI
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	20748 (2007)

5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	SPSS
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	2º Trimestre de 2007
7.3	Contacto inicial	Carta de aviso
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Idêntico ao IE
8	Coerência (temporal, interna e externa)	O registo e a validação (condições de âmbito e de percurso e validações de coerência) são feitos em simultâneo com o ato da entrevista.
9	Comparabilidade	Procedeu-se à extrapolação dos dados permitindo a análise temporal de alguns resultados relativos a 1999.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Não
11	Classificações utilizadas	Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos
12	Conceitos	Consultar http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT , documento metodológico 541.
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Informação disponibilizada ao Eurostat no quadro dos Regulamentos comunitários números 430/2005, de 15 de março de 2005, e 341/2006, de 24 de fevereiro de 2006.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Indivíduos que tiveram algum problema de saúde causado ou agravado pelo trabalho; Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, por sexo e local de residência (NUTS II); Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, por sexo e escalão etário; Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, segundo o tempo de ausência ao trabalho; Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, por limitação da sua incapacidade de realizar atividades diárias normais, sexo e idade; Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, por classificação do problema de saúde, sexo e idade; A atividade profissional que causou ou agravou esse problema de saúde; Fatores que podem afetar o bem-estar mental do trabalhador no local de trabalho; Distribuição dos indivíduos com problemas de saúde, por sexo e nível de ensino; Distribuição dos indivíduos expostos a assédio ou perseguição, por sexo e níveis ensino; Distribuição dos indivíduos expostos a produtos químicos,...., por sexo e níveis de ensino; Distribuição dos indivíduos expostos a assédio ou perseguição, por sexo e grupos etários;
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Base de dados
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Eurostat MTSS

ICOR (Inquérito às Condições de Vida e Rendimento)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Inquérito às Condições de Vida e Rendimento
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Estatística (INE)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INE
4	Objetivos	O ICOR tem como principal objetivo a produção de estatísticas sobre a distribuição do rendimento, as condições de vida e exclusão social com ênfase na comparabilidade de dados entre os países da comunidade e na inquirição transversal e longitudinal ao rendimento e exclusão social. Em particular recolhe e apura dados sobre a autoapreciação do estado de saúde, a existência de problemas de saúde de longa duração e a falta de acesso a consultas de medicina e de medicina dentária. A recolha de dados sobre a existência de problemas de saúde de longa duração concorre para o cálculo anual do indicador Esperança de Vida Saudável (Healthy Life Years).
5	Tipo de recolha	Inquérito amostral
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, no período de referência, vivam em alojamentos familiares (considerando ser essa a sua residência principal).
8	População excluída	População residente em alojamentos coletivos e outros alojamentos não clássicos
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Não aplicável
12	Data de início	2004
13	Prazo de disponibilização da BD	Aproximadamente 18 meses após o final da recolha de dados
14	Enquadramento legal	Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Regulamento (CE) n.º 1177/2003 do Parlamento Europeu e do Conselho de 16 de junho
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, no período de referência, vivam em alojamentos familiares (considerando ser essa a sua residência principal).
2	Unidade de observação	Indivíduos
3	Tipo de recolha	Entrevista direta com computador - CAPI
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	11380 (2010)
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Dimensão da amostra = 6600 famílias; Taxa de realização de entrevistas=79%
6	Software de gestão da BD	SPSS
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	maio e julho de n+1, sendo n o período de referência do rendimento
7.3	Contacto inicial	Carta de aviso

7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	O inquérito utiliza um instrumento de notação do S.E.N. de resposta obrigatória (Lei nº 22/2008). A amostra contemplou um reforço de modo a obter um número final de entrevistas conseguidas suficientes para assegurar os níveis de representatividade estabelecidos. Em casos de conhecimento de que determinado alojamento é utilizado como residência habitual mas não foram encontrados o(s) respetivo(s) agregado(s), são realizadas segundas tentativas de contacto pessoal e/ou telefónicas.
8	Coerência (temporal, interna e externa)	A aplicação de registo dos dados incluiu um conjunto específico de validações on-line e batch.
9	Comparabilidade	É feita a comparabilidade ICOR/INS no que respeita aos dados relativos à autoapreciação do estado de saúde.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	ISO 3166-1 – Norma Internacional – Códigos para a Representação dos Nomes dos Países (ISO alpha2) Classificação Nacional de Profissões, 1994 (CNP 94) Classificação Portuguesa das Atividades Económicas, Revisão 3 Classificação Internacional Tipo da Educação, 1997 - Níveis de Educação
12	Conceitos	Linha de pobreza Taxa de risco de pobreza Consulta de especialidade Consulta de medicina geral e familiar Consulta médica Doença Doença crónica (ou problema de doença prolongado) Estado de saúde Tratamento (saúde) Healthy Life Years (Esperança de Vida Saudável)
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Healthy Life Years (Esperança de Vida Saudável) Self defined health status Self-reported unmet needs for medical examination Self-reported unmet needs for dental examination Self-perceived health People having a long-standing illness or health problem Self-perceived limitations in daily activities (activity limitation for at least the past 6 months)
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis em EUROSTAT - Statistical office of the European Union (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos EUROSTAT - Statistical office of the European Union (ver ponto anterior)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	Disponíveis em EUROSTAT - Statistical office of the European Union (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/)
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administrações Regionais de Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde Eurostat Comunicação social

ICS (Inquérito aos Centros de Saúde)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Inquérito aos Centros de Saúde
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Estatística
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INE (colaboração da DGS para centros de saúde localizados no Continente), SREA e DREM
4	Objetivos	Obtenção de resultados estatísticos não financeiros anuais sobre as características gerais, os recursos humanos e a ação desenvolvida pelos centros de saúde.
5	Tipo de recolha	Recenseamento
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Centros de saúde localizados no País e em atividade
8	População excluída	-
9	Unidade de observação	Centro de saúde (unidade local)
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Município
12	Data de início	1985
13	Prazo de disponibilização da BD	1º Trimestre de n+2, sendo n o ano de referência
14	Enquadramento legal	Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Regulamento n.º 1338/2008 de 16 de dezembro.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Centros de saúde localizados no País e em atividade
2	Unidade de observação	Centro de saúde (unidade local)
3	Tipo de recolha	Inquérito eletrónico enviado por via postal
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	376 em 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Access e SPSS
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	2º e 3º trimestres de n+1, sendo n o ano de referência
7.3	Contacto inicial	Carta de aviso
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Insistências: Numa primeira fase, procura-se resolver a falta de resposta através de contacto direto com o técnico responsável pelo preenchimento. Quando esta diligência não é bem sucedida, é enviado um ofício de insistência. O inquérito utiliza um instrumento de notação do S.E.N. de resposta obrigatória (Lei n.º 22/2008).
8	Coerência (temporal, interna e externa)	A aplicação de registo dos dados inclui um conjunto específico de validações on-line e batch.

9	Comparabilidade	Validações com ano anterior em Access.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	<p>Código da Divisão Administrativa (distrito/município/freguesia)</p> <p>Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (versão de 2001)</p> <p>Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (versão de 2002)</p> <p>Código postal</p> <p>Especialidades dos médicos</p> <p>Tipos de pessoal ao serviço nos hospitais e centros de saúde</p> <p>Regime de duração de trabalho</p> <p>Tipo de horário semanal</p> <p>Escalões de idades</p> <p>Sexo</p> <p>Destino do utente</p> <p>Nacionalidade</p> <p>Lista de consultas de saúde da mulher</p>
12	Conceitos	<p>Ato complementar de diagnóstico</p> <p>Ato complementar de terapêutica</p> <p>Ato complementar de terapêutica</p> <p>Agrupamento de centros de saúde (ACES)</p> <p>Alta / saída de internamento de um estabelecimento de saúde</p> <p>Alta / saída por transferência externa de um doente</p> <p>Análise clínica</p> <p>Aquisição de nacionalidade</p> <p>Censo diário</p> <p>Centro de saúde</p> <p>Consulta complementar</p> <p>Consulta de adultos</p> <p>Consulta de enfermagem</p> <p>Consulta de especialidade</p> <p>Consulta de medicina geral e familiar</p> <p>Consulta de saúde da mulher</p> <p>Consulta de saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente</p> <p>Consulta de saúde materna</p> <p>Consulta médica</p> <p>Consulta subsequente</p> <p>Cuidados continuados integrados</p> <p>Dias de internamento / tempo de internamento num período</p> <p>Doente entrado num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Doente internado num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Doente saído de um estabelecimento de saúde num período</p> <p>Duração normal de trabalho</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Especialidade médica</p> <p>Estabelecimento de saúde</p> <p>Estabelecimento oficial de saúde</p> <p>Existência inicial de doentes num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Existência final de doentes num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Extensão de centro de saúde</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Higienista oral</p> <p>Internamento</p> <p>Lotação praticada</p> <p>Médico</p> <p>Médico especialista</p> <p>Nacionalidade</p> <p>Óbito</p>

		<p>Pessoal ao serviço de um estabelecimento de saúde</p> <p>Primeira consulta de saúde materna</p> <p>Primeira consulta no ano</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Saída com parecer médico favorável</p> <p>Saída contra parecer médico</p> <p>Serviço de atendimento permanente ou prolongado (SAP)</p> <p>Serviço de urgência básico</p> <p>Serviço domiciliário</p> <p>Sessões de aerossóis</p> <p>Sessões de psicoterapia</p> <p>Sessões de terapia da fala</p> <p>Sessões de terapia ocupacional</p> <p>Subespecialidade</p> <p>Técnico de análises clínicas e de saúde pública</p> <p>Técnico de radiologia</p> <p>Técnico de saúde ambiental</p> <p>Técnico superior de saúde do ramo de engenharia sanitária</p> <p>Técnico superior de saúde do ramo de laboratório</p> <p>Técnico superior de saúde do ramo de nutrição</p> <p>Teleconsulta</p> <p>Telemedicina</p> <p>Total de consultas no ano</p> <p>Total de internamentos num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Trabalhador a tempo completo</p> <p>Trabalhador a tempo parcial</p> <p>Trabalhador deslocado/requisitado</p> <p>Trabalhador destacado</p> <p>Trabalhador independente</p> <p>Trabalhador temporário</p> <p>Tratamento</p> <p>Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)</p> <p>Unidade de cuidados na comunidade (UCC)</p> <p>Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP)</p> <p>Unidade de saúde familiar (USF)</p> <p>Unidade de internamento</p> <p>Unidade funcional de prestação de cuidados de saúde</p> <p>Unidade de saúde pública (USP)</p> <p>Utente inscrito em estabelecimento de saúde</p> <p>Valência/Serviço de especialidade</p>
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número de centros de saúde, recursos humanos e materiais, e serviços prestados.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal de Estatísticas Oficiais (www.ine.pt)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal de Estatísticas Oficiais (ver ponto anterior) Anuários estatísticos, INE OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics Site do extinto Alto-Comissariado da Saúde (www.acs.min-saude.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Médicos e outros profissionais de saúde

		Economistas da saúde Eurostat Organização Mundial da Saúde Organização CDE Comunicação social
--	--	---

IHSP (Inquérito aos Hospitais)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Inquérito aos Hospitais
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Estatística
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INE (colaboração da DGS para hospitais SNS), SREA e DREM
4	Objetivos	Obtenção de resultados estatísticos não financeiros anuais sobre as características gerais, os recursos humanos e a ação desenvolvida pelos hospitais.
5	Tipo de recolha	Recenseamento
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Hospitais localizados no País em atividade
8	População excluída	-
9	Unidade de observação	Hospital (unidade local)
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Município
12	Data de início	1985
13	Prazo de disponibilização da BD	1º Trimestre de n+2, sendo n o ano de referência
14	Enquadramento legal	Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Regulamento n.º 1338/2008 de 16 de dezembro.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Hospitais localizados no País em atividade
2	Unidade de observação	Hospital (unidade local)
3	Tipo de recolha	Inquérito por correio eletrónico
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	226 em 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Access e SPSS
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	2º e 3º trimestres de n+1, sendo n o ano de referência
7.3	Contacto inicial	Carta de aviso por correio eletrónico
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Insistências: Envio de alertas dois dias antes de terminar o prazo de resposta concedido, quer na expedição, quer em cada insistência e último aviso. O inquérito utiliza um instrumento de notação do S.E.N. de resposta obrigatória (Lei n.º 22/2008).
8	Coerência (temporal, interna e externa)	A aplicação de registo dos dados inclui um conjunto específico de validações on-line e batch.
9	Comparabilidade	Validações com ano anterior em Access.

10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Entidade do hospital Modalidade do hospital Estatuto do hospital (SNS) Organização do hospital (SNS) – Integração num centro hospitalar (CH); numa unidade local de saúde (ULS) Lista de consultas externas dos hospitais Tipos de pessoal ao serviço nos hospitais e centros de saúde Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (versão de 2001) Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (versão de 2002) Código da Divisão Administrativa (distrito/município/freguesia) Sexo
12	Conceitos	Ato complementar de diagnóstico Ato complementar de diagnóstico Ato complementar de terapêutica Ato em saúde (âmbito da prestação de cuidados de saúde) Ato médico Alta / saída com parecer médico favorável Alta / saída contra parecer médico Alta / saída de internamento de um estabelecimento de saúde Alta / saída de internamento num serviço de especialidade / valência do internamento de um hospital Alta / saída por transferência externa de um doente Alta / saída por transferência interna de um doente Análise clínica Anatomia patológica Área de dia (psiquiatria) Atendimento em urgência Berçário Bloco operatório Cama Capacidade de um estabelecimento de saúde Censo diário Centro de atendimento de toxicodependentes Centro hospitalar Centro psiquiátrico de recuperação Centro regional de alcoolismo Cesariana Cirurgia Cirurgia de ambulatório Cirurgia urgente Cirurgia programada ou eletiva Comunidade terapêutica Consulta de enfermagem Consulta de especialidade Consultas de outros profissionais de saúde Consulta externa Consulta médica Consulta subsequente Demora (duração) média de internamento num período Dias de internamento / tempo de internamento num período Dietista Doença Enfermaria Enfermeiro Entidade de um estabelecimento de saúde Entrada / admissão no internamento de um estabelecimento de saúde Especialidade médica

	<p>Estabelecimento de saúde</p> <p>Existência inicial de doentes num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Existência final de doentes num estabelecimento de saúde num período</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Grande cirurgia</p> <p>Higienista oral</p> <p>Hospital</p> <p>Hospital central</p> <p>Hospital de dia</p> <p>Hospital distrital</p> <p>Hospital especializado</p> <p>Hospital geral</p> <p>Hospital oficial</p> <p>Hospital privado</p> <p>Hospital privado com fins lucrativos</p> <p>Hospital privado sem fins lucrativos</p> <p>Internamento</p> <p>Interrupção voluntária da gravidez legalmente efetuada</p> <p>Intervenção cirúrgica</p> <p>Intervenção cirúrgica convencional</p> <p>Intervenção cirúrgica programada</p> <p>K</p> <p>Lesão autoprovocada intencionalmente</p> <p>Lesão provocada por agressão</p> <p>Lotação praticada</p> <p>Média cirurgia</p> <p>Médico</p> <p>Médico especialista</p> <p>Modalidade de um hospital</p> <p>Odontologista</p> <p>Operação cirúrgica</p> <p>Parto</p> <p>Parto distócico</p> <p>Parto eutócico</p> <p>Pequena cirurgia</p> <p>Pessoal ao serviço de um estabelecimento de saúde (censo do pessoal no último dia do período de referência)</p> <p>Primeira consulta (hospitais)</p> <p>Profissional de cuidados de saúde</p> <p>Psicoterapia</p> <p>Quarto privado</p> <p>Quarto semiprivado</p> <p>Radioterapia</p> <p>Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)</p> <p>Sala de cirurgia</p> <p>Sala de intervenção cirúrgica</p> <p>Sala de operações</p> <p>Sala de recobro</p> <p>Sala de partos</p> <p>Sala / gabinete de consulta</p> <p>Sala operatória</p> <p>Sala para trabalho de parto</p> <p>Serviço de especialidade / valência</p> <p>Serviço de observação</p> <p>Serviço de urgência</p> <p>Serviço (em estabelecimento de saúde)</p> <p>Serviço Nacional de Saúde – SNS</p> <p>Sessões em hospital de dia</p> <p>Sessões de psicoterapia</p> <p>Taxa de ocupação no ano</p>
--	--

		<p>Técnico de análises clínicas e de saúde pública Técnico de anatomia patológica, citológica e tanatológica Técnico de farmácia Técnico de radiologia Técnico superior de saúde do ramo de engenharia sanitária Técnico superior de saúde do ramo de farmácia Técnico superior de saúde do ramo de laboratório Técnico superior de saúde do ramo de nutrição Total de consultas no ano Total de internamentos num estabelecimento de saúde num período Transfusão de sangue Tratamento Unidade de cuidados especiais – UCE Unidade de cuidados especiais neonatais Unidade de cuidados intensivos – UCI Unidade de cuidados intensivos neonatais Unidade de cuidados intermédios – UCM Unidade de desabilitação Unidade de internamento de cuidados continuados de saúde Unidade de queimados Unidade local de saúde (ULS) Teleconsulta Telemedicina Feto-morto Nado-vivo Nascimento vivo Nascimentos totais Óbito Duração normal de trabalho Trabalhador a tempo completo Trabalhador a tempo parcial Atividade económica Atividade principal Empresa Estabelecimento</p>
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número de hospitais, recursos humanos e materiais, e serviços prestados, com maior frequência sobre camas, salas de operação, pessoal ao serviço, internamentos, consultas médicas, partos e interrupções voluntárias da gravidez.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal de Estatísticas Oficiais (www.ine.pt)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal de Estatísticas Oficiais (ver ponto anterior) Anuários estatísticos, INE OECD/Eurostat/WHO-Europe Joint Data Collection on Non-Monetary Health Care Statistics Site do extinto Alto-Comissariado da Saúde (www.acs.min-saude.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde Eurostat Organização Mundial da Saúde

		Organização CDE Comunicação social
--	--	---------------------------------------

Óbitos por causa de morte

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Óbitos por causas de morte
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Estatística
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Ministério da Justiça/Conservatórias do Registo Civil
4	Objetivos	Obtenção de informação sobre a mortalidade ocorrida anualmente no País, de modo a dispor de dados estatísticos sobre óbitos gerais, perinatais e neonatais, por causas de morte e desagregados segundo um conjunto diverso de variáveis sociodemográficas.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Indivíduos falecidos no território nacional
8	População excluída	Indivíduos falecidos fora do território nacional
9	Unidade de observação	Falecido
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1980
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Lei Constitucional n.º 1/2004 de 24 de julho (6ª Revisão Constitucional); Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Dec. Lei N.º 131/95 de 3 de junho (Código do Registo Civil) com alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.ºs 224 -A/96, de 26 de novembro, 36/97, de 31 de janeiro (Competências das Conservatórias), 120/98, de 8 de maio, 375 -A/99, de 20 de setembro, 228/2001, de 20 de agosto, 273/2001, de 13 de outubro, 323/2001, de 17 de dezembro, 113/2002, de 20 de abril, 194/2003, de 23 de agosto, e 53/2004, de 18 de março, e pela Lei n.º 29/2007, de 2 de agosto; Dec. Lei N.º 324/2007, de 28 de setembro; Regulamento n.º 1338/2008 de 16 de dezembro; Regulamento n.º 328/2011 de 5 de abril.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos falecidos no território nacional
2	Unidade de observação	Falecido
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	106242 falecidos em 2010
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em HTML e Java Script
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia

7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Conforme Código do Registo Civil
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada validação com os certificados de óbito através da Direção-Geral da Saúde que procede à codificação das causas básicas de morte
9	Comparabilidade	Assegurada a coerência com os indicadores demográficos sobre óbitos
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	<p>CID – Lista de tabulação de mortalidade nº1 (Mortalidade Geral – lista condensada), 10ª Revisão</p> <p>CID – Lista de tabulação de mortalidade nº2 (Mortalidade Geral – Lista Seleccionada), 10ª Revisão</p> <p>CID – Lista de tabulação de mortalidade nº 3 (Mortalidade Infantil e da Criança – Lista Condensada), 10ª Revisão</p> <p>CID – Lista de tabulação de mortalidade nº 4 (Mortalidade Infantil e da Criança – Lista Seleccionada), 10ª Revisão</p> <p>CID – Lista de categorias de três caracteres, 10ª Revisão</p> <p>CID – Lista Tabelar de Inclusão e Subcategorias de quatro caracteres. 10ª Revisão</p> <p>Lista Sucinta Europeia de Causas de Morte</p> <p>Tumores, 10ª revisão</p> <p>NUTS 2001 (lista cumulativa – Total, PT, NUTS I, II, ignorado, estrangeiro)</p> <p>NUTS 2002 completa (lista cumulativa – total, PT, NUTS I,II,CC, FR ignorado, estrangeiro.</p> <p>Código da Divisão Administrativa</p> <p>Classificação Portuguesa das profissões 2010 (CPP 2010)</p> <p>Classificação Portuguesa das Atividades Económicas, Revisão 3</p> <p>ISO 3166 -1 norma internacional – código para a representação dos nomes dos países (ISO alpha2)</p> <p>Classificação de Condição perante o trabalho</p> <p>Classificação de Países ou Áreas para Fins Estatísticos</p> <p>Situação na profissão (estatísticas vitais) – variante 12</p> <p>Níveis de educação (completos – estatísticas vitais) – variante 29</p>
12	Conceitos	<p>Causa básica de morte</p> <p>Causa de morte antecedente intercorrente</p> <p>Causa de morte direta</p> <p>Causa de morte externa (morte não natural)</p> <p>Certificado de óbito</p> <p>Doença</p> <p>Estado civil</p> <p>Idade</p> <p>Local de registo</p> <p>Mortalidade infantil</p> <p>Mortalidade neonatal</p> <p>Mortalidade perinatal</p> <p>Óbito</p> <p>Residência principal / habitual</p> <p>Nacionalidade</p> <p>Naturalidade</p> <p>Nível de escolaridade</p> <p>Condição perante o trabalho</p> <p>Profissão</p> <p>Situação na profissão</p> <p>Ramo de atividade</p> <p>Idade gestacional</p>

		Parto
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número e proporções de óbitos por grupos sociodemográficos. Taxas brutas de mortalidade por grupos de causas básicas de morte e grupos demográficos. Taxas de mortalidade padronizada por grupos de causas básicas de morte. Anos potenciais de vida perdidos por grupos de causas básicas de morte. Mortalidade infantil, neonatal e perinatal.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal de Estatísticas Oficiais (www.ine.pt)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal de Estatísticas Oficiais (ver ponto anterior) Anuários estatísticos, INE Boletim mensal de Estatística, INE Resposta a pedidos específicos a info@ine.pt Bases de dados Eurostat/OMS/OCDE Publicação "Risco de morrer em Portugal", DGS Site do extinto Alto-Comissariado da Saúde (www.acs.min-saude.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde Eurostat Organização Mundial da Saúde Organização CDE Comunicação social

4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	4º Inquérito Nacional de Saúde
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e Instituto Nacional de Estatística (INE)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INE e INSA
4	Objetivos	O 4º INS teve como principal objetivo a caracterização da população portuguesa face à saúde. Os principais aspetos da informação que este inquérito pretende recolher referem-se à caracterização sociodemográfica, informações gerais de saúde, incapacidade temporária, incapacidade de longa duração, doenças crónicas, cuidados de saúde, consumo de medicamentos, saúde oral, despesas e rendimentos, consumo de tabaco, consumo de alimentos e bebidas, saúde reprodutiva, atividade física, saúde mental, cuidados preventivos, qualidade de vida e insegurança alimentar.
5	Tipo de recolha	Inquérito amostral
6	Periodicidade de atualização da BD	Quinquenal
7	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, no período de referência, vivam em alojamentos familiares (considerando ser essa a sua residência principal)
8	População excluída	População residente em alojamentos coletivos e outros alojamentos não clássicos
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	NUTS II 1999
12	Data de início	2005/2006
13	Prazo de disponibilização da BD	Em 2005/2006, 2 anos após o final da recolha de dados; em situação normal, 9 meses após o final da recolha de dados
14	Enquadramento legal	Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Regulamento n.º 1338/2008 de 16 de dezembro.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Conjunto de todos os indivíduos residentes no território nacional que, no período de referência, vivam em alojamentos familiares (considerando ser essa a sua residência principal).
2	Unidade de observação	Indivíduos
3	Tipo de recolha	Entrevista direta por computador – sistema CAPI
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	41193
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Dimensão da amostra = 19950 alojamentos; Taxa de realização de entrevistas=76%
6	Software de gestão da BD	SPSS
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	52 Semanas
7.3	Contacto inicial	Carta de aviso

7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	O inquérito utiliza um instrumento de notação do S.E.N. de resposta obrigatória (Lei nº 22/2008). A amostra contemplou um reforço de modo a obter um número final de entrevistas conseguidas suficientes para assegurar os níveis de representatividade estabelecidos.
8	Coerência (temporal, interna e externa)	A aplicação de registo dos dados incluiu um conjunto específico de validações on-line e batch.
9	Comparabilidade	Procedeu-se à extrapolação dos dados do 3º INS permitindo a análise temporal dos resultados.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	CID – Lista de categorias de três caracteres, 10ª revisão Classificação Nacional de Profissões, versão 1994 Classificação Portuguesa das Atividades Económicas, revisão 2.1 ISO 3166-1 – norma internacional – códigos para a representação dos nomes dos países, Iso alpha 2 Nomenclatura das unidades territoriais para fins estatísticos, versão de 1999
12	Conceitos	Consultar http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT , documento metodológico 337.
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Informação sobre Estado de saúde, doenças crónicas e incapacidades (estado de saúde autopercibido, peso e obesidade, incapacidade temporária, incapacidade física de longa duração, doenças crónicas, sofrimento psicológico), com vista à caracterização do estado de saúde e doença da população residente; Cuidados de saúde e prevenção (consultas médicas, saúde oral, utilização de medicamentos, saúde reprodutiva, vacinação contra a gripe, monitorização do colesterol e tensão arterial elevada, doação de sangue, utilização dos subsistemas de saúde e seguros de saúde), com vista à caracterização dos residentes sobre comportamentos preventivos e curativos; Determinantes da saúde relacionados com estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alimentos, consumo de bebidas alcoólicas, atividade física), com vista à caracterização dos hábitos dos residentes que podem constituir elementos preventivos da doença; Qualidade de vida (qualidade de vida autopercibida).
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal de Estatísticas Oficiais (www.ine.pt) e no site do INSA (www.insa.pt)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal de Estatísticas Oficiais (ver ponto anterior) Anuários estatísticos, INE Publicação "Inquérito nacional de saúde 2006-2006", INSA/INE Site do extinto Alto-Comissariado da Saúde (www.acs.min-saude.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://metaweb.ine.pt/sim/operacoes/Pesquisa.aspx?ID=PT
5	Principais utilizadores	Instituto Nacional de Estatística Serviços Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Administrações Regionais de Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde Eurostat Comunicação social

CMS (Gestão de central telefónica)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	CMS (Gestão de central telefónica)
2	Entidade responsável pela BD	INEM
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INEM
4	Objetivos	Recolha de dados sobre as chamadas entradas e saídas dos CODU, isto é, atividade de atendimento
5	Tipo de recolha	Presente em todos os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Todas as chamadas feitas dos CODU e recebidas nos CODU
8	População excluída	Nenhuma
9	Unidade de observação	
10	Âmbito geográfico	Todo o Território nacional
11	Desagregação geográfica da informação	
12	Data de início	2006
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População de Portugal continental
2	Unidade de observação	Telefonemas entrados e saídos dos CODU
3	Tipo de recolha	Diário
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Total da População do território nacional que liga 112
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em SQL server
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Diário
7.2	Período de recolha	Diário
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	

12	Conceitos	Número de chamadas de entrada Número de chamadas de saída Tempos de atendimento dos operadores Trabalho efetuado em cada turno pelos operadores de CODU Controlo dos operadores em atendimento
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	INEM

Mobile Clinic

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Mobile Clinic
2	Entidade responsável pela BD	INEM
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INEM
4	Objetivos	Obtenção das atuações dos meios no terreno e envio desta informação para os hospitais de destino onde se vai levar o utente
5	Tipo de recolha	Por parte de todos os profissionais de saúde que trabalham nos meios INEM
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Qualquer individuo do território continental que se encontre em situação de trauma ou doença súbita
8	População excluída	Nenhuma
9	Unidade de observação	Doença súbita
10	Âmbito geográfico	Todo o Território continental
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2011
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População de Portugal continental
2	Unidade de observação	Situações de Doença súbita ou trauma
3	Tipo de recolha	Diário
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Parcial, ainda não está difundida em todos os meios INEM
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em SQL server
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Diário
7.2	Período de recolha	Diário
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim

11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Caracterização sumária da situação; Terapias utilizadas; Procedimentos utilizados; Hospitais de referência
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	INEM

Siadem (Sistema Integrado de atendimento e despacho)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Siadem (Sistema Integrado de atendimento e despacho)
2	Entidade responsável pela BD	INEM
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INEM
4	Objetivos	Atendimento das chamadas de emergência medica e despacho dos meios certos mais perto do local onde se encontra a vítima
5	Tipo de recolha	Presente em todos os Centros de Orientação de Doentes Urgentes (CODU)
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Indivíduo assistido no território continental que se encontre em situação de trauma ou doença súbita
8	População excluída	Nenhuma
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	Continente
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	2008
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduo assistido no território continental que se encontre em situação de trauma ou doença súbita
2	Unidade de observação	Situação de Doença súbita ou trauma
3	Tipo de recolha	Diário
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completo
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em SQL server
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Diário
7.2	Período de recolha	Diário
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim

11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	Caracterização sumária da situação Recolha de informação do local da ocorrência Recolha de informação do meio mais próximo Envio da informação para o meio Recolha da informação vinda do meio para o CODU
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	INEM

Base de dados de casos de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) de uso humano

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de dados de casos de Reações Adversas a Medicamentos (RAM) de uso humano
2	Entidade responsável pela BD	Infarmed, I.P.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Infarmed, I.P.
4	Objetivos	Repositório de informação de todos os casos de RAM ocorridos em Portugal notificados diretamente por profissionais de saúde ao Infarmed e notificados por profissionais de saúde aos titulares de autorização de introdução no mercado, com o objetivo de monitorizar a segurança dos medicamentos.
5	Tipo de recolha	Recolha espontânea
6	Periodicidade de atualização da BD	NA
7	População abrangida	Os Notificadores são apenas os profissionais de saúde que prescrevem, dispensam ou administram medicamentos em Portugal. População de doentes expostos a medicamentos.
8	População excluída	População não exposta a medicamentos.
9	Unidade de observação	Casos de reações adversas
10	Âmbito geográfico	País (Continental e Ilhas)
11	Desagregação geográfica da informação	Alguns casos com possibilidade de atribuição por Região Norte, Centro, Sul, Lisboa e Vale do Tejo, Açores e Madeira.
12	Data de início	1992
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilidade interna, Agência Europeia do Medicamento e OMS
14	Enquadramento legal	DL nº 176/2006, de 30 de Agosto
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Os Notificadores são apenas os profissionais de saúde que prescrevem, dispensam ou administram medicamentos em Portugal. População de doentes expostos a medicamentos.
2	Unidade de observação	Casos de Reação adversa
3	Tipo de recolha	Espontânea
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	19 550 casos ocorridos em Portugal
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	A linguagem de programação para a aplicação do SVIG é: VB .Net
7	Recolha da informação:	

