

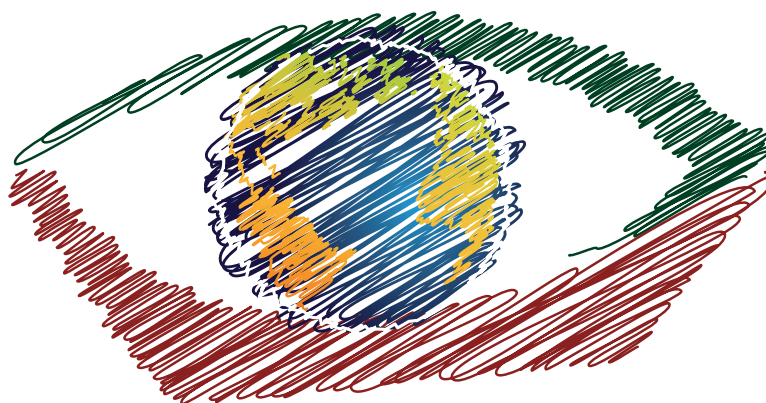
OBSERVARE 1st International Conference

16 - 17 - 18 November, 2011

I Congresso Internacional do OBSERVARE

16 - 17 - 18 Novembro, 2011

INTERNATIONAL TRENDS and Portugal's Position



AS TENDÊNCIAS INTERNACIONAIS e a posição de Portugal

Actas

Universidade Autónoma de Lisboa | Fundação Calouste Gulbenkian

<http://observare.ual.pt/conference>



Envelhecimento Demográfico e Saúde: desafio para a Segurança Sanitária em Portugal

Carla Leão
Universidade Nova de Lisboa

Palavras chave: Segurança sanitária, globalização, envelhecimento, saúde

A Segurança Sanitária, relacionada com a saúde do indivíduo e serviços de saúde disponíveis nas regiões ou nos Estados da UE, tem sido pouco documentada. Não obstante, existem preceitos da UE em conformidade: o Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “A segurança sanitária: uma obrigação colectiva, um direito novo” (2005/C120/10), entre outros documentos demonstrativos da relevância do tema ao nível nacional, europeu e Internacional, dadas as relações de cooperação internacional mediadas pela ONU e pela OMS . Considerando: (1) o quadro europeu e nacional de envelhecimento demográfico, especificamente o aumento dos efectivos populacionais com mais de 65 anos e mais de 80 anos, (2) o movimento migratório interno da população mais jovem para os centros urbanos, (3) a diminuição do suporte familiar, advindo da alteração das estruturas familiares, deparamo-nos com áreas vastas de população idosa, só, fragilizada, pouco instruída, com poucos recursos económicos e com dificuldades em se deslocar aos centros detentores de serviços de saúde. Neste contexto, e reportando-nos ao fenómeno da globalização e aos riscos inerentes como o bioterrorismo, deparamo-nos com a constatação empírica de que estas populações fragilizadas e com limitações no que concerne à proximidade de meios de diagnóstico e tratamento, ou seja protecção à saúde, poderão ser a janela de oportunidade à ofensiva biológica ou química. Decorrendo deste contexto, propomos fazer o estudo do envelhecimento Demográfico e dos serviços de Saúde em Portugal ao nível das suas NUTS III, de forma a caracterizar e conhecer as realidades regionais, sendo que os serviços de saúde, para além de agentes de prestação de cuidados, são as entidades privilegiadas em matéria de vigilância sanitária. Poderá assim contribuir para o conhecimento da realidade do terreno, possibilitando-nos uma avaliação dos riscos para a segurança do país e dando suporte à tomada de decisão em matéria de medidas relativas à defesa.

Carla Leão – Mestre em Ciência Política e Relações Internacionais (CPRI) pela FCSH-UNL. Assistente convidada no Departamento de Estudos Políticos da FCSH-UNL. Docente da licenciatura em CPRI (Demografia Social e Políticas Demográficas, Ecologia Humana). Colaboradora do Mestrado em CPRI especialização em Globalização e Ambiente: Seminário de Ambiente Saúde e População e seminário de Globalização e Sociedade de Risco. Doutoranda em RI na FCSH-UNL. Investigadora no CEPESE. Auditora de Defesa Nacional.

Segurança Sanitária em Portugal num Cenário de Envelhecimento Demográfico¹

Carla Leão

Num contexto de aproximação e interdependência dos povos denominado por globalização ou mundialização e perante a concepção de que o nível territorial regional ou local é, de forma peremptória, influenciado por este processo e que ele próprio é factor influenciador, tendo por referência o território português, inserido no quadro mundial de relações e consequências, as quais quer sejam positivas ou negativas marcarão a sua presença e para as quais teremos que estar precavidos, incitámo-nos a desenvolver a presente investigação.

Esta investigação foi pautada pelo objectivo de perceber o estado da arte relativamente à segurança sanitária, designadamente a existência de equipamentos de saúde de proximidade, relacionada com o cenário demográfico nacional ao nível das NUTS III portuguesas, nomeadamente o envelhecimento demográfico e o êxodo rural, num contexto internacional de preocupação com a ameaça de terrorismo com utilização de agentes biológicos. Bem como perceber as directrizes internacionais e as acções tomadas a nível nacional.

Neste sentido colocámos as seguintes questões: 1) Num mundo globalizado e perante um cenário mundial de ameaça latente de acções terroristas, nomeadamente utilizando agentes biológicos, que medidas desenvolveram os actores ou organizações internacionais e nacionais que objectivem a segurança das populações, designadamente no que concerne com a saúde?; 2) Perante o cenário nacional de envelhecimento demográfico e êxodo da população jovem das regiões menos desenvolvidas, estará o processo de reestruturação das unidades de saúde, a fragilizar o país no que respeita à segurança sanitária?