7.1	Período de referência	Sempre que exista suspeita de RAM
7.2	Período de recolha	1992
7.3	Contacto inicial	1992
7.4	Obrigatoriedade de resposta	NA
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Ações de divulgação junto dos profissionais de saúde
8	Coerência (temporal, interna e externa)	NA
9	Comparabilidade	NA
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Gravidade das reações - Escala OMS Imputação de causalidade - Escala OMS Dicionário de codificação das RAM - MedDRA Campos de acordo com a GL E2B Informação sobre os medicamentos e substâncias ativas de acordo com a base de dados Drugbase
12	Conceitos	Cerca de 200 campos distribuídos pelos seguintes Menus: Menu Dados Administrativos Menu Anexos da Notificação Sub-Menu Casos Relacionados Sub-Menu Casos Duplicados Menu Remetente Menu Notificador Menu Dados do Caso Sub-Menu Dados do Doente Sub-Menu História Clínica Sub-Menu História Farmacológica Sub-Menu Testes Menu Morte do Doente Sub-Menu Morte Sub-Menu Causa Menu Progenitor Sub-Menu Dados do Progenitor Sub-Menu História Clínica do Progenitor Sub-Menu História Farmacológica do Progenitor Menu Reação Menu Medicamento Sub-Menu Novo Fármaco (Nome Comercial) Sub-Menu Recorrência Sub-Menu Novo Fármaco (Substância ativa) Menu Narrativa/Comentários
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Sim
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Para o exterior estão disponibilizados dados anuais com informação sobre o nº total de casos recebidos e ° de casos de RAM recebidos no SNF, por origem: médicos, farmacêuticos, enfermeiros e indústria - no site do Infarmed, I.P. Internamente mensalmente contabilizamos o nº total de notificações/nº total de casos/ casos por gravidade/origem geográfica/tipo de profissional de saúde/etc.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Gráficos disponibilizados na página do Infarmed

		<p>Podem ser disponibilizados vários campos da base de dados de acordo com o que se pretende estudar e quem o solicita sendo que os campos relacionados com a identificação do notificador e doente não podem ser disponibilizados.</p> <p>Publicação de artigo no Boletim de Farmacovigilância com indicadores gerais anuais.</p>
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	<p>http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM/Casos%20de%20RAM%20recebidos%20no%20SNF.pdf</p> <p>http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/FARMACOVIGILANCIA/NOTIFICACAO_DE_RAM/Casos%20de%20RAM%20recebidos%20no%20SNF%20por%20origem_med_farm_enfer_ind.pdf</p> <p>http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/BOLETIM_FARMACOVIGILANCIA/farmacovigilancia2%BAtrim11_port_site.pdf</p>
5	Principais utilizadores	<p>Várias direções do Infarmed</p> <p>Profissionais de saúde</p> <p>Ministério da Saúde</p> <p>Unidades Regionais de Farmacovigilância</p>

Base de dados de consumo de medicamentos - 1

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de dados de consumo de medicamentos
2	Entidade responsável pela BD	Infarmed, I.P.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	ACSS (1); IMS Health (2); Titular AIM (3)
4	Objetivos	Monitorização do mercado de medicamentos em Portugal
5	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Medicamentos dispensados aos utentes do SNS nas farmácias comunitárias em Portugal Continental (1); Portugal Continental + ilhas (2 e 3);
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Medicamento
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental (1); Portugal Continental + Ilhas (2 e 3);
11	Desagregação geográfica da informação	Concelho (1); Distrito (2); País (3)
12	Data de início	Ano 2000 (1 e 2); Ano 2006 (3)
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	Estatuto do Medicamento - Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto; Lei Orgânica do Infarmed - Decreto-Lei n.º 46/2012 de 24 de fevereiro; Taxa de comercialização de medicamentos - Decreto-Lei n.º 282/95, de 26 de Outubro
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Portugal Continental (1); Portugal Continental + ilhas (2 e 3);
2	Unidade de observação	Medicamento
3	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	Fonte 1 - nº de embalagens em Dezembro 2009: 11 560 865 Fonte 2 - nº de embalagens em Janeiro 2012: 21 306 992 Fonte 3 - nº de embalagens em Dezembro 2011: 31 880 984
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa (1 e 2); Parcial pois decorre de auto notificação dos titulares de AIM (3)
6	Software de gestão da BD	OracleBI Discoverer
7	Recolha da informação:	

7.1	Período de referência	Mensal
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Não aplicável
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) - World Health Organization Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 2884/2004 (2ª série), de 26 de Outubro
12	Conceitos	Medicamento Farmácia Autorização de Introdução no mercado (AIM) Titular de AIM Embalagem Preço de Venda ao Público (PVP) Valor a PVP Serviço Nacional de Saúde (SNS) Encargos do SNS Dose Diária Definida (DDD) Dose Diária Definida (DDD) por 1000 Habitantes Dia (DHD) Medicamento Genérico
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramento de dados de consumo em valor e volume na vertente temporal e geográfica.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Despesa a PVP, Encargos do SNS e número de embalagens
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatórios mensais do mercado de medicamentos Estatística Anual do Medicamento Resposta a pedidos de informação (cimi@infarmed.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO
5	Principais utilizadores	Infarmed, I.P. Ministério da Saúde Profissionais de Saúde Indústria Farmacêutica Universidades

		Outras entidades do sector da Saúde
--	--	-------------------------------------

Base de dados de consumo de medicamentos - 2

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de dados de consumo de medicamentos
2	Entidade responsável pela BD	INFARMED, I.P.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Entidades e Locais de Venda de MNSRM (excluindo farmácias)
4	Objetivos	Monitorização do mercado de medicamentos em Portugal
5	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Entidades e Locais de Venda de MNSRM (excluindo farmácias) em Portugal Continental
8	População excluída	Ilhas
9	Unidade de observação	Medicamento
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Concelho
12	Data de início	Ano 2005
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	Estatuto do Medicamento; Lei Orgânica; Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto; Portaria n.º 827/2005, de 14 de Setembro; Deliberação n.º 1706/2005, de 7 de Dezembro; Decreto-Lei n.º 238/2007, de 19 de Junho.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Portugal Continental
2	Unidade de observação	Medicamento
3	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	Nº de embalagens 2011: 6 413 260
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	
6	Software de gestão da BD	Oracle
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Mensal
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável

7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) - World Health Organization Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 2884/2004 (2ª série), de 26 de Outubro
12	Conceitos	Medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM) Entidades e Locais de Venda de MNSRM Autorização de Introdução no mercado (AIM) Titular de AIM Embalagem Preço de Venda ao Público (PVP) livre Valor a PVP Índice de Preços de Paasches Taxa de Crescimento (volume e valor) CFT DCI
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramento de dados de consumo em valor e volume na vertente temporal e geográfica.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Distribuição global das vendas em volume e valor; distribuição detalhada das vendas em volume e valor por distrito, CFT, DCI e Entidade.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório trimestral Estatística Anual do Medicamento Resposta a pedidos de informação (cimi@infarmed.pt)
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO
5	Principais utilizadores	INFARMED, I.P. Ministério da Saúde Profissionais de Saúde Indústria Farmacêutica Universidades Outras entidades do sector da Saúde

Base de dados de medicamentos - Drugbase

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Base de dados de medicamentos - Drugbase
2	Entidade responsável pela BD	INFARMED, I.P.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	INFARMED, I.P.
4	Objetivos	Registo de todos os medicamentos de uso humano com autorização de introdução no mercado em Portugal
5	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Contínuo
7	População abrangida	Não se aplica
8	População excluída	Não se aplica
9	Unidade de observação	Medicamento
10	Âmbito geográfico	Portugal
11	Desagregação geográfica da informação	Não se aplica
12	Data de início	Ano 1998
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	Estatuto do Medicamento;
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Portugal
2	Unidade de observação	Medicamento
3	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	
6	Software de gestão da BD	Oracle
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim

7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Assegurada a validação da informação através do certificado de Autorização de introdução no mercado
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Não se aplica
9	Comparabilidade	Não se aplica
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) - World Health Organization Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 2884/2004 (2ª série), de 26 de Outubro DCI
12	Conceitos	Autorização de Introdução no mercado (AIM) Titular de AIM DCI Forma Farmacêutica Composição do Medicamento Cadeia de produção do medicamento Embalagem Tipo de Autorização de Introdução no mercado
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Nº de medicamentos autorizados em Portugal; Nº de medicamentos por DCI; Nº de medicamentos genéricos aprovados em Portugal Nº de medicamentos por Titular de AIM
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Distribuição global das vendas em volume e valor; distribuição detalhada das vendas em volume e valor por distrito, CFT, DCI e Entidade.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Resposta a pedidos de informação; Informação disponibilizada sobre a forma de apresentação às associações do sector; INFOMED - http://www.infarmed.pt/infomed/pesquisa.php
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	Estatística do medicamento: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/PUBLICACOES/TEMATICOS/ESTATISTICA_MEDICAMENTO/EstMed-2009.pdf
5	Principais utilizadores	INFARMED, I.P. Ministério da Saúde Indústria Farmacêutica Outras entidades do sector da Saúde

Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM)
2	Entidade responsável pela BD	Infarmed
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Infarmed. Os dados são propriedade dos hospitais.
4	Objetivos	Monitorização do mercado de medicamentos em Portugal
5	Tipo de recolha	Carregamento via web de ficheiro csv por parte dos hospitais
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Medicamentos - O CHNM é um sistema de codificação atribuído pelo Infarmed a todos os medicamentos com autorização de introdução no mercado (AIM) ou com autorização de utilização especial (AUE); Hospitais do SNS com gestão pública
8	População excluída	Hospitais do SNS - Parcerias público privadas
9	Unidade de observação	Código hospitalar nacional do medicamento e hospital
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	NUTS II
12	Data de início	2007
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização Interna
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 155/2007, de 31 de Janeiro; Estatuto do Medicamento - Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto; Lei Orgânica do Infarmed - Decreto-Lei n.º 46/2012 de 24 de fevereiro;
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Hospitais do SNS com gestão pública
2	Unidade de observação	Medicamento e Hospital
3	Tipo de recolha	Procedimento Administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	57 Hospitais em Dezembro 2011; 4579 Códigos CHNM
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Oracle
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Mensal
7.2	Período de recolha	Contínuo

7.3	Contacto inicial	2007
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Alertas aos hospitais para carregamento dos dados
8	Coerência (temporal, interna e externa)	
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) - World Health Organization Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 2884/2004 (2ª série), de 26 de Outubro
12	Conceitos	Medicamento Código Hospitalar Nacional do Medicamento Autorização de Introdução no mercado (AIM) Titular de AIM Serviço Nacional de Saúde (SNS)
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramento de dados de consumo em valor e volume, por unidade hospitalar; Análise temporal dos dados
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Valor dos encargos dos hospitais com medicamentos;
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório mensal do mercado de medicamentos em meio hospitalar
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO
5	Principais utilizadores	Infarmed, I.P. Ministério da Saúde Profissionais de Saúde Indústria Farmacêutica Universidades Outras entidades do sector da Saúde

ÍCARO (Sistema de Vigilância e monitorização de ondas de calor com efeitos sobre a mortalidade)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Sistema de Vigilância e monitorização de ondas de calor com efeitos sobre a mortalidade - ÍCARO
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Instituto de Meteorologia (IM), Divisão de Vigilância e Previsão Meteorológica (DVIP)
4	Objetivos	Cálculo do Índice ÍCARO, com base na previsão do excesso de óbitos eventualmente associados às temperaturas previstas, se elevadas. A previsão do excesso de óbitos eventualmente associados às temperaturas previstas, se elevadas, realizada pelo ONSA, através de um modelo matemático desenvolvido para esse fim.
5	Tipo de recolha	Procedimentos programados em VBA do Excel
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual, entre 1 de abril e 30 de setembro
7	População abrangida	Temperaturas observadas e previstas
8	População excluída	
9	Unidade de observação	Temperaturas Máximas Diárias Observadas
10	Âmbito geográfico	Portugal Continental
11	Desagregação geográfica da informação	Regiões ÍCARO (Interior Norte, Litoral Norte, Litoral Centro, Interior Sul) e Distrito
12	Data de início	1999
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	DL 27/2012 de 8 fev.
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População de Portugal Continental
2	Unidade de observação	Dia
3	Tipo de recolha	Procedimentos programados em VBA do Excel
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	217 Registos diários de temperaturas máximas observadas
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Microsoft Office Excel
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Recolha Sazonal de abril a setembro
7.3	Contacto inicial	Final de março É contactado Coordenadora da Divisão de Vigilância e Previsão Meteorológica (DVIP) com a finalidade de combinar o início do procedimento de vigilância, de forma a acertar os meios de comunicação e contactos para o corrente ano.
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim

7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	<p>Final de março</p> <p>É contactado Coordenadora da Divisão de Vigilância e Previsão Meteorológica (DVIP) com a finalidade de combinar o início do procedimento de vigilância, de forma a acertar os meios de comunicação e contactos para o corrente ano.</p> <p>No primeiro dia útil de funcionamento do sistema é enviado um e-mail aos contactos do ano anterior a anunciar a reativação da vigilância ÍCARO e solicitada a atualização dos contactos.</p> <p>A partir de 1 de abril</p> <p>Ao longo de todo o ano o IM envia de forma automatizada a informação de rotina que produz sobre as previsões meteorológicas. Para cada dia (t) o projeto ÍCARO recebe:</p> <p>a) Informação das temperaturas verificadas no dia anterior (t - 1);</p> <p>b) As temperaturas previstas para o próprio dia (t);</p> <p>c) e, as temperaturas previstas para os dois dias seguintes (t + 1, t + 2)). A partir do dia 1 de abril o DVIP inicia o envio diário mais precoce das previsões (t+2) para Lisboa e para todos os distritos de Portugal continental de forma a permitir a emissão dos índices ÍCARO a 72 horas (3 dias) o mais rapidamente possível.</p> <p>O Departamento de Epidemiologia (DEP) emite o boletim diário do Índice ÍCARO e reenvia (via e-mail) para todos os parceiros do sistema (Instituto de Meteorologia; Direção-Geral da Saúde; Autoridade Nacional de Proteção Civil).</p> <p>É comum não ser emitido o boletim ao Sábado e Domingo. No entanto o DEP assegura a emissão do boletim ÍCARO/Índices ÍCARO nestes dias sempre que se prevejam temperaturas que gerem Índices ÍCARO não nulos.</p> <p>Sempre que se verifique uma alteração drástica das temperaturas previstas, o DVIP informa o DEP/Projeto ÍCARO, para que a informação seja atualizada e relatórios adequados sejam emitidos.</p> <p>A ocorrência de um Índice-ÍCARO (nacional ou regional) positivo indica a existência de um possível efeito na saúde das populações.</p> <p>30 setembro/1 de outubro</p> <p>Enviar mensagem anunciando o término da vigilância do corrente ano.</p>
8	Coerência (temporal, interna e externa)	A validação da informação é feita diariamente quando se utilizada as temperaturas máximas observadas
9	Comparabilidade	Assegurada a coerência metodológica do cálculo Índice ÍCARO ao longo dos anos
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Cálculo do Índice ÍCARO
11	Classificações utilizadas	Não aplicável
12	Conceitos	Não aplicável
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Divulgação diária do Boletim de vigilância epidemiológica ÍCARO
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Índice ÍCARO Nacional (indivíduos de todas as idades e para indivíduos de 75 e mais anos); Índice ÍCARO por cada uma das Regiões ÍCARO (Interior Norte, Litoral Norte, Litoral Centro, Interior Sul), para os indivíduos de todas as idades e para os de apenas de 75 e mais anos; Índice ÍCARO por cada um dos distritos (indivíduos de todas as idades e para indivíduos de 75 e mais anos).
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Boletim de vigilância epidemiológica diário ÍCARO, INSA Relatório do Sistema de Vigilância e Monitorização de Ondas de Calor - ÍCARO, INSA
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/Epidemiologia/Unidades/UnInstrObser/Paginas/ICARO.aspx
5	Principais utilizadores	Instituto de Meteorologia Direção-Geral da Saúde (DGS) SARA- Sistema de Alerta e Resposta Adequada (DGS) Autoridade Nacional de Proteção Civil Serviços Regionais de Saúde Administrações Regionais de Saúde

		Direção-Geral dos Registos e Notariados Câmara Municipal de Loures
--	--	---

Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Programa Nacional de Diagnóstico Precoce
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) - Unidade de Rastreio Neonatal - Departamento Genética
4	Objetivos	Rastreio de doenças metabólicas em recém-nascidos
5	Tipo de recolha	Manual, baseada na submissão de amostras
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	População de Portugal
8	População excluída	Nenhuma
9	Unidade de observação	Indivíduo
10	Âmbito geográfico	Portugal
11	Desagregação geográfica da informação	Distrito
12	Data de início	1980
13	Prazo de disponibilização da BD	Indefinida
14	Enquadramento legal	Despacho n.º 752/2010. D.R. n.º 7/2010
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	População de recém-nascidos em Portugal
2	Unidade de observação	Recém-nascido
3	Tipo de recolha	Manual - baseada no estudo das análises efetuadas
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	101814
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Microsoft Office Excel
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	Recolha anual
7.3	Contacto inicial	Dra. Laura Vilarinho
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Sensibilização da população e dos profissionais de saúde.

8	Coerência (temporal, interna e externa)	Não aplicável
9	Comparabilidade	Assegurada para os dados que são colhidos desde o início.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Taxa de cobertura
11	Classificações utilizadas	Não aplicável
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Relatório anual do PNDP
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Taxa de cobertura, número e tipo de casos detetados, distribuição geográfica, dias em trânsito das amostras, idade de início de tratamento.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Relatório anual, disponível no site do INSA e distribuído em papel aos principais "stakeholders"
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/
5	Principais utilizadores	Direção-Geral da Saúde (DGS) Administrações Regionais de Saúde

VIH/SIDA (Declaração obrigatória de casos de infeção pelo VIH)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Declaração obrigatória de casos de infeção pelo VIH
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA,I.P)
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Ministério da Saúde/ INSA, I.P
4	Objetivos	Obtenção de informação sobre os casos de infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humano (VIH), nos vários estádios da doença, ocorridos anualmente no País, de modo a dispor de dados estatísticos sobre os casos de infeção VIH, desagregados, gerais e segundo um conjunto diverso de variáveis sociodemográficas, epidemiológica e clínicas.
5	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
6	Periodicidade de atualização da BD	Mensal
7	População abrangida	Indivíduos diagnosticados em território nacional, pelos serviços de saúde públicos e privados.
8	População excluída	Casos de infeção VIH diagnosticados fora do território nacional, residentes no território nacional, mas que nunca contactaram os serviços de saúde públicos ou privados do País.
9	Unidade de observação	Um caso de infeção por VIH.
10	Âmbito geográfico	País
11	Desagregação geográfica da informação	Local de Residência: Concelho, Distrito
12	Data de início	1985
13	Prazo de disponibilização da BD	Disponibilização nacional mensal/ anual ao Coordenador do Programa no Ministério da Saúde e OMS; disponibilização anual ao ECDC (TESSy)
14	Enquadramento legal	Despacho 14/91, Ministério da Saúde, DR nº 164, II Série de 19 de julho de 1991: determina que todos os casos de infeção pelo VIH devem ser notificados à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA. Portaria nº 258/2005, DR nº 53, série I-B, de 16 de março, integra a infeção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória. ECDC TESSy (Decision nº2119/98/EU)
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos diagnosticados em território nacional
2	Unidade de observação	Um caso de infeção pelo VIH
3	Tipo de recolha	Procedimento administrativo
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	40845 notificados até 30 de novembro de 2011
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Aplicação específica em <i>EpilInfo</i> , v.s 6, Excel, Aplicação TESSy (ECDC)
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Não aplicável

7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Conforme legislação específica, declaração obrigatória
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Validação do caso de infeção de acordo com os critérios de classificação internacionais (Definição de caso)
9	Comparabilidade	Não aplicável
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	TESSy - Reporting Protocol and Analysis Plan HIV/AIDS Surveillance. Case definitions disponíveis em http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/docs/1589_2008_en_pdf WHO Case definitions of HIV for Surveillance and Revised Clinical Staging and immunological classification of HIV- related disease in Adults and Children. World Health Organization (2006)
12	Conceitos	Classificação e Estádio da infeção VIH Ano provável de infeção Data notificação Data de diagnóstico Data dos primeiros sintomas Data de óbito Ultimo apelido Primeiro nome próprio Sexo Data de nascimento Idade à data de diagnóstico Naturalidade Nacionalidade Residência concelho Residência distrito País residência provável contágio País residência primeiros sintomas Motivo consulta/internamento/teste Gravidez à data do diagnóstico Categoria de transmissão da mãe nos casos de mãe para filho Viagens recentes/estadas no estrangeiro c/ possibilidade de contágio Categorias de transmissão Características do parceiro no contacto heterossexual Doenças indicadoras de SIDA Serologia para o VIH /tipo de vírus da imunodeficiência Entidade que notifica nome/serviço/ hospital Outros serviços que contactam/contactaram com o doente
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número e proporções de casos de infeção VIH, evolução anual por estágio de infeção (classificação epidemiológica), por grupos sociodemográficos, fatores de risco, patologias, evolução anual dos casos notificados por fatores de risco, número de óbitos, tipo de vírus da imunodeficiência.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (www.insa.rj.pt) e ex-Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida- lista em anexo "Indicadores Portal"
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal do INSA,I.P Boletins trimestrais ex-"Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA" Boletim anual, Documento SIDA Informação, Ministério da Saúde, INSA,I.P ISSN 0872-4334 Resposta a pedidos específicos a info@insa.pt Bases de dados ECDC/OMS/TESSy (EU) Site do extinto Alto-Comissariado da Saúde (www.acs.min-saude.pt)

4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	www.insa.pt/ www.dgs.pt/ https://tessy.ecdc.europa.eu
5	Principais utilizadores	Ministério da Saúde European Centre for Disease Prevention and Control Coordenação Nacional para a Infeção VIH/sida Direção-Geral da Saúde Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P ex- Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência Administração Central do Sistema da Saúde Administrações Regionais de Saúde Comissões Distritais de Luta Contra a SIDA Médicos e outros profissionais de saúde Investigadores das áreas da saúde, social e da comunicação Economistas da saúde Organizações Não Governamentais (ONG's) Organização Mundial da Saúde Alunos de curso superiores; alunos do ensino secundário Departamentos da Segurança Social Comunicação social

Plataforma ROR-Sul (Registo Oncológico Regional do Sul)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Plataforma ROR-Sul (Registo Oncológico Regional do Sul)
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Português de Oncologia de Lisboa de Francisco Gentil, E. P. E.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Rede ROR-Sul: Instituições Públicas de Saúde (Hospitais e Centros de Saúde), que se localizam na região ROR-Sul: regiões (NUTS II de 2001) de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e, ainda, a Região Autónoma da Madeira. E algumas instituições privadas, da mesma região.
4	Objetivos	Recolher, processar e tratar a informação sobre os casos de tumores malignos que ocorrem na população residente na região do ROR-Sul. As variáveis que contempla permitem caracterizar o doente, o diagnóstico, o tumor, o tratamento e a evolução do caso. E o percurso do caso de tumor.
5	Tipo de recolha	A informação, sempre que exista em bases de dados, é integrada automaticamente na base de dados do ROR-Sul; as restantes variáveis que caracterizam o caso e a sua evolução, que não se encontrem em bases de dados informatizadas, são recolhidas do processo clínico e registadas diretamente na base de dados do ROR-Sul. Existe validação ativa de dados e sistema de proteção de dados e garantia de qualidade dos mesmos.
6	Periodicidade de atualização da BD	Diária
7	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na região do ROR-Sul
8	População excluída	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes fora da região do ROR-Sul
9	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos. Caso de tumor e não indivíduo, pois indivíduo pode ter mais do que um caso de tumor.
10	Âmbito geográfico	Região do ROR-Sul: regiões (NUTS II de 2001) de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve e, ainda, a Região Autónoma da Madeira
11	Desagregação geográfica da informação	Município
12	Data de início	1989 (início da recolha de dados em suporte papel). Base de dados intermédia e nova plataforma com casos desde 1998 até atualidade.
13	Prazo de disponibilização da BD	A informação depois de consolidada está disponível para todos os clínicos que seguem o caso nas diferentes Instituições da rede ROR-

		Sul
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 1355/2002 de 15 de Outubro (Aprova o Regulamento das Comissões Oncológicas Regionais); Portaria n.º 420/90 de 8 de Junho (Cria a Comissão de Coordenação Oncológica em cada hospital central e distrital); Portaria n.º 282/88 de 4 de Maio (Cria em cada unidade de saúde da área dos cuidados de saúde primários o Registo Oncológico (RO) previsto no n.º 6.º da Portaria n.º 35/88, de 16 de Janeiro); Portaria n.º 35/88 de 16 de Janeiro (Cria os Registos Oncológicos Regionais de Lisboa, do Porto e de Coimbra nos respetivos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na região do ROR-Sul
2	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos. Caso de tumor.
3	Tipo de recolha	A informação, sempre que exista em bases de dados, é integrada automaticamente na base de dados do ROR-Sul; as restantes variáveis que caracterizam o caso e a sua evolução, que não se encontrem em bases de dados informatizadas, são recolhidas do processo clínico e registadas diretamente na base de dados do ROR-Sul. Existe validação ativa de dados e sistema de proteção de dados e garantia de qualidade dos mesmos.
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	Doentes: 325873; Casos: 346395; Processos: 409580; Follow-up: 401559.
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Para verificar e avaliar a consistência dos dados é utilizado o programa IARC-CHECK. Software de registo permite: 1 - Pesquisa de casos; 2 - Valida existência de missing data na gravação do caso; 3 - Avalia a consistência interna entre algumas variáveis no momento da gravação; 4 - Avisa e cria bases de dados de presumíveis incongruências/inconsistências; 5 - Avisa e cria bases de dados de avisos sobre casos ainda não registados e sinalizados por outras instituições da rede ROR-Sul.
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Data de diagnóstico (data de entrada do primeiro produto biológico no laboratório de citologia ou de anatomia patológica,

		se houver exame citológico ou histológico; se não houver diagnóstico microscópico, assume-se a data da realização do primeiro exame para diagnóstico). Data de incidência, contudo também se recolhe data de início de sintomas e da 1ª observação com diagnóstico presuntivo.
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Cruzamentos com a base de dados dos internamentos hospitalares (GDH) e com as bases de dados das farmácias de alguns hospitais e da radioterapia do IPOLFG, E. P. E. Comparação com os dados dos óbitos por tumor maligno, que ocorreram na população residente na região do ROR-Sul (INE). Cruzamos os que vão fazer RT fora e são enviados para o IPOLFG com a radioterapia do IPOLFG.
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Consistência interna: avaliada por cruzamento de campos (idade, localização tumoral e tipo morfológico das células); verificação histológica: sempre que se observa informação discordante entre instituições sobre um caso; comparação com os dados do certificado de óbito e do Registo Nacional de Utentes; contacto com as instituições que registaram o caso quando a informação é omissa ou inespecífica; correção das datas de diagnóstico por comparação com todos os casos já registados na base de dados do ROR-Sul.
9	Comparabilidade	A comparação com os dados dos óbitos por tumores malignos (INE) é utilizada como método de avaliação indireta da exaustividade do registo.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia, 3ª edição (ICD-O-3) Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (ICD-10) NUTS 2001 Código da Divisão Administrativa (distritos/municípios). Classificação TNM; Diversas classificações aceites internacionalmente para classificação de diversos tumores, nomeadamente dos tumores hematológicos e dos melanomas.
12	Conceitos	Caso Causa de morte Certificado de óbito Curva de sobrevivência Diagnóstico Follow-up Incidência Mortalidade População residente Prevalência Rastreio Registo Sobrevivência Tábua de mortalidade

3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número e proporções de tumores malignos diagnosticados por grupo etário e género. Taxas de incidência específicas (localização tumoral), por local de residência, género e grupo etário. Taxas de incidência específicas, por local de residência e género, padronizadas para a idade. Taxas de sobrevivência específicas (localização tumoral) observadas e relativas aos 1, aos 3 e aos 5 anos, por local de residência, género e grupo etário. Taxas de mortalidade específicas (localização tumoral), brutas e padronizadas para a idade, por género (informação cedida pelo INE).
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal do ROR-Sul (www.ror-sul.org.pt) para utilizadores registados e de acordo com o perfil de utilização.
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal do ROR-Sul (ver ponto anterior) Publicações do ROR-Sul "Incidência, Sobrevivência, Mortalidade", "TOP 10", "ISM - Tumores 0-14" Bases de dados internacionais: IARC/EUROCARE/Childhood Cancer Resposta a pedidos específicos
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	Capítulo "Métodos", nas publicações do ROR-Sul
5	Principais utilizadores	Instituições da rede ROR-Sul Outros Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Administrações Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde International Agency for Research on Cancer (IARC) EUROCARE Childhood Cancer Comunicação social

ROR Centro (Registo Oncológico Regional do Centro)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	ROR Centro (Registo Oncológico Regional do Centro)
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Português de Oncologia de Coimbra de Francisco Gentil, E. P. E.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Instituições da Região Centro com Registos Oncológicos Hospitalares
4	Objetivos	Recolha, tratamento, análise e divulgação de dados relativos à incidência do cancro na Região Centro. Análise da sobrevivência. Avaliação de rastreios e outras atividades de medicina preventiva. Disponibilização de informação a entidades e profissionais de saúde, de acordo com as normas legais.
5	Tipo de recolha	Recolha ativa de dados sobre incidência de tumores malignos na Região Centro.
6	Periodicidade de atualização da BD	Contínua
7	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na Região Centro
8	População excluída	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes fora da Região Centro
9	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos
10	Âmbito geográfico	Região Centro (NUTS II de 2001)
11	Desagregação geográfica da informação	Freguesia
12	Data de início	1989
13	Prazo de disponibilização da BD	Apenas disponibilização interna
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 1355/2002 de 15 de outubro (Aprova o Regulamento das Comissões Oncológicas Regionais); Portaria n.º 420/90 de 8 de junho (Cria a Comissão de Coordenação Oncológica em cada hospital central e distrital); Portaria n.º 282/88 de 4 de maio (Cria em cada unidade de saúde da área dos cuidados de saúde primários o Registo Oncológico (RO) previsto no n.º 6.º da Portaria n.º 35/88, de 16 de janeiro); Portaria n.º 35/88 de 16 de janeiro (Cria os Registos Oncológicos Regionais de Lisboa, do Porto e de Coimbra nos respetivos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na Região Centro
2	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos
3	Tipo de recolha	Recolha ativa de dados sobre incidência de tumores malignos na Região Centro
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	10423 novos casos de tumores malignos registados no ano 2009
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Tendencialmente completa, sujeita à qualidade da informação disponibilizada pelas fontes
6	Software de gestão da BD	Oracle Server

7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Anual (publicações)
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Data de diagnóstico
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Obrigatoriedade Legal
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Cruzamento de dados com laboratórios de anatomia patológica Consulta de processos clínicos Consulta do registo nacional de utente Consulta de SISBIT GDH'S IARC Check
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Todos os casos recebidos são revistos para validação interna: realizam-se validações com software especial disponibilizado pelo IARC; Existem processos ativos de deteção de duplicações; Estudos periódicos de qualidade de informação (ex.: relação incidência /mortalidade)
9	Comparabilidade	Com os outros registos regionais e internacionais
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia, 3ª edição (ICD-O-3) Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (ICD-10) NUTS 2001 Código da Divisão Administrativa (distritos/municípios)
12	Conceitos	Caso Causa de morte Certificado de óbito Curva de sobrevivência Diagnóstico Follow-up Incidência Mortalidade População residente Prevalência Rastreio Registo Sobrevivência Tábua de mortalidade
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número e proporções de tumores malignos diagnosticados por grupo etário e género. Taxas de incidência específicas (localização tumoral), por local de residência, género e grupo etário. Taxas de incidência específicas, por local de residência e género, padronizadas para a idade. Sobrevivência observada e relativa (localização tumoral) aos 1, aos 3, aos 5 e aos 9 anos, por género, grupo etário e distrito de residência. Taxas de incidência brutas e padronizadas por morfologia, dentro de cada localização tumoral.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Edição da publicação regional e respetiva disponibilização em pdf no portal do ROR Centro (www.rorcentro.com.pt).
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Publicações do ROR Centro: "Publicação Regional", de 1989 a 2009 "Sobrevivência no IPO de Coimbra" "Sobrevivência na Região Centro" "Incidência e sobrevivência de tumores infantis na Região Centro" Disponibilização para os estudos internacionais: "CIVC" e "IICC-3" Resposta a pedidos específicos