Optámos por fazer uma análise documental e dos dados publicados, não pretendendo ser exaustiva uma vez que constitui o ponto de partida para uma investigação mais abrangente, ou seja pretendemos conhecer o enquadramento para com este delinear o percurso a seguir. As fontes internacionais eleitas foram ONU², OMS³, NATO⁴ e a UE⁵, por via das suas publicações electrónicas, e relatórios de organizações ou instituições com reconhecido mérito. As fontes nacionais utilizadas são as instituições governamentais com relevância na matéria e instituições credíveis, nomeadamente a ANPC⁶, a DGS⁷ e o INE⁸, bem como algumas obras que consideramos de referência.

O cenário mundial actual vivencia um processo de globalização irrefutável e irreversível. Com este ou na essência deste, conforme o ângulo de análise, incrementou-se a mobilidade de pessoas, bens, serviços, capitais, ideologias e conhecimento. Dependendo do âmbito do debate internacional, poderá ser atribuído ao processo de globalização factores positivos, desde logo no que concerne ao conhecimento, mas também são atribuídas à globalização consequências negativas como seja o aumento dos riscos, que deixaram de ter uma esfera meramente local para atingir uma esfera mundial. Estas consequências induzem à inquietação dos Estados e das organizações internacionais que envidam esforços para as debelar e emanam orientações e normas que objectivam a mitigação dos riscos.

Este cenário levou ao assumir do conceito *sociedade de risco*, o qual poderemos declarar, de uma forma empírica, ter-se afirmado no contexto mundial a partir dos atentados de 11 de Setembro de 2001 nos Estados Unidos da América e posteriores atentados e ameaças de atentados a outros Estados. Com estes acontecimentos colocou-se na agenda mundial a noção de ameaça latente com origem em agentes

¹ Artigo desenvolvido no âmbito do Projecto AgHeP PTDC/CS-DEM/109967/2009, financiado pela FCT. Utilizado como súmula ao Trabalho de Investigação Final no Instituto de Defesa Nacional para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do Diploma do Curso de Defesa Nacional 2011. A aguardar provas públicas.

² Organização das Nações Unidas

³ Organização Mundial da Saúde

⁴ Organização do Tratado do Atlântico Norte

⁵ União Europeia

⁶ Autoridade Nacional de Protecção Civil

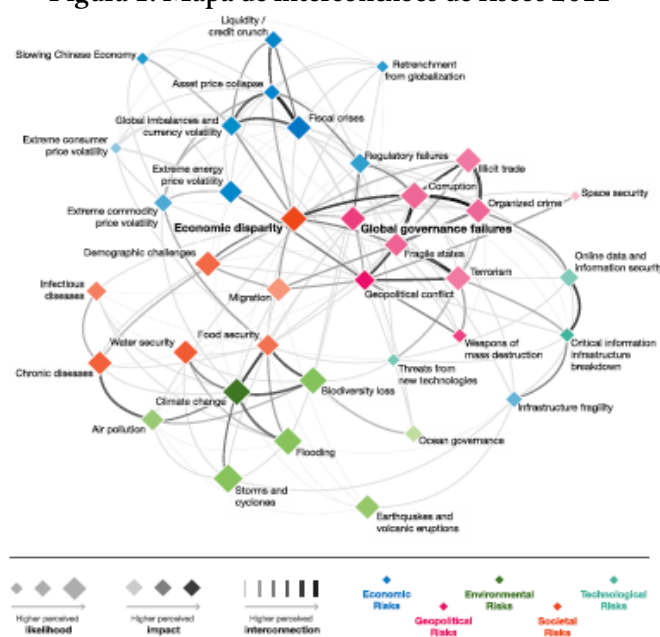
⁷ Direcção Geral de Saúde

⁸ Instituto Nacional de Estatística

sem rosto e com a nota da imprevisibilidade a nortear as suas ameaças, nomeadamente a noção de ameaça biológica e o denominado bioterrorismo.

No *World Economic Forum* no relatório *Global Risks 2011*⁹ pode ler-se, relativamente à percepção de risco que “(...) *the global risk context in 2011 is defined by a 21st century paradox: as the world grows together, it is also growing apart (...)*”, subentendendo dimensão do risco global e a disparidade de valores e de bens promotores de insegurança latente. Neste documento, conforme figura 1, pode observar-se que o risco de terrorismo está patente. No mesmo relatório está explícito, no capítulo dedicado aos *Risks to Watch*, e no ponto sobre armas de destruição maciça que se deverá ter em atenção os riscos NRBQ (Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico) e que estes podem ocorrer através de ataques terroristas. De forma a dar ênfase a esta ideia acrescenta que os *experts* na área defendem que o uso pelos terroristas de dispositivos radiológicos improvisados, a sabotagem química de plantas ou de cadeias de abastecimento e a ocorrência de ataques biológicos de pequena escala ocupam um lugar de destaque no ranking dos riscos NRBQ a observar.

Figura 1: Mapa de interconexões de riscos 2011¹⁰



O mesmo relatório acrescenta no que considera os riscos de âmbito social, o impacto reconhecido das alterações demográficas, das migrações, das doenças crónicas e das doenças infecciosas. Sendo que se relacionarmos estas últimas com o incremento da mobilidade referida anteriormente e neste relatório, poderemos extrapolar que a patologia infecciosa e contagiosa poderá ser um risco para a segurança sanitária dos Estados, mais ou menos relevante consoante a realidade política e económica do mesmo. Vivemos num mundo que no relativo à segurança sanitária está ameaçado pelo terrorismo, no que respeita a ameaças biológicas¹¹ e pelas patologias infecciosas, contagiosas, que poderão eclodir em epidemias, abarcando um número considerável de pessoas e de Estados, tendo como factor facilitador da propagação as migrações nas suas várias vertentes.

Neste contexto, os Estados e as organizações internacionais, nomeadamente a UE, a ONU e a NATO, têm debatido, de forma sistemática, esta problemática e, de forma sumária, poderemos afirmar que as suas preocupações e orientações vão no sentido de investir e desenvolver a nível local, com suporte das organizações, acções que incrementem os níveis de prevenção, detecção e preparação e resposta. No que se relaciona com a preparação e resposta pretende-se desenvolver capacidades de

⁹ World Economic Forum, 2011, *Global Risks 2011*, Genebra. Disponível em: <http://riskreport.weforum.org/> (Consultado em: 01/02/2011)

¹⁰ Idem

¹¹ Referimos somente as biológicas, no entanto poderíamos incluir todo o espectro das ameaças NRBQ (Nuclear, Radiológica, Biológica e Química)

modo a estar apto para responder de forma eficiente aos incidentes e a recuperar de forma célere. Salvaguardando que os *experts*, na matéria, consideram que a dificuldade em levar á vante um ataque de natureza biológica¹² é cada vez maior, no entanto determinam que é de extrema importância criar medidas preventivas.¹³

As acções a desenvolver e desenvolvidas são alicerçadas na cooperação internacional, comunicação com a população, meios de comunicação, treino, segurança pessoal, pesquisa e criminalização das acções. A UE especifica a necessidade de intercâmbio de boas práticas, de abordagens e metodologias entre os Estados-Membros, bem como a avaliação de risco e ameaça com base em construção de cenários. Acrescenta que tendo como objectivo a segurança civil, devem definir-se os requisitos mínimos de detecção, avaliação, identificação e monitorização das ameaças e neste contexto a protecção civil assume um papel de primordial importância.¹⁴

Um outro nível de acção que as organizações internacionais determinam é relativo à monitorização e vigilância, sendo os mecanismos de vigilância de extrema importância para deter a propagação de patologias susceptíveis de se propagarem. As mesmas organizações acrescentam o latente perigo de ataques biológicos de pequenas dimensões, sendo a população alvo preferencial aquela que se encontra em situação de vulnerabilidade, fragilidade e de desprotecção, uma vez que é mais fácil de afectar aos vários níveis e primordialmente ao nível da saúde.

A ONU, neste contexto e considerando o cenário de ameaça latente, quer seja de origem terrorista ou de outra natureza, determinou que a OMS¹⁵ auxiliasse os Estados na organização dos sistemas públicos de saúde, designadamente em relação á forma de prevenir e de estar preparado para casuais ataques biológicos por parte de terroristas e em relação a medidas de alerta e resposta para epidemias¹⁶.

Reconhecida a necessidade de uma resposta concertada a nível mundial, a OMS desenvolveu iniciativas na figura do Grupo de Trabalho Intergovernamental¹⁷, do qual todos os Estados Membros da OMS fazem parte, que culminaram, em 2005, no Regulamento Sanitário Internacional¹⁸ [RSI (2005)] que entrou em vigor a 15 de Junho de 2007¹⁹. Este Regulamento objectiva prevenir e controlar a propagação de patologias, ao nível internacional, e dar resposta, adequada e concertada, aos riscos para a saúde pública advindos das ameaças de natureza terrorista e de outras proveniências. A aplicação do Regulamento inspirar-se-á na Carta das Nações Unidas e na Constituição da OMS. Em conformidade com a mesma Carta e com os princípios do direito internacional, os Estados têm o direito soberano de legislar e de aplicar as leis de acordo com as suas políticas de saúde, respeitando os objectivos do RSI (2005). O RSI (2005) surge inserido no contexto do programa da OMS *Global Alert and Response (GAR)*²⁰, que tem como visão um sistema integrado global de alerta e resposta para epidemias e outras emergências de saúde pública com base em sistemas públicos nacionais de saúde fortes e um sistema internacional eficaz que objective respostas coordenadas. Tem como uma das suas funções reforçar a biossegurança e prontidão para surtos de epidemias relativas a agentes patogénicos perigosos emergentes, bem como manter e desenvolver uma plataforma global de apoio para resposta a surtos e apoio a serviços regionais.

¹² Acrescentam nuclear, radiológico e químico.

¹³ Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *On Strengthening Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Security in the European Union – an EU CBRN Action Plan*, Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho, COM(2009) 273 final, 24.6.2009. Bruxelas. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/fight_against_terrorism/jl0030_en.htm (Consultado em: 10/02/2011)

¹⁴ Idem

¹⁵ “A Organização Mundial de Saúde (OMS) é o organismo internacional do sistema das Nações Unidas responsável da saúde. Os *experts* da OMS elaboram directrizes e normas sanitárias, e ajudam os países a abordar as questões de saúde pública. A OMS também apoia e promove as investigações sanitárias. Por mediação da OMS, os governos podem resolver conjuntamente os problemas sanitários mundiais e melhorar o bem-estar das pessoas.” In Organização Mundial da Saúde, 2006, *Trabajar en pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud*. Suíça. Disponível em: http://www.who.int/about/brochure_es.pdf (Consultado em: 06/01/2011)

¹⁶ Organização das Nações Unidas, 2006, 60/288. *The United Nations Global Counter-Terrorism Strategy*, Assembleia Geral de 20 de Setembro. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/terrorism/Index/60-288en.pdf> (Consultado em 08/02/2011)

¹⁷ Estabelecido na Assembleia da Saúde em 2003

¹⁸ Organização Mundial de Saúde, (2008), *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, 2ª edição, Genebra. Disponível em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado em 10/03/2011)

¹⁹ Adoptado pela 58ª Assembleia Mundial da Saúde de 23 de Maio de 2005

²⁰ Organização Mundial de Saúde, 2011, *Global Alert and Response (GAR)*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/en/> (Consultado em 01/02/2011)

Relativamente à vigilância²¹ no Artigo 5 do Título II, o RSI (2005) demarca que cada Estado Membro desenvolve, reforça e mantém a capacidade de detectar, avaliar e notificar eventos²² e presta informações relativas ao mesmo, as quais são compiladas pela OMS e esta através da sua análise avalia o seu potencial de propagação internacional.