4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	http://www.iacr.com.fr/
5	Principais utilizadores	Instituições do ROR Centro Outros Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Administrações Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde International Agency for Research on Cancer (IARC) Comunicação social

RORENO (Registo Oncológico Regional do Norte)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	RORENO - Registo Oncológico Regional do Norte
2	Entidade responsável pela BD	Instituto Português de Oncologia do Porto de Francisco Gentil, E. P. E.
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Instituições de Saúde (Hospitais, Laboratórios de Anatomia Patológica, IPATIMUP e outras) que se localizam na Região Norte. Registos Oncológicos Regionais do Centro e Sul também enviam informação se o caso é residente no norte.
4	Objetivos	Manutenção de uma base de dados o mais completa e atualizada possível de todos os casos de doença oncológica ocorridos na Região Norte, assim como do seu seguimento ao longo da vida, que permita a produção de indicadores de impacto da doença oncológica.
5	Tipo de recolha	A notificação dos casos é obrigatória (existe disposição legislativa) e colaboram hospitais da Região Norte, anatomopatologistas privados (cerca de 30% dos registos) e instituições de saúde privadas. A grande maioria dos casos é registada numa plataforma informática online (utiliza a RDIS) e outros casos são enviados em suporte de papel ou informático, neste caso com integração da base de dados na própria aplicação informática.
6	Periodicidade de atualização da BD	As fontes ligadas à plataforma informática através da internet, podem fazê-lo diariamente. As fontes não ligadas, sobretudo privadas, enviam a informação semestral/anualmente.
7	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na Região Norte.
8	População excluída	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes fora da Região Norte. Estes casos são registados mas excluídos da análise estatística.
9	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos
10	Âmbito geográfico	Distritos de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real.
11	Desagregação geográfica da informação	A desagregação vai até ao nível de freguesia mas esta variável está preenchida para cerca de 50% dos casos.
12	Data de início	1988
13	Prazo de disponibilização da BD	Existe acesso imediato à informação inserida por cada Hospital
14	Enquadramento legal	Portaria n.º 1355/2002 de 15 de outubro (Aprova o Regulamento das Comissões Oncológicas Regionais); Portaria n.º 420/90 de 8 de junho (Cria a Comissão de Coordenação Oncológica em cada hospital central e distrital); Portaria n.º 282/88 de 4 de maio (Cria em cada unidade de saúde da área dos cuidados de saúde primários o Registo Oncológico (RO) previsto no n.º 6.º da Portaria n.º 35/88, de 16 de janeiro); Portaria n.º 35/88 de 16 de janeiro (Cria os Registos Oncológicos Regionais de Lisboa, do Porto e de Coimbra nos respetivos Centros Regionais do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil).
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Indivíduos a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos, residentes na Região Norte
2	Unidade de observação	Indivíduo a quem tenha sido diagnosticado qualquer tumor maligno primitivo, com ou sem confirmação por exames microscópicos
3	Tipo de recolha	A notificação dos casos é obrigatória (existe disposição legislativa) e colaboram hospitais da Região Norte, anatomopatologistas privados (cerca de 30% dos registos) e instituições de saúde

		privadas. A grande maioria dos casos é registada numa plataforma informática online (utiliza a RDIS) e outros casos são enviados em suporte de papel ou informático, neste caso com integração da base de dados na própria aplicação informática.
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	Em 2007 foram diagnosticadas 15504 novas neoplasias malignas na Região Norte (incluindo os t. malignos da pele não melanoma)
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa.
6	Software de gestão da BD	O sistema de gestão da base de dados é Oracle. Aplicação específica em ASP 3.0. Para verificar e avaliar a consistência dos dados é utilizado o programa IARC-CHECK.
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Dia
7.2	Período de recolha	Contínuo
7.3	Contacto inicial	Data de diagnóstico (data de entrada do primeiro produto biológico no laboratório de citologia ou de anatomia patológica, se houver exame citológico ou histológico; se não houver diagnóstico microscópico, assume-se a data da realização do primeiro exame para diagnóstico)
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Não
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Cruzamentos de bases de dados de diferentes fontes (incluindo GDHs) dos hospitais públicos, privados e anatomopatologistas. Comparação de número de casos reportados num ano com anos anteriores e comparação com dados de mortalidade fornecidos pelo INE. Elaboração de estudo sobre exaustividade do registo com recurso a métodos quantitativos e semiquantitativos (aceite para publicação no Eur J Cancer Prevention)
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Existe acesso imediato à informação inserida por cada hospital, o que permite avaliação online dos duplicados, integrar funções de validação interna para alguns itens e completar informação administrativa, de diagnóstico e follow-up.
9	Comparabilidade	A comparação com os dados dos óbitos por tumores malignos (INE) é utilizada como método de avaliação indireta da exaustividade do registo e são realizados estudos específicos para a exaustividade. Três vezes ao ano, é realizada avaliação da qualidade dos dados inseridos online e qualquer desvio detetado é comunicado ao registo responsável pelos dados, para correção.
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Classificação Internacional de Doenças para a Oncologia, 3ª edição (ICD-O-3) Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (ICD-10) Código da Divisão Administrativa (distritos/ municípios/ freguesias)
12	Conceitos	Caso Causa de morte Certificado de óbito Curva de sobrevivência Diagnóstico Follow-up Incidência Mortalidade População residente Prevalência Rastreio Registo Sobrevivência Tábua de mortalidade Idade Sexo

3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Apuramentos relativos ao número e proporções de tumores malignos diagnosticados por grupo etário e género. Taxas de incidência específicas (localização tumoral), por local de residência, género e grupo etário. Taxas de incidência específicas, por local de residência e género, padronizadas para a idade. Taxas de sobrevivência específicas (localização tumoral) observadas e relativas aos 1, aos 3 e aos 5 anos, por local de residência, género e grupo etário.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis no Portal do Roreno (http://www.roreno.com.pt/) ou no Portal do IPO-Porto (http://www.ipoportor.min-saude.pt/).
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no Portal do Roreno/IPO-Porto (ver ponto anterior) Publicações do Roreno com informação sobre a incidência de cancro na Região Norte (desde 1988 a 2007), "Análise de sobrevivência 2000-2001", Folhas informativas sobre sobrevivência (2000-2006) e incidência por região. Bases de dados internacionais: IARC/EUROCARE. Resposta a pedidos específicos.
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	Capítulo "Introdução", "Métodos", nas publicações do Roreno.
5	Principais utilizadores	Instituições de Saúde que integram o Roreno Outros Registos Oncológicos Regionais/Instituto Português de Oncologia Administrações Regionais de Saúde Direção-Geral da Saúde Médicos e outros profissionais de saúde Economistas da saúde International Agency for Research on Cancer (IARC) EUROCARE Comunicação social

SIM (Sistema de Informação Multidisciplinar)

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Sistema de Informação Multidisciplinar – SIM
2	Entidade responsável pela BD	SICAD – Serviço de intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	
4	Objetivos	- Facilitar ao clínico o acesso à informação individual de cada Utente, apoiando dessa forma o processo de tomada de decisão clínica; - Fornecer indicadores e tendências à atividade de gestão estratégica, mediante um melhor conhecimento das características da população atendida no âmbito da intervenção nos Comportamentos Aditivos, bem como dos resultados das intervenções realizadas.
5	Tipo de recolha	Os dados são recolhidos tanto a partir de entrevistas estruturadas aos Utentes do IDT, como da avaliação clínica dos seus profissionais, sendo de imediato inseridos na aplicação informática.
6	Periodicidade de atualização da BD	
7	População abrangida	Utentes que são alvo da intervenção das Unidades do IDT (alcoólicos, toxicodependentes, outras situações de patologia aditiva, crianças/jovens em risco, familiares, ...)
8	População excluída	
9	Unidade de observação	
10	Âmbito geográfico	Os dados reportam-se aos Utentes das estruturas de tratamento públicas de Portugal continental
11	Desagregação geográfica da informação	Podem ser desagregados seja por freguesia de residência dos Utentes, seja por local de prestação de cuidados
12	Data de início	Desde 1976/77. Contudo, só os dados recolhidos a partir de 2000 apresentam uma maior abrangência (nacional), consistência (harmonização de conceitos e instrumentos de recolha) e extensão (dados sociodemográficos e clínicos sobre cada Utente, bem como o registo das intervenções efetuadas e da sua evolução).
13	Prazo de disponibilização da BD	
14	Enquadramento legal	
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Utentes que são alvo da intervenção das Unidades do IDT (alcoólicos, toxicodependentes, outras situações de patologia aditiva, crianças/jovens em risco, familiares, ...)
2	Unidade de observação	Indivíduo
3	Tipo de recolha	Os dados são recolhidos tanto a partir de entrevistas estruturadas aos Utentes do IDT, como da avaliação clínica dos seus profissionais, sendo de imediato inseridos na aplicação informática.
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	
6	Software de gestão da BD	Aplicação desenvolvida na plataforma Outsystems sobre base de dados Oracle
7	Recolha da informação:	

7.1	Período de referência	
7.2	Período de recolha	Diária
7.3	Contacto inicial	
7.4	Obrigatoriedade de resposta	
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Estão em implementação procedimentos de monitorização regular (mensal) da qualidade dos dados recolhidos, bem como de permanente harmonização de conceitos e procedimentos.
9	Comparabilidade	
10	Obtenção de indicadores estatísticos	
11	Classificações utilizadas	
12	Conceitos	
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos <i>links</i> , caso existam)	
5	Principais utilizadores	

Inquérito aos Postos Médicos

1. Caracterização geral da base de dados		
1	Designação	Inquérito aos Postos médicos
2	Entidade responsável pela BD	Serviço Regional de Estatística dos Açores
3	Entidade responsável pela recolha dos dados	Serviço Regional de Estatística dos Açores
4	Objetivos	Recolha de dados dos Postos Médicos: Pessoal ao Serviço e Ação Desenvolvida
5	Tipo de recolha	Recenseamento
6	Periodicidade de atualização da BD	Anual
7	População abrangida	Postos médicos localizados na Região Autónoma dos Açores em atividade
8	População excluída	-
9	Unidade de observação	Posto Médico
10	Âmbito geográfico	Açores
11	Desagregação geográfica da informação	Município
12	Data de início	1996
13	Prazo de disponibilização da BD	Julho de n+1, sendo n o ano de referência
14	Enquadramento legal	Lei n.º 22/2008 de 13 de maio (Lei do Sistema Estatístico Nacional); Regulamento n.º 1338/2008 de 16 de dezembro; Decreto Regulamentar Regional n.º 18/2007/A, de 18 de setembro (artigos 52º a 67º: orgânica do SREA)
2. Caracterização metodológica da operação estatística		
1	População abrangida	Postos médicos localizados na Região Autónoma dos Açores em atividade
2	Unidade de observação	Posto Médico
3	Tipo de recolha	Anual
4	Nº unidades de observação na BD mais recente	15
5	Grau de cobertura da BD em termos da população abrangida (completa, parcial => porquê)	Completa
6	Software de gestão da BD	Excel
7	Recolha da informação:	
7.1	Período de referência	Ano
7.2	Período de recolha	Maio e junho
7.3	Contacto inicial	Ofício
7.4	Obrigatoriedade de resposta	Sim
7.5	Procedimentos para assegurar a exaustividade da recolha	Insistências: Envio de alertas 5 dias antes de terminar o prazo de resposta concedido. Contacto telefónico em último caso. O inquérito é de resposta obrigatória (Lei nº 22/2008 de 13 de Maio) registado no SREA sob o nº 123.
8	Coerência (temporal, interna e externa)	Assegurada coerência temporal através de comparação com os dados de anos anteriores.

9	Comparabilidade	Não aplicável. Só a RAA realiza este Inquérito
10	Obtenção de indicadores estatísticos	Sim
11	Classificações utilizadas	Entidade do posto médico Estatuto do posto médico Tipos de pessoal ao Serviço nos hospitais e centros de saúde Código da divisão Administrativa Sexo
12	Conceitos	AMBULATÓRIO ANÁLISE CLÍNICA ATO COMPLEMENTAR DE DIAGNÓSTICO ATO COMPLEMENTAR DE TERAPÊUTICA ATO DE ENFERMAGEM ATO EM SAÚDE ATO MÉDICO CIRURGIA DE AMBULATÓRIO CONSULTA DE ESPECIALIDADE CONSULTA MÉDICA ENFERMEIRO ESPECIALIDADE MÉDICA ESTABELECIMENTO DE SAÚDE INSTITUIÇÃO PRESTADORA DE CUIDADOS DE SAÚDE MÉDICO MÉDICO ESPECIALISTA PEQUENA CIRURGIA PESSOAL AO SERVIÇO DE UM ESTABELECIMENTO DE SAÚDE POSTO MÉDICO: POSTO MÉDICO OFICIAL POSTO MÉDICO PARTICULAR PROFISSIONAL DE CUIDADOS DE SAÚDE TOTAL DE CONSULTAS NO ANO TRATAMENTO
3. Difusão e principais utilizadores		
1	Informação disponibilizada	Número de Estabelecimentos, por distribuição geográfica; Pessoal ao serviço nos Postos Médicos, por distribuição geográfica; Ação desenvolvida nos Postos Médicos segundo a distribuição geográfica.
2	Indicadores apresentados sobre a informação disponibilizada	Disponíveis na Publicação "Estatísticas da Saúde" e no Portal do SREA (http://estatistica.azores.gov.pt)
3	Produtos disponibilizados e suporte de difusão	Indicadores estatísticos no portal do SREA Publicação "Estatísticas da Saúde"
4	Documentação técnica disponibilizada (e respetivos links, caso existam)	Metainformação do S.E.N. http://estatistica.azores.gov.pt/Conteudos/Relatorios/detalhe_relatorio.aspx?idc=309&lang_id=1
5	Principais utilizadores	Secretaria Regional da Saúde Direção Regional da Saúde Comunicação Social Médicos e outros profissionais de Saúde

Anexo 2. Inquérito aos utilizadores da informação estatística em saúde

Elementos de caracterização da recolha do inquérito às necessidades dos utilizadores de informação estatística de saúde

N.º de questionários enviados	211
recebidos até 31-Mar-2011	25
recebidos após 31-Mar-2011	90
questionários válidos	94
duplicações	7
escusas	14
N.º de questionários recebidos	115
N.º de questionários em falta	96
1.ª Insistência	186
por email	125
por correio	61
2.ª Insistência	81
por email	81

Taxa de resposta	115	54,5%
N.º de questionários válidos	94	44,5%
N.º de ind. originais classificados	14 962	
N.º de novos indicadores	446	

Situação final			
Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES)	Não	4	69%
	Sim	9	
		13	
Entidades Académicas	Não	23	30%
	Sim	10	
		33	
Fundações	Não	6	14%
	Sim	1	
		7	
Hospitais oficiais não públicos	Não	1	0%
	Sim	0	
		1	
Hospitais privados	Não	12	25%
	Sim	4	
		16	

Hospitais públicos	Não	3	57%
	Sim	4	
		7	
MS – Coordenadores dos programas verticais	Não	15	32%
	Sim	7	
		22	
Ministério da Saúde	Não	11	61%
	Sim	17	
		28	
Ordens profissionais	Não	5	38%
	Sim	3	
		8	
Outras entidades	Não	13	41%
	Sim	9	
		22	
Outros ministérios	Não	20	59%
	Sim	29	
		49	
Sociedades científicas/ Outras associações	Não	4	20%
	Sim	1	
		5	

Entidades inquiridas

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, IP)
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP
- Administração Regional de Saúde do Alentejo, IP
- Administração Regional de Saúde do Algarve, IP
- Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Contratualização
- Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Estudos e Planeamento
- Administração Regional de Saúde do Norte, Departamento de Saúde Pública
- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central I
- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Central II
- Agrupamento de Centros de Saúde Alentejo Litoral
- Agrupamento de Centros de Saúde Algarve I - Central
- Agrupamento de Centros de Saúde Algarve II - Barlavento
- Agrupamento de Centros de Saúde Algarve III - Sotavento
- Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II
- Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira
- Agrupamento de Centros de Saúde Cova da Beira
- Agrupamento de Centros de Saúde Grande Lisboa I - Lisboa Norte
- Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria I - Ribatejo
- Agrupamento de Centros de Saúde Península de Setúbal IV - Setúbal-Palmela
- Agrupamento de Centros de Saúde Pinhal Litoral II
- Alto Comissariado da Saúde (ACS)
- Alto Comissariado para Imigração e Diálogo Intercultural
- APAH - Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
- APDP - Associação Profetora dos Diabéticos de Portugal
- APES - Associação Portuguesa de Economia da Saúde
- APHP - Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
- ARCA - Associação de Repórteres de Ciência e Ambiente
- ARS Centro, Departamento de Saúde Pública e Planeamento, Unidade de Planeamento
- Associação de Municípios - Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis
- Associação Nacional de Defesa do Consumidor – DECO
- Associação Nacional de Juntas de Freguesia
- Associação Nacional de Municípios Portugueses
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil
- Associação para o Planeamento da Família
- Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica - APIFARMA
- Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH)
- Autoridade Nacional de Proteção Civil
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação
- Centro de Investigação da Fundação Champalimaud

- Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais
- Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa
- Centro de Oncologia dos Açores - Região Autónoma dos Açores
- Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
- Clínica Central de Oiã, SA (CLIRIA)
- CLISA - Clínica de Santo António, SA
- Comissão Nacional da Pastoral da Saúde
- Comissão Nacional de Proteção das Crianças e Jovens em Risco
- Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade Social
- Coordenação Estratégica para Cuidados de Saúde Primários
- Coordenação Nacional da Saúde Mental
- Coordenação Nacional das Doenças Cardiovasculares
- Coordenação Nacional das Doenças Oncológicas
- Coordenação Nacional para a Infeção HIV/SIDA
- Delegados de Saúde (DS) Concelhios - São Miguel / Ponta Delgada - RAA
- Delegados de Saúde Concelhios - Terceira / Angra do Heroísmo
- Direção Regional da Prevenção e Combate às Dependências - Região Autónoma dos Açores
- Direção-Geral da Saúde (DGS)
- Direção-Geral da Saúde (DGS) - Núcleo de Tuberculose e Doenças Respiratórias
- Entidade Reguladora da Saúde
- Escola do Serviço de Saúde Militar
- Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny
- Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Fac. Med. Dentária, Unidade de Investigação em Ciências Orais e Biomédicas
- Faculdade de Ciências da Saúde, Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS)
- Faculdade de Ciências Médicas, Serviço Universitário de Psiquiatria e Saúde Mental
- Faculdade de Economia da U. Nova de Lisboa
- Faculdade de Medicina, Instituto Biomédico de Investigação da Luz e Imagem (IBILI)
- Federação Nacional de Prestadores Cuidados de saúde
- Fundação Astrazeneca
- Fundação Calouste Gulbenkian, Instituto Gulbenkian da Ciência
- Fundação Calouste Gulbenkian, Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano
- Fundação Francisco Manuel dos Santos, PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo
- Fundação Glaxo SmithKline das Ciências da Saúde
- Fundação Merck Sharp & Dohme
- Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA
- HME – Gestão Hospitalar, SA (Hospital da Misericórdia de Évora)
- Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
- Hospital da Luz, SA
- Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Marco de Canaveses

- Hospital da Venerável Ordem Terceira de Nossa Senhora do Carmo
- Hospital de Magalhães Lemos, EPE
- Hospital do Espírito Santo, EPE - Évora
- Hospital dos Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) - SBSI
- Hospital Infantil de São João de Deus – Instituto São João de Deus
- Hospital Joaquim Urbano
- Hospital Militar Principal - Estado-maior do Exército
- Hospital Privado de Santa Maria de Faro (HPP Algarve, SA)
- Hospital Privado dos Lusíadas
- Hospital Saint Louis – Société Française de Bienfaisance en Portugal
- HPBN – Hospital Privado da Boa Nova, SA
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP
- Inspe  o-Geral de Atividades em Saúde
- Inst. das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Cora  o de Jesus (Casa de Saúde de N. S. Concei  o - Açores)
- Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT, IP)
- Instituto do Emprego e Forma  o Profissional, IP - Gabinete de Estudos e Avalia  o
- Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Estatística (INE, IP)
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA, IP)
- Instituto Português do Sangue, IP
- Instituto Superior de Economia e Gestão
- Instituto Superior de Economia e Gestão, Departamento de Ciências Sociais
- Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investiga  o e Estudos de Sociologia
- INTERCIR - Centro Cirúrgico de Coimbra, Lda
- ISEG - Centro de Investiga  o em Sociologia Econ  mica e das Organiza  es
- Liga Portuguesa contra o Cancro
- MAOT - Comissão de Coordena  o e Desenvolvimento Regional de Lisboa e Vale do Tejo
- MAOT - Comissão de Coordena  o e Desenvolvimento Regional do Alentejo
- MAOT - Comissão de Coordena  o e Desenvolvimento Regional do Algarve
- MAOT - Comissão de Coordena  o e Desenvolvimento Regional do Centro
- MAOT - Comissão de Coordena  o e Desenvolvimento Regional do Norte
- MAOT, Departamento de prospetiva e Planeamento e Rela  es Internacionais (DPP)
- Maternidade Dr. Alfredo da Costa

- MCTES, Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais
- MFAP, Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais
- Min. Agricultura, Desenvol. Rural e Pescas, Direção-Geral de Veterinária
- Min. Agricultura, Desenvol. Rural e Pescas, Gabinete de Planeamento e Políticas
- Min. da Cultura, Gab. Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais
- Ministério da Administração Interna, Autoridade Nacional de Proteção Civil
- Ministério da Administração Interna, Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária
- Ministério da Defesa Nacional, Instituto de Ação Social das Forças Armadas IASFA, I.P.
- Ministério da Economia, da Inovação e do Desenvolvimento, Gabinete de Estratégia e Estudos
- Ministério da Educação, Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação
- Ministério da Justiça - Direção-Geral da Política de Justiça
- Ministério da Justiça - Instituto Nacional de Medicina Legal, IP
- Ministério do Ambiente e do Ordenamento do Território - Agência Portuguesa do Ambiente
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social - Instituto Nacional para a Reabilitação, IP
- Ministério dos Negócios Estrangeiros, Direção-Geral dos Assuntos Europeus
- MOPTC - Gabinete de Planeamento Estratégico e Relações Internacionais
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)
- Ordem Biólogos
- Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Farmacêuticos
- Ordem dos Médicos
- Ordem dos Médicos Dentistas
- Ordem dos Médicos Veterinários
- (Ordem dos Nutricionistas) Ass. Port. Nutricionistas
- Ordem dos Psicólogos
- Plataforma Saúde em Diálogo
- Raríssimas - Associação Nacional de Doenças Mentais e Raras
- Região Autónoma dos Açores - Coordenador Regional de Saúde Pública
- Registo Oncológico do Centro
- Registo Oncológico do Norte
- Registo Oncológico do Sul
- Responsável pela Infecção Nosocomial
- Responsável pela Luta contra a Tuberculose
- Responsável pela Plataforma contra a Obesidade
- Responsável pela Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos
- Responsável pela Promoção da Saúde em Crianças e Jovens
- Responsável pela Promoção da Saúde Oral
- Responsável pela Saúde Escolar e Prevenção de Acidentes
- Responsável pela Vacinação e Erradicação da Poliomielite

- Responsável pelo Controlo da Diabetes
- Responsável pelo Programa da Saúde Reprodutiva
- Responsável pelo Programa das Doenças Raras
- Responsável pelo Programa de Controlo da Asma
- Responsável pelo Programa de Determinantes da Saúde Relacionada com os Estilos de Vida
- Responsável pelo Programa de Luta contra a Dor
- Responsável pelo Programa de Luta contra as Doenças Reumáticas
- Responsável pelo Programa de Qualidade e pela Gestão Integrada de Doença
- Responsável pelo Programa de Saúde Ambiental
- Responsável pelo Programa de Saúde da Visão
- Responsável pelo Programa de Saúde das Pessoas Idosas
- Responsável pelo Programa de Saúde Ocupacional
- Responsável pelo Programa Integrado de Vigilância Clínica e Laboratorial da Gripe
- Responsável Prog. Prevenção e Controlo das Doenças Pulmonares Obstrutivas Crónicas
- SCH - Sociedade de Clínica Hospitalar, Lda (Clínica de Santa Catarina)
- Sec. Reg. Assuntos Sociais - Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados
- Sec. Reg. dos Assuntos Sociais - Instituto de Admin. da Saúde e Assuntos Sociais, IP
- Sec. Regional dos Assuntos Sociais da Madeira - Centro de Segurança Social da Madeira
- Sec. Regional dos Assuntos Sociais da Madeira - Serviço Regional de Proteção Civil, IP
- Secretaria Reg. do Plano e Finanças - Direção Regional de Estatística da RAM
- Secretaria Regional da Saúde - Região Autónoma dos Açores
- Secretaria Regional da Saúde - Região Autónoma dos Açores
- Secretaria Regional do Ambiente e do Mar - Região Autónoma dos Açores
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais - Região Autónoma da Madeira
- Secretaria Regional dos Assuntos Sociais - Serviço de Saúde da RAM, EPE
- Serviço Regional de Estatística dos Açores
- Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores - Região Autónoma dos Açores
- Sociedade Portuguesa de Cardiologia
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia
- UBI, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Ciências Médicas
- União das Misericórdias Portuguesas – Grupo Misericórdias Saúde
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI)
- Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais
- Universidade da Madeira
- Universidade da Madeira - Escola Superior de Enfermagem da Madeira
- Universidade da Madeira, Centro de Competências de Ciências da Vida
- Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
- Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centro de Estudos e Investigação em Saúde
- Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, Centro de Estudos Sociais
- Universidade de Coimbra, Faculdade de Letras, Gabinete de Investigação em Geografia da Saúde

- Universidade de Lisboa, Faculdade de Farmácia
- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular
- Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Instituto de Medicina Molecular
- Universidade de Lisboa, Instituto de Ciências Sociais
- Universidade do Porto - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação
- Universidade do Porto, Faculdade de Medicina Dentária
- Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Laboratório de Higiene e Epidemiologia
- Universidade do Porto, Instituto de Saúde Pública (ISPUP)
- Universidade Nova de Lisboa - Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública
- Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas
- Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana

Lista dos indicadores pré-definidos**Estado de saúde - Mortalidade****Esperança de vida e indicadores relacionados**

- 1 Óbitos por sexo e grupo etário quinquenal
- 2 Esperança de vida à nascença
- 3 Esperança de vida aos 65 anos
- 4 Esperança de vida em saúde (healthy life years)
- 5 Tábuas de mortalidade completas (H, M, HM)

Mortalidade geral

- 1 Taxa bruta de mortalidade
- 2 Taxa de mortalidade padronizada
- 3 Mortalidade infantil
- 4 Mortalidade neonatal
- 5 Mortalidade neonatal precoce
- 6 Mortalidade pós-neonatal
- 7 Mortalidade fetal tardia
- 8 Mortalidade perinatal
- 9 Risco de morrer até aos 5 anos

Mortalidade por causas específicas

- 1 Número de óbitos
- 2 Taxas brutas de mortalidade
- 3 Taxas de mortalidade padronizadas
- 4 Anos potenciais de vida perdidos
- 5 Taxas de anos potenciais de vida perdidos
- 6 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao uso de droga
- 7 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de tabaco
- 8 Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis ao consumo de álcool
- 9 Excesso de mortes atribuível a uma onda de calor

Estado de saúde - Morbilidade diagnosticada**Incidência anual**

- 1 Doenças de declaração obrigatória
- 2 Indivíduos infetados por VIH
- 3 Casos de SIDA
- 4 Tumores malignos
- 5 Todos os tumores (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)
- 6 Tumores malignos da traqueia, dos brônquios e dos pulmões
- 7 Tumores malignos da mama
- 8 Tumores malignos do cólon e do reto
- 9 Tumores malignos da próstata
- 10 Tumores malignos do estômago
- 11 Melanoma maligno da pele
- 12 Tumores malignos do colo do útero

- 13 Leucemias e linfomas
- 14 Tumores malignos até aos 14 anos de idade
- 15 Indivíduos com diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 16 Indivíduos com depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 17 Enfartes agudos do miocárdio e mortes por doença coronária
- 18 Acidentes vasculares cerebrais (fatais e não fatais)
- 19 Indivíduos com asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 20 Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 21 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer
- 22 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários (Morbilidade diagnosticada)
- 23 Lesões provocadas por acidentes no local de trabalho
- 24 Lesões auto provocadas intencionalmente

Estado de saúde – Estado geral de saúde

Inquérito de saúde por entrevista

- 1 Autoavaliação do estado de saúde
- 2 Doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados
- 3 Obesidade
- 4 Diabetes alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 5 Depressão alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 6 Asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 7 Doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 8 Limitações funcionais físicas e sensoriais
- 9 Limitações prolongadas na execução de atividades habituais
- 10 Indicador sintético de incapacidade física
- 11 Incapacidade temporária para o trabalho
- 12 Indivíduos com sofrimento psicológico provável
- 13 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos em casa, na escola ou em atividades de lazer
- 14 Lesões provocadas por acontecimentos ocorridos com/em meios de transporte rodoviários
- 15 Dor músculo-esquelética

Determinantes de saúde – Fatores individuais e biológicos

Fatores à nascença

- 1 Nº nados vivos com baixo peso à nascença
- 2 Nº nascimentos pré-termo

Condição física

- 1 Índice de Massa Corporal
- 2 % de indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- 3 % de indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano

Determinantes de saúde – Comportamentos na saúde

Consumo de tabaco, álcool e drogas

- 1 % de indivíduos que referiram fumar diariamente

- 2 % de mulheres grávidas que referiram fumar - % indivíduos que referiram ter deixado de fumar
- 3 Quantidade de tabaco consumida
- 4 % da população que referiu não consumir bebidas alcoólicas
- 5 Consumo total de álcool estimado
- 6 % de indivíduos que referiram usar substâncias psicoativas ilícitas
- 7 Nº acidentes de viação atribuíveis ao consumo de álcool

Nutrição

- 1 Consumo de pão/cereais
- 2 Consumo de fruta (excluindo sumos)
- 3 Consumo de vegetais (excluindo sumos e batatas)
- 4 Consumo de peixe

Outros comportamentos relacionados com a saúde

- 1 Amamentação
- 2 Uso de contraceptivos
- 3 Escovagem dos dentes
- 4 Atividade física
- 5 Comportamento sexual
- 6 Comportamento em meios de transporte (cinto segurança, capacete, etc.)

Determinantes de saúde – Meio envolvente

Local de trabalho

- 1 Exposição a posturas e movimentos difíceis no local de trabalho
- 2 Exposição a elementos químicos adversos no local de trabalho
- 3 Exposição a pressão psicológica no local de trabalho
- 4 Acidentes de trabalho
- 5 Doenças ocupacionais
- 6 Exposição a assédio ou violência

Espaço físico

- 1 Exposição urbana a poluição do ar
- 2 Exposição a raios UV
- 3 Exposição a alérgenos
- 4 Qualidade da água para beber

Sistema de saúde – Prevenção, proteção e promoção na saúde

Vacinação

- 1 Vacinação das crianças
- 2 Vacinação dos idosos contra a gripe

Rastreio

- 1 Rastreio do cancro da mama
- 2 Rastreio do cancro do colo do útero
- 3 Rastreio do cancro do cólon
- 4 Consultas médicas pré-natais

Sistema de saúde – Recursos dos cuidados de saúde

Lotação no internamento

- 1 N° de camas hospitalares
- 2 N° de camas em cuidados intensivos
- 3 N° de camas em cuidados psiquiátricos
- 4 N° de camas em lares de idosos/ casas de repouso

Recursos humanos, profissionais em atividade

- 1 Profissionais de saúde
- 2 N° de médicos
- 3 N° enfermeiros
- 4 N° de enfermeiros especializados em Obstetrícia
- 5 N° de dentistas (incluindo estomatologistas, médicos-dentistas e odontologistas)
- 6 N° de farmacêuticos
- 7 N° de profissionais paramédicos
- 8 N° de médicos em cuidados intensivos
- 9 N° de enfermeiros em cuidados intensivos

Formação, profissionais em atividade

- 1 N° de médicos especialistas
- 2 N° de enfermeiros licenciados

Tecnologias de diagnóstico

- 1 N° de equipamentos para realização de TAC
- 2 N° equipamentos para realização de ressonâncias magnéticas

Sistema de saúde – Utilização dos cuidados de saúde

Internamentos

- 1 Dias de internamento
- 2 Dias em cuidados intensivos
- 3 Taxa de ocupação em internamento
- 4 Taxa de ocupação em cuidados intensivos
- 5 Tempo médio de internamento
- 6 Tempo médio de cuidados intensivos
- 7 N° de altas
- 8 N° de altas por grupo de doenças

Cuidados ambulatoriais

- 1 N° de consultas de medicina geral e familiar
- 2 N° idas a consultas de medicina geral e familiar referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)
- 3 N° de consultas de saúde oral
- 4 N° idas a consultas de saúde oral referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)
- 5 N° de consultas com médicos especialistas
- 6 N° idas a consultas com médicos especialistas referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)
- 7 N° consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta

- 8 N° idas a consultas com um psicólogo ou psicoterapeuta referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)

Cirurgias e outros procedimentos, n°

- 1 Cirurgias em ambulatório- Angioplastias coronárias
- 2 Artroplastias da anca
- 3 Cirurgias das cataratas
- 4 Cesarianas
- 5 Amigdalectomias
- 6 Cirurgia de revascularização miocárdica
- 7 Colecistectomia laparoscópica
- 8 Reparação de hérnia inguinal
- 9 Substituição total do joelho
- 10 Excisão parcial da glândula mamária
- 11 Mastectomia total

Medicamentos e aparelhos terapêuticos

- 1 Consumo de medicamentos
- 2 Uso de aparelhos terapêuticos (próteses)

Sistema de saúde – Despesas de saúde e financiamento

Sistemas complementares e seguros

- 1 População coberta pelos sistemas complementares de saúde
- 2 População com seguro de saúde

Despesas

- 1 Despesas de saúde dos agregados familiares
- 2 Despesa em saúde total/ pública/ privada
- 3 Despesa em meio hospitalar total/ pública/ privada
- 4 Despesa em assistência ambulatoria total/ pública/ privada
- 5 Despesa com serviços auxiliares total/ pública/ privada
- 6 Despesa em cuidados domiciliários total/ pública/ privada
- 7 Despesa em medicamentos e outros bens consumíveis total/ pública/ privada
- 8 Despesa em aparelhos terapêuticos e outros bens duráveis total/ pública/ privada

Sistema de saúde – Desempenho dos cuidados de saúde

Atividade desenvolvida

- 1 Proporção de indivíduos que necessitaram de uma consulta com um médico especialista e não a puderam realizar por razões económicas, de tempo de espera ou distância
- 2 Autópsias realizadas
- 3 Tempo médio de espera por uma cirurgia
- 4 Quantidade de transfusões de sangue
- 5 N° transplantes de medula óssea
- 6 N° transplantes do rim
- 7 N° transplantes do coração
- 8 N° transplantes do fígado
- 9 N° transplantes da córnea

- 10 N° transplantes do pulmão
- 11 N° transplantes do pâncreas

Performance

- 1 N° de óbitos por causas de morte evitáveis
- 2 Taxa de readmissões em emergências em 28 dias
- 3 Mortalidade por enfarte agudo do miocárdio ou AVC em 30 dias de internamento
- 4 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para todos os cancros (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)
- 5 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da traqueia, brônquios e pulmões
- 6 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da mama feminina
- 7 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do cólon e reto
- 8 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da próstata
- 9 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do estômago
- 10 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para melanoma maligno da pele
- 11 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do colo do útero
- 12 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para leucemias e linfomas
- 13 Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro em idade inferior a 15 anos

Lista europeia sucinta de causas de morte

Nível	Código	Designação
1	T-LES	Todas as causas de morte
2	01	Algumas doenças infecciosas e parasitárias
3	02	Tuberculose
3	03	Infeção meningocócica
3	04	Doenças pelo vírus da imunodeficiência humana [HIV]
3	05	Hepatite viral
2	06	Tumores (neoplasmas
3	07	Tumores (neoplasmas) malignos
4	08	Tumor (neoplasma) maligno do lábio, cavidade bucal e faringe
4	09	Tumor (neoplasma) maligno do esófago
4	10	Tumor (neoplasma) maligno do estômago
4	11	Tumor (neoplasma) maligno do cólon
4	12	Tumor (neoplasma) maligno (neoplasma) da junção rectossigmoideia, reto, ânus e canal anal
4	13	Tumor (neoplasma) maligno do fígado e das vias biliares intra-hepáticas
4	14	Tumor (neoplasma) maligno do pâncreas
4	15	Tumor (neoplasma) maligno da laringe, da traqueia, dos brônquios e dos pulmões
4	16	Melanoma maligno da pele
4	17	Tumor (neoplasma) maligno da mama
4	18	Tumor (neoplasma) maligno do colo do útero
4	19	Tumor (neoplasma) maligno de outras partes e de partes não especificadas do útero
4	20	Tumor (neoplasma) maligno do ovário
4	21	Tumor (neoplasma) maligno da próstata
4	22	Tumor (neoplasma) maligno do rim, exceto pelve renal
4	23	Tumor (neoplasma) maligno da bexiga
4	24	Tumor (neoplasma) maligno do tecido linfático e hematopoético e tecidos relacionados
2	25	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários
2	26	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
3	27	Diabetes mellitus
2	28	Transtornos mentais e comportamentais
3	29	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
3	30	Dependência de drogas (toxicomania)
2	31	Doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos
3	32	Meningites (excepto 03 - Infeção meningocócica)
2	33	Doenças do aparelho circulatório
3	34	Doenças isquémicas do coração
3	35	Outras doenças cardíacas (excepto transtornos valvulares não-reumáticos e doenças valvulares)
3	36	Doenças cérebro-vasculares
2	37	Doenças do aparelho respiratório
3	38	Gripe (Influenza)
3	39	Pneumonia

3	40	Doenças crónicas das vias aéreas inferiores
4	41	Asma e estado de mal asmático
2	42	Doenças do aparelho digestivo
3	43	Úlcera gástrica, duodenal, péptica de localização não especificada e gastrojejunal
3	44	Doenças crónicas do fígado
2	45	Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo
2	46	Doenças do sistema osteomuscular/ tecido conjuntivo
3	47	Artrites reumatóides e artroses
2	48	Doenças do aparelho geniturinário
3	49	Doenças do rim e ureter
2	50	Complicações da gravidez, parto e puerpério
2	51	Algumas afeções originadas no período perinatal
2	52	Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas
3	53	Malformações congénitas do sistema nervoso
3	54	Malformações congénitas do aparelho circulatório
2	55	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte
3	56	Síndrome de morte súbita do lactente
3	57	Outras mortes súbitas de causa desconhecida, mortes sem assistência; outras causas mal definidas e as não especificadas
2	58	Causas externas de lesão e envenenamento
3	59	Acidentes
4	60	Acidentes de transporte
4	61	Quedas acidentais
4	62	Envenenamento (intoxicação) accidental por drogas, medicamentos e substâncias biológicas
3	63	Suicídios e lesões autoprovocadas voluntariamente
3	64	Homicídios e lesões provocadas intencionalmente por outras pessoas
3	65	Lesões em que se ignora se foram accidental ou intencionalmente infligidas

Lista dos novos indicadores propostos por grupo de indicadores**Estado de saúde - Mortalidade**

- Esperança de vida a 1 ano: total e por sexo
- Esperança de vida à nascença por sexo
- Esperança de vida aos 65 anos por sexo
- Esperança de vida em saúde por sexo
- Esperança de vida por grupo etário
- Esperanças de vida por causas de morte
- Excesso de mortes atribuível a uma onda de frio (#2)
- Idades médias ao óbito por causas de morte
- Mortalidade Fetal (#2)
- Mortalidade infantil desagregada por idades das mães área geográfica e indicadores socioeconómicos
- Mortalidade materna (#2)
- Mortalidade por acidentes de viação
- Nº Médio de Anos Potenciais de Vida Perdidos
- Número de óbitos atribuíveis a ondas de frio por género e grupo etário
- Óbitos por acidentes de trabalho por naturalidade
- Óbitos por causas atribuíveis ao consumo de droga, álcool, tabaco e excesso de peso: total e por sexo
- Óbitos por causas de morte (lista sucinta europeia)
- Óbitos por sexo e naturalidade
- Risco de morrer \geq 65 anos
- Risco de morrer dos 15 anos aos 24 anos
- Risco de morrer dos 25 anos aos 64 anos
- Risco de morrer dos 5 anos aos 14 anos
- Taxa bruta de mortalidade atribuída ao excesso de peso: total e por sexo
- Taxa bruta de mortalidade atribuível a sinistro
- Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis à HTA
- Taxa bruta de mortalidade por causas atribuíveis à obesidade
- Taxa de mortalidade padronizada por suicídio antes dos 65 anos
- Taxa de mortalidade padronizada por suicídio depois dos 65 anos
- Taxa de mortalidade por acidentes de trabalho
- Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório
- Taxa de mortalidade por gripe
- Taxa de mortalidade por tumores malignos
- Taxas específicas de mortalidade por causa, sexo, idade, área geográfica, grupos socioeconómicos
- Taxas específicas de mortalidade por sexo, idade, área geográfica
- Taxas específicas de mortalidade por sexos e grupos etários: menos de 14; 15-49 anos; 50-69 anos; 70 e mais

Estado de saúde - Morbilidade diagnosticada

- Casos de disfunção erétil
- Casos de ejaculação precoce
- Casos de ejaculação retardada
- Casos de HPV

- Casos de obesidade
- Casos de outras IST (além do VIH)
- Cegueira legal
- Dificuldade de orgasmo
- Dispareunia
- Hepatite B e C
- Incidência de ambliopia/perda de visão igual ou inferior a 5/10, com correção, detetadas até aos 5 anos de idade
- Incidência de AVC na população residente <65 anos
- Incidência de cataratas tratadas, com visão superior ou igual a 5/10
- Incidência de cegueira legal por degenerescência macular relacionada com a idade
- Incidência de cegueira legal por glaucoma
- Incidência de cegueira legal por retinopatia/maculopatia diabética
- Índice de CPOD aos 12 anos
- Indivíduos com hipertensão arterial
- Interesse sexual
- Lesões provocadas por acidentes no local de trabalho
- Lesões provocadas por atropelamento
- Lubrificação
- Mortalidade e morbidade por causas não intencionais
- Mulheres/crianças com mutilação genital feminina/excisão e queixas relacionadas
- N.º de crianças com idade inferior a 18 anos com doença mental diagnosticada
- Outros indicadores de saúde mental
- Prazer sexual
- Prevalência - Indivíduos com asma alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- Prevalência - Indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano
- Prevalência - Indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- Prevalência - Indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- Prevalência - Todos os tumores (exceto tumores malignos da pele diversos do melanoma maligno da pele)
- Prevalência - Tumores malignos da traqueia, dos brônquios e dos pulmões
- Tuberculose
- Tumores da orofaringe e cavidade bucal
- Tumores malignos a partir dos 65 e mais anos
- Tumores malignos do endométrio
- Tumores malignos do esófago
- Tumores malignos do Fígado
- Tumores malignos dos olhos, órbita e anexos oculares
- Tumores malignos dos ovários

Estado de Saúde - Estado geral de saúde

- Anos de trabalho perdidos por incapacidade
- Número de dias de ausência ao trabalho devido a doença

Determinantes de saúde - Fatores individuais e biológicos

- Nº de nascidos com malformações congénitas
- Nº de nados vivos de mães até aos 19 anos
- Número de nascimentos de mães com idade inferior a 17 anos
- % de nascimentos em mulheres adolescentes
- Nº e % de partos de mães adolescentes
- Perímetro abdominal
- Prevalência - Indivíduos com colesterol elevado alguma vez diagnosticado e com ocorrência no ano
- Prevalência - Indivíduos com tensão arterial elevada alguma vez diagnosticada e com ocorrência no ano
- Taxa de crianças com baixo peso à nascença: total e por sexo
- Taxa de nascimentos pré-termo: total e por sexo

Determinantes de saúde - Comportamentos na saúde

- % de mulheres que referiram consumir álcool durante a amamentação
- % de mulheres que referiram consumir substâncias ilícitas durante a amamentação
- % de mulheres grávidas que referiram consumir álcool
- % de mulheres grávidas que referiram consumir substâncias ilícitas
- Indicadores sobre os hábitos de risco e patologias das mães e pais
- Consumo de sal
- Consumo carnes brancas/vermelhas (#3)
- Consumo de água
- Nº acidentes de viação atribuíveis ao uso de substâncias psicoativas ilícitas (#2)
- % de indivíduos que referiram fumar ocasionalmente
- Atividade física
- Consumo de açúcar (#2)
- Consumo de cálcio em crianças e adolescentes
- Frequência de consumo de refrigerantes
- Local de obtenção de contraceção
- Razão de não utilização de contraceção
- Uso de contraceção por método (incluindo preservativo feminino)
- Uso de preservativo na última relação sexual
- Ida a restaurantes de *fast-food*
- Prática de atividade física federada ou em ginásio (treino duro), tendo em conta o nº de vezes por semana (tempo) em que é praticada
- Prática de atividade física moderada (30 minutos de caminhada, por exemplo)
- Consumo de bebidas não-alcoólicas (sumos naturais, néctares, refrigerantes, água, infusões)
- Consumo de gorduras (manteiga, óleos vegetais, azeite)
- Consumo de lacticínios
- Maternidade e paternidade adolescente; n.º de crianças com idade inferior a 18 anos com filhos (nascimento no ano em análise)

Determinantes de saúde - Meio envolvente

- Acesso a espaços de lazer nas escolas/locais de trabalho
- Acesso a espaços verdes na área de residência
- Determinantes de Saúde: Condições socioeconómicas (habitação)

- Escolas com avaliação das condições de segurança, higiene e saúde das escolas
- Escolas com boas condições de segurança e higiene dos edifícios e recintos
- Espaços verdes e áreas de jogo
- Monitorização de pesticidas bioacumuláveis em locais de risco
- Proporção da população que vive em agregados familiares que consideram sofrer devido a ruído.
- Qualidade da rede rodoviária e de transportes públicos
- Situações sinalizadas relacionadas com crimes contra a integridade física dos indivíduos (Código Penal, art. 144, alínea b)
- Situações sinalizadas relacionadas com crimes contra a liberdade e autodeterminação sexual
- Taxa de criminalidade

Sistema de saúde - Prevenção, proteção e promoção da saúde

- % de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias
- % de crianças com a monitorização do estado de saúde (Exame global) aos 5-6 anos (#3)
- % de crianças com a monitorização do estado de saúde (Exame global) aos 11-13 anos (#2)
- % de hipertensos com registo de TA em cada semestre
- Rastreio da obesidade
- Rastreio da retinopatia diabética (#4)
- % de inscritos entre os 50 e 74 anos com rastreio de cancro do colo-retal
- % de mulheres dos 25 e 64 anos com registo atualizado de colpocitologia
- % de mulheres dos 50 e 69 anos com registo de mamografia nos últimos 2 anos
- Rastreio de cancro do ovário
- Rastreio do cancro da próstata (#2)
- Rastreio do cancro do endométrio
- Rastreio das hepatites virais
- Rastreio de IST
- Rastreio de VIH
- Nº e distribuição de serviços de rastreio
- Nº de programas integrados de promoção de saúde
- % de crianças com 2, 7 e 14 anos com vacinação atualizada (#4)
- Tétano em toda a população
- Vacinação de grupos de risco
- Vacinação dos adultos
- Vacina do HPV (#2)
- Vacinação dos adolescentes contra o papiloma humano
- Vacinação não incluída no PNS

Sistema de saúde - Recursos dos cuidados de saúde

- Serviço domiciliário (#2)
- Rede de cuidados continuados
- Nº de camas cuidados continuados (#3)
- Nº de camas em unidades de reabilitação
- Assistência pré-hospitalar
- Nº de desfibriladores
- Nº de unidades de saúde (centros de saúde, hospitais, USF, USP, lares, cuidados continuados)
- Número de hospitais e centros de saúde

- Hospitais do SNS
- Hospitais privados
- N° de camas nos estabelecimentos de saúde
- N° de camas das enfermarias, por especialidade (lotação praticada)
- N° camas cuidados intermédios
- Equipamento de terapêutica: Laboratório de Anatomia Patológica e Tanatologia; Laboratório de Patologia Clínica; Litotricia; Radioterapia; Raios Laser; Serviços e Imuno-hemoterapia; Serviços Farmacêuticos; outros
- N° de equipamentos para realização de Angiografias, ecografias, imagiologia convencional (RX), mamografias
- N.º de mamógrafos por mil habitantes
- N° de equipamentos para realização de endoscopia
- N.º de equipamentos para realização de PET (#2)
- N° unidades de hemodinâmica
- N° de equipamentos para realização de hemodiálise (#2)
- Salas de operação nos hospitais: total e do SNS
- N.º de aparelhos de radioterapia
- N° de equipamentos de radioterapia - aceleradores lineares (#2)
- Equipa de transplante Hospital/região!?
- Extensões dos centros de saúde: número e lotação
- N.º de camas nos centros de saúde: total e SNS
- Número de indivíduos sem médico de família
- N° de serviços com cuidados de planeamento familiar/saúde sexual e reprodutiva para jovens
- Diplomados na área da saúde por área de educação/formação e sexo
- Média etária dos profissionais de saúde
- Profissionais de saúde: Peso de cada grupo etário
- Pessoal ao serviço nos hospitais: total e por tipo de pessoal
- Pessoal ao serviço nos centros de saúde: total e por tipo de pessoal
- Pessoal ao serviço no SNS por 100 mil habitantes: médicos, enfermeiros, pessoal de enfermagem, etc.
- Médicos e outro pessoal de saúde por 100 mil habitantes
- N° de médicos a trabalhar exclusivamente no setor privado (#2)
- N° de médicos a trabalhar exclusivamente no SNS (#2)
- N° de médicos com consultório privado
- N° de médicos já reformados que continuam a exercer
- N° de médicos por especialidade (#2)
- N° de médicos em especialidades cirúrgicas
- N° de médicos em especialidades médicas
- N° de internos
- N° de médicos em CSP
- N° de médicos de família
- N° médicos de clínica geral
- N° de médicos com formação em oncologia
- N° médicos de saúde pública
- N° de Enfermeiros de Cuidados Gerais
- N° de enfermeiros em CSP

- Nº de Enfermeiros Especialistas (#4)
- Nº de Enfermeiros por Especialidade
- Nº de Enfermeiros por Habitante e por NUT
- Número de Enfermeiros por Família
- Pessoal técnico de saúde (farmácia, laboratório, psicologia clínica, outros)
- Nº de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (#2)
- Nº de Nutricionistas (#3)
- Nº de fisioterapeutas
- Nº de Ortopistas (Técnicos de Ortopédia) licenciados
- Nº de Técnicos Superiores de Saúde (#2)
- Nº de Técnicos Superiores de Saúde Especialistas
- Outro pessoal técnico superior (serviço social, instalações e equipamentos, outros)
- Percentagem de horas de formação por categoria profissional
- Pessoal assistente operacional
- Pessoal assistente técnico
- Pessoal de educação de infância
- Pessoal de Informática
- Relação Nº de Médicos / Nº de Enfermeiros

Sistema de saúde - Utilização dos cuidados de saúde

- Número de internamentos
- Nº de pessoas que foram internadas
- Causas de internamento hospitalar (GDH) (H, M, HM)
- Internamento por aborto espontâneo
- Internamento por aborto provocado dentro do quadro legal
- Internamento por aborto provocado fora do quadro legal
- Episódios de internamento hospitalar por grandes causas (CID-10) (H, M HM)
- Nº de internamentos por toxi-infecções alimentares
- Taxa de ocupação de camas nos estabelecimentos de saúde
- Destino após alta
- Nº de altas por especialidade médica e cirúrgica
- Nº de doentes entrados
- Nº de doentes internados
- Nº de doentes saídos
- Nº doentes observados nos serviços de urgência por causa, segundo o destino
- Urgências nos hospitais: total e do SNS
- N.º de urgências hospitalares (#2)
- Média de Horas de Cuidados de Enfermagem Prestados por Utente e por Dia de Internamento
- Número médio de consultas por habitante
- Nº de consultas por especialidade médica no SNS
- Nº de consultas por especialidade no setor privado
- Média de consultas de MGF
- Taxa de utilização de consultas de MGF
- Nº de consultas durante a gravidez
- Nº de consultas de acompanhamento de gravidez a mulheres até aos 19 anos

- Nº de consultas de saúde do recém-nascido, criança e do adolescente
- Nº de consultas para realização de tratamentos
- Nº de Consultas de Enfermagem (#2)
- Nº de idas a consultas de enfermagem referida pela população inquirida (entrevista)
- Nº de consultas hospitalares
- Consultas externas nos hospitais segundo a especialidade por município, conforme nos Anuários Regionais
- Consultas médicas nos centros de saúde e suas extensões segundo a especialidade por município, conforme Anuários Regionais
- Nº de consultas com um Nutricionista (#2)
- Nº idas a consultas com um nutricionista referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)
- Nº de consultas de infertilidade
- Nº de consultas de IVG por motivo
- Nº de consultas de IVG por semanas de gestação
- Nº de consultas de Medicina Reprodutiva
- Nº de consultas de planeamento familiar/saúde sexual e reprodutiva
- Nº de consultas de planeamento familiar/saúde sexual e reprodutiva para jovens
- Nº de consultas de pré-conceção
- Nº de idas a consultas de medicina alternativa referida pela população inquirida (inquérito por entrevista)
- Nº de consultas de serviço social
- Nº de atos de diagnóstico realizados (área/exame)
- Número de testes VIH/ano e características dos testados
- Nº de atos de terapêutica realizados (área/tratamento)
- Atividade por tipo de hospital Dia (doentes e sessões)
- N.º de sessões por especialidade em Hospital de Dia
- N.º de tratamentos de quimioterapia
- N.º de tratamentos de quimioterapia oral
- N.º de tratamentos de braquiterapia
- N.º de tratamentos de radioterapia externa
- Oxigenoterapia
- Intervenções de grande e média cirurgia por dia
- Nº de anestésias (gerais, locoregionais, locais)
- N.º de doentes operados em cirurgia de ambulatório
- Percentagem de cirurgias de ambulatório no total de cirurgias programadas
- Cirurgias de ambulatório
- Cirurgia vascular
- Cirurgias da retina
- Olhos com retinopatia diabética tratados por Laser
- Cirurgia Bariátrica
- Cirurgia coloretal
- Colostomia
- Vasectomia
- Histerectomia
- Laqueação de trompas
- Colheita de órgãos (por tipo)

- Outras cirurgias (por especialidade)
- Nº de partos (eutócicos e distócicos)
- Partos nos hospitais: total e do SNS (distócicos e eutócicos)
- Nº de partos assistidos
- Partos por cesariana (#2)
- Número de abortos
- Nº de interrupções voluntárias da gravidez legalmente efetuadas
- Número de IVG a maiores de 40 anos
- Número de IVG até aos 18 anos
- Número de IVG entre os 19 e os 30 anos
- Número de IVG entre os 31 e os 39 anos
- Procriação medicamente assistida (#2)
- Nº de indivíduos em tratamento de procriação medicamente assistida
- Utilização média
- Receitas médicas e embalagens
- Quota de mercado dos medicamentos genéricos (Vendas a PVP)
- % de consumo de genéricos sobre o consumo total de medicamentos, em embalagens
- % de embalagens de genéricos no total de embalagens vendidas
- Consumo de medicamentos genéricos (#3)
- Consumo de medicamentos não genéricos, com receita médica
- Consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica
- Consumo de medicamentos sem receita médica
- Consumo de ansiolíticos, antidepressivos, hipnóticos e sedativos (DDD/dia)
- Consumo de antibacterianos (DDD/1000 hab./dia) em regime de ambulatório
- Consumo de medicamentos em hospitais
- Consumo de medicamentos essenciais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo contraceção, gravidez e parto e antirretrovirais
- Consumo de medicamentos essenciais no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo contraceção, gravidez e parto e antirretrovirais
- Consumo /DDD/hab./dia) no SNS em regime de ambulatório:- Analgésicos.- Ansiolíticos.- Hipnóticos e sedativos.- Antidepressivos
- Uso de auxiliares de marcha

Sistema de saúde - Despesas da saúde e financiamento

- % da despesa em medicamento na despesa em saúde
- % da despesa em medicamentos no total da despesa de saúde
- % da despesa em saúde no PIB
- Comparticipação de medicamentos
- Convenções
- Despesa do SNS: total e com pessoal ao serviço
- Despesa em medicamentos genéricos
- Despesa em medicamentos nos hospitais
- Despesas do Estado com contraceção
- Despesa média mensal com contraceção
- Orçamento da ADSE e outros sistemas complementares de saúde

- Orçamento das Administrações Regionais de Saúde
- Orçamento do SNS: total e hospitais
- Receitas em saúde total/ público/ privado

Sistema de saúde - Desempenho dos cuidados de saúde

- % de doentes atendidos numa consulta hospitalar no tempo de referência para a situação
- % de doentes operados no tempo de referência para a situação
- % de embalagens de genéricos no total de embalagens vendidas de medicamentos para os quais existem genéricos
- % de indivíduos alvo de cirurgia em tempo útil
- % de indivíduos alvo de consulta externa hospitalar em tempo útil
- % de óbitos evitáveis por prevenção primária
- % de óbitos por doenças sensíveis a cuidados de saúde
- % de registo de diagnóstico precoce até ao 7º dia de vida
- % de urgências hospitalares por classificação de triagem
- % de utentes satisfeitos e muito satisfeitos com os serviços de saúde
- % de utentes sem médico de família
- % gravidezes acompanhadas/vigiadas
- Desnutrição hospitalar (admissão e alta)
- Distância custo ao centro de saúde
- Distância custo ao hospital mais próximo
- Distância tempo ao centro de saúde
- Distância tempo ao hospital mais próximo
- Incidência de amputações major em diabéticos na população residente
- Inscrições esporádicas no SINUS)
- Listas de espera para cirurgias: total e por tipo de cirurgia (SNS)
- Listas de espera para consultas: total e por especialidade médica (SNS)
- Média de Horas de Cuidados de Enfermagem Necessários por Utente e por Dia de Internamento
- Mediana do tempo de espera entre a referenciação e a admissão em cuidados continuados
- Mortalidade por infeção associada a cuidados de saúde
- N.º de crianças com idade inferior a 18 anos com doença mental diagnosticada acolhidas em instituições sistema de promoção e proteção
- N.º de crianças com idade inferior a 18 anos com doença mental diagnosticada, internadas em Centro Educativo
- N.º de mamógrafos por mil habitantes
- N.º de utentes por freguesia de origem dos utentes atendidos no SNS
- N.º de utentes por freguesia de origem dos utentes atendidos nos Cuidados de Saúde Hospitalares
- N.º de utentes por freguesia de origem dos utentes atendidos nos Cuidados de Saúde Primários
- Óbitos evitáveis por género
- Óbitos sensíveis a intervenções primárias
- Óbitos sensíveis aos cuidados de saúde
- Ratio consulta externa/ episódios de urgência
- Readmissões em internamentos hospitalares
- Taxa de cobertura (primeiras consultas no ano/ n.º de inscritos) por atividade
- Taxa de Complicações (evitáveis)

- Taxa de infeção do local cirúrgico
- Taxa de infeção nosocomial associada à utilização de dispositivos médicos
- Taxa de infeção nosocomial por 1000 dias de internamento
- Taxa de infeção por micro-organismos multirresistentes por 1000 dias internamento
- Taxa de infeções hospitalares
- Taxa de mortalidade pós-cirúrgica em período de internamento
- Taxa de referenciação para consulta externa hospitalar
- Taxa de sobrevivência relativa a 2 anos para cancro do pâncreas
- Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro da próstata
- Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do endométrio
- Taxa de sobrevivência relativa a 5 anos para cancro do ovário
- Taxa de utilização dos cuidados de saúde primários
- Taxa de utilização global de consultas de enfermagem
- Taxa de utilização global de consultas de Planeamento Familiar
- Taxa de utilização global de consultas médicas
- Tempo de espera entre a inscrição no hospital e o primeiro tratamento
- Tempo de espera entre diagnóstico e cirurgia
- Tempo de espera médio para consultas de especialidade
- Tempo de espera médio para consultas de medicina familiar
- Taxa de Internamentos Tardios
- Taxa de readmissões a internamento em cinco dias
- Taxa de Reinternamentos
- Taxa padronizada de internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório

Indicadores sociais

- Crescimento populacional
- % de habitações com insegurança alimentar
- % de População ativa
- Determinantes de Saúde: Condições socioeconómicas (habilitações literárias)
- Determinantes de Saúde: Condições socioeconómicas (rede sanitária)
- Determinantes sociais em saúde: educação, rendimento, ocupação, estatuto face ao emprego, indicadores de riqueza (propriedades), isolamento
- Índice de dependência de Idosos
- Índice de Dependência de Jovens
- Índice de Dependência Total
- Índice de Envelhecimento
- População empregada por setor de atividade económica
- Taxa de absentismo por grupo profissional
- Taxa de crescimento natural
- Taxa de desemprego
- Taxa específica de escolaridade
- Total de nascimentos (fetos mortos + nados vivos)

Anexo 3. Regulamento (CE) N.º 1338/2008 de 16 de Dezembro

L 354/70

PT

Jornal Oficial da União Europeia

31.12.2008

REGULAMENTO (CE) N.º 1338/2008 DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO
de 16 de Dezembro de 2008
relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho
(Texto relevante para efeitos do EEE)

O PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA,

Tendo em conta o Tratado que institui a Comunidade Europeia, nomeadamente o n.º 1 do artigo 285.º,

Tendo em conta a proposta da Comissão,

Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social Europeu ⁽¹⁾,

Deliberando nos termos do artigo 251.º do Tratado ⁽²⁾,

Considerando o seguinte:

(1) A Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Setembro de 2002, que aprova um programa de acção comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008) ⁽³⁾, afirmava que a componente estatística do sistema de informação devia ser desenvolvida com a colaboração dos Estados-Membros, utilizando, se necessário, o Programa Estatístico Comunitário para promover sinergias e evitar duplicações. A Decisão n.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de Outubro de 2007, que cria um segundo Programa de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) ⁽⁴⁾, indicava que a prossecução do seu objectivo de produzir e difundir informação e conhecimentos sobre saúde se faria através de acções para continuar a desenvolver um sistema sustentável de monitorização da saúde assente em mecanismos de recolha de dados e informação comparáveis, com indicadores adequados, e para desenvolver, com o Programa Estatístico Comunitário, a componente estatística deste sistema.

(2) A informação comunitária sobre a saúde pública tem sido desenvolvida de forma sistemática através dos programas comunitários de saúde pública. Com base neste trabalho,

suruiu agora uma lista de Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia (ECHI, *European Community Health Indicators*) que dá um panorama da situação no que respeita ao estado de saúde, às determinantes da saúde e aos sistemas de saúde. Para disponibilizarem o conjunto mínimo de dados estatísticos necessário ao cálculo dos ECHI, as estatísticas comunitárias sobre saúde pública deverão, sempre que for pertinente e possível, ser coerentes com a evolução e os resultados da actuação comunitária no domínio da saúde pública.