Em conformidade a UE, e tendo adoptado o RSI (2005), determina que os Estados-Membros têm a responsabilidade de proteger os seus cidadãos no que respeita às ameaças NRBO, devendo adoptar as medidas necessárias, uma vez que será a sua legislação, protecção civil e serviços médicos, desde as ambulâncias aos hospitais que primeiramente actuarão e que darão o apoio a *posteriori*, sendo que a UE dará suporte caso os Estados não tenham meios para efectivar o debelar das consequências ou em situação que existam implicações para além das fronteiras do Estado envolvido. Concordantemente, desenvolveu mecanismos de forma a assegurar uma *coordinated approach*, como sejam, entre outros, o *Community Mechanism for Civil Protection*, com a função de facilitação da cooperação ao nível das intervenções da protecção civil; o *Monitoring and Information Centre* (MIC), que coadjuva a mobilização, transporte e coordenação da assistência dada pela protecção civil aos Estados em emergência; o *Crisis Coordination Arrangements* (CCA); *Crisis Management System* (ARGUS); *Early Warning and Response System for Communicable Diseases* (EWRS); *Early Warning and Response System for Biological and Chemical Health Threats* (RAS-BICHAT); o *Health Security Committee*; o *European Centre for Disease prevention and Control* (ECDC).

A Comissão Europeia concretizou uma iniciativa que produziu o *Commission Staff Working Document-Health Security in the European Union and Internationally* (2009)²³, o qual corresponde à primeira resposta ao solicitado no *Health Council Conclusions adopted in December 2008 on health security*²⁴, bem como contribui para as solicitações feitas pela OMS, nomeadamente no que respeita ao RSI (2005). O objectivo deste documento é definir a estratégia a seguir para a segurança na saúde e o trabalho do *EU Health Security Committee*²⁵

O enfoque dado às ameaças NRBO, nomeadamente às que utilizam agentes biológicos, assumiu-se de tal forma na agenda política que, para além do já referido, a UE em 2007 lança a *EU health strategy*²⁶, na qual a Comissão estabeleceu os mecanismos de intervenção nas matérias de ameaças à saúde pública e para desenvolver a colaboração com os parceiros mundiais, reforçando a necessidade de cooperação dentro da UE e a nível internacional. Nesta Estratégia a Comissão estabeleceu mecanismos de vigilância, preparação e resposta e de entre eles o *Reinforcing the Union's disaster response capacity*²⁷ e deste destacamos o instrumento de resposta, alerta e coordenação *Rapid Alert Systems* (RAS) que presta uma resposta rápida e eficiente a acidentes de sectores específicos como ataques biológicos e químicos, entre outros.

Nesta estratégia a Comissão determina a diminuição das desigualdades a nível regional e a protecção na saúde de forma a diminuir a morbilidade e a manter a vigilância relativamente a ameaças biológicas e químicas. Bem como refere a necessidade de protecção na saúde dos idosos, mencionando que promover uma vida saudável é em termos económicos mais vantajoso do que tratar a doença.

²¹ "Vigilancia, significa la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente" in Organização Mundial de Saúde, (2008), *Reglamento Sanitario Internacional* (2005), 2ª edição, Genebra. Disponível em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado em 10/03/2011)

²² "Evento, significa la manifestación de una enfermedad o un suceso potencialmente patógeno" in Organização Mundial de Saúde, (2008), *Reglamento Sanitario Internacional* (2005), 2ª edição, Genebra. Disponível em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado em 10/03/2011)

²³ Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *Commission Staff Working Document-Health Security in the European Union and Internationally*. Bruxelas. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/commission_staff_healthsecurity_en.pdf (Consultado em: 02/04/2011)

²⁴ Conselho da União Europeia, 2008, *Council Conclusions on health security. 2916th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Council meeting*. Bruxelas. Disponível em: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/104770.pdf (Consultado em: 02/04/2011)

²⁵ Directorate General Health & Consumers, 2011, *Health Security Committee*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/hsc/index_en.htm (Consultado em 04/04/2011)

²⁶ Comissão das Comunidades Europeias, 2007, *White Paper-Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*, Bruxelas. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf (Consultado em: 07/04/2011)

²⁷ Comissão das Comunidades Europeias, 2008, *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on Reinforcing the Union's Disaster Response Capacity*. Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0130:FIN:EN:PDF> (Consultado em 11/04/2011)

Encarrega, também, os Estados a promover a segurança no que concerne com ameaças à saúde, nomeadamente epidemias e bioterrorismo, e em particular melhorar os meios de vigilância e resposta. Incumbe igualmente os Estados a promover a prevenção e os cuidados primários, sendo que a utilização da tecnologia poderá facilitar este processo, assim como poderá permitir a manutenção dos serviços de saúde regionais, ou seja de proximidade.

A saúde das populações assume um papel de extrema relevância na política nacional e internacional e isto é confirmado no Tratado Reformador, ou Tratado de Lisboa em 2007, no seu Título XIV Artigo 168 “(...) Na definição e execução de todas as políticas e acções da União é assegurado um elevado nível de protecção da saúde (...) A acção da União, que é complementar das políticas nacionais, incide na melhoria da saúde pública, bem como na prevenção das doenças e afecções humanas e das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta acção abrange a luta contra os grandes flagelos (...) e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas (...) A União incentiva a cooperação entre os Estados-Membros (...) A União e os Estados-Membros fomentam a cooperação com países terceiros e as organizações internacionais competentes no domínio da saúde pública.”²⁸

De forma sumária, e não sendo o objectivo deste artigo ser exaustivo, estas têm vindo a ser as iniciativas das organizações internacionais às quais Portugal está ligado e perante as quais tem obrigações.

No nosso entender é perceptível a necessidade de criar condições de vigilância e resposta a nível nacional, uma vez que, para além da segurança da população nacional, existem determinações internacionais que obrigam a prestar informação, em tempo útil, às organizações internacionais com responsabilidades na matéria, relativamente a situações de risco para a saúde pública.

O quadro que apresentamos de ameaças latentes e obrigações internacionais, relacionado com conjuntura política nacional actual induziu-nos alguma inquietação.

Num contexto de necessidade de redução do défice público e consequentes compromissos com a UE, foram adoptadas medidas em conformidade. Estas medidas passaram, e continuam em execução, por redução de horários, de horas extraordinárias e a concentração de hospitais e Centros de Saúde. Estas medidas foram tomadas de acordo com a Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de Agosto²⁹, que aprovou o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), “tendo como objectivo a promoção da cidadania, do desenvolvimento económico e da qualidade dos serviços públicos, com ganhos de eficiência pela simplificação, racionalização e automatização, que permitam a diminuição do número de serviços e dos recursos a eles afectos.”

No sector da saúde O Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro³⁰ deu início à execução do PRACE no Ministério da Saúde e procedeu à criação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), com a principal função de assegurar a gestão integrada dos recursos do Serviço Nacional de Saúde. O Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio³¹, definiu como missão ACSS, I. P. “(...) administrar os recursos humanos, financeiros, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias da informação do Serviço Nacional de Saúde e promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, bem como proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde, nas áreas da sua intervenção, em articulação com as administrações regionais de saúde (...)”. Posteriormente a Portaria n.º 646/2007, de 30 de Maio³², veio determinar a sua organização interna, por via da aprovação dos respectivos Estatutos. Na alínea b) do artigo 12.º pode ler-se, no que respeita às competências da Unidade Operacional de Investimentos em Instalações e Equipamentos da ACSS, I.P., que a mesma deve “definir a Rede de Instalações e Equipamentos do Serviço Nacional de Saúde, considerando os planos regionais e a oferta

²⁸ Esteves, Assunção; Pizarro, Noémia, 2008, *O Tratado de Lisboa*, Edições Cosmos. Chamusca

²⁹ Diário da República, *Resolução do Conselho de Ministros n.º 124/2005*, 1ª série-B, Nº 149 de 4 de Agosto de 2005, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/08/149B00/45024504.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

³⁰ Diário da República, *Decreto-Lei n.º 212/2006*, 1ª série, Nº 208 de 27 de Outubro, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

³¹ Diário da República, *Decreto-Lei n.º 219/2007*, 1ª série, Nº 103 de 29 de Maio de 2007, Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10300/35093512.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

³² Diário da República, *Portaria n.º 646/2007* 1ª série, Nº 104 de 30 de Maio de 2007, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10400/35783585.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

privada e tendo em conta as redes de referência nacional, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde, I. P.” Decorrente desta legislação e de legislação posterior específica, iniciou-se o processo de concentração e encerramento de serviços de saúde de proximidade. Ressalva-se que este processo tinha, e tem, como objectivo, para além de diminuir custos aumentar a qualidade dos serviços prestados, o que de acordo com os resultados publicados³³, se atingiu. Actualmente e de acordo com os resultados disponíveis publicados pelo Instituto Nacional de Estatística³⁴ o quadro actual dos serviços de saúde, ao nível das NUTS III nacionais, é o que apresentamos na tabela 1. Nesta está patente que os equipamentos de saúde, independentemente do tipo em questão, maioritariamente diminuíram no período representado, ou mantiveram o número. Especificando das trinta NUTS III, relativamente aos hospitais 16 diminuíram o número, três não têm e as restantes onze mantiveram; os centros de saúde diminuíram em quatro regiões, 26 mantiveram; as extensões dos centros de saúde diminuíram em 29 regiões, a Lezíria do Tejo passou de setenta e duas para zero e mantiveram-se em três regiões. Da análise dos valores apresentados retira-se que a diminuição de equipamentos de saúde é um facto, fundamentalmente os de proximidade, as extensões dos centros de saúde, sendo estas as que poderiam exercer a função de vigilância no terreno, uma vez que são as que se posicionam em localização mais próxima da população, podendo facilitar o processo de avaliação e alerta rápido, conforme as organizações internacionais determinam, nomeadamente a UE e a ONU. Decorrente desta constatação poderemos sugerir que ao nível da vigilância de proximidade, no que respeita à saúde das populações, existe uma lacuna. Não obstante poderíamos refutar esta falha se o quadro demográfico nacional demonstrasse a ausência de população com necessidades de serviços de saúde, nas áreas em que se procedeu ao encerramento dos serviços, ou que por outro lado reunisse condições que lhes possibilitasse facilidade de deslocação às unidades mais próximas, ou seja se fosse população detentora de níveis de instrução facilitadores, se tivesse apoio familiar e se fosse jovem.

Tabela 1³⁵: Hospitais/Centros de Saúde/Extensões Centros de Saúde Portugal, NUTS III

NUTS III	Hospitais		Centros de Saúde		Extensões dos Centros de Saúde	
	2009	2002	2010	2002	2010	2002
Minho-Lima	1	2	12	13	3	34
Cávado	2	2	6	9	30	42
Ave	2	4	10	11	9	40
Grande Porto	14	16	25	34	11	60
Tâmega	1	2	15	17	34	65
Entre Douro e Vouga	1	3	5	5	14	42
Douro	1	2	20	20	39	62
Alto Trás-os-Montes	1	4	15	15	50	100
Baixo Vouga	5	5	12	12	41	86
Baixo Mondego	10	14	13	13	75	89
Pinhal Litoral	2	2	6	6	61	65

³³Correia de Campos, António, 2008, *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*, Edições Almedina, SA. Coimbra.