(3) A Resolução do Conselho de 3 de Junho de 2002, sobre uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho (2002-2006) ⁽⁵⁾, convidou a Comissão e os Estados-Membros a reforçarem os trabalhos em curso sobre a harmonização das estatísticas dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais a fim de se dispor de dados comparativos que permitam avaliar objectivamente o impacto e a eficácia das medidas adoptadas no contexto da nova estratégia comunitária, e salientou, numa secção específica, a necessidade de ter em conta o aumento da proporção de mulheres no mercado de trabalho e responder às suas necessidades específicas em termos de políticas de saúde e segurança no trabalho. Além disso, na sua Resolução de 25 de Junho de 2007, sobre uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho (2007-2012) ⁽⁶⁾, o Conselho convidou a Comissão a colaborar com as autoridades legislativas, a fim de criar um sistema estatístico europeu adequado no domínio da segurança e da saúde no trabalho que tenha em conta os diferentes sistemas nacionais e que evite a criação de encargos administrativos adicionais. Por último, na sua Recomendação de 19 de Setembro de 2003, relativa à lista europeia das doenças profissionais ⁽⁷⁾, a Comissão recomendou que os Estados-Membros adaptassem progressivamente as suas estatísticas de doenças profissionais à lista europeia, em conformidade com os trabalhos em curso sobre o sistema de harmonização das estatísticas europeias de doenças profissionais.

(4) O Conselho Europeu de Barcelona de 15 e 16 de Março de 2002 reconheceu três princípios orientadores para a reforma dos sistemas de cuidados de saúde: acessibilidade para todos, cuidados de elevada qualidade e sustentabilidade financeira a longo prazo. A Comunicação da Comissão de 20 de Abril de 2004, intitulada «Modernizar a

⁽¹⁾ JO C 44 de 16.2.2008, p. 103.

⁽²⁾ Parecer do Parlamento Europeu de 13 de Novembro de 2007 (JO C 282 E de 6.11.2008, p. 109), posição comum do Conselho de 2 de Outubro de 2008 (JO C 280 E de 4.11.2008, p. 1) e posição do Parlamento Europeu de 19 de Novembro de 2008 (ainda não publicada no Jornal Oficial).

⁽³⁾ JO L 271 de 9.10.2002, p. 1.

⁽⁴⁾ JO L 301 de 20.11.2007, p. 3.

⁽⁵⁾ JO C 161 de 5.7.2002, p. 1.

⁽⁶⁾ JO C 145 de 30.6.2007, p. 1.

⁽⁷⁾ JO L 238 de 25.9.2003, p. 28.

protecção social para o desenvolvimento de cuidados de saúde e de cuidados prolongados de qualidade, acessíveis e duradouros: um apoio às estratégias nacionais pelo método aberto de coordenação», propôs que se encetasse um trabalho de identificação de possíveis indicadores para objectivos comuns de desenvolvimento de sistemas de cuidados de saúde com base em actividades empreendidas no âmbito do programa de acção comunitária no domínio da saúde, nas estatísticas de saúde do Eurostat e na cooperação com as organizações internacionais. Ao elaborar esses indicadores, deverá ser dada uma atenção específica à utilização e à comparabilidade da saúde auto-avaliada tal como é referida nos inquéritos.

- (5) A Decisão n.º 1 600/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 22 de Julho de 2002, que estabelece o Sexto Programa Comunitário de Acção em matéria de Ambiente ⁽¹⁾, inclui nas suas principais prioridades ambientais uma acção sobre ambiente e saúde e qualidade de vida, apelando à definição e ao desenvolvimento de indicadores relativos à saúde e ao ambiente. Além disso, as Conclusões do Conselho de 8 de Dezembro de 2003, sobre Indicadores Estruturais, solicitaram a inclusão de indicadores de biodiversidade e de saúde, sob o título «Ambiente», na base de dados de indicadores estruturais utilizada para o relatório anual da Primavera ao Conselho Europeu; constam igualmente desta base de dados indicadores de saúde e segurança no trabalho, sob o título «Emprego». O conjunto de indicadores de desenvolvimento sustentável aprovado pela Comissão em 2005 também contém uma parte relativa aos indicadores de saúde pública.
- (6) O Plano de Acção Ambiente e Saúde 2004-2010 reconhece a necessidade de melhorar a qualidade, a comparabilidade e a acessibilidade dos dados sobre o estado de saúde no que diz respeito às doenças e perturbações ligadas ao ambiente, utilizando o Programa Estatístico Comunitário.
- (7) A Resolução do Conselho de 15 de Julho de 2003, relativa à promoção do emprego e da integração social das pessoas com deficiência ⁽²⁾, convidou os Estados-Membros e a Comissão a recolherem estatísticas sobre a situação das pessoas com deficiência, incluindo as relativas ao estabelecimento de serviços e benefícios para este grupo de pessoas. Além disso, na sua Comunicação de 30 de Outubro de 2003, intitulada «Igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência: Plano de Acção Europeu», a Comissão decidiu desenvolver indicadores de contexto comparáveis entre os Estados-Membros, para avaliar a eficácia das políticas sobre deficiência. A Comunicação indicava que as fontes e as estruturas do sistema estatístico europeu deveriam ser exploradas ao máximo, em especial através do desenvolvimento de módulos de inquérito harmonizados, a fim de obter informação estatística comparável a nível internacional necessária para acompanhar os progressos efectuados.
- (8) Para assegurar a pertinência e a comparabilidade dos dados e evitar duplicações de esforços, as actividades estatísticas da Comissão (Eurostat) no domínio da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho deverão ser prosseguidas em colaboração com as Nações Unidas e os seus organismos especializados, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Internacional do Trabalho (OIT), assim como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), sempre que for relevante e possível.
- (9) A Comissão (Eurostat) procede já regularmente à recolha de dados estatísticos sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho junto dos Estados-Membros, que fornecem esses dados a título voluntário. Recolhe igualmente dados nesses domínios através de outras fontes. Essas actividades são desenvolvidas em estreita colaboração com os Estados-Membros. No domínio das estatísticas sobre saúde pública, em particular, o desenvolvimento e a aplicação são dirigidos e organizados de acordo com uma estrutura de parceria entre a Comissão (Eurostat) e os Estados-Membros. Contudo, é ainda necessário um nível mais elevado de precisão e fiabilidade, coerência e comparabilidade, cobertura, actualidade e pontualidade das recolhas de dados estatísticos existentes, e é igualmente necessário assegurar que sejam efectuadas outras recolhas acordadas e desenvolvidas com os Estados-Membros para conseguir o conjunto mínimo de dados estatísticos necessário a nível comunitário nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho.
- (10) A produção de estatísticas comunitárias específicas rege-se pelas normas previstas no Regulamento (CE) n.º 322/97 do Conselho, de 17 de Fevereiro de 1997, relativo às estatísticas comunitárias ⁽³⁾.
- (11) O presente regulamento garante o pleno respeito pelo direito à protecção dos dados de carácter pessoal consagrado no artigo 8.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia ⁽⁴⁾.
- (12) A Directiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados ⁽⁵⁾, e o Regulamento (CE) n.º 45/2001 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 18 de Dezembro de 2000, relativo à

⁽¹⁾ JO L 242 de 10.9.2002, p. 1.

⁽²⁾ JO C 175 de 24.7.2003, p. 1.

⁽³⁾ JO L 52 de 22.2.1997, p. 1.

⁽⁴⁾ JO C 303 de 14.12.2007, p. 1.

⁽⁵⁾ JO L 281 de 23.11.1995, p. 31.

- protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais pelas instituições e pelos órgãos comunitários e à livre circulação desses dados ⁽¹⁾, aplicam-se no contexto do presente regulamento. As necessidades estatísticas resultantes da acção comunitária no domínio da saúde pública, das estratégias nacionais para o desenvolvimento de cuidados de saúde de elevada qualidade, acessíveis e sustentáveis e da estratégia comunitária de saúde e segurança no trabalho, assim como as necessidades relacionadas com os indicadores estruturais, com os indicadores de desenvolvimento sustentável e com os ECHI e outros grupos de indicadores que é preciso desenvolver para o acompanhamento das acções políticas e das estratégias comunitárias e nacionais nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho, são de interesse público substancial.
- (13) A transmissão de estatísticas comunitárias abrangidas pelo segredo estatístico rege-se pelas normas previstas no Regulamento (CE) n.º 322/97 e no Regulamento (Euratom, CEE) n.º 1588/90 do Conselho, de 11 de Junho de 1990, relativo à transmissão de informações abrangidas pelo segredo estatístico ao Serviço de Estatística das Comunidades Europeias ⁽²⁾. As medidas tomadas nos termos desses regulamentos asseguram a protecção física e lógica dos dados confidenciais e asseguram que não se verifique qualquer divulgação ilícita ou utilização para fins não estatísticos quando as estatísticas comunitárias são produzidas e divulgadas.
- (14) Na produção e difusão de estatísticas comunitárias ao abrigo do presente regulamento, as autoridades estatísticas nacionais e comunitárias deverão tomar em consideração os princípios estabelecidos no Código de Prática das Estatísticas Europeias, aprovado pelo Comité do Programa Estatístico em 24 de Fevereiro de 2005.
- (15) Atendendo a que o objectivo do presente regulamento, a saber, a criação de um quadro comum para a produção sistemática de estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho, não pode ser suficientemente realizado pelos Estados-Membros e pode, pois, ser melhor alcançado ao nível comunitário, a Comunidade pode tomar medidas em conformidade com o princípio da subsidiariedade consagrado no artigo 5.º do Tratado. Em conformidade com o princípio de proporcionalidade consagrado no mesmo artigo, o presente regulamento não excede o necessário para atingir aquele objectivo.
- (16) Reconhecendo que a organização e a gestão dos sistemas de cuidados de saúde são matérias da competência nacional e que a aplicação da legislação comunitária nos locais de trabalho e às condições de trabalho é em primeiro lugar da responsabilidade dos Estados-Membros, o presente regulamento assegura o pleno respeito da competência dos Estados-Membros em relação à saúde pública e à saúde e segurança no trabalho.
- (17) É importante que o género e a idade sejam incluídos nas variáveis de desagregação das características, dado que tal permitirá ter em conta o impacto do género e da diferença de idades na saúde e na segurança no trabalho.
- (18) As medidas necessárias à execução do presente regulamento deverão ser aprovadas nos termos da Decisão 1999/468/CE do Conselho, de 28 de Junho de 1999, que fixa as regras de exercício das competências de execução atribuídas à Comissão ⁽³⁾.
- (19) Em especial, deverá ser atribuída competência à Comissão para aprovar medidas de execução que abranjam as características de certos domínios e a desagregação das mesmas, os períodos de referência, a periodicidade e os prazos para o fornecimento de dados, bem como o fornecimento de metainformação. Atendendo a que têm alcance geral e se destinam a alterar elementos não essenciais do presente regulamento, nomeadamente completando-o mediante o aditamento de novos elementos não essenciais, essas medidas devem ser aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo previsto no artigo 5.º-A da Decisão 1999/468/CE.
- (20) Para a recolha de dados nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho, deve ser fornecido um financiamento suplementar, respectivamente, no quadro do segundo Programa de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) e do Programa Comunitário para o Emprego e a Solidariedade Social — Progress ⁽⁴⁾. Neste quadro, deverão ser utilizados recursos financeiros para ajudar os Estados-Membros a reforçar as capacidades nacionais, a fim de realizar melhorias e de criar novos instrumentos de recolha de dados estatísticos nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho.
- (21) A Autoridade Europeia para a Protecção de Dados foi consultada.

⁽³⁾ JO L 184 de 17.7.1999, p. 23.

⁽⁴⁾ Decisão n.º 1672/2006/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 2006, que estabelece um Programa Comunitário para o Emprego e a Solidariedade Social — Progress (JO L 315 de 15.11.2006, p. 1).

⁽¹⁾ JO L 8 de 12.1.2001, p. 1.

⁽²⁾ JO L 151 de 15.6.1990, p. 1.

(22) O Comité do Programa Estatístico foi consultado nos termos do n.º 1 do artigo 3.º da Decisão 89/382/CEE, Euratom do Conselho (1),

Artigo 3.º

Definições

APROVARAM O PRESENTE REGULAMENTO:

Para efeitos do presente regulamento, entende-se por:

Artigo 1.º

Objecto

1. O presente regulamento estabelece um quadro comum para a produção sistemática de estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho. As estatísticas devem ser produzidas em conformidade com as normas de imparcialidade, fiabilidade, objectividade, relação custo/eficácia e confidencialidade dos dados estatísticos.

2. As estatísticas incluem, sob a forma de um conjunto de dados harmonizado e comum, a informação necessária para a acção comunitária no domínio da saúde pública, para apoiar as estratégias nacionais de desenvolvimento de cuidados de saúde de elevada qualidade, universalmente acessíveis e sustentáveis, e para a acção comunitária no domínio da saúde e segurança no trabalho.

3. As estatísticas devem fornecer dados para os indicadores estruturais, para os indicadores de desenvolvimento sustentável e para os Indicadores de Saúde da Comunidade Europeia (ECHI), assim como para outros grupos de indicadores que seja preciso desenvolver para o acompanhamento das acções comunitárias nos domínios da saúde pública e da saúde e segurança no trabalho.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

Os Estados-Membros devem fornecer à Comissão (Eurostat) estatísticas nos seguintes domínios:

- estado de saúde e determinantes da saúde, conforme definido no Anexo I,
- cuidados de saúde, conforme definido no Anexo II,
- causas de morte, conforme definido no Anexo III,
- acidentes de trabalho, conforme definido no Anexo IV,
- doenças profissionais e outros problemas de saúde e doenças relacionados com o trabalho, conforme definido no Anexo V.

(1) Decisão 89/382/CEE, Euratom do Conselho, de 19 de Junho de 1989, que cria o Comité do Programa Estatístico das Comunidades Europeias (O L 181 de 28.6.1989, p. 47).

- a) «Estatísticas comunitárias», o conceito definido no primeiro travessão do artigo 2.º do Regulamento (CE) n.º 322/97;
- b) «Produção de estatísticas», o conceito definido no segundo travessão do artigo 2.º do Regulamento (CE) n.º 322/97;
- c) «Saúde pública», todos os elementos relacionados com a saúde, a saber, o estado de saúde, incluindo a morbilidade e a incapacidade, as determinantes desse estado de saúde, as necessidades de cuidados de saúde, os recursos atribuídos aos cuidados de saúde, a prestação de cuidados de saúde e o acesso universal aos mesmos, assim como as despesas e o financiamento dos cuidados de saúde, e as causas de mortalidade;
- d) «Saúde e segurança no trabalho», todos os elementos relacionados com a prevenção e protecção da saúde e segurança dos trabalhadores no trabalho, nas suas actividades actuais ou passadas, em particular acidentes de trabalho, doenças profissionais e outros problemas de saúde e doenças relacionados com o trabalho;
- e) «Microdados», os registos estatísticos individuais;
- f) «Transmissão de dados confidenciais», a transmissão entre as autoridades nacionais e a autoridade comunitária de dados confidenciais que não permitam a identificação directa, nos termos do artigo 14.º do Regulamento (CE) n.º 322/97 e do Regulamento (Euratom, CEE) n.º 1588/90;
- g) «Dados pessoais», qualquer informação relativa a uma pessoa singular identificada ou identificável, nos termos da alínea a) do artigo 2.º da Directiva 95/46/CE.

Artigo 4.º

Fontes

Os Estados-Membros compilam dados relativos à saúde pública e à saúde e segurança no trabalho a partir de fontes que, em função dos domínios e assuntos e das características dos sistemas nacionais, podem ser quer inquéritos às famílias, inquéritos similares ou módulos de inquéritos, quer fontes administrativas ou de informação nacionais.

Artigo 5.º**Metodologia**

1. Os métodos usados para a execução das recolhas de dados devem ter em consideração, inclusive no caso de actividades preparatórias, a experiência e as competências nacionais, e as especificidades, capacidades e recolhas de dados existentes a nível nacional, no âmbito das redes de colaboração com os Estados-Membros e de outras estruturas do Sistema Estatístico Europeu (SEE) criadas pela Comissão (Eurostat). Devem ter-se igualmente em consideração as metodologias para a recolha periódica de dados resultantes de projectos com dimensão estatística realizados ao abrigo de outros programas comunitários, como sejam os programas de saúde pública ou de investigação.

2. As metodologias estatísticas e as recolhas de dados a elaborar para a compilação de estatísticas sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho a nível comunitário devem ter em conta a necessidade de coordenação, sempre que for aplicável, com as actividades das organizações internacionais no mesmo domínio, a fim de assegurar a comparabilidade internacional das estatísticas e a coerência na recolha de dados, e evitar duplicações de esforços e de apresentação de dados pelos Estados-Membros.

Artigo 6.º**Estudos-piloto e análises de custo-benefício**

1. Sempre que sejam necessários dados para além dos já coligidos e daqueles para os quais já existem metodologias, ou quando se identifiquem deficiências na qualidade dos dados nos domínios referidos no artigo 2.º, a Comissão (Eurostat) lança estudos-piloto a realizar pelos Estados-Membros a título voluntário. Esses estudos têm por objectivo testar os conceitos e métodos e avaliar a viabilidade das recolhas de dados com eles relacionadas, incluindo a qualidade, a comparabilidade e a relação custo/eficácia das estatísticas, de acordo com os princípios estabelecidos pelo Código de Prática das Estatísticas Europeias.

2. Sempre que se prever a preparação de uma medida de execução pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º, é efectuada uma análise de custo-benefício que tenha em conta os benefícios da disponibilidade dos dados em relação ao custo da recolha de dados e aos encargos para os Estados-Membros.

3. A Comissão (Eurostat) elabora um relatório de avaliação dos resultados dos estudos-piloto e/ou da análise de custo-benefício, incluindo os efeitos e implicações das especificidades nacionais, em cooperação com os Estados-Membros, no âmbito das redes de colaboração e de outras estruturas do SEE.

Artigo 7.º**Transmissão, tratamento e difusão dos dados**

1. Caso tal seja necessário para a produção de estatísticas comunitárias, os Estados-Membros transmitem microdados confidenciais ou, consoante o domínio e o assunto em causa, dados agregados, nos termos do disposto sobre transmissão de informações abrangidas pelo segredo no Regulamento (CE) n.º 322/97 e no Regulamento (Euratom, CEE) n.º 1 588/90. Essas disposições aplicam-se ao tratamento dos dados pela Comissão (Eurostat), na medida em estes que sejam considerados confidenciais na acepção do artigo 13.º do Regulamento (CE) n.º 322/97. Os Estados-Membros asseguram que os dados transmitidos não permitam a identificação directa das unidades estatísticas (pessoas singulares) e que os dados pessoais sejam protegidos em conformidade com os princípios enunciados na Directiva 95/46/CE.

2. Os Estados-Membros transmitem os dados e a metainformação exigidos pelo presente regulamento em formato electrónico, em conformidade com uma norma de intercâmbio acordada entre a Comissão (Eurostat) e os Estados-Membros. Os dados devem ser fornecidos nos prazos previstos, com a periodicidade prevista para esse efeito e de acordo com os períodos de referência indicados nos anexos ou nas medidas de execução aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

3. A Comissão (Eurostat) toma as medidas necessárias para melhorar a difusão, a acessibilidade e a documentação da informação estatística, em conformidade com os princípios de comparabilidade, fiabilidade e segredo estatístico estabelecidos no Regulamento (CE) n.º 322/97 e com o Regulamento (CE) n.º 45/2001.

Artigo 8.º**Avaliação da qualidade**

1. Para efeitos do presente regulamento, aplicam-se aos dados a transmitir os seguintes atributos de avaliação da qualidade:

- a) «Pertinência»: refere-se ao grau em que as estatísticas satisfazem as necessidades actuais e potenciais dos utilizadores;
- b) «Precisão»: refere-se à proximidade das estimativas relativamente aos valores reais desconhecidos;
- c) «Actualidade»: refere-se ao intervalo temporal entre a disponibilidade da informação e o acontecimento ou fenómeno que esta descreve;
- d) «Pontualidade»: refere-se ao intervalo temporal entre a data de divulgação dos dados e a data em que deveriam ter sido divulgados;

- e) «Acessibilidade» e «clareza»: referem-se às condições e formas pelas quais os utilizadores podem obter, utilizar e interpretar os dados;
- f) «Comparabilidade»: refere-se à medição do impacto das diferenças dos conceitos estatísticos e dos instrumentos e processos de medição aplicados na comparação das estatísticas entre zonas geográficas ou domínios sectoriais ou ao longo do tempo;
- g) «Coerência»: refere-se à adequação dos dados para se combinarem, de forma fiável, de maneiras diferentes e para várias utilizações.

2. De cinco em cinco anos, cada Estado-Membro fornece à Comissão (Eurostat) um relatório sobre a qualidade dos dados transmitidos. A Comissão (Eurostat) avalia a qualidade dos dados transmitidos e publica os relatórios.

Artigo 9.º

Medidas de execução

1. As medidas de execução abrangem:
- As características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos domínios cobertos pelos Anexos I a V;
 - A desagregação das características;
 - Os períodos de referência, a periodicidade e os prazos para a transmissão dos dados;
 - O fornecimento de metainformação.

Essas medidas têm em conta, nomeadamente, o disposto no artigo 5.º, nos n.ºs 2 e 3 do artigo 6.º e no n.º 1 do artigo 7.º, bem como a disponibilidade, a adequação e o contexto jurídico das

actuais fontes de dados da Comunidade após um exame exaustivo de todas as fontes em função dos respectivos domínios e assuntos.

Essas medidas, que têm por objecto alterar elementos não essenciais do presente regulamento, nomeadamente completando-o, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

2. Se necessário, são aprovados pelo procedimento de regulamentação a que se refere o n.º 3 do artigo 10.º derrogações e períodos de transição para os Estados-Membros, com base em critérios objectivos.

Artigo 10.º

Comité

1. A Comissão é assistida pelo Comité do Programa Estatístico criado pela Decisão 89/382/CEE, Euratom.

2. Sempre que se faça referência ao presente número, são aplicáveis os n.ºs 1 a 4 do artigo 5.º-A e o artigo 7.º da Decisão 1999/468/CE, tendo-se em conta o disposto no seu artigo 8.º.

3. Sempre que se faça referência ao presente número, são aplicáveis os artigos 5.º e 7.º da Decisão 1999/468/CE, tendo-se em conta o disposto no seu artigo 8.º.

O prazo previsto no n.º 6 do artigo 5.º da Decisão 1999/468/CE é de três meses.

Artigo 11.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no vigésimo dia seguinte ao da sua publicação no *Jornal Oficial da União Europeia*.

O presente regulamento é obrigatório em todos os seus elementos e directamente aplicável em todos os Estados-Membros.

Feito em Estrasburgo, 16 de Dezembro de 2008.

Pelo Parlamento Europeu
O Presidente
H.-G. PÖTTERING

Pelo Conselho
O Presidente
B. LE MAIRE

ANEXO I

Domínio: estado de saúde e determinantes da saúdea) *Objetivos*

Este domínio tem por objectivo fornecer estatísticas sobre o estado de saúde e as determinantes da saúde.

b) *Âmbito de aplicação*

Este domínio abrange as estatísticas sobre o estado de saúde e as determinantes da saúde baseadas na auto-avaliação e compiladas a partir de inquéritos à população, como o Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (EHIS, *European Health Interview Survey*), e outras estatísticas compiladas a partir de fontes administrativas, como as estatísticas sobre morbilidade ou sobre acidentes e lesões. Devem incluir-se as pessoas que vivem em instituições, assim como os menores de 0-14 anos, quando adequado e com periodicidade *ad hoc* relevante, sob reserva da realização bem-sucedida de estudos-piloto prévios.

c) *Períodos de referência, periodicidade e prazos para o fornecimento de dados*

O EHIS deve fornecer estatísticas de cinco em cinco anos; pode ser necessária uma frequência diferente para outras recolhas de dados, tais como as relativas à morbilidade ou aos acidentes e lesões, e para módulos de inquérito específicos; as medidas relativas ao primeiro ano de referência, à periodicidade e ao prazo para o fornecimento dos dados são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

d) *Temas abrangidos*

O conjunto de dados harmonizado e comum a fornecer deve abranger a seguinte lista de temas:

- estado de saúde, incluindo as percepções sobre a saúde, a função física e mental, as limitações e as incapacidades,
- morbilidade diagnosticada,
- protecção contra eventuais pandemias e doenças transmissíveis,
- acidentes e lesões, incluindo os relacionados com a segurança dos consumidores, e, sempre que possível, danos ligados ao consumo de álcool e de droga,
- estilo de vida, por exemplo, a actividade física, a dieta, o fumo, o consumo de álcool e de droga, e factores ambientais, sociais e profissionais,
- acesso e utilização de estruturas de saúde preventiva e curativa, bem como de cuidados de saúde continuados (inquérito à população),
- caracterização demográfica e socioeconómica dos indivíduos.

Nem todos os temas são necessariamente abrangidos por cada fornecimento de dados. As medidas relativas às características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos temas enumerados acima, bem como a desagregação das características, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

A realização de Inquéritos de Saúde por Exame é facultativa no âmbito do presente regulamento. A duração média das entrevistas por agregado familiar não deve exceder uma hora para o EHIS e 20 minutos para os restantes módulos de inquérito.

e) *Metainformação*

As medidas relativas ao fornecimento de metainformação, incluindo metainformação sobre as características dos inquéritos e de outras fontes utilizadas, a população abrangida e a informação sobre qualquer especificidade nacional essencial para a interpretação e compilação de estatísticas e indicadores comparáveis, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

ANEXO II

Domínio: cuidados de saúdea) *Objectivos*

Este domínio tem por objectivo fornecer estatísticas sobre cuidados de saúde.

b) *Âmbito de aplicação*

Este domínio abrange todas as actividades desenvolvidas por instituições ou indivíduos que, através da aplicação de conhecimentos e tecnologia médicos, paramédicos e de enfermagem, visam o objectivo da saúde, incluindo cuidados de saúde continuados, e as actividades de administração e gestão associadas a estas actividades.

Os dados devem ser compilados principalmente a partir de fontes administrativas.

c) *Períodos de referência, periodicidade e prazos para o fornecimento de dados*

As estatísticas devem ser fornecidas todos os anos. As medidas relativas ao primeiro ano de referência, à periodicidade e ao prazo para o fornecimento dos dados são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

d) *Temas abrangidos*

O conjunto de dados harmonizado e comum a fornecer deve abranger a seguinte lista de temas:

- estruturas de cuidados de saúde,
- recursos humanos de cuidados de saúde,
- utilização dos cuidados de saúde, serviços individuais e colectivos,
- despesas e financiamento dos cuidados de saúde.

Nem todos os temas são necessariamente abrangidos por cada fornecimento de dados. O conjunto de dados deve ser fixado de acordo com as classificações internacionais pertinentes e tendo em consideração as particularidades e as práticas dos Estados-Membros.

Nas recolhas de dados deve ser considerada a mobilidade dos pacientes, a saber, o recurso às estruturas de cuidados de saúde num país distinto do seu país de residência, e dos profissionais de saúde, como os que exercem a sua profissão fora do país onde obtiveram a primeira cédula profissional. A qualidade dos cuidados de saúde também deve ser considerada na recolha de dados.

As medidas relativas às características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos temas enumerados acima, bem como a desagregação das características, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

e) *Metainformação*

As medidas relativas ao fornecimento de metainformação, incluindo a metainformação sobre as características das fontes e das compilações utilizadas, a população abrangida e a informação sobre qualquer especificidade nacional essencial para a interpretação e compilação de estatísticas e indicadores comparáveis, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

ANEXO III

Domínio: causas de mortea) *Objectivos*

Este domínio tem por objectivo a transmissão de estatísticas sobre as causas de morte.

b) *Âmbito de aplicação*

Este domínio abrange as estatísticas sobre as causas de morte, de acordo com os certificados de óbito nacionais, tendo em conta as recomendações da OMS. As estatísticas a compilar dizem respeito à causa básica de morte, que é definida pela OMS como «a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram directamente à morte, ou as circunstâncias do acidente ou acto de violência que produziram a lesão fatal». Devem ser compiladas estatísticas sobre todos os óbitos e fetos-mortos em cada Estado-Membro, e estabelecida uma distinção entre residentes e não residentes. Sempre que possível, devem ser incluídos nas estatísticas do país de residência os dados sobre as causas da morte dos residentes que morram no estrangeiro.

c) *Períodos de referência, periodicidade e prazos para o fornecimento de dados*

As estatísticas devem ser fornecidas todos os anos. As medidas relativas ao primeiro ano de referência são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º. Os dados devem ser apresentados o mais tardar 24 meses após o final do ano de referência. Os dados provisórios ou estimados podem ser fornecidos mais cedo. No caso de incidentes de saúde pública, podem ser realizadas recolhas suplementares de dados especiais, quer relativas a todos os óbitos quer a causas específicas de morte.

d) *Temas abrangidos*

O conjunto de dados harmonizado e comum a apresentar deve abranger a seguinte lista de temas:

- características dos falecidos,
- região,
- características da morte, incluindo a causa básica de morte.

O conjunto de dados relativo às causas de morte deve ser estabelecido no quadro da Classificação Internacional de Doenças da OMS e seguir as regras do Eurostat e as recomendações da ONU e da OMS para as estatísticas demográficas. O fornecimento de dados relativos às características dos fetos-mortos deve ser efectuado a título voluntário. O fornecimento de dados relativos aos óbitos neonatais (mortes ocorridas até aos 28 dias de idade) deve ter em conta as diferenças nas práticas nacionais relativas ao registo de causas múltiplas de morte.

As medidas relativas às características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos temas enumerados acima, bem como a desagregação das características, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

e) *Metainformação*

As medidas relativas ao fornecimento de metainformação, incluindo a metainformação sobre a população abrangida e a informação sobre qualquer especificidade nacional essencial para a interpretação e compilação de estatísticas e indicadores comparáveis, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

ANEXO IV

Domínio: acidentes de trabalhoa) *Objectivos*

Este domínio tem por objectivo fornecer estatísticas sobre acidentes de trabalho.

b) *Âmbito de aplicação*

Um acidente de trabalho é definido como «uma ocorrência imprevista durante o tempo de trabalho, que provoque dano físico ou mental». Devem ser recolhidos dados, para a mão-de-obra na sua totalidade, relativamente aos acidentes de trabalho mortais e aos acidentes de trabalho que dêem origem a mais de três dias de ausência ao trabalho, usando fontes administrativas complementadas por outras fontes pertinentes, sempre que se afigure necessário e viável para grupos específicos de trabalhadores ou para situações nacionais específicas. Poderá recolher-se, quando disponível e a título facultativo, uma subsérie limitada de dados de base sobre acidentes com menos de quatro dias de ausência, no âmbito da colaboração com a OIT.

c) *Períodos de referência, periodicidade e prazos para o fornecimento de dados*

As estatísticas devem ser fornecidas todos os anos. As medidas relativas ao primeiro ano de referência são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º. Os dados devem ser apresentados o mais tardar 18 meses após o final do ano de referência.

d) *Temas abrangidos*

O conjunto de microdados harmonizado e comum a apresentar deve abranger a seguinte lista de temas:

- características do sinistrado,
- características da lesão, incluindo a gravidade (dias perdidos),
- características da empresa, incluindo a actividade económica,
- características do local de trabalho,
- características do acidente, incluindo a sequência de acontecimentos que caracterizam as causas e circunstâncias do acidente.

Os dados relativos aos acidentes de trabalho são estabelecidos no âmbito das especificações previstas na metodologia das Estatísticas Europeias de Acidentes de Trabalho (ESAW, *European Statistics on Accidents at Work*), tendo em consideração as particularidades e as práticas dos Estados-Membros.

O fornecimento de dados relativos à nacionalidade do sinistrado, à dimensão da empresa e à hora em que ocorreu o acidente deve ser efectuado a título voluntário. No que respeita aos temas da fase III da metodologia das ESAW, a saber, o local de trabalho e a sequência de acontecimentos que caracterizam as causas e as circunstâncias do acidente, deve ser fornecido um mínimo de três variáveis. Os Estados-Membros também devem fornecer a título voluntário mais dados de acordo com as especificações da fase III das ESAW.

As medidas relativas às características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos temas enumerados acima, bem como a desagregação das características, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

e) *Metainformação*

As medidas relativas ao fornecimento de metainformação, incluindo a metainformação sobre a população abrangida, as taxas de notificação dos acidentes de trabalho e, se pertinente, as características da amostragem, e a informação sobre qualquer especificidade nacional essencial para a interpretação e compilação de estatísticas e indicadores comparáveis, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

ANEXO V

Domínio: doenças profissionais e outros problemas de saúde e doenças relacionados com o trabalhoa) *Objectivos*

Este domínio tem por objectivo fornecer estatísticas sobre casos reconhecidos de doenças profissionais e sobre outros problemas de saúde e doenças relacionados com o trabalho.

b) *Âmbito de aplicação*

- Um caso de doença profissional é definido como um caso reconhecido pelas autoridades nacionais responsáveis pelo reconhecimento das doenças profissionais. Devem ser recolhidos dados relativos a ocorrências de doenças profissionais e às mortes causadas por doenças profissionais.
- Os problemas de saúde e as doenças relacionados com o trabalho são os que podem ser total ou parcialmente causados ou agravados pelas condições de trabalho, incluindo os problemas físicos e psicossociais. Um caso de problema de saúde ou doença relacionado com o trabalho não remete necessariamente para o reconhecimento por uma autoridade, e os dados que lhe dizem respeito devem ser recolhidos a partir de inquéritos à população já existentes, como o Inquérito Europeu de Saúde por Entrevista (EHIS), ou outros inquéritos sociais.

c) *Períodos de referência, periodicidade e prazos para o fornecimento de dados*

Em relação às doenças profissionais, as estatísticas devem ser fornecidas todos os anos e apresentadas o mais tardar 15 meses após o final do ano de referência. As medidas relativas aos períodos de referência, à periodicidade e aos prazos para o fornecimento das outras recolhas de dados são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

d) *Temas abrangidos*

O conjunto de dados harmonizado e comum a apresentar em relação às doenças profissionais deve abranger a seguinte lista de temas:

- características da pessoa doente, incluindo o sexo e a idade,
- características da doença, incluindo a gravidade,
- características da empresa e do local de trabalho, incluindo a actividade económica,
- características do agente causal ou factor de risco responsável.

Os dados relativos às doenças profissionais são estabelecidos no âmbito das especificações previstas na metodologia das Estatísticas Europeias de Doenças Profissionais (EODS, *European Occupational Diseases Statistics*), tendo em consideração as particularidades e as práticas dos Estados-Membros.

O conjunto de dados harmonizado e comum a fornecer no que respeita aos problemas de saúde relacionados com o trabalho deve abranger a seguinte lista de temas:

- características da pessoa que padece do problema de saúde, incluindo o sexo, a idade e a condição perante o trabalho,
- características do problema de saúde relacionado com o trabalho, incluindo a gravidade,
- características da empresa e do local de trabalho, incluindo a dimensão e a actividade económica,
- características do agente ou factor que causou ou agravou o problema de saúde.

Nem todos os temas são necessariamente abrangidos em cada fornecimento de dados.

As medidas relativas às características, a saber, as variáveis, definições e classificações dos temas enumerados acima, bem como a desagregação das características, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

e) *Metainformação*

As medidas relativas ao fornecimento de metainformação, incluindo a metainformação sobre a população abrangida e a informação sobre qualquer especificidade nacional essencial para a interpretação e compilação de estatísticas e indicadores comparáveis, são aprovadas pelo procedimento de regulamentação com controlo a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º.

Anexo 4. Atas das reuniões

1ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2010/09/29, 15.00 horas, INE Lisboa

Agenda

É a seguinte a proposta de Ordem de Trabalhos:

- i. Informações e enquadramento do Grupo de Trabalho no contexto do CSE
- ii. Eleição do Presidente do Grupo de Trabalho
- iii. Definição do programa de trabalhos
- iv. Outros assuntos.

Sumário

1. Informações e enquadramento ...

A justificação para a criação do Grupo, num quadro de prioridades, foi apresentada pelo Prof. Gustavo Cardoso (presidente da Secção Permanente de Estatísticas Sociais) assim como o esperado em resultado dos trabalhos que agora se iniciam.

O Secretariado do Conselho Superior de Estatística através da Dr^a Cristina Brito explicou o funcionamento dos Grupos de Trabalho e os apoios a serem prestados pelos serviços do Secretariado para o seu bom funcionamento. Abordou também a recomendação específica do CSE quanto à análise exaustiva do recurso a fontes administrativas para a produção de informação estatística, essenciais na racionalização do sistema.

A Dr^a Leonor Pereira (Departamento de Estatísticas Sociais / INE) realçou a importância da criação do Grupo no quadro da interligação de saberes e competências interinstitucionais, no âmbito mais geral da produção de estatísticas sociais onde têm surgido novas exigências por parte dos utilizadores, nomeadamente das organizações internacionais, bem como no quadro dos processos de modernização da infraestrutura estatística.

2. Eleição do Presidente

Na sequência da proposta apresentada pelo Prof. Gustavo Cardoso, não tendo sido apresentadas outras propostas, o INE através do Dr. Bernardo Lemos assume a presidência do Grupo.

3. Definição do programa de trabalhos

Diversas entidades pronunciaram-se, reconhecendo a importância da criação do Grupo no sentido da racionalização do sistema de informação e da sua melhor adequação às

antigas/novas necessidades dos utilizadores nacionais e internacionais. Algumas das questões a abordar são antigas, acrescentando porém novas necessidades, mas igualmente novos constrangimentos na produção estatística, pelo que o trabalho que se apresenta ao Grupo é vasto e complexo.

Foi referida a existência de um relatório em resultado do 1º Grupo de Trabalho de 1993/1997 (?) que abordou o tema da produção estatística da saúde. Algumas das entidades têm vindo a desenvolver trabalhos de inventariação da produção estatística que colocam à disposição do GTES.

O Presidente referiu a duas grandes fases dos trabalhos (inventariação e análise do sistema atual / sistema pretendido, propostas de prioridades e calendário) tendo sempre presente as fontes, metodologias, conceitos etc. aplicados ou a aplicar.

No decorrer do trabalho o Grupo poderá assumir configurações variadas consoante os temas a tratar podendo contar, nomeadamente, com contributos de peritos universitários em momento e em moldes a decidir.

Num primeiro momento importa assegurar a identificação exaustiva dos intervenientes e das operações com resultados susceptíveis de aproveitamento estatístico. Os membros do GT foram convidados a dar contributos para a operacionalização dos trabalhos através da circulação de documentos por correio eletrónico no decorrer da próxima semana: documentos apresentados até 1 outubro, circulação das reações na semana de 4/10 a fim de preparar a próxima reunião (dia 15 de outubro pelas 15.00 nas instalações do INE).

A próxima reunião terá como objetivo definir os procedimentos a seguir e os instrumentos a utilizar para a identificação da produção estatística existente. Irá ser solicitado ao Secretariado a apresentação da ferramenta CIRCA, a privilegiar na circulação da informação entre os membros do GTES.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Marcação nova reunião 15 Out. 2010 Apoio Secretariado	Imediata
Envio de contributos	Até 01 Out. 2010
Circulação comentários	Até 08 Out. 2010

2ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2010/10/15, INE Lisboa

Agenda

É a seguinte a proposta de Ordem de Trabalhos:

1. Informações
2. Funcionamento da plataforma CIRCA
3. Aprovação da ata da 1ª reunião
4. Discussão da metodologia, instrumentos de trabalho e calendário do GTES
5. Planeamento do trabalho para 2011 – solicitação do Secretariado do CSE
6. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

O Dr. J Martins (representante suplente da DGS) referiu a manutenção da impossibilidade do representante efetivo não poder estar presente na reunião.

2. Funcionamento da plataforma CIRCA

Foi apresentada a plataforma CIRCA: para apoio aos trabalhos. O upload dos documentos é assegurado pelo secretariado do CSE. Foi solicitado aos participantes a utilização desta plataforma para a circulação dos documentos

3. Aprovação da ata da 1ª reunião

Foi aprovada

4. Discussão da metodologia, instrumentos de trabalho e calendário do GTES

Foi analisado o documento distribuído e em concreto os comentários recebidos. As etapas foram aprovadas e os prazos foram mantidos embora o documento possa vir a ser alterado ao longo do processo e, no final, constituir o anexo metodológico dos trabalhos desenvolvidos pelo GTES.

Diagnóstico de necessidades nacionais: Cada instituição deve identificar as entidades com previsíveis necessidades de informação sobre as estatísticas de saúde que poderão ser alvo de um processo de consulta, partindo de uma listagem prévia, que o ACS irá enviar. Cada entidade deverá indicar os nomes completos e por extenso bem como os restantes campos já existentes, num ficheiros Excel cujo nome é acrescentado com a sigla da entidade (INSA, DGS, INE,...) e com a data da versão a fim de facilitar a construção da lista final sem duplicações.

O ACS enviará a lista para CIRCA em 20/10, e cada entidade retirará o ficheiro Excel, completará e enviará ao secretariado CSE até 27/10, para nova colocação em CIRCA. Como regra as novas

entidades serão colocadas a seguir a última linha do ACS, começando pelo nome da casa mãe (por exemplo ministério das finanças) por extenso, seguido pela estrutura em questão (por exemplo direção de perspectiva e planeamento).

Independentemente dos contributos de cada um, ficou na responsabilidade do INE a introdução dos hospitais privados para consulta; do ACSS os hospitais do SNS, assim como a consulta à estrutura de missão da parte referente aos cuidados continuados.

Será de todo o interesse que o SREA (não presente na reunião) disponibilize a lista de 5 entidades regionais (Centros de saúde ...) a inquirir, à semelhança do que acontecerá com a DREM

Ficou por esclarecer como cobrir o subsistema privado ambulatorio nas suas diversas valências. A introdução na listagem de associações profissionais poderá garantir de modo operacional essa cobertura – a validar posteriormente.

O ficheiro final será analisado pela colega do ACS (só após 27/10 quando todas as entidades colocarem no CIRCA os seus contributos) e reintroduzido no CIRCA até 02/11.

Importa garantir uma lista com cobertura de todos os que de algum modo sejam utilizadores da informação estatística mas ter igualmente presente a operacionalidade da recolha. Não deve ser esquecido que algumas das entidades podem ser questionadas em breve sobre a informação que produzem (levantamento do existente) e também aqui a carga sobre os respondentes deve ser equacionada.

O instrumento de recolha de contributos dos utilizadores será construído pelo grupo (Dr. Bernardo Lemos enviará rascunho até 22/10) e submetido a uma primeira validação por um conjunto de peritos a designar pelo grupo.

Foi levantada a possibilidade de abranger na consulta só peritos a identificar em cada área mas, numa primeira avaliação, julgou-se que se iria diminuir a possibilidade de recolher contributos de alguns grupos de utilizadores mais particulares, de actuação regional ou eventualmente de outros menos representados. A decisão final - entre a adopção de uma metodologia mais extensiva / ou uma recolha mais focalizada em peritos - terá de ser tomada na próxima reunião.

Diagnóstico de necessidades internacionais: A abordagem terá de ser diferente. Cada entidade no GTES deverá indicar até 30/11 as entidades a quem reporta dados, entidades que solicitam dados, ou que tem boas práticas na área da informação de saúde e cujos trabalhos possam constituir um referencial a consultar

5. Planeamento do trabalho para 2011

Em resposta ao pedido de informação do secretariado do CSE, os trabalhos em 2011 deverão assentar em cerca 12 reuniões, nos moldes abordados no documento referido atrás (ponto 4)

6. Outros assuntos

A próxima reunião ocorrerá dia 04 de novembro pelas 13.30.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Primeira lista no CIRCA (ACS)	20/10
Entidades enviam lista ao secretariado	27/10
Lista validada no CIRCA (ACS)	02/11
Proposta de instrumento de recolha informação sobre necessidades (INE)	22/10
Levantamento pelas entidades das necessidades internacionais	30/11

3ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2010/11/04, 13.30 horas, INE Lisboa

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 2ª reunião
3. Metodologia a adotar no levantamento das necessidades de informação
 - Abordagem em dois momentos/abordagem extensiva/abordagem de peritos
 - Ficheiro de entidades
 - Instrumentos de recolha de informação (levantamento de necessidades/ levantamento da informação existente/ potenciação de fontes administrativas)
 - Próximas etapas
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

Foi registada com agrado a presença do representante do Serviço Regional de Estatística dos Açores – SREA.

A presença do INE no II Congresso Saúde Pública permitiu constatar o enorme volume de trabalho apresentado nesta área.

No mesmo âmbito, constatou-se a existência de personalidades / entidades que o GTES deverá obrigatoriamente consultar (muitas já constam na listagem elaborada).

2. Aprovação ata de 2ª reunião:

Aprovada

3. Metodologia a adoptar no levantamento das necessidades dos utilizadores

Retomou-se a discussão quanto à **listagem de entidades a consultar** e o nível de abrangência da lista.

O representante do INSA aponta para uma lista centrada na estrutura estatal do Ministério da Saúde, sobretudo nos seus órgãos de planeamento, com consultas a outros Ministérios relevantes para a Saúde Pública, e consultas pontuais a organizações de doentes e, a especialistas em áreas temáticas (p. ex. saúde mental).

A DGS defende uma perspectiva centrada nas entidades públicas, alegando o menor interesse do sector privado nas problemáticas associadas à saúde pública e à informação estatística.

O INE defende uma abordagem mais abrangente, incluindo as entidades do MS e do SNS, mas também investigadores e uma amostra de prestadores de saúde locais e de prestadores de saúde privados, fora dos circuitos mais tradicionais na consulta sobre estatísticas da saúde.

A lista em presença deverá ser completada (tentando evitar duplicações e restringindo o número de intervenientes) considerando as diferentes estruturas do Ministério da Saúde e de outros ministérios (numa lógica de política de saúde abrangente) ao nível dos GEP/GPEARL (eliminar referências aos gabinetes ministeriais).

O INSA ficou de completar a lista com algumas associações de doentes; o INE de assegurar a não duplicação entre hospitais privados e sociedades gestoras; o ACSS de incluir uma amostra de hospitais públicos e de ACES; e o SREA de propor uma lista de entidades da região a consultar.

Procurou-se simplificar o **questionário a utilizar**, tendo-se optado por construir um baseado numa listagem de "indicadores". Entende-se por indicador, não a presente listagem retirada do portal do INE e distribuída, mas sim um nível mais agregado de informação a construir tendo presente por exemplo os trabalhos da OMS, EUROSTAT e projecto ECHI.

Cada indicador será alvo de uma classificação de 1 a 4 para cada um dos itens a definir (relevância ...), existindo ainda um espaço aberto para justificação da classificação obtida e observações

O INE ficou de avaliar a possibilidade de desenvolver programação para um questionário eletrónico, o que a não ser possível inviabilizará a sua aplicação. Caso possível, o INE ficou de apresentar uma proposta de questionário (papel) para a próxima reunião.

Para completar o levantamento das necessidades de informação, importa ainda definir os **compromissos internacionais**, tarefa que fica a cargo das entidades representadas no GTES.

4. Outros assuntos

Próxima reunião 23 novembro pelas 10.00

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Completar lista entidades (ver texto)	19 Nov
Lista indicadores para questionário (INE)	19 Nov
Compromissos internacionais	

4ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2010/11/23, 10.00 horas, INE Lisboa

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 3ª reunião
3. Metodologia para o levantamento das necessidades de informação
 - Ficheiro de entidades a inquirir
 - Instrumento de recolha de informação
 - Próximas etapas
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

Foi dada informação sobre a disponibilização da “conta satélite da saúde 2000-2008”, já com a alteração da base (2006) tendo presente igual trabalho anteriormente desenvolvido para as Contas Nacionais. Os principais resultados encontram-se no Portal das Estatísticas Oficiais.

2. Aprovação ata de 3ª reunião:

Aprovada com alterações em resultado das propostas do representante do INSA

3. Metodologia a adoptar no levantamento das necessidades dos utilizadores

Referida a necessidade de encerrar a curto prazo a lista de entidades a contactar e a definição do instrumento de notação a utilizar pois os trabalhos tendem a se atrasar cerca de 1 mês

Lista de entidades a contactar:

- Recebidos contributos do INSA sobre associações de doentes.
- A ACSS enviou indicação das ARS's como pontos focais, mas não nomes de ACES. Estes são serviços desconcentrados das ARS's, relativamente jovens, não cabendo à ACSS a sua selecção pelo que prefere não os indicar. Referiu ainda o interesse de questionar em cada ARS, de modo independente, as unidades orgânicas de estudos e planeamento; de saúde pública; e de contratualização
- O INE refere que os ACES podem ter interesses específicos, defrontando-se no terreno com situações diferenciadas, havendo todo o interesse em ser consultados de modo independente.

O GTES decide uma abordagem em dois momentos: 1º solicitar a ARS a escolha dos ACES da sua área de intervenção para futuro envio do questionário; 2º consulta directas aos ACES seleccionados. Será solicitado ao Secretariado do CSE o envio de ofícios a pedir essa informação.

- A DGS irá dar informação de uma associação de jornalistas especializados em informação sobre saúde
- O INE irá rever a lista tendo-se solicitado aos presentes contributos. A ACSS identificou “programas verticais” inexistentes tendo ficado de os comunicar ao INE. O INSA completará campos em branco e enviará ao INE - A lista será encerrada até ao final da semana - dia 26/11/2010.

Instrumento de notação:

A lista de indicadores discutida foi baseada na listagem ECHI. INE irá atualizar com base na lista mais recente. Nenhuma entidade se opõe a esta lista.

O questionário será desenvolvido informaticamente pelo INE e, dados os tempos necessários para esse trabalho e a época do ano que se aproxima, o instrumento será enviado aos respondentes somente no início do ano de 2011. O envio deverá ser acompanhado de uma carta de motivação e de instruções de preenchimento.

A consulta inclui naturalmente as entidades representadas no GTES. Tendo estas representantes nomeados o questionário deverá ser dirigido aos membros do GTES.

Recordou-se ainda que o mandato estabelece a identificação de necessidades decorrentes de “compromissos nacionais e de compromissos internacionais”. Nos “compromissos nacionais” incluem-se também projetos limitados no tempo se a entidade o entender relevante para a sua atividade (futura). Nos compromissos internacionais o levantamento recairá sobretudo nas entidades do GTES. Devem ser igualmente incluídos os indicadores associados a envios de carácter contínuo e pontual, desde que relevantes para a atividade da entidade. Decidiu-se que a resposta para a componente “compromissos internacionais” das entidades representadas no GTES será concretizada até 15/01/2011. Importa compatibilizar essa resposta com a do questionário genérico. Esta é uma razão adicional para o questionário a enviar seja dirigido aos representantes no GTES a fim de centralizar no representante eventuais respostas de unidades orgânicas distintas.

4. Outros assuntos

Próxima reunião marcada para o dia 14 de janeiro de 2011, pelas 10.00 no INE.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
------	-----------------------------

Completar lista entidades (GTES)	26/11/2010
Questionar ARS's sobre participação ACES's	Imediato
Lista indicadores, questionário informático, (INE)	24/12/2010
Envio questionário	janeiro 2011
Compromissos internacionais (GTES)	15/01/2011

5ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/03/16, INE Lisboa

Agenda

1. Informações
2. Inquérito às necessidades dos utilizadores – próximas tarefas a desenvolver
3. "Plano de monitorização dos Grupos de Trabalho do CSE"
4. Novo calendário do Grupo de Trabalho sobre Estatísticas da Saúde
5. Outros assuntos

Sumário

1. A ata da reunião anterior (4ª reunião realizada em 23 11 2010) foi aprovada sem alterações.

2. Foi apresentado o trabalho realizado, que permitiu lançar o inquérito às necessidades dos utilizadores como antes definido pelo GTES.

O lançamento do inquérito ocorreu com cerca de 2 meses de atraso face ao estabelecido na última reunião, dada a ausência forçada do Presidente do GTES, tendo sido solicitado a todos os presentes um esforço extra a fim de conseguir reduzir esse atraso nas tarefas que se seguirão. Nesse sentido foram distribuídas tarefas e definido um novo calendário (vd ponto 4 da agenda).

Como antes acordado, os ofícios dirigidos às entidades presentes no GTES (ou a entidades delas dependentes) foram entregues em mão para permitir aos respetivos representantes um melhor acompanhamento do preenchimento e cumprimento de prazos.

O Sr. Fernando Alexandrino (INE) fez a apresentação do questionário desenvolvido nomeadamente a sua fase da instalação.

4. (Em troca com o ponto 3 da agenda) A necessidade de avançar simultaneamente nos diferentes pontos do mandato do GTES originou uma nova divisão das tarefas a realizar e à definição de um novo calendário.

Ponto a) do mandato - "Diagnóstico das necessidades ..." da responsabilidade operacional do INE, a ser executado com o seguinte calendário:

Prazo de resposta constante no ofício - 31 de março

Realização de insistência a 05 de abril

Conclusão da recepção de respostas até 27 de abril

Primeiro apuramento a 27 de abril

Ponto b) do mandato - "Identificação do atual sistema ... redundâncias e outras ineficiências" da responsabilidade operacional da ACSS.

Neste ponto importa referir os trabalhos em curso na ACSS onde a “área de sistemas e tecnologias da informação” encontra-se a desenvolver um novo modelo de governação e gestão das tecnologias de informação da saúde. Este modelo prevê uma arquitetura composta por três componentes: Sistema de Informação de Saúde Central, Rede Nacional de Informação da Saúde e Sistema de Informação de Saúde Distribuído. Possibilitando esta arquitetura reduzir a colheita de informação em “fontes de verdade”, aumentando a coerência e reduzindo a redundância, decidiu-se que estes trabalhos fossem apresentados ao GTES na próxima reunião.

Entretanto: o INE, DGS e ACSS irão realizar na 1ª semana de abril uma reunião para análise dos atuais inquéritos aos hospitais e centros de saúde; o ACS irá completar o levantamento de fontes e de indicadores, já iniciado no quadro dos trabalhos do Plano Nacional de Saúde (até à 1ª semana de abril); o SREA e a DREM irão analisar as “redundâncias regionais” no mesmo calendário.

Ponto c) do mandato - “Inventariação das fontes de informação ... compromissos internacionais” da responsabilidade operacional da DGS.

Este ponto tinha sido calendarizado para 15/01/2011, data que não foi possível de cumprir à exceção da DGS (a quem se solicitou o envio do levantamento efetuado para introdução no CIRCA).

Numa primeira abordagem identificaram-se as seguintes situações a reportar:

DGS – OCDE

INE – OMS e EUROSTAT

ACS – Existem situações a considerar pois tem uma unidade de “Relações Internacionais”. Vai fazer o levantamento

INFARMED – Entidade não representada no GTES. A DGS vai contactar

INSA - ?

Esta primeira listagem terá de ser completada com o trabalho a desenrolar pela DGS nomeadamente junto de outros organismos do Ministério da Saúde.

Os contributos das diferentes entidades deverão ser enviados à DGS até 31 de março próximo.

A DGS assegurará uma primeira análise da informação, a apresentar na próxima reunião do GTES.

3. (Em troca com o ponto 4 da agenda) “Plano de motorização dos GTs do CSE”. Foi somente referida a existência (CIRCA) de um documento do CSE com a apresentação de um novo plano de monitorização.

5. “Outros assuntos”

A ACSS voltou a questionar a possibilidade do GTES desenvolver uma linha de trabalho no sentido da adopção de um novo conjunto de conceitos na área da saúde. Foi decidido que esse

levantamento, análise e apresentação de propostas iria ser desenvolvido no âmbito do ponto b) do mandato, sem prejuízo do GTES poder vir a propor a criação de um subgrupo ou linha de atuação especificamente com esse objetivo.

A eventual adopção de fontes administrativas para a produção de informação estatística na área da saúde reforça essa necessidade, que deverá ser novamente discutida quando da análise dos resultados obtidos no ponto atrás referido.

A próxima reunião do GTES foi marcada para dia 27 de abril de 2011, pelas 15.00, no INE/Lisboa.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Contributos s/ ponto a) do mandato do GTES - preenchimento do questionário	31 março
Contributos à ACSS s/ ponto b)	1ª Semana de abril
Contributos à DGS s/ ponto c)	31 março
Apresentação resultados diferentes pontos do mandato do GTES	27 de abril

6ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/04/27, 15.00h, INE Lisboa

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da reunião anterior
3. Apresentação dos trabalhos em curso em resposta ao mandato definido para o Grupo de Trabalho
 - a. Ponto a) do mandato do GTES *“Diagnóstico das necessidades de informação tendo por referência os compromissos nacionais e internacionais atuais e em perspectiva”* – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(INE)**
 - b. Ponto b) do mandato do GTES *“Identificação dos conteúdos internacionais do atual “sistema de informação” com identificação de lacunas, redundâncias e outras ineficiências”* – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(ACSS)**
 - c. Ponto c) do mandato do GTES *“Inventariação das fontes de informação que alimentam a informação disponibilizada a nível internacional com vista a garantir a sua harmonização e consistência”* – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(DGS)**
4. Apresentação específica sobre o sistema de informação em desenvolvimento na área de sistemas e tecnologias da informação da ACSS, e das suas três componentes: Sistema de Informação de Saúde Central; Rede Nacional de Informação da Saúde; e Sistema de Informação de Saúde Distribuído **(ACSS)**
5. Próximos desenvolvimentos e data da próxima reunião do GTES

Sumário

1. Alterada a OT da reunião, tendo-se iniciado pela apresentação da ACSS referente ao ponto 4. da agenda
2. A ACSS apresentou o conceito e estrutura do SIS Sistema de Informação do Sistema de Saúde que se encontra a montar (apresentação encontra-se disponível no CIRCA – reservada aos elementos do GTES) sendo de realçar que o projeto:
 - Tem uma duração de 3 anos embora com incertezas quanto ao seu financiamento;
 - Pretende cobrir toda a oferta pública e privada do sistema de saúde (não somente o Sistema Nacional de saúde SNS);
 - Apresenta 3 áreas (Sistema de Informação de saúde Central SIS-C, Sistema de Informação de Saúde Distribuído SIS-D e a Rede Nacional de Informação de Saúde (agregador e distribuidor)) e vários módulos que integram os vários subsistemas de informação, a cargo

de entidades dispersas, como é o Registo Nacional de Utentes ou o Registo Nacional de Profissionais;

- Tem a coordenação da ACSS através da normalização e certificação dessas participações;
- Tem elevado potencial para efeitos de produção estatística dado também cobrir diversas vertentes da atividade (produção) do sistema (Como referido pela ACSS importa reforçar a componente de meta informação (conceitos));

3. Foi aprovada a ata da reunião anterior (5ª reunião realizada em 16/03/2011)

4. a) Ponto a) do mandato do GTES “*Diagnóstico das necessidades de informação tendo por referência os compromissos nacionais e internacionais atuais e em perspetiva*” – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(INE)**

Foram apresentados pelo INE os primeiros resultados do inquérito às necessidades dos utilizadores (apresentação PPoint no CIRCA).

Nesse âmbito foi discutida a cobertura da inquirição realizada tendo sido identificadas algumas entidades em falta que, pela sua importância no quadro da produção/utilização da informação estatística em saúde, justificam um novo adiamento do fim da fase de recolha da informação. As entidades identificadas foram distribuídas pelos presentes a fim de garantir um contacto mais pessoal e um maior incentivo à resposta.

Foram igualmente discutidas as diversas possibilidades de tratamento da informação do inquérito tendo sido decidido colocar no CIRCA a base de dados para cada entidade proceder aos testes e apuramentos que considere relevantes. Na próxima reunião serão apresentadas as diversas abordagens e o tema será novamente discutido.

4. b) Ponto b) do mandato do GTES “*Identificação dos conteúdos internacionais do atual “sistema de informação” com identificação de lacunas, redundâncias e outras ineficiências*” – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(ACSS)**

A ACSS iniciou os contactos a fim de responder a este ponto do mandato. A ACSS propõe, num primeiro momento, uma abordagem operacional e imediata que se traduz pela existência de um acordo ACSS/DGS/INE para promoção de um questionário único já em 2012 (recolha de informação sobre 2011), de recolha da informação hoje solicitada individualmente pelas referidas entidades.

Esta iniciativa introduz alguma racionalidade na actual situação embora se apresente como provisória pois não incorpora as recomendações do GTES quanto a eventuais novos indicadores (ou a indicadores que venham a ser eliminados), nem os desenvolvimentos que se aguardam a curto prazo do sistema de informação da ACSS atrás referido. Note-se novamente que este sistema poderá constituir uma importante fonte de administrativa para o sistema de informação estatística em construção.

A ACSS vai propor ao INE e à DGS um memorando de entendimento, que poderá recolher a concordância do GTES num primeiro momento, mas que terá de ser validado pelas direções das três entidades a fim de garantir a sua rápida e eficaz aplicação.

4. c) Ponto c) do mandato do GTES *“Inventariação das fontes de informação que alimentam a informação disponibilizada a nível internacional com vista a garantir a sua harmonização e consistência”* – Apresentação dos trabalhos desenvolvidos **(DGS)**

A DGS apresentou os primeiros resultados do levantamento de informação relativamente aos compromissos internacionais e fontes. Foram identificadas algumas lacunas (entidades não cobertas: INFARMED, U. Transplantes, IP Sangue, INSA) que serão contactadas durante o mês de maio.

5. A próxima reunião está marcada para 25 de maio pelas 15.00 no INE

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Resposta ao questionário (entidades em falta)	Imediato
Insistências entidades seleccionadas (GTES)	Imediato
Envio base de dados inquérito necessidades utilizadores CIRCA (INE)	Imediato
Análise e tratamento BD (GTES)	Até 25 de maio
Levantamento MS compromissos internacionais e fontes (DGS)	Até 25 de maio
Levantamento interno compromissos internacionais e fontes (INSA)	Até 25 de maio
Análise viabilidade questionário único (ACSS DGS INE)	Imediata
Apresentação de um memorando de entendimento (ACSS)	Até 6 de maio ?
Análise memo (DGS INE)	?

7ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/05/25, 15.00h, INE Lisboa

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da reunião anterior
3. Apresentação dos trabalhos em curso:
 - i. Ponto a) do mandato do GTES *“Diagnóstico das necessidades de informação tendo por referência os compromissos nacionais e internacionais atuais e em perspetiva”*
Análise da informação do inquérito às necessidades dos utilizadores, efetuada pelas diferentes entidades tendo por base a informação preliminar colocada no CIRCA **(representantes)**
 - ii. Ponto b) do mandato do GTES *“Identificação dos conteúdos internacionais do atual “sistema de informação” com identificação de lacunas, redundâncias e outras ineficiências”*
Trabalhos desenvolvidos **(ACSS)**
 - iii. Ponto c) do mandato do GTES *“Inventariação das fontes de informação que alimentam a informação disponibilizada a nível internacional com vista a garantir a sua harmonização e consistência”*
Trabalhos desenvolvidos **(DGS)**
4. Proposta de estrutura do relatório do GTES **(INE)**
5. Próximos desenvolvimentos e data da próxima reunião

Sumário

1. Informações

Solicita-se ao Secretariado CSE a utilização de suportes de comunicação alternativos com o ACS pois está sem sistema informático. A ausência nas últimas reuniões prendeu-se com o não recebimento das convocatórias.