³⁴O período de dados disponíveis é: Hospitais – 2002 a 2009; Centros de Saúde e Extensões dos Centros de Saúde – 2002 a 2010

³⁵ Fonte: Elaboração própria com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2011, Base de Dados - Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional, Anual; Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço, Anual; Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica, Anual. Disponível em:

http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000909&contexto=bd&xselTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Pinhal Interior Norte	0	0	14	14	60	89
Dão-Lafões	2	2	17	17	36	48
Pinhal Interior Sul	0	0	5	5	39	39
Serra da Estrela	0	1	3	3	29	29
Beira Interior Norte	1	1	9	9	50	50
Beira Interior Sul	1	1	4	4	35	52
Cova da Beira	1	1	3	3	58	55
Oeste	2	4	12	12	32	76
Médio Tejo	2	4	11	11	25	98
Grande Lisboa	20	28	38	38	20	111
Península de Setúbal	4	5	16	16	10	62
Alentejo Litoral	1	1	5	5	41	43
Alto Alentejo	1	2	16	16	76	69
Alentejo Central	2	2	14	14	79	85
Baixo Alentejo	1	2	13	13	65	71
Lezíria do Tejo	1	1	11	11	0	72
Algarve	3	4	16	16	65	68
Região Autónoma dos Açores	3	3	17	17	100	102
Região Autónoma da Madeira	1	1	13	12	38	37

A realidade do cenário demográfico actual está de acordo com os progressos assinalados em Portugal, nos últimos anos, em paralelo com os restantes Estados da Europa. Estes progressos impeliram a alterações na dinâmica populacional, nomeadamente em relação à estrutura da família, à fecundidade, à mortalidade, à morbilidade e à esperança média de vida. Entre 1986 e 2009 o número médio de filhos por mulher passa de 1,7 para 1,3 e o Índice de Envelhecimento passou de 52 idosos³⁶ para cada 100 jovens³⁷, para mais de 117 idosos para cada 100 jovens em 2009. No mesmo período a esperança média de vida à nascença passa de menos de 70 anos para 75,8 anos no caso masculino e de 76,8 para 81,8 no caso feminino; a Taxa de Mortalidade Infantil sofre um decréscimo de 15,8% para 3,6%.³⁸ De forma sumária, a população portuguesa sofreu um duplo processo de envelhecimento ou seja ao nível da base e do topo da pirâmide etária.

Ao cenário de envelhecimento populacional acrescentou-se o fenómeno de mobilidade interna das regiões rurais para as urbanas e das regiões do interior para o litoral, consubstanciando a urbanização e litoralização da população em Portugal.³⁹ Em paralelo a estrutura familiar tradicional sofreu mutações, muito motivado pelas mudanças socioeconómicas introduzidas, perdendo a capacidade, anteriormente tida como certa, de protecção e suporte das crianças e dos idosos.⁴⁰ Esta dinâmica demográfica imprimiu no território nacional desigualdades a todos os níveis designadamente a nível económico e das infra-estruturas, conforme se constatou relativamente aos equipamentos de saúde.

Actualmente as regiões nacionais, primordialmente as rurais, têm índices de envelhecimento em crescendo, com franca diminuição de jovens, aumento da população com mais de sessenta e cinco anos

³⁶ Entende-se por idosos os indivíduos com mais de 65 anos.

³⁷ Entende-se por jovens os indivíduos com idade entre os 0 e os 14 anos.

³⁸ Rodrigues, Teresa F., Moreira, Maria João G., 2011, *Portugal e a União europeia: Mudanças Sociais e Dinâmicas Demográficas*. In Rodrigues, Teresa F., Pérez, Rafael G. (Coord.), 2011, *Portugal e Espanha. Crise e Convergência na União Europeia*, Coleção Globalização e Relações Internacionais. Tribuna da História. Paredo-Portugal

³⁹ Rodrigues, Teresa Ferreira (Coord.), 2008, *História da População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Economia e Sociedade nº3, CEPESE e Ed. Afrontamento. Porto.

⁴⁰ Idem

e particularmente aumento visível da população com mais de oitenta anos, conforme se percebe na tabela 2⁴¹. Ao que se adita a exígua protecção familiar, uma vez que os efectivos em idade activa abandonam as áreas territoriais desfavorecidas economicamente e em termos de infra-estruturas em busca de condições de vida mais favoráveis, e os difíceis acessos e meios de deslocação. A este cenário acrescenta-se o facto de que esta população idosa tem baixos níveis de instrução e poucos recursos económicos, o que debilita a sua autonomia, a sua capacidade de deslocação e a sua capacidade de gestão do processo de saúde/doença.

Tabela 2⁴²: População Portuguesa/Jovens e Idosos/1991-2001/NUTS III

NUTS III	1991		2001		
	0-14	65+	0-14	65+	80+anos
Minho-Lima	50273	42817	36634	49797	11338
Cávado	86047	35880	75260	47039	9289
Ave	109970	44465	94573	59640	11106
Grande Porto	229688	128311	204317	169866	31859
Tâmega	126831	52458	112176	65330	12883
Entre Douro e Vouga	54849	27149	48044	35990	7150
Douro	49350	38471	33257	43288	9393
Alto Trás-os-Montes	45087	42120	29293	49994	10772
Baixo Vouga	70306	46758	62854	61043	12384
Baixo Mondego	56657	51196	46416	63753	13610
Pinhal Litoral	44069	29885	40681	41256	7713
Pinhal Interior Norte	23832	30549	19432	32788	8082
Dão-Lafões	57485	48200	43990	56184	13097
Pinhal Interior Sul	7589	13252	5151	13433	3540
Serra da Estrela	9824	10817	6489	11596	3151
Beira Interior Norte	20204	26154	15015	28974	7332
Beira Interior Sul	11650	19922	9188	21441	5364
Cova da Beira	16314	17121	12704	19887	4532
Oeste	59299	49394	52229	60964	11908
Médio Tejo	39099	41077	32479	47547	10471
Grande Lisboa	326638	251438	292856	316309	61567
Península de Setúbal	121445	73733	111271	104357	18631
Alentejo Litoral	16918	16525	12622	21610	4269
Alto Alentejo	21180	28607	16149	32165	7712
Alentejo Central	28605	31943	23479	39315	8208
Baixo Alentejo	23793	28691	17865	31663	7386
Lezíria do Tejo	40294	40603	33783	48331	9837
Algarve	59362	59902	56661	72763	16926
Região Autónoma dos Açores	61911	29984	49942	30649	6563
Região Autónoma da Madeira	59958	29935	45354	32225	6638

⁴¹ Apresentam-se somente os dados relativos aos anos 1991 e 2001, uma vez que os dados dos CENSOS 2011 ainda não estão disponíveis. Bem como somente nos referimos à população com 80+ anos concernente a 2001 e não a 1991 porque não tivemos acesso a estes dados.