2. Aprovação da ata da reunião anterior

A ata foi aprovada

3. Apresentação dos trabalhos em curso

Na sequência do acordado na reunião anterior, alguns dos apuramentos do inquérito aos utilizadores foram refeitos. Foram apresentados novos apuramentos nomeadamente por tema (indicador), grupo de entidade respondente e âmbito geográfico da entidade respondente.

Alguns desses apuramentos são agora apresentados através de médias, considerada uma medida mais adequada.

Não foram apresentados apuramentos alternativos pelos membros do GTES.

Foi discutida a data de conclusão da fase de recolha do inquérito e a passagem da base de dados a "definitiva". Continuam a faltar alguns informadores chave tendo alargado até 31 de maio a possibilidade de receber novas respostas.

4. Proposta de estrutura de relatório

Foi apresentada uma primeira estrutura do relatório (vd CIRCA) a produzir pelo GTES. A proposta recebeu a concordância dos presentes com a proposta de fusão dos pontos 3.a) i com 3.a) ii.

O relatório deverá ser entregue ao CSE SPES até 15 de dezembro 2011.

Foi referido o interesse em que o relatório recebesse os contributos de algumas entidades antes da sua conclusão. Esses contributos só serão relevantes se recebidos em tempo dado o apertado calendário dos trabalhos. Nesta fase poderão ser recolhidos contributos informais sobre a estrutura do relatório juntos dos dois académicos que o INE consultou no passado, e o INSA assegurará outro contacto (informal).

A DREM referiu a dificuldade em assegurar autonomamente a produção de alguns dos pontos do relatório, disponibilizando-se para colaborar na parte final nomeadamente na revisão crítica do texto.

5. Próxima reunião

Dada a urgência de desenvolver o trabalho o GTES reunirá nos próximos dias 30 de maio (09.00 na DGS - Direção Geral de Saúde) e 30 de junho (15.00 na ACSS - Administração Central de Sistemas de Saúde).

A reunião de 30 de maio tem como objetivo único a divisão de responsabilidades de produção do relatório; a reunião de 30 de junho a análise dos diferentes contributos (draft).

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Dados definitivos BD (INE)	31 maio
Consulta informal a peritos (INE INSA)	Imediata
Relatório final (GTES)	15 dezembro

8ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/05/30, 9.00h – 10.00h, DGS

Agenda

Ponto único

- Afetação dos diferentes pontos do relatório a produzir pelos membros do GTES e definição do calendário.

Sumário

Numa abordagem prévia, os membros do Grupo entendem necessário explicitar o âmbito do relatório, o entendimento da informação estatística em saúde, objecto de análise. A Deliberação da SPES que institui o GTES apresenta uma abordagem ampla na sua fundamentação (Ponto I) e no seu mandato (Ponto II) refere os domínios “estado de saúde e seus determinantes”, “cuidados de saúde” e “causas de morte”.

Tomando esta base como partida para os trabalhos que se seguem, importa ainda reforçar que está em causa a recomendação de um quadro ideal de informação a constituir o conjunto das “estatísticas oficiais” na área da saúde. O carácter regular da produção e a sua sustentação em meta informação como definidos para as designadas “estatísticas oficiais” são assim relevantes. Estes pressupostos presidiram igualmente ao levantamento da necessidade de informação efetuado.

Recorda-se ainda que são entendidas como “estatísticas oficiais”, socorrendo-nos da legislação (Lei n.º 22/2008 de 13 de maio - Lei do Sistema Estatístico Nacional), a informação estatística produzida, em regra, no âmbito do programa da actividade estatística do Sistema Estatístico Nacional (SEN) e das organizações internacionais das quais Portugal é membro, com respeito pelas normas técnicas nacionais e internacionais e observância dos princípios fundamentais do SEN, (vd. capítulo II da Lei 22/2008 - Independência técnica, Segredo estatístico, Qualidade, Acessibilidade, ...).

As questões levantadas sobre a eventual inclusão de informação estatística produzida por alguma entidade (representada no GTES ou não) associada à realização de estudos ou funções de vigilância epidemiológica devem ser respondidas de igual modo - está em causa a sua relevância e validade científica para integrar de modo regular as “estatísticas oficiais”.

Tendo por base a proposta de estrutura de relatório aprovada na reunião anterior foram distribuídos os diferentes pontos/subpontos:

**PROPOSTA DE ESTRUTURA DO RELATÓRIO DO
GRUPO DE TRABALHO DE ESTATÍSTICAS DA SAÚDE
(Versão 2011-05-30)**

0. INTRODUÇÃO

a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde

(justificação, mandato, composição) **INE**

b. Enquadramento político recente

(organização MS, distribuição responsabilidades planeamento, observatórios de saúde aos diferentes níveis, Plano Nacional de Saúde, ...) **INSA**

c. O relatório

(organização, estrutura, ...) **INE**

d. Âmbito abordagem

(estatísticas oficiais, observatórios regionais ...)

1. O SISTEMA ACTUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

a. A produção de informação estatística DGS

(história recente, grandes marcos, principais operações estatísticas, PRACE, Leis orgânicas ...)

b. Os atores DGS

c. A informação disponível INE

i. Por inquérito junto instituições

ii. Por inquérito junto famílias

iii. De origem administrativa

iv. Derivada

d. As disfuncionalidades identificadas INE ACSS

(circuitos, indicadores, difusão, meta informação, ...)

e. Valoração da informação existente por parte utilizadores INE

(análise parcial dos resultados do inquérito do GTES e de outras fontes (a identificar) como análise à qualidade da informação por parte Plano Nacional Saúde do ACS, avaliação OMS do Plano N Saúde, avaliação indicadores da ARS Norte...)

f. Informação enviada a organismos internacionais DGS

(origem/destinos, circuitos..)

2. ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL ACSS

(evolução previsível de contexto, desenvolvimentos administrativos e tecnológicos, evolução demográfica e padrões de morbilidade, evoluções sistemas de oferta, descentralização da gestão e dos sistemas de informação, novos desafios de harmonização/regulação ? ...)

3. AS NECESSIDADES DOS UTILIZADORES E A VALORAÇÃO DA INFORMAÇÃO)

a. Análise face à relevância dos Indicadores (inclui Comentários face aos indicadores) **INE INSA**

b. Novos indicadores propostos (inclui Comentários face aos indicadores) **INSA**

c. Necessidades por grupos de atores **INE**

1. Estatuto entidade

2. Âmbito geográfico de atuação

3.

4. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS

a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença DGS**b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências INE****5. RECOMENDAÇÕES****a. A curto prazo** (entenda-se imediato) **ACSS**

- i. Relativas ao atual sistema de produção de informação estatística (manutenção e eliminação de operações/indicadores, fontes de informação a privilegiar, informação administrativa disponível, âmbito geográfico, acesso, calendário ...)
- ii. Relativas às obrigações internacionais **DGS** (sobre o sistema, sobre novas exigências...)
- iii. Relativas à meta informação necessária **ACSS** (conceitos, ..)
- iv. Relativas ao diálogo entre produtores ? ? (futuro CSE/GTES)
- v. Relativas ao diálogo entre produtores/utilizadores da informação ? ? (futuro CSE/GTES, Fórum trienal ...)
- vi.

b. A médio prazo (entenda-se a 3 – 5 anos) **INSA**

- i. Evolução tecnológica
- ii.

c. A longo prazo (entenda-se a mais de 5 anos) **??**

- ii. O sistema de informação estatística a alcançar
- iii.

Anexos

- Metodologia do Inquérito aos utilizadores
- Glossário (somente terminologia utilizada no relatório)
- Listagens indicadores
- Quadros, Gráficos
-

Como referido na proposta de estrutura apresentada, importa definir a metodologia de elaboração do relatório e procedimentos a seguir quanto a linguagem, apresentação (forma).

A referência aos indicadores faz-se com base na estrutura ECHI do questionário - ie quando da inclusão de listagens em anexo (por exemplo), independentemente de serem referidas a um ou outro ponto do relatório, os indicadores são sempre organizados com essa estrutura. Desse modo, associando no final essas listagens, será possível ter uma leitura por indicador e identificar de imediato as diferentes utilizações nacionais ou internacionais, responsáveis pela sua produção etc.

O último Ponto do relatório será necessariamente da responsabilidade (participação ativa) de todos os membros do GTES

O SREA comunga da posição expressa na reunião anterior pela DREM relativa à dificuldade em participar ativamente na produção do relatório, assegurando algum dos pontos ou subpontos. Disponibiliza-se para colaborar na análise crítica final do relatório.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Esboço do conteúdo de cada ponto para uma primeira discussão pelo Grupo (Importante a disponibilização dos documentos no CIRCA com o máximo de tempo possível a fim de permitir a sua análise prévia à reunião)	30 de junho (próxima reunião do GTES)
1º <i>draft</i> do relatório para leitura e revisão pelo GTES e posterior envio aos peritos da academia	30 de julho
Conclusão do relatório no GTES	setembro
Consultas externas	outubro
Redação final	novembro
Entrega do relatório ao CSE/SPES	15 de dezembro

9ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/06/30, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação das atas das 7ª e 8ª reuniões do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

2. Aprovação das atas das 7ª e 8ª reuniões do GTES

As atas das duas reuniões anteriores foram aprovadas sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

Foram analisados os contributos já recebidos para os diferentes pontos do relatório final. Dada a existência de pontos sobre os quais não foi recebido qualquer contributo, apelou-se aos respetivos responsáveis a sua entrega o mais rápido possível, a fim de ser possível a recolha de primeiros comentários ainda antes de férias.

Ficou claro que os designados responsáveis de cada ponto (no texto a azul conforme consta na ata da 8ª reunião) devem ser entendidos como relatores e dinamizadores, sendo naturalmente relevante que todos os membros do GTES possam enviar contributos e comentários independentemente da matéria em causa.

Relativamente ao relatório, ponto por ponto, foram tomadas as seguintes decisões:

0. INTRODUÇÃO

a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde (INE)

Existem documentos elaborados pelo INE e INSA e o INE irá proceder à sua harmonização.

Aguardar novos contributos e a revisão final do documento para retomar este ponto

b. Enquadramento político recente (INSA)

Foi recebido documento do INSA e do ACS sobre o Plano Nacional de Saúde PNS. O documento do INSA terá de ser alterado pois agrega informação para este ponto e para o ponto 2). Importa ainda desenvolver a abordagem e nesse sentido o INSA irá solicitar um

contributo externo a uma ARS para enriquecer a abordagem com uma outra leitura (falou-se na Dr.ª Manuela Felício da ARS Norte).

O documento sobre o PNS fica a aguardar o desenvolvimento final que será possível dar a este ponto para avaliar se a profundidade da sua abordagem é adequada.

Este ponto do relatório necessita ainda de outros contributos.

c. O relatório (INE)

A desenvolver no final

d. Âmbito abordagem (INE)

Este ponto foi mais uma vez longamente discutido (vd ata da 8ª reunião) no que se refere às fronteiras entre saúde/incapacidade/deficiência.

Como referido no mandato o GTES deve se focalizar no “estado de saúde e seus determinantes”; “cuidados de saúde” e “ causas de morte”, mas é exatamente no 1º domínio que a questão se coloca com maior pertinência. Este deve se restringir as relações dos indivíduos com o sistema de saúde e à sua avaliação em termos de “estado de saúde” quer no próprio sistema, quer em termos da auto percepção.

Foi considerado importante explicitar novamente o âmbito (conceptual) do GTES no relatório e as “áreas de fronteira” que não são cobertas neste trabalho (embora possam recorrer a informação e a instrumentos da genericamente designada “área saúde”).

1. O SISTEMA ACTUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

a. A produção de informação estatística (DGS)

Foi disponibilizado um documento pelo INE que aguarda análise pela DGS e possível incorporação no documento que tem em elaboração. DGS vai enviar documento até 20110708

b. Os atores (DGS)

O INE vai disponibilizar um documento que tem em elaboração e aguarda análise pela DGS e possível incorporação no documento que vai enviar até 20110708.

c. A informação disponível (INE)

- i. Por inquérito junto instituições
- ii. Por inquérito junto famílias
- iii. De origem administrativa
- iv. Derivada

Não foi apresentado um documento específico mas parte da informação relevante para este ponto consta no documento para 1) a. O ACS poderá garantir a sua preparação ?

d. A difusão da informação (INE ACS)

Foi decidido restringir as referências (mais pormenorizadas) aos produtores de informação e no final dar nota da existência de outras plataformas nacionais e internacionais de acesso à informação.

Importa ainda analisar se tem sentido abordar a ARS Norte em exclusivo.

O ACS irá refazer o texto antes apresentado.

e. As disfuncionalidades identificadas (INE ACSS)

A ACSS irá apresentar um documento para a próxima reunião.

f. Valoração da informação existente por parte utilizadores (INE)

Não foi apresentado documento. Poderá ser apresentada a informação resultante do tratamento dos dados do “inquérito às necessidades ...” restringido aos itens “utilização” e “satisfação”, para a parte dos indicadores ECHI disponíveis em Portugal.

g. Informação enviada a organismos internacionais (DGS)

Não foi apresentado documento, a DGS irá enviar até 20110708

2. ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL (ACSS)

Foi apresentado um documento pela ACSS, que importa completar com parte do documento do INSA referido em 0.b). Aguarda novos contributos e eventual evolução do enquadramento político.

3. AS NECESSIDADES DOS UTILIZADORES E A VALORAÇÃO DA INFORMAÇÃO)

a. Análise face à relevância dos Indicadores (INE INSA)

Foi apresentada uma primeira abordagem pelo INE mas que não inclui a análise dos comentários dos respondentes.

Esse tratamento foi tentado (8 indicadores vd quadro CIRCA) mas evidenciou-se impossível de prosseguir em tempo. Foi sugerido o recurso ao tratamento automático da informação (por exemplo através de uma análise de conteúdo) embora nenhuma das entidades presentes tem ferramentas (software) e competências para o fazer. O Presidente do GTES ficou de abordar o Secretariado do CSE para avaliar a possibilidade de disponibilizar recursos financeiros para uma consulta ao exterior.

b. Novos indicadores propostos (INSA)

Não foi apresentado documento. O INSA conjuntamente com o INE acordou em o desenvolver até à próxima reunião. O referido em 3)a relativamente à análise dos comentários aplica-se igualmente a este ponto.

c. Necessidades por grupos de atores (INE)

1. Estatuto entidade
2. Âmbito geográfico de atuação

Não foi apresentado documento. Os quadros foram produzidos mas a análise não foi iniciada.

4. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS

a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença (DGS)

Não foi apresentado documento.

b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências (INE)

Não foi apresentado documento. A concluir para a próxima reunião.

5. RECOMENDAÇÕES

a. A curto prazo (ACSS)

- i. Relativas ao atual sistema de produção de informação estatística
- ii. Relativas às obrigações internacionais (DGS)
- iii. Relativas à meta informação necessária (ACSS)
- iv. Relativas ao diálogo entre produtores ? ?
- v. Relativas ao diálogo entre produtores/utilizadores da informação ? ?

b. A médio prazo ??

- i. Evolução tecnológica
- ii.

c. A longo prazo ??

- i. O sistema de informação estatística a alcançar
- ii.

Notas finais:

- Os documentos a enviar para o CIRCA, devem ser designados "capítulo/subcapítulo/autor/data". Deve ser sempre referida a pasta de arquivo;
- Em anexo ao relatório devem constar as entidades inquiridas, mas sem o nome ou posição dos respondentes. A análise extensiva dos resultados do inquérito surgirá igualmente em anexo;
- É solicitado o envio de comentários à presente ata desde já, embora a sua aprovação formal só venha a ocorrer na próxima reunião.

4. Outros assuntos

Marcada a próxima reunião para o INSA (Av^a Padre Cruz), no dia 27 de julho pelas 15.00.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Envio de documentos em falta / analisar propostas apresentadas	Ver texto
Contactar Secretariado CSE	Imediato
Solicitar texto ARS Norte (M F)	Imediato

10ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/07/27, INSA

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 9ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

2. Aprovação da ata da 9ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

Foram analisados os contributos já recebidos para os diferentes pontos do relatório final. Dada a existência de pontos sobre os quais não foi recebido qualquer contributo, apelou-se aos respectivos responsáveis a sua entrega o mais rapidamente possível. Foi ainda explicitado que os designados responsáveis de cada ponto devem ser entendidos como relatores e dinamizadores, sendo naturalmente relevantes os contributos e comentários de todos os membros do GTES.

Sugeriu-se a criação em CIRCA de uma nova pasta/subpastas semelhantes às atuais a fim de albergar os textos já consolidados. A atual estrutura mantém-se para o histórico passando a designar-se "ARQUIVO *****"

Relativamente ao relatório, ponto por ponto, foram tomadas as seguintes decisões:

0. INTRODUÇÃO

Procedeu-se a uma primeira consolidação do texto da introdução tendo presente os textos parcelares disponíveis à data.

a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde (INE)

b. Enquadramento político recente (INSA)

Este ponto do relatório necessita ainda de outros contributos. Aguarda-se um eventual texto a ser produzido pela Dr.ª Manuela Felício. O Dr Carlos Dias vai estabelecer o contacto.

O INSA ficou de completar este texto a fim de alargar a análise (PPP's, USF's, etc etc) para além do PNS e Observatório regionais, em princípio já cobertos.

c. O relatório (INE)

A desenvolver no final

d. Âmbito abordagem (INE)

Aguardam-se comentários

1. O SISTEMA ACTUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

Foi analisado o texto da responsabilidade da DGS e apresentadas sugestões quanto à sua organização. Importa ainda integrar e compatibilizar o texto com o do ACS. A DGS ficou de consolidar o texto até 19 de Agosto.

a. A produção de informação estatística (DGS)

Para não colidir com o ponto 1.c) deve incluir somente uma referência histórica aos desenvolvimentos mais recentes quanto ao sistema de produção de informação estatística.

b. Os atores (DGS)

c. A informação disponível (INE)

- i. Por inquérito junto instituições
- ii. Por inquérito junto famílias
- iii. De origem administrativa
- iv. Derivada

d. A difusão da informação (INE ACS)

O ACS irá alterar o texto antes apresentado tendo presentes as referências constantes na ata anterior assim como o agora mencionado quanto aos sites do SREA e da DREM, e ao Portal das estatísticas oficiais.

e. As disfuncionalidades identificadas (INE ACSS)

Aguarda-se documento. O ACS vai igualmente enviar um contributo

f. Valoração da informação existente por parte utilizadores (INE)

O INE irá integrar e compatibilizar o texto que está a produzir com o do ACS. Previsto até 12 de Agosto.

g. Informação enviada a organismos internacionais (DGS)

2. ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL (ACSS)

Aguardam-se novos contributos e eventual evolução do enquadramento político.

3. AS NECESSIDADES DOS UTILIZADORES E A VALORAÇÃO DA INFORMAÇÃO (INE INSA)

O INSA e o INE apresentam o documento até 12 de Agosto próximo.

a. Análise face à relevância dos Indicadores

b. Novos indicadores propostos

c. Necessidades por grupos de atores

1. Estatuto entidade

2. Âmbito geográfico de atuação

4. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS

a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença (DGS)

Previsto até 12 de Agosto próximo.

b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências (INE)

Previsto até 12 de Agosto próximo.

5. RECOMENDAÇÕES

a. A curto prazo (ACSS)

- i. Relativas ao atual sistema de produção de informação estatística
- ii. Relativas às obrigações internacionais (DGS)
- iii. Relativas à meta informação necessária (ACSS)
- iv. Relativas ao diálogo entre produtores ? ?
- v. Relativas ao diálogo entre produtores/utilizadores da informação ? ?

b. A médio prazo ??

- i. Evolução tecnológica
- ii.

c. A longo prazo ??

- i. O sistema de informação estatística a alcançar
- ii.

4. Outros assuntos

- Os membros do Grupo de Trabalho Estatísticas Saúde agradecem a valiosa colaboração prestada pela Dr.^a Luísa Couceiro (ACS) ao Grupo, e desejam os maiores sucessos face aos novos desafios profissionais que assumirá em breve. A partir de Setembro próximo o ACS será representado pela Dr.^a Maria Isabel Alves.
- Foi marcada a próxima reunião do GTES para o dia 23 de Setembro, pelas 10.00. A reunião realizar-se-á no ACS (Av. João Crisóstomo, 9 – 1º).

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Envio de documentos em falta / analisar propostas apresentadas	Ver texto
Contactar Secretariado CSE. Alteração CIRCA	Imediato

11ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/09/23, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 10ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

Foi analisado o pedido do SCSE relativo ao Plano de Atividades de 2012 e foi decidido prolongar os trabalhos do GTES para o 1º trimestre do próximo ano devido a:

- paragem de 3 meses no início de 2011;
- alterações em curso na estrutura do Ministério da Saúde e dificuldade em conhecer atores do sistema (extinção do ACS);
- eventuais alterações de política do MS (criação de um novo grupo de trabalho no MS que de algum modo se sobrepõe ao GTES e que vai afectar disponibilidade de recursos; indefinição sobre os sistemas de informação criados/a criar e sua gestão; ...);
- necessidade de consultar entidades do MS sem resposta até ao momento;
- dificuldade de conjugar tarefas do GTES com as rotinas dos serviços e falta de prioridade dada a estas tarefas.

2. Aprovação da ata da 10ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

- Como ponto prévio foi referido que os contributos acordados anteriormente continuam em falta e apelou-se aos respectivos responsáveis a sua entrega o mais rapidamente possível.

Foi ainda explicitado que os designados responsáveis de cada ponto devem ser entendidos como relatores e dinamizadores, sendo naturalmente relevantes os contributos e comentários de todos os membros do GTES.

- Sugeriu-se a criação no CIRCA de um texto único consolidado.

Com base do texto consolidado os membros do GTES deverão fazer chegar os seus contributos, com a funcionalidade "track changes" activada, em bloco (é de evitar

contributos “a avulso” e soltos que, dada a sua multiplicação, tornam a gestão do documento mais difícil), até ao final de cada semana (domingo).

A presidência do GTES fará a sua análise e incorporação nos dois dias seguintes. O doc é colocado no CIRCA

- Em termos gerais, identificaram-se problemas de terminologia e conceitos ao longo do documento. A meta informação do SEN (vd portal estatísticas oficiais) é o referencial a seguir
- Relativamente ao relatório, ponto por ponto, foram tomadas as seguintes decisões:

Ponto 0 - A proposta apresentada continua por comentar na sua generalidade. O “Âmbito da abordagem”, que deveria estar estabilizado, continua por ser analisada. Foi referido que este ponto condiciona a totalidade do relatório e neste momento é complicado novas leituras.

Ponto 1 - A situação de incoerência de conceitos é evidente neste ponto. A DGS irá fazer a sua revisão.

Foram identificadas lacunas de informação relativamente a subsistemas de informação e compromissos internacionais no seio do Ministério da Saúde por impossibilidade de recolha ou falta de resposta. O GTES terá de fazer nova tentativa promovendo uma reunião com as entidades em falta. Porém algumas estão extintas e resta saber a melhor abordagem. Foi sugerida a criação de uma ficha para preenchimento e o ACS apresentou a sua proposta já testada anteriormente em levantamentos efectuados. As entidades em falta são (a completar posteriormente): Instituto Droga Tox.; INFARMED; Instituto sangue; 3 ROR's; Coordenação Doenças Cardiovasculares...

Ponto 2 – Foi criado um capítulo novo (número 2) designado “As fragilidades e disfuncionalidades identificadas” retirando-se o atual 1.e) e corrigindo a numeração seguinte.

A estrutura passou a ser a seguinte (para memória junta-se a divisão de trabalho definida em reuniões anteriores, indicando-se a azul os relatores de cada ponto).

0. INTRODUÇÃO

- a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde (INE)
- b. Enquadramento político recente (INSA)
- c. O relatório (INE)
- d. Âmbito abordagem (INE)

1. O SISTEMA ACTUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE

- a. A produção de informação estatística (DGS)
- b. Os atores (DGS)
- c. A informação disponível (INE)

- i. Por inquérito junto instituições
 - ii. Por inquérito junto famílias
 - iii. De origem administrativa
 - iv. Derivada
- d. A difusão da informação (INE + ACS)**
- e. Valoração da informação existente por parte utilizadores (INE)**
- f. Informação enviada a organismos internacionais (DGS)**
- 2. AS FRAGILIDADES E DISFUNCIONALIDADES IDENTIFICADAS (INE + ACSS) ALTERADO**
- 3. ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL (ACSS)**
- 4. AS NECESSIDADES DOS UTILIZADORES E A VALORAÇÃO DA INFORMAÇÃO (INE + INSA)**
- a. Análise face à relevância dos Indicadores
 - b. Novos indicadores propostos
 - c. Necessidades por grupos de atores
- 5. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS**
- a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença (DGS)
 - b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências (INE)
- 6. RECOMENDAÇÕES**
- a. **A curto prazo**
 - i. Relativas ao atual sistema de produção de informação estatística (ACSS)
 - ii. Relativas às obrigações internacionais (DGS)
 - iii. Relativas à meta informação necessária (ACSS)
 - iv. Relativas ao diálogo entre produtores ? ?
 - v. Relativas ao diálogo entre produtores/utilizadores da informação ? ?
 - b. **A médio prazo ??**
 - i. Evolução tecnológica
 - ii.
 - c. **A longo prazo ??**
 - i. O sistema de informação estatística a alcançar
 - ii.
4. Outros assuntos

Foi marcada a próxima reunião do GTES para o dia 28 de Outubro, pelas 10.00.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação	Periodicidade/Data de envio
Envio de documentos em falta / analisar propostas apresentadas	INE 10/10 INSA 10/10 ACSS 1 semana antes reunião ACS 30/09 DGS 10/10

12ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/10/28, DGS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 11ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

O Grupo foi informado dos trabalhos decorridos desde a última reunião, concretamente sobre:

- a elaboração da versão compacta do relatório – A versão apresentada para a reunião contém, conforme combinado, os contributos recebidos até 23/10. Não incorpora pois os contributos do INE (referente ao ponto 3.a) – “As necessidades dos utilizadores. Análise face à relevância dos indicadores” e ao ponto 5.b) - “O desenvolvimento dos compromissos internacionais. O regulamento EUROSTAT e suas consequências”) e da ACSS para o ponto 6. “Recomendações”;
- o levantamento II junto de entidades onde foram identificadas lacunas de informação quanto aos sistemas de informação existentes e compromissos internacionais - Foi solicitada a colaboração dos presentes na insistência junto dos “não respondentes” (ROR Norte pelo ACS; ROR Sul, INFARMED e INML pela DGS). Não há informação sobre a C N Doenças Cardiovasculares. As fichas depois de recebidas na sua totalidade serão enviadas para a DGS a fim de serem incorporadas no texto. O ACS ficou igualmente de concluir o levantamento que liderou junto das ARS's, encontrando-se em falta as respostas de Lisboa e vale do Tejo e do Alentejo. O destino destas fichas será o mesmo.

2. Aprovação da ata da 11ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

A análise do relatório, ponto por ponto, originou as seguintes decisões:

- A.** A estrutura do relatório foi novamente alterada (alteração com **realce**):

0. INTRODUÇÃO

a. O Grupo de Trabalho de Estatísticas da Saúde

- b. O enquadramento político recente**
 - c. O relatório**
 - d. O âmbito da abordagem**
- 1. O SISTEMA ACTUAL DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE**
- a. A produção de informação estatística**
 - b. Os atores**
 - c. A informação disponível**
 - i. Por inquérito junto instituições
 - ii. Por inquérito junto famílias
 - iii. De origem administrativa
 - iv. Derivada
 - d. A difusão da informação**
 - e. A Informação enviada a organismos internacionais**
- 2. OS UTILIZADORES DA INFORMAÇÃO ESTATÍSTICA SOBRE SAÚDE**
- a. A valoração da informação existente**
 - b. A relevância dos Indicadores**
 - c. Os novos indicadores propostos**
- 3. AS FRAGILIDADES E DISFUNCIONALIDADES IDENTIFICADAS**
- 4. O ENQUADRAMENTO SOCIAL, POLÍTICO E ADMINISTRATIVO PREVISÍVEL**
- 5. O DESENVOLVIMENTO DOS COMPROMISSOS INTERNACIONAIS**
- a. A evolução previsível das necessidades dos atores em presença**
 - b. O Regulamento EUROSTAT e suas consequências**
- 6. AS RECOMENDAÇÕES**
- a. A curto prazo**
 - i. Relativas ao atual sistema de produção de informação estatística
 - ii. Relativas às obrigações internacionais
 - iii. Relativas à meta informação necessária
 - iv. Relativas ao diálogo entre produtores
 - v. Relativas ao diálogo entre produtores/utilizadores da informação
 - vi.
 - b. A médio prazo**
 - i. Evolução tecnológica
 - ii.
 - c. A longo prazo**
 - i. O sistema de informação estatística a alcançar
 - ii.

ANEXOS

B. Quanto ao texto do relatório foi referido:

Ponto 0.b) - A **DGS** vai alterar a extensa referência ao Plano Nacional de Saúde PNS, encurtando-a e atualizando-a face aos desenvolvimentos recentes;

Ponto 0. d) – Importa clarificar o texto. O **INSA** irá apresentar uma proposta;

Ponto 1 - A incoerência de conceitos permanece. Serão referenciadas as atividades constantes no PA 2011 segundo a terminologia aí expressa.

Será igualmente incluída, com o devido destaque, a Conta Satélite da Saúde. Falta completar informação quanto as vacinações. O **INE** irá apresentar uma proposta de texto.

A **DGS** ficou de fazer o texto sobre o SINAVE para o **ponto 1.c)**.

Quanto aos atores (**ponto1.b)** a **DGS** irá encurtar significativamente o texto e os comentários agora presentes neste ponto serão incluídos, caso se justifique, no **ponto 2**. “Fragilidades e disfuncionalidades”. As “... alterações nas últimas décadas ...”, quanto aos atores em presença, deverão ser igualmente referidas em detalhe no **ponto 2**.

Importa ainda referir neste ponto os atores identificados em 1.c).

Nos **pontos 1.a)** e **1.c)** as operações estatísticas e os sistemas de informação referidos deverão ter os correspondentes anexos com as variáveis (ou as principais variáveis dependendo da quantidade e relevância da informação) em causa. Importa **cada representante** enviar a respectiva informação. Para entidades externas ao GTES a ficha presentemente em circulação resolverá esta lacuna de informação.

Ponto 1.e) - o **INE** irá refazer os quadros, dando-lhes legibilidade, o que ocorrerá após 16 de Dezembro próximo.

Ponto 1.f) – A **DGS** ficou de simplificar o texto, agregando as referências aos grupos/comissões de trabalho à referência aos respectivos “focal point”. Continua a ter destaque a referência à informação enviada, a identificar em anexo.

Ponto 2. - Importa explicitar as conclusões do grupo de 1997 que nunca foram executadas. Não ficou explicitado o responsável por esta tarefa.

Falta explicitar a ausência de informação (ou o corte de séries) com origem em determinadas operações: Inquérito alimentar nacional; Inquérito incapacidades; etc.. O **INSA** ficou de completar o levantamento e apresentar um texto a justificar necessidades.

Ponto 4. - Os quadros têm de ser harmonizados com os anteriores. Foi decidida a sua manutenção no corpo do texto. O **INE** irá refazer os quadros após 16 de Dezembro próximo.

O ponto 6. Não foi abordado.

4. Outros assuntos

Foi marcada a próxima reunião do GTES para o dia 25 de Novembro, pelas 14.30 na ACSS.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Envio textos em falta - Responsabilidades de pormenor apresentadas no presente documento a bold. - Responsabilidades de harmonização global de cada capítulo apresentadas na ata da reunião anterior.	Prazo máximo 20 Nov.
Insistência junto de "não respondentes" levantamento II INE ACS DGS	Imediato

13ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/11/25, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 12ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

- a) O Grupo foi informado da aprovação da Lei orgânica do Ministério da Saúde e de alguns dos organismos dependentes. Não são conhecidos detalhes pelo que se terá de aguardar pelas respetivas publicações para proceder à sua análise e consequências para a "produção estatística" em geral e trabalhos do Grupo em particular. Para o efeito será criado um subgrupo para apresentar ao GTES o resultado dessa análise e escrever um texto para incorporar no relatório (na expectativa de não colocar em causa o texto já concluído).
- b) Está em curso na Autoridade de segurança Rodoviária um trabalho de construção de indicadores ao nível europeu sobre a problemática da sinistralidade. A DGS esteve numa reunião onde o assunto foi apresentado e irá acompanhar os trabalhos, assegurando a devida passagem de informação entre os dois Grupos. A ANSR respondeu ao Levantamento II e a resposta já está com a DGS, que irá analisar e avaliar até que ponto os referidos trabalhos já estão aí refletidos.
- c) A aprovação do registo informatizado de óbitos será discutido na Assembleia da República a 9 de Dezembro próximo para posterior implementação. Existem porém inúmeras dúvidas manifestadas por elementos do GTES nomeadamente quanto à formação dos profissionais de saúde para a codificação, controlo de qualidade da informação, extração de dados, etc. O GTES poderá incluir uma referência a este aspeto nas suas "recomendações".

2. Aprovação da ata da 12ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

A análise do relatório, ponto por ponto, originou diversas decisões que serão expressas no relatório a colocar em CIRCA. Porém, algumas das questões de maior pormenor (e não discutidas na reunião) continuam por responder no relatório colocado em CIRCA.

Da análise efetuada, destacamos ainda:

- Necessidade de completar a fase de diagnóstico a fim do Grupo se focalizar na produção das conclusões/recomendações. Para a conclusão dessa fase, a **DGS** e o **ACS** irão refletir no texto as conclusões do designado Levantamento II, para os pontos referentes aos atores em presença, sistemas de informação e compromissos internacionais.

Falta ainda o contributo do **INSA** sobre a análise dos comentários relativamente aos indicadores ECHI e indicadores propostos (este contributo resulta da conclusão da recolha do inquérito às necessidades).

- **Ponto 1** - A incoerência de conceitos permanece. (Como antes referido - O **INE** ficou de apresentar uma proposta de texto).

Quanto aos atores (**ponto1.b**) como atrás referido, importa atualizar a informação resultante da aprovação das leis orgânicas do Ministério da Saúde e organismos dependentes; A **DGS** ficou de fazer o texto sobre o SINAVE.

Nos **pontos 1.a)** e **1.c)** as operações estatísticas e os sistemas de informação referidos deverão ter os correspondentes anexos com as variáveis (ou as principais variáveis dependendo da quantidade e relevância da informação) em causa. Como referido na ata anterior e retomado na presente reunião, **cada representante** deve enviar a respetiva informação. Para entidades externas ao GTES a ficha presentemente em circulação resolverá esta lacuna de informação.

Ponto 1.e) – (já referido) o **INE** irá refazer os quadros, dando-lhes legibilidade, o que ocorrerá após 16 de Dezembro próximo.

- **Ponto 4.** - Os quadros têm de ser harmonizados com os anteriores. (como antes referido) O **INE** irá refazer os quadros após 16 de Dezembro próximo.
- **Ponto 5. a)** - A **DGS** irá completar este ponto tendo presente somente as alterações de âmbito internacional.
- **Ponto 6.** - Não foi abordado.

4. Outros assuntos

Foi marcada a próxima reunião do GTES para o dia 21 de Dezembro, pelas 10.30 no INE.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Envio textos em falta - Fase diagnóstico Análise comentários INSA Análise Levantamento II DGS e ACS Completar textos relatório (todos) - Responsabilidades de pormenor apresentadas no presente documento e no relatório em CIRCA. - Responsabilidades de harmonização global de cada capítulo	Prazo máximo 16 Dez.

14ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2011/12/21, INE

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 13ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações gerais

a) O Grupo foi informado sobre os recentes contactos com o INEM para o estabelecimento de um quadro de monitorização da atividade de emergência pré hospitalar, a fim de ser eventualmente integrado nas recomendações do GTES.

2. Aprovação da ata da 13ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

A análise do relatório, ponto por ponto (exceto capítulo "recomendações"), originou diversas decisões que serão expressas no relatório a colocar em CIRCA. Porém, da análise efetuada, destacamos:

- Concordou-se na necessidade de completar a fase de diagnóstico até 15 de Janeiro de 2012 a fim do Grupo se concentrar na produção das conclusões/recomendações e cumprir o (novo) prazo estabelecido;
- Subsistem algumas questões gerais, expressas no relatório, ainda por responder, sendo as mais recentes as apresentadas pela DREM que terão de ser esclarecidas com a sua representante em próxima reunião;
- Foi aprovada a proposta do ACS quanto à hierarquia de apresentação das entidades ao longo do relatório, tendo ficado por definir a designação a utilizar: a "antiga" (em vigor em 2011) ou a decorrente da nova LO.
 - INE, DREM, SREA
 - DGS
 - INSA
 - INFARMED
 - ACSS
 - ARS e ACES/ULS

- IPS/IPST
- IDT/SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências)
- INEM
- UMCCI (vai ser extinta e atribuições passam para ACSS)
- CNDCV
- IPO
- Ordens profissionais
- MSSS (GEP, ISS, CNPRP)
- MJ (INML)
- MAI (ANSR)
- ISP

De qualquer modo, a solução quanto à designação a utilizar passa sempre por fazer menção à correspondência entre versões com as necessárias explicações.

Este tema terá que ser novamente abordado quando da publicação das diferentes LLOO do Ministério da Saúde;

- Para a conclusão da fase de diagnóstico a **DGS** e o **ACS** irão completar o texto das conclusões do "Levantamento II", garantindo o equilíbrio na abordagem apresentada sobre as diferentes entidades. Esta preocupação refere-se aos 1.b) 1.c) e 1.e). No mesmo sentido, continua a faltar o contributo do **INSA** sobre a análise dos comentários relativamente aos indicadores ECHI (este contributo resulta da conclusão da recolha do inquérito às necessidades).

Quanto a cada ponto do relatório:

- **Ponto 1** - A incoerência de conceitos permanece. Como já antes referido, o **INE** ficou de apresentar uma proposta correção do texto tendo presente o "Plano de atividades do INE..."; Quanto aos atores (**ponto 1.b**) importa atualizar a informação resultante da publicação das leis orgânicas do Ministério da Saúde e organismos dependentes.

Não se verificaram avanços quanto aos **pontos 1.a) e 1.c)**. Como já consta na ata anterior, as operações estatísticas e os sistemas de informação referidos deverão ter os correspondentes anexos com as variáveis (ou as principais variáveis dependendo da quantidade e relevância da informação) em causa. **Cada representante** deverá enviar a respetiva informação. Para entidades externas ao GTES a ficha presentemente em circulação resolverá esta lacuna de informação.

Dado o interesse manifestado em enviar contributos adicionais para o relatório **Ponto 1.c)**, a **DGS** ficou de agendar uma reunião com a Dr^a Mariana Neto, diretora do CNPRP.

O **INE** irá refazer os quadros do **Ponto 1.e)**, dando-lhes legibilidade. Esta tarefa estava prevista ocorrer após 16 de Dezembro passado.

O **Ponto 1.e)** passa a designar-se “Representações e informação enviada a organismos internacionais”;

- **Pontos 2.a) 2.b)** – O **INE** irá igualmente refazer os quadros. Concordou-se em substituir a apresentação dos quadros por gráficos, remetendo para anexo esse vasto conjunto de informação.

O contributo entretanto recebido do INSA sobre os comentários dos respondentes aos novos indicadores (Inquérito às Necessidades) obriga a que se harmonize o texto (**INE+INSA**);

- **Ponto 3.** - Deve ser incluída pela **DGS** uma recomendação sobre a (não) regularidade de disponibilidade de informação pelos ROR's;
- **Ponto 4.** – Situação idêntica a 1.e) quanto aos quadros;
- **Ponto 5.a)** - A **DGS** vai tentar recolher informação adicional para eventual modificação do texto que apresentou. Importa igualmente analisar a sua concordância com texto de 5.b);
- **Ponto 6.** - Não foi abordado.

4. Outros assuntos

Foi marcada a próxima reunião do GTES para o dia 20 de Janeiro 2012, pelas 10.30, no INE (sala 216).

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Fase diagnóstico: - Alterações decorrentes da publicação das LLOO ACSS - Texto sobre Conta satélite saúde INE - Harmonização conceitos INE - Conclusão Levantamento II DGS e ACS - Eventual revisão texto 5.a) DGS - Harmonização quadros INE - Análise comentários INSA - Completar e harmonizar textos do inquérito às necessidades INSA INE - Responsabilidades de pormenor apresentadas no presente documento e no relatório em CIRCA (a ver)	Prazo máximo 15 Janeiro 2012

15ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/01/20, INE

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 14ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações gerais

Foi referida a saída da Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto Lei nº124/2011 de 29 de Dezembro), aguardando-se a publicação das referentes aos diversos organismos.

2. Aprovação da ata da 14ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações

3. Análise dos textos para o relatório final

A análise do relatório, ponto por ponto, não ultrapassou o capítulo 1.c.. Originou diversas decisões que serão expressas no relatório a colocar em CIRCA, mas destacamos desde já:

- A alteração da designação das operações estatísticas conforme consta no PA do INE e das outras entidades;
- A introdução de uma nova operação estatística "Inquérito aos Postos Médicos";
- A introdução de um novo ponto (Medicamentos) na operação "Estatísticas das Farmácias";
- A inclusão da operação "Conta Satélite da Saúde".

Por fim, o GTES considerou relevante a presença do Dr Henrique Martins, responsável pelo projeto de criação de um registo eletrónico de utentes, e dos responsáveis pela entidade Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS (responsável pela gestão da informação de acordo com a nova Lei orgânica do MS), numa próxima reunião do Grupo, para a abordagem das questões de acesso à informação.

4. Outros assuntos

Foi marcada a próxima reunião para o dia 1 de Fevereiro de 2012, pelas 10.00, na ACSS.

A fim de tentar concluir a "fase de diagnóstico" do relatório, e entrar de imediato nas recomendações, a reunião prolongar-se-á pela parte da tarde. Agradece-se desde já a análise do relatório após o ponto 1.c (inclusive) e dos comentários colocados à margem. Estão

assinalados diversos pontos a completar que deverão ficar concluídos até ao final do corrente mês

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Ações apresentadas na ata anterior e na versão do relatório em CIRCA ainda não realizadas	
Contacto Dr H. Martins pelo ACS	

16ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/02/01, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 15ª reunião do GTES
3. Análise dos textos para o relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações gerais

2. Aprovação da ata da 15ª reunião do GTES

A ata da reunião anterior foi aprovada sem alterações.

3. Análise dos textos para o relatório final

Foi concluída a análise do relatório, ponto por ponto, após o capítulo 1.c. A análise originou diversas decisões que serão expressas no relatório a colocar em CIRCA, mas destacamos desde já:

No **capítulo 1:**

- A anulação da decisão da reunião anterior quanto à criação de um ponto sobre "medicamentos". Reanalisada esta questão, concluiu-se não constituir uma operação estatística pelo que se mantém incluída nas "Estatísticas das Farmácias – Farmácias";
- A introdução de uma nova operação estatística "Inquérito aos Postos Médicos", a incluir após a "...Centros de saúde". Esta operação consta no PA do SREA embora não exista documento metodológico e informação escrita que a descreva devidamente. A DGS vai tentar recuperar o histórico desta operação;
- A inclusão da operação "Conta Satélite da Saúde" referindo porém a sua não classificação em "Saúde e Incapacidades";
- O SREA e a DREM irão completar a abordagem agora apresentada por instituição do M Saúde (capítulo 1.c) com a descrição da situação análoga nas ilhas;
- A DGS acompanhará a publicação das leis orgânicas das entidades referidas no relatório e procederá a ajustamentos do texto quando relevante. O ponto referente à própria DGS (em 1.c) deverá ser reformulado no sentido de enfatizar as tarefas que executa (no domínio estatístico) para além das enquadradas no SEN (referidas em 1.a);

- Foi decidido incluir duas novas entidades (Liga P contra o cancro e Faculdade de Motricidade Humana Lisboa). No segundo caso o ACS fará um pequeno texto com as operações estatísticas que estão associadas;
- Foi alterada a designação do ponto 1.e para "A informação enviada e a representação em organismos internacionais";
- Os quadros apresentados em 1.e serão ordenados alfabeticamente por entidade ou por organismo internacional (dependendo do quadro) e alterados conforme versão a apresentar em CIRCA;

No **capítulo 2:**

- Foi criado um novo ponto 2.c para destacar os comentários recebidos com a designação "Os comentários relativos aos indicadores";
- A referência aos indicadores tem de ser mais claramente identificada. Cada indicador deverá ser destacado com "xxx";
- Será elaborada uma tabela resumo com os TOP5 e TOP25;
- Anula-se o destaque dado através da caixa de texto, sendo o seu conteúdo inserido no texto corrente;
- Cada entidade irá analisar em detalhe os indicadores excluídos da análise de relevância e os critérios usados;

Com esta reunião, após a chegada dos contributos em falta, e a inclusão de um eventual novo conteúdo a resultar da reunião de 10 de Fevereiro próximo, toma-se por terminada a fase de diagnóstico do relatório. A atenção do Grupo concentrar-se-á no capítulo de recomendações / conclusões (**capítulo 6**) e a próxima reunião do GTES terá como objetivos a análise da metodologia a seguir na sua produção, estrutura da apresentação dos conteúdos etc.

4. Outros assuntos

Está convocada a próxima reunião para 10 de Fevereiro com o Prof Henrique Martins. O GTES, no seu formato original, reunirá no dia 28 de Fevereiro de 2012, pelas 10.00, na ACSS. A reunião prolongar-se-á pela tarde.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Análise e envio de comentários sobre os indicadores considerados não elegíveis (capítulo 2) ao INE Drº E Góis	10 Fev.
Revisão final dos capítulos 0 a 4 (incl.) e contributos/respostas em falta (Conclusão diagnóstico)	17 Fev.
Nova versão relatório em CIRCA	23 Fev.

17ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/02/10, MS-SEAMS

Agenda

1. Apresentação do Prof. Dr. Henrique Martins – Coordenador da Comissão para a informatização Clínica

Sumário

1. Apresentação do Prof. Dr. Henrique Martins – Coordenador da Comissão para a informatização Clínica

A apresentação foi assegurada pelo Sr. Eng.º Salavisa dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS. Na impossibilidade de transcrever a apresentação, tendo presentes os objetivos do GTES, podem-se retirar as seguintes conclusões gerais. Sobre os trabalhos em curso nos SPMS:

- Com a nova estrutura organizativa do Ministério da Saúde (Janeiro 2012) são retiradas à ACSS as competências de gestão dos sistemas de informação do ministério, atribuindo-as aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde – SPMS;
- O modelo para a criação de um sistema de informação do MS (SIS - Sistema de Informação do Sistema de Saúde), apresentado ao GTES na sua 6ª reunião, realizada em 27/04/2011, está comprometido dadas as conhecidas dificuldades de financiamento;
- A estratégia em implementação pelos SPMS aponta em privilegiar a consolidação dos sistemas de informação locais (CS, ACES, Hospitais ...) agregando-os em pirâmide desde o nível local até ao todo nacional;
- Está em desenvolvimento uma nova versão do SONHO (sistema de informação instalado há 16 anos na maioria dos hospitais do SNS) onde se reforçam as funcionalidades de "movimentação" de dados. O teste piloto da nova aplicação deverá ocorrer em Abril próximo;
- A consolidação da informação dos centros de saúde ULS e ACES decorrerá proximamente. Importa trabalhar com informação de 376 centros de saúde e 73 ACES agregando-a sucessivamente, como referido, até ao todo nacional (continente);
- Existem problemas de cobertura dos hospitais do continente pelo SONHO (por exemplo os HUC e os 3 IPO não o utilizam, estimando-se a cobertura deste sistema em 95% do nº. de hospitais públicos). Decorrem contatos para alargar a aplicação aos hospitais em falta. Existem igualmente contatos com hospitais da Região Autónoma dos Açores para a sua aplicação mas é realista pensar que o SONHO só venha a cobrir o SNS, entenda-se continente.

Em segundo lugar, dada a ausência do Dr. Henrique Martins (Coordenador da Comissão para a informatização Clínica), foram focados os aspetos principais que presidem ao projeto de criação de um registo clínico nacional através da Plataforma de Dados de Saúde – PDS, iniciativa que sucede ao projeto Registo de Saúde Eletrónico.

A plataforma assenta em dois portais – Portal do Utente e Portal do Profissional. No primeiro portal é relevante focar que se trata da estrutura onde o utente pode permitir aos profissionais de saúde o acesso à sua informação, eventualmente dispersa por diferentes unidades do SNS; o segundo portal permite o acesso aos profissionais de saúde e a consulta da informação individualizada do utente na sua relação com o SNS, incluindo informação de natureza clínica. Só permite consulta de cada registo per si, estando inviabilizada a sua importação, cruzamento ou agregação.

A informação em causa, potencialmente de interesse estatístico, é a mesma que a atrás referida, na posse dos estabelecimentos de saúde (mesmo universo de partida), com os condicionantes adicionais da plataforma só possibilitar a visualização e ser restrita aos utentes que expressa e previamente deram a sua concordância quanto ao acesso para determinadas funcionalidades.

Em síntese, a Plataforma de Dados de Saúde PDS é um projeto de grande relevância do ponto de vista operacional para os profissionais de saúde e com ganhos potenciais de eficiência para o Sistema Nacional de Saúde, mas de reduzido interesse para a produção regular das estatísticas da saúde. Pelo contrário, as iniciativas em curso nos SPMS, com a nova versão do SONHO e os trabalhos de consolidação e agregação da informação dos hospitais e centros de saúde, dada a disponibilidade demonstrada e o conjunto de informação que recolhe, são as vias a aprofundar.

Para uma primeira análise o INE ficou de enviar as “variáveis/indicadores” que recolhe por inquérito (para já hospitais e centros de saúde). Contudo, só após o GTES estabilizar a lista de “variáveis/indicadores” a recomendar poderá ser realizada uma nova sessão de trabalho para avaliar a sua cobertura pelos atuais sistemas de informação e, eventualmente, as alterações a empreender nos desenvolvimentos informáticos em curso.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Envio lista indicadores inquéritos aos hospitais e centro de saúde INE	Imediato

18ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/02/28, 10.00h-17.30h, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação das atas das 16ª e 17ª reuniões do Grupo de Trabalho
3. Análise do relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações
2. Aprovação das atas 16ª e 17ª reuniões

As atas foram aprovadas com uma ligeira alteração (números de ACeS e Centros de Saúde) na referente à 17ª reunião.

3. Análise do relatório final

Prosseguiu a análise do relatório (colocada em CIRCA designada versão 2012 02 20) agora referente ao capítulo 6 – Recomendações. O Grupo concordou pelo encerramento da análise quanto aos restantes capítulos, tendo ficado o Presidente de incluir eventuais alterações de pormenor e bilateralmente resolver eventuais dúvidas.

Para além da apresentação genérica de algumas recomendações a incluir na próxima versão do texto, os enunciados e propostas de recomendações apresentadas recolheram uma primeira concordância.

Eventuais propostas de alteração deverão ser apresentadas até 8 de março próximo.

Para sistematizar a abordagem e as recomendações a formular, o Grupo ensaiou a produção de um quadro, contendo o cruzamento das necessidades de informação (indicadores ECHI) com os sistemas de informação (SI) existentes no MS (1). Apesar das dificuldades derivadas do desconhecimento detalhado desses sistemas, decidiu prosseguir com o seu preenchimento cruzando a informação relevante para o Regulamento e os SI do MS (2); a informação existente no SEN e os indicadores ECHI (3) e informação SEN e a informação relevante para o Regulamento (4). No fim, importa, ter 4 quadros, tendo ficado o INE responsável pela sua produção.

Foi novamente referida a eventual necessidade futura de introduzir alterações em algumas das recomendações a apresentar, decorrente da incerteza vivida no seio do MS com a saída e aplicação das novas LO's dos organismos do MS.

4. Outros assuntos

Acertou-se o calendário das próximas reuniões onde consta a a realizar novamente com o SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, um novo ator que surge com a nova Lei Orgânica, e que gere algumas das principais aplicações informáticas do Ministério (vd síntese 17ª reunião do GTES).

Próximas reuniões do GTES 15, 26 e 27 de Março visando a conclusão do relatório a 30 Março.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Semana de 5 de Março – reuniões bilaterais. Prosseguir escrita Recomendações	Imediato
Envio informação Eng.º. Salavisa	01 Março / INE
Preenchimento quadros informação existente / necessidades ECHI e Regulamento	Imediato / INE
Envio contributos capítulo Recomendações	08 Março
Nova versão em CIRCA	12 Março
Envio relatório a peritos	13 Março (resposta até 23 Março)

Reunião (Grupo restrito)**Data e local: 2012/03/06, 10.00h-17.30h, INE****Agenda**

Análise relatório ponto 1 a 5 (incl)

SumárioAnálise do relatório final

1 - Prosseguiu a análise do relatório (colocada em CIRCA, designada versão 2012 02 20) nos capítulos 1 a 5, numa primeira parte da reunião nos aspetos com referências à Direção Geral de Saúde.

As conclusões da reunião serão expressas no contributo a enviar pela DGS até 8 de Março, assim como nas fichas a preencher.

De notar a falta da informação referente à Saude24 e à Entidade Reguladora da Saúde ERS - A primeira a colmatar pela DGS, a segunda pelo presidente do grupo.

2 - Na segunda parte a abordagem focalizou-se nos aspetos relacionados com as regiões autónomas da Madeira e dos Açores.

As alterações acordadas serão novamente refletidas na próxima versão a colocar em CIRCA até 12 Março próximo.

A RAA ficou de preencher a ficha de caracterização das operações referente ao RORA - Registo Oncológico dos Açores.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação/ Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Prosseguir escrita "Recomendações"	Imediato
Preenchimento quadros informação existente / necessidades ECHI e Regulamento	Imediato
Envio contributos capítulo Recomendações	08 Março
Nova versão em CIRCA	12 Março

Reunião (Grupo restrito)

Data e local: 2012/03/07, 12.00h-13.45h, MS

Agenda

Análise de viabilidade do recurso a fontes administrativas para resposta ao atual inquérito aos hospitais e ao inquérito aos centros de saúde.

Sumário

I - Hospitais

1. Nas bases do SPMS os dados de base estão organizados por Centro Hospitalar (a única entidade que tem NIF) sobretudo por terem origem ou relação com informação financeira. Porém, é possível que grande parte da informação (não financeira) seja apurada por hospital, de forma direta ou indireta.
2. A informação necessária para cobrir a atualmente solicitada no Inquérito aos Hospitais tem origem em diversas aplicações geridas pelo SPMS. É de referir a aplicação para gestão de recursos humanos RH, que se encontra presentemente em desenvolvimento, só poderá dar acesso a informação em Janeiro de 2013.
3. Importa ter presente a não coincidência de alguns conceitos entre as várias bases do MS, para além das dificuldades de aplicação de alguns normativos. Este aspeto implica uma análise no domínio conceptual mais fina por parte dos envolvidos.
4. Há problemas de cobertura da aplicação SONHO que estão a tentar ser resolvidos. São os casos dos 3 IPO's, HUC, Stª Maria e H Leiria, por um lado; e das parcerias PPP (Braga, Cascais, Centro S Braz Alportel e Loures) por outro. Estas situações representem uma parte significativa da atividade.
5. A análise das variáveis do Inquérito aos Hospitais cobertas pelas bases de dados do SPMS resultou no quadro em anexo.

II - Centros de Saúde

1. O sistema de informação irá ser reformulado, privilegiando o ACeS. Foi considerado relevante manter a possibilidade do registo e apuramento de informação ao nível da unidade local (centro de saúde). O GATES deverá incluir no relatório uma recomendação nesse sentido.
2. A informação necessária para cobrir a atualmente solicitada no Inquérito aos Centros de Saúde (à exceção RNCCI) tem origem em diversas aplicações geridas pelo SPMS. O programa SINUS ainda não se encontra em reformulação. Quando tal for aprovado serão necessários cerca de 18 meses para entrar em produção. Por sua vez a parte de RH deverá estar disponível em Janeiro de 2013.

3. A terminologia utilizada nos cuidados de saúde primários é “programa” (e não “especialidades”), pelo que o questionário do Inquérito em curso deverá ser alterado.
4. A análise das variáveis do Inquérito aos Centros de Saúde cobertas pelas bases de dados do SPMS resultou no quadro em anexo.

Anexos (quadros)

19ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/03/15, 10.00h-18.30h, ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação das atas anteriores
3. Análise do relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações

O Grupo foi informado do resultado da reunião realizada na Entidade Reguladora da Saúde - ERS. Destaca-se o interesse em aprofundar a relação com essa entidade, nomeadamente no domínio específico da constituição de ficheiros e da produção de alguns indicadores estatísticos sobre a oferta privada ambulatório. Os resultados da reunião devem se contemplados na próxima versão do relatório.

2. Aprovação das atas anteriores

As atas da 18ª reunião e da reunião restrita de 2012 03 06 foram aprovadas. Foram sugeridas alterações à ata da reunião restrita de 2012 03 07, realizada no M Saúde.

3. Análise do relatório final

Ao contrário do decidido na anterior reunião, o relatório não foi enviado aos peritos para análise, no passado dia 13 de Março, pois não foi possível recolher recomendações dos membros do GTES que o tornavam próximo da versão final. À data a sua análise apresentava-se como prematura.

Prosseguiu a análise do relatório (colocada em CIRCA - designada versão 2012 03 09) agora referente ao capítulo 6 apesar de serem ainda escassos os contributos. Foi dado um novo prazo para a apresentação de novas propostas.

A versão a colocar em CIRCA para a próxima reunião deverá com ter as recomendações abordadas na reunião assim como as recebidas até 21 Março próximo.

Acordou-se em apresentar as recomendações em dois grandes grupos: curto prazo; e médio/longo prazo.

Fez-se ainda notar que os restantes capítulos do relatório estão encerrados, devendo-se a atenção dos membros do GTES concentrar no sexto ponto – Recomendações, em concreto das suas relações com os capítulos 3 (resultados do inquérito realizado); 5 (enquadramento previsível); e 6 (compromissos internacionais). Importa garantir que todo o enunciado apresentado ao longo do relatório, quando relevante, tenha a devida sequência no capítulo das recomendações. Neste particular destaca-se o vasto inquérito realizado junto dos utilizadores da informação estatística em saúde que apresenta inúmeras propostas para o quadro de um futuro sistema de informação. Na reunião foi feita essa análise para o capítulo 4 (fragilidades identificadas).

Foi ainda decidido avançar com uma abordagem análoga através da análise das fichas de caracterização dos sistemas de informação identificados; e através dos quadros de cruzamento de necessidades de informação (Regulamento ECHI) versus informação de origem SEN e SI's do Ministério da Saúde.

4. Outros assuntos

A próxima reunião decorrerá nos próximos dias 26 e 27 Março, esperando-se que o relatório seja apresentado já na sua versão final.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação / Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Tarefas identificadas: - análise informação dos capítulos do relatório para recomendações - análise quadros necessidades / fontes para recomendações - análise informação quadros sistemas informação - prosseguir escrita "Recomendações"	Imediato / GTES
Prosseguir formatação / correção do corpo do texto e anexos	imediato / INE
Envio fichas sistemas informação recebidas em XLS	imediato / INE
Envio contributos capítulo Recomendações	21 Março / GTES
Nova versão em CIRCA	23 Março / INE
Envio relatório a peritos	23 Março / INE (resposta até 30 Março)

20ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/03/26 e 27, 10.00h-17.30h, MS e ACSS

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata anterior
3. Análise do relatório final
4. Outros assuntos

Sumário

1. Informações
2. Aprovação das atas anteriores

Foi aprovada a ata da 19ª reunião.

3. Análise do relatório final

Para além das anotações à versão do relatório 2012 03 20, enviado ao GTES em 2012 03 22, são de referir os principais pontos acordados:

- Elaboração de um quadro síntese para as fragilidades identificadas (capítulo 4);
- Referir no email de envio do relatório ao S/CSE o interesse do GTES na organização de um evento (por convites), patrocinado pelo CSE, para discussão das conclusões do relatório junto dos potenciais interessados;
- Necessidade de reorganizar as "fichas SI" por entidade / sistema de informação;
- Assegurar a coincidência das referências aos sistemas de informação no corpo do texto, incluindo o quadro (relações entre SI e ECHI / Regulamento), com as fichas em anexo;
- Necessidade de completar e reorganizar o quadro (relações entre SIs e ECHI / Regulamento);
- Elaborar o sumário executivo de imediato;
- Enviar o relatório aos peritos (eventualmente sem sumário executivo) até dia 30 de Março, com pedido de parecer até 11 de Abril próximo;
- Reunir a 17 de Abril para conclusão do relatório, tendo presente a receção dos pareceres dos peritos que deverá ocorrer até 11 de Abril.

4. Outros assuntos

A próxima reunião decorrerá no próximo dia 17 Abril, a confirmar até 13 de Abril.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação / Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Tarefas identificadas: - fazer quadro com fragilidades identificadas - Reorganizar fichas sistemas informação - Concluir quadro (relações entre SI e ECHI / Regulamento); - Prosseguir escrita "Recomendações" - Enviar bibliografia	Imediato / GTES
Prosseguir formatação / correção do corpo do texto e anexos	imediato / INE
Enviar relatório a peritos	30 Março / INE (resposta até 11 Abril)
Disponibilizar nova versão em CIRCA (a depender pareceres peritos)	13 Abril

21ª Reunião - Grupo de Trabalho Estatísticas da Saúde

Data e local: 2012/04/17, 10.00h-12.30h, INE

Agenda

1. Informações
2. Aprovação da ata da 20ª reunião
3. Análise dos contributos recebidos dos peritos
4. Aprovação final do relatório

Sumário

1. Informações

2. Aprovação da ata da 20ª reunião

Foi aprovada a ata de 26 e 27 de Março último

3. Análise dos contributos recebidos dos peritos

A generalidade dos presentes pronunciou-se sobre o único parecer recebido realçando o interesse em alterar o relatório em dois aspetos, para uma melhor clarificação do apresentado. Encontram-se nessas situações (1) a não referência a sistemas complementares de financiamento como a ADSE, serviços das forças armadas, serviços das forças de segurança, e ainda serviços próprios prestados por empresas como a Caixa Geral de Depósitos; (2) o carácter não exaustivo das entidades inquiridas no "inquérito às necessidades dos utilizadores" realizado.

Relativamente aos restantes pontos questionados no parecer, o Grupo não entendeu necessário alterar o conteúdo do relatório. O Presidente do GTES ficou de contactar o Prof Gouveia Pinto para o esclarecimento dessas situações.

Não foi recebido o segundo parecer solicitado. O relatório foi enviado ao Prof Pitta Barros (para dois emails diferentes), tendo o Presidente do Grupo ficado de confirmar a sua receção.

4. Aprovação final do relatório

O relatório foi aprovado pelo GTES e será enviado ao Secretariado do Conselho Superior de Estatística para análise pela Secção Permanente de Estatísticas Sociais.

Síntese do calendário de ações a desenvolver:

Ação / Responsabilidades	Periodicidade/Data de envio
Tarefas identificadas: - Contatar peritos - Enviar relatório final ao secretariado do CSE	Presidente do GTES