⁴²Fonte: Elaboração própria com base em: Instituto Nacional de Estatística, 2011, Base de Dados - População residente (N.º) por Local de residência. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000533&contexto=bd&xselTab=tab2 Consultado (19/11/2011)

Em suma o cenário nacional evidencia uma população em processo de envelhecimento, regiões em desertificação populacional, com poucos recursos de saúde e com dificuldades no que concerne com as acessibilidades, ou seja com deficitários meios de vigilância sanitários de proximidade. No entanto, conforme as determinações internacionais, nomeadamente da UE, Portugal detém uma estrutura operacional nacional, publicada pela Autoridade Nacional de Protecção Civil, na sua Directiva Operacional Nacional nº3 – NRBQ⁴³ que define “(...) os procedimentos operacionais que nortearão a conduta das Forças de Protecção e Socorro, das Forças e Serviços de Segurança e demais entidades com competência para intervir neste tipo de situações (...)”.⁴⁴ Esta Directiva materializa o planeamento, organização, coordenação e comando operacional necessários para dar resposta a situações de emergência envolvendo agentes NRBQ. Tem como missão “Garantir uma adequada, expedita e eficaz mobilização de meios e recursos, humanos e técnicos, passíveis de, coordenadamente e sob um comando único, responder às situações de protecção e socorro que envolvam agentes NRBQ”⁴⁵. No desenvolvimento da acção da Directiva participam entidades, forças e serviços, que actuam de acordo com as suas competências, como sejam, entre outras: Autoridade Nacional de Protecção Civil; Câmaras Municipais; Corpos de Bombeiros nacionais; Guarda Nacional Republicana; Polícia de Segurança Pública; Direcção-Geral da Autoridade Marítima / Polícia Marítima; Instituto Nacional de Emergência Médica; Forças Armadas; Polícia Judiciária; Cruz Vermelha Portuguesa; Direcção-Geral da Saúde; Agência Portuguesa do Ambiente; Instituto Nacional de Medicina Legal; Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP; Instituto Nacional dos Recursos Biológicos, IP / Laboratório Nacional de Investigação Veterinária; Instituto da Água; Conselho Nacional de Planeamento Civil de Emergência; Serviço de Informações de Segurança; Autoridade de Segurança Alimentar e Económica; Autoridade Nacional para a Proibição das Armas Químicas; Comissão Nacional de Emergências Radiológicas; Instituto Tecnológico e Nuclear. Todas as entidades actuam de forma coordenada e sob um comando único, garantindo o cabal cumprimento das respectivas missões e responsabilidades.⁴⁶

Na directiva está patente que o processo de alerta e resposta opera de forma eficaz, activando-se o processo por via dos “centros 112”, dos Corpos de Bombeiros ou das Centrais das Forças e Serviços de Segurança, que recebem o alerta do público. Não obstante compreende-se que esta activação está intimamente dependente de uma avaliação prévia do risco, dos sinais e sintomas e nesta matéria, uma vez que existem poucos serviços de saúde de proximidade e perante a dificuldade de deslocação às localidades apetrechadas com estes, surge a dúvida sobre quem recai a responsabilidade de avaliação, de vigilância imediata e de alerta.

A Direcção Geral de Saúde, é o organismo responsável pela implementação do Regulamento Sanitário Internacional (2005) em Portugal o qual já foi transposto para o direito interno⁴⁷. Neste sentido tem vindo a desenvolver esforços para colmatar eventuais lacunas existentes no sistema de forma a prestar serviços de qualidade à comunidade. Tendo em consideração esta missão criou serviços que objectivam dar respostas adequadas, designadamente a Unidade de Apoio às Emergências de Saúde Pública – UESP a qual de acordo com o ponto 7.3 do Despacho n.º 7238/2010, compete “a) Assegurar a manutenção permanente da recolha de dados através de múltiplas fontes informativas sobre situações de morbilidade, mortalidade e fenómenos de saúde inesperados; b) Assegurar a plataforma de comunicação nas situações de identificação de crise de saúde pública face a alertas nacionais ou internacionais.”⁴⁸ No entanto, não existindo observação directa e em tempo útil dos fenómenos, estes objectivos poderão ser invalidados.

⁴³ Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010, *Directiva Operacional Nacional nº3 – NRBQ. Dispositivo Integrado de Operações Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico*, Ministério da Administração Interna. Carnaxide. Disponível em: http://www.proci.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBO.pdf (Consultado em: 10/12/2010)

⁴⁴ Idem

⁴⁵ Idem

⁴⁶ Idem

⁴⁷ Diário da República, *Aviso n.º 12/2008*, 1ª série, nº 16 de 23 de Janeiro de 2008, Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01600/0063800687.pdf> (Consultado em: 02/02/2011)

⁴⁸ Diário da República, *Despacho n.º 7238/2010*, 2.ª série — N.º 80 — 26 de Abril de 2010, Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/04/080000000/2190521907.pdf> (Consultado em 15/03/2011)

Como reflexão final e sendo este texto o ponto de partida para uma investigação em desenvolvimento, questionamos: *Considerando a existência de ameaças de ataques terroristas a nível global, nomeadamente utilizando agentes NRBQ, constituirá o envelhecimento populacional e o despovoamento das regiões rurais nacionais, com diminuição de equipamentos de saúde de proximidade, que consideramos instrumentos de vigilância privilegiados no que respeita à saúde dos indivíduos, uma janela de oportunidade para materializar um ataque desta natureza?*

Referências Bibliográficas

- Autoridade Nacional de Protecção Civil, 2010, *Directiva Operacional Nacional nº3 – NRBQ. Dispositivo Integrado de Operações Nuclear, Radiológico, Biológico e Químico*, Ministério da Administração Interna. Carnaxide. Disponível em: http://www.prociv.pt/cnos/directivas/ANPC_DON-3_NRBQ.pdf (Consultado em: 10/12/2010)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *On Strengthening Chemical, Biological, Radiological and Nuclear Security in the European Union – an EU CBRN Action Plan*, Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho, COM (2009) 273 final, 24.6.2009. Bruxelas. Disponível em: http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/fight_against_terrorism/jl0030_en.htm (Consultado em: 10/02/2011)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2009, *Commission Staff Working Document–Health Security in the European Union and Internationally*. Bruxelas. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/docs/commission_staff_healthsecurity_en.pdf (Consultado em: 02/04/2011)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2008, *Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on Reinforcing the Union's Disaster Response Capacity*, Bruxelas. Disponível em: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0130:FIN:EN:PDF> (Consultado em 11/04/2011)
- Comissão das Comunidades Europeias, 2007, *White Paper–Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013*, Bruxelas. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf (Consultado em: 07/04/2011)
- Conselho da União Europeia, 2009, *Council conclusions on strengthening chemical, biological, radiological and nuclear (CBRN) security in the European Union – an EU CBRN Action Plan – Adoption, 15505/1/09 REV 1 de 12.11.2009*. Bruxelas. Disponível em: <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/09/st15/st15505-re01.en09.pdf> (Consultado em 10/02/2011)
- Conselho da União Europeia, 2008, *Council Conclusions on health security. 2916th Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs. Council meeting*. Bruxelas. Disponível em: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/104770.pdf (Consultado em: 02/04/2011)
- Correia de Campos, António, 2008, *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*, Edições Almedina, SA. Coimbra.
- Diário da República, *Resolução do Conselho de Ministros nº 124/2005*, 1ª série-B, Nº 149 de 4 de Agosto de 2005, Presidência do Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2005/08/149B00/45024504.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)
- Diário da República, *Decreto-Lei n.º 212/2006*, 1ª série, Nº 208 de 27 de Outubro, Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2006/10/20800/75177525.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)
- Diário da República, *Decreto-Lei n.º 219/2007*, 1ª série, Nº 103 de 29 de Maio de 2007, Conselho de Ministros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10300/35093512.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

Diário da República, *Portaria n.º 646/2007*, 1ª série, N.º 104 de 30 de Maio de 2007, Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2007/05/10400/35783585.pdf> (Consultado em: 10/08/2011)

Diário da República, *Aviso n.º 12/2008*, 1ª série, n.º 16 de 23 de Janeiro de 2008, Ministério dos Negócios Estrangeiros. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/01/01600/0063800687.pdf> (Consultado em: 02/02/2011)

Diário da República, *Despacho n.º 7238/2010*, 2ª série — N.º 80 — 26 de Abril de 2010, Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2010/04/080000000/2190521907.pdf> (Consultado em 15/03/2011)

Directorate General Health & Consumers, 2011, *Health Security Committee*. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/preparedness_response/hsc/index_en.htm (Consultado em 04/04/2011)

Esteves, Assunção; Pizarro, Noémia, 2008, *O Tratado de Lisboa*, Edições Cosmos. Chamusca

Instituto Nacional de Estatística, 2011, *Base de Dados - Hospitais (N.º) por Localização geográfica e Natureza institucional, Anual*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000909&contxto=bd&selTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Instituto Nacional de Estatística, 2011, *Base de Dados - Centros de saúde (N.º) por Localização geográfica e Tipo de serviço, Anual*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000909&contxto=bd&selTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Instituto Nacional de Estatística, 2011, *Base de Dados - Extensões (N.º) dos centros de saúde por Localização geográfica, Anual*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000909&contxto=bd&selTab=tab2 (Consultado em: 19/11/2011)

Instituto Nacional de Estatística, 2011, *Base de Dados - População residente (N.º) por Local de residência*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000533&contxto=bd&selTab=tab2 Consultado (19/11/2011)

Organização Mundial de Saúde, 2011, *Global Alert and Response (GAR)*. Disponível em: <http://www.who.int/csr/en/> (Consultado em 01/02/2011)

Organização Mundial de Saúde, (2008), *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*, 2ª edição, Genebra. Disponível em: http://www.who.int/ihr/IHR_2005_es.pdf (Consultado em 10/03/2011)

Organização Mundial da Saúde, 2006, *Trabajar en pro de la salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud*. Suíça. Disponível em: http://www.who.int/about/brochure_es.pdf (Consultado em: 06/01/2011)

Organização das Nações Unidas, 2006, *The United Nations Global Counter-Terrorism Strategy*, Assembleia Geral de 20 de Setembro. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/terrorism/Index/60-288en.pdf> (Consultado em 08/02/2011)

Rodrigues, Teresa F., Pérez, Rafael G. (Coord.), 2011, *Portugal e Espanha. Crise e Convergência na União Europeia*, Coleção Globalização e Relações Internacionais. Tribuna da História. Parede-Portugal

Rodrigues, Teresa Ferreira (Coord.), 2008, *História da População Portuguesa. Das longas permanências à conquista da modernidade*, Economia e Sociedade n.º3, CEPES e Ed. Afrontamento. Porto.

World Economic Forum, 2011, *Global Risks 2011*, Genebra. Disponível em: <http://riskreport.weforum.org/> (Consultado em: 01/02/2011)